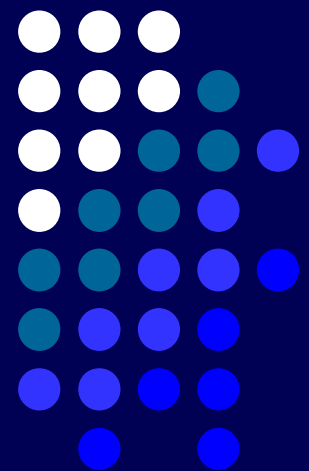
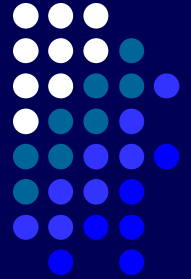


BƯỞU TIM

BS. Đỗ Thị Kim Chi





- Là bệnh hiếm gặp
- 3: 10.000 từ thiết
- 0.17%/ siêu âm tim thai

tumors

Rhabdomyoma

Pericardial teratoma

Fibroma

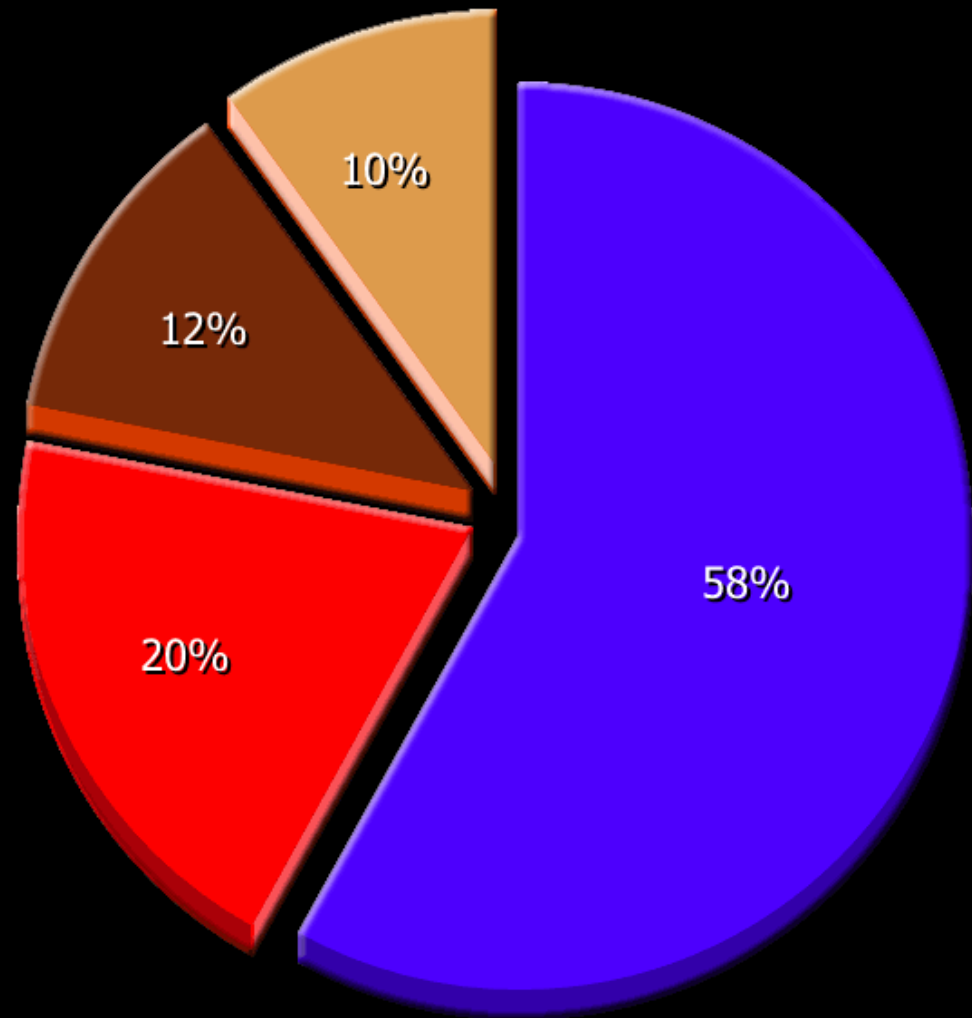
Hemangioma

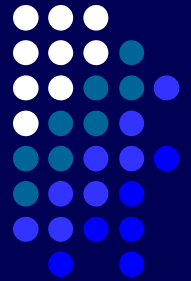
Dystrophic calcification

Osteoma

Teratoma

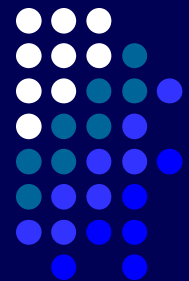
Cysts





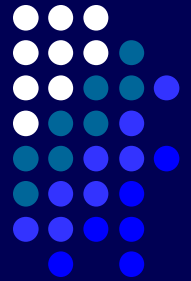
- Rhabdomyoma: thường gặp nhất (58-62%)
- Teratoma: 21%/trẻ em và 14%/ trẻ từ 1-15 tuổi
- Fibroma: 2%
- U tế bào trong biểu mô nút nhĩ thất
- U nhầy và neurofibrome....

Bảng: Tiêu chuẩn siêu âm của bướu tim



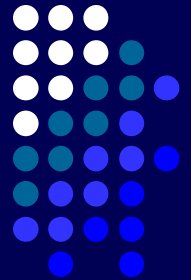
Tiêu chuẩn	Loại bướu			
	Rhabdomyoma (U cơ vân)	Teratoma (U quái)	Fibrome (u xơ)	Myxoma (U nhầy)
Số lượng	Nhiều	1	1	1
Mật độ siêu âm	Echo dày- Đồng nhất	Echo dày- Nang- Vôỉ hoá	Echo dày hay đồng echo	Echo dày- Vôỉ hoá
Vị trí thường gặp	Thất	Tim phải	Thành tự do thất trái hay vách liên thất	Nhĩ trái
Kích thước	Thay đổi	Lớn	Thay đổi	Thay đổi

Ảnh hưởng của bươu

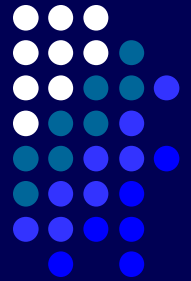


- Thay đổi hệ dẫn truyền
- Tắc nghẽn đường ra
- Can thiệp cử động van
- Gây tràn dịch màng tim
- Không khả năng diệt trừ tận gốc
- Những bất thường đi kèm (xơ não củ)
- Có thể gây suy tim sung huyết

Tổn thương phối hợp

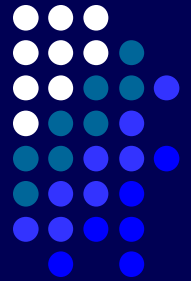


- Các bệnh tim bẩm sinh:
 - Bệnh Ebstein
 - Thiếu sản van 3 lá
 - Thất phải hai đường ra
 - Không lỗ van ĐMP
- U cơ vân
- U xơ



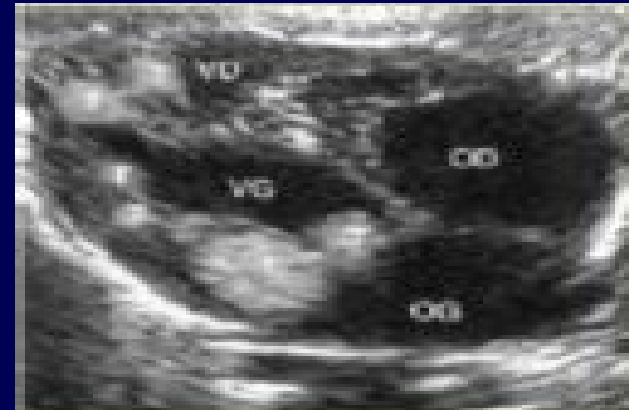
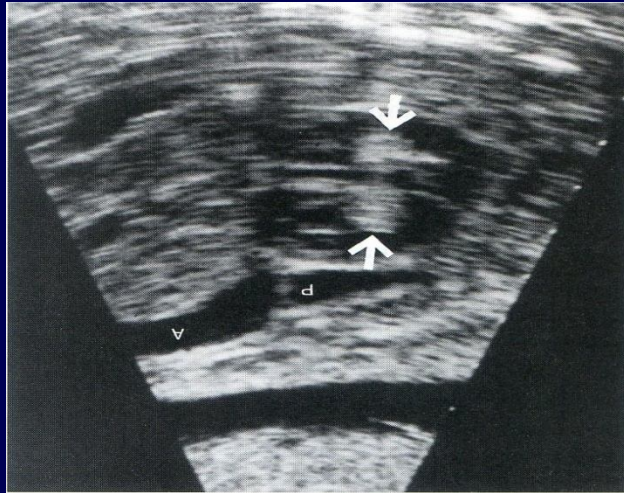
U cơ vân (Rhabdomyoma)

- Được chẩn đoán sớm ở tuổi thai nhi 22 tuần
- Khuynh hướng gồm nhiều khối u (90%)
- Hầu hết trong thất phải hay trái hay trong vách liên thất

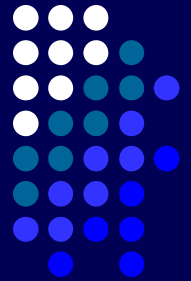


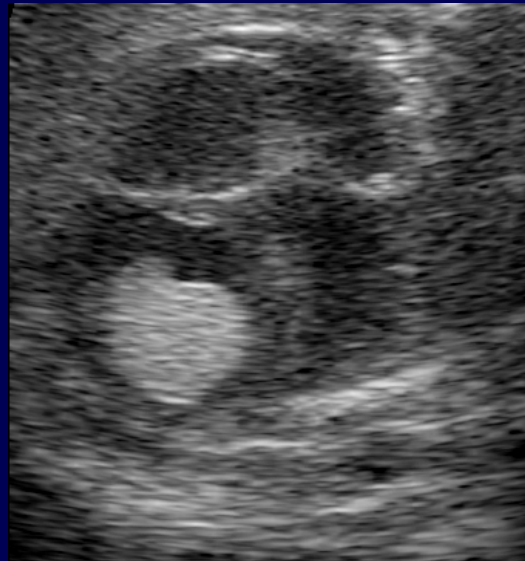
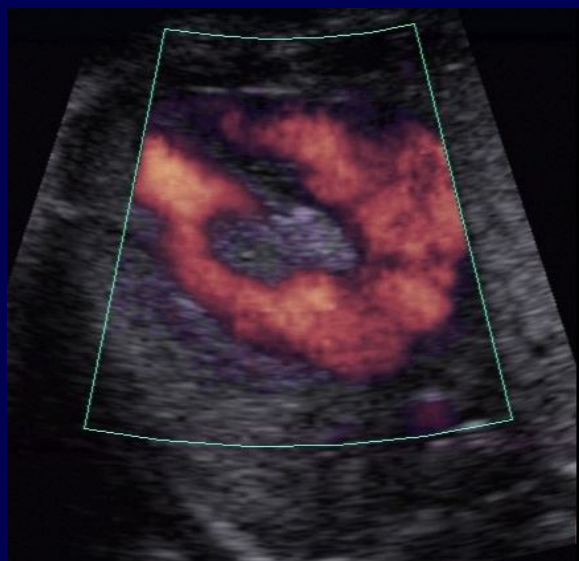
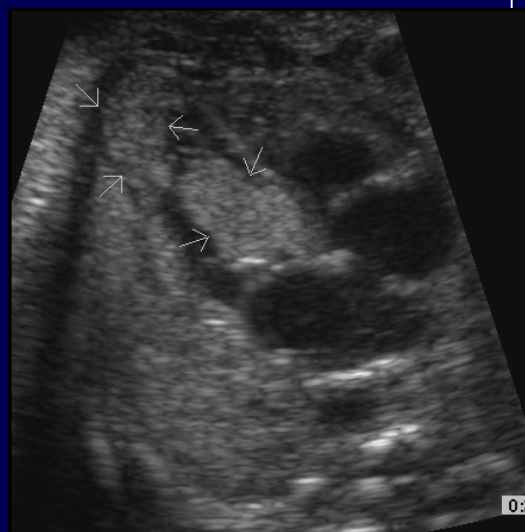
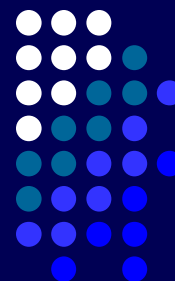
- Thường là những khối không vỏ bao, có chu vi rõ nhưng có thể dày lẫn lộn
- Khuynh hướng ngừng phát triển sau sanh và thoái triển tự ý

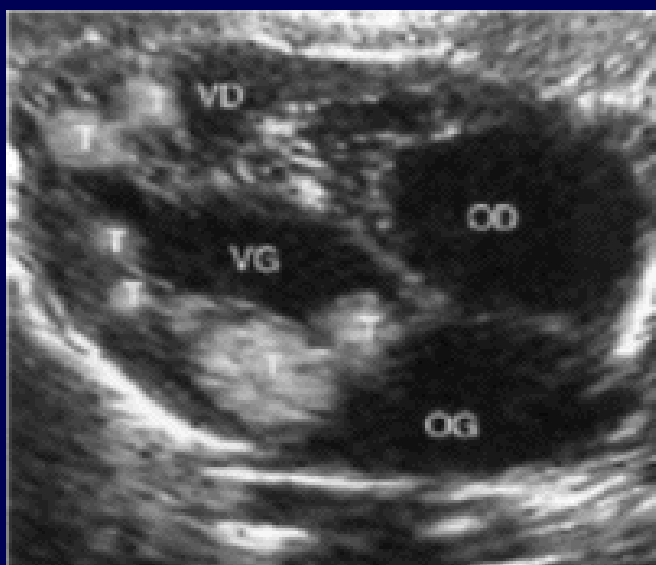
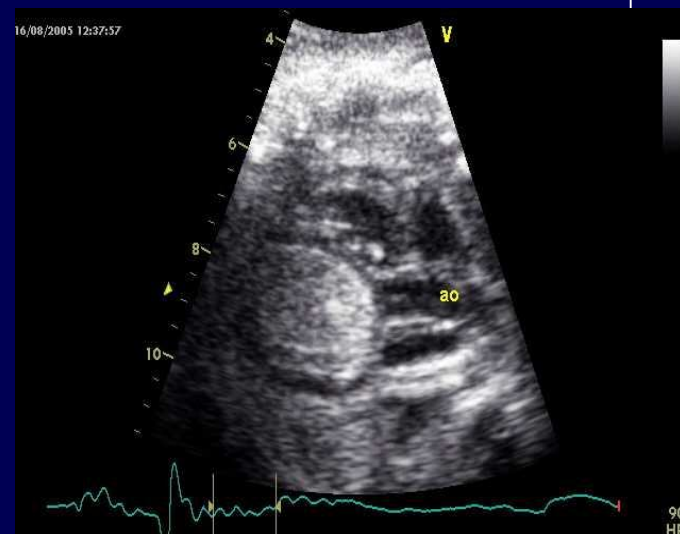
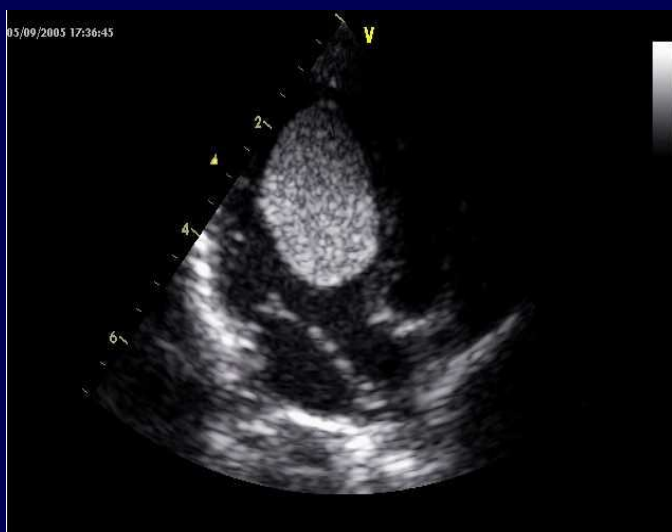
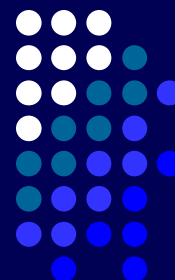
rhabdo

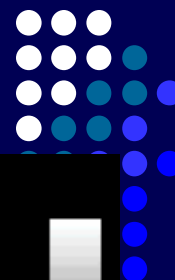


RHABDOMYOMES

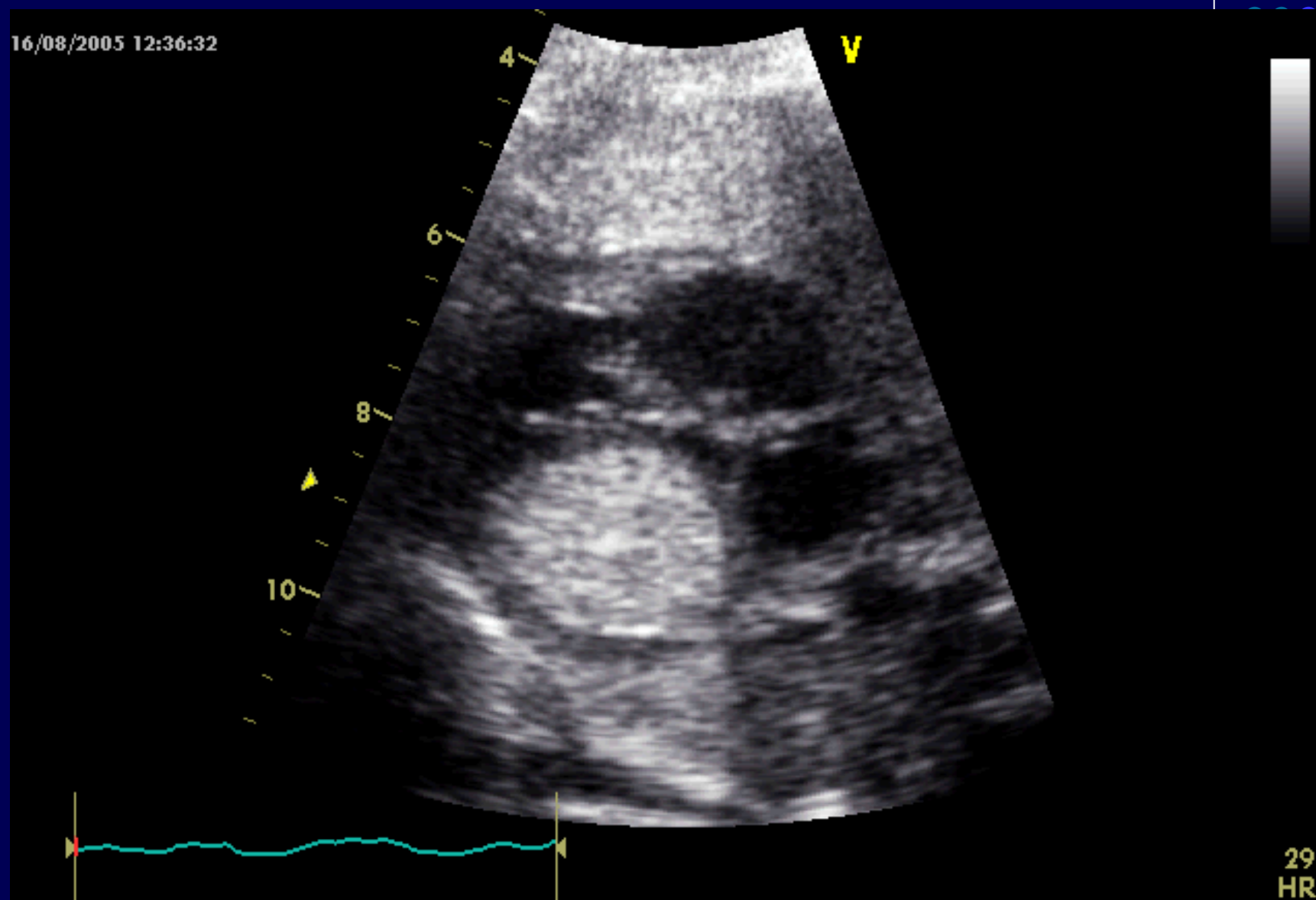








16/08/2005 12:36:32



08/10/2005 08:55:34

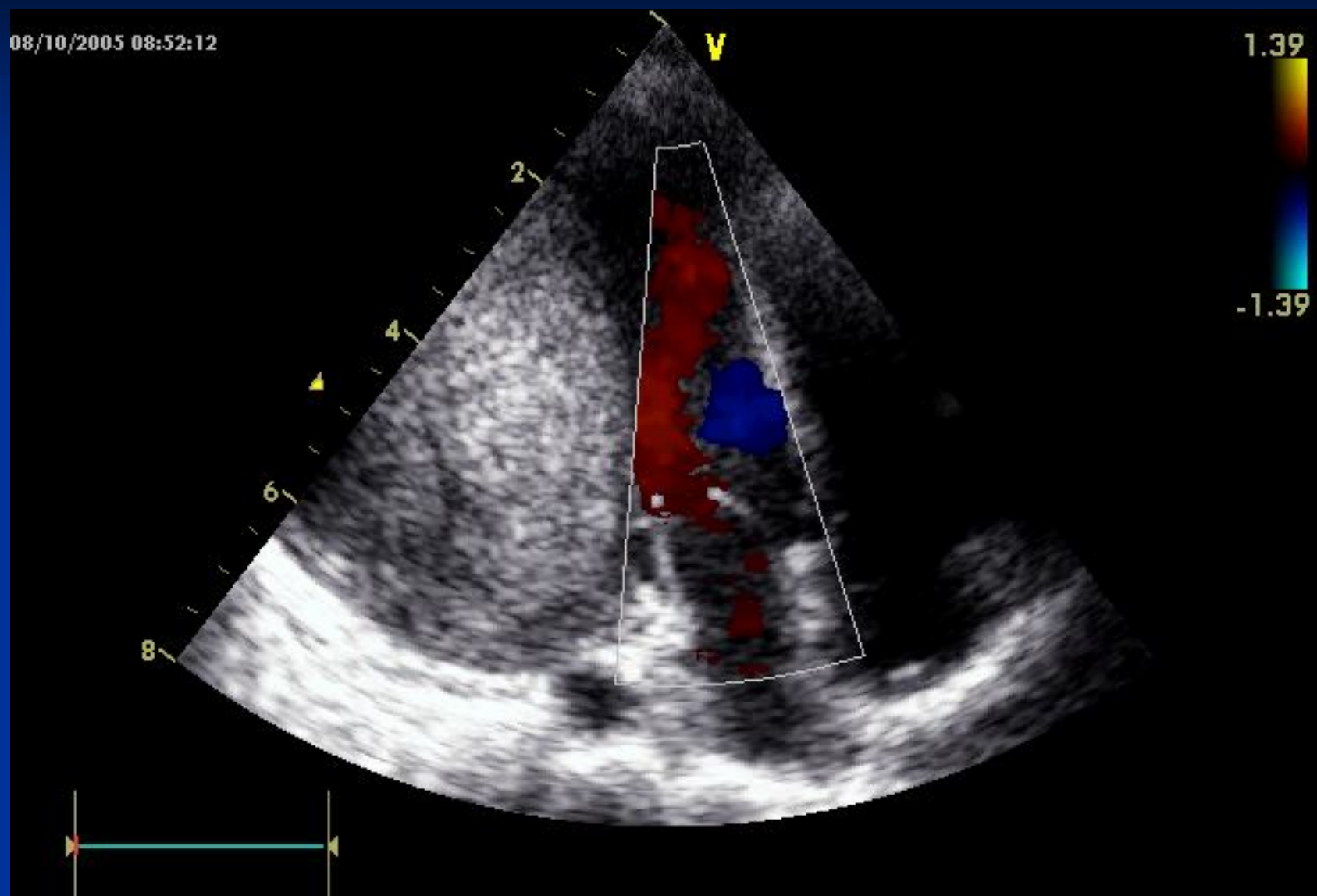
V

5

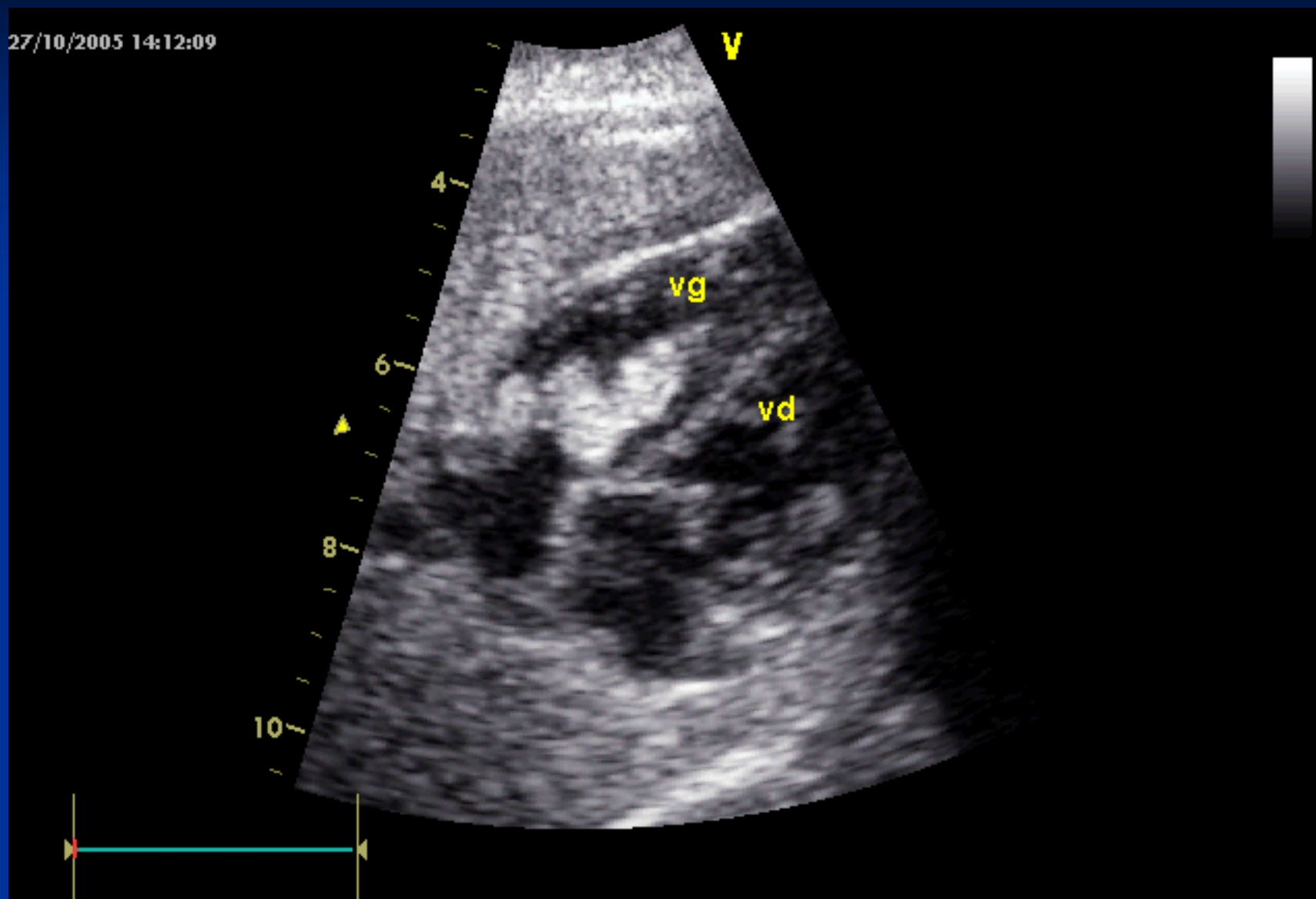
10



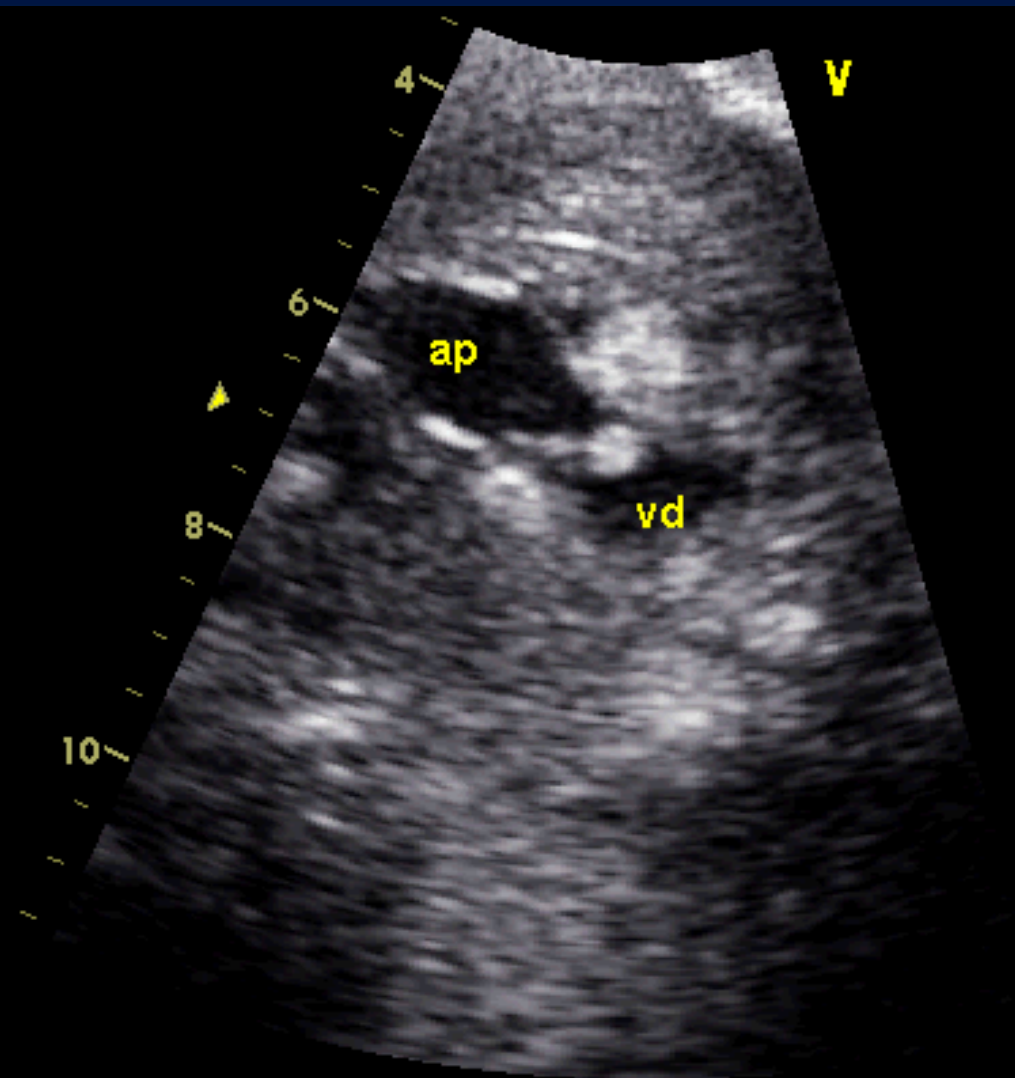
08/10/2005 08:52:12



27/10/2005 14:12:09



27/10/2005 14:15:15

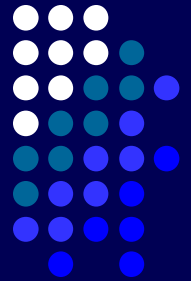


Rhabdomyoma



Courtesy William J. Meyer ©TheFetus.net

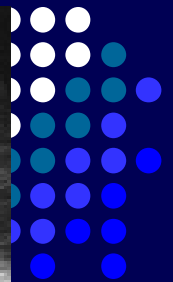
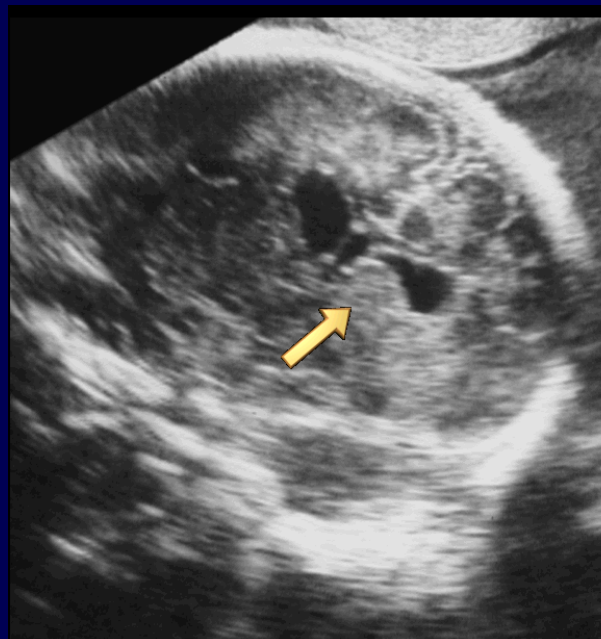
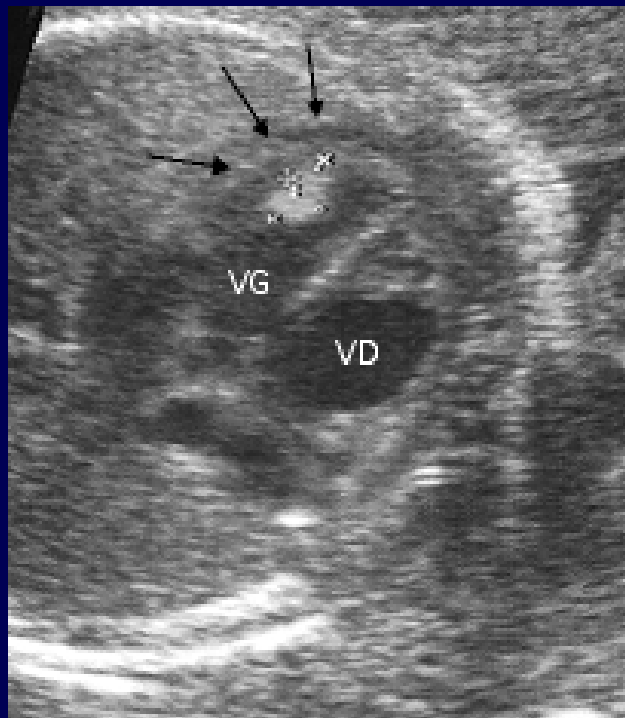


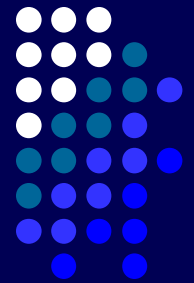


- 60% đi kèm với xơ não củ (tuberous sclerosis)
- Xơ não củ:
 - Di truyền trội, ảnh hưởng đến nhiều cơ quan gồm: não, thận, tụy, võng mạc và da
 - Là bệnh đa hệ thống đặc trưng bởi:
 - Động kinh
 - Chậm phát triển tâm thần
 - U tuyến bã (adenoma sebaceum)

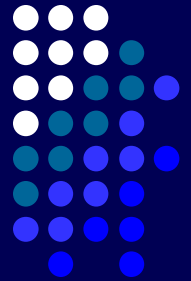
=> Tìm kiếm

- U não
- U thận, gan.....
- Đột biến gen (TSC₂)



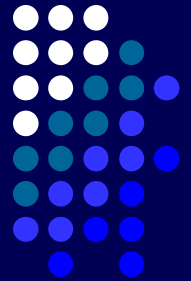


- Thay đổi lâm sàng và huyết động liên quan với số lượng, kích thước, và vị trí những khối u
- Nhịp nhanh trên thất có thể do:
 - Phù thai và đa ối → M mode
 - Khối u trong cơ tim
- Có thể thai chậm phát triển trong tử cung
- Có thể khối u lớn trong buồng tim → nghẽn van (giống thiếu sản tim trái/ u lớn tắc nghẽn thất trái, giống teo van nhĩ thất/ tắc nghẽn van nhĩ thất,.....) → Doppler



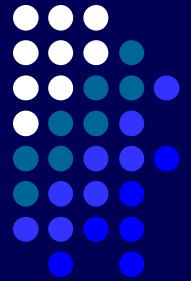
U quái (Teratoma)

- Vị trí
 - Trong màng tim
 - Trong buồng tim
- Trong màng tim
 - Thường đơn độc, có nhiều thùy, mật độ không đồng nhất, có thể nhiều nang hay nốt echo dày
 - Có vỏ bao gắn vào phần đáy tim (gốc mạch máu lớn) hay nhĩ phải và thất phải
 - Ít gặp hơn: nhĩ trái, thất trái và tĩnh mạch chủ trên



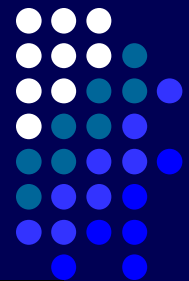
- Thường đi kèm tràn dịch màng tim
- Giống như u cơ vân, có thể gây rối loạn huyết động do chèn ép và tắc nghẽn
- Đột tử: 66% trẻ có u quái trong màng ngoài tim. Có thể do:
 - Vỡ đột ngột các nang trong u, gây chẹn tim
 - Sự lấn chiếm của khối u trên tim và mạch máu lớn
 - Viêm màng ngoài tim nhiễm trùng
 - Hoặc kết hợp những tình huống trên

teratoma



TERATOME





Pericardial teratoma



©2000 Alberto Sosa



©2000 Alberto Sosa



©2000 Alberto Sosa



©2000 Alberto Sosa

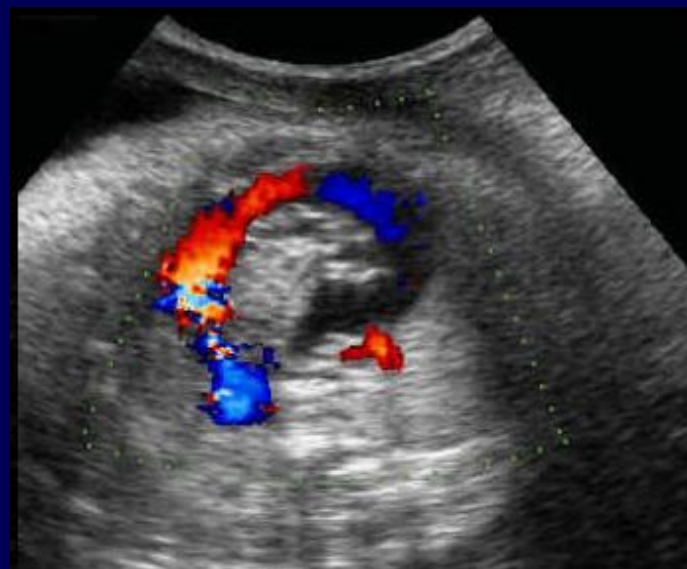
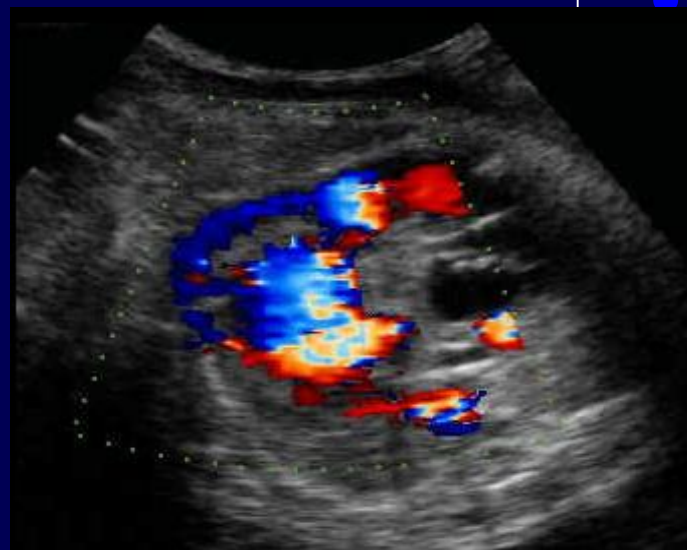
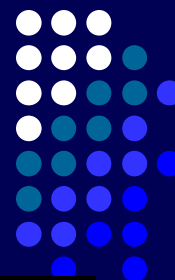


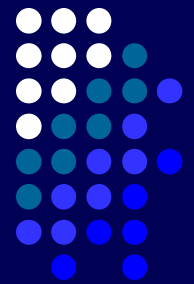
©2000 Alberto Sosa



©2000 Alberto Sosa

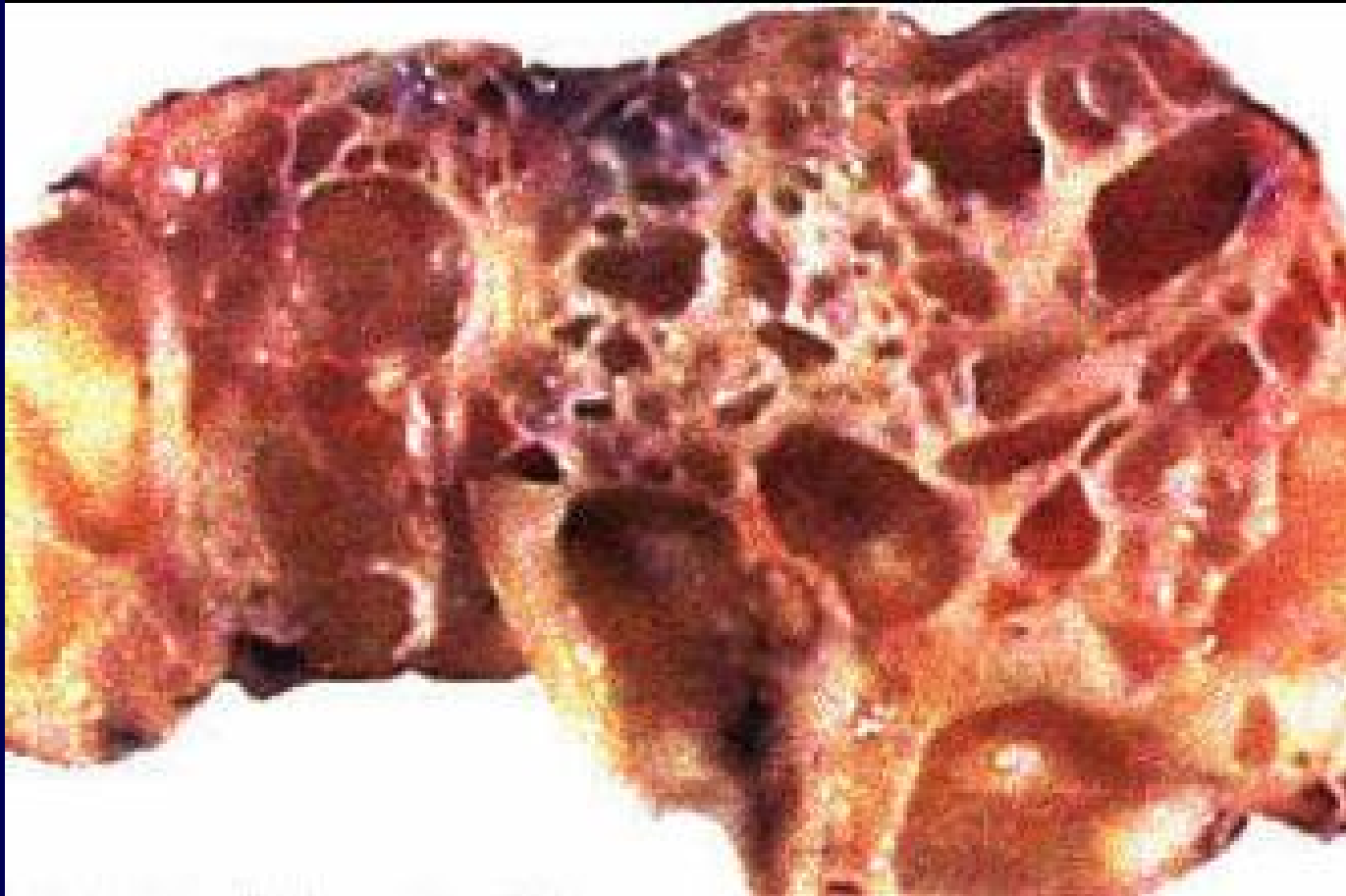
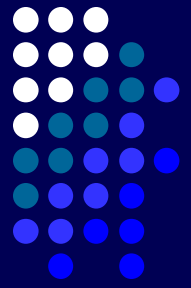
Menu



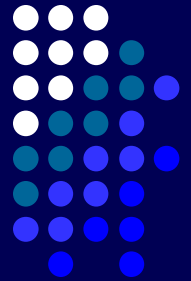


In this case it is predominantly cystic



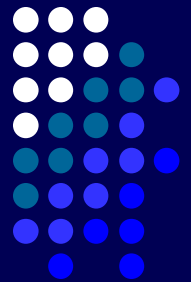
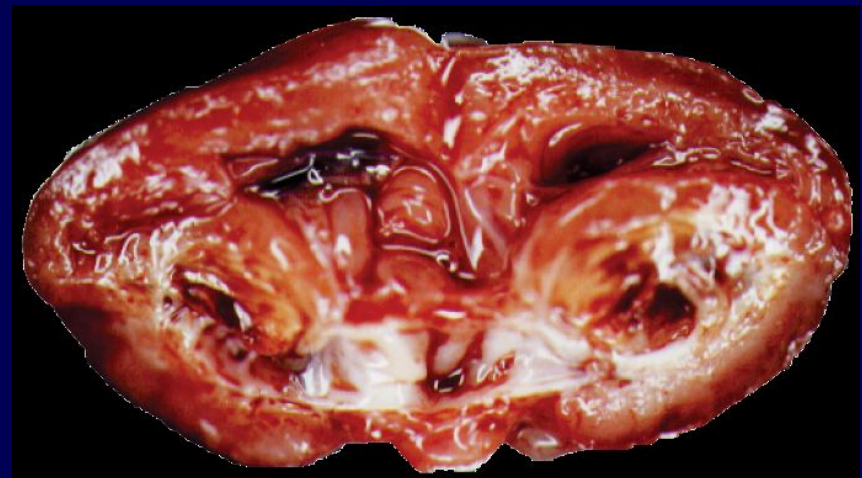
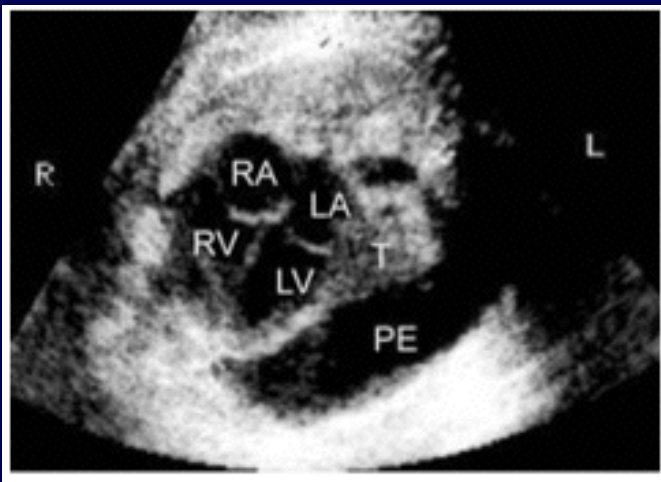


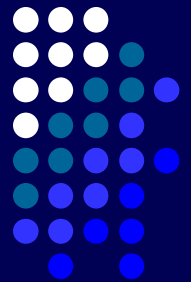
U xơ (Fibroma)

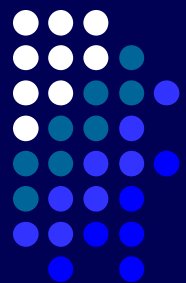


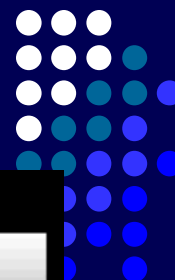
- Thường đơn độc
- Không vỏ bao, trong cơ tim. Có thể echo dày hay mật độ echo giống cơ tim nên giống bệnh cơ tim phì đại
- Vị trí: thành tự do thất trái và vách liên thất
- Thường gặp ở mỏm thất trái
- Ít gặp hơn: nhĩ, vách liên nhĩ và thành tự do thất phải

fibroma

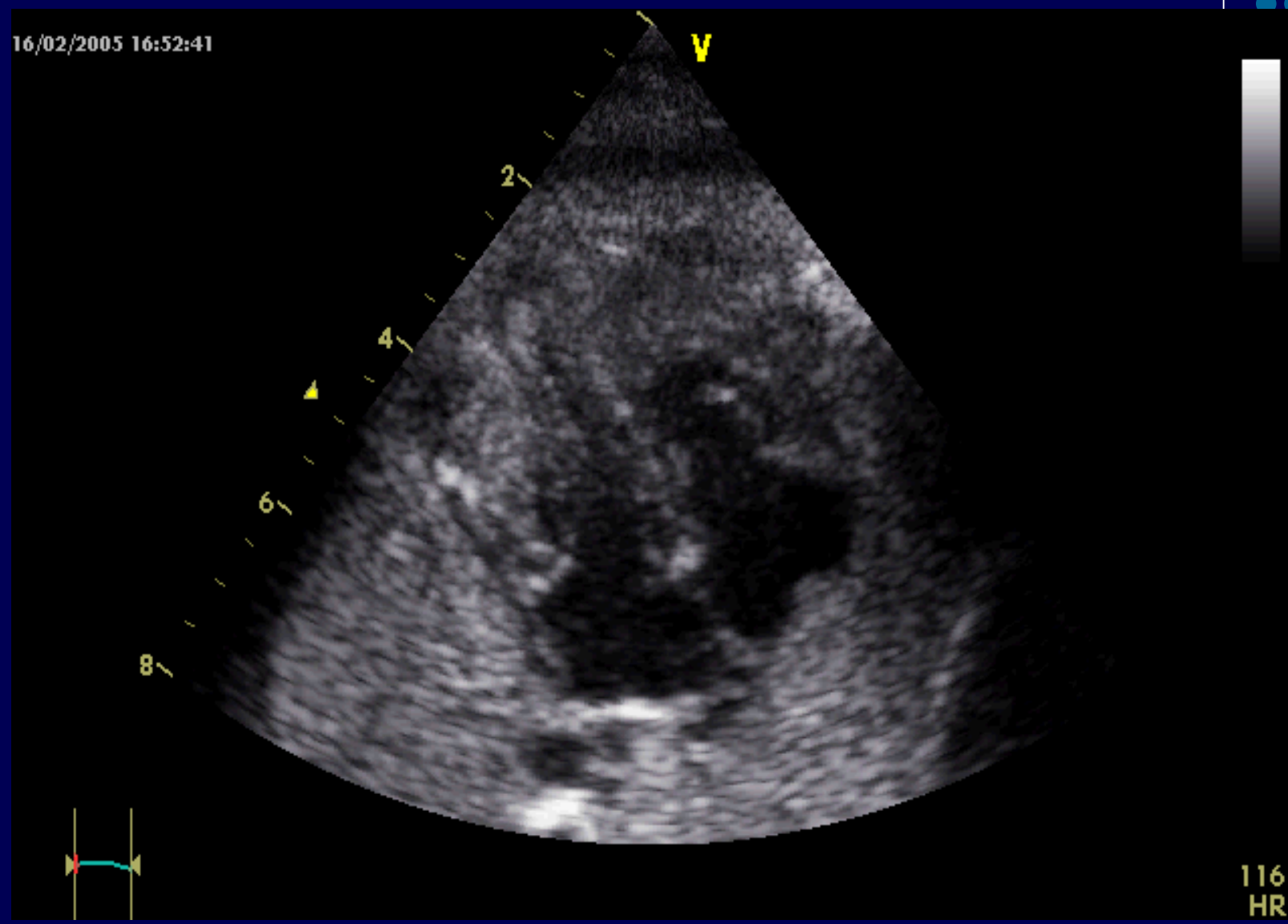






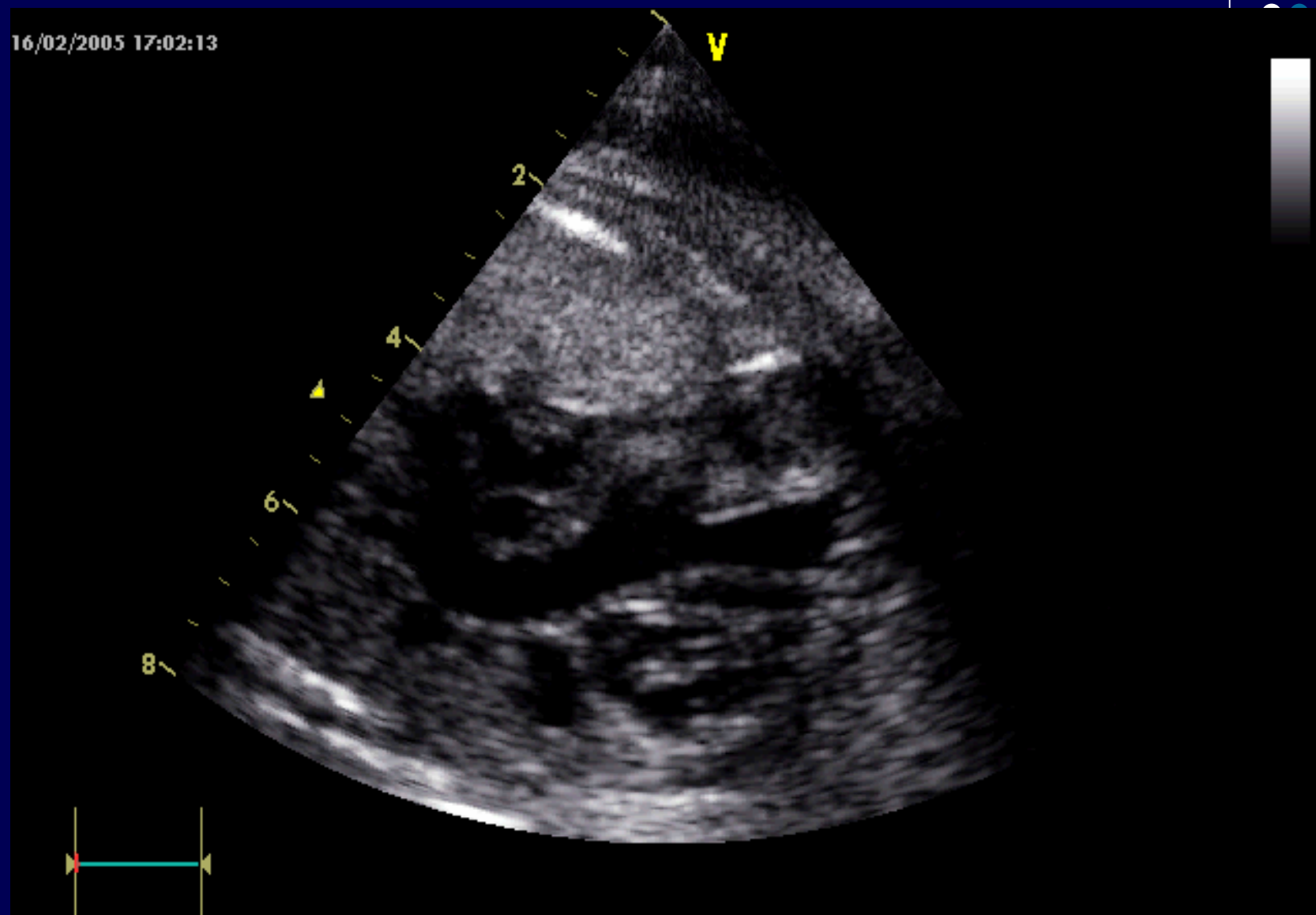


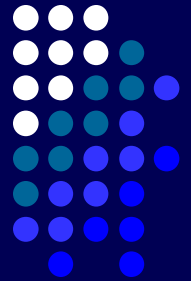
16/02/2005 16:52:41



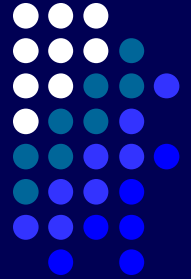
116
HR

16/02/2005 17:02:13

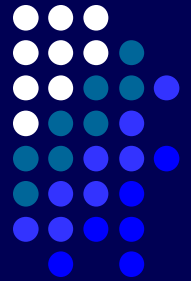




- Có thể xâm lấn hệ dẫn truyền → loạn nhịp hay đột tử
- Khối u lớn → có thể lấn chiếm buồng tim, gây nghẽn dưới ĐMC và dưới ĐMP
- Khối u có cuống → gây nghẽn đường thoát



- Triệu chứng lâm sàng của trẻ sơ sinh:
 - Suy tim sung huyết
 - Tím
- Tràn dịch màng tim lượng nhiều: có thể có thêm u cơ vân



U mạch máu (Hemangioma)

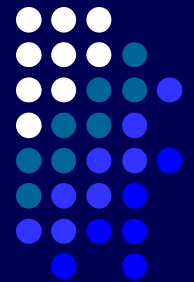
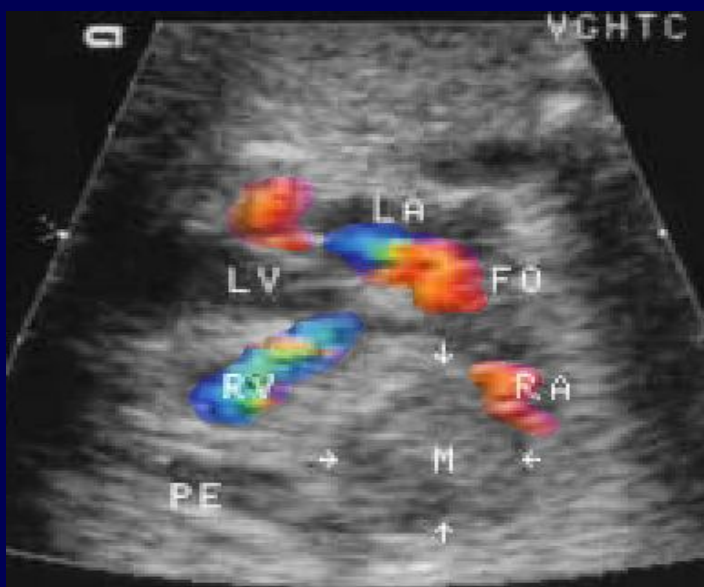
- Hiếm gặp ở trẻ em và chưa thấy ở thai
- Có thể ở bất kỳ buồng tim nào
- Có thể xâm lấn vách liên thất hay nút nhĩ thất, gây loạn nhịp

hemangioma

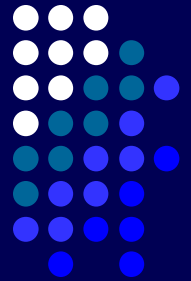
28 weeks



34 weeks

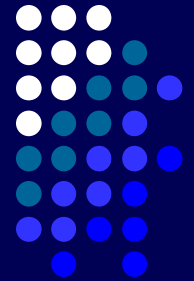


U nhầy

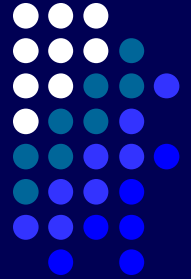


- Thường gặp ở người lớn rất hiếm ở trẻ, chưa được báo cáo trên thai
- Vị trí:
 - Nhĩ trái: 75%
 - Nhĩ phải: 25%
- Thường là một khối, có cuống gắn vào lỗ bầu dục, di chuyển lên xuống qua van nhĩ thất

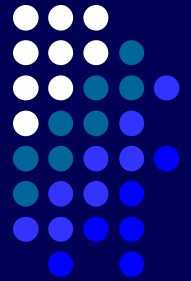
myxoma



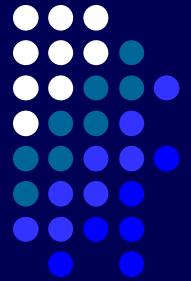
Điều trị



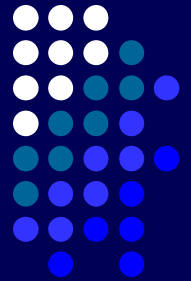
- Dựa trên kích thước, vị trí, và ảnh hưởng huyết động => siêu âm tim thai và ngay sau sinh
- Điều trị bảo tồn ở bệnh nhân không triệu chứng (nhất là u cơ vân)



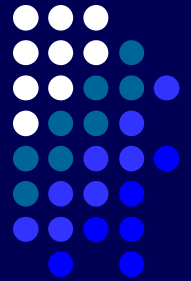
- Có triệu chứng loạn nhịp nặng hay tắc nghẽn thứ phát => can thiệp phẫu thuật
- Trẻ sơ sinh với tắc nghẽn thất trái hay phải nặng => prostaglandin E1 để duy trì ống động mạch nhằm chờ đợi phẫu thuật



- Thay van/ tắc nghẽn thứ phát
- Cắt bỏ một phần khối u để giảm nghẽn đường vào và ra
- Thay tim nếu xâm lấn cơ tim nghiêm trọng
- Trẻ có u quái có triệu chứng và sơ sinh:
 - Cắt bỏ u quái màng tim => tỷ lệ sống còn cao
 - Giảm áp tràn dịch màng tim
- Bệnh nhân lớn không triệu chứng: nên cắt bỏ vì khả năng đột tử hay hiếm hơn thoái hoá ác tính



- Vì khả năng u ác tính cực kỳ hiếm ở trẻ em- nếu có => phẫu thuật + xạ + hoá trị liệu
- Dùng thuốc loạn nhịp cho mẹ nếu thai bị loạn nhịp



Tiên lượng

- Phụ thuộc kích thước và vị trí hơn là tính chất mô học
 - U cơ vân đơn thuần: tiên lượng tốt
 - U cơ vân / xơ não củ: tiên lượng xấu
- Tỷ lệ tử vong đến 90%/ u gây tắc nghẽn