

Papillært fibroelastom i hjertet som årsag til transitorisk cerebral iskæmi

Læge Isaivani Sothynathan, 1. reservelæge Jesper Khedri Jensen, overlæge Bjarne Linde Nørgaard, overlæge Flemming Hald Steffensen & reservelæge Søren Krag

Primære hjertetumorer er sjældne, og 75% er benigne [1]. Papillært fibroelastom (PFE) er efter myksom og lipom den tredje hyppigste benigne primærtumor i hjertet [1]. I næsten 90% af tilfældene er den lokaliseret på hjerteklapperne. Selv om PFE er en benign tumor, kan den forårsage alvorlige komplikationer som eksempelvis akut myokardieinfarkt, cerebrovaskulære symptomer eller pludselig død [1]. Vi præsenterer her en sygehistorie om en yngre mand med transitorisk cerebral iskæmi (TCI) som følge af PFE.

SYGEHISTORIE

En 39-årig tidligere rask mand blev indlagt akut på neurologisk afdeling grundet nærbesvimelsestilfælde efterfulgt af forbigående synstab på højre øje. Seks måneder forud for indlæggelsen havde patienten haft to episoder med uprovokerede retrosternale, trykkende brystsmertter af få minutters varighed. Patienten var ryger, havde ingen alkohol- eller anden misbrugsproblematik, ingen arteriel hypertension, diabetes mellitus eller familiær disposition til kardiovaskulær/tromboembolisk sygdom. Total- og lavdensitetslipoprotein (LDL)-kolesterol var 4,2 mM henholdsvis 2,5 mM. *Body mass index* var 25 kg/m²

Ved indlæggelsen var patientens symptomer svundet, og ved den objektive undersøgelse fandtes patienten neurologisk upåfaldende. Blodtryk var 120/80 mmHg. Biokemi (inklusive koagulationsudredning) og røntgen af thorax var upåfaldende. I elektrokardiogrammet fandtes sinusrytme, og der var ikke tegn på tidligere myokardieinfarkt. Computertografi af cerebrum viste normale forhold. Øjenlægevurdering var normal. Patientens symptomer blev tolket som TCI-tilfælde.

Som led i emboliudredning blev der udført ultralydsskanning af karotiderne, som var normal. Ved transtorakal ekkokardiografi (TTE) fandtes normal venstre ventrikel uddrivningsfraktion, normal vægtykkelse og normale kammerdimensioner uden tegn på tidligere myokardieinfarkt, og der blev ikke beskrevet valvulopati eller tumorforekomst. Ved supplerende transøsofageal ekkokardiografi (TEE) fandtes svarende til atriesiden af forreste mitralflig en 7 × 9 mm stor rund tumor med bredbaset tilhæftning

(Figur 1). Mitralfligene i øvrigt var upåfaldende, slanke uden prolaps og med kun lille central insufficiens. Ved retrospektiv gennemgang af den udførte TTE, kunne tumor identificeres.

Patienten fik fjernet tumor tre uger senere ved et ukompliceret endoskopisk indgreb. Histologiske resultater og undersøgelse af tumoren bekræftede diagnosen fibroelastom. Ved seks måneders kontrol var patienten velbefindende uden forekomst af embolisuspekte episoder og med normal TTE.

DISKUSSION

Papillært fibroelastom er en endokardiel avaskulær tumor, som med dens mange fingerlignende projektioner ligner en sønemone [2]. I 75% af tilfældene afficeres de venstresidige hjerteklapper, hyppigst aortaklappen. Tumorstørrelse kan variere fra 2 mm til 70 mm, men er i gennemsnit ca. 10 mm i sin største dimension på diagnosetidspunktet [2].

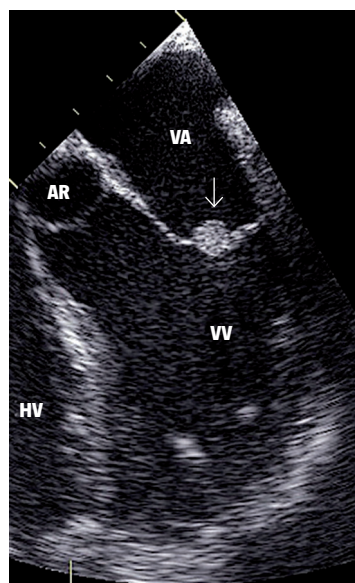
De ekkokardiografiske karakteristika ved PFE er fundet af en rund, oval eller irregulært udseende, velafgrænset og homogen tumor [3]. I næsten halvde-

KASUISTIK

Vejle Sygehus,
Kardiologisk Afdeling

FIGUR 1

Transøsofageal ekkokardiografi. Papillært fibroelastom på atriesiden af forreste mitralflig (pil), som måler 7 × 9 mm. AR = aortaroden; HV = højre ventrikel; VA = venstre atrium; VV = venstre ventrikel.



len af tilfældene har PFE en stillet tilhæftning til endokardiet [2]. Den diagnostiske sensitivitet med henblik på detektion af PFE ved TTE/TEE angives at være cirka 62% henholdsvis 77% [3].

Papillært fibroelastom skønnes at være asymptomatisk i flere år og diagnosticeres hyppigst omkring 60-års-alderen, men der er i litteraturen beskrevet tilfælde hos helt små børn [2]. Trods dens benigne opbygning er PFE forbundet med øget risiko for embolisering. Risikoen for embolisering er større ved stillet end ved bredbaset PFE-tilhæftning [2]. Det er dog ikke sikkert klarlagt, om embolisering skyldes »afrivninger« fra eller trombe dannet på tumor [2]. Den hyppigste kliniske manifestation af PFE er TCI [2, 5]. Andre beskrevne komplikationer er angina pectoris, akut myokardieinfarkt, lungeemboli, renalarterieemboli, dyspnø, arytmier, synkope og pludselig uventet død [2]. I kun sjældne tilfælde er PFE associeret med klapdysfunktion. Patienten i sygehistorien havde haft to tidligere episoder med retrosternale trykkende brystmerter, og det kan ikke udelukkes at disse symptomer var udløst af embolisering fra tumor. Den generelle anbefaling er kirurgisk excision af tumoren, når den påvises enten tilfældigt eller som led i et udredningsprogram. Der er ikke beskrevet recidiv efter kirurgisk excision [2-5].

Kardiel årsag til apopleksi ses i 15-30% af tilfældene. Den hyppigste årsag til kardiel emboli er atrieflimren. Andre årsager ud over hjertetumorer er klap sygdom, atrieseptumdefekt, dilateret kardiomyopati,

endokarditis eller mural trombedannelse efter myokardieinfarkt. Kardiologisk udredning (bl.a. anamnese, hjertestetoskopi og vurdering for insufficiens-tegn), elektrokardiogram og eventuel Holter-monitorering bør indgå i udredningen af patienter med apopleksi. Denne sygehistorie understreger vigtigheden af ekkokardiografi som led i udredningen hos yngre personer (< 50 år) med TCI eller neurologiske udfald uden prædisponerende risikofaktorer for cerebrovasculære lidelser. Ligeledes understreges vigtigheden af TEE i de tilfælde, hvor tilstanden ikke afklares med TTE. Disse anbefalinger er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi samt Dansk Kardiologisk Selskabs kliniske retningslinjer vedrørende ekkokardiografi.

KORRESPONDANCE: *Isaivani Sothynathan*, Kardiologisk Afdeling, Vejle Sygehus, DK-7100 Vejle. E-mail: isaivani@hotmail.com

ANTAGET: 21. december 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Shapiro LM. General cardiology. Cardiac tumors: diagnosis and management. *Heart* 2001;85:218-222.
2. Gowda RM, Khan IA, Nair CK et al. Cardiac papillary fibroelastoma: a comprehensive analysis of 725 cases. *Am Heart J* 2003;146:404-10.
3. Sun JP, Asher CR, Yang XS et al. Clinical and echocardiographic characteristics of papillary fibroelastomas: a retrospective and prospective study in 162 Patients. *Circulation* 2001;103:2687-93.
4. Hicks KA, Kovach JA, Frishberg DP et al. Echocardiographic evaluation of papillary fibroelastoma: a case report and review of the literature. *J Am Soc Echocardiogr* 1996;9:353-60.
5. Sastre-Garriga J, Molina C, Montaner J et al. Mitral papillary fibroelastoma as a cause of cardiogenic embolic stroke: report of two cases and review of literature. *Eur J Neurol* 2000;7:449-53.

! JULENUMMER 2009



Ugeskrift for Læger vil gerne i vores julenummer publicere artikler, som er sjove og lettere at fordøje, end almindelige videnskabelige artikler er.

I 2008 havde vi et gennemgående tema om humor, og i 2009 vil vi gerne fortsætte dette ved at publicere artikler med en alternativ indgangsvinkel til den medicinske forskning.

Vi efterspørger derfor artikler, som behandler »skæve« videnskabelige emner, men de skal stadig være opbygget som regelrette artikler. Det kan være originalartikler, kasuistikker, litteraturgennemgange mv. Der er fuldstændig frit emnevalg, så det er bare at gå i gang.

Undtagelsesvis skal disse artikler ikke uploades gennem det elektroniske manuskriptsystem, men sendes direkte på e-mail til hc@dadl.dk

Redaktionen