

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG THEO DÕI ÁP XE NÃO SAU CHỌC HÚT

ĐỒNG VĂN HỆ,
HÀ KIM TRUNG

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong theo dõi sự thoái triển của áp xe não sau chọc hút áp xe. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu dựa trên 132 bệnh nhân áp xe não đã được điều trị bằng phương pháp chọc hút tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Việt Đức. Tất cả 132 bệnh nhân đều được chụp CLVT sau mổ và chụp khi khỏi bệnh. Phân tích tỷ lệ biến chứng, kích thước và vị trí áp xe còn lại trên chụp ngay sau mổ. Theo dõi tỷ lệ tái phát sau mổ bằng lâm sàng và chụp CLVT. **Kết quả:** Chụp CLVT ngay sau mổ ở 55 bệnh nhân cho thấy: 98,1% ổ áp xe nhỏ hơn, 90,9% giảm phù, 63,6% đường giữa giảm di lệch, 36,4% đường kính ổ áp xe còn lại lớn hơn 2 cm và chảy máu tại ổ mổ 9,1% nhưng không có trường hợp nào phải mổ lại vì máu tụ. Chọc hút lại ở 36,4% bệnh nhân có đường kính áp xe còn trên 2 cm. Chụp CLVT sau 2-4 tháng cho thấy: 97,6% không còn áp xe, 62,1% có vùng giảm tỷ trọng, 2,4% còn áp xe. Trong số 132 bệnh nhân, chỉ có 2 bệnh nhân tái phát áp xe sau hơn 2 năm. **Kết luận:** CLVT là bằng chứng quan trọng nhất để khẳng định bệnh nhân đã khỏi bệnh áp xe. Nó cho phép đánh giá biến chứng sau mổ (chảy máu, áp xe vỡ vào não thất và phù não sau chọc hút) kích thước ổ áp xe và tỷ lệ tái phát sau mổ.

Từ khóa: chụp cắt lớp vi tính, áp xe não, chọc hút áp xe

SUMMARY

Value of cerebral ct.scan findings in the follow up of brains, abscess after aspiration

Objective: Assessment of the cerebral CT.scan findings in the follow up for evaluation of brain abscesses after aspiration. **Methods:** This prospective study included 132 patients who were admitted and treated in the Department of neurosurgery of VietDuc hospital. The cerebral CT.scan was done in the first week and 2nd month after operation. The recurrence of brain abscess was evaluated on the clinical and CT.scan findings. **Results:** Survey of 55 patients by cerebral CT.scan in the post-operative first week has permitted to determine the decrease of diameter of brain abscess in 98.1%; of brain oedema in 90.9%; decrease of midline shift in 63.6% and intracerebral haemorrhage in 9.1%. On the control Ctscan by at 2 months after operation, the abscess were disappeared in 97.6%; hypodensity in site of abscess in 62.1% and abscess were visible in 2.4%. The recurrence was found in 2 patients after 2 years. **Conclusions:** The CT.scan findings was the most important factor to conclude that the patient was cured or not. We can evaluate the post-operative complications (haemorrhage, intraventricular rupture of abscess, cerebral oedema), the diameter of abscess after aspiration and the recurrence.

Keywords: CT.scan, brain abscesses, aspiration

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trước 1974, tỷ lệ tử vong sau mổ áp xe não rất cao, khoảng 30-50% và tỷ lệ tái phát cũng khá cao (15-20%). Một trong những lý do quan trọng nhất là áp xe não không được theo dõi tốt sau mổ. Hầu hết những bệnh nhân áp xe não đều không còn các triệu chứng lâm sàng sau hai tuần điều trị phẫu thuật và kháng sinh. Tuy nhiên, ổ áp xe còn tồn tại khá lâu trong nhu mô não và chúng ta phải điều trị tới khi không còn vi khuẩn trong nhu mô não mới được coi là khỏi bệnh. Trước khi sử dụng chụp cắt lớp vi tính sọ não, các nhà lâm sàng dựa vào số lượng bạch cầu và tốc độ máu lắng trở về bình thường để dùng kháng sinh. Nhưng hai xét nghiệm này trở về bình thường sau 3 tuần điều trị. Điều đó cho thấy nhược điểm của các xét nghiệm và lâm sàng trong việc xác định thời điểm ngừng kháng sinh hay tiêu chuẩn đánh giá khỏi bệnh. Chúng ta đã biết chụp cắt lớp vi tính đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm áp xe, xác định vị trí và những biến chứng của áp xe não, nhưng còn ít quan tâm tới vai trò của nó trong theo dõi áp xe não sau điều trị. Khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Việt Đức đã điều trị và theo dõi áp xe não bằng chụp cắt lớp vi tính. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: Đánh giá vai trò của chụp cắt lớp vi tính trong theo dõi áp xe não sau chọc hút.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán là áp xe não điều trị tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Việt Đức từ 1/1994 tới 12/2002 được chọn lọc vào nhóm nghiên cứu. Bệnh nhân áp xe não có những tiêu chuẩn sau được đưa vào nhóm nghiên cứu: áp xe não do vi khuẩn, áp xe não được mổ bằng phương pháp chọc hút, áp xe não dùng đầy đủ kháng sinh tới khi khỏi bệnh, bệnh nhân phải được chụp cắt lớp vi tính ít nhất một lần sau mổ khi khỏi bệnh. Bệnh nhân bị loại ra khỏi nghiên cứu nếu có các tiêu chuẩn sau: không được chụp cắt lớp vi tính kiểm tra, mổ bằng phương pháp bóc cả bao áp xe, điều trị nội, áp xe não do lao, do nấm hay do ký sinh vật, áp xe não có dị vật trong ổ áp xe.

Tất cả những bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được theo dõi bằng mẫu bệnh án riêng. Đó là đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trước mổ, biến chứng trong và sau mổ, diễn biến sau mổ, đặc điểm chụp cắt lớp vi tính sọ não ngay sau mổ và khi khỏi bệnh. Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính sọ não sau mổ được mô tả chi tiết về chảy máu sau mổ, phù não, biến chứng vỡ vào não thất, vỡ vào khoang dưới nhện, số lượng và kích thước áp xe, độ dày đường giữa và não thất, đặc điểm bắt thuốc cản quang, hình ảnh não thất dẫn khu trú và dẫn toàn bộ, hình ảnh giảm tỷ trọng tại vị trí ổ áp xe... Mô tả mối liên quan giữa đặc điểm trên chụp cắt lớp vi tính với các đặc điểm lâm sàng và tính chất áp xe. Phân tích tính chất phù não, kích thước áp xe, độ di lệch đường giữa và não thất, hình ảnh bắt thuốc

cản quang và thời điểm khối áp xe mất đi trên phim chụp cắt lớp vi tính.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Trong thời gian 1/1994 tới 12/2002, chúng tôi đã chọn lọc được 132 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong số 236 bệnh nhân áp xe điều trị tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Việt Đức. Bao gồm 83 nam (62,9%) và 49 nữ (37,1%). Tuổi cao nhất là 82 tuổi, thấp nhất là 1 tháng tuổi, trung bình $25,35 \pm 17,22$. Tỷ lệ chết là 6,8% (9 bệnh nhân).

Chụp cắt lớp vi tính sọ não trong tuần đầu tiên sau mổ ở 55 bệnh nhân, chụp sau mổ 2 tháng ở 124 bệnh nhân, chụp sau mổ 4-9 tháng ở 12 bệnh nhân và chụp sau mổ từ 1-7 năm ở 15 bệnh nhân.

Bảng 1-Tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính sau mổ hai tuần.

Tính chất ổ áp xe	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n= 55)
Kích thước áp xe giảm	54	98,1%
Phù xung quanh khối áp xe giảm	50	90,9%
Phù xung quanh áp xe không thay đổi	5	
Phù xung quanh áp xe tăng	1	
Đường giữa hết di lệch	35	63,6%
Kích thước áp xe > 2 cm	20	36,4%
Nhiều khối áp xe	29	52,7%
Máu tụ trong não	5	

Thời gian trung bình để phù xung quanh khối áp xe giảm đi rõ trên CLVT kiểm tra là 20 ± 5 ngày, và thời gian trung bình để đường giữa hết di lệch trên CLVT là 22 ± 4 ngày. Không có biến chứng áp xe vỡ vào não thất.

Bảng 2-Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sau mổ hai tháng.

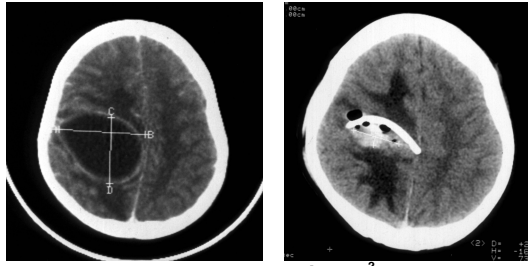
Tính chất ổ áp xe	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n= 124)
Hết ổ áp xe	121	97,6%
Nhân bắt thuốc cản quang (vỏ áp xe)	8	6,5%
Vùng giảm tỷ trọng không bắt thuốc	77	62,1%
Còn khối áp xe	3	
Não thất giãn khu trú hoặc toàn bộ	5	

Thời gian trung bình để ổ áp xe biến mất trên CLVT sau chọc hút và điều trị kháng sinh là $55,5 \pm 11,5$ ngày.

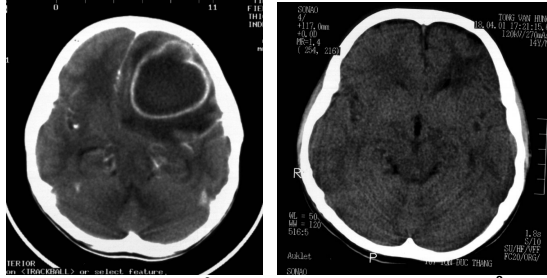
Bảng 3-Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sau mổ 4-9 tháng:

Tính chất ổ áp xe	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n= 12)
Vùng giảm tỷ trọng	9	75%
Nhân bắt thuốc cản quang	2	16,7%
Khối áp xe	0	
Não thất giãn khu trú, toàn thể	3	25%
Lệch đường giữa	0	

Chúng tôi chụp cắt lớp vi tính 1-7 năm sau chọc hút áp xe ở 15 bệnh nhân, không có trường hợp nào phát hiện tái phát, 14/15 trường hợp xuất hiện ổ giảm tỷ trọng không bắt thuốc cản quang tại vị trí áp xe, 1/15 trường hợp hình ảnh chụp cắt lớp vi tính bình thường.



Hình 1– Hình ảnh chụp CLVT trước mổ (trái) và ngày thứ 2 sau chọc hút (phải) của BN Trần Thu H, nữ 13 tuổi (8878/G07). Tụ máu nhỏ trong não sau chọc hút áp xe.



Hình 2- Hình ảnh chụp CLVT trước mổ (trái) và sau mổ 2 tháng (phải) của bệnh nhân Tống Văn T, nam, 13 tuổi (9065/G07).

BÀN LUẬN

Bệnh lý áp xe não là bệnh lý tương đối hay gặp tại Việt Nam và một số nước Châu á. Tỷ lệ áp xe não chiếm khoảng 8% tổng số khối choán chỗ trong sọ (1,3). Nhưng đây là tổn thương lành tính, có thể chữa khỏi hoàn toàn (trên 70% khối choán chỗ trong sọ là u não ác tính). Đánh giá khi nào bệnh nhân khỏi bệnh là vấn đề rất quan trọng và không dễ dàng ở thời kỳ chưa sử dụng chụp cắt lớp vi tính.

Chụp cắt lớp vi tính ngay sau mổ:

Tỷ lệ biến chứng sau chọc hút ở 55 bệnh nhân là 11,1% (Bảng 1). Đó là 5 trường hợp chảy máu sau mổ như máu tụ nhỏ ngoài màng cứng (tại điểm chọc kim qua màng cứng), máu tụ trong não (Hình 1). Không có trường hợp nào phải mổ lại vì đó là máu tụ nhỏ, không chèn ép não. Kích thước áp xe nhỏ đi ở cả 100%, phù não giảm ở 90,6%, đường giữa hết di lệch ở 63,6% bệnh nhân và 20 bệnh nhân còn khối áp xe lớn hơn 2 cm. Cả 20 trường hợp đó phải chọc hút lại lần thứ hai ngay sau khi có kết quả chụp lại. Phù não tăng hơn trước mổ ở 7 trường hợp, 2 trường hợp áp xe não vỡ vào não thất trước mổ và cả 9 trường hợp này đều tử vong trong tháng đầu tiên sau chọc hút. Chụp kiểm tra ngay sau mổ cho phép phẫu thuật viên chẩn đoán biến chứng sau mổ như máu tụ trong sọ, phù não, áp xe vỡ vào não thất, áp xe vỡ vào khoang dưới nhện và cho phép đánh giá số lượng, kích thước còn lại của áp xe, mức độ di lệch đường giữa, di lệch não thất. Điều đó giúp phẫu thuật viên có quyết định hợp lý như mổ lại (máu tụ lớn trong não, áp xe vỡ vào não thất), chọc hút lại (áp xe lớn hơn 2 cm)... Sainte Rose khuyên nên chụp cắt lớp vi tính ngày thứ 8 – 15 sau chọc hút để đánh giá tình trạng phù não, chảy máu và

kích thước áp xe sau chọc hút. Nhưng nếu tri giác xấu đi sau mổ, phải chụp cắt lớp vi tính sọ não ngay. Phù não và di lệch đường giữa cũng dễ dàng thấy được trên chụp cắt lớp vi tính. Theo B.George và cộng sự, đường giữa hết di lệch sau mổ 22 ± 4 ngày và phù não giảm rõ sau chọc hút áp xe 20 ± 5 ngày. Khoảng 83,3% bệnh nhân giảm phù nề rõ rệt trên chụp cắt lớp vi tính kiểm tra sau mổ 10-60 ngày (4). Ông khuyên nên chụp ngay sau mổ nếu tri giác xấu đi, sau đó chụp một tuần một lần tới khi khỏi bệnh. Osenbach cũng có nhận xét tương tự. Chụp ngay sau mổ giúp phẫu thuật viên chẩn đoán những biến chứng sau mổ, tiến triển của áp xe não, kích thước ổ áp xe, số lượng ổ áp xe để có quyết định can thiệp lại hay không.

Chụp cắt lớp vi tính sau mổ 2-3 tháng:

Chụp cắt lớp vi tính sau chọc hút 2-3 tháng ở 124 bệnh nhân (9 bệnh nhân tử vong ngay trong tháng đầu tiên sau mổ). Tỷ lệ không còn ổ áp xe là 121/124 (97,6%). Có 3 trường hợp còn ổ áp xe và 8 trường hợp còn hình ảnh bắt thuốc cản quang. Cả 5 trường hợp máu tụ trong sọ sau chọc hút đều khỏi hoàn toàn, không còn trường hợp nào còn máu tụ tại ổ mổ. Như vậy, tỷ lệ khỏi bệnh là 113/124 (91,1%) sau 2 tháng điều trị, không còn trường hợp nào còn phù não hay di lệch đường giữa. Thời gian trung bình không còn hình ảnh áp xe trên phim chụp là 44 ngày. Tuy nhiên, thời gian này còn phụ thuộc vào kích thước, vị trí, số lượng, vỏ của áp xe và cách thức điều trị ngoại khoa, nội khoa. Rosenblum (2) coi tiêu chuẩn áp xe khỏi bệnh là không còn hình ảnh áp xe hay nhân bắt thuốc cản quang trên phim chụp, hoặc chỉ là hình ảnh giảm tỷ trọng tại vị trí của áp xe và thời gian trung bình điều trị khỏi áp xe não là 3,5 tháng. B.George cũng có nhận xét tương tự khi nghiên cứu 35 trường hợp chọc hút áp xe, 9 trong số đó còn hình ảnh bắt thuốc cản quang sau mổ 60 ngày và 2 trường hợp vẫn còn áp xe sau 120 ngày điều trị. Vignaud và Boulin (6) nhận thấy hình ảnh áp xe não mất đi trên phim chụp sau điều trị 3-4 tháng. Osenbach khuyên nên chụp cắt lớp vi tính một tuần một lần tới khi khỏi bệnh. Nếu chưa khỏi bệnh, chưa được ngừng kháng sinh. Những trường hợp còn ổ áp xe hay còn nhân bắt thuốc cản quang, phải tiếp tục dùng kháng sinh tới khi khỏi bệnh (5). Whelan và Hilat nhận thấy 20% trường hợp còn nhân bắt thuốc cản quang nếu không tiếp tục dùng kháng sinh sẽ tái phát áp xe (6). Như vậy, chụp cắt lớp vi tính sau mổ 2 tháng cho phép đánh giá khỏi bệnh.

Chụp cắt lớp vi tính sau mổ 4-9 tháng:

Chúng tôi đã chụp cắt lớp vi tính sau mổ 4-9 tháng cho 12 bệnh nhân. Cả 12 trường hợp không còn hình ảnh áp xe. Trong đó, 9 trường hợp còn hình nhân bắt thuốc sau 4 tháng điều trị, 2 trường hợp sau 6 tháng và 1 trường hợp sau 8 tháng. Như vậy, tỷ lệ khỏi bệnh sau 9 tháng điều trị là 100%. Chúng tôi chỉ chụp kiểm tra sau mổ ở những trường hợp còn hình ảnh áp xe trên cắt lớp vi tính. Khi không còn hình ảnh áp xe, bệnh nhân được coi như đã khỏi bệnh. Kháng sinh điều trị chỉ được ngừng khi không còn hình ảnh áp xe

trên chụp cắt lớp vi tính. Hầu hết các tác giả đều cho rằng, chụp cắt lớp vi tính là tiêu chuẩn để quyết định có nên ngừng kháng sinh hay không (4,5,6). Những bệnh nhân vẫn phải theo dõi lâm sàng. Nếu bệnh nhân có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ hay nhiễm trùng, nên chụp kiểm tra vì có thể áp xe não tái phát. Bệnh nhân dễ bị tái phát áp xe nếu ổ nhiễm trùng tiên phát chưa điều trị (viêm tai, nhọt, viêm răng...). Chụp cắt lớp vi tính sau mổ nhiều tháng có thể đánh giá tình trạng não thất hay những di chứng khác sau mổ.

Chụp cắt lớp vi tính sau mổ 1-7 năm:

Chúng tôi đã chụp cắt lớp vi tính sau mổ 1-7 năm ở 15 bệnh nhân. Cả 15 bệnh nhân không thấy áp xe tái phát. Trong đó, 14 trường hợp có hình ảnh giảm tỷ trọng tại vị trí ổ áp xe, 1 trường hợp không còn di chứng gì trên chụp cắt lớp vi tính.

KẾT LUẬN

- Chụp cắt lớp vi tính ngay sau mổ hoặc trong tuần đầu sau mổ cho phép chẩn đoán biến chứng sau mổ (chảy máu, phù não, áp xe vỡ vào não thất...), số lượng áp xe còn lại, kích thước áp xe sau chọc hút. Tỷ lệ chảy máu sau chọc hút áp xe là 11,1% và phù não sau mổ là 12,7%. Kích thước áp xe giảm ở 100%, phù giảm ở 90,6%, đường giữa hết di lệch ở 63,3% bệnh nhân và còn 20 bệnh nhân có đường kính áp xe lớn hơn 2cm.

- Chụp sau mổ hai tháng cho phép đánh giá khỏi bệnh và tiến triển của áp xe. Tỷ lệ khỏi bệnh sau 2 tháng là 91,1%. Hình ảnh nhân bắt thuốc cản quang ở 6,5% và còn ổ áp xe ở 0,2% bệnh nhân. Hình ảnh ổ áp xe bắt thuốc cản quang mất đi hoàn toàn trên phim chụp cắt lớp sau 9 tháng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1-Đồng Văn Hệ (2004), Nghiên cứu điều trị áp xe não bằng phương pháp chọc hút, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2-Rosenblum M.L et al (1978), Decreased mortality from brain abscesses since advent of computerized tomography, Journal of Neurosurgery, 49, 658-668.

3-Wispelwey B et al (1997), Brain abscess, Infections of the Central nervous system, 2nd, Lippincott-Raven, 463-493.

4-Goerge B et al (1982), Apport du Scanner au diagnostic et a la surveillance therapeutique des abcès du cerveau, Neurochirurgie, 28, 5, 319-324.

5-Lepresle E et al (1990), Duree optimale d'antibiotherapie dans les abcès cerebraux ponctionnes, La Presse Medicale, 19, 9, 405-408.

6-Vignaud J et Boulin A (1988), Infections, Tomodensitometrie cranio-encephalique, Editions Vigot, 217-230.