

VIÊM RUỘT THỪA CẤP TRÊN RUỘT XOAY BẤT TOÀN: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Acute appendicitis with midgut malrotation: a case report

Nguyễn Hoàng Thịnh*, Nguyễn Quốc Dũng*

SUMMARY

Midgut malrotation is a rare anatomic anomaly that complicates the diagnosis and management of acute abdominal pain. It is a congenital anomaly that arises from incomplete rotation or abnormal position of the midgut during embryonic development. We report a case of a patient who has a type I of malrotation according to Stringer classification with acute appendicitis.

I. GIỚI THIỆU

Viêm ruột thừa cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong thực hành lâm sàng. Đau bụng trái do viêm ruột thừa rất hiếm gặp, tình trạng này thường xuất hiện kèm theo với các bất thường bẩm sinh về vị trí của ruột như trong ruột xoay bất toàn hay đảo ngược phủ tạng, ngoài ra ruột thừa dài nằm tới hố chậu trái cũng có thể gây ra triệu chứng này.

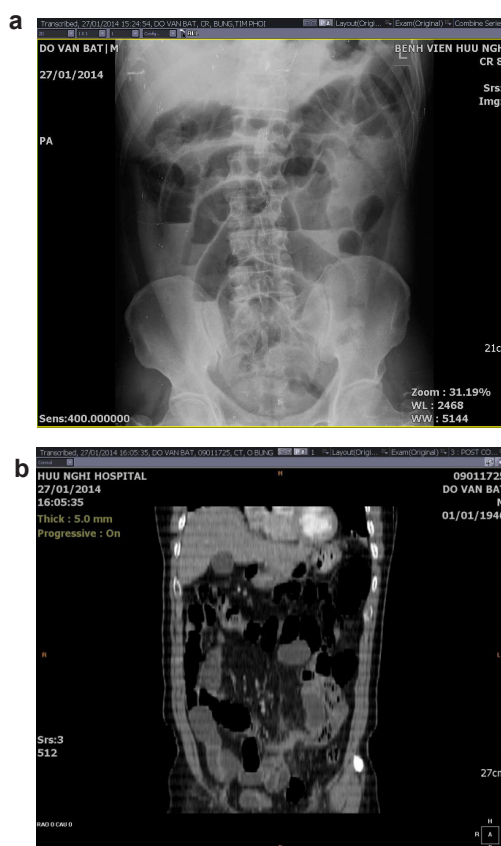
Chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp viêm ruột thừa cấp trên bệnh nhân có ruột xoay bất toàn type Ia theo phân loại của Stringer.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân (BN) nam, 74 tuổi, đau bụng trái kéo dài 3 ngày kèm theo bí đại tiện, còn trung tiện được, sau trung tiện thấy dễ chịu hơn, buồn nôn, không sốt. Khám lâm sàng phát hiện bụng chướng, ấn đau nhẹ vùng quanh rốn, lệch trái, phản ứng thành bụng không rõ ràng. Tổng phân tích tế bào máu cho thấy bạch cầu tăng nhẹ $12,2 \times 10^9/l$ với tỷ lệ bạch cầu trung tính là 80,7%. Trên phim X-quang bụng không chuẩn bị thấy hình nhiều mức nước hơi (xem hình). BN được chẩn đoán theo dõi tắc ruột và được chỉ định chụp cắt lớp vi tính (CLVT) để chẩn đoán xác định nguyên nhân.

Trên phim chụp CLVT thấy hình ảnh toàn bộ khung đại tràng và góc hồi manh tràng nằm ở nửa bụng trái, các quai ruột non giãn, có hình mức nước hơi nằm chủ yếu ở nửa bụng phải, đảo ngược vị trí của tĩnh mạch

mạch treo tràng trên (tĩnh mạch mạc treo tràng trên nằm bên trái và phía trên của động mạch mạc treo tràng trên) và có kèm theo thiếu sản móm móc của đầu tụy. Ruột thừa to, đường kính ngang ~13mm có thâm nhiễm mỡ xung quanh ruột thừa.



**Hình 1. a - Phim bụng không chuẩn bị có hình nhiều mức nước hơi trong ổ bụng
b - Phim CLVT có hình ảnh ruột thừa viêm nằm ở bụng trái**

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh - BV Hữu Nghị

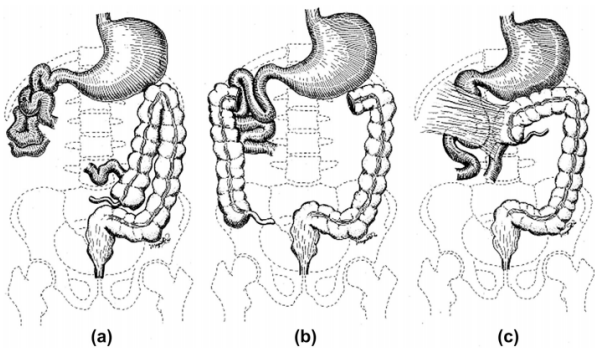
Dựa vào các dấu hiệu nói trên, người bệnh được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trên BN có ruột xoay bất toàn type Ia theo phân loại Stringer kèm theo liệt ruột cơ năng. BN được mổ cắt ruột thừa cấp cứu, ổn định và ra viện sau 7 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ kết luận ruột thừa viêm hoại tử.

III. BÀN LUẬN

Ruột xoay bất toàn là hậu quả của sự rối loạn quá trình xoay và cố định của ruột giữa trong thời kỳ bào thai [1]. Bình thường ruột giữa bắt đầu xoay vào tuần thứ 4 và kết thúc vào tuần thứ 12 của thời kỳ bào thai, trong thời gian này ruột giữa sẽ xoay 270° ngược chiều kim đồng hồ (các tác giả thường chia làm 3 giai đoạn chính, trong mỗi giai đoạn ruột giữa sẽ xoay 90° ngược chiều kim đồng hồ). Stringer phân loại ruột xoay bất toàn thành 3 type chính [1]:

- Type I: ruột giữa không xoay (thực chất là chỉ xoay 90°).
- Type II: bất thường xoay của tá tràng.
- Type III: bất thường xoay của cả tá tràng và manh tràng.

Trong 3 type nói trên, type I có tỷ lệ phát hiện tình cờ ở người trưởng thành vào khoảng 0,2% và được coi là type phổ biến và ít nguy hiểm nhất [2]. Các type còn lại do thường kết hợp với gốc mạc treo ngắn, dẫn tới làm tăng nhu động ruột và xoắn ruột.



Hình 2: Các bất thường xoay của ruột: a- Type I: ruột giữa không xoay; b- Type II: bất thường xoay tá tràng; c- Type III: bất thường xoay cả tá tràng và manh tràng

BN của chúng tôi có bất thường xoay thuộc type I

theo Stringer. Trong type này, tá tràng và các quai đại tràng ngừng lại không xoay sau khi qua giai đoạn đầu của quá trình xoay (sau khi xoay 90° đầu tiên) do đó gần như toàn bộ ruột non gồm cả van tá hồng tràng đều nằm trong bụng phải trong khi manh tràng và đại tràng nằm ở bên bụng trái. Về mặt lâm sàng, bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng trước đó và chỉ được chẩn đoán tình cờ khi chụp CLVT để tìm nguyên nhân tắc ruột (là hậu quả của viêm ruột thừa).

Trong ca lâm sàng này, vị trí đau cũng như các dấu hiệu lâm sàng của BN là không điển hình của viêm ruột thừa, khiến cho việc chẩn đoán chính xác trên lâm sàng là rất khó khăn ngay cả khi đã kết hợp với phim X-quang bụng không chuẩn bị. Chụp CLVT giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán ca bệnh này do không chỉ phát hiện ra vị trí và tình trạng bất thường của ruột thừa mà còn giúp xác định, phân loại bất thường xoay của ruột.

Mặc dù CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao trong chẩn đoán viêm ruột thừa, song đối với các trường hợp bất thường về vị trí như trong ca bệnh này, việc chẩn đoán là không hề đơn giản, bên cạnh các dấu hiệu trực tiếp, người thầy thuốc còn cần lưu ý tới các dấu hiệu gián tiếp khác để tránh bỏ sót.

BN của chúng tôi ngoài các hình ảnh trực tiếp về bất thường xoay của ruột, còn có hai dấu hiệu khác đáng lưu ý trên CLVT đó là: dấu hiệu đảo ngược vị trí của tĩnh mạch mạc treo tràng trên và thiếu sản móm móc đầu tụy.

Tĩnh mạch mạc treo tràng trên được coi là đảo ngược khi nằm ở bên trái thay vì bên phải của động mạch mạc treo tràng. Tuy nhiên dấu hiệu này không đặc hiệu cho bất thường xoay của ruột và có thể gặp ở cả người bình thường, chỉ khoảng 25% BN có dấu hiệu này thực sự có ruột xoay bất toàn [3]. Mặc dù vậy trong nghiên cứu mới đây của Ben Ely và cs (2013) trên 8 trường hợp ruột xoay bất toàn có viêm ruột thừa thì toàn bộ các BN đều có bất thường vị trí của tĩnh mạch mạc treo tràng trên trong đó có 6/8 BN có tĩnh mạch mạc treo tràng trên đảo ngược [4].

Sự phát triển của tụy có liên quan mật thiết với quá

trình xoay của ruột non trong thời kỳ bào thai, đặc biệt là khu vực tá hồng tràng. Mỏm móc đầu tụy phát triển từ nụ tụy bụng, sau đó phát triển quanh ruột và kết hợp với nụ tụy lưng. Trong trường hợp ruột xoay bất toàn, ruột giữa không hoàn thành đủ vòng xoay 270° như bình thường, do đó làm thay đổi sự dịch chuyển của nụ tụy bụng, dẫn tới thiếu sản hoặc bất sản của mỏm móc. Theo Chandra và cs (2012) bất sản hoặc thiếu sản mỏm móc xuất hiện trong 86% các trường hợp ruột xoay bất toàn [5]. Trong nghiên cứu của Ben Ely và cs (2013), toàn bộ các BN trong nhóm nghiên cứu đều có

bất sản hoặc thiếu sản mỏm móc đầu tụy [4].

IV. KẾT LUẬN

Viêm ruột thừa trên BN có bất thường xoay của ruột là bệnh lý hiếm gặp, có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu dẫn tới chẩn đoán và điều trị thường chậm trễ gây nặng thêm tình trạng bệnh. CLVT là phương tiện chẩn đoán có giá trị cao đối với các trường hợp có nghi ngờ bệnh lý này. Các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán bao gồm: bất sản hay thiếu sản mỏm móc, bất thường về vị trí của tĩnh mạch mạc treo tràng trên và vị trí bất thường của manh tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jamienson D and Stringer D (2000)** Small bowel, in *Pediatric gastrointestinal imaging and intervention*. p. 311-32.

2. **Zissin R., et al. (1999)** Intestinal malrotation as an incidental finding on CT in adults. *Abdom Imaging*. **24**(6): p. 550-5.

3. **Zerin J.M. and DiPietro M.A. (1991)** Mesenteric vascular anatomy at CT: normal and abnormal

appearances. *Radiology*. **179**(3): p. 739-42.

4. **Ben Ely A., et al. (2013)** Appendicitis in adults with incidental midgut malrotation: CT findings. *Clin Radiol*. **68**(12): p. 1212-9.

5. **Chandra J., Grierson C., and Bungay H. (2012)** Normal variations in pancreatic contour are associated with intestinal malrotation and can mimic neoplasm. *Clin Radiol*. **67**(12): p. 1187-92.

TÓM TẮT

Ruột xoay bất toàn là một bất thường giải phẫu bẩm sinh hiếm gặp, do quá trình xoay không hoàn toàn của ruột giữa trong thời kỳ bào thai. Ruột xoay bất toàn khi kết hợp với các bệnh lý cấp tính trong ổ bụng thường gây nhiều trong chẩn đoán và khiến vấn đề điều trị trở nên phức tạp hơn. Trong bài này chúng tôi báo cáo một trường hợp viêm ruột thừa cấp trên bệnh nhân có ruột xoay bất toàn type la theo phân loại Stringer.

Người liên hệ: PGS.TS. Nguyễn Quốc Dũng

Email: drdungbvhn2014@gmail.com

- Ngày nhận bài:

- Ngày chấp nhận đăng:

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: PGS.TS. Hoàng Minh Lợi



ĐIỂM QUA SƠ BỘ CÁC MẪU HÌNH CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH KAWASAKI

Preliminary review imaging diagnostic modalities for Kawasaki disease complications

Vũ Long*

SUMMARY

Kawasaki disease was formerly discovered in Japan, now found in many countries and it is not considered as rare in Vietnam. Principal manifestations are high fever, skin and mucosa rash but arteritis mostly stenosis and aneurysm of the coronary arteries is a catastrophic consequence. Diagnostic Imaging from Ultrasound, CT scanner, MRI to Angiography can display the lesion and contribute for these arterial complication detection. The paper deals the advantages and disadvantages of each modality which can apply but depending to the morbid stage and equipment for diagnosis and follow-up the disease. Ultrasound is a screening tool, MSCT provides lesional details. High capacity MRI can display general arterial view so as the structure together without irradiation can be considered as means of choice.

I. MỞ ĐẦU

Bệnh khá phổ biến ở trẻ em 1 đến 5 tuổi, trước kia thấy ở Nhật, 1967 lần đầu tiên được mô tả bởi Tomisaky Kawasaki, nay ở khắp nơi và cả ở Việt Nam, ở Nhật với tỷ lệ 112/100.000 trẻ. Bệnh có lúc tại chỗ, có lúc thành dịch lan rộng, hay xảy ra về mùa đông và đầu mùa xuân. Nguyên nhân chưa thấy rõ ở trẻ từ vài tháng đến lớn hơn vài năm nhưng ít gặp ở tuổi thiếu niên. Dấu hiệu chính chỉ là sốt cao trên 39°C, nhiều trường hợp trên 40°C, viêm giác mạc 2 bên không tiết dịch, niêm mạc miệng, môi, mũi, lòng bàn tay đỏ, da mẩn ở lòng bàn tay bàn chân, hạch cổ ít gặp hơn đường kính chỉ 1,5cm.



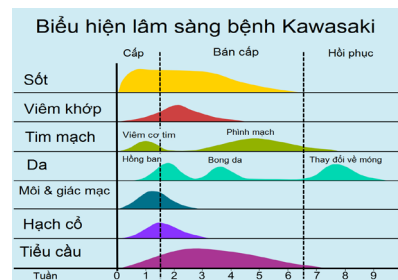
Ảnh 1



Ảnh 2

(Nguồn: Wikipedia, the free Encyclopedia)

Nôn, đau bụng cũng hay gặp do viêm động mạch mạc treo. Bạch cầu thường cao > 15.000/mm³, tiểu cầu > 1 triệu/mm³, anbumin máu giảm, thiếu máu, tốc độ lắng tắng, CRP(C reaction protein) tăng. Bệnh kéo dài có thể 5 ngày rồi có thể tự lui nhưng biến chứng nặng nề có thể gây ra là viêm mạch máu nhỏ, đặc biệt khu trú vào động mạch vành.



(Nguồn: Wikipedia, the free Encyclopedia)

*Trung Tâm CDHA AMTIC Hà Nội

Nguy cơ của tai biến trên do sốt kéo dài, tăng bạch cầu, giảm tiểu cầu, tăng yếu tố gây viêm, giảm hematocrit, giảm anbumin máu, mà chủ yếu ở trẻ nam dưới 1 tuổi gây biến chứng tim. Ở Mỹ, bệnh đã vượt hơn sốt do thấp khớp cấp.

Điều trị ở giai đoạn cấp giảm được viêm động mạch vành, phòng được huyết khối động mạch. 25% không chữa có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim. Với tiến bộ của phát hiện hình ảnh biến chứng với điều trị nội và ngoại khoa bệnh nhân vẫn trưởng thành, tuy nhiên vẫn phải theo dõi đều đặn những phình mạch mới phát mà có thể thấy trên bệnh nhân tới 19 tuổi. Tỷ lệ tử vong 1,25% kể cả biến chứng tim, 15-45 ngày từ khi sốt với tăng tiểu cầu và tăng đông máu.

II. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH PHÁT HIỆN BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH KAWASAKI

1. X-quang quy ước

Chỉ cho khái niệm cơ bản về hình tim như tràn dịch màng tim với bóng tim hình cầu. Giai đoạn muộn có thể có hình vôi hóa động mạch nhưng chỉ là hiếm hoi.



Hình 1. Vôi hóa động mạch vành

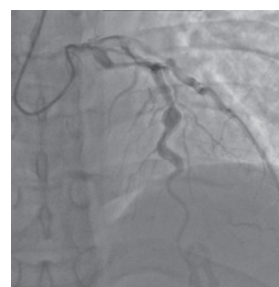
(Nguồn: Wikipedia, the free Encyclopedia)

2. Siêu âm tim 2D

Là xét nghiệm sàng lọc phổ biến vì khảo sát được đoạn động mạch vành đoạn gần và giữa ở trẻ nhỏ, đồng thời khảo sát cơ tim, nội tâm mạc, van tim có thể hẹp hở, nhịp mạch (thường là nhanh, có thể nhịp ngựa phi) thể hiện rõ trên điện tim với loạn nhịp, PR kéo dài do viêm cơ tim, rối loạn chức năng thất. Độ nhạy và độ đặc hiệu của hình động mạch giảm dần theo tuổi lớn và siêu âm không quan sát được đoạn xa.

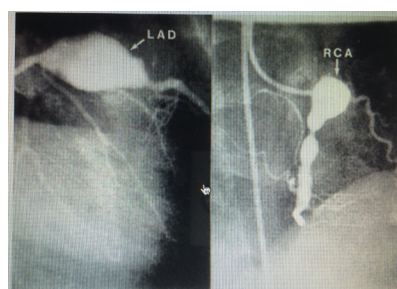
3. Chụp động mạch

Là tiêu chuẩn vàng, tim được túi phình, hẹp với mức độ khác nhau, sử dụng để can thiệp mạch khi cần.



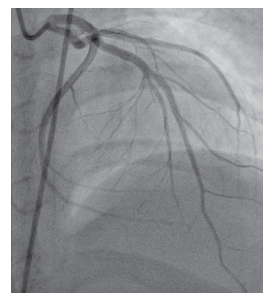
Hình 2. Phình mạch

(Nguồn: Wikipedia)

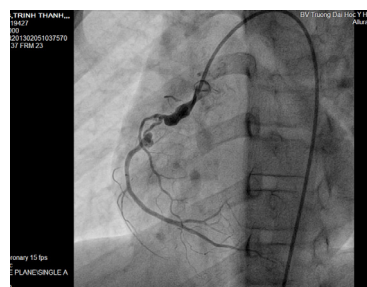


Hình 3. Phình mạch

(Nguồn: Circulation 2004, No 110)



Hình 4. BN 7 tuổi, bị Kawasaki lúc 14 tháng



Hình 5

(Nguồn: Khoa CĐHA BV Bạch Mai)

3. Chụp cắt lớp vi tính

Tác dụng chẩn đoán tốt, nhất là với máy đa dãy (256 trở lên) vì ở trẻ nhỏ. Với tuổi thiếu niên có thể dùng máy loại ít dãy hơn nếu bệnh nhân cộng tác được, vẫn phải chụp ở tuổi lớn do tỷ lệ tái phát tới 3%. Hình CLVT tốt nhưng vẫn chỉ là hình một hướng và thiếu thông tin chức năng.



Hình 6. Phình góc ĐM vành phải
(Nguồn: Nguyễn Khôi Việt, máy CLVT 256 dãy BV Bạch Mai, cùng BN trên)

4. Cộng hưởng từ tim

Cộng hưởng từ tim dần đã trở thành một xét nghiệm thông thường. Ở trẻ nhỏ cần gây mê nhưng theo dõi khi lớn thì dễ dàng, tránh được bức xạ. CHT được coi là mẫu hình được chọn lựa để phát hiện tổn thương muộn của bệnh.

Quy trình

Chuỗi xung	Hướng	Mục đích tim
Cine Steady state free precession	Trục dọc, ngang	Chức năng thất chuyển bất thường thành tim
3D Steady state free precession	Toàn bộ tim	Hình giải phẫu mạch vành, hẹp, phình
Truyền adenosine	3 lớp trục ngắn, 1 ngang, 1 dọc	Bất thường tưới máu
Chụp mạch toàn thân	Cắt đứng dọc	Bất thường mạch ngoài tim
Ngấm Gado muộn	Trục ngang dài, trục ngắn	Sẹo cơ tim
3D IR sau tiêm	Toàn bộ tim	Sẹo viêm thành mạch

III. BÀN LUẬN

X-quang quy ước: chỉ dùng chụp phổi như 1 khám xét, thủ tục.

Siêu âm tim: sốt trên 5 ngày phải siêu âm tim, phải trên 10 ngày thấy co bóp thất trái giảm, hở nhẹ van 2 lá, thay đổi kích thước đoạn gần của động mạch vành phải (RCA), nhánh trước xuống của động mạch vành trái (LAD). Nếu có bất thường của động mạch vành thì cũng chẩn đoán là Kawasaki không cần có đầy đủ triệu

chứng. 15-20% không điều trị có thể dẫn đến thiếu máu cơ tim hạt tử vong đột ngột, hay gặp nhất là phình đoạn gần của nhánh xuống trước trái (LAD) sau đó là đoạn gần của của nhánh vành phải (RCA). Các nhánh của động mạch mũ trái ít bị nhất. Động mạch tổn thương bị phù, tế bào cơ bị bóc tách, lớp mô chun bị phá hủy, quá phát của nguyên bào mô xơ (fibroblastic) dẫn đến hẹp lòng mạch do lớp nội mạc dày lên. Ngay cả đến khi phình động mạch trên mô bệnh học rút đi nhưng

hình hình vẫn còn tồn tại gây nên triệu chứng của hẹp động mạch. Những biểu hiện khác như: viêm cơ tim, viêm van tim, hoại tử van, tràn dịch màng tim thấy 25% trường hợp. Trào ngược van khoảng 2% do viêm cơ tim hay thiếu máu, hở van động mạch chủ thấy độ 5%. Những di chứng này là nguyên nhân dẫn đến tử vong do vỡ, hẹp hay huyết khối động mạch.

Cắt lớp vi tính: Là khám xét hữu ích sau siêu âm cho những thông tin quý giá về mạch vành cũng như các mạch khác ngoài tim. Độ nhạy và độ đặc hiệu tốt. Hiện được áp dụng khá phổ biến cho trường hợp nghi biến chứng.

Nhược điểm là cần trang bị tốt, gây mê, cản quang iốt, nhiễm bức xạ nhất là đối với trẻ nhỏ và giá thành cao.

Chụp động mạch: cung cấp nhiều thông tin về giải phẫu động mạch hơn siêu âm, có thể thấy giãn nhẹ hay túi phình nhỏ khoảng 6-12 tháng sau mắc bệnh. Phương pháp xâm nhập này chỉ dùng khi các phương tiện khác khó xác định tổn thương và khi có yêu cầu can thiệp như: nong hẹp, đặt stent, nong bóng khi triệu chứng thiếu máu cơ tim hay hẹp > 75% nhánh

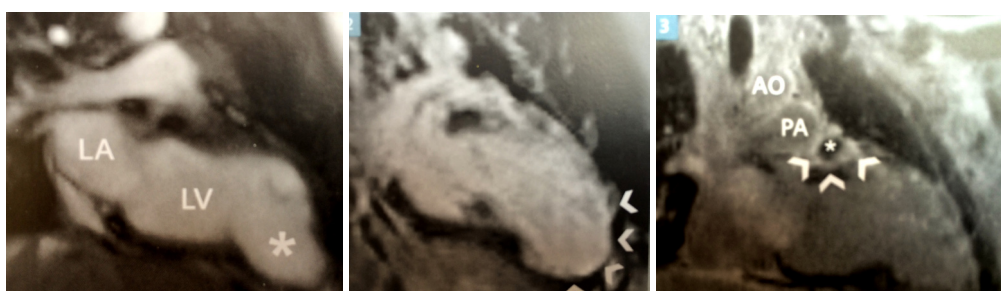
xuống trước trái LAD, hoặc dùng các chất tan huyết khối. Nhược điểm vẫn chỉ là hình một hướng và thiếu thông tin chức năng nhưng cho phép vừa chẩn đoán, điều trị cũng như theo dõi. Trên chụp mạch 50% khỏi được biến chứng này, 16% phình mạch vẫn tồn tại và gây hẹp với hình thái hình thoi hơn là hình túi. Hẹp mạch nặng thấy ở những túi phình lớn > 8mm. Bất lợi là nguy cơ gây tổn thương mạch, viêm nhiễm và phổi nhiễm bức xạ.

Cộng hưởng từ

Mục đích của CHT tim:

- Đánh giá hình thành phình động mạch, biến chứng huyết khối, hẹp.
- Đánh giá chức năng thất.
- Đánh giá tưới máu và sự sống còn cơ tim.
- Phát hiện phình mạch ngoài tim.

Đánh giá động mạch vành: Dùng xung SSFP (Steady state free precession) với cửa ghi điện tâm đồ. Có thể chuyển hướng (navigation) hình như soi chụp mạch hơn hẳn hình siêu âm với trẻ 4 tháng tuổi bị Kawasaki. Truyền chậm Gado thấy được hình mạch.



Hình 7

Hình 8

Hình 9

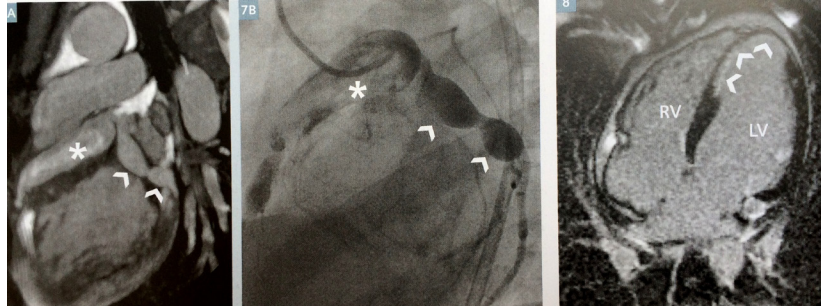
Hình 7. Xung cine SSFP bờ tim trái không đều. Hình sao là phình mạch, cơ tim vùng này.

Hình 8. Gado thì muộn xung tái tạo IR, thất trái hoại tử qua thành cơ và hình thành sẹo.

Hình 9. 3D sau tiêm gado, xung IR huyết khối (hình sao giảm tín hiệu) trong phình mạch nhánh xuống trước trái LAD, mũi tên chỉ thành phình mạch dày so với ĐM phổi và quai ĐM chủ.

(Nguồn: Magnetom Flash 3/2014)

Nếu giãn sẽ thấy hình túi nếu hướng cắt ngang và dọc kích thước bằng nhau, giãn hình thoi thì 2 chiều khác nhau.



Hình 10

Hình 11

Hình 12

Hình 10. 3D Tái tạo xung SSFP phình mạch hình thoi (hình sao) và hình túi, so với hình chụp mạch, hình không đầy thuốc của huyết khối trong nhánh LAD . Hình ĐM mũ đều thấy trrên CHT và chụp mạch.

Hình 8-9. Thì ngấm thuốc muộn, 4 buồng với vách liên thất, mũi tên chỉ sọc huyết khối cơ tim.

(Nguồn: Magnetom Flash 3/2014)

Đối với trẻ lớn hình hẹp có độ nhạy tốt nhưng với trẻ nhỏ do kích thước mạch và nhịp tim nên khó thấy hơn. Cục máu đông mới trong túi phình thấy được trên xung 3D IR. Sau Gado có thể thấy thành mạch dày, tín hiệu tăng hơn so với mạch không tổn thương; cần cho phát hiện viêm đang hoạt động và xơ hoá thành mạch. Thời gian trễ phải 20-40 phút sau tiêm.



Hình 13

Hình 14

Hình 15

Hình 13. 3D không tiêm xung SSFP đoạn xa ĐM vành phải phình (hình sao).

Hình 14. 3D SSFP 18 tháng sau không có tín hiệu máu trong đoạn xa túi phình (mũi tên), tắc mạch do huyết khối.

Hình 15. 3D SSFP 18 tháng sau không có tín hiệu máu trong đoạn xa túi phình (mũi tên), tắc mạch do huyết khối.

(Nguồn: Magnetom Flash 3/2014)



Hình 16. 3D IR trước tiêm gado 18 tháng sau tín hiệu huyết khối giảm (mũi tên) trong đoạn xa của huyết khối, tổ chức hoá của cục máu đông.

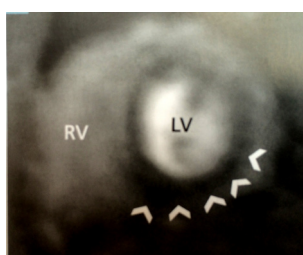
(Nguồn: Magnetom Flash 3/2014)

Đánh giá chức năng thất: CHT tim là tiêu chuẩn vàng để đo thể tích thất phải và trái. Những lớp cắt và trục dài ở mode ciné đánh giá được cử động bất thường của thành tim. Đồng thời đánh giá được tràn dịch màng tim,

tình trạng van tim, tuy nhiên siêu âm vẫn là kỹ thuật tốt phát hiện những bất thường này. Ở trẻ lớn có thể chụp nín thở, trẻ nhỏ dùng được không cần nín thở với gây mê toàn thân.

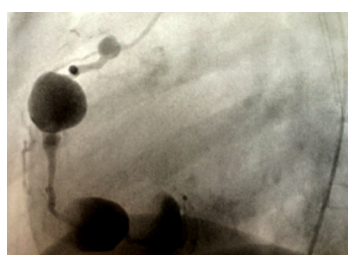
Đánh giá tưới máu và sự sống còn cơ tim: Thực hiện trạng thái nghỉ cũng như dùng adenosine gây stress và dùng dipyridamole để gây giãn mạch. Tiêm truyền

gây stress cần dùng phổ biến cho mọi bệnh nhân. So với y học hạt nhân độ phân giải tốt hơn lại không bị bức xạ. Kỹ thuật stress chống chỉ định với bệnh nhân có thất phế quản và không được dùng cả phê trước 24 giờ. Đặt 2 đường truyền, 1 cho Gado, 1 cho adenosine với liều adenosine là 140 microg/kg cân nặng, truyền trên 6 phút. Gado thì dùng ½ liều = 0.05mmol/kg truyền nhanh sau đó đẩy bằng huyết thanh.



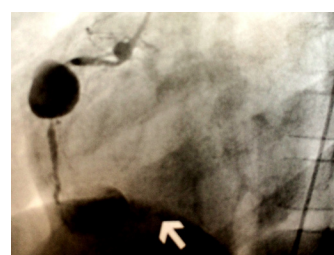
Hình 17

Hình 17. Tiêm truyền gây stress cùng BN, trên ngấm thuốc kém vùng dưới nội mạc cơ tim do thiếu máu.



Hình 18

Hình 18. Chụp ĐM vành phải, cùng BN. Nhiều phình mạch, có chỗ không ngấm thuốc do huyết khối.



Hình 19

Hình 19. 18 tháng sau hình khuyết trong phình mạch đoạn xa do huyết khối tiến triển và gây tắc.

(Nguồn: Magnetom Flash 3/2014)

Phải đo liên tục độ bão hoà oxy máu và điện tâm đồ trước và sau truyền. Nếu có bất thường với hình stress thì chụp tiếp với chuỗi xung không stress, nếu không có thì không cần chụp khi nghỉ. Phản ứng phụ do adenosine nếu dùng truyền không hiệu quả thì dùng aminophylline. Hình ghi 10-15 phút sau tiêm. Hình thì tâm thu thấy được sẹo thất phải với hình cơ tim dày hơn. Nghiên cứu chức năng thất và cử động bất

thường thành tim với hình tưới máu và hình sống còn cơ tim giúp cho quyết định tái tạo mạch.

Đánh giá phình động mạch ngoài tim: Thường có thể hẹp, tắc các động mạch nách, chậu, thận. Kato H. và cs thấy 2% có hẹp động mạch nách. CHT có đối quang hiển thị được toàn bộ động mạch cơ thể rất hữu ích cho chẩn đoán.



Hình 20

Hình 20. 3 D SSFP theo trục dài, hẹp sau phình (mũi tên) của LAD, phình ĐM hình sao của nhánh trái (LCA).



Hình 21

Hình 21. MPR có gado phình lớn ĐM nách trái, thành mạch không đều.



Hình 22

Hình 22. Tắc ĐM dưới đòn phải, nhánh nhỏ của mạch bàng hệ. (Nguồn: Magnetom Flash 3/2014).

Hậu quả: hở van do chức năng cơ tim rối loạn, viêm van, Kato và cs trong 6 bệnh nhân hở van thì 2 tử vong.

Điều trị: Mục đích điều trị là làm giảm viêm, chống hình thành huyết khối và đề phòng phình mạch. Vì thế cần dùng Aspirin dùng với liều chống viêm và thuốc chống ngưng tập tiểu cầu liều thấp, cách này ít nhất cũng làm giảm nguy cơ phình mạch vành từ 3-5%. Truyền immunoglobulin 2g/kg có hiệu quả chống viêm, kết hợp chống ngưng tập tiểu cầu, chống đông máu và tan huyết khối như: streptokinase, urokinase. Tuy nhiên phình mạch vành có khả năng lui sau 1-2 năm. Dù có

điều trị tích cực ở Mỹ, tỷ vong do bệnh Kawasaki vẫn là 0,17%.

IV. KẾT LUẬN

Chẩn đoán hình ảnh có vai trò trong phát hiện và có thể xử trí biến chứng. Về thực hành, siêu âm tim được coi là phương tiện sàng lọc sau đó chụp CLVT đa dãy cho chẩn đoán chi tiết và cụ thể hơn.

Cộng hưởng từ công suất cao vừa cho hình ảnh mạch toàn diện vừa cho hình thái, cấu trúc tim lại không độc hại được coi là phương tiện vượt trội về chẩn đoán biến chứng của bệnh Kawasaki.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CDC Center for Disease Control and Prevention. Kawasaki Disease.

2. Gregory, L. Compton, Lars Wortmann. Kawasaki Disease on CMRI Magnetom Flash Siemens Rhe Magazine of MRI 58, 64-69.

3. Jane W Newburger, Masato Takahashi, Michael

A. Gerber & col. Diagnosis, Treatment and long term Management of Kawasaki Disease. Circulation 2004; 110: 2747-2771.

4. Mayo Clinic Kawasaki Disease. PDF.

5. Noel S. Sheinfeld, J. D. Faad. Kawasaki Disease. Medscape.

TÓM TẮT

Bệnh Kawasaki trước kia phát hiện ở Nhật, nay đã phát hiện ở nhiều nơi và Việt Nam cũng không phải là bệnh hiếm thấy. Biểu hiện chính là sốt cao, viêm da, niêm mạc nhưng biến chứng viêm mạch trong đó hẹp, phình động mạch vành là biến chứng tai hại nhất. Chẩn đoán hình ảnh để phát hiện những biến chứng này từ siêu âm đến chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ và chụp mạch đã hiển thị rõ những tai biến mạch của bệnh. Bài viết nêu các phương pháp với ưu, nhược điểm riêng nhưng tùy giai đoạn của bệnh, tùy khả năng của mỗi cơ sở chẩn đoán hình ảnh có thể áp dụng cho chẩn đoán và theo dõi bệnh. Siêu âm tim được coi là phương tiện sàng lọc sau đó chụp CLVT đa dãy cho chẩn đoán chi tiết. Cộng hưởng từ công suất cao vừa cho hình ảnh mạch toàn diện vừa cho hình thái, cấu trúc tim lại không độc hại được coi là phương tiện vượt trội.
