

NHỒI MÁU MẠC NỔI LỚN Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP

Phạm Văn Dương^{1,2,✉}, Nguyễn Thị Diệu Thúy^{1,2}, Nguyễn Thị Dung^{1,2}
Nguyễn Thị Hà^{1,2}, Trần Duy Mạnh², Lương Thị Liên², Ngô Thị Huyền Trang²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nhồi máu mạc nối lớn là căn nguyên gây đau bụng hiếm gặp, được báo cáo khoảng 400 ca bệnh trong y văn. Trong đó, khối máu mạc nối lớn ở trẻ em chiếm khoảng 15% tổng số ca bệnh. Chúng tôi báo cáo hai ca bệnh, vào viện vì tình trạng đau bụng cấp tính. Khám thực thể chúng tôi ghi nhận trẻ có bụng chướng, ấn đau, không có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, trẻ không nôn, không sốt, đại tiện bình thường. Chúng tôi thực hiện các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh theo hướng tiếp cận đau bụng cấp tính. Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho thấy hình ảnh thâm nhiễm mạc nối lớn. Cả hai bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp bảo tồn: nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh. Kết luận: Nhồi máu mạc nối lớn là căn nguyên gây đau bụng hiếm gặp ở trẻ em, phương pháp điều trị còn chưa được thống nhất nhưng điều trị bảo tồn là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả đã được chứng minh qua hai ca bệnh.

Từ khóa: Nhồi máu mạc nối lớn, đau bụng cấp tính, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu mạc nối lớn (NMMNL) ở trẻ em là căn nguyên gây đau bụng cấp tính hiếm gặp ở trẻ em, xảy ra ở 0,1% đến 0,5% trẻ được phẫu thuật vì nghi ngờ viêm ruột thừa.^{1,2} Chẩn đoán khối máu mạc nối lớn chủ yếu dựa vào kết quả chẩn đoán hình ảnh: siêu âm và cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng. Phương pháp điều trị khối máu mạc nối lớn còn chưa được thống nhất, có thể bao gồm cả điều trị bảo tồn (điều trị nội khoa: nhịn ăn, giảm đau, nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh) và điều trị ngoại khoa (phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở qua thành bụng để loại bỏ vùng khối máu).

Trong bài viết này, chúng tôi báo cáo hai trường hợp khối máu mạc nối lớn ở trẻ em được chẩn đoán và điều trị thành công bằng phương pháp bảo tồn. Từ hai ca bệnh này,

chúng tôi rút ra những kinh nghiệm trong thực tế lâm sàng. Ca lâm sàng có ý nghĩa đối với bác sĩ nhi khoa và ngoại khoa trong theo dõi và điều trị người bệnh.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Ca bệnh thứ nhất: Trẻ nữ, 9 tuổi, cân nặng 47kg, cao 140cm (BMI: 23,9 kg/m²), tiền sử khoẻ mạnh, vào viện vì đau bụng âm ỉ vùng quanh rốn 3 ngày trước đó, lúc đầu trẻ đau thành cơn sau trẻ đau liên tục. Ngoài ra, trẻ không sốt, không nôn và đi ngoài phân khuôn. Khám thực thể chúng tôi ghi nhận trẻ không có phản ứng thành bụng hay cảm ứng phúc mạc. Kết quả siêu âm ổ bụng cho thấy hố chậu phải vướng hơi, ruột thừa kích thước 5 mm. Xét nghiệm máu ghi nhận trẻ không có tình trạng nhiễm trùng (số lượng tế bào bạch cầu 4,3 G/l, số lượng tiểu cầu là 241 G/l, CRP là 0,57 mg/dl), men tụy bình thường (Lipase là 32,1 UI/L và Amylase là 57 UI/L). Tuy nhiên, do triệu chứng đau bụng không cải thiện, chúng tôi chỉ định

Tác giả liên hệ: Phạm Văn Dương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamvandung@hmu.edu.vn

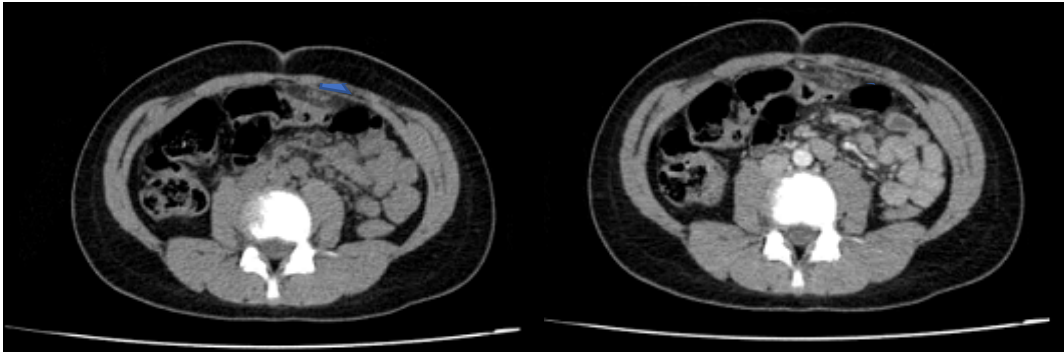
Ngày nhận: 29/09/2023

Ngày được chấp nhận: 22/10/2023

chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho thấy hình ảnh nhồi máu mạc nối lớn (đám thâm nhiễm mỡ ngang mức rốn lệch trái kích thước 41x11mm). Xét nghiệm thăm dò nguyên nhân nhồi máu mạc nối lớn chưa phát hiện bất thường bao gồm siêu âm tim, điện tâm đồ và đông máu cơ bản (PT là 89%, aPTT là 33,2 giây, Fibrinogen là 3,97 g/L, D-dimer là 390 ng/ml). Chúng tôi

hội chẩn cùng bác sĩ ngoại khoa thống nhất lựa chọn điều trị nội khoa cho trẻ bao gồm: nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch (Glucose 10%) và kháng sinh (Rocephin x 2 g/ngày).

Sau 2 ngày điều trị, trẻ đỡ đau bụng hơn, bụng mềm, không chướng, trẻ được ăn lại. Trẻ hết đau bụng hoàn toàn và ra viện sau 9 ngày điều trị.

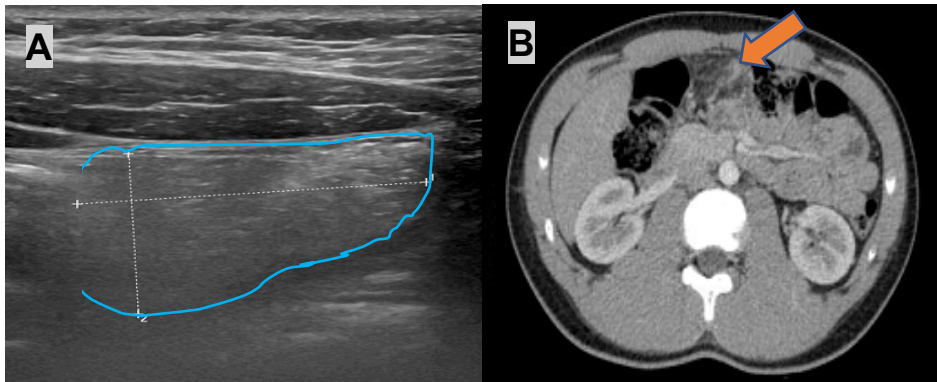


Hình 1. Hình ảnh nhồi máu mạc nối lớn trên cắt lớp vi tính ổ bụng ở ca bệnh 1 (Vùng mũi tên xanh)

Ca bệnh thứ hai: Trẻ nam, 15 tuổi, cân nặng 73kg, cao 170cm (BMI: 25,2 kg/m²), tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì đau bụng âm ỉ liên tục vùng mạn sườn phải 1 ngày trước vào viện. Trẻ đã được đi khám tại một bệnh viện tuyến dưới, chẩn đoán viêm ruột thừa và có chỉ định phẫu thuật, gia đình đưa trẻ đến khám lại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Khám bụng chúng tôi ghi nhận bụng trẻ chướng nhẹ, không có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc. Kết quả siêu âm bụng cho thấy hình ảnh đám thâm nhiễm mỡ mạc nối vùng mạn sườn phải kích thước 36x22mm và ruột thừa không to. Xét nghiệm máu ghi nhận trẻ không có tình trạng nhiễm trùng (số lượng tế bào bạch cầu 8,96 G/l, số lượng tiểu cầu là 237 G/l, CRP là 1,07 mg/dl), men tụy bình thường (Lipase là 29,7 UI/L và Amylase là 99 UI/L). Trên hình ảnh cắt lớp vi tính ổ bụng khẳng định chẩn

đoán nhồi máu mạc nối lớn. Xét nghiệm thăm dò nguyên nhân nhồi máu mạc nối lớn chưa phát hiện bất thường bao gồm siêu âm tim, điện tâm đồ, đông máu cơ bản (PT là 90%, aPTT là 29,8 giây, Fibrinogen là 4,32 g/L), mỡ máu (Triglycerid: 0,6 mmol/l, Cholesterol 3,15 mmol/l). Trẻ được điều trị bảo tồn bao gồm: nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch (Glucose 10%) và kháng sinh (Rocephin x 2 g/ngày).

Hai ngày đầu nằm viện, trẻ còn đau bụng nhiều, trẻ được theo dõi sát tình trạng đau bụng và hội chẩn ngoại khoa nếu có dấu hiệu nghi ngờ. Ngày thứ 3, trẻ đau bụng giảm và được ăn cháo trở lại. Ngày thứ 7, trẻ hết đau bụng, ăn tốt, đại tiểu tiện bình thường, trẻ được cho ra viện. Kết quả siêu âm sau ra viện một tuần không thấy hình ảnh thâm nhiễm vùng mạc nối lớn.



Hình 2. Hình ảnh nhồi máu mạc nối lớn ca bệnh số 2

A. Đám nhồi máu mạc nối lớn trên siêu âm ổ bụng (Vùng khoanh tròn)

B. Đám nhồi máu mạc nối lớn trên cắt lớp vi tính ổ bụng (Vùng mũi tên cam)

III. BÀN LUẬN

Mạc nối lớn là phần phúc mạc nối từ bờ cong lớn dạ dày đến các tạng xung quanh. Nhồi máu mạc nối xảy ra khi một phần mạc nối lớn quay quanh trục của nó, làm tắc nghẽn tĩnh mạch, gây ứ máu tĩnh mạch, huyết khối và nhồi máu.³

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng khu trú, đau liên tục, tăng dần về mức độ.⁴ Vị trí đau thường lệch về bên phải, do mạc nối lớn phía bên phải thường dài hơn và di động hơn, vì vậy nhồi máu mạc nối lớn thường được chẩn đoán nhầm là viêm ruột thừa, viêm túi mật, buồng trứng đa nang.³ Tuy nhiên, nhồi máu mạc nối lớn thường ít có triệu chứng nhiễm trùng hơn. Trong hai ca bệnh của chúng tôi, một trẻ có biểu hiện đau bụng lệch về phía bên phải của ổ bụng, một trẻ đau bụng quanh rốn, cả hai trẻ đều đau khu trú tại một vị trí và không thay đổi trong quá trình diễn biến của bệnh. Một trong hai ca bệnh được chẩn đoán tại bệnh viện tuyến dưới là viêm ruột thừa.

Nguyên nhân gây nhồi máu mạc nối lớn còn chưa được xác định rõ ràng.^{3,5,6} Nhồi máu mạc nối lớn được chia thành nhồi máu nguyên phát (không xác định được căn nguyên gây nhồi máu) và nhồi máu thứ phát. Nhồi máu thứ phát có thể do bệnh lý khác trong ổ bụng

gây ra như khối u, viêm nhiễm trong ổ bụng, thoát vị trong ổ bụng hay bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu. Nhồi máu nguyên phát thường gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi, tuy nhiên kích thước khối nhồi máu thường lớn hơn ở nhồi máu thứ phát.⁷ Yếu tố nguy cơ của nhồi máu mạc nối lớn là tình trạng béo phì, gây tăng lượng mỡ ở mạc nối lớn cũng như gây hẹp động mạch nuôi dưỡng mạc nối lớn. Thực tế, hai ca bệnh của chúng tôi đều ở tình trạng thừa cân (BMI lần lượt là 25,2 kg/m² và 23,9 kg/m²). Cả hai bệnh nhân đều được phân loại là nhồi máu mạc nối lớn nguyên phát.

Hai phương pháp chẩn đoán hình ảnh có vai trò chính trong chẩn đoán nhồi máu mạc nối lớn là siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng.³ Hai phương pháp đều có giá trị phát hiện tổn thương tăng âm (thâm nhiễm mỡ) tại vị trí mạc nối lớn, đồng thời, giúp loại trừ tổn thương khác trong ổ bụng như viêm ruột thừa, viêm túi mật, u nang buồng trứng xoắn... Trong khi siêu âm có thể không phát hiện được bất thường trong giai đoạn sớm của bệnh, cũng như hạn chế đánh giá tổn thương do chướng bụng, bệnh nhân thừa cân và bệnh nhân đau, không phối hợp trong quá trình siêu âm thì cắt lớp vi tính ổ

bụng được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán NMMNL.^{8,9} Ngoài giá trị chẩn đoán xác định, cắt lớp vi tính ổ bụng giúp xác định căn nguyên thứ phát gây nhồi máu mạc nối lớn như khối u trong ổ bụng, viêm nhiễm, hay khối thoát vị. Thực tế, cả hai bệnh nhân của chúng tôi đều được chẩn đoán xác định dựa vào cắt lớp vi tính ổ bụng và một trong trẻ có kết quả siêu âm bình thường.

Điều trị nhồi máu mạc nối lớn còn chưa được thống nhất, bao gồm điều trị bảo tồn (điều trị nội khoa: nhịn ăn, giảm đau, nuôi dưỡng tĩnh mạch và kháng sinh) và/hoặc điều trị ngoại khoa (phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở qua thành bụng để loại bỏ vùng nhồi máu).^{3,6} Chúng tôi

thống kê một số ca bệnh nhồi máu mạc nối lớn được đăng tải trên PubMed (Bảng 1) với từ khoá tìm kiếm là “Omental infarction in children”. Chưa nghiên cứu nào chỉ ra phương pháp điều trị hiệu quả hơn mà việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào mức độ tổn thương và quan trọng là diễn biến lâm sàng của từng cá thể. Trong quá trình điều trị, cần theo dõi sát bệnh nhân để phát hiện sớm các dấu hiệu bụng ngoại khoa để có can thiệp kịp thời. Một số báo cáo ca bệnh trên thế giới thì ra rằng bảo tồn là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị nhồi máu mạc nối lớn và hai ca bệnh của chúng tôi đã góp phần chứng minh điều này.⁸

Bảng 1. Một số bài báo nghiên cứu về nhồi máu mạc nối lớn ở trẻ em

Tác giả	Số ca bệnh	Phương pháp điều trị ban đầu	Kết quả điều trị
Kozłowski ¹	01	Điều trị bảo tồn	Thành công
Tsunoda ¹⁰	01	Điều trị bảo tồn	Thành công
Abbas ³	03	Điều trị bảo tồn: 1 ca Điều trị ngoại khoa: 2 ca (nội soi cắt vùng nhồi máu)	Thành công

IV. KẾT LUẬN

Nhồi máu mạc nối lớn là nguyên nhân gây đau bụng cấp tính hiếm gặp ở cả người lớn và trẻ em. Triệu chứng lâm sàng nhồi máu mạc nối lớn không đặc hiệu, dễ gây chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác như viêm ruột thừa, viêm túi mật... Chẩn đoán chủ yếu dựa vào phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng, trong đó, cắt lớp vi tính được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán NMMNL. Điều trị nhồi máu mạc nối lớn bao gồm điều trị bảo tồn và/hoặc điều trị ngoại khoa, tuy nhiên điều trị bảo tồn là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn trong điều trị nhồi máu mạc nối lớn đã được chứng minh thông qua hai ca bệnh của chúng tôi.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn các Bác sĩ, điều dưỡng tại Khoa Nhi - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tham gia điều trị, theo dõi và chăm sóc bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kozłowski M, Piotrowska O, Gizewska-Kacprzak K. Omental Infarction in a Child-Conservative Management as an Effective and Safe Strategy in Diagnosis and Treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(15): 8057. doi:10.3390/ijerph18158057.
2. Lindley SI, Peyser PM. Idiopathic omental infarction: One for conservative or surgical

- management? *J Surg Case Rep.* 2018; 2018(3):rjx095. doi:10.1093/jscr/rjx095.
3. Abbas N, Ahmed S, Kaimkhani S. Omental Infarction: A Review of 3 Cases. *Am J Surg Case Rep.* 2020; 2020(4): 1-6. doi:10.31487/j. AJSCR.2020.04.03.
4. Occhionorelli S, Zese M, Cappellari L, Stano R, Vasquez G. Acute Abdomen due to Primary Omental Torsion and Infarction. *Case Rep Surg.* 2014; 2014: 208382. doi:10.1155/2014/208382.
5. Rimon A, Daneman A, Gerstle JT, Ratnapalan S. Omental infarction in children. *J Pediatr.* 2009; 155(3): 427-431.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2009.03.039.
6. Medina-Gallardo NA, Curbelo-Peña Y, Stickar T, et al. OMENTAL INFARCTION: SURGICAL or CONSERVATIVE TREATMENT? A CASE REPORTS and CASE SERIES SYSTEMATIC REVIEW. *Ann Med Surg* 2012. 2020; 56: 186-193. doi:10.1016/j.amsu.2020.06.031.
7. Ingh AK, Gervais DA, Lee P, et al. Omental infarct: CT imaging features. *Abdom Imaging.* 2006; 31(5): 549-554. doi:10.1007/s00261-005-0251-6.
8. Udechukwu NS, D'Souza RS, Abdulkareem A, Shogbesan O. Computed tomography diagnosis of omental infarction presenting as an acute abdomen. *Radiol Case Rep.* 2018; 13(3): 583-585. doi:10.1016/j.radcr.2018.02.019.
9. Nubi A, McBride W, Stringel G. Primary omental infarct: conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. *J Pediatr Surg.* 2009; 44(5): 953-956. doi:10.1016/j.jpedsurg.2009.01.032.
10. Tsunoda T, Sogo T, Komatsu H, Inui A, Fujisawa T. A case report of idiopathic omental infarction in an obese child. *Case Rep Pediatr.* 2012; 2012:513634. doi:10.1155/2012/513634.

Summary

OMENTAL INFARCTION IN CHILDREN: RARE CLINICAL CASES REPORTED

Omental infarction, a rare cause of abdominal pain, has been reported in about 400 cases in the medical literature. Children constituted about 15% of all reported cases of omental infarction. Here, we present two pediatric cases that were admitted to our hospital because of acute abdominal pain unaccompanied by fever, abdominal wall reaction, or peritoneal induction. Following comprehensive testing and diagnostic imaging, abdominal computed tomography showed significant omental infiltration. Both patients were treated conservatively with fasting, parenteral nutrition, and antibiotics. In conclusion, omental infarction, though rare, should be considered as a potential cause of abdominal pain in children. Conservative treatment is a viable approach to address this condition.

Keywords: Omental infarction, acute abdominal pain, child.