



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

Website: jsde.nctu.edu.vn



TIẾP CẬN QUẢN LÝ BỆNH TIM DO CARCINOID NẶNG VỚI BỆNH ĐA VAN TIỀN TRIỂN

Khac Huy Vo¹, Hai Duong Nguyen¹, Phieu Duong², Hoang Nhat Pham³, Caden Carver⁴,
David Jaramillo⁵, Michael Brockman⁶, Thinh Nguyen⁷, Do Van Mai⁸, Ngo Minh Hung², Phillip Tran⁹

¹Đại học Y Dược TP.HCM. Email: vokhachuy2014@gmail.com

²Trường Đại học Nam Cần Thơ

³University of Arizona College of Medicine – Tucson.

⁴Midwestern University, USA

⁵Midwestern University, USA

⁶Texas Tech University Health Sciences Center, Texas. Email: michael.brockman@ttuhsc.edu

⁷Đại học Y Dược Thái Bình

⁸Khoa Dược Trường Đại Học Nam Cần Thơ. Email: dvmmai@nctu.edu.vn

⁹Trường Đại học Nam Cần Thơ. Email: PTranNYIT@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/7/2023

Ngày duyệt bài: 17/7/2023

TÓM TẮT

Bệnh tim do carcinoid bao gồm tất cả các biểu hiện tim mà chúng ta quan sát được ở bệnh nhân mắc hội chứng carcinoid. Bệnh có một cơ chế sinh bệnh học phức tạp, thường liên quan đến phía tim phải. Do không có phương tiện chẩn đoán xác định nên sự kết hợp giữa nghi ngờ trên lâm sàng mạnh mẽ, các chỉ số huyết thanh, và các đặc trưng hình ảnh học là cần thiết để thành lập một chẩn đoán. Những tiến bộ trong kỹ thuật hình ảnh học như siêu âm đánh dấu mô và chụp cộng hưởng từ tim đã cải thiện khả năng chẩn đoán. Quản lý bệnh lý này rất thách thức và yêu cầu một phương pháp đa mô thức, với các phương án điều trị từ can thiệp đến các quy trình phẫu thuật tùy thuộc vào các biểu hiện tại tim cụ thể. Các nhà nghiên cứu cũng đang nghiên cứu các ứng dụng điều trị tiềm năng của kháng thể đơn dòng và các thuốc đồng vận somatostatin mới. Bài viết này nhằm cung cấp một cái nhìn tổng quan về hiểu biết hiện tại về cơ chế bệnh lý, chẩn đoán và điều trị của bệnh tim do carcinoid.

Chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân nữ, 61 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp và tăng lipid máu, có triệu chứng suy tim mất bù với khó thở cấp, phù toàn thân và suy thận cấp. Cận lâm sàng cho thấy một khối u thần kinh nội tiết biệt hoá tốt tại đại tràng di căn đã xâm lấn tim gây ra hở van ba lá nặng, hở van hai lá trung bình, và giãn trái nhĩ đáng kể. CT bụng cho thấy ung thư đã di căn nhiều vào gan. Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết và xử trí các biểu hiện tim ở bệnh nhân mắc u thần kinh nội tiết di căn từ trực tràng.

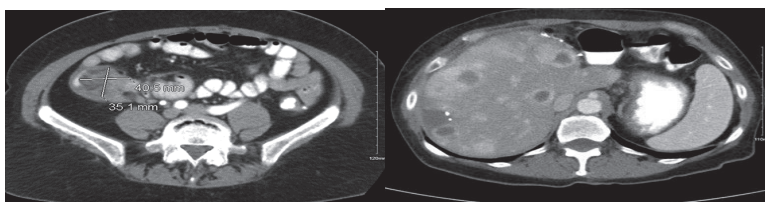
1. GIỚI THIỆU

Ung thư thần kinh nội tiết (UTTKNT) là một nhóm khối u ác tính riêng biệt có thể biểu hiện với các triệu chứng toàn thân khác nhau. Triệu chứng tim mạch thường được quan sát là một phần của triệu chứng toàn thân. Những triệu chứng này phát sinh do sự giải phóng quá mức các peptide hoạt động sinh học bởi các tế bào khối u, dẫn đến các biểu hiện như đỏ mặt, khó thở và tiêu chảy. Khi chẩn đoán một UTTKNT, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân đã có di căn. Các nghiên cứu trên dân số cho thấy 21% bệnh nhân đã có di căn khi chẩn đoán, trong khi các đánh giá sơ chẩn đoán hồi cứu báo cáo tỷ lệ cao hơn, dao động từ 56% đến 69% (1). Báo cáo trường hợp này nhấn mạnh các triệu chứng lâm sàng độc đáo của một UTTKNT biệt hoá tốt di căn từ đại tràng của một bệnh nhân nữ 61 tuổi, đặc trưng bởi sự tổn thương đáng kể đến hệ tim mạch, thận và huyết học.

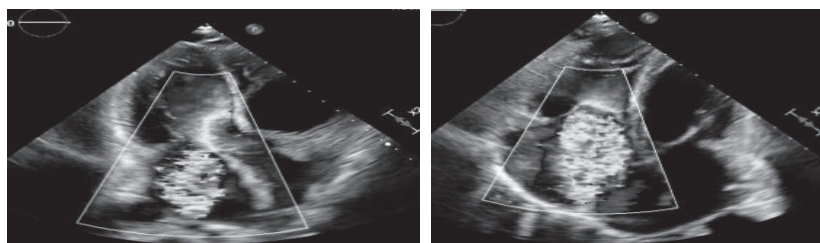
2. CA LÂM SÀNG

Một bệnh nhân nữ 61 tuổi có tiền sử tăng huyết áp và tăng lipid máu đã đến khoa cấp cứu với triệu chứng khó thở cấp, phù toàn thân.

Bệnh nhân đã từng phẫu thuật cắt bỏ một nửa đại tràng vào tháng 3 năm 2022 do một khối u thần kinh nội tiết (UTTKNT) biệt hoá tốt ở đại tràng (Hình 1A), sau đó được phát hiện có di căn gan qua kết quả PET/CT (Hình 1B). Đáng chú ý, bệnh nhân có chức năng gan và thận bình thường, cũng như công thức máu bình thường trong các đánh giá trước đó. Vào tháng 1 năm 2023, bệnh nhân đã thực hiện siêu âm tim, phát hiện hở van động mạch chủ trung bình và hở van ba lá nặng. Vào tháng 6 năm 2023, bệnh nhân nhập viện với triệu chứng khó thở đột ngột, phù toàn thân, suy thận cấp (độ lọc thận cầu: 35 ml/phút), thiếu máu toàn dòng trung bình, và rối loạn chức năng đa van. Các phương tiện hình ảnh học, bao gồm CT ngực, không phát hiện dấu hiệu di căn phổi. Siêu âm tim cho thấy phân suất tống máu tốt (67% - 70%), rối loạn tâm trương độ 2, dẫn nhĩ trái, hở van hai lá trung bình, hở van động mạch phổi nặng và hở van ba lá nặng (Hình 2A và 2B). Kết quả trên điện tâm đồ cho thấy nhịp chậm xoang và điện thế QRS thấp. Điều trị bằng steroid, lợi tiểu và octreotide được khởi đầu ngay lập tức.



Hình 1. CT bụng kèm cản quang cho thấy khối u đại tràng phải (A) với kết quả PET/CT cho thấy di căn gan đáng kể (B)



Hình 2. Siêu âm tim qua thành ngực cho thấy hở van hai lá nặng (A) và hở van động mạch chủ trung bình – nặng (B)

Báo cáo trường hợp này nhằm cung cấp một tổng quan toàn diện về tiền sử bệnh của bệnh nhân, bao gồm tăng huyết áp và tăng lipid máu, cũng như các chi tiết liên quan về việc phẫu thuật cắt bỏ một nửa đại tràng trước đó, di căn gan và các tổn thương tại tim sau đó. Nó cũng nhấn mạnh sự trở nặng cấp tính của triệu chứng khó thở, phù toàn thân, suy thận cấp và rối loạn đa van trong quá trình hiện tại. Việc bao gồm các phương tiện chẩn đoán xác định như PET/CT scan, siêu âm tim, CT ngực và điện tâm đồ tăng thêm tính học thuật cho báo cáo trường hợp này.

3. THẢO LUẬN

Ung thư thần kinh nội tiết (UTTKNT) từ đại tràng di căn gặp ở giai đoạn tiên triển có thể gây ra một loạt các biểu hiện lâm sàng do sự tác động vào nhiều cơ quan. Trong trường hợp này, sự biểu hiện phức tạp liên quan đến các hệ tim mạch, thận và huyết học. Các triệu chứng tim mạch, bao gồm hở van và dẫn nhĩ trái, có thể được cho là do sự di căn và giải phóng các chất vận mạch từ tế bào UTTKNT. Mặt khác, suy thận cấp và thiếu máu toàn dòng có thể do sự xâm

nhập của khối u và gây rối chức năng cơ quan bình thường. Quản lý UTTKNT di căn từ đại tràng tối đa cơ quan yêu cầu một cách tiếp cận đa phương thức bao gồm điều trị toàn thân, điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng. Trong trường hợp cụ thể này, việc sử dụng steroid và octreotide đã đóng vai trò trong kiểm soát triệu chứng và giảm tác động liên quan đến khối u. Tuy nhiên, với tính phức tạp của tình trạng bệnh nhân, việc theo dõi chặt chẽ và can thiệp bổ sung có thể cần thiết để điều trị hiệu quả các biến chứng về tim mạch và thận. Trong phần thảo luận, chúng tôi nhấn mạnh một số khía cạnh quan trọng liên quan đến hội chứng carcinoid, bệnh van tim và con carcinoid. Hội chứng carcinoid, đặc trưng bởi triệu chứng đỏ mặt, tiêu chảy và bệnh van tim, xảy ra khi hormone do UTTKNT sản xuất đi vào tuần hoàn hệ thống. Sự hiện diện của di căn gan là quan trọng trong sự phát triển của hội chứng carcinoid vì nó cho phép hormone vượt qua chu trình chuyển hóa tại gan. Tỷ lệ hiện mắc hội chứng carcinoid thay đổi tùy thuộc vào vị trí ban đầu của UTTKNT. Các nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu

báo cáo tỷ lệ từ 6% đến 13% ở UTTKNT đường tiêu hóa, trong khi UTTKNT phổi có tỷ lệ hiện mắc thấp hơn 1% (2) (3). Đáng chú ý, các khối u ở đoạn xa đại tràng, đặc biệt là ở hậu tràng và trực tràng, thường không gây ra hội chứng carcinoid. Bệnh van tim, đặc trưng bởi việc hình thành các tổ chức dạng sợi, là một biến chứng phổ biến của hội chứng carcinoid, ảnh hưởng từ 8% đến 56% số bệnh nhân theo các nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. Đáng lưu ý rằng một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân với bệnh van tim có thể không có triệu chứng, cần nhấn mạnh vai trò của siêu âm tim sàng lọc để can thiệp và quản lý kịp thời. Con carcinoid là tình trạng nghiêm trọng và nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân, là biến chứng nguy hiểm của hội chứng carcinoid, biểu hiện dưới dạng đỏ mặt nhiều, co thắt phế quản và dao động huyết áp (4). Nhiều yếu tố như gây mê hoặc thao tác trên UTTKNT có thể kích hoạt cơn bùng phát này. Việc sử dụng một đồng vận somatostatin cho bệnh nhân trước bất kỳ quy trình gây mê nào hoặc thao tác trên khối u là rất quan trọng để giảm nguy cơ cơn carcinoid. Để tối ưu hóa kết quả điều trị cho những người mắc

UTTKNT và các biến chứng tim mạch liên quan, việc nhận biết sớm, sàng lọc phù hợp và quản lý chủ động là rất quan trọng.

4. KẾT LUẬN

Báo cáo ca lâm sàng này làm nổi bật ảnh hưởng toàn thân, đa cơ quan có thể xảy ra ở giai đoạn tiến triển của ung thư thần kinh nội tiết (UTTKNT) di căn từ đại tràng. Một quy trình đánh giá toàn diện, bao gồm các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, siêu âm tim và các xét nghiệm thích hợp, trở nên quan trọng để xác định phạm vi bệnh và hướng dẫn chiến lược quản lý phù hợp. Áp dụng một phương pháp tiếp cận đa phương thức gồm ung thư học, tim mạch, thận và chăm sóc hỗ trợ là cần thiết để tối ưu hóa kết quả và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Lưu ý rằng đây chỉ là một ví dụ đơn giản, và các báo cáo trường hợp thực tế có thể khác nhau về cấu trúc và nội dung. Kế hoạch điều trị và can thiệp được đề cập trong báo cáo trường hợp này chỉ mang tính minh họa và nên được điều chỉnh phù hợp với nhu cầu cụ thể của bệnh nhân và đánh giá lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hallet J, Law CHL, Cukier M, et al. Exploring the rising incidence of neuroendocrine tumors: a population-based analysis of epidemiology, metastatic presentation, and outcomes. *Cancer* 2015;121:589–97.
- [2] Yao JC, Hassan M, Phan A, et al. One hundred years after “carcinoid”: epidemiology of and prognostic factors for neuroendocrine tumors in 35,825 cases in the United States. *J Clin Oncol* 2008;26:3063–72.
- [3] Pape UF, Berndt U, Muller-Nordhorn J. Prognostic factors of long-term outcome in gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors. *Endocr Relat Cancer* 2008;15: 1083–97
- [4] Ter-Minassian M, Chan JA, Hooshmand SM, et al. Clinical presentation, recurrence, and survival in patients with neuroendocrine tumors: results from a prospective institutional database. *Endocr Relat Cancer* 2013;20:187–96.