

Kasuistik

Myksom som årsag til cerebralt infarkt og arteriel okklusion i underekstremitet

Nina Irena Frederiksen¹, Wenja Heijkoop², Louise Feilberg Rasmussen³, Christina Stilling⁴, Viktor Stefanov¹ & Ivan Arsic¹

1) Røntgen og Skanning i Viborg, Hospitalsenhed Midt – Viborg, 2) Karkirurgisk Klinik i Viborg, Hospitalsenhed Midt – Viborg, 3) Hjerne-, Lunge- og Karkirurgi, Aarhus Universitetshospital, 4) Patologi, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger 2025;187:V05250449. doi: 10.61409/V05250449

Primære hjertetumorer er sjældne – med en incidens på 0,02% i autopsistudier [1]. Blandt disse udgør det benigne myksom den næsthyppest type, som oftest er lokaliseret i venstre atrium, hyppigst hos midaldrende kvinder [2, 3].

Kardielle myksomer kan manifestere sig som cerebrale og perifere embolier, men de kan også være fuldstændig asymptomatiske eller give anledning til symptomer såsom palpitationer og dyspnø [2, 4]. I sjældne tilfælde er pludselig død rapporteret [2, 5].

Selv om kardielle myksomer primært håndteres af hjertekirurger og kardiologer, bør de som en sjælden, men vigtig årsag til systemisk embolisering indgå som relevant differentialdiagnose på tværs af flere kliniske specialer.

Vi præsenterer en patient med et tidligere udiagnosticeret kardielt myksom, erkendt i forbindelse med akut cerebral og perifer embolisering.

Sygehistorien understreger betydningen af effektiv tværfaglig diagnostik og intervention.

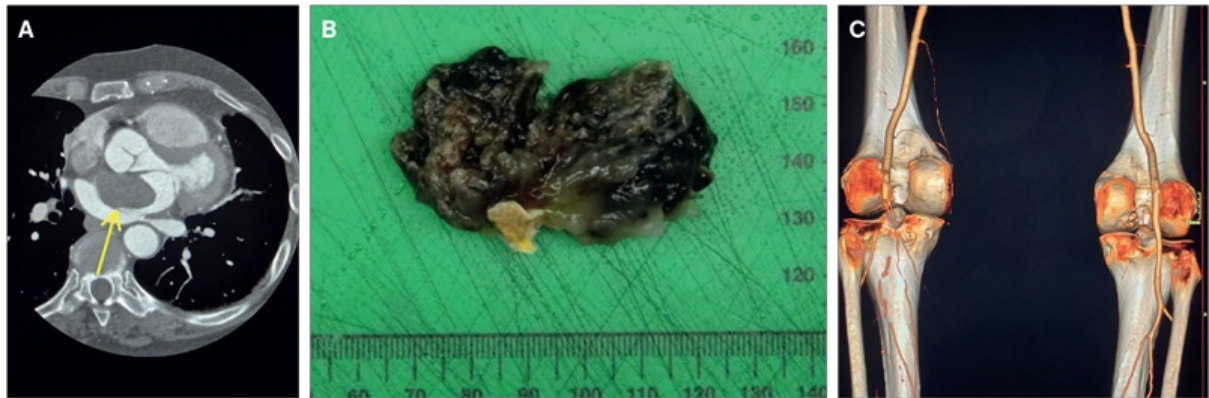
Sygehistorie

En 65-årig kvinde blev indlagt »obs stroke« med højresidige neurologiske udfald og ordfindingsbesvær. Desuden blev der konstateret en kold og bleg venstrefod uden palpabel fodpuls, hvilket gav mistanke om begyndende iskæmi. Patienten havde året forinden haft et cerebralt infarkt med sequelae i form af føleforstyrrelse i højre arm, men uden diagnosticeret hjertesygdom eller tidligere kardiell udredning.

På dag 0 viste MR-skanning af cerebrum multiple infarkter af varierende alder, og derfor afstod man fra fibrinolyse, og clopidogrelbehandling blev initieret.

På dag 1 var der remission af patientens neurologiske udfald, mens CT-underekstremitetsangiografi påviste total okklusion af venstre arteria poplitea (Figur 1 C). En embolektomi blev udført i en uge grundet igangværende clopidogrelbehandling, og clopidogrel blev herefter seponeret og erstattet med dalteparin i terapeutisk dosis samt acetylsalicylsyre.

FIGUR 1 A. CT af hjertet med 4 × 2 cm stor kontrastfyldningsdefekt (pil) i venstre atrium. B. Makroskopisk billede af det resecerede myksom med papillær overflade. C. CT-angiografi visende total okklusion af venstre a. poplitea.



Foruden CT-halsangiografi blev der på dag 2 på mistanke om malignitetsrelateret embolikilde ved CT af thorax, abdomen og bækken påvist en kontrastfyldningsdefekt i venstre atrium.

I forlængelse heraf gav transøsofageal ekkokardiografi og supplerende hjerte-CT overvejende mistanke om myksom på dag 3 (Figur 1 A), og ved en multidisciplinær konference blev kirurgisk fjernelse af myksomet og efterfølgende embolektomi planlagt.

I mellemtiden, på dag 7, indtraf et nyt transitorisk cerebral iskæmi-tilfælde (TCI) med forbigående motoriske symptomer, hvilket medførte fremrykning af operationen til dag 8.

Ved åben hjertekirurgi med anvendelse af hjerte-lunge-maskine blev tumoren (4 × 2 cm) fjernet (Figur 1 B). En histologisk analyse bekræftede diagnosen myksom.

Efter ukompliceret postoperativt forløb blev patienten udskrevet på dag 14 til ambulant neuro- og hjerterehabilitering.

Okklusionen i a. poplitea blev behandlet medicinsk, og patienten responderede tilfredsstillende på kombinationsbehandling med rivaroxaban og superviseret gangtræning.

Ved karkirurgisk kontrol to måneder senere blev der påvist genoprettet flow i a. poplitea, og tåtrykket var steget fra 37 mmHg til 76 mmHg.

Patienten var tilbage på sit habituelle funktionsniveau med let sensitivetsforstyrrelse i højre overekstremitet som eneste klage.

Diskussion

Kardielle myksomer udgør en vigtig, men ofte også overset årsag til systemisk embolisering.

Dets kliniske præsentation kan være uspecifik, hvilket kan medføre, at diagnosen først stilles efter alvorlige hændelser såsom apopleksi eller perifer arteriel okklusion [2, 4].

I det beskrevne tilfælde drejede det sig om en sjælden kombination med trombemateriale fra et kardielt myksom til både cerebrale og perifere kar. Dette understreger vigtigheden af effektiv tværfaglig udredning og behandling ved gentagne embolier uden oplagt årsag.

Tid er en afgørende faktor, da myksomer kan forårsage flere embolier inden for kort tidsrum, f.eks. i form af TCI som i dette tilfælde.

Det multidisciplinære team valgte at prioritere kirurgisk fjernelse af myksomet frem for embolektomi i underekstremiteten. En sådan tilgang kan være tilstrækkelig, når et venstre atrium-myksom er hurtigt identificeret som den primære kilde til multiple tromboemboliske episoder, hvilket var tilfældet hos denne patient.

I dette patientforløb blev patienten opereret allerede otte dage efter indlæggelsen og udskrevet til rehabiliteringsforløb seks dage senere.

Det beskrevne forløb illustrerer, hvordan struktureret tværfaglig indsats kan begrænse komplikationer og forbedre prognosen.

Myksom bør derfor have i mente som differentialdiagnose hos patienter med uforklarlige og gentagne emboliske hændelser.

Korrespondance Nina Irena Frederiksen. E-mail: ninfre@rm.dk

Antaget 13. august 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 27. oktober 2025

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V05250449

doi 10.61409/V05250449

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Myxoma as a cause of cerebral infarction and arterial occlusion in the lower limb

Myxomas, though uncommon, represent the second most frequent type of primary cardiac tumours. They can be a source of embolisms in cerebral as well as other arterial arteries. In this case report, a 65-year-old woman was referred to the hospital with a stroke and signs of ischaemia in the left foot. MRI and CT showed cerebral infarcts of different ages, and occlusion of the left a. poplitea. One year earlier, the patient had a stroke with symptoms in the right arm. Imaging gave rise to suspicion of myxoma, and the patient had the tumour removed on day 8. The patient only experienced mild and a few sequelae two months later.

REFERENCER

1. Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. Am J Cardiol. 1996;77(1):107. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(97\)89149-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(97)89149-7)
2. Griborio-Guzman AG, Aseyev OI, Shah H, Sadreddini M. Cardiac myxomas: clinical presentation, diagnosis and management. Heart. 2022;108(11):827-833. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2021-319479>
3. WHO Classification of Tumours. Thoracic tumours. 5th ed., vol 5. IARC Press, 2021:233-236.
4. Liu Y, Wang J, Guo L, Ping L. Risk factors of embolism for the cardiac myxoma patients: a systematic review and metaanalysis. BMC Cardiovasc Disord. 2020;20(1):348. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01631-w>
5. Krishnan L, Ramakrishnan R, Tsai K et al. A case of cardiac myxoma leading to cardiogenic shock and death. Am J Respir Crit

Care Med. 2025;211(suppl):A1659. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.2025.211.Abstracts.A1659>