

U nhầy nhĩ trái kết hợp bệnh lý mạch vành: Ca lâm sàng

Left atrial myxoma combined with coronary artery disease: A case report

Nguyễn Ngọc Trung*, Nguyễn Trường Giang**,
Vũ Đức Thắng*, Nguyễn Hữu Hồng Chương*,
Trần Đắc Tiệp*, Nguyễn Đăng Thử*,
Lê Bá Hạnh*, Nguyễn Thế Kiên*

*Bệnh viện Quân y 103,

**Học viện Quân y

Tóm tắt

U nhầy nhĩ trái kết hợp với hẹp động mạch vành là bệnh lý hiếm gặp tại Việt Nam. Chúng tôi xin chia sẻ kinh nghiệm về chẩn đoán và điều trị trường hợp bị u nhầy nhĩ trái kèm theo hẹp động mạch vành được phẫu thuật cấp cứu thành công. Trường hợp bệnh nhân nam, 64 tuổi, tiền sử hút thuốc lá nhiều năm, nhập viện vì đau ngực và lâm sàng suy tim cấp. Siêu âm tim phát hiện khối u nhầy nhĩ trái kích thước lớn (29 × 44mm) bám vào thành nhĩ trái, gây hẹp khít van 2 lá. Chụp động mạch vành thấy hẹp nặng động mạch vành phải (95%). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u nhầy nhĩ trái kết hợp bắc cầu động mạch chủ - động mạch vành bằng đoạn tĩnh mạch hiển đảo chiều. Bệnh nhân sau mổ không có biến chứng, được theo dõi 5 tháng không thấy u tái phát.

Từ khóa: U nhầy nhĩ trái, hẹp động mạch vành.

Summary

Left atrial myxoma combined with coronary artery disease is a rare condition in Vietnamese. We would like to share our experience in the diagnosis and treatment of cases of left atrial myxoma combined with coronary artery stenosis successfully undergone emergency surgery. This 64 years old patient with smoking history was admitted for acute heart failure and chest pain. Preoperative echocardiography showed acute mitral stenosis due to a large left atrial myxoma (29 × 44mm). Coronary angiography presented severe stenosis of the right coronary artery (95%). The patient underwent simultaneous left atrial myxoma removal and coronary bypass grafting to the right coronary artery using a reversed saphenous vein graft. The postoperative course was uneventful and patient remained tumor-free after 5 months of follow-up.

Keywords: Atrial myxoma, coronary artery disease.

1. Đặt vấn đề

U nhầy là u nguyên phát hay gặp nhất ở tim [1]. Trong đó chủ yếu là u nhầy trong nhĩ trái. U nhầy nhĩ trái thường không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng. Bệnh nhân chỉ xuất hiện triệu chứng khi khối u có kích thước lớn, bít vào lỗ van 2 lá gây hẹp, hở van 2 lá; hoặc triệu chứng xuất hiện là biến chứng do mảnh vỡ của u gây tắc mạch hệ thống. U nhầy nhĩ

Ngày nhận bài:

, ngày chấp nhận

đăng:

Người phản hồi:

trái có thể gặp ở tất cả các độ tuổi, không phân biệt giới tính. Nhưng độ tuổi hay gặp nhất là từ 31 - 50 tuổi [1]. U nhầy nhĩ trái kèm theo hẹp động mạch vành là một tổn thương hiếm gặp trên lâm sàng, có một số ít trường hợp được báo cáo trên y văn thế giới [5]. Chúng tôi xin chia sẻ về kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị một trường hợp bị u nhầy nhĩ trái kèm theo hẹp động mạch vành được phẫu thuật cấp cứu thành công.

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nam 64 tuổi, tiền sử hút thuốc lá hơn 20 năm, không phát hiện bệnh lý tim mạch trước đó. Trước vào viện một tuần, bệnh nhân xuất hiện đau

ngực, đau kiểu nặng tức, tăng lên khi vận động, giảm khi nằm nghỉ. Kèm khó thở khi gắng sức. Nhịp tim 107 lần/phút, đều. Huyết áp: 120/70mmHg. Nghe tim thấy T₁, T₂ rõ. Khám các cơ quan khác không phát hiện bất thường.

Siêu âm tim qua thành ngực và thực quản thấy hình ảnh khối u nhĩ trái kích thước 29 × 44mm, mặt độ không đồng nhất, trong lòng khối u có khối trống âm 10 × 12mm, nghi ngờ chảy máu trong u, bề mặt nhẵn. U bám vào thành trước vách liên nhĩ, sát phía động mạch chủ (phía lá vành phải + lá không vành), sát vòng van 2 lá. Khối u di động vào lỗ van 2 lá, gây hẹp khít lỗ van 2 lá thời kỳ tâm trương. Hở van 2 lá nhẹ. Hở nặng van 3 lá, tăng áp động mạch phổi nặng (75mmHg). Giãn nhĩ trái.



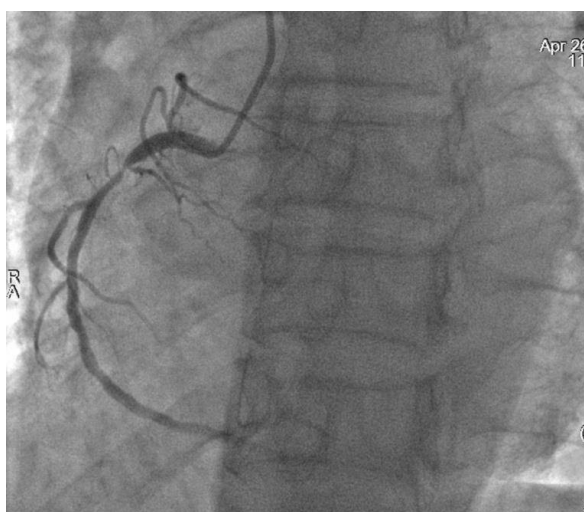
A. Khối u ở trong nhĩ trái



B. Khối u chui qua lỗ van 2 lá bịt gần kín lỗ van trong thời kỳ tâm trương

Hình 1. Khối u trên siêu âm trước mổ

Bệnh nhân được chụp động mạch vành ngay sau khi vào viện. Kết quả chụp thấy động mạch vành trái bình thường. Động mạch vành phải hẹp nặng (95%) đoạn gần và hẹp 20% đoạn xa.

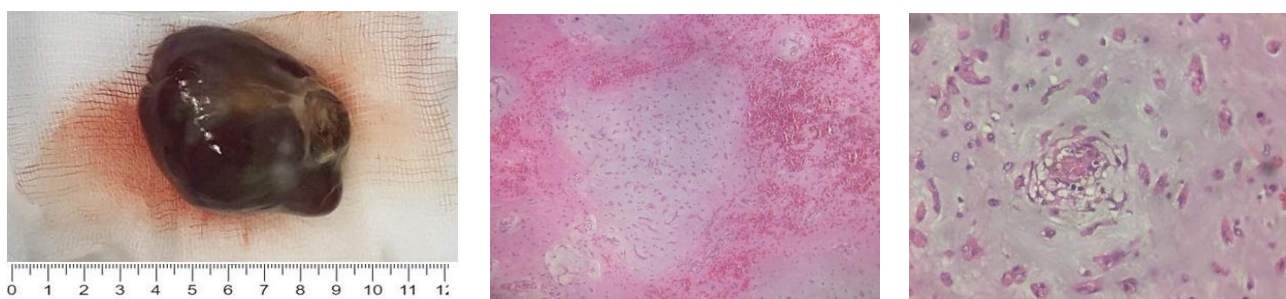


Hình 2. Hẹp động mạch vành phải 95% đoạn 1, 20% đoạn 2

Xét nghiệm máu không thấy tăng men tim. Troponin I: 4,3pg/ml.

Bệnh nhân được mổ cấp cứu do hẹp - hở cấp tính van 2 lá, nghi ngờ chảy máu trong u và suy tim cấp. Phẫu thuật dưới tuần hoàn ngoài cơ thể trung tâm qua động mạch chủ và 2 tĩnh mạch chủ. Mở nhĩ trái qua rãnh liên nhĩ, kiểm tra thấy trong lòng nhĩ trái có u kích thước 3 × 5cm, bờ khối u gọn, nhẵn, nhiều thùy. Chân u bám vào thành nhĩ trái, cách mép trước van 2 lá 6mm, cuống dài 2cm bám ngay trên rãnh nhĩ - thất. Khối u đè vào lỗ van 2 lá, bịt gần kín lỗ van

2 lá gây hẹp nặng van 2 lá. Van hai lá hở do giãn vòng van. Các lá van thanh, mềm. Bộ máy dưới van không tổn thương. Van 3 lá hở nặng do giãn vòng van, lá van thanh mảnh, mềm mại. Khối u nhĩ trái và cuống được cắt ra nguyên vẹn cùng với một phần thành bên nhĩ trái, không có mảnh vỡ, hoại tử. Diện chân u bám vào thành nhĩ trái được đốt bằng dao điện. Sửa van 2 lá bằng đặt vòng van kín số 28. Sửa van 3 lá bằng dải PTFE. BẮC một cầu động mạch chủ - đoạn 2 động mạch vành phải bằng đoạn tĩnh mạch hiển đảo chiều.

**Hình 3.** Hình ảnh đại thể và vi thể khối u

Bệnh nhân được rút ống nội khí quản sau 6 giờ, rút dẫn lưu sau 48 giờ, thời gian nằm hồi sức tích cực 3 ngày. Đi lại, sinh hoạt nhẹ nhàng sau 3 ngày, không có cảm giác khó thở, đau ngực như lúc trước phẫu thuật. Bệnh nhân ra viện sau mổ 16 ngày, không có biến chứng nào gặp phải sau phẫu thuật. Siêu âm sau mổ hàng tháng trong 5 tháng không thấy u tái phát, các van tim kín, chức năng tâm thu thất trái bình thường. Kết quả nhuộm hematoxylin-eosin thấy các tế bào u hình sao, bào tương ưa axit nằm trong chất nhầy; có vùng bị hoại tử, thoái hóa dạng tơ huyết, phù hợp với hình ảnh u nhầy.

3. Bàn luận

Trên đây, chúng tôi đã trình bày một ca lâm sàng hiếm gặp, có u nhầy nhĩ trái và hẹp đáng kể động mạch vành. U nhầy là loại u lành tính hay gặp nhất ở tim, trong đó u trong nhĩ trái chiếm tỷ lệ chủ yếu. Phần lớn u nhầy nhĩ trái thường có chân u bám vào vách liên nhĩ. Tuy nhiên, bệnh nhân của chúng tôi u

nằm trong nhĩ trái, kích thước lớn chiếm gần hết thể tích của nhĩ, chân u bám vào thành nhĩ trái, ngay mép trước van 2 lá. Do đó, trong lúc phẫu thuật việc cắt bỏ toàn bộ khối u nhưng không làm tổn thương van hai lá là một yêu cầu cần đạt được.

U nhầy nhĩ trái thường không có biểu hiện lâm sàng. Một số ít có thể có triệu chứng do khối u chèn vào lỗ van 2 lá; hoặc do mảnh vỡ của khối u đi vào tuần hoàn hệ thống gây tắc mạch [3]. Bệnh nhân của chúng tôi có khối u kích thước lớn, bịt gần kín lỗ van 2 lá trong thời kỳ tâm trương, gây hẹp nặng van 2 lá, có biểu hiện của suy tim cấp. Một số tác giả đề cập đến khối u chèn vào lỗ van hai lá gây triệu chứng trên lâm sàng [3]. Bệnh nhân của chúng tôi biểu hiện triệu chứng trước vào viện khoảng 1 tuần, triệu chứng này có thể nhầm lẫn với biểu hiện của bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Siêu âm thấy trong lòng khối u có ổ giảm âm, nghi ngờ chảy máu trong u. Việc chảy máu trong u làm cho kích thước khối u to lên, giải thích hợp lý cho triệu chứng suy tim cấp ở bệnh nhân của chúng tôi. Phần lớn các

trường hợp u nhầy nhĩ trái được chỉ định mổ chương trình. Tuy nhiên, khi có biểu hiện suy tim cấp do khối u chèn ép thì chỉ định phẫu thuật cấp cứu được đặt ra [3]. Bệnh nhân được cắt toàn bộ u nhầy nhĩ trái và bắc cầu động mạch chủ - động mạch vành. Sau mổ bệnh nhân hồi phục tốt, siêu âm hành thág sau ra viện trong 5 tháng không thấy u tái phát, van tim hoạt động tốt, chức năng tim tốt.

Một số tác giả đề xuất việc khảo sát hệ động mạch vành là cần thiết đối với bệnh nhân có u nhầy nhĩ trái trên 40 tuổi [2], [4]. Ở những bệnh nhân được xác định suy tim cấp do khối u bít kín lỗ van hai lá vấn đề chụp động mạch vành trước phẫu thuật hay không vẫn đang là vấn đề tranh luận hiện nay [4]. Tại Việt Nam chưa thống nhất về độ tuổi chụp động mạch vành cho bệnh nhân bị bệnh tim mạch. Bệnh nhân của chúng tôi mặc dù biểu hiện suy tim cấp nhưng tình trạng bệnh nhân vẫn cho phép chụp động mạch vành tầm soát trước phẫu thuật vì vậy chúng tôi đã tiến hành chụp động mạch vành. Kết quả chụp động mạch vành phát hiện hẹp 95% động mạch phải đoạn 1, 20% động mạch vành phải đoạn 2. Với những trường hợp tổn thương hẹp nặng động mạch vành kèm theo mà bỏ sót tổn thương thì nguy cơ nhồi máu cơ tim sau mổ là rất cao, đặc biệt là động mạch vành phải dễ tắc mạch khi sau khi tim đập lại [2]. Đây là trường hợp hiếm gặp, vừa có u nhầy nhĩ trái kèm theo hẹp động mạch vành. Triệu chứng lâm sàng gần giống như nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên, trên phim chụp động mạch vành và kiểm tra trong mổ thấy tổn thương động mạch vành là tổn thương mạn tính; xét nghiệm men tim không tăng. Vì vậy triệu chứng xuất hiện có thể là biểu hiện suy tim cấp do khối u kích thích lớn bít lỗ van 2 lá. Nhận định này phù hợp với kết quả siêu âm tim và một số tác giả khác [4], [5].

Phần lớn u nhầy nhĩ trái thường bám vào vách liên nhĩ. Nhưng ở bệnh nhân này, trên hình ảnh siêu âm trước mổ và thám sát trong mổ đều thấy chân u bám vào thành nhĩ trái, hướng về phía mép trước

van 2 lá. Vị trí này là vị trí ít gặp, chân u nằm ngay trên đường đi của động mạch mũ. Vì vậy, sau khi toàn bộ khối u được cắt ra, chúng tôi sử dụng dao điện năng lượng thấp để đốt diện bám của khối u. Biện pháp này giúp loại trừ toàn bộ khối u, tránh tái phát; đồng thời tránh làm tổn thương động mạch mũ. Đây là điểm khác biệt với các trường hợp phẫu thuật cắt u nhầy nhĩ trái mà chân u bám vào vách liên nhĩ. Các trường hợp chân u bám vào vách liên nhĩ các tác giả thường cắt bỏ toàn bộ chân u để tránh tái phát [4].

4. Kết luận

U nhầy nhĩ trái kèm hẹp động mạch vành là tổn thương hiếm gặp trên cùng một bệnh nhân. Kinh nghiệm từ ca lâm sàng của chúng tôi cho thấy sự cần thiết của việc chụp động mạch vành trước mổ trên bệnh nhân trung niên và cao tuổi để loại trừ nguy cơ bệnh mạch vành kèm theo, nếu tình trạng bệnh nhân cho phép. U có vị trí trên đường đi động mạch vành cần có chiến thuật hợp lý để tránh tái phát u và tránh tổn thương động mạch vành.

Tài liệu tham khảo

1. Bhan A et al (1998) *Surgical experience with intracardiac myxomas: Long-term follow-up*. Ann Thorac Surg 66(3): 810-813.
2. Erdil N et al (2003) *Frequency of left atrial myxoma with concomitant coronary artery disease*. Surg Today 33(5): 328-331.
3. Fang BR et al (2004) *Total detachment of cardiac myxoma causing saddle embolization and mimicking aortic dissection*. Jpn Heart J 45(2): 359-563.
4. Maddali MM et al (2011) *Left atrial myxoma with coronary artery disease: An unexpected preoperative finding-case report*. Middle East J Anaesthesiol 21(3): 413-417.
5. Yümün Gündüz, Gürkan Selami, Donbaloğlu Okan (2017) *Left atrial myxoma combined with coronary artery disease in an elderly patient*. Res J 4(2): 129-131.