



# VỠ TÚI GIẢ PHÌNH KHỔNG LỒ TÂM THẤT TRÁI: BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

## Rupture of giant left ventricular pseudoaneurysm: a case report and literature review

Lê Thị Thùy Liên\*, Nguyễn Khôi Việt\*, Nguyễn Ngọc Tráng\*, Nguyễn Thị Huyền\*, Nguyễn Thị Xuân\*, Nguyễn Công Tiến\*

### SUMMARY

Left ventricular pseudoaneurysm is defined as a rupture of the free wall of the left ventricle contained by adjacent pericardial tissue. This rare complication is most commonly seen following myocardial infarction, trauma, or infection. Surgery is often warranted to avoid progression to spontaneous rupture, potentially leading to cardiac tamponade and death. Cardiac magnetic resonance imaging is the modality of choice for left ventricular morphological and functional characterization. The precise distinction between pseudoaneurysm and true aneurysm is important, as management and prognosis vary considerably between these two entities.

We report a rare case of a 34-year-old male patient with infective endocarditis and left ventricular pseudoaneurysm (PA). The patient's symptoms are fever and cough continuously for 5 days before admission, no treatment. The patient has chest pain and is very tired. Echocardiography showed an aneurysm of the left ventricle in the lateral wall with a size of 40x27mm. Sputum culture showed *Aspergillus flavus*. Covid-19 test negative. After 4 days of admission, he had a cardiac arrest and lost consciousness. Immediately, he was indicated for emergency surgery to patch the heart. After surgery, the patient underwent coronary computed tomography to exclude myocardial infarction. Magnetic resonance imaging of the aneurysm showed a giant PA measuring 66x48x36mm. The treatment of choice for this rare condition is surgical removal of the PA, and patching the perforation, which helps the patient to recover gradually. In this case, early diagnosis and prompt surgical intervention lead to a good prognosis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giả phình tâm thất trái (LV PA) được định nghĩa là vỡ thành tự do của tâm thất trái được chứa bởi mô màng ngoài tim liền kề. Biến chứng hiếm gặp này thường gặp nhất sau nhồi máu cơ tim, chấn thương hoặc nhiễm trùng. Phẫu thuật thường được đảm bảo để tránh tiến triển thành vỡ tự phát, có khả năng dẫn đến chèn ép tim và tử vong. Chụp cộng hưởng từ tim là phương thức được lựa chọn để mô tả đặc điểm hình thái và chức năng tâm thất trái. Sự phân biệt chính xác giữa túi giả phình và túi phình thực sự là rất quan trọng, vì việc quản lý và tiên lượng khác nhau đáng kể giữa 2 bệnh lý.

Chúng tôi trình bày một trường hợp lâm sàng bệnh nhân nam 34 tuổi bị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn và giả phình thất trái (PA). Bệnh nhân sốt và ho liên tục trong 5 ngày trước vào viện, không điều trị. BN đau ngực và

mệt nhiều. Siêu âm tim thấy túi phình thất trái thành bên kt 40x27mm. Cây đờm có nhiễm *Aspergillus flavus*. XN Covid-19 âm tính. Sau 4 ngày vào viện, bệnh nhân đột ngột ngừng tim, ngừng thở, mất ý thức. BN được chỉ định mổ cấp cứu vá tim. Sau mổ, bn được chụp cắt lớp vi tính động mạch vành loại trừ tổn thương nhồi máu cơ tim. Chụp MRI đánh giá hình thái túi phình cho thấy một PA khổng lồ. Các phương pháp điều trị được lựa chọn cho trường hợp mắc bệnh lý hiếm gặp này là phẫu thuật cắt bỏ PA, vá lỗ thủng, giúp bệnh nhân hồi phục dần dần. Trong trường hợp này, chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật kịp thời dẫn đến tiên lượng tốt.

### II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

**1. Lâm sàng:** Cách vào viện 5 ngày, bệnh nhân sốt, kèm đau rát họng, sốt cao nhất 38.5 độ C, nhịp tim 102 lần/phút, đau ngực nhẹ, không khó thở. Siêu âm tim thấy

\* Bệnh viện Bạch Mai

túi phình thành sau thất trái, thành rất mỏng, dọa vỡ. Sau 1 ngày vào viện, bệnh nhân đột ngột ngừng thở, ngừng tim, mất ý thức, chết lâm sàng. Sau đó bệnh nhân được cấp cứu ngừng tuần hoàn, siêu âm thấy túi phình đã vỡ, tụ máu màng ngoài tim, sau đó chuyển mổ cấp cứu giải áp lực màng ngoài tim, khâu tạm lỗ thủng để cầm máu. Sau 2 ngày tỉnh lại, bệnh nhân được hồi sức sau mổ. Sau đó được chụp DSCT đánh giá động mạch vành, loại trừ nhồi máu cơ tim, chụp MRI đánh giá hình thái túi phình.

## 2. Cận lâm sàng

- XQ ngực thẳng (hình 1): tim to, chỉ số tim ngực: 0.68, không thấy tăng áp động mạch phổi.

- Xét nghiệm: Số lượng bạch cầu: 8.2 G/l, men tim không tăng

- Điện tâm đồ: không thấy bất thường

- Siêu âm tim qua thành ngực (hình 2) thấy hình ảnh túi phình thành sau dưới thất trái lan ra một phần thành bên, kích thước túi phình 42x27mm, trong lòng không thấy huyết khối. Không thấy sùi các van tim và nội mạc. Chức năng tâm thu thất trái giảm (EF 4B 46%).

- Chụp MSCT (hình 3): Các động mạch vành không thấy hẹp tắc, không thấy biến đổi hình thái. Có túi phình thành sau bên thất trái kt 65x45mm, đường kính cổ túi phình 28mm, đường kính lớn nhất túi phình 45mm trên mặt cắt axial trục ngắn, thành túi phình mỏng, thâm nhiễm mỡ xung quanh, có ít dịch màng ngoài tim kt 6mm.

- Chụp MRI (hình 4): Thành sau bên thất trái có túi phình lớn kt 65x45x36mm, thành không đều, có máu cục màng ngoài tim, dày 7mm, trong túi phình có lớp huyết khối mỏng, thì muộn túi phình ngấm thuốc kém, không đều, không thấy ngấm thuốc xuyên thành nội mạc. Chức năng tâm thu thất trái trong giới hạn bình thường (EF 56%). Trên xung Cine, túi phình tăng kích thước trong thì tâm thu so với tâm trương.

- Giải phẫu bệnh (hình 5) chỉ thấy mảnh cắt lấy vào mô thành mạch thấy lớp nội mô bong trọt, lòng mạch bít huyết khối. Thành mạch xơ hóa, lắng đọng tinh thể cholesterol, xâm nhập đại thực bào, một số lympho bào, với tổ chức viêm xơ vách thành mạch.

## III. BÀN LUẬN

Giả phình tâm thất trái (LV PA) được định nghĩa là vỡ thành tự do của tâm thất trái được chứa bởi mô màng ngoài tim liền kề. Biến chứng hiếm gặp này thường thấy nhất sau nhồi máu cơ tim, chấn thương hoặc nhiễm trùng. Giải phẫu bệnh cho thấy mô xơ, không thấy sự hiện diện của mô cơ tim như trong túi phình thực sự.

Từ trước đến nay, người ta cho rằng một túi giả phình tâm thất trái có nguy cơ vỡ cao thậm chí vài năm sau khi hình thành [6]. Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân giả phình LV không đặc hiệu và có thể giống nhồi máu cơ tim hoặc suy tim. Thực tế, bệnh nhân có thể không có triệu chứng (12%) hoặc có thể bị đau ngực dai dẳng hoặc tái phát (30%), khó thở (35%), các triệu chứng không đặc hiệu như chóng mặt hoặc thay đổi trạng thái tâm thần, và 3% bệnh nhân có thể đột tử [2].

Nhiều phương thức chẩn đoán hình ảnh khác nhau đã được sử dụng để đánh giá hình thái túi giả phình thất trái. Trong lịch sử, chụp động mạch vành qua da được coi là phương pháp lựa chọn đầu tiên. Tuy nhiên, hiện nay, các kỹ thuật không xâm lấn được ưu tiên hơn trong hầu hết các trường hợp. Trên X quang ngực, có thể nhìn thấy một khối mờ hoặc mất đường viền của tim, tuy nhiên triệu chứng phổ biến nhất đơn giản là tim to [8]. Với hóa ở ngoại vi của túi giả phình có thể được xác định ở giai đoạn sau. Trong siêu âm tim qua lồng ngực, LV PSA thường được trình bày như một túi phình khu trú với cổ hẹp nối túi giả phình với tâm thất trái. Doppler màu có thể hỗ trợ chẩn đoán bằng cách mô tả dòng rối và nhiều dòng chảy qua cổ của túi giả phình. Tràn dịch màng ngoài tim được phát hiện với nhiều mức độ số lượng khác nhau.

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cung cấp độ phân giải không gian tuyệt vời với việc xác định chính xác và đánh giá hình thái của túi giả phình và cổ túi. Các phát hiện bổ sung bao gồm tràn dịch màng ngoài tim với các tỷ trọng khác nhau. Ở bệnh nhân của chúng tôi, chụp CLVT tim cho thấy vỡ ở thành bên dưới thất trái với túi giả phình lớn, giới hạn bởi màng ngoài tim. Tràn dịch màng ngoài tim 7mm. Mạch vành có hình thái bình thường, không thấy hẹp tắc.

Chụp MRI tim là một kỹ thuật không xâm lấn có giá trị cho phép mô tả đặc điểm giải phẫu và chức năng của tâm thất trái. MRI tim cũng có ưu thế trong đánh giá huyết khối, một biến chứng thường gặp của LV PSA.

Một số đặc điểm có thể giúp phân biệt các loại túi phình tâm thất khác nhau trong đó chuyển động của thành túi trong thì tâm thu được cho là đặc điểm hữu ích nhất. Nếu túi thừa thất co bóp cùng thì với thành tim thì túi phình thực sự gây giảm vận động thành thất, và túi giả phình gây loạn vận động thành thất, phình ra ngoài khi áp lực tâm thất tăng lên trong quá trình co bóp [8]. Kích thước của cổ túi cũng có thể giúp phân biệt giả phình mạch với các túi phình khác. Khiếm khuyết ban đầu trong thành tim khi dẫn đến hình thành giả phình hầu như rất nhỏ, vì nếu lỗ thủng lớn thường gây chết người. Trong khi phần túi của một túi giả phình thường tăng kích thước dưới áp lực của sự co bóp tâm thất, kích thước cổ lại không thay đổi kích thước do được giới hạn bởi cơ tim còn nguyên vẹn xung quanh [4].

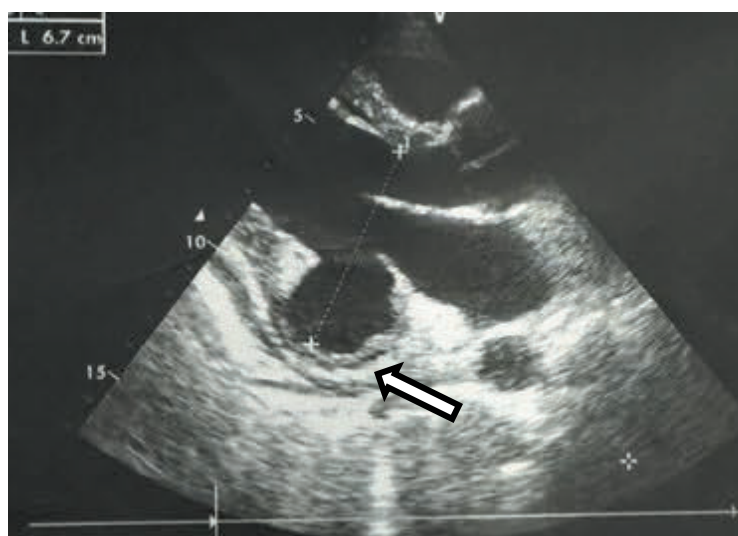
Phẫu thuật sửa chữa có thể làm giảm các triệu chứng nếu các liệu pháp điều trị bảo tồn không đáp ứng hoặc là một phần trong việc sửa chữa các dị tật lớn hơn ở trẻ em. Tuy nhiên, với nguy cơ vỡ ước tính là 1,2% mỗi năm, phẫu thuật cũng cần được cân nhắc cẩn thận. Các nghiên cứu trước đây cho thấy điều trị bảo tồn (nội khoa) có thể cân nhắc điều trị ở những bệnh nhân không có triệu chứng hoặc túi giả phình nhỏ (kích thước dưới 3 cm) hoặc nếu BN sẽ tăng các nguy cơ khác khi phẫu thuật.

#### IV. KẾT LUẬN

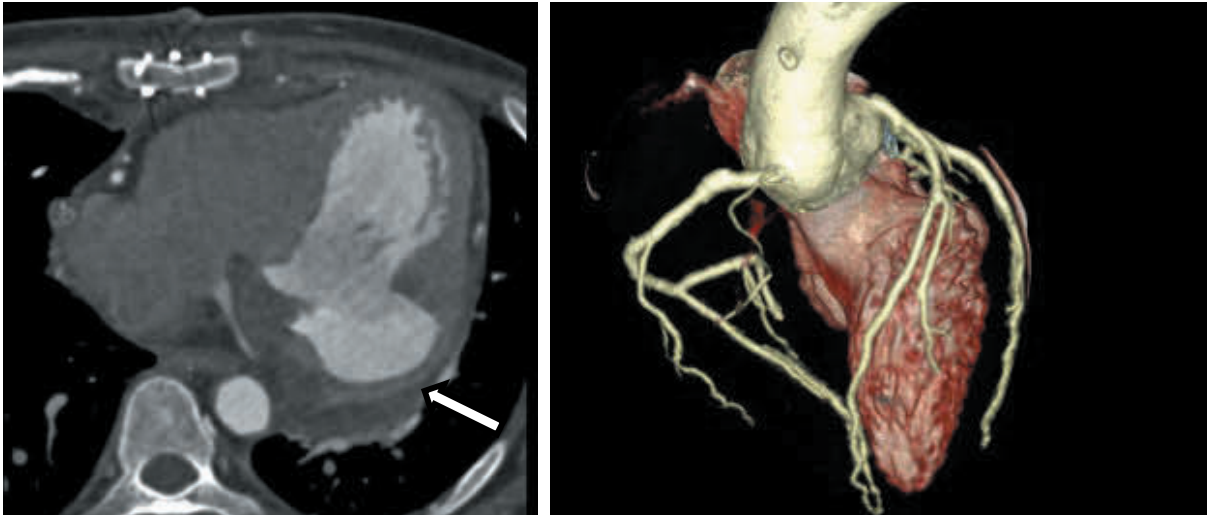
Tóm lại, túi giả phình thất trái là một bệnh lý hiếm gặp. Cần nghi ngờ chẩn đoán túi phình ở bệnh nhân có biểu hiện suy tim sung huyết, đau thắt ngực tái phát, sốc tim, hoặc huyết khối tắc mạch sau nhồi máu cơ tim xuyên thành. Chẩn đoán sớm có thể được gợi ý bởi siêu âm tim và được chẩn đoán xác định bằng chụp CLVT ngực, mạch vành và MRI tim. Lựa chọn đầu tiên đặc biệt là ở những bệnh nhân có triệu chứng cấp tính là phẫu thuật LV PSA với phương pháp vá lỗ thủng và cắt bỏ túi giả phình.



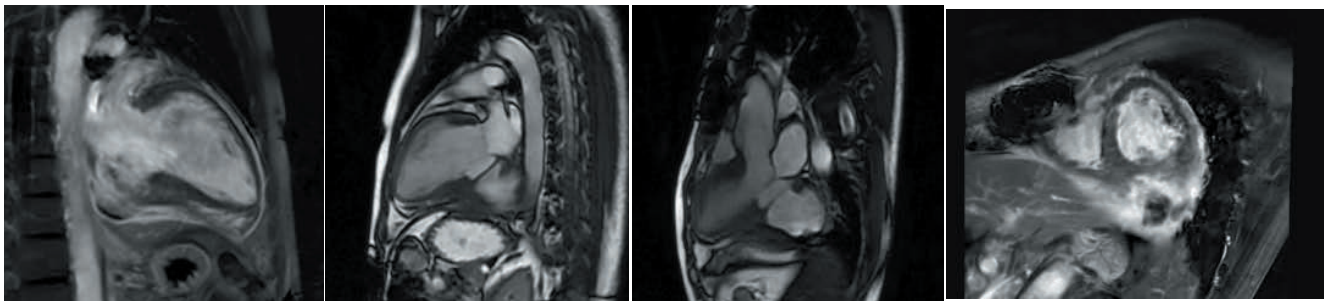
Hình 1. Hình XQ ngực thẳng có bóng tim to với chỉ số tim ngực 0.68



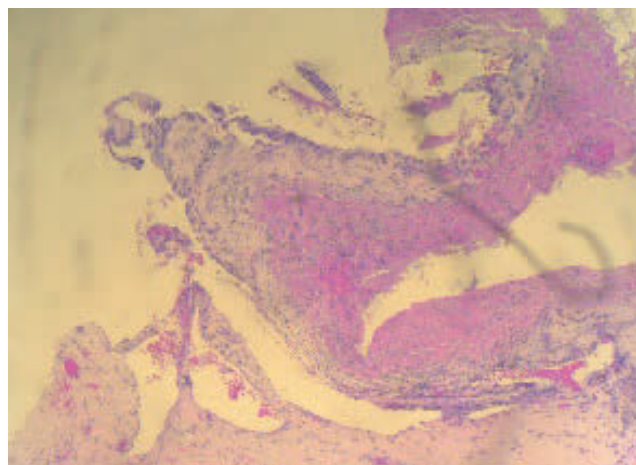
Hình 2. Siêu âm tim qua thành ngực thấy túi phình thành bên thất trái kích thước lớn (mũi tên)



Hình 3. Hình chụp DSCT 256 dãy thấy giả phình lớn thông với thất trái (mũi tên) và mạch vành bình thường trên ảnh 3D.



Hình 4. Hình ảnh chụp CHT tim cho thấy hình túi phình lớn có luồng thông với thất trái, kích thước cổ túi phình là 2.5cm.



Hình 5. Hình ảnh giải phẫu bệnh thấy tổn thương viêm xơ vách thành mạch.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Jiun Tuan, Farhad Kaivani, and Hilary Fewins. Left ventricular pseudoaneurysm. *European Journal of Echocardiography* (2008) 9, 107–109. doi:10.1016/j.euje.2007.03.043.
2. Abdelaali Yahya Mourabiti, Badre Eddine Alami, Zineb Bouanani, Meryem Sqalli Houssaini, Nizar El Bouardi, Meriem Haloua. A case of a giant left ventricular pseudoaneurysm. *Radiology Case Reports*. Volume 16, Issue 10, October 2021, Pages 2920-2923. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2021.07.006>
3. Reza Reyaldeen, MBBS, Colin Jeffries, DDM, Desmond Hardman, BA App Sci, Prasad Challa, MBBS, FRACP, and Arun Dahiya, MBBS, FRACP. Multimodality Imaging in a Case of Chronic Massive Left Ventricular Pseudoaneurysm. *Bulges from vessels and ventricle*, Volume 2, issue 3, P96-98, June 2018. <https://doi.org/10.1016/j.case.2017.11.003>.
4. Eli Konen, MD Naeem Merchant, MD Carlos Gutierrez, MD Yves Provost, MD Linda Mickleborough, MD Narinder S. Paul, MD Jagdish Butany, MD, FRCPC. True versus False Left Ventricular Aneurysm: Differentiation with MR Imaging—Initial Experience. *Radiology* 2005; 236:65–70. Doi: 10.1148/radiol.2361031699
5. Basak Kumbasar , Katherine C. Wu , Ihab R. Kamel , João A. C. Lima , David A. Bluemke Left Ventricular True Aneurysm: Diagnosis of Myocardial Viability Shown on MR. *AJR* 2002;179:472–474.
6. Alexandre Caldeira, MD Diogo Albuquerque, MD Marta Coelho. Left Ventricular Pseudoaneurysm: Radiologic and Intraoperative Images. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2019;12:e009500. DOI: 10.1161/CIRCIMAGING.119.
7. Navjyot Kaur , Prashant Panda , Anil Kumar Choudhary, Yash Paul Sharma. Left ventricular pseudoaneurysm: imaging. *Case Rep* 2021;14:e243913. doi:10.1136/bcr-2021-243913.
8. Alejandro Zuluaga Santamaría, Natalia Aldana S, Sebastián Bustamante, Carolina Gutiérrez, Valentina Grand, María Paulina. Aneurysms, Pseudoaneurysms and Diverticula. *Rev. Colomb. Radiol.* 2017; 28(1): 4593-9.

**TÓM TẮT**

Giả phình tâm thất trái (LV PA) được định nghĩa là vỡ thành tự do của tâm thất trái được chứa bởi mô màng ngoài tim liền kề. Biến chứng hiếm gặp này thường gặp nhất sau nhồi máu cơ tim, chấn thương hoặc nhiễm trùng. Phẫu thuật thường được đảm bảo để tránh tiến triển thành vỡ tự phát, có khả năng dẫn đến chèn ép tim và tử vong. Chụp cộng hưởng từ tim là phương thức được lựa chọn để mô tả đặc điểm hình thái và chức năng tâm thất trái. Sự phân biệt chính xác giữa túi giả phình và túi phình thực sự là rất quan trọng, vì việc quản lý và tiên lượng khác nhau đáng kể giữa 2 bệnh lý.

Chúng tôi trình bày một trường hợp lâm sàng bệnh nhân nam 34 tuổi bị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn và giả phình thất trái (PA). Bệnh sốt và ho liên tục trong 5 ngày trước vào viện, không điều trị. BN đau ngực và mệt nhiều. Siêu âm tim thấy túi phình thất trái thành bên kt 40x27mm. Cây đờm có nhiễm *Aspergillus flavus*. XN Covid-19 âm tính. Sau 4 ngày vào viện, bệnh nhân đột ngột ngừng tim, ngừng thở, mất ý thức. BN được chỉ định mổ cấp cứu vá tim. Sau mổ, bn được chụp cắt lớp vi tính động mạch vành loại trừ tổn thương nhồi máu cơ tim. Chụp MRI đánh giá hình thái túi phình cho thấy một PA khổng lồ kích thước 66x48x36mm. Các phương pháp điều trị được lựa chọn cho trường hợp mắc bệnh lý hiếm gặp này là phẫu thuật cắt bỏ PA, vá lỗ thủng, giúp bệnh nhân hồi phục dần dần. Trong trường hợp này, chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật kịp thời dẫn đến tiên lượng tốt.

Người liên hệ: Lê Thị Thùy Liên. Email: [drlienxqbm@gmail.com](mailto:drlienxqbm@gmail.com)

Ngày nhận bài: 17/10/2023. Ngày nhận phản biện: 18/10/2023. Ngày chấp nhận đăng: 11/12/2023