

Báo cáo một trường hợp: Viêm nội tâm mạc động mạch phổi ở bệnh nhân còn ống động mạch

Đàm Hải Sơn¹, Nguyễn Công Hưu^{1,2*}, Phạm Thành Đạt^{1,2}

TÓM TẮT:

Tổng quan: Viêm nội tâm mạc tim phải thường hiếm gặp, chỉ chiếm 5-10% trong tất cả các trường hợp viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Tổn thương có thể chỉ ở tại van phổi hoặc kèm theo các van khác. Chẩn đoán kịp thời bằng siêu âm tim qua thành ngực, kháng sinh tích cực ngay từ đầu và phẫu thuật lấy khối sùi cho viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn giúp ngăn ngừa nguy cơ suy đa tạng và thuyên tắc phổi gây tử vong.

Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhân nữ 38 tuổi tiền sử khỏe mạnh, đẻ thường tại bệnh viện huyện cách 03 tháng. Vào viện vì sốt kèm khó thở liên tục cách vào viện 1 tháng, siêu âm tim phát hiện: khối sùi động mạch phổi trái trên nền còn ống động mạch. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh khối hỗn hợp âm ở động mạch phổi trái. Bệnh nhân được phẫu thuật lấy cục sùi làm xét nghiệm và đóng ống động mạch. Sau mổ bệnh nhân ổn định sau mổ 2 tuần ra viện.

Kết luận: Tổn thương sùi động mạch phổi trên nền còn ống động mạch là một tổn thương hiếm gặp và có khả năng gây tử vong cao. Chẩn đoán nên được xem xét ở bất kỳ bệnh nhân nào có tình trạng sốt, nhiễm trùng có kèm theo bệnh lý tim bẩm sinh. Việc phẫu thuật lấy khối sùi kèm điều trị kháng sinh tích cực nên được thực hiện cùng nhau để tăng hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, động mạch phổi, còn ống động mạch.

A CASE REPORT: PULMONARY AORTIC ENDOCARDITIS IN PATIENT WITH PATENT DUCTUS ARTERIOSUS

ABSTRACT:

Introduction: Right-sided heart endocarditis is uncommon, comprising only 5-10% of all infective endocarditis cases. The infective process may be isolated to pulmonary valve or concomitantly involve other valves. Prompt diagnosis by transthoracic echocardiography, aggressive antibiotics from the beginning, and surgical removal of the vegetation for infective endocarditis help prevent the risk of multiorgan failure and fatal pulmonary embolism.

Case summary: A 38-year-old female, the medical history was normal, gave birth naturally at a district hospital 3 months ago. She admitted to the hospital because of fever and continuous shortness of breath 1 month before admission. Echocardiography detected: vegetations (10x23mm) on left pulmonary aortic and patent ductus arteriosus. A CT scan showed a mixed-echo mass in the left pulmonary artery. The patient had surgery to remove the vegetation and close the patent ductus arteriosus. The patient was

¹Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Công Hưu

Email: bacsyhau@trungtamtimmach.vn - Tel: 0912168887

Ngày nhận bài: 17/08/2024 Ngày chấp nhận đăng: 25/10/2024

stable after surgery and discharged 2 weeks after surgery.

Conclusion: Pulmonary aortic vegetations and patent ductus arteriosus are rare lesions and high risk of death. The diagnosis should be considered in any febrile, septic patient with

congenital heart disease. Surgery removal of vegetations and aggressive antibiotic treatment should be performed together to improve the outcome.

Keywords: Endocarditis, pulmonary aortic, PDA.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Viêm nội tâm mạc bên phải là một trong những tổn thương hiếm gặp, chỉ chiếm 5-10% các trường hợp viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn^{1,2}. Viêm nội tâm mạc động mạch phổi đơn độc lại càng cực kỳ hiếm gặp và thường

liên quan đến bệnh lý tim bẩm sinh, đặc biệt thường kèm với còn ống động mạch^{2,3}. Chúng tôi báo cáo một trường hợp viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn động mạch phổi trên bệnh nhân còn ống động mạch được điều trị tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện E.

BÁO CÁO CA BỆNH:

Bệnh nhân nữ 38 tuổi. Tiền sử khỏe mạnh, đở thường cách 3 tháng. Vào viện vì sốt và khó thở: Bệnh nhân cách vào viện 1 tháng nay xuất hiện khó thở, kèm theo sốt cao liên tục kéo dài cao nhất 39 độ C.

- Xét nghiệm vào viện

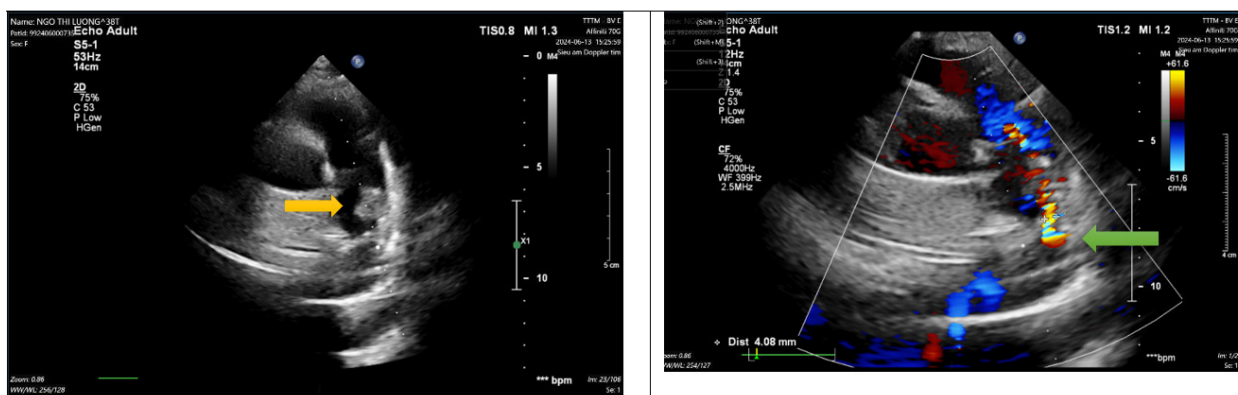
Bilan nhiễm trùng: BC/NEUT: **13/77.12**; Pro-calcitonin: **2.47**.

Cấy vi khuẩn (máu 02 tay): âm tính.

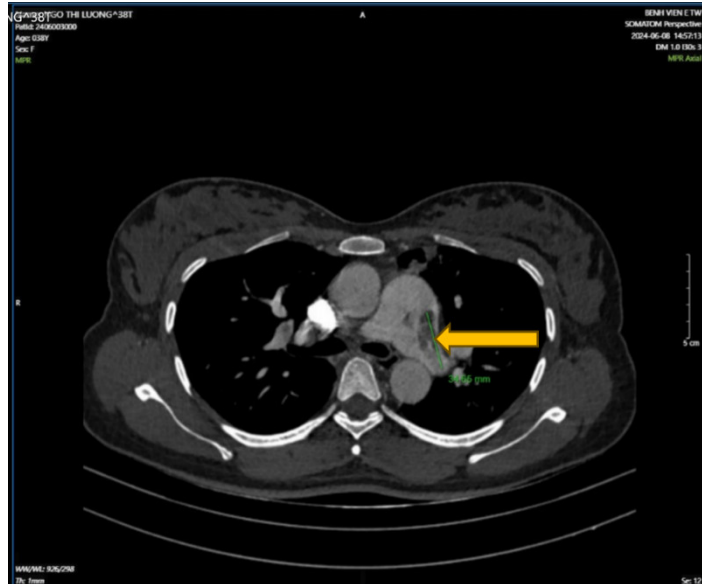
- Điều trị:

- Meropenem x 2g/ngày chia 02 lần.
- Levofloxacin x 500mg/ngày 01 lần.

- Chẩn đoán hình ảnh:

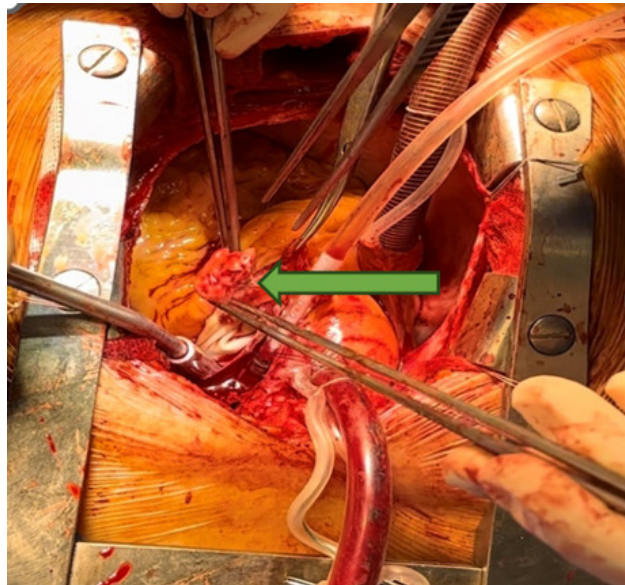


Hình 1: Siêu âm Doppler màu tim qua thành ngực: Hình ảnh khối sùi động mạch phổi phải (mũi tên vàng), Hình ảnh còn ống động mạch (mũi tên xanh)



**Hình 2: Cắt lớp vi tính động mạch phổi:
Hình ảnh khối hỗn hợp âm động mạch phổi trái (mũi tên vàng).**

• *Điều trị phẫu thuật:*



Hình 3: Hình ảnh trong mổ: cục sùi ở động mạch phổi (mũi tên xanh).

• *Kết quả:*

Cấy vi khuẩn mảnh sùi trong mổ: **Staphylococcus aureus**, làm kháng sinh đồ nhạy với các kháng sinh. Sau điều trị được 02 tuần bệnh nhân lâm sàng ổn định, xét nghiệm bilan nhiễm trùng về bình thường, được cho ra viện. Bệnh nhân được điều trị tại nhà thêm 4 tuần: Amoxicilin x 2g/ngày, Levofloxacin 500mg/ngày.

BÀN LUẬN:

Viêm nội tâm mạc động mạch phổi cực kỳ hiếm gặp chiếm 1.5-2% các trường hợp nhập viện do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn^{1,3,4}. Phần lớn các trường hợp viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tim phải thường kèm theo bất thường van ba lá hoặc có tim bẩm sinh kèm theo. Nhiễm trùng có thể chỉ xảy ra ở van phổi và động mạch phổi hoặc có thể gặp ở các van tim khác^{2,5,6}. Phần lớn viêm nội tâm mạc tại động mạch phổi đơn độc xảy ra ở những bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh như trong trường hợp chúng tôi trình bày ở trên^{1,3,7}. Trong thời kỳ chưa có kháng sinh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn là một trong những biến chứng tử vong phổ biến ở bệnh nhân tim bẩm sinh, đặc biệt là còn ống động mạch (42-45%)^{3,4,8}. Với sự phát triển của các công cụ chẩn đoán hình ảnh bao gồm siêu âm tim và cắt lớp vi tính giúp phát hiện sớm các tổn thương nhiễm trùng^{1,9}. So với viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tại tim trái, nhiễm trùng van và động mạch phổi có xu hướng ở những bệnh nhân trẻ tuổi chiếm 80%^{8,10}. Trong 38 báo cáo, staphylococcus aureus là nguyên nhân chiếm chủ yếu (44%), tiếp theo là streptococci (13%), streptococcus bovis (5%), gonococcus (5%), pseudomonas (5%), E.coli (5%), candida albicans (5%), bacteroids fragilis (2.6%), haemophilus influenza (2.6%) và E.faecalis (2.6%). Tuy nhiên đến 10% là cấy ra âm tính^{1,3,7}. Với trường hợp chúng tôi đã dùng kháng sinh tại nhà 2 tuần, kết quả cấy vi khuẩn âm tính, tuy nhiên cấy tại vị trí khối sùi ra được staphylococcus aureus với độ nhạy kháng sinh cao^{4,10}. Liệu pháp kháng sinh đường tiêm thường được khuyến cáo 4 đến 6 tuần, cùng với chỉ định phẫu thuật lấy khối sùi và đóng ống động mạch^{1,4,7,9}. So với các viêm nội tâm mạc nhiễm trùng bên trái thì tổn thương ở

động mạch phổi và van động mạch phổi tiên lượng tốt hơn^{1,8}. Trường hợp này sau 6 tuần điều trị kháng sinh kết hợp phẫu thuật lấy khối sùi và đóng ống động mạch bệnh nhân ổn định ra viện.

KẾT LUẬN:

Viêm nội tâm mạc động mạch phổi đơn độc không kèm theo các tổn thương van khác là một bệnh nhiễm trùng cực kỳ hiếm gặp. Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời tránh các biến chứng nặng như suy đa tạng hay thuyên tắc phổi. Điều trị kháng sinh tích cực và phẫu thuật sớm đem lại kết quả khả quan đối với người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sharma S, Malavia GA. Pulmonary valve infective endocarditis: A case series. *Ann Pediatr Cardiol.* 2021;14(4):496-500. doi:10.4103/apc.apc_14_21
2. Schroeder RA. Pulmonic valve endocarditis in a normal heart. *J Am Soc Echocardiogr.* 2005;18(2):197-198. doi:10.1016/j.echo.2004.08.006
3. Bekker T, Govind A, Weber DM. A Case of Polymicrobial, Gram-Negative Pulmonic Valve Endocarditis. *Case Rep Infect Dis.* 2019;2019:1-3. doi:10.1155/2019/6439390
4. Pettersson GB, Hussain ST. Current AATS guidelines on surgical treatment of infective endocarditis. *Ann Cardiothorac Surg.* 2019;8(6):630-644. doi:10.21037/acs.2019.10.05
5. Bouabdallaoui N, Demondion P, Lebreton G, Leprince P. Fungal native pulmonary valve endocarditis: facing both medical and surgical challenges. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2017;51(1):184-185. doi:10.1093/ejcts/ezw219

6. Ramadan FB, Beanlands DS, Burwash IG. Isolated pulmonic valve endocarditis in healthy hearts: a case report and review of the literature. *Can J Cardiol.* 2000;16(10):1282-1288.
7. Wang Q, Gao Y, Xi W, et al. Mechanical Valve Replacement for Congenital Heart Disease Complicated by Native Pulmonary Valve Endocarditis: A Case Report and Literature Review. *Heart Surg Forum.* 2018;21(2):096. doi:10.1532/hsf.1753
8. Prieto-Arévalo R, Muñoz P, Cuerpo G, et al. Pulmonary Infective Endocarditis. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(21):2782-2784. doi:10.1016/j.jacc.2019.03.480
9. El Barzouhi A, Tanis W, Van Gelder RE, Vriend JWJ. The pivotal role of cardiac computed tomography angiogram and 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography-computed tomography in the diagnosis of right sided endocarditis: a case report. Liga R, Habon T, Tan TC, Akhtar M, Green P, eds. *Eur Heart J - Case Rep.* 2019;3(1). doi:10.1093/ehjcr/tyy165
10. Sattwika PD, Hartopo AB, Anggrahini DW, Mumpuni H, Dinarti LK. Right-sided infective endocarditis in patients with uncorrected ventricular septal defect and patent ductus arteriosus: Two case reports. *Clin Case Rep.* 2018;6(11):2168-2173. doi:10.1002/ccr3.1672