

Tổn thương nhồi máu não cấp do bóc tách động mạch cảnh trong sau chấn thương sọ mặt: Thông báo 2 trường hợp

Acute ischemic stroke secondary to internal carotid artery dissection in head and facial trauma: Two cases report

Trần Xuân Thủy, Lê Văn Trường,
Nguyễn Trọng Tuyển, Nguyễn Công Thành,
Nguyễn Hải Linh, Lê Thị Mỹ, Đặng Thị Hồng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Đột quỵ nhồi máu não cấp do bóc tách động mạch cảnh trong sau chấn thương là một biến chứng hiếm gặp gây tỷ lệ tử vong 60 - 65%, 20% bệnh nhân sống sót với tổn thương thần kinh nghiêm trọng và chỉ 15% hồi phục thần kinh tốt. Sự không tương xứng giữa các triệu chứng thần kinh khu trú với hình ảnh tổn thương não gợi ý bóc tách động mạch cảnh trong và bệnh nhân cần được chụp mạch não sớm để chẩn đoán. Điều trị tái thông mạch não kịp thời bằng can thiệp nội mạch, đặt stent tái lập dòng chảy mạch máu não sẽ tăng cơ hội sống và phục hồi cho người bệnh. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp lâm sàng có bóc tách động mạch cảnh trong sau chấn thương được chẩn đoán sớm và điều trị can thiệp mạch thành công.

Từ khóa: Bóc tách mạch cảnh, nhồi máu não sau chấn thương, stent Wingspan.

Summary

Acute ischemic stroke due to internal carotid artery (ICA) dissection after trauma is a rare complication. According to statistics, it caused a mortality rate of 60 - 65% of patients, 20% survived with severe neurological damages, and only 15% recovered well. The incompatibility between focal neurological deficits and images of brain lesion suggests internal carotid artery dissection, and early cerebral angiography for patients is required for diagnosis. To increase patients' chances of survival and recovery, it is required to perform timely cerebral revascularization by endovascular intervention and placement of stent to reestablish cerebral blood flow. We hereby present two cases of internal carotid artery dissection after trauma with early diagnosis and successful vascular intervention.

Keywords: Internal carotid artery (ICA) dissection, ischemic stroke after trauma, stent Wingspan.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 10/7/2021, ngày chấp nhận đăng: 26/7/2021

Người phản hồi: Trần Xuân Thủy

Email: hky65555@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

Đột quy nhồi máu não thứ phát do bóc tách gây tắc động mạch cảnh trong sau chấn thương đầu mặt cổ là một biến chứng khá hiếm gặp và được tác giả Erikson báo cáo ca lâm sàng đầu tiên năm 1943. Các cơ chế chấn thương không chỉ tác động lên mạch máu trong sọ mà còn tác động lên cả mạch máu đoạn ngoài sọ. Tắc một phần hoặc hoàn toàn động mạch cảnh trong do bóc tách thành mạch gây thiếu máu cục bộ nhu mô não được động mạch não cấp máu (đặc biệt là động mạch não giữa) dẫn đến hậu quả tổn thương thần kinh nặng nề [1]. Một nghiên cứu phân tích gồm 23 bệnh nhân cho thấy 85% bệnh nhân tử vong hoặc tổn thương thần kinh nghiêm trọng và chỉ có 15% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn [2]. Chẩn đoán bệnh ban đầu thường bị che lấp bởi chứng dập não, phù não sau chấn thương, có kèm theo hoặc không kèm theo chấn thương tủy sống. Điều trị chính là dùng các thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu, phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch đặt stent tổn thương. Nếu bệnh nhân được chẩn đoán sớm, điều trị nội khoa kết hợp phẫu thuật hoặc can thiệp mạch tái lập lại dòng chảy kịp thời sẽ mang lại cơ hội phục hồi tốt cho người bệnh [3].

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 bị bóc tách động mạch cảnh trong sau chấn thương sọ não và hàm mặt được chẩn đoán kịp thời, điều trị can thiệp mạch thành công và cho kết quả hồi phục thần kinh tốt.

2. Trường hợp lâm sàng

2.1. Trường hợp lâm sàng 1

Bệnh nhân nam giới, 15 tuổi. Bị tai nạn giao thông ngã đập đầu xuống nền cứng. Sau tai nạn vẫn tỉnh, đau đầu, buồn nôn, yếu nhẹ 1/2 người phải, nói khó. Bệnh nhân

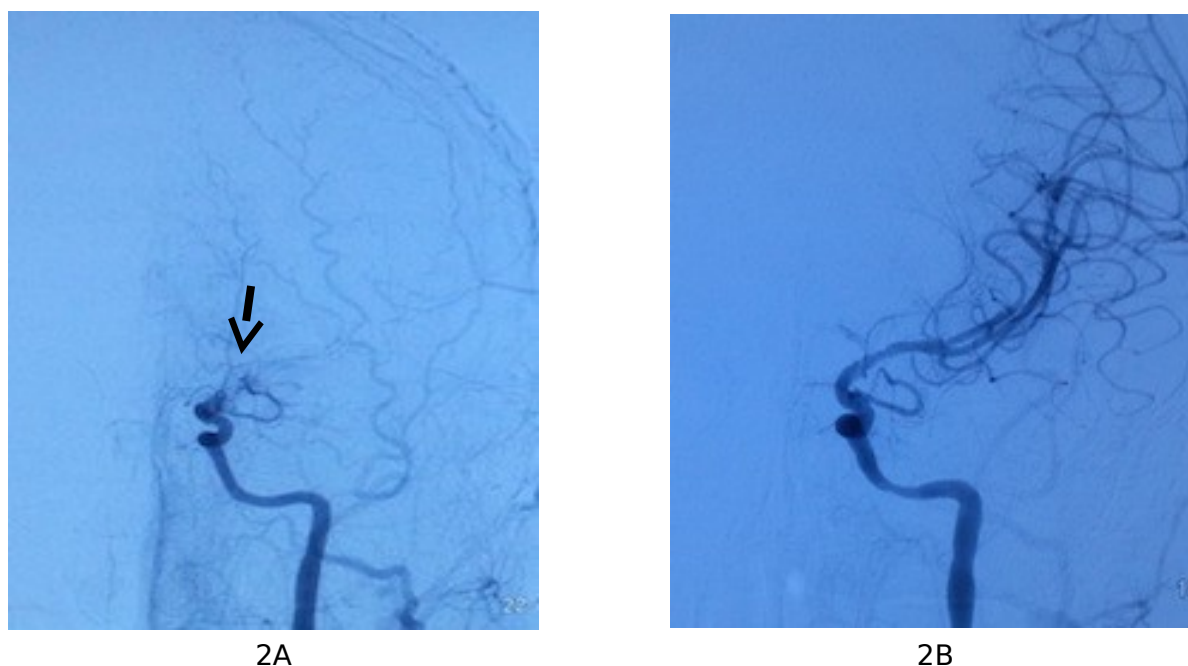
đến bệnh viện cấp cứu trong tình trạng: Ý thức lơ mơ, Glasgow 11 điểm. Liệt 1/2 người phải tăng nặng dần, sức cơ tay phải 1/5, chân phải 2/5. Thất ngôn.

Khảo sát hình ảnh sọ não bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sau chấn thương 2 giờ không thấy biến đổi tỉ trọng nhu mô não (Hình 1A). Chụp cộng hưởng từ (MRI: Magnetic Resonance Imaging) cột sống cổ không thấy bất thường về tủy cổ. Chụp CLVT mạch máu não giờ thứ 6 sau chấn thương thấy có sự biến đổi về nhu mô bán cầu não trái: Xóa các cuộn não khe Sylvius, mất ranh giới chất xám chất trắng vùng nhân xám trung ương trái (Hình 1B). Hình ảnh động mạch máu thấy hẹp khít cuối động mạch cảnh trong trái kéo dài tới đầu đoạn A1 và M1 (Hình 1C).

Lâm sàng diễn biến theo chiều hướng xấu: Glasgow 8 điểm, liệt hoàn toàn 1/2 người phải, không nói được. Hội chẩn viện được tiến hành giữa bác sĩ ngoại thần kinh, bác sĩ nội thần kinh và bác sĩ can thiệp mạch thần kinh đã đi đến chẩn đoán: Nhồi máu não cấp bán cầu trái sau chấn thương giờ thứ 6 theo dõi do bóc tách gây hẹp khít cuối động mạch cảnh trong trái. Kết quả chụp mạch máu số hóa xóa nền (DSA: Digital Subtraction Angiography) cho hình ảnh tắc động mạch cảnh trong trái đoạn cuối, tuần hoàn bàng hệ từ động mạch thông trước sang động mạch não trước bên trái và một phần cho động mạch não giữa trái. Can thiệp đặt ống thông vào động mạch cảnh trong trái, đưa dây dẫn qua vị trí tắc động mạch cảnh trong trái vào động mạch não giữa đoạn M3. Đặt stent Wingspan 3,5 × 20 từ cuối M1 về đến động mạch cảnh trong đoạn cuối. Chụp lại sau can thiệp thấy tái thông được dòng chảy hoàn toàn TICI 3 (Thrombolysis in Cerebral Infarction) (Hình 2).



Hình 1. Hình ảnh chụp CLVT bệnh nhân sau chấn thương 2 giờ không thấy thay đổi tỷ trọng nhu mô não (Hình 1A). Chụp lại CLVT mạch máu sau chấn thương 6 giờ thấy biến đổi nhu mô não vùng bán cầu não trái (vòng tròn đỏ) (Hình 1B). Hình ảnh dụng mạch thấy hẹp khít cuối động mạch cảnh trong trái (mũi tên trắng) (Hình 1C)



Hình 2. Hình ảnh chụp DSA trước can thiệp cho thấy tắc động mạch cảnh trong trái đoạn cuối (mũi tên đen), tuần hoàn bàng hệ từ động mạch thông trước sang động mạch não trước bên trái và một phần cho động mạch não giữa trái (Hình 2A).

Sau can thiệp đặt stent Wingspan chụp lại DSA thấy tái thông dòng chảy hoàn toàn. Sau can thiệp bệnh nhân được dùng heparin truyền tĩnh mạch trong 24 giờ, uống thuốc chống kết tập tiểu cầu hàng ngày. Ngày thứ 3 sau can thiệp: Ý thức cải thiện, bỏ được máy thở, rối loạn ngôn ngữ

hơn hẳn, liệt 1/2 người phải sức cơ tay và chân 2/5. Ngày thứ 25 sau can thiệp, bệnh nhân ra viện trong tình trạng tỉnh táo hoàn toàn, nói được các từ đơn giản, sinh hoạt còn cần có người hỗ trợ. Một tháng sau khi

ra viện, bệnh nhân đã nói được các câu ngắn, phục hồi 1/2 người phải tốt tuy nhiên còn hạn chế các động tác tinh tế. Sau 6 tháng bệnh nhân sinh hoạt và học tập gần bình thường.

2.2. Trường hợp lâm sàng 2

Bệnh nhân nam giới, 74 tuổi. Tiền sử khỏe mạnh. Bị tai nạn giao thông ngã đập mặt vào cột cứng. Sau tai nạn có lúc hôn mê, chảy máu nhiều vùng mũi, không yếu liệt tay chân.

Bệnh nhân vào viện cấp cứu và được chẩn đoán: Gãy xương chính mũi và vết thương phần mềm vùng mặt sau tai nạn giao thông. Bệnh nhân được điều trị nắn chỉnh xương chính mũi và khâu vết thương

phần mềm. Sau 24 giờ kể từ khi tai nạn bệnh nhân có biểu hiện đột quỵ não như liệt 1/2 người phải từ từ tăng dần, gọi hỏi đáp ứng chậm. Chụp CTVT mạch máu được tiến hành giờ thứ 27 sau chấn thương: Hình ảnh nhu mô não cho thấy có nhồi máu não cũ ổ khuyết nhân xám trung ương bên trái (Hình 3A). Hình ảnh dựng mạch máu thấy hẹp khít cuối động mạch cảnh trong trái, mất liên tục đầu A1 bên trái. Trên hình ảnh chụp DSA mạch não thấy tắc gần hoàn toàn cuối động mạch cảnh trong và đoạn M1 động mạch não giữa trái (do bóc tách), dòng chảy tưới máu não TIC1 1-2a. Can thiệp mở thông dòng chảy động mạch cảnh trong và động mạch não giữa trái bằng stent Wingspan, dòng chảy sau can thiệp đạt TIC1 3.



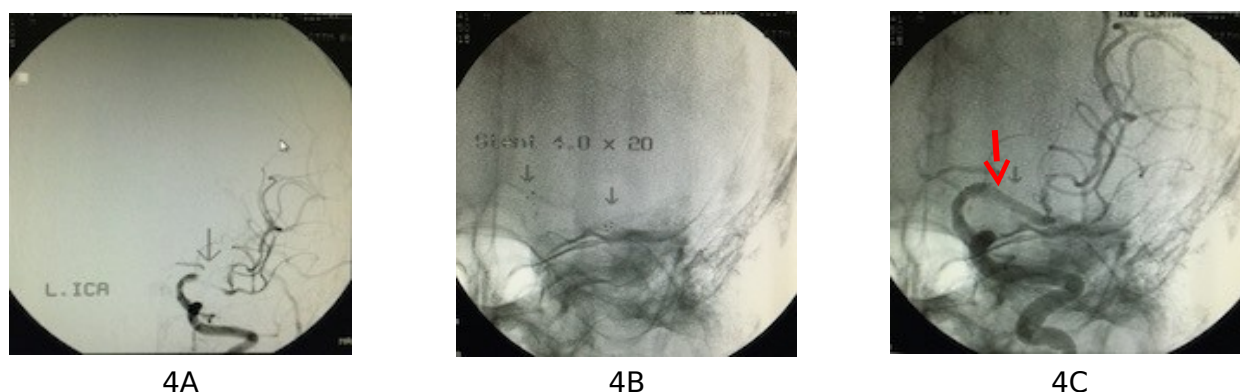
3A



3B

Hình 3. Hình ảnh nhồi máu não ổ khuyết cũ vùng nhân xám trung ương bên trái (mũi tên đỏ) (Hình 3A).

Hình ảnh dựng mạch máu thấy hẹp khít cuối động mạch cảnh trong trái (mũi tên trắng) (Hình 3B).



Hình 4. Hình ảnh DSA trước can thiệp thấy tắc gần hoàn toàn cuối động mạch cảnh trong và đoạn M1 động mạch não giữa trái (Hình 4A). Hình ảnh stent Wingspan (Hình 4B). Tổn thương mở rộng tốt sau đặt stent và nong bóng trong stent (Hình 4C).

Sau can thiệp bệnh nhân về Trung tâm Đột quỵ điều trị an thần thở máy, duy trì thuốc chống kết tập tiểu cầu, đảm bảo huyết áp động mạch từ 135 - 140mmHg. Ngày thứ 2 sau can thiệp: Ý thức bệnh nhân cải thiện, bỏ được máy thở, còn rối loạn ngôn ngữ, liệt 1/2 người phải sức cơ tay và chân 2/5. Ngày thứ 20 sau can thiệp: Bệnh nhân ra viện trong tình trạng tỉnh táo hoàn toàn, đi lại được trong phòng, nói rõ từ nhưng chưa nói được câu hoàn chỉnh. Sau nửa tháng bệnh nhân đã nói được các câu đơn giản, phục hồi 1/2 người phải tốt, đi lại gần như bình thường. Sau 6 tháng bệnh nhân sinh hoạt hoàn toàn bình thường.

3. Bàn luận

Bóc tách động mạch cảnh trong là một trong những nguyên nhân gây đột quỵ nhồi máu não ở bệnh nhân trẻ tuổi, hơn 90% các trường hợp xảy ra ở đoạn ngoài sọ. Nguyên nhân chủ yếu của bóc tách động mạch cảnh trong là chấn thương vùng đầu cổ, không phụ thuộc vào mức độ chấn thương. Những sang chấn trong sinh hoạt, lao động hàng ngày cũng như tập luyện thể thao như gập cổ đột ngột, xoay hoặc uốn quá mức... đều có thể làm căng giãn, xoắn vặn dẫn đến tổn thương lớp áo

trong động mạch [4]. Vị trí bóc tách thường xảy ra ở đoạn động mạch cảnh tương ứng đốt sống cổ C2, C3. Đây là đoạn mà động mạch cảnh trong đi trong xương đá rồi chui vào lỗ rách, chấn thương sọ não gây vỡ nền sọ có nguy cơ đụng dập và bóc tách ở đoạn động mạch này. Dưới áp lực của dòng máu gây bóc tách lớp áo giữa, hình thành lòng mạch giả chèn ép vào lòng mạch thật gây chít hẹp và tắc động mạch. Bóc tách vào lớp áo giữa còn tạo điều kiện cho hình thành huyết khối, cục huyết khối không ổn định theo dòng máu có thể gây tắc đoạn mạch ngoại vi. Theo một số báo cáo trước đây thì tỷ lệ tử vong chiếm đến 60 - 65%, tỷ lệ có di chứng thần kinh không hồi phục chiếm tới 20%, chỉ có 15% là có khả năng phục hồi [1].

Biểu hiện của nhồi máu não cấp do bóc tách gây tắc động cảnh trong cũng không khác gì bệnh cảnh nhồi máu não cấp do các nguyên nhân khác. Tuy nhiên khởi phát bệnh thường từ từ tăng nặng dần và thời gian biểu hiện triệu chứng bệnh có thể là 20 - 30 phút, thậm chí trong 12 - 24 giờ sau chấn thương, rất hiếm trường hợp triệu chứng xuất hiện muộn đến 48 giờ sau chấn thương, thời gian dài nhất xuất hiện bóc tách động mạch cảnh trong được cho là có liên quan đến cơ chế chấn thương là 38

ngày [1]. Các triệu chứng xuất hiện bao gồm các dấu hiệu tại chỗ như đau đầu, dấu hiệu Horner's (co đồng tử, hẹp khe mi), ù tai, liệt dây thần kinh sọ và các thiếu hụt thần kinh do thiếu máu cục bộ như suy giảm ý thức, yếu liệt một bên cơ thể, rối loạn ngôn ngữ... Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm Doppler mạch máu, chụp CLVT đa dãy dựng hình mạch máu, chụp cộng hưởng từ mạch máu (MRA: Magnetic Resonance Angiography) và tiêu chuẩn vàng là chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) [5].

Việc chẩn đoán xác định sớm trong những giờ đầu của bệnh cảnh nhồi máu não cấp do bóc tách gây tắc động mạch cảnh trong nói riêng và nhồi máu não nhánh lớn tối cấp nói chung có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Điều này ảnh hưởng trực tiếp đến tỷ lệ tử vong cũng như tổn thương thần kinh nặng nề không hồi phục của bệnh nhân. Các phương pháp điều trị cơ bản hiện nay được chấp nhận bao gồm điều trị chống đông, chống kết tập tiểu cầu và phẫu thuật. Can thiệp nội mạch đặt stent động mạch cảnh trong được báo cáo đầu tiên năm 1994 ở 2 bệnh nhân với sự hồi phục thần kinh hoàn toàn sau 9 tháng [1], [6]. Hiện chưa có nhiều nghiên cứu lớn về đặt stent nội mạch ở bệnh nhân bóc tách động mạch cảnh trong do chấn thương. Tuy nhiên, các báo cáo ca lâm sàng với số lượng bệnh nhân nhỏ cho thấy biện pháp này cho hiệu quả tái thông tốt, ít biến chứng và có tỷ lệ hồi phục thần kinh cao. Các biến chứng đặt stent động mạch cảnh trong bao gồm thuyên tắc do bong các mảng huyết khối trong quá trình đặt stent, chảy máu trong ổ nhồi máu, vỡ thành mạch do nóng bóng quá mức, hội chứng tái tưới máu sau đặt stent, tái hẹp hoặc tái tắc stent... Các rủi ro có thể được kiểm soát bởi các nhà can thiệp thần kinh

có nhiều kinh nghiệm, thực hiện nóng bóng với áp lực thấp, dùng thiết bị chống trôi huyết khối, điều trị nội khoa với thuốc kháng tiểu cầu và thuốc giãn mạch chống co thắt động mạch [7]. Nhanh chóng khôi phục lại dòng chảy tạo điều kiện cho tế bào não đang tổn thương thiếu máu (vùng penumbra) có cơ hội phục hồi, giảm kích thước ổ nhồi máu. Mặt khác bệnh cảnh nhồi máu não liên quan đến chấn thương nên cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa như phẫu thuật thần kinh, đột quỵ não và can thiệp mạch thần kinh để chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Báo cáo 2 trường hợp lâm sàng của chúng tôi cho thấy có sự cách biệt tương đối lớn về độ tuổi, thời gian khởi phát các triệu chứng đột quỵ não lần lượt là giờ thứ 6 và giờ thứ 27 sau chấn thương. Chẩn đoán bằng các triệu chứng lâm sàng và chụp CLVT mạch máu. Hình thái tổn thương là bóc tách động mạch cảnh trong đoạn cuối. Hai bệnh nhân đều được điều trị tái thông mạch thành công nhanh chóng. Ghi nhận về phục hồi lâm sàng sau 1 tháng và 6 tháng rất tốt. Tuy số lượng bệnh nhân không nhiều nhưng đã đóng góp những kinh nghiệm quý báu cho bác sĩ thực hành lâm sàng. Khảo sát bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đặc biệt hình ảnh mạch máu não khi có triệu chứng gợi ý hoặc không phù hợp giữa tổn thương nhu mô não tùy với triệu chứng thần kinh khu trú. Cần thiết phối hợp giữa các chuyên khoa trong chẩn đoán cũng như điều trị.

4. Kết luận

Bóc tách động mạch cảnh trong là một trong các nguyên nhân gây ra đột quỵ nhồi máu não ở bệnh nhân trẻ tuổi sau chấn thương đầu mặt cổ, vị trí tổn thương đa số ở đoạn ngoài sọ. Sự không tương ứng giữa các triệu chứng thiếu hụt thần kinh với

hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ thường có thể gợi ý đột quỵ nhồi máu não do bóc tách động mạch cảnh trong. Chụp mạch máu não giúp cho chẩn đoán nhanh và chính xác; điều trị sớm bằng can thiệp nội mạch, trong đó đặt stent nội sọ là biện pháp điều trị tối ưu và mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Cagavi F, Tekkok IH, Akpınar G (2005) *Malignant cerebral infarction secondary to internal carotid injury in closed head trauma: Good outcome with aggressive treatment a case report*. Angiology 56(1): 107-114.
2. Aarabi B, McQueen JD (1978) *Traumatic internal carotid occlusion at the base of the skull*. Surgical neurology 10(4): 233-236.
3. Schulte S, Donas KP, Pitoulas GA, Horsch S (2008) *Endovascular treatment of iatrogenic and traumatic carotid artery dissection*. Cardiovascular and interventional radiology 31(5): 870-874.
4. Guillon B, Levy C, Bousser MG (1998) *Internal carotid artery dissection: An update*. Journal of the neurological sciences 153(2): 146-158.
5. Schievink WI (2001) *Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries*. The New England journal of medicine 344(12): 898-906.
6. Leong S, Abbas S, Galvin L et al (2008) *Emergency stenting of an acute internal carotid artery occlusion from spontaneous dissection*. Interventional neuroradiology 14(1): 69-72.