

INCIDENTAL DETECTION OF A HIGH-RISK PENETRATING AORTIC ULCER IN A PATIENT WITH PLASMACYTOMA: A CASE REPORT

Nguyen Thi Mai Anh^{1,3}, Nguyen Hong Hai^{1,3}, Hoang Thi Kim Khuyen^{1,3}, Nguyen Truong Duc^{1,3}, Dinh Van Thuyet^{2,3}, Trinh Thi Thu Hien^{1,3}, Hoang Van Lan Duc^{1,3}

1Center for diagnostic imaging and interventional radiology, Vinmec Times city International General Hospital, Vinmec Healthcare System, Hanoi, Vietnam

2Department of Nuclear Medicine Diagnostics and Molecular Imaging, Vinmec Times City International General Hospital, Vinmec Healthcare System, Hanoi, Vietnam

3College of Health Sciences, VinUniversity, Hanoi, Vietnam

Received: 03/12/2025

Revised: 13/02/2026; Accepted: 28/04/2026

ABSTRACT

Introduction: Penetrating aortic ulcer (PAU) is a severe pathological entity within the spectrum of acute aortic syndromes, most commonly occurring in elderly patients with advanced atherosclerosis. Although PAU may remain clinically silent, it carries a substantial risk of aortic rupture with a high mortality rate.

Case presentation: We report the case of a 73-year-old male with a history of coronary artery disease treated with coronary stenting and longstanding hypertension. The patient was admitted for severe right arm pain and was subsequently diagnosed with plasmacytoma following biopsy. During contrast-enhanced computed tomography performed for evaluation of bone tumor involvement and coronary stent status, an incidental penetrating aortic ulcer was identified at the level of the aortic arch, with deep extension through the intimal layer. Given the imminent risk of life-threatening aortic rupture, a multidisciplinary team decided to prioritize cardiovascular management using a hybrid surgical strategy. The procedure consisted of carotid-carotid artery bypass combined with endovascular stent-graft deployment to cover the lesion in a single operative session.

Conclusion: The procedure was successful, and the patient recovered uneventfully, being discharged after two weeks to continue oncologic treatment. This case highlights the critical importance of incidental detection of cardiovascular lesions through imaging studies in oncologic patients and underscores the safety and efficacy of hybrid surgery for managing complex aortic arch lesions in elderly patients with multiple comorbidities.

Keywords: Penetrating aortic ulcer (PAU); Hybrid surgery; Plasmacytoma; Incidental finding; Aortic arch.

*Corresponding author

Email: haianh.0915hmu@gmail.com **Phone:** (+84) 962996226 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD5.4961

PHÁT HIỆN TÌNH CỜ Ổ LOÉT XUYỀN THÀNH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGUY CƠ CAO Ở BỆNH NHÂN U TƯƠNG BÀO: BÁO CÁO CA BỆNH

Nguyễn Thị Mai Anh^{1,3}, Nguyễn Hồng Hải^{1,3}, Hoàng Thị Kim Khuyên^{1,3}, Nguyễn Trường Đức^{1,3}, Đinh Văn Thuyết^{2,3},
Trình Thị Thu Hiền^{1,3}, Hoàng Văn Lân Đức^{1,3}

¹Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp, Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times city, Vinmec Healthcare System, Hà Nội, Việt Nam

²Khoa chẩn đoán y học hạt nhân và Hình ảnh phân tử, Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times city, Vinmec Healthcare System, Hà Nội, Việt Nam

³College of Health Sciences, VinUniversity, Hanoi, Vietnam

Ngày nhận bài: 03/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 13/02/2026; Ngày duyệt đăng: 28/04/2026

TÓM TẮT

Giới thiệu: Loét xuyên thành động mạch chủ (PAU) là một bệnh lý nghiêm trọng thuộc hội chứng động mạch chủ cấp, thường gặp ở người cao tuổi có xơ vữa động mạch nặng. Bệnh có thể diễn tiến thầm lặng không triệu chứng nhưng tiềm ẩn nguy cơ vỡ mạch tử vong cao.

Trình bày ca lâm sàng: Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam, 73 tuổi, có tiền sử bệnh mạch vành đã đặt stent và tăng huyết áp. Bệnh nhân nhập viện vì đau dữ dội cánh tay phải, sau sinh thiết được chẩn đoán xác định là u tương bào. Trong quá trình chụp cắt lớp vi tính để đánh giá u xương và stent mạch vành, chúng tôi tình cờ phát hiện một ổ loét xuyên thành động mạch chủ tại vị trí quai động mạch chủ, xâm lấn sâu qua lớp áo trong. Trước nguy cơ vỡ mạch đe dọa tính mạng, hội chẩn đa chuyên khoa đã quyết định ưu tiên xử lý tổn thương tim mạch bằng chiến lược phẫu thuật hybrid: thực hiện cầu nối động mạch cảnh - cảnh kết hợp đặt stent graft che phủ tổn thương ngay trong cùng một thì phẫu thuật.

Kết luận: Ca phẫu thuật thành công, bệnh nhân hồi phục tốt và được xuất viện sau 2 tuần để tiếp tục điều trị ung thư. Trường hợp này cho thấy vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong phát hiện các tổn thương tim mạch trong ung thư học, đồng thời cho thấy khả năng áp dụng thành công phẫu thuật hybrid đối với các tổn thương phức tạp tại quai động mạch chủ ở bệnh nhân cao tuổi đa bệnh lý.

Từ khóa: Loét xuyên thành động mạch chủ (PAU), Phẫu thuật hybrid, U tương bào, Phát hiện tình cờ, Quai động mạch chủ.

1. GIỚI THIỆU

Hội chứng động mạch chủ cấp (Acute Aortic Syndromes - AAS) bao gồm các tình trạng cấp cứu đe dọa tính mạng liên quan đến thành động mạch chủ: bóc tách động mạch chủ, tụ máu trong thành (IMH), và loét xuyên thành động mạch chủ (PAU) [1], [2]. Trong đó, PAU được định nghĩa là sự loét hóa của mảng xơ vữa làm phá vỡ lớp áo trong, cho phép máu xâm nhập vào lớp áo giữa động mạch [3].

Bệnh thường gặp ở những bệnh nhân lớn tuổi có tình trạng xơ vữa động mạch hệ thống nặng nề [1]. Mặc dù PAU chiếm tỷ lệ thấp hơn trong các ca AAS, thường chỉ chiếm 2-7% và phần lớn gặp ở động mạch chủ xuống, rất hiếm gặp ở vị trí quai, tổn thương này lại mang tiên lượng xấu với nguy cơ tiến triển thành giả phình hoặc vỡ thành mạch cao hơn nếu không được phát hiện kịp thời [4].

Thách thức lớn nhất trong chẩn đoán PAU là biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, có thể thay đổi từ đau ngực cấp tính đến hoàn toàn không triệu chứng [4]. Do đó, vai trò của chẩn

đoán hình ảnh, đặc biệt là cắt lớp vi tính (CT) để xác định đặc điểm tổn thương và phân biệt với các thể AAS khác [3], [5].

Trong bài viết này, chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng của một bệnh nhân nam 73 tuổi nhập viện vì đau tay do u tương bào, qua đó tình cờ phát hiện loét xuyên thành động mạch chủ (PAU) nguy cơ cao tại quai động mạch chủ. Trường hợp này minh họa sự phức tạp trong việc phát hiện các bệnh lý tim mạch nguy hiểm mà không biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

2. TRÌNH BÀY CA BỆNH

2.1. Thông tin bệnh nhân và tiền sử

Bệnh nhân nam, 73 tuổi, có tiền sử bệnh lý tim mạch phức tạp bao gồm tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu và bệnh động mạch vành đã được can thiệp đặt stent hai lần tại một bệnh viện khác (lần gần nhất cách đây 1 tháng). Bệnh nhân cũng có tiền sử hen phế quản đang được kiểm soát.

*Tác giả liên hệ

Email: haianh.0915hmu@gmail.com Điện thoại: (+84) 962996226 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.4961

2.2. Bệnh sử và thăm khám lâm sàng

Khoảng một tháng trước khi nhập viện, bệnh nhân bắt đầu xuất hiện đau dữ dội vùng cánh tay phải kèm hạn chế vận động. Bệnh nhân đã được điều trị tại tuyến dưới với chẩn đoán viêm quanh khớp vai nhưng triệu chứng không thuyên giảm. Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân tỉnh táo, không sốt, huyết động ổn định (Huyết áp hai tay 145/70mmHg, nhịp mạch 64 lần/ phút). Triệu chứng lâm sàng nổi bật là đau nhiều vùng cánh tay phải (thang điểm VAS 6/10) và mất chức năng vận động chi. Ngoài ra, bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng đau ngực, đau lưng, không có các dấu hiệu gợi ý hội chứng động mạch chủ cấp tính và không có bất thường trên ECG.

2.3. Chẩn đoán hình ảnh

Bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính ngực để đánh giá đồng thời xương cánh tay phải và stent mạch vành. Ghi nhận hình ảnh tiêu xương, phá hủy vỏ xương đoạn 1/3 trên xương cánh tay phải, gợi ý tính chất ác tính.

Ở hệ tim mạch, kết quả tình cờ phát hiện hình ảnh loét xuyên thành động mạch chủ (PAU) tại quai động mạch chủ. Tổn thương ở ngay sau chỗ chia động mạch dưới đòn trái và cách gốc động mạch dưới đòn trái 7mm với các đặc điểm: sâu 13mm, đường kính 8mm, dài 18mm, lan tới sát lớp áo ngoài kèm tăng kích thước động mạch chủ ngang mức (đường kính d#45mm) nhưng không thấy tụ máu trong thành mạch tương ứng. Không thấy tình trạng nghi ngờ thủng/ rách lớp áo ngoài trên phim chụp. Phần còn lại của động mạch chủ ngực có tình trạng xơ vữa vôi hoá lan toả, nhưng không thấy phình mạch, lóc tách, huyết khối hay tụ máu trong thành. Ngoài ra không thấy tình trạng tràn dịch, máu màng tim, màng phổi.

Đây là một tổn thương phức tạp, gần vị trí xuất phát các mạch máu đi nuôi não và toàn bộ cơ thể, đồng thời ổ loét xuyên thành này có nguy cơ dọa vỡ cao. Nếu không can thiệp điều trị kịp thời, người bệnh có nguy cơ thủng ổ loét gây mất máu cấp, thậm chí tử vong.

2.4. Can thiệp và diễn biến

Với những bệnh nhân có bệnh lý phức tạp như vậy, việc cân nhắc lựa chọn thủ thuật cần hết sức thận trọng. Chúng tôi hội chẩn chặt chẽ giữa các chuyên khoa, phân tích, đánh giá và quyết định ưu tiên xử lý tổn thương PAU động mạch chủ nhằm ngăn ngừa biến chứng vỡ với 3 hướng điều trị cho bệnh nhân.

Đầu tiên là can thiệp nội động mạch chủ với các nhánh phụ nuôi não, với phương pháp này người bệnh không phải trải qua phẫu thuật với diễn biến hậu phẫu phức tạp nhưng kỹ thuật có nhiều nguy cơ biến chứng; Thứ hai là phẫu thuật đơn thuần, người bệnh sẽ được thay thế đoạn động mạch chủ bệnh bằng đoạn mạch nhân tạo. Đây là một phẫu thuật lớn với đường mổ dọc xương ức, thời gian hậu phẫu kéo dài, nhiều biến chứng. Phương pháp cuối cùng là Hybrid, kết hợp phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Đây là giải pháp tối ưu nhất cho người bệnh, không cần trải qua đại phẫu, thời gian hậu phẫu ngắn, giảm nguy cơ biến chứng và tỉ lệ thành công cao hơn.

Vào ngày thứ 3 sau nhập viện, bệnh nhân được phẫu thuật theo chiến lược hybrid, bao gồm:

Phẫu thuật mở bắc cầu động mạch cảnh - cảnh (carotid-carotid bypass) để chuyển dòng máu lưu thông lên não: thực hiện nối động mạch cảnh chung phải, động mạch cảnh chung trái và động mạch cảnh dưới đòn trái bằng các đường mổ ở vùng cổ.

Can thiệp nội mạch: mở một lỗ nhỏ luồn ống thông và đoạn stent graft qua động mạch đùi tới vị trí tổn thương, sau đó tiến hành đặt stent graft với đầu gần stent nằm phía sau thân cánh tay đầu phải (Zone 1), không che phủ động mạch dưới đòn trái. Chụp kiểm tra lại sau đặt stent graft thấy stent graft mở hoàn toàn, áp sát thành mạch, che phủ hoàn toàn ổ PAU nguy cơ cao. Không ghi nhận endoleak. Các nhánh lớn của quai động mạch chủ lưu thông tốt.

3. KẾT QUẢ VÀ THEO DÕI

Diễn biến hậu phẫu của bệnh nhân thuận lợi, huyết động ổn định, không đau ngực, không có các dấu hiệu thần kinh khu trú, không có tình trạng thiếu máu chi, mạch và huyết áp được kiểm soát ổn định. Vào ngày hậu phẫu thứ 3, khi tình trạng toàn thân cho phép, sinh thiết tổn thương xương cánh tay phải dưới hướng dẫn CT được thực hiện. Kết quả giải phẫu bệnh xác định chẩn đoán là u tương bào. Bệnh nhân hồi phục tốt và được xuất viện sau 2 tuần điều trị hậu phẫu với vết mổ khô, toàn trạng ổn định. Bệnh nhân được chuyển sang chuyên khoa ung bướu để tiếp tục phác đồ điều trị đặc hiệu cho u tương bào.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và thách thức trong chẩn đoán

Loét xuyên thành động mạch chủ (PAU) là một thể bệnh lý nghiêm trọng trong hội chứng động mạch chủ cấp (AAS), đặc trưng bởi sự loét hóa của mảng xơ vữa xuyên qua lớp áo trong, vào lớp áo giữa [1], [3]. Tương tự như các báo cáo y văn trước đây, bệnh nhân của chúng tôi là nam giới lớn tuổi (73 tuổi) với các yếu tố nguy cơ tim mạch điển hình như tăng huyết áp và xơ vữa động mạch lan tỏa [1], [3].

Tuy nhiên, điểm đặc biệt và thách thức nhất ở ca bệnh này là sự vắng mặt hoàn toàn của triệu chứng đau ngực hoặc đau lưng cấp tính – dấu hiệu kinh điển thường gặp ở hầu hết bệnh nhân AAS [1], [4]. Y văn đã ghi nhận rằng PAU có thể tiến triển thầm lặng và không triệu chứng trong một số trường hợp, nhưng nguy cơ vỡ mạch vẫn hiện hữu [3], [4]. Việc phát hiện ổ loét ở bệnh nhân này là tình cờ nhờ chỉ định chụp cắt lớp vi tính để đánh giá stent mạch vành. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của chẩn đoán hình ảnh (đặc biệt là cắt lớp vi tính đa dãy) trong việc phát hiện sớm các tổn thương động mạch chủ ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ, ngay cả khi không có triệu chứng gợi ý [3], [5].

4.2. Chiến lược điều trị hybrid cho tổn thương quai động mạch chủ

Vị trí tổn thương tại quai động mạch chủ luôn là một thách thức lớn trong phẫu thuật tim mạch. Đối với bệnh nhân này, phẫu thuật mở truyền thống (thay đoạn quai động mạch chủ dưới tuần hoàn ngoài cơ thể) mang lại rủi ro tử vong và biến chứng thần kinh quá cao do tuổi tác và tiền sử can thiệp mạch vành gần đây [4]. Ngược lại, can thiệp nội mạch đơn thuần (TEVAR) gặp khó khăn do không đủ vùng neo mà không che lấp các nhánh mạch nuôi não [4].

Do đó, chiến lược hybrid kết hợp phẫu thuật bắc cầu động mạch cảnh - cảnh để bảo vệ tưới máu não, tạo điều kiện thuận lợi cho việc đặt stent graft che phủ toàn bộ tổn thương loét [4]. Theo Salim và cộng sự, xu hướng điều trị hiện nay đang chuyển dịch mạnh mẽ sang các phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu như TEVAR hoặc hybrid nhờ giảm thiểu tỷ lệ tử vong chu phẫu và thời gian hồi phục, đặc biệt tối ưu cho nhóm bệnh nhân có nhiều bệnh nền phức tạp như trường hợp này [4]. Kết quả hậu phẫu ổn định của bệnh nhân đã chứng minh tính an toàn và hiệu quả của chiến lược này.

Một khía cạnh thú vị của ca lâm sàng này là sự hiện diện đồng thời của hai bệnh lý nguy hiểm: u tương bào và PAU. Nếu không có triệu chứng đau tay dữ dội thúc đẩy bệnh nhân đi khám và được chụp cắt lớp vi tính, ổ loét động mạch chủ có thể đã tiếp tục tiến triển thầm lặng và dẫn đến biến chứng vỡ mạch tử vong trước khi ung thư được phát hiện [2], [3]. Đây là một ví dụ điển hình của (tổn thương phát hiện tình cờ mang ý nghĩa sống còn. Trường hợp này nhắc nhở các bác sĩ lâm sàng về tầm quan trọng của việc đánh giá toàn diện bệnh nhân, không bỏ sót các tổn thương phối hợp trên phim chụp chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi đa bệnh lý [5].

5. KẾT LUẬN

Trường hợp lâm sàng của chúng tôi minh họa một tình huống bệnh lý tim mạch đe dọa tính mạng (loét xuyên thành động mạch chủ đến lớp áo ngoài) diễn biến hoàn toàn thầm lặng. Ca bệnh minh họa giá trị của chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt chụp cắt lớp vi tính trong việc phát hiện sớm các tổn thương động mạch chủ ở những bệnh nhân lớn tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch, ngay cả khi

không có triệu chứng gợi ý điển hình. Đồng thời cho thấy khả năng áp dụng thành công phẫu thuật hybrid (kết hợp cầu nối động mạch cảnh - cảnh và TEVAR) để xử lý các tổn thương phức tạp tại quai động mạch chủ, đặc biệt trên những bệnh nhân cao tuổi có thể trạng yếu và nhiều bệnh nền phối hợp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] M. P. Bonaca and P. T. O’Gara, “Diagnosis and Management of Acute Aortic Syndromes: Dissection, Intramural Hematoma, and Penetrating Aortic Ulcer,” *Curr. Cardiol. Rep.*, vol. 16, no. 10, p. 536, 2014. DOI: 10.1007/s11886-014-0536-x
- [2] K. J. Macura et al., “Pathogenesis in acute aortic syndromes: aortic dissection, intramural hematoma, and penetrating atherosclerotic aortic ulcer,” *AJR Am. J. Roentgenol.*, vol. 181, no. 2, pp. 303–307, 2003. DOI: 10.2214/ajr.181.2.1810309
- [3] H. Hayashi et al., “Penetrating Atherosclerotic Ulcer of the Aorta: Imaging Features and Disease Concept,” *RadioGraphics*, vol. 20, pp. 995–1005, 2000. DOI: 10.1148/radiographics.20.4.g00jl01995
- [4] S. Salim, M. Machin, B. O. Patterson, and C. Bicknell, “The Management of Penetrating Aortic Ulcer,” *Hearts*, vol. 1, pp. 3–12, 2020. <https://doi.org/10.3390/hearts1010003>
- [5] G. Sica et al., “CT diagnosis and destiny of acute aortic intramural hematoma,” *Front. Radiol.*, vol. 5, p. 1552644, 2025. DOI: 10.3389/fradi.2025.1552644