

MỘT TRƯỜNG HỢP CHẢY MÁU NÃO DO U HANG MẠCH MÁU (CAVERNOUS HEMANGIOMA)

Nguyễn Thị Hùng,¹ Trần Trung Thành²

BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam 47 tuổi, công chức, thuận tay phải, nhập viện lần 1 vào tháng 10/1997 tại bệnh viện Q5 vì nhức đầu vùng thái dương phải, cơn nhức đầu theo mạch đập xảy ra cả ngày, uống thuốc giảm đau không bớt kèm với nôn ói. Bệnh nhân vẫn sinh hoạt được các công việc vệ sinh hàng ngày.

Tiền căn bệnh nhân không cao huyết áp, không uống rượu, hút thuốc lá, thỉnh thoảng có những cơn nhức đầu dai dẳng vùng thái dương phải, cơn tự hết (đã được chẩn đoán là migrain). Bệnh nhân được chuyển đến khoa nội Tổng quát bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong tình trạng nhức đầu không thuyên giảm, hai ngày sau cơn trở nên dữ dội, ói mửa, gáy cứng, Kernig (+), tình trạng tri giác u ám, được chụp CT Scan không cản quang phát hiện: máu tụ vùng thái dương bên phải V # 30cm³ và được điều trị chống phù não, giảm đau, truyền dịch. Các xét nghiệm cơ bản và chức năng đông máu trong giới hạn bình thường. Tình trạng nhức đầu cải thiện dần sau 3 tuần, CT Scan kiểm tra có hiện tượng tái hấp thu máu tụ. Bệnh nhân xuất viện về nhà có rối loạn trí nhớ kiểu quên thuận chiều, giảm khả năng tập trung, nhưng có thể làm việc trở lại.

Tháng 5/1998, bệnh nhân đang đi công tác thì có cơn nhức đầu dữ dội, kèm ói mửa được chuyển đến cấp cứu bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong tình trạng hôn mê sâu (GCS=6 điểm), đồng tử phải 5mm, đồng tử trái 3mm, thỉnh thoảng có những cơn gồng mắt não, được hội chẩn nội thần kinh đề nghị chuyển ngay sang khoa Phẫu thuật thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy. CT Scan lúc này cho thấy hình ảnh máu tụ thùy thái dương phải V # 60cm³ có chèn ép não giữa, dấu hiệu tăng tỉ trọng liềm não do chảy máu màng não (hình 1). Bệnh nhân được mổ cấp cứu hút máu tụ và nằm điều trị tại khoa Phẫu thuật thần kinh đến khi hồi phục thì xuất viện.

BÀN LUẬN VỀ CHẨN ĐOÁN

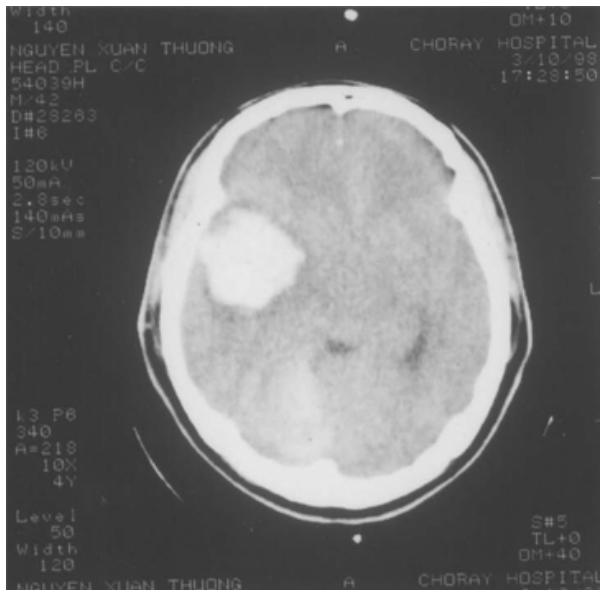
Bệnh nhân nam 47 tuổi, tiền căn có những cơn nhức đầu theo mạch đập được chẩn đoán là Migrain, nhập viện 2 lần với bệnh cảnh lâm sàng gợi ý chảy máu não - màng não và CT Scanner đã xác định ổ tụ máu ở vùng thái dương phải. Về chẩn đoán nguyên nhân chảy máu não:

- Bệnh nhân này không có tiền sử cao huyết áp hay bệnh tim mạch, soi đáy mắt không phát hiện các giai đoạn của cao huyết áp, không có dấu hiệu xơ cứng mạch. Chảy máu não do cao huyết áp thường xảy ra ở người cao tuổi với tiền căn tương đối rõ ràng. Ngoài ra, khối máu tụ do cao huyết áp thường ở vị trí sâu trong não như vùng nhân xám trung tâm, cầu não, bán cầu tiểu não. Triệu chứng lâm sàng của chảy máu não do cao

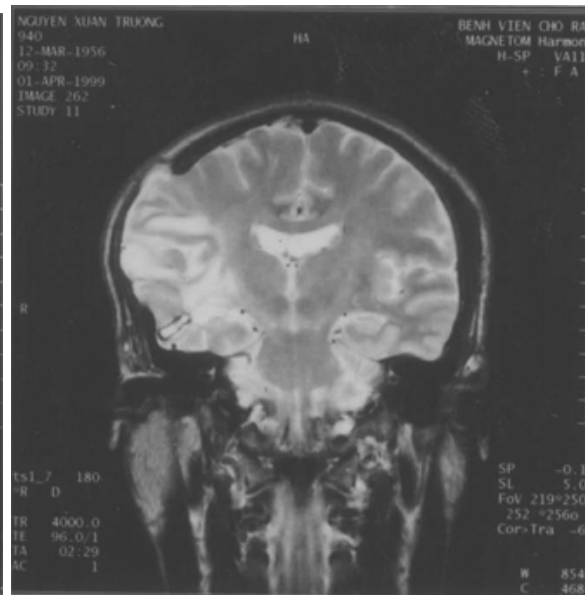
¹ TS BS, Khoa Thần Kinh Học, Bv Nguyễn Tri Phương

² BS CKI, Khoa Thần Kinh Học, Bv Nguyễn Tri Phương

huyết áp thường diễn biến cấp tính không giống như lần nhập viện thứ nhất, bệnh nhân có nhức đầu dai dẳng và hơn 1 tuần sau mới có biểu hiện rõ của chảy máu não.



Hình 1



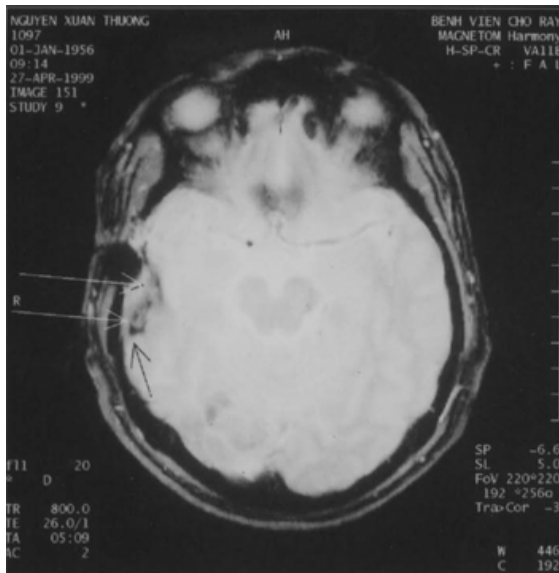
Hình 2

- Bệnh mạch máu dạng bột (Amyloid Angiopathy) là bệnh lý ứ đọng chất Amyloid ở thành động mạch có đường kính nhỏ và trung bình, thường xảy ra ở người cao tuổi (lớn hơn 70) gây nên nhiều ổ tụ máu nhỏ ở nhiều vị trí thùy não, vỏ, dưới vỏ và rất hay tái phát. Bệnh chiếm tỉ lệ 18-20% các trường hợp chảy máu não ở người cao tuổi, trường hợp này là trung niên và có tình trạng rối loạn ý thức trầm trọng ở lần nhập viện thứ hai.
- Ổ tụ máu do chấn thương sọ não được loại trừ căn cứ trên bệnh sử và đặc điểm lâm sàng không có khoảng tử.
- Các u não gây chảy máu trong u ít được nghĩ đến vì trong tiền sử bệnh cơn nhức đầu không điển hình của hội chứng tăng áp lực nội sọ, các dấu yếu liệt vận động, rối loạn cảm giác, các cơn động kinh triệu chứng cũng không được ghi nhận. Soi đáy mắt bệnh nhân bình thường.
- Vấn đề còn lại là các tụ máu do dị dạng mạch máu não, có thể phân biệt 2 loại dị dạng chính: Phình động mạch (Aneurysm) và loại dị dạng động tĩnh mạch. Các phình động mạch khi vỡ thường gây ra chảy máu khoang dưới nhện hay ổ tụ máu vùng thái dương hay vùng trán. Đó là các ổ tụ máu nông, có hay không chảy máu vào khoang dưới nhện. Tuy nhiên, các vị trí của phình động mạch thường gặp như ở động mạch thông trước, mặt sau của động mạch cảnh trong chỗ nối với động mạch thông sau, vị trí động mạch thân nền thường cho các dấu hiệu lâm sàng tương ứng khi có kích thước lớn gây chèn ép. . Bệnh nhân không có tình trạng lặng thính, yếu liệt chi dưới, không bị sụp mi, không có hiện tượng chóng mặt nhìn đôi mắt vận nhãn ngang...
- Nhóm bệnh lý thứ hai là các dị dạng động tĩnh mạch (Arterio-Venous Malformation), u tĩnh mạch (Venous Angioma) hay u hang mạch máu (Cavernous Hemangioma), u hang mạch (Cavernous Angioma). Đây là một bệnh lý hiếm gặp với suất độ thấp hơn 7 lần

các phình động mạch, thường gặp ở độ tuổi 20-40. Các dị dạng này khi vỡ thì diễn biến hình thành máu tụ thường chậm hơn kiểu diễn biến của máu tụ do cao huyết áp. Tuy nhiên, các dị dạng này thường gây nên cơn động kinh triệu chứng, CT Scan có hiện tượng vôi hóa dị dạng, MRI cho thấy các tín hiệu của hemosiderin do các lần chảy máu trước.

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Bệnh nhân này khi xuất viện lần 2 rất lo lắng vì sợ chảy máu não lần 3. Bệnh nhân được làm mạch não đồ kỹ thuật số và mạch não đồ cộng hưởng (MRA) từ và cộng hưởng từ sọ não (MRI) ở chuỗi xung T1W và T2W nhưng kết quả chỉ cho thấy vị trí mổ lấy máu tụ cũ và hình ảnh dấu xuất huyết cũ. Mặc dù được bác sĩ trấn an là đã giải quyết tốt máu tụ nhưng bệnh nhân rất sợ và xin nghỉ ở nhà. Hai tuần sau khi làm các xét nghiệm trên, bệnh nhân được đề nghị làm MRI lại ở chuỗi xung T2 Echo Khuynh độ (Echo Gradient)



Hình 3



Hình 4

Kết quả MRI cho thấy:

- Không ghi nhận có máu tụ mới tại hồi thái dương giữa đã mổ lấy máu tụ lần trước (hình 2).
- Có sự hiện diện của một u hang mạch máu (Cavernous Hemangioma) hình dạng không đều đặn, ở vùng cực thái dương và hồi thái dương giữa bên phải, vị trí ở dưới ổ tụ máu đã phẫu thuật. Có khả năng máu chảy từ phần giữa của u hang mạch máu, hình ảnh u thấy rất rõ ở chuỗi xung Echo khuynh độ, mặt phẳng ngang và đứng ngang (coronal) (hình 3 và 4).

Bệnh nhân được khuyến cáo mổ lại theo chương trình . Ngày 18/5/1999, bệnh nhân được mổ lại lần 2, phẫu thuật viên phát hiện 1 u hang mạch máu dưới vỏ não vùng cực thái dương phải khoảng 1cm, phá nang, cầm máu và vá sọ.

Từ đó đến nay, tình trạng bệnh nhân ổn định, hết hẳn các cơn nhức đầu dai dẳng, chỉ còn bán manh đồng danh bên, khả năng tập trung và trí nhớ gần như bình thường.

U hang mạch máu là loại dị dạng mạch máu hiếm gặp nhất, nhưng biểu hiện lâm sàng lại đôi khi rất trầm trọng vì có thể gây chảy máu não hay các cơn co giật. Vị trí thường gặp là vùng dưới vỏ não tuy nhiên có khi ở sâu gần vùng tuyến tùng. Phần lớn tác giả cho rằng đây là loại tân sinh mạch máu có hình dạng rõ nhưng lại không có vỏ bọc, kích thước có thể là 1-2cm bao gồm các khoang mạch máu dạng hang bị lấp đầy 1 phần hay hoàn toàn bởi máu và bị phân cách bởi cấu trúc mô liên kết, có hiện tượng huyết khối nội mạch cùng với hiện tượng vôi hóa. Tương tự, các u máu mao mạch có kích thước khoảng 1-2cm đường kính và xuất hiện từ thời niên thiếu được xem là thương tổn bẩm sinh. Tuy nhiên, các dạng lớn hay nhỏ hơn cũng đôi khi được phát hiện ở tuổi trưởng thành.

Về phương diện hình ảnh học, các cấu trúc dạng nốt ở trung tâm có hình ảnh tăng tín hiệu với một vòng giảm tín hiệu (hemosiderin) ở chung quanh thường gợi ý các khoảng trống bị vôi hóa. Các đặc điểm này của u hang mạch máu kết hợp với hiện tượng có ít mạch nuôi giải thích tại sao loại u này thường không có hiện tượng dòng chảy. Do đó, các u hang mạch máu có thể không bị phát hiện trên mạch não đồ và không tăng tín hiệu sau khi tiêm chất cản từ. Hiện tượng này giúp phân biệt với tổn thương do dị dạng động tĩnh mạch, điều này rất quan trọng vì theo thống kê, các u hang mạch máu chỉ có tỉ lệ chảy máu khoảng 1% và hiện tượng chảy máu này thường tự giới hạn.

CT Scan có thể phát hiện các tổn thương giới hạn rõ, có hiện tượng vôi hóa (30% trường hợp), bắt cản quang ít. Đặc biệt không có hiệu ứng chèn ép hay phù quanh u hang mạch máu. Còn U hang mạch (Cavernous Angioma) là cấu trúc mạch máu dạng xoang bị thiếu sự vững chắc của lớp nội mạc. Tỷ lệ chảy máu của u hang mạch chỉ là 0,5-1% mỗi năm. Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất sau khi chảy máu là các cơn co giật. Có thể phát hiện được nhiều u hang mạch và khi chảy máu thì u lại khó phát hiện hơn. Như đã nói ở trên là dòng máu chảy qua u rất chậm nên gần như không thể phát hiện được u hang mạch trên mạch não đồ quy ước hay kĩ thuật số. Có đến 3/4 trường hợp ở vị trí trên lều và 1/4 trường hợp ở vị trí hố sau và thân não, đôi khi xuất hiện ở tủy gai.

MRI là kĩ thuật chẩn đoán được chọn lựa cho hình ảnh giảm tín hiệu nhẹ ở chuỗi xung T1 và T2. Nếu có tăng tín hiệu ở T2, là do tình trạng “hóa mô đệm” (gliosis) của u hang mạch, thường được bao quanh bằng một vòng giảm tín hiệu của Hemosiderin. Chuỗi xung T2 Echo khuynh độ đặc biệt rất hiệu quả để chẩn đoán xác định u hang mạch và u hang mạch máu nhờ phát hiện Hemosiderin (có khi không thấy được ở T2W). Đặc điểm của chuỗi xung này là thay vì xung phát sóng radio có góc 180 độ thì lại sử dụng khuynh độ xung đối kháng để tập trung vào vòng quay mà tạo ra khuynh độ. Lợi điểm của kỹ thuật là thực hiện nhanh, hình ảnh có được trong vài giây thay vì vài phút. Kỹ thuật này dễ phát hiện các hình ảnh của khí trong các xoang, hemosiderin, calcium, các dị dạng mạch máu ẩn nhỏ, xơ củ bã đậu...

Đối với những bệnh nhân chỉ có những cơn co giật, đầu tiên là sử dụng thuốc kháng động kinh. Đối với các trường hợp kháng trị thì sử dụng quang tuyến phẫu thuật dù hiệu quả đôi khi cần phải cân nhắc. Ở bệnh nhân này, đã có 2 lần chảy máu não, các u hang mạch nằm ở vị trí vùng cực thái dương và thái dương giữa nên có thể giải quyết bằng phẫu thuật. Đối với các vị trí phẫu thuật khó, xạ trị đa chùm tia với máy gia tốc hay dùng dao Gamma (gamma knife) có thể là liệu pháp được chọn lựa.

KẾT LUẬN

Các dị dạng mạch máu ẩn (cryptic vascular malformation) được một số tác giả định nghĩa là loại dị dạng không phát hiện thấy trên mạch não đồ: giãn mao mạch (capillary telangiectasis), dị dạng hang mạch (cavernous malformation), có khi là các dị dạng động tĩnh mạch nhỏ hay bị tắc nghẽn do chảy máu hoặc bị huyết khối. Nếu các dị dạng hang mạch không thấy được trên mạch não đồ và nghi ngờ trên hình ảnh CT Scan thì cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán được chọn lựa với độ chuyên biệt rất cao, đặc biệt là chuỗi xung echo khuynh độ. Vấn đề là sự phát hiện ngẫu nhiên các dị dạng này trên MRI, khi đó cần có sự theo dõi định kỳ và khảo sát tiền sử gia đình. Trường hợp đã có xuất huyết như bệnh nhân trên, nguy cơ xuất huyết trở lại là rất cao nên chỉ định phẫu thuật cần phải được đặt ra, trừ trường hợp ở một số vị trí khó thực hiện

THƯ MỤC THAM KHẢO

1. BOGOUSSLAVSKY J., BOUSSER M.G., MAS J.L. - Angiomes Caverneux - Accidents Vasculaires Cérébraux p.555-564.
2. CAEN-LYON OLIVIER - Cas Cliniques en Neurologie Medecine - Sciences Flammarion 2^e édition 1994.
3. CLARISSE J., HÙNG THI N., NGHỊ I.P. - Hình ảnh học sọ não - hình ảnh học cột sống và ống sống - Tủ sách hình ảnh học Y khoa 2000 - Hội quang tuyến thần kinh Pháp.
4. KIRWOOD - ArterioVenous Malformations - Essentials of NeuroImaging - p.197-218 Churchill Living Stone 1995.
5. ROWLAND P.LEWIS - Subarachnoid hemorrhage - Merritt's Neurology p.260-267 2000.