



Tạp chí Khoa học và Kinh tế Phát triển
Trường Đại học Nam Cần Thơ

Website: jsde.nctu.edu.vn



VỊ TRÍ BẤT THƯỜNG CỦA U NHẦY TIM VÀ ĐỘT QUỴ DO THUYỀN TẮC CẤP TÍNH: TÌM HIỂU MỐI TƯƠNG QUAN VỚI NGUY CƠ THUYỀN TẮC

Sarah Chang¹, Neha Prakash², Jagroop Doad³, Kiều Ngọc Thái⁴, Nguyễn Vạn Tường⁴, Khoa Ngọc Dang Tran⁴, Hoang Duc⁵, Phạm Hoàng Nhật⁶, Ngô Minh Hùng⁷, Phillip Trần⁸

¹Midwestern University AZCOM. Email: sarahjchang17@gmail.com

²A.T. Still University, School of Osteopathic Medicine, AZ, USA. Email: neha.prakash419@gmail.com

³Campbell University School of Osteopathic Medicine, Lillington, NC, USA. Email: jagroopdoad@gmail.com

⁴Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁵Trường Đại học Y Hà Nội / Methodist Hospital Merrillville, Indiana.

⁶University of Arizona College of Medicine – Tucson.

⁷Trường Đại học Nam Cần Thơ, Việt Nam.

⁸Trường Đại học Nam Cần Thơ, Việt Nam. Email: PTranNYIT@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/7/2023

Ngày duyệt bài: 17/7/2023

1. GIỚI THIỆU

Các khối u tim nguyên phát thực sự rất hiếm, với u nhầy lành tính là loại phổ biến nhất gặp phải ở người lớn. Các u nhầy này thường xuất hiện chủ yếu ở nhĩ trái và bắt nguồn từ các tế bào nội tâm mạc nối với vách liên nhĩ. Các yếu tố nguy cơ của các từ thuyền tắc liên quan đến khối u đóng một vai trò quan trọng trong việc xác định thời điểm phẫu thuật tối ưu. Trong báo cáo ca lâm sàng này, chúng tôi trình bày một trường hợp đặc biệt của u nhầy gây thuyền tắc xuất phát từ một vị trí hiếm gặp, có thể góp phần vào tăng nguy cơ các biến cố thuyền tắc động mạch.

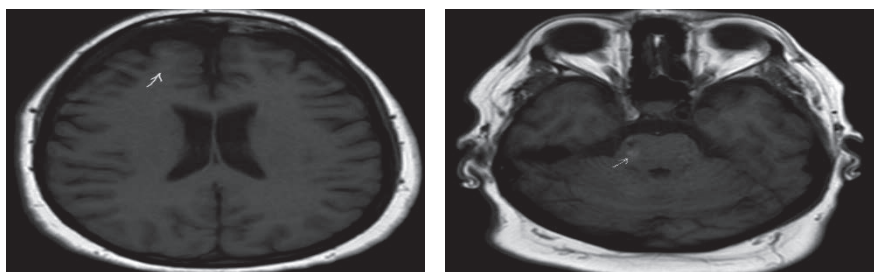
2. CA LÂM SÀNG

Một phụ nữ 61 tuổi có tiền sử phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp đã nhập Cấp cứu 8 giờ sau khi bắt

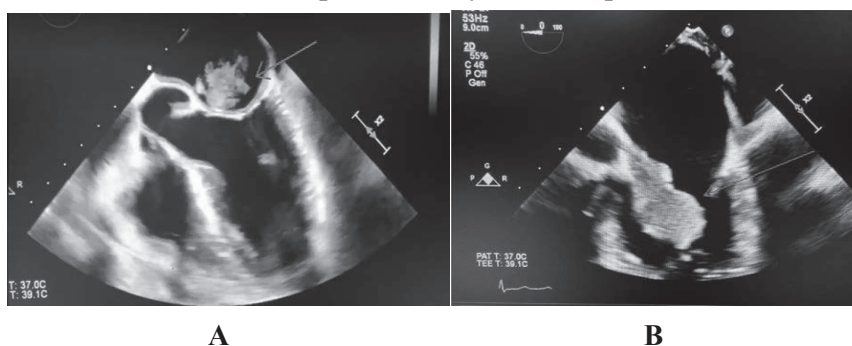
ngờ xuất hiện tê và yếu một bên khuôn mặt bên trái, mất ngôn ngữ và nói lắp. Các triệu chứng của bà đã cải thiện sau 8 giờ và chỉ còn lại một tình trạng suy giảm nhẹ về cảm giác trên má trái. Thăm khám lâm sàng không phát hiện bất kỳ dấu thần kinh khu trú nào. Hình ảnh CT đầu tiên không sử dụng chất cản quang và CTA không phát hiện bất thường trong não như phình, bóc tách hay hẹp động mạch não. MRI não cho thấy các tổn thương thiếu máu cục bộ đa điểm nhỏ tại các ổ khuyết, tiểu não phải, và thùy trán bên phải (xem Hình 1). Bắt đầu điều trị chống đông để ngăn ngừa tắc động mạch và đột quỵ tái phát. Siêu âm tim qua thành ngực (TTE) cho thấy một khối u lớn di động trên lá van sau của van thất trái bắt nguồn từ vách liên nhĩ ngay trên vòng van

hai lá nhô qua van vào khoang thất trái (xem Hình 2A và 2B). Phẫu thuật ngực hở đã được tư

vấn khẩn cấp và cuối cùng được thực hiện để loại bỏ khối u. Giải phẫu bệnh cho kết quả u nhầy.



Hình 1. MRI não cho thấy các tổn thương thiếu máu cục bộ đa điểm nhỏ tại các ổ khuyết, tiểu não phải, và thùy trán bên phải



Hình 2. Siêu âm tim qua thành ngực (TTE) cho thấy một khối u lớn di động trên lá van sau của van thất trái bắt nguồn từ vách liên nhĩ ngay trên vòng van hai lá (A) nhô qua van vào khoang thất trái (B)

3. THẢO LUẬN

U nhầy tim (UNT) là những khối u lành tính hiếm gặp, có tỷ lệ mới mắc từ 0,5-0,7 trên một triệu người và tỷ lệ hiện mắc hơn 5 trên 10.000 người. Chúng có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng, bao gồm đột tử do tim và đột quỵ. Mặc dù siêu âm tim qua ngực (TTE) là một phương pháp chẩn đoán ban đầu rất nhạy, nhưng nó có thể không thể đánh giá được các đặc điểm hình thái của khối u như vị trí nguồn gốc. Việc tiếp tục đánh giá bằng siêu âm tim qua thực quản (TEE) rất quan trọng, đó là một phương pháp kiểm tra nhạy và đặc hiệu hơn để

xác định các đặc điểm và vị trí của khối u. Khối u với kích thước nhỏ hơn 3cm, độ di động cao và bề mặt không đều có mối tương quan cao với đột quỵ do thuyên tắc động mạch. Trong trường hợp của chúng tôi, khối u nhầy có độ di động cao, đường kính 0,8cm và nằm trực tiếp phía trên van hai lá và nhô vào khoang thất trái. Sự di động qua van hai lá vào khoang thất trái có thể làm gia tăng triệu chứng và đóng góp vào tổng rủi ro của đột quỵ do thuyên tắc động mạch.

Hiện tại, phương pháp điều trị tiêu chuẩn yêu cầu phẫu thuật cắt bỏ khối u nhầy tim một cách nhanh chóng. Phẫu thuật sớm được khuyến

cáo đối với bệnh nhân không có nhồi máu não cấp tính, nhưng chưa có tiêu chuẩn cho thời gian chờ trước khi thực hiện phẫu thuật tim sau một cơn đột quy cấp. Quá trình tự động điều chỉnh của não bị suy yếu sau đột quy và việc sử dụng thuốc chống đông cho phẫu thuật tim đặt bệnh nhân vào nguy cơ cao chảy máu. Các bệnh nhân có đột quy tái phát thường có thời gian dài giữa đột quy lần đầu và phẫu thuật loại bỏ khối u nhầy. So sánh với những tổn thương nhồi máu lớn hơn, những tổn thương cấp tính có đường kính nhỏ hơn 1,5cm được tìm thấy có mối liên hệ nhỏ hơn với hiện tượng chảy máu. Trong trường hợp này, can thiệp phẫu thuật không nên bị trì hoãn do các đặc điểm nguy cơ cao của khối u nhầy kết hợp với nguy cơ chảy máu thấp trong những tổn thương ổ khuyết nhỏ. Trường hợp của chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét các đặc điểm của khối u kết hợp với việc sử dụng một phương pháp điều trị cá

thể hóa nhằm xác định thời gian phẫu thuật loại bỏ u nhầy tim phù hợp nhất trong trường hợp đột quy do thuyên tắc động mạch.

4. KẾT LUẬN

U nhầy tim là những khối u hiếm gặp nhưng lành tính có thể gây ra những biến chứng tim mạch nghiêm trọng, bao gồm đột quy do thuyên tắc động mạch đe dọa tính mạng. Xác định những yếu tố tăng nguy cơ đột quy do thuyên tắc động mạch là rất quan trọng để xác định nhu cầu loại bỏ khối u bằng phẫu thuật đúng thời điểm nhằm giảm thiểu biến chứng. Các phương pháp phẫu thuật là trụ cột chính trong điều trị. Ngoài ra, các thuốc chống đông có thể tăng nguy cơ biến chứng chảy máu, do đó chưa có sự đồng thuận về thời điểm tối ưu để tiến hành phẫu thuật tim sau một cơn đột quy cấp. Một số đặc điểm như đặc tính và vị trí của khối u đã được xác định là các yếu tố liên quan đến nguy cơ cao hơn về đột quy do thuyên tắc động mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Kalçık, M., Bayam, E., Güner, A., Küp, A., Kalkan, S., Yesin, M., ... & Özkan, M. (2019). Evaluation of the potential predictors of embolism in patients with left atrial myxoma. *Echocardiography*, 36(5), 837-843.
- [2] Liu, Y., Wang, J., Guo, L., & Ping, L. (2020). Risk factors of embolism for the cardiac myxoma patients: a systematic review and metanalysis. *BMC cardiovascular disorders*, 20(1), 348. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01631-w>
- [3] PINEDE, LAURENT; DUHAUT, PIERRE; LOIRE, ROBERT. Clinical Presentation of Left Atrial Cardiac Myxoma: A Series Of 112 Consecutive Cases. *Medicine*: May 2001 - Volume 80 - Issue 3 - p 159-172
- [4] MacGowan, S. W., Sidhu, P., Aherne, T., Luke, D., Wood, A. E., Neligan, M. C., & McGovern, E. (1993). Atrial myxoma: national incidence, diagnosis and surgical management. *Irish journal of medical science*, 162(6), 223–226. <https://doi.org/10.1007/BF02945200>

- [5] Samanidis G, Khoury M, Balanika M, Perrea DN. Current challenges in the diagnosis and treatment of cardiac myxoma. *Kardiol Pol.* 2020;78(4):269-277. doi:10.33963/KP.15254
- [6] Qiao ML, Ma L, Wang CB, et al. Clinical features, risk factors and survival in cardiac myxoma-related ischemic stroke: A multicenter case-control study. *J Neurol Sci.* 2023;444:120517. doi:10.1016/j.jns.2022.120517
- [7] Stefanou MI, Rath D, Stadler V, et al. Cardiac Myxoma and Cerebrovascular Events: A Retrospective Cohort Study. *Front Neurol.* 2018;9:823. Published 2018 Oct 3. doi:10.3389/fneur.2018.00823
- [8] Mehdi Z, Birns J, Partridge J, Bhalla A, Dhesi J. Perioperative management of adult patients with a history of stroke or transient ischaemic attack undergoing elective non-cardiac surgery. *Clin Med (Lond).* 2016;16(6):535-540. doi:10.7861/clinmedicine.16-6-535
- [9] Thomas, S. E., Plumber, N., Venkatapathappa, P., & Gorantla, V. (2020). A Review of Risk Factors and Predictors for Hemorrhagic Transformation in Patients with Acute Ischemic Stroke. *International Journal of Vascular Medicine*, 2021.