

SHUNT CỬA CHỦ BẨM SINH Ở TRẺ EM: BÁO CÁO MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Congenital portosystemic shunt in children: Case reports

Trần Phan Ninh, Ngô Văn Hùng*, Chu Nguyên Hải**

SUMMARY

Congenital portosystemic shunt is a rare vascular malformation characterized by an abnormal connection between the portal venous system and the systemic venous system. This results in partial or complete diversion of blood flow from the intestines and spleen into systemic circulation, bypassing the liver. The condition can be classified into four types according to the Bicêtre classification system, which aids in diagnosis and treatment planning. Major complications include liver disease, hepatic tumors, pulmonary arterial hypertension, and pulmonary arteriovenous shunting. Imaging plays a crucial role in diagnosing congenital portosystemic shunts and associated anomalies. Computed tomography is considered the first-line modality for identifying the shunt and its type, allowing for detailed visualization of blood vessels and small hepatic lesions. Digital subtraction angiography is essential in evaluating the feasibility of shunt closure. Treatment decisions depend on the shunt type and clinical presentation, and may involve surgical or endovascular shunt occlusion. In this report, we present three confirmed cases of congenital portosystemic shunt diagnosed via CT imaging. One case involved a type 2 side-to-side shunt (according to the Bicêtre classification) successfully treated with endovascular intervention; another was a type 4 shunt associated with multiple hepatic adenomas; and the third was a type 2 end-to-side shunt with coexisting congenital heart defects, which was successfully managed by open surgical shunt banding.

Keywords: *Congenital portosystemic shunt, Abernethy malformation, Bicêtre classification, computed tomography.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Shunt cửa chủ bẩm sinh là một dị dạng mạch máu hiếm gặp, trong đó có sự thông nối bất thường giữa hệ tĩnh mạch cửa và hệ tĩnh mạch chủ, dẫn đến máu tĩnh mạch từ ruột và lách chuyển hướng một phần hoặc toàn bộ về tĩnh mạch hệ thống mà không đi qua gan. Mặc dù tỷ lệ mắc nói chung không được biết chính xác, nhưng một số nghiên cứu ước tính rằng khoảng 1/30,000 trẻ sơ sinh bị ảnh hưởng [1]. Dị tật này được Abernethy mô tả lần đầu tiên vào năm 1973 [2]. Chúng là kết quả của sự thoái triển không hoàn toàn của các yếu tố tuần hoàn của bào thai, đặc biệt là những yếu tố liên quan đến ống tĩnh mạch. Nó cũng liên quan đến các bất thường nhiễm sắc thể, đặc biệt là hội chứng Down. Về mặt giải phẫu, shunt cửa chủ bẩm sinh được phân loại thành shunt ngoài gan

và trong gan. Đến nay, mặc dù các bất thường này ngày càng được phát hiện thông qua sự tiến hóa và phát triển của công nghệ chẩn đoán hình ảnh, tổng số ca được mô tả trong y văn vẫn còn thấp [3].

Triệu chứng lâm sàng, đặc biệt ở trẻ em, rất đa dạng. Trong một số trường hợp có thể không có triệu chứng, làm cho việc chẩn đoán trở nên khó khăn. Tuy nhiên, chúng có thể gây ra các rối loạn chuyển hóa và ảnh hưởng đến nhiều cơ quan và hệ thống khác nhau, như gan, hệ thần kinh trung ương và đường hô hấp. Hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định shunt cửa chủ, chẩn đoán loại shunt và phát hiện các dị tật kèm theo, giúp lập kế hoạch điều trị phù hợp nhất. Trong đó hệ thống phân loại Bicêtre chia shunt của chủ bẩm sinh thành 4 type khác nhau, có vai trò giúp định

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Nhi Trung ương

hướng chẩn đoán và điều trị: type 1 - shunt giữa tĩnh mạch thuộc hệ cửa trước hợp lưu và tĩnh mạch chủ dưới ở dưới vị trí đổ về của tĩnh mạch thận; type 2 - shunt giữa thân chung tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới ở trên vị trí đổ về của tĩnh mạch thận; type 3 - shunt cửa-gan và type 4 - tồn tại ống tĩnh mạch.

Trong bài báo cáo này, chúng tôi trình bày ba ca bệnh shunt cửa chủ bẩm sinh đã được điều trị đóng shunt bằng can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Nhi Trung ương, góp phần làm sáng tỏ giá trị chẩn đoán hình ảnh và vai trò của phân loại Bicêtre trong tiếp cận điều trị.

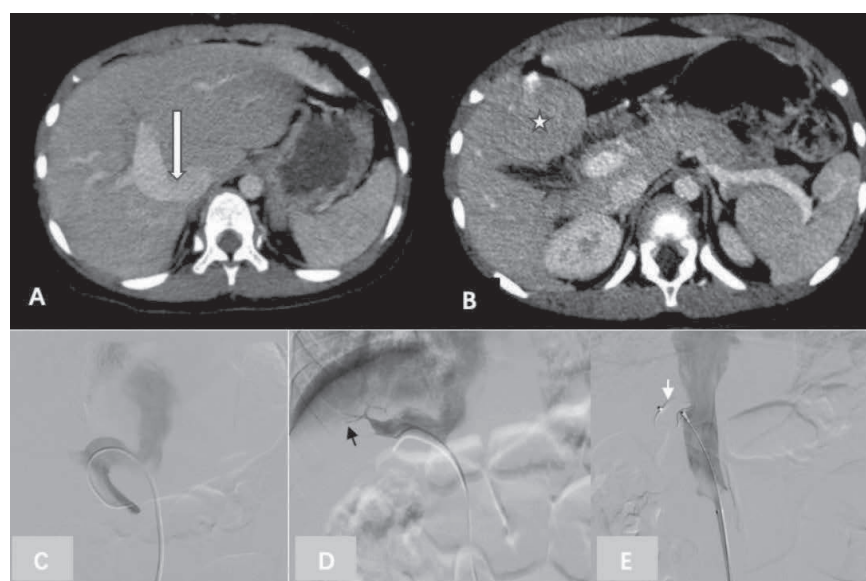
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

1. Ca bệnh 1

Trẻ nam, 4 tuổi, đi khám sức khỏe, siêu âm tình cờ phát hiện khối u gan hạ phân thùy IV giảm âm. Trên hình ảnh siêu âm Doppler nghi ngờ có dòng shunt giữa tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới. Xét nghiệm cho thấy tăng nhẹ nồng độ AST và ALT (47.9 và 54.3 U/L), nồng độ AFP bình thường. Trẻ được chụp CLVT thấy khối u gan

hạ phân thùy IVb, hình ảnh học và tính chất ngấm thuốc phù hợp u tuyến tế bào gan. Ngoài ra phát hiện shunt cửa chủ bẩm sinh lớn giữa tĩnh mạch cửa tại vị trí chia nhánh và tĩnh mạch chủ dưới ở trên vị trí đổ về của tĩnh mạch thận (type 2 kiểu bên-bên theo Bicêtre), kèm thiếu sản các nhánh tĩnh mạch cửa trong gan, nhu mô gan phải giảm thể tích so với bình thường (Hình 1). JKết quả sinh thiết khối u gan xác định tổn thương u là Adenoma.

Chụp mạch số hoá xoá nền thấy hình ảnh shunt từ vị trí xuất phát nhánh phải tĩnh mạch cửa đổ về tĩnh mạch chủ dưới, còn quan sát thấy các nhánh tĩnh mạch cửa trong gan thiếu sản, đường kính shunt ~12mm. Hình thái, độ dài và độ dốc của shunt phù hợp cho thủ thuật đóng shunt nội mạch. Kỹ thuật can thiệp nội mạch được tiến hành, đặt thành công Amplatzer Vascular Plug vào shunt ngay trước vị trí đổ về tĩnh mạch chủ dưới. Chụp kiểm tra sau thủ thuật cho thấy tăng dòng chảy vào gan. Siêu âm Doppler sau đó cho thấy tắc hoàn toàn dòng chảy qua shunt, hiện hình rõ nét nhánh phải và nhánh trái tĩnh mạch cửa, kích thước gan tăng rõ rệt sau theo dõi 1 tháng.



Hình 1. Trẻ nam, 4 tuổi, shunt cửa chủ bẩm sinh type 2 kiểu bên-bên theo Bicêtre. (A) Hình ảnh CLVT axial: shunt cửa chủ bẩm sinh giữa tĩnh mạch cửa tại vị trí chia nhánh với tĩnh mạch chủ dưới đoạn trên vị trí đổ về của tĩnh mạch thận (mũi tên trắng); (B) Hình ảnh CLVT axial: khối u gan hạ phân thùy IVb (dấu sao); (C, D) Hình ảnh chụp DSA: shunt cửa-chủ đổ về tĩnh mạch chủ dưới, còn quan sát thấy các nhánh tĩnh mạch cửa trong gan thiếu sản (đầu mũi tên đen); (E) Đặt Amplatzer Vascular Plug đóng shunt cửa chủ (đầu mũi tên trắng).

2. Ca bệnh 2

Trẻ nam, 10 tuổi, đi khám vì đau bụng, siêu âm phát hiện u gan đa ổ, xét nghiệm có tăng men transaminase AST và ALT (114.3/76.6 U/L). Trên siêu âm Doppler thấy có cấu trúc dạng ống mạch nối tĩnh mạch cửa trái và tĩnh mạch chủ dưới, nghi ngờ tồn tại ống tĩnh mạch. Hình ảnh CLVT cho thấy có shunt cửa chủ giữa nhánh trái tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới qua cấu trúc dạng ống tĩnh mạch (type 4 theo Bicêtre), thiếu sản các nhánh tĩnh mạch cửa trong gan, nhu mô gan có nhiều khối nốt có tính chất ngấm thuốc phù hợp u tuyến tế bào gan (Hình 2). Kết quả giải phẫu bệnh các khối u thấy hình ảnh tổn thương viêm xơ mạn tính nhu mô gan, chưa loại trừ Adenoma tế bào gan.

Bệnh nhi được phẫu thuật thắt shunt cửa-chủ. Hình

ảnh trong mổ thấy gan phải teo nhỏ, gan trái phì đại, bề mặt gan trái có khối 2x3cm màu nâu nhạt dạng tổ chức xơ, mật độ chắc; các vị trí khác có nhiều nốt đầu đinh, tăng sinh mạch bề mặt. Có đường thông tự nhiên tĩnh mạch cửa - tĩnh mạch chủ dưới qua tĩnh mạch Aratus đường kính 20mm. Test thất shunt cửa chủ cho thấy khi thắt khoảng 70% khẩu kính shunt có tăng tốc độ dòng chảy tĩnh mạch cửa trong gan trên siêu âm Doppler trong mổ. Phẫu thuật viên tiến hành sử dụng một đoạn mạch máu nhân tạo khâu xung quanh shunt dạng vòng nhấn, phân lưu lại dòng chảy cửa - chủ thành cửa-cửa.

Theo dõi sau phẫu thuật thấy nồng độ AST, ALT trong máu giảm dần. Siêu âm Doppler thấy hiện hình dòng chảy ở các nhánh xa tĩnh mạch cửa trong gan, kích thước các khối u gan giảm so với trước điều trị.



Hình 2. Trẻ nam, 10 tuổi, shunt cửa chủ bẩm sinh type 4 theo Bicêtre. (A) Hình ảnh CLVT coronal: shunt cửa chủ bẩm sinh dạng tồn tại ống tĩnh mạch (mũi tên đen); (B, C) Hình ảnh CLVT axial: các khối nốt nhu mô gan hai bên (mũi tên trắng).

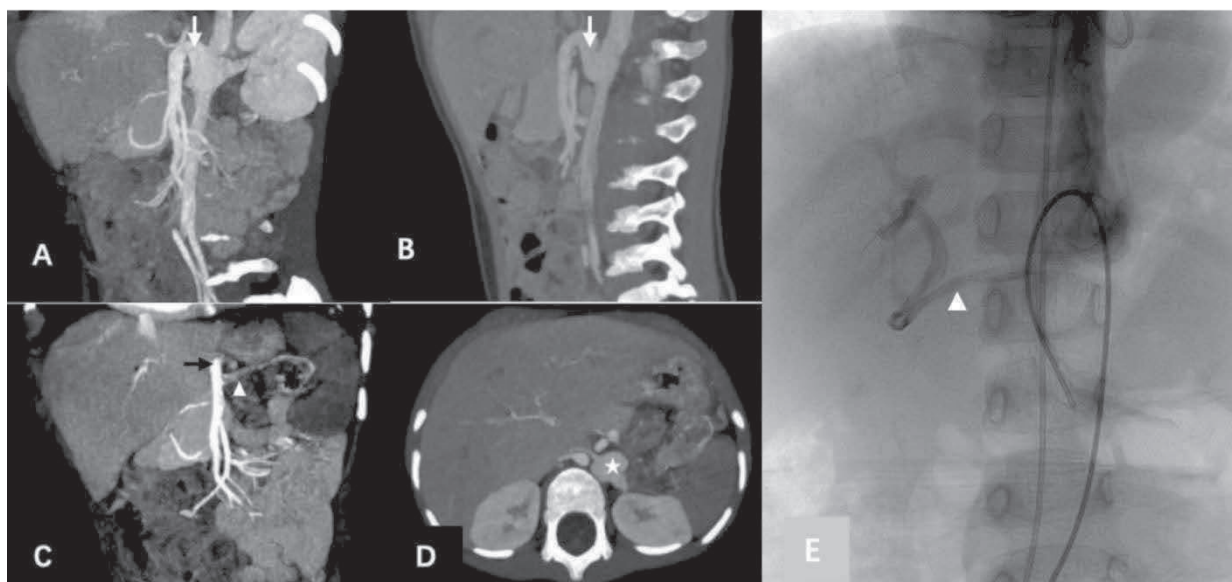
3. Ca bệnh 3

Trẻ nữ, 9 ngày tuổi, vào viện vì tình trạng khó thở, tím tái tăng dần. Siêu âm tim thấy hình ảnh hẹp eo động mạch chủ, còn ống động mạch và tăng áp phổi. Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị hẹp eo động mạch chủ và đóng ống động mạch. Tuy nhiên tình trạng tăng áp phổi không cải thiện. Siêu âm Doppler mạch máu ổ bụng nghi ngờ có shunt bất thường giữa thân chung tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới ở ngoài gan, không quan sát thấy tĩnh mạch cửa vùng rốn gan.

Bệnh nhân được chỉ định chụp CLVT ổ bụng. Hình ảnh chụp CLVT cho thấy có shunt cửa chủ bẩm sinh giữa đoạn gần thân chung tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới ở trên mức đổ về của tĩnh mạch thận (type 2 kiểu

tận-bên theo Bicêtre); không quan sát thấy đoạn xa thân chung tĩnh mạch cửa và các nhánh tĩnh mạch cửa trong gan; tĩnh mạch chủ dưới có vị trí bất thường ở phía trái động mạch chủ bụng, đổ về xoang vành rồi về nhĩ phải (Hình 3).

Trong quá trình thông tim chẩn đoán, một ống thông được đặt từ tĩnh mạch chủ dưới vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên qua shunt. Chụp mạch số hoá xoá nền kiểm tra bộc lộ các nhánh tĩnh mạch cửa thiếu sản khó quan sát trên phim chụp CLVT. Do tồn tại nhánh tĩnh mạch cửa trong gan, phẫu thuật thắt shunt cửa - chủ (2 thì) được thực hiện, giúp phân lưu lại dòng chảy qua tĩnh mạch cửa. Sau mổ, tình trạng tăng áp tĩnh mạch phổi được cải thiện rõ rệt.



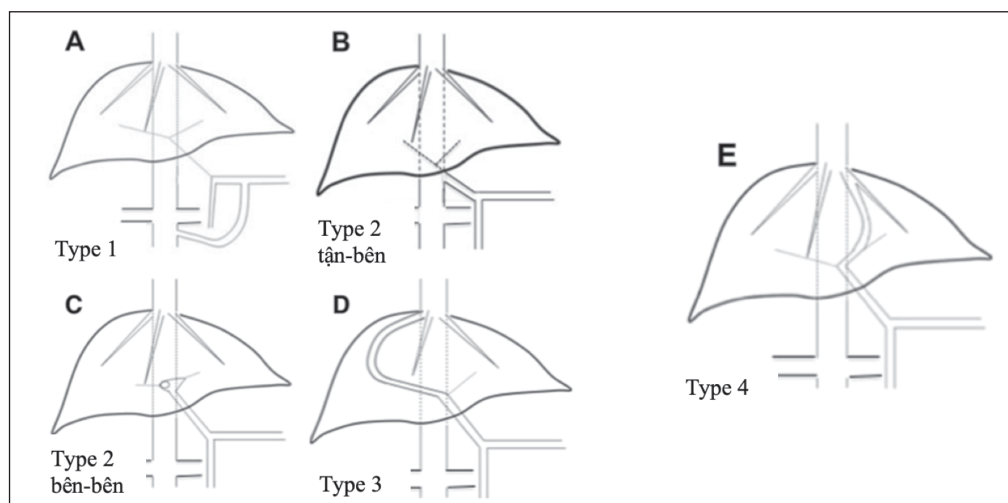
Hình 3. Trẻ nữ, 9 ngày tuổi, shunt cửa chủ bẩm sinh type 2 kiểu tận-bên theo Bicêtre. (A,B,C) Hình ảnh CLVT coronal: hình ảnh shunt (mũi tên trắng) giữa thân chung tĩnh mạch cửa ngay sau hợp lưu (mũi tên đen) và tĩnh mạch chủ dưới đoạn trên mức đổ về của tĩnh mạch thận. (D) Hình ảnh CLVT axial: bất thường vị trí của tĩnh mạch chủ dưới (dấu sao) nằm bên trái động mạch chủ bụng. (E) Hình ảnh chụp DSA bộc lộ tĩnh mạch cửa thiếu sản (đầu mũi tên trắng).

III. BÀN LUẬN

Shunt cửa chủ bẩm sinh là một dị tật mạch máu hiếm gặp, trong đó có sự thông nối bất thường giữa tĩnh mạch thuộc hệ thống cửa và tĩnh mạch thuộc hệ thống chủ, dẫn đến máu tĩnh mạch từ ruột và lách chuyển hướng một phần hoặc toàn bộ về tĩnh mạch hệ thống mà không đi qua gan, do sự phát triển hoặc thoái hoá bất thường của hệ mạch máu thai nhi. Phần lớn các trường hợp được báo cáo trong y văn cho đến nay đều dưới 18 tuổi [4]. Về mặt giải phẫu, shunt cửa chủ bẩm sinh được chia thành shunt trong gan và shunt ngoài gan. Đối với shunt trong gan, nhánh shunt xuất phát từ các nhánh tĩnh mạch cửa sau vị trí chia đôi tĩnh mạch cửa. Đối với shunt ngoài gan, nhánh shunt kết nối thân tĩnh mạch cửa hoặc các nhánh hợp lưu của nó với tĩnh mạch thuộc hệ tuần hoàn hệ thống.

Gần đây, những tiến bộ về can thiệp điện quang và phẫu thuật cho phép đóng shunt cửa chủ thành công ở những bệnh nhân được xem là không phù hợp cho điều trị bảo tồn trước đây (Abernethy type I hoặc vắng mặt hoàn toàn tĩnh mạch cửa). Theo đó, một phân loại mới

được đưa ra nhằm cung cấp thông tin để lập kế hoạch điều trị thích hợp. Phân loại phẫu thuật Bicêtre chia shunt cửa chủ thành 4 loại dựa vào vị trí nối của shunt vào tĩnh mạch chủ: (1) Shunt cửa chủ ngoài gan xuất phát từ bất kỳ tĩnh mạch nào thuộc hệ thống cửa trước khi hợp lưu vào thân chung tĩnh mạch cửa, nối với tĩnh mạch chủ dưới hoặc bất kỳ tĩnh mạch hệ thống nào đổ về tĩnh mạch chủ dưới đoạn dưới mức đổ về của tĩnh mạch thận; (2) Shunt cửa-chủ nối thân chung tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới đoạn trên vị trí đổ về của tĩnh mạch thận gồm 3 dưới nhóm: tận-bên, bên-bên và type H gồm cả hai loại shunt xuất phát ở xa rốn gan; (3) shunt cửa-gan nối giữa nhánh của tĩnh mạch cửa với nhánh của tĩnh mạch gan; (4) tồn tại ống tĩnh mạch (Hình 4). Sau này, Kanazawa đã thêm vào phân loại này mức độ thiếu sản của tĩnh mạch cửa trong gan dựa vào thử nghiệm tắc shunt bằng bóng thành 3 dưới nhóm nhẹ, trung bình và nặng. Phân loại Bicêtre và Kanazawa giúp dự đoán khả năng đáp ứng sau khi đóng shunt để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, và có cần thực hiện theo từng bước (hai thì) hay không.



Hình 4. Sơ đồ minh họa phân loại shunt cửa chủ theo Bictre [5]

Biểu hiện lâm sàng đa dạng, từ không triệu chứng đến triệu chứng đa cơ quan như gan, hệ hô hấp, hệ thần kinh trung ương. Diễn hình, bệnh nhân mắc hội chứng Abernethy có hạ oxy máu và hội chứng gan phổi. Trong đó tăng áp phổi là biểu hiện phổ biến. Theo nghiên cứu của tác giả Chen Guo (2019), 50% bệnh nhân dị tật Abernethy có biểu hiện tăng áp phổi và 71.4% bị tăng amonioc máu [4].

Do đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm không đặc hiệu, chẩn đoán hình ảnh là phương tiện chẩn đoán duy nhất cho shunt cửa chủ bẩm sinh. Các đặc điểm cần phân tích trên chẩn đoán hình ảnh bao gồm: tĩnh mạch đến, tĩnh mạch đi, sự xuất hiện của mạch máu bất thường nối hai tĩnh mạch, loại shunt. Siêu âm Doppler mạch máu là phương tiện thăm khám đầu tiên được sử dụng để chẩn đoán thông nối bất thường giữa tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ và hậu quả về hình thái học của gan, liên quan với các dị tật khác. Đây cũng là phương tiện được sử dụng để theo dõi shunt cửa chủ bẩm sinh trước và sau điều trị. Cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ giúp chẩn đoán xác định, cung cấp thông tin chính xác về giải phẫu mạch máu, xác định các biến chứng và dị tật liên quan. Cộng hưởng từ là phương pháp thăm khám không nhiễm xạ, chẩn đoán tốt tổn thương dạng nốt ở gan. Kỹ thuật chụp mạch máu sử dụng test tắc shunt đóng vai trò quan trọng, đặc biệt khi các nhánh tĩnh mạch cửa trong gan hay thậm chí thân chung tĩnh mạch cửa không quan sát

thấy trên phim chụp. Nó thường được sử dụng để phát hiện các nhánh tĩnh mạch cửa thiếu sản có thể nằm lạc chỗ và đánh giá áp lực tĩnh mạch cửa trong quá trình tắc shunt⁵. Như trường hợp ca lâm sàng thứ 3 của chúng tôi, chụp mạch số hoá xoá nền giúp phát hiện tĩnh mạch cửa thiếu sản không xác định được trên CLVT.

Shunt cửa chủ có thể dẫn đến các biến chứng như tăng áp tĩnh mạch cửa, suy gan, bệnh não (do tăng ammoniac), phát triển các khối u gan, hội chứng gan phổi, và tăng áp động mạch phổi. Trường hợp không có triệu chứng, như trong trường hợp được báo cáo, là tương đối hiếm. Nhận biết các shunt này là quan trọng trước các can thiệp phẫu thuật bụng vì có nguy cơ cao chảy máu nặng khi gặp các dị tật mạch máu không xác định.

Các tổn thương gan dạng nốt đã được báo cáo ở những bệnh nhân mắc dị tật Abernethy, thường là lành tính. Tổn thương này gặp ở 2/3 bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi. Nguyên nhân có thể do lưu lượng máu động mạch tăng qua động mạch gan trong bối cảnh thiếu lưu lượng máu cửa. Dị tật tuần hoàn này gây ra sự phát triển và tái tạo gan bất thường, do đó gây ra tổn thương gan. Từ góc nhìn mô học, tăng sản thể nốt khu trú, tăng sản nốt tân tạo, u tuyến tế bào gan, ung thư nguyên bào gan và ung thư biểu mô tế bào gan đều đã được báo cáo liên quan đến hội chứng Abernethy. Một số dị tật tim có thể gặp ở bệnh nhân có shunt cửa chủ bẩm sinh, đặc biệt ở các trường hợp type 1, như thông liên nhĩ, thông liên

thất, tồn tại lỗ bầu dục, còn ống động mạch, tứ chứng Fallot [4]. Trong khi shunt type 2 hiếm khi gặp các dị tật này.

Chụp tĩnh mạch chẩn đoán kết hợp đo áp lực tĩnh mạch cửa, bao gồm tắc tạm thời bằng bóng nếu khả thi về mặt kỹ thuật, giúp mô phỏng sinh lý học khi đóng shunt và xác định giải phẫu hệ tĩnh mạch cửa [6]. Các lựa chọn điều trị phụ thuộc vào loại shunt, bao gồm điều trị bảo tồn hoặc đóng shunt bằng can thiệp qua da hoặc phẫu thuật sau khi thử nghiệm tắc shunt bằng bóng, giúp quyết định liệu có nên đóng một bước hay hai bước (các nhánh tĩnh mạch cửa nhỏ, thường không nhìn thấy qua siêu âm, có thể được giãn ra bằng quy trình hai bước). Trong test tắc shunt bằng bóng, nếu áp lực tĩnh mạch cửa >30mmHg thì nên tránh đóng shunt hoàn toàn trong một thì vì có thể làm thay đổi đáng kể huyết động gan, rối loạn chức năng gan và làm trầm trọng thêm các triệu chứng hiện có [7]. Các biến chứng này thường xảy ra khi các nhánh tĩnh

mạch cửa trong gan quá nhỏ; do đó, khi shunt bị đóng, hệ cửa có thể không đủ khả năng tiếp nhận lượng máu tăng lên [6]. Đối với các trường hợp shunt cửa chủ bẩm sinh type 1, do sự vắng mặt hoàn toàn của tĩnh mạch cửa trong gan, ghép gan được xem là chỉ định điều trị duy nhất [8].

IV. KẾT LUẬN

Shunt cửa chủ bẩm sinh là dị tật mạch máu hiếm gặp, có nguy cơ cao dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng. Chẩn đoán sớm và chính xác là quan trọng để đưa ra phương án điều trị thích hợp, trong đó cắt lớp vi tính được xem là phương tiện đầu tay trong chẩn đoán xác định shunt cửa chủ. Điều trị bao gồm điều trị bảo tồn, đóng shunt bằng bóng hoặc phẫu thuật, ghép gan, phụ thuộc vào loại shunt, tuổi bệnh nhân và triệu chứng lâm sàng, trong đó phân loại theo Bicêtre có ý nghĩa tiên lượng sau đóng shunt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xu S, Zhang P, Hu L, Zhou W, Cheng G. Case Report: Clinical Features of Congenital Portosystemic Shunts in the Neonatal Period. *Front Pediatr*. 2021;9:778791.
2. Păcurar D, Dijmărescu I, Dijmărescu AD, Romașcanu M, Becheanu CA. A case report on an incidental discovery of congenital portosystemic shunt. *Medicine*. 2019;98(31):e16679.
3. Timpanaro T, Passanisi S, Sauna A, et al. Congenital Portosystemic Shunt: Our Experience. *Case Reports in Pediatrics*. 2015;2015:1-5.
4. Guo C, Zhong YM, Wang Q, et al. Diagnostic accuracy of multi-slice computed tomography in children with Abernethy malformation. *BMC Med Imaging*. 2019;19(1):97.
5. The International Registry of Congenital Portosystemic Shunt members, Franchi-Abella S, Gonzales E, et al. Congenital portosystemic shunts: diagnosis and treatment. *Abdom Radiol*. 2018;43(8):2023-2036.
6. Rajeswaran S, Johnston A, Green J, et al. Abernethy Malformations: Evaluation and Management of Congenital Portosystemic Shunts. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2020;31(5):788-794.
7. Papamichail M, Pizani M, Heaton N. Congenital portosystemic venous shunt. *Eur J Pediatr*. 2018;177(3):285-294.
8. Tamiru R, Hailemariam T, Wakjira E, Hailu SS. Congenital extrahepatic portosystemic shunt masquerading as chronic portal vein thrombosis: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2023;109:108553

TÓM TẮT

Shunt cửa chủ bẩm sinh là một dị dạng mạch máu hiếm gặp, trong đó có sự thông nối bất thường giữa hệ tĩnh mạch cửa và hệ tĩnh mạch chủ, dẫn đến chuyển hướng một phần hoặc toàn bộ dòng chảy từ ruột và lách về tuần hoàn hệ thống mà không qua gan. Dị tật này có thể được phân loại dựa theo hệ thống phân loại Bictre thành 4 type khác nhau, giúp định hướng chẩn đoán và điều trị. Các biến chứng chính bao gồm bệnh lý gan, u gan, tăng áp lực động mạch phổi, shunt động - tĩnh mạch phổi. Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán shunt cửa chủ bẩm sinh và các dị tật liên quan. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) được xem là lựa chọn đầu tay giúp chẩn đoán shunt, loại shunt, cho phép hiện hình các mạch máu và các tổn thương gan kích thước nhỏ. Chụp mạch số hóa xóa nền đóng vai trò quan trọng trong đánh giá khả năng đóng shunt. Chỉ định điều trị phụ thuộc vào loại shunt và diễn biến lâm sàng, có thể thực hiện tắc shunt bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày 3 trường hợp shunt cửa chủ bẩm sinh đã được chẩn đoán xác định trên cắt lớp vi tính, trong đó có một trường hợp shunt type 2 kiểu bên-bên theo Bictre được điều trị thành công bằng can thiệp nội mạch, một trường hợp shunt type 4 có đa u gan dạng adenoma và một trường hợp shunt type 2 kiểu tận-bên có dị tật tim bẩm sinh đi kèm được điều trị thành công bằng phẫu thuật mổ mở thắt nhỏ luồng shunt.

Từ khoá: Shunt cửa chủ bẩm sinh, dị tật Abernethy, phân loại Bictre, cắt lớp vi tính.

Người liên hệ: Ngô Văn Hùng. Email: ngohung.hmu1994@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/08/2024. Ngày nhận phản biện: 14/09/2024. Ngày chấp nhận đăng: 29/02/2025