

ÁP XE ĐÒI THỊ VỠ VÀO NÃO THẤT Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Nguyễn Sỹ Đức^{1,✉}, Đào Hữu Nam², Chu Thị Anh²

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Nhi Trung ương

Áp xe đôi thị là một bệnh lý rất hiếm gặp ở trẻ em, chỉ được mô tả trên y văn dưới dạng các báo cáo ca bệnh đơn lẻ. Bệnh cần được phát hiện sớm và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp để hạn chế các biến chứng, đặc biệt là áp xe vỡ vào não thất. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh 13 tuổi, nam, tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì sốt, nôn, đau đầu. Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe đôi thị vỡ vào não thất dựa vào triệu chứng lâm sàng, kết quả chọc dịch não tủy và hình ảnh tổn thương trên phim cộng hưởng từ sọ não. Bệnh nhân được điều trị trong 8 tuần với liệu pháp kháng sinh đơn thuần. Bệnh nhân khỏi bệnh và không để lại di chứng.

Từ khóa: Áp xe não, áp xe đôi thị, áp xe vỡ vào não thất

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe não là tình trạng hình thành mũ trong nhu mô não do vi khuẩn sinh mũ hoặc một số căn nguyên hiếm gặp hơn như Mycobacteria, nấm, hoặc vi sinh vật đơn bào.^{1,2} Tỷ lệ mắc áp xe não do vi khuẩn ở dân số chung từ 0,3 đến 1,8 trên 100.000 dân trong 1 năm.³ Vị trí của áp xe não phụ thuộc vào ổ nhiễm khuẩn tiên phát và đường di bệnh. Các trường hợp do nhiễm trùng kế cận, phần lớn ổ áp xe nằm ở thùy trán (thứ phát sau viêm xoang trán, xoang bướm hoặc nhiễm trùng răng), tiếp đến là thùy đỉnh và thùy thái dương (sau viêm tai giữa cấp, viêm xương chũm). Trường hợp ổ di bệnh theo đường máu thường nằm trong vùng phân bố của động mạch não giữa, hiếm gặp ở vùng sâu hơn của não như đôi thị (chiếm 2,6 – 4%) và các nhân nền.³⁻⁵ Triệu chứng lâm sàng áp xe đôi thị gồm sốt, đau đầu, buồn nôn, có thể có dấu

hiệu thần kinh khu trú, co giật, rối loạn ý thức. Bệnh nhân được chẩn đoán dựa vào các triệu chứng lâm sàng gợi ý, kết quả chọc dịch não tủy và đặc biệt là các tổn thương đặc trưng trên phim cắt lớp vi tính (Computed Tomography-CT) hoặc cộng hưởng từ hạt nhân (Magnetic Resonance Imaging- MRI). Áp xe vỡ vào não thất là một biến chứng nặng, nguy cơ tử vong cao.^{6,7} Đôi thị là cấu trúc giải phẫu tạo nên thành của não thất bên, vì vậy áp xe đôi thị có nguy cơ vỡ vào não thất nhiều hơn áp xe ở các vị trí khác. Bệnh nhân có biến chứng này được điều trị kết hợp kháng sinh tĩnh mạch và kháng sinh nội tủy, cùng với phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe và bơm rửa não thất để giảm nguy cơ tử vong.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp áp xe đôi thị vỡ vào não thất ở trẻ em. Bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh điển hình. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh đơn thuần, khỏi bệnh và không để lại di chứng.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 13 tuổi, tiền sử khỏe mạnh.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Sỹ Đức,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyensyduc@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 25/06/2021

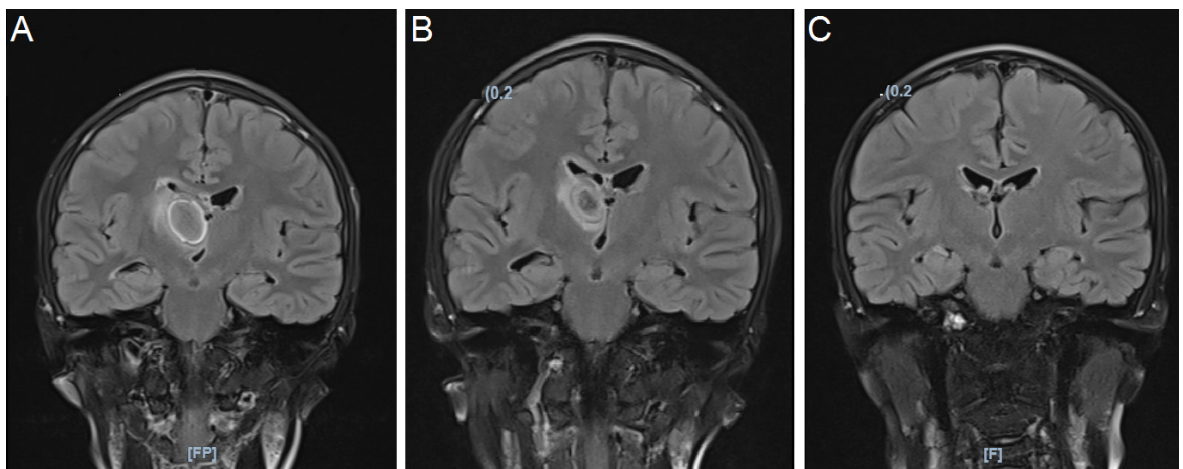
Ngày được chấp nhận: 11/08/2021

Bệnh diễn biến trước vào viện 3 ngày, trẻ sốt cao 39^oC, đau đầu nhiều, buồn nôn, nôn. Khám thấy: trẻ tỉnh, mệt mỏi, sốt cao liên tục, gáy cứng, không có dấu hiệu thần kinh khu trú, cơ lực tứ chi bình thường, đồng tử 2 bên 2mm, tim đều, huyết áp 110/65 mmHg, phổi không ran, bụng mềm, gan không to, tai mũi họng bình thường. Một số xét nghiệm được chỉ định: số lượng bạch cầu máu ngoại vi 29,7 G/L, tỉ lệ phần trăm bạch cầu trung tính 95%, nồng độ hemoglobin 135 G/L; CRP 11,99 mg/L; dịch não tủy bệnh nhân trong, áp lực tăng, số lượng tế bào là 480 tế bào, protein 0,69 g/L, glucose 3,71 mmol/L, các xét nghiệm tìm căn nguyên nhiễm khuẩn trong dịch não tủy (phế cầu, *Haemophilus Influenza* typ B, *E. coli*, *Mycoplasma*, *Toxoplasma gondii*, lao và nuôi cấy vi khuẩn) âm tính; MRI: hình ảnh ổ áp xe kích thước 30x18x19 mm vùng đồi thị phải, lồi vào não thất bên phải, giảm tín hiệu trên xung T1W, tăng tín hiệu trên FLAIR, hạn chế khuếch tán trên Diffusion, có viền tăng tín hiệu trên T1W và FLAIR, ngấm thuốc ít sau tiêm, có phù não nhẹ xung quanh. Não thất bên phải giãn nhẹ, dịch không đồng nhất, có phần hạn chế khuếch tán trên xung Diffusion, theo

dõi do áp xe vỡ vào trong não thất bên phải (hình 1-A). Các xét nghiệm đánh giá hệ miễn dịch, tổng phân tích nước tiểu, siêu âm tim bình thường.

Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe đồi thị phải, điều trị bằng kháng sinh Vancomycin và Ceftriaxon, Dexamethason. Sau điều trị 1 tuần, trẻ được thêm kháng sinh Levofloxacin do còn sốt cao. Tuy nhiên sốt không giảm, dịch não tủy đục, có 2000 tế bào, protein 1,54 g/L, glucose 1,50 mmol/L. Bệnh nhân được thay đổi liệu trình kháng sinh gồm Meropenem, Linezolid, và Levofloxacin; trẻ hết sốt sau 5 ngày điều trị liệu trình kháng sinh mới. MRI chụp lại sau 2 tuần thấy khối tổ chức vùng đồi thị phải đẩy lồi vào thành ngoài não thất bên, kích thước 19x15 mm, ranh giới không rõ, sau tiêm ngấm thuốc mạnh vùng ngoại vi. Thành não thất bên phải dày, tăng ngấm thuốc sau tiêm, khả năng do áp xe vỡ vào trong đồi thị (hình 1-B).

Chúng tôi ngừng điều trị sau 56 ngày sử dụng kháng sinh, tiếp tục theo dõi các triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (hình 1-C) nhưng không phát hiện bất thường.



Hình 1. Tồn thương trên phim MRI có tiêm thuốc đối quang từ (A) lúc nhập viện; (B) sau 2 tuần điều trị; (C) sau 2 tháng điều trị

IV. BÀN LUẬN

Áp xe não, đặc biệt là áp xe đòi thị là một bệnh rất hiếm gặp ở trẻ em, thường xảy ra trên những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ. Những trẻ mắc tim bẩm sinh, tiền sử chấn thương sọ não, phẫu thuật thần kinh; hay những bệnh nhân có ổ nhiễm trùng ở răng, xoang trán, xương chũm; hoặc có tình trạng suy giảm miễn dịch như suy giảm miễn dịch bẩm sinh, HIV, sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch là những đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh. Khoảng 10% bệnh nhân áp xe não, và một số ca bệnh áp xe đòi thị được báo cáo trên y văn không có yếu tố nguy cơ.^{4,8-10} Bệnh nhân của chúng tôi 13 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không có các biểu hiện nhiễm trùng tai, mũi, họng; thăm khám và siêu âm tim không phát hiện bất thường. Trẻ đã được đánh giá các yếu tố miễn dịch gồm các xét nghiệm định lượng nồng độ IgA, IgM, IgG, nồng độ CD3, CD4, CD8, CD19 và CD56, xét nghiệm HIV, tất cả xét nghiệm đều trong giới hạn bình thường.

Căn nguyên thường gặp gây áp xe đòi thị là nhóm Streptococcus.⁹⁻¹¹ Vi khuẩn có thể xâm nhập từ các ổ nhiễm trùng ở thành ngực, ổ bụng, ngoài da, hay các ổ áp xe răng miệng, viêm tai giữa, viêm tai xương chũm và viêm xoang. Tuy nhiên, trong một số trường hợp không tìm thấy được ổ nhiễm khuẩn tiên phát

cũng như căn nguyên gây bệnh.¹² Căn nguyên gây bệnh được phát hiện dựa vào xét nghiệm nuôi cấy và PCR (Polymerase Chain Reaction- phản ứng chuỗi Polymerase) các bệnh phẩm máu, dịch não tủy và mũ ổ áp xe. Tỷ lệ tìm ra căn nguyên gây bệnh tùy thuộc vào từng báo cáo khác nhau, khoảng 16,7% với bệnh phẩm máu, 25% khi nuôi cấy mũ chọc hút từ ổ áp xe, và 24% khi nuôi cấy dịch não tủy.^{13,14} Bệnh nhân đã được thăm khám, tầm soát các ổ nhiễm trùng ở ngực, ổ bụng, ngoài da, tai mũi họng và răng hàm mặt nhưng không phát hiện bất thường, các xét nghiệm tìm căn nguyên đều cho kết quả âm tính.

Áp xe đòi thị có thể điều trị bằng kháng sinh đơn thuần hoặc kết hợp với phẫu thuật chọc hút dẫn lưu giúp ngăn ngừa áp xe vỡ vào trong não thất. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm chọc hút có hỗ trợ bằng khung cố định, chọc hút thông qua lỗ Burr, chọc hút nội soi có cố định bằng khung, chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm, chọc hút qua đường não thất. Chọc hút có hỗ trợ bằng khung cố định là phương pháp hay được sử dụng giúp dẫn lưu dịch trong ổ áp xe, giảm hiệu ứng khối, chẩn đoán xác định, và đặc biệt là giảm nguy cơ áp xe vỡ vào trong não thất. Phần lớn các trường hợp áp xe đòi thị được báo cáo, bệnh nhân đều được can thiệp ngoại khoa để chọc hút, dẫn lưu ổ áp xe sớm (bảng 1).

Bảng 1. Một số ca bệnh áp xe đòi thị

Nghiên cứu	Tuổi/Giới (năm)	Yếu tố nguy cơ	Căn nguyên	Kháng sinh	Phẫu thuật	Kết quả
Yamamoto ¹²	9/nữ	Tim bẩm sinh	Không tìm ra	Ampicilin và Cephalexin	Dẫn lưu qua lỗ Burr	Tốt
Singh (2002) ⁸	15/Nữ	Không	Pseudomonas aeruginosa	Ceftazidime, metronidazole, vancomycin	Dẫn lưu Burr hole	Tốt
Gajdhar và Yadav (2005) ¹¹	7/Nữ	Tim bẩm sinh	Streptococcus viridans	Intralesional gentamycin	Dẫn lưu nội soi	Tốt

Nghiên cứu	Tuổi/Giới (năm)	Yếu tố nguy cơ	Căn nguyên	Kháng sinh	Phẫu thuật	Kết quả
Peker và CS (2008) ⁹	14/Nữ	Không	Pepto-Streptococcus	Ceftriaxon, Metronidazole	Chọc hút có hỗ trợ bằng khung cố định	Tốt
Omer Kilic và CS (2011) ¹⁰	5/Nữ	Không	Peptostreptococcus	Ceftriaxon, Metronidazole	Chọc hút có hỗ trợ bằng khung cố định	Tốt
Parvesh Sangwan và CS (2013) ¹⁵	1/Nữ	Dẫn lưu não thất ổ bụng	Morganella morgagni, Klebsiella pneumonia và Enterococcus Faecalis	Vancomycin, Meropenem và Colistin	Chọc hút có hỗ trợ bằng khung cố định	Di chứng thần kinh
Nguyễn Sỹ Đức và CS	13/Nam	Không	Không tìm ra	Meropenem, Linezolid, Levofloxacin	Không	Tốt

Áp xe vỡ vào não thất là một biến chứng nặng ở những bệnh nhân áp xe não nói chung.^{6,7} Vi khuẩn từ ổ áp xe có thể gây viêm não, viêm màng não bao gồm cả viêm não thất dẫn tới tăng áp lực nội sọ và phù não lan tỏa. Bệnh nhân có thể đột ngột tiến triển tới hôn mê và tử vong. Carles Ferre và cộng sự⁶ nghiên cứu trên 94 bệnh nhân áp xe não từ năm 1975 tới 1995, thấy rằng tỉ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có vỡ áp xe vào não thất là 28% so với 10% ở nhóm không bị. Báo cáo của Tsung-Han Lee⁷ cũng thấy tỉ lệ tử vong là 27,4% ở nhóm áp xe não rò vào não thất; khoảng cách từ ổ áp xe tới não thất giảm đi 1 mm thì nguy cơ vỡ vào não thất tăng lên 10%. Những bệnh nhân bị áp xe vỡ vào não thất được điều trị kháng sinh nội tủy kết hợp với kháng sinh đường tĩnh mạch; phẫu thuật bỏ ổ áp xe, bơm rửa não thất và sử dụng kháng sinh trong não thất nhằm làm giảm tình trạng viêm mủ, giảm áp lực nội sọ. Bệnh nhân chúng tôi có tình trạng vỡ áp xe vào trong não thất khi trẻ nhập viện, tuy nhiên bệnh nhân không có các biểu hiện chèn ép, tăng áp lực nội

sọ nặng, không ảnh hưởng tới tri giác của bệnh nhân. Chúng tôi quyết định điều trị đơn thuần bằng kháng sinh, đánh giá và theo dõi sát sự thay đổi trên lâm sàng và xét nghiệm. Sau 56 ngày điều trị bệnh nhân đã ổn định, ra viện và không xuất hiện di chứng.

V. KẾT LUẬN

Áp xe đồi thị là một bệnh lý rất hiếm gặp ở trẻ em. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, xét nghiệm và đặc biệt là kết quả CT hoặc MRI sọ não. Nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, bệnh có thể điều trị khỏi hoàn toàn và không để lại di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Susanna Felsenstein, Bhanu Williams, Delane Shingadia et al. Clinical and Microbiologic Features Guiding Treatment Recommendations for Brain Abscesses in Children. *Pediatr Infect Dis J.* 2013 Feb; 32(2): 129-35. doi:10.1097/INF.0b013e3182748d6e.
2. Geoffrey A, Weinberg, Brain Abscess. Pe-

diagnostics in Review. 2018 May; 39 (5) 270-272. doi: <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0147>.

3. Chiara Mameli, Teresa Genoni, Cristina Madia et al. Brain abscess in pediatric age: a review. *Childs Nerv Syst.* 2019; 35: 1117–1128. doi: [10.1007/s00381-019-04182-4](https://doi.org/10.1007/s00381-019-04182-4).

4. Tonon E, Scotton PG, Galucci M, et al. Brain abscess: clinical aspects of 100 patients. *Int J Infect Dis.* 2006; 10: 103–9. doi: [10.1016/j.ijid.2005.04.003](https://doi.org/10.1016/j.ijid.2005.04.003).

5. Goodkin HP, Harper MB, Pomeroy SL. Intracerebral abscess in children: historical trends at Children's Hospital Boston. *Pediatrics.* 2004; 113: 1765–70. doi: [10.1542/peds.113.6.1765](https://doi.org/10.1542/peds.113.6.1765).

6. C Ferré 1, J Ariza, P F Viladrich et al. Brain Abscess Rupturing into the Ventricles or Subarachnoid Space. *Am J Med.* 1999 Feb; 106(2): 254-7. doi: [10.1016/s0002-9343\(98\)00415-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(98)00415-x).

7. Tsung-Han Lee, Wen-Neng Chang, Thung-Ming Su et al. Clinical features and predictive factors of intraventricular rupture in patients who have bacterial brain abscesses. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007 Mar; 78(3): 303–309. doi: [10.1136/jnnp.2006.097808](https://doi.org/10.1136/jnnp.2006.097808)

8. Singh P, Singh A. Thalamic and ganglionic abscesses: a report of two cases: letter to editor. *Neurol India.* 2002; 50: 225–6.

9. Peker S, Isik U, Akgun Y, et al. Deep brain stimulation for Holmes' tremor related to a thalamic abscess. *Childs Nerv Syst.* 2008; 24:

1057–62. doi: [10.1007/s00381-008-0644-2](https://doi.org/10.1007/s00381-008-0644-2).

10. Omer Kilic. Primary Intracranial Abscess localized in the Basal Ganglia: A Case Report. *J Trop Pediatr.* 2012; Vol. 58, No. 1. doi: [10.1093/tropej/fmr019](https://doi.org/10.1093/tropej/fmr019)

11. Gajdhar M, Yadav YR. A case of thalamic abscess treated by endoscopic surgery. *Neurol India.* 2005; 53: 345–6. doi: [10.4103/0028-3886.16940](https://doi.org/10.4103/0028-3886.16940).

12. Yamamoto M, Hagiwara S, Umebara Y, et al. Solitary pyogenic thalamic abscess-two case reports. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 1993; 33: 630–3. doi: [10.2176/nmc.33.630](https://doi.org/10.2176/nmc.33.630).

13. Howard P. Goodkin, Marvin B. Harper and Scott L. Pomeroy. Clinical Profile and Outcome of Brain Abscess in Children from a Tertiary Care Hospital in Eastern Uttar Pradesh. *Pediatrics.* 2004 June; 113 (6) 1765-1770. doi: [10.4103/aian.AIAN_425_19](https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_425_19)

14. Brouwer MC, Coutinho JM, van de Beek D. Clinical characteristics and outcome of brain abscess: systematic review and meta analysis. *Neurology.* 2014; 82(9): 806–813. doi: [10.1212/WNL.000000000000172](https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000172).

15. Parvesh Sangwan, Bhaskar Saikia, Pradeep Kumar Sharma et al. Ventriculo-peritoneal shunt: A rare cause of basal ganglia and thalamic abscess. *J Pediatr Neurosci.* 2013 May; 8(2): 132-4. doi: [10.4103/1817-1745.117845](https://doi.org/10.4103/1817-1745.117845).

Summary

THALAMIC ABSCESS RUPTURED INTO THE VENTRICLES IN CHILDREN: A CASE REPORT

Thalamic abscess is a very rare condition in children, described only in the literature as single case reports. This condition needs to be detected early, and appropriate treatment methods should be started to limit complications, especially brain abscesses that rupture into the ventricles. We report a case of the 13-year-old male, previously healthy, hospitalized with fever, vomiting, and headache. The

patient was diagnosed with a thalamic abscess ruptured into the ventricles based on clinical symptoms, cerebrospinal puncture results, and lesion signs on cranial magnetic resonance imaging. The patient was treated for 8 weeks with antibiotic. The patient recovered and was discharged with no sequelae.

Keywords: Brain abscess, thalamic abscess, abscess ruptured into the ventricles