

## NHÂN TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ PAPILLARY FIBROELASTOMA TẠI VIỆN TIM MẠCH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Văn Hùng Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Hào<sup>1</sup>, Hoàng Niên Nhâm<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Như Hà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

*U nhú sợi chun (papillary fibroelastoma-PFE) là một dạng u lành rất ít gặp ở tim. Chẩn đoán xác định thường là tình cờ hoặc chỉ khi bệnh nhân đã có biến chứng liên quan như tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim hoặc thuyên tắc động mạch. Chúng tôi báo cáo một trường hợp u nhú sợi chun nằm trên van động mạch chủ được chẩn đoán và mổ kịp thời tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh.*

*Từ khóa: u nhú sợi chun, tai biến mạch máu não.*

### CASE REPORT OF PAPILLARY FIBROELASTOMA AT THE HEART INSTITUTE OF HO CHI MINH CITY

### ABSTRACT

*Papillary fibroelastoma (PFE) is a rare benign tumor of the heart. The definitive diagnosis is often incidental or on when the patient has had related complications such as stroke, myocardial infarction, or arterial embolism. Here, we report a case of PFE located on the aortic valve which was diagnosed and operated promptly at the Heart Institute of Ho Chi Minh City.*

*Key words: papillary fibroelastoma, stroke*

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên phát trong tim thường ít gặp trên lâm sàng, chỉ khoảng 0,02%. Dạng u thường gặp nhất tại tim là u nhầy

nhĩ (atrial myxoma) [1]. Phần lớn u nguyên phát tại tim là lành tính. Chẩn đoán thường không quá khó khăn tuy nhiên rất dễ bị bỏ sót nhất là các u có kích thước nhỏ hoặc

---

<sup>1</sup> Viện Tim TP.Hồ Chí Minh

Người phản hồi (Corresponding): Văn Hùng Dũng (vanhungdung2003@gmail.com)

Ngày nhận bài: 02/11/2021, ngày phản biện: 25/01/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/03/2022

nằm trong buồng thất. U nằm trên van tim lại càng hiếm và khó chẩn đoán hơn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp trên lâm sàng: u papillary fibroelastoma (PFE) ở van động mạch chủ (ĐMC).

## 2. GIỚI THIỆU CALÂM SÀNG

BN Lê Thùy T. nữ, 50 tuổi, trú quán phường Linh Đông, thành phố Thủ Đức, số hồ sơ 2102473; nhập viện 12h40 ngày 24/4/2021.

Lý do nhập viện: BV quận Thủ Đức chuyển với chẩn đoán ngất không rõ nguyên nhân.

*Bệnh sử:* cách nhập viện khoảng 2 tuần đột ngột ngất, trước khi ngất có cứng hàm và đau thắt ngực. Sau ngất không có đau ngực. BN đến khám và siêu âm tại BV quận Thủ Đức chẩn đoán “ngất không rõ nguyên nhân” chuyển Viện Tim để chẩn đoán nguyên nhân và điều trị. Tiền sử không có biểu hiện nhiễm trùng, gần đây không đi làm thủ thuật xâm lấn, không làm răng- nha chu...

*LS:* bệnh tình, môi hồng, không khó thở, không phù. Tiếng tim đều 86 l/phút, không âm thổi. Phổi âm phế bào hai bên đều.

*CLS:* Nhóm máu O+, Hct 38% (HC 4,2M; BC 4900; TC 266K), HGB 12,1g/L

Na 138, K 3,95, Chlor 102,6. Creatinemia 64,2 micromol/L; Glycemia:

4,75; CRP: 0,7mg/L. AST 28, ALT 39 UI/L, Rheumatic factor: 2,2 UI/ml, Cholesterol 4,62, HDL 1,75, LDL 2,4

Echo bụng: ghi nhận gan nhiễm mỡ, nhân xơ tử cung.

Echo tim (5/5/2021): (1) siêu âm thành ngực: U nằm trên lá vành phải kích thước 5x7 mm. Lỗ vành trái 2,6mm, lỗ vành phải 2,6mm. Hở van ĐMC 1/4, Hở 2 lá 1/4. Áp lực ĐMP # 25mmHg. TAPSE 28. Kích thước thất trái: 46mm; EF 68%.

(2) siêu âm qua thực quản 3D: van ĐMC 3 mảnh. Lá vành trái thủng gần bờ tự do, đường kính lỗ thủng 2mm. Lá vành phải bất thường có cấu trúc dạng dây d=9,1mm hướng về lỗ vành phải. Đường kính lỗ vành trái 3,2mm, lỗ vành phải 1,7mm, flux yếu. Hở van ĐMC 2/4 do rách lá vành trái, nghi ngờ có sùi nhỏ 2-3mm (hình 1 A, B)

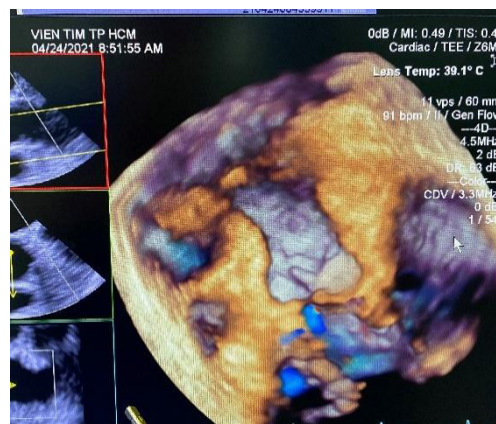
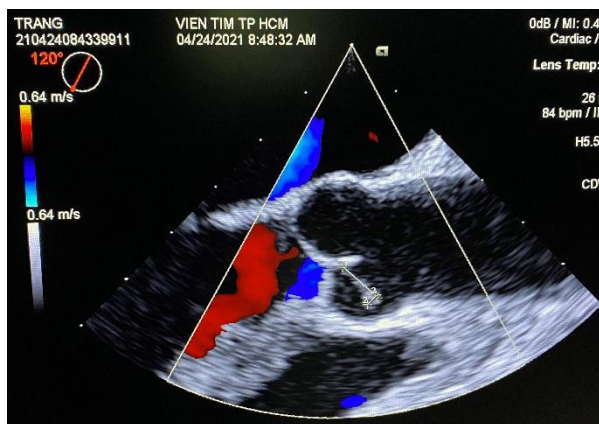
Do nghi ngờ, BN được cấy máu 3 mẫu đều (-).

Phẫu thuật (10/5/2021): Khối u bám ở mặt dưới lá vành phải, kích thước 7x5mm, mô mềm, có màu vàng nâu; cuống khá dài # 6-7mm (hình 2). U có khuynh hướng bị hút vào lỗ vành phải trong thì tâm trương. Cắt trọn khối u và kiểm tra kỹ 3 lá van ĐMC. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 71 phút; kẹp ĐMC 39 phút. Nhịp xoang chậm 66l/phút sau mổ. BN thở máy 8h, nằm ICU 23h.

*Kết quả giải phẫu bệnh lý* (trường

ĐHYD thành phố Hồ Chí Minh): U nhú sợi chun (PFE), hình 3

Siêu âm kiểm tra khi ra viện: không hở van ĐMC, hở nhẹ van hai lá, EF 61%.

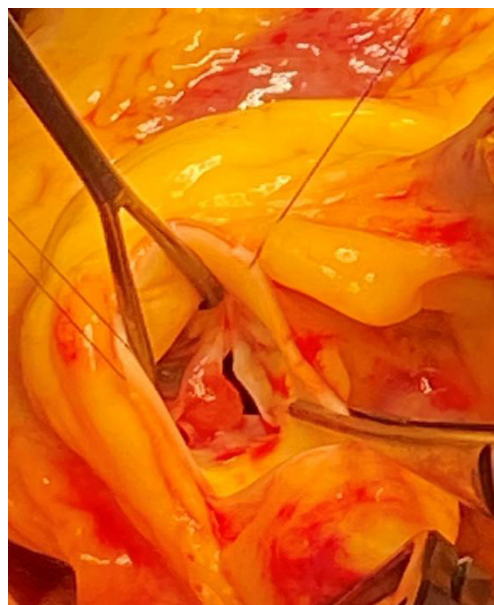


Hình 1A, B: u PFE có cuống nhìn thấy trên siêu âm qua thực quản 2D và 3D (mũi tên đỏ)

### 3. BÀN LUẬN

U papillary fibroelastoma (PFE) có bản chất là u nhú nội mạc lành tính (benign endocardial papillomas) có thể gặp ở nhiều vị trí trong tim, nơi có bao phủ nội mạc nhưng thường gặp trên các lá van tim. Sự hiện diện của khối u dạng này có thể không triệu chứng, nhưng cũng có thể gây đột quy, thuyên tắc hoặc nhồi máu cơ tim gây đột tử [6-9].

Nguyên nhân là vỡ khối u hoặc lấp lỗ mạch vành tạm thời. Chẩn đoán xác định thường tình cờ qua siêu âm kiểm tra hoặc siêu âm tim tầm soát khi BN đã có biến chứng đột quy hoặc nhồi máu cơ tim. Trường hợp của chúng tôi, u có cuống dài và có khuynh hướng lấp lỗ mạch vành phải và khi đó BN có triệu chứng điển hình của một cơn đau thắt ngực đi kèm ngất.



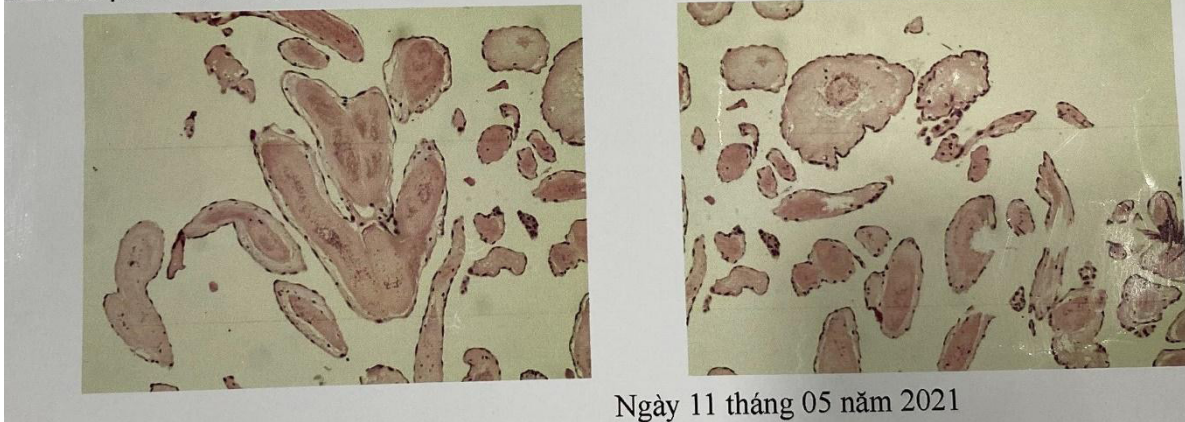
Hình 2: u PFE nằm trên lá vành phải (mũi tên xanh)

U PFE ở tim khá hiếm gặp theo y văn chỉ báo cáo từng 1-2 trường hợp đơn lẻ [3-10]. Một báo cáo tổng hợp y văn của Gowda năm 2003 tập hợp được 725 cases. Theo nghiên cứu này, nam giới chiếm 55%

và lứa tuổi 80 gặp nhiều nhất. Van ĐMC sau đó là van hai lá là 2 vị trí hay gặp nhất, u trong thất trái ít gặp nhất. Kích thước u từ 2 đến 70mm. Nghiên cứu đơn trung tâm qua tổng kết kết quả siêu âm tại bệnh viện Cleveland, Hoa kỳ (trong 16 năm với 109 502 BN được làm siêu âm), tác giả Sun

khoảng 0,15% với nam giới chiếm 65%, tuổi trung bình là 60. Có 48/162 trường hợp không phát hiện trên siêu âm kể cả siêu âm qua thực quản vì u có kích thước nhỏ [11]. Về bản chất, xét nghiệm hóa mô miễn dịch cho thấy có bất thường của tế bào nội mạc [12].

KẾT LUẬN: U NHÚ SỢI CHUN ( PAPILLARY FIBROELASTOMA)



ghi nhận có 162 trường hợp PEF, chiếm

Hình 3: Giải phẫu bệnh lý khối u

Phẫu thuật đối với khối u nằm trên van tim không quá khó khăn, chủ yếu là cắt bỏ khối u trọn vẹn, kiểm tra kỹ hai lỗ mạch vành và cần bảo tồn các lá van tim tối đa hoặc phải tạo hình, đôi khi phải thay van [13,14,17]. U thường chỉ bám trên một lá van ĐMC và thường ở mặt thất lá van. Phần lớn các khối u dạng này đều có cuống nhờ vậy khối u phân biệt rõ với mô lá van ĐMC tạo điều kiện thuận lợi để cắt bỏ. Có thể phẫu thuật ít xâm lấn khi khối u tương đối lớn theo các tác giả Hsu và Kim [15,16]. Chẩn đoán siêu âm thành ngực dễ lầm với sùi do VNTM vì vậy nhiều tác giả

khuyến nên làm thêm siêu âm tim qua ngã thực quản kết hợp với CT scan để xác định cũng như đánh giá tình trạng của khối u [3,11,18].

#### 4. KẾT LUẬN

U nhú sợi chun ở tim ít gặp và có thể không triệu chứng, khi nghi ngờ cần siêu âm qua ngã thực quản kết hợp với CT scan nếu cần thiết nhằm chẩn đoán xác định u PFE. Khi đã có chẩn đoán xác định, phẫu thuật cắt bỏ khối u, bảo tồn tối đa hoặc thay van ĐMC là giải pháp triệt căn nhằm phòng tránh các biến chứng như



đột quy, nhồi máu cơ tim cũng như hở van ĐMC tiến triển.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gowda RM, Khan IA, Nair CK, et al (2003)., Cardiac papillary fibroelastoma: a comprehensive analysis of 725 cases, *Am Heart J.* 2003;146(3):404–10.
2. Kalavakunta JK, Martin D, Gupta V. A (2011) Rare Location and Presentation of Papillary Fibroelastoma. *Am Heart Hosp J.* 2011;9(2):114-5.
3. Palecek T, Lindner J, Vitkova I, Linhart A.(2008) Papillary Fibroelastoma Arising from the Left Ventricular Apex Associated with Nonspecific Systemic Symptoms. *Echocardiography* 2008; 25 (5):526–8.
4. Matsumoto N, Sato Y, Kusama J, Matsuo S, Kinukawa N, Kunimasa T, et al.(2007) Multiple papillary fibroelastomas of the aortic valve: case report. *Int J Cardiol* 2007; 122(1): e1–3.
5. Kumbala D, Sharp T, Kamalesh M.(2008) Perilous pearl-papillary fibroelastoma of aortic valve: a case report and literature review. *Angiology* 2008;59(5):625–8.
6. Maestroni A, Zecca B, Triggiani M.(2006) Cardiac papillary fibroelastoma presenting with acute coronary syndrome and syncope. *Acta Cardiol.*2006; 61 (3): 363–5.
7. Liebeskind DS, Buljubasic N, Saver JL.(2001) Cardioembolic stroke due to papillary fibroelastoma. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2001;10 (2): 94–5.
8. Kalavakunta JK, Jagadeesh K, et al (2010). Lambl's excrescences: a rare cause of stroke. *J Heart Val Dis.* 2010; 19 (5): 669–670.
9. Takada A, Saito K, Ro A, Tokudome S, Murai T.(2000) Papillary fibroelastoma of the aortic valve: a sudden death case of coronary embolism with myocardial infarction". *Forensic Sci Int.* 2000;113 (1–3): 209–14.
10. Mutlu H, Demir IE, Leppo J, Levy WK. (2008) Nonsurgical Management of a Left Ventricular Pedunculated Papillary Fibroelastoma: A Case Report. *J Am Soc Echocardiogr.* 2008; 21 (7): 877.e4.
11. Sun JP, Asher CR, Yang XS, et al.(2001), Clinical and echocardiographic characteristics of papillary fibroelastomas: a retrospective and prospective study in 162 patients. *Circulation* 2001;103(22):2687–93
12. Loire R, Donsbeck AV, Nighoghossian N, et al (1999). Papillary fibroelastoma of the heart. A review of 20 cases. *Arch Anat Cytol Pathol.*1999;47:19–25.

13. Boodhwani M, Veinot JP, Hendry PJ(2007). Surgical approach to cardiac papillary fibroelastomas. *Can J Cardiol.* 2007; 23 (4): 301–2.
14. Gopaldas RR, Atluri PV, Blaustein AS, Bakaeen FG, Huh J, Chu D (2009). Papillary Fibroelastoma of the Aortic Valve: Operative Approaches upon Incidental Discovery. *Tex Heart Insti J* 2009; 36 (2): 160–163.
15. Hsu VM, Atluri P, Keane MG, Woo YJ(2006). Minimally invasive aortic valve papillary fibroelastoma resection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2006; 5 (6): 779–81.
16. Kim RW, Jeffery ME, Smith MJ, Wilensky RL, Woo EY, Woo YJ(2007). Minimally invasive resection of papillary fibroelastoma in a high-risk patient. *J Cardiovasc Med.*2007; 8 (8): 639–41.
17. Westhof FB, Chryssagis K, Liangos A, Batz G, Diegeler A.(2007) Aortic valve leaflet reconstruction after excision of a papillary fibroelastoma using autologous pericardium. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2007; 55 (3): 204–7.
18. Lembcke A, Meyer R, Kivelitz D, et al (2007). Images in cardiovascular medicine. Papillary fibroelastoma of the aortic valve: appearance in 64-slice spiral computed tomography, magnetic resonance imaging, and echocardiography. *Circulation*, 2007;115: e3–e6.