

dùng ACEI/ARB và BB với liều <50% hoặc 50-99% liều mục tiêu đều liên quan tới tỷ lệ tử vong cao hơn so với dùng thuốc với 100% liều mục tiêu. Bộ Y tế Việt Nam khuyến cáo tất cả bệnh nhân HFrEF khởi đầu sớm 4 nhóm thuốc trụ cột sau đó tăng liều đến liều mục tiêu, nhưng không theo cách tiếp cận cụ thể nào mà cần cá thể hóa theo từng bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dù được quản lý ở tuyến cuối, vẫn có tỷ lệ nhất định bệnh nhân chưa được kê đơn với liều lượng thuốc nền tảng tối ưu và có thể không được hưởng lợi ích tối đa của điều trị nội khoa. Người châu Á với khác biệt về thể trạng, được động học có thể dẫn đến khác biệt về liều đích và liều tối đa dung nạp được. Bên cạnh đó, vấn đề kinh tế và chi trả của bảo hiểm y tế cũng là rào cản lớn để bệnh nhân tiếp cận được thuốc tốt điều trị theo hướng dẫn.

V. KẾT LUẬN

Tại khoa Khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai, phần lớn bệnh nhân suy tim HFrEF mạn tính đều được dùng đủ 3 tới 4 nhóm thuốc nền tảng, tuy nhiên còn tỷ lệ cao bệnh nhân sử dụng chẹn beta và RASi chưa đạt được liều tối ưu 100%. Chi phí điều trị và tác dụng không mong muốn là những nguyên nhân chính khiến bệnh nhân không được kê đầy đủ 4 nhóm thuốc trong khi tình trạng kém dung nạp (xuất hiện tụt huyết áp có triệu chứng hoặc tăng kali máu) là lý do chính khiến bác sĩ chưa nâng được liều tối đa các thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt, Phạm Gia Khải, Nguyễn

Thị Thu Hoài, Phạm Việt Tuấn, Phạm Mạnh Hùng. Tình hình các bệnh lý tim mạch tại Viện Tim mạch Việt Nam, 2003-2007. Tạp chí tim mạch học Việt Nam. 2011;59:949-954.

2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36): 3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
3. Bassi NS, Ziaieian B, Yancy CW, Fonarow GC. Association of Optimal Implementation of Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitor Therapy With Outcome for Patients With Heart Failure. JAMA Cardiology. 2020;5(8): 948-951. doi:10.1001/jamacardio.2020.0898
4. GS.TS. Đặng Vạn Phước, GS.TS. Nguyễn Lâm Việt, GS.TS. Huỳnh Văn Minh. Khuyến cáo của Hội Tim mạch quốc gia về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn năm 2022.
5. Lê Ngọc Lan Thanh. Khảo Sát Tình Hình Điều Trị Suy Tim Tâm Thu Theo Khuyến Cáo ACC 2013. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2013.
6. Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Nguyễn Đình Quốc Anh, Hoàng Văn Sỹ, Châu Ngọc Hoa. Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của hội tim châu Âu 2016. Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(2):35-41.
7. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. New England Journal of Medicine. 2019 ;381(21): 1995-2008. doi:10.1056/NEJMoa1911303
8. Brunner-La Rocca HP, Linssen GC, Smeele FJ, et al. Contemporary Drug Treatment of Chronic Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHECK-HF Registry. JACC Heart Fail. 2019; 7(1): 13-21. doi: 10.1016/j.jchf.2018.10.010

VIÊM TỦY NGANG LAN RỘNG DỌC SAU NHIỄM VIRUS DENGUE Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Nguyễn Thị Vân¹, Đào Thị Việt Hương¹,
Mai Thành Công², Cao Vũ Hùng¹

TÓM TẮT

Viêm tủy ngang lan rộng dọc là một hình thái của viêm tủy cắt ngang, có thể gặp trong phổ bệnh lý viêm tủy thị thần kinh hoặc phổ bệnh liên quan đến kháng thể kháng myelin-oligodendrocyte-glycoprotein (MOG-IgG). Bệnh do đáp ứng miễn dịch sau tình trạng

nhiễm trùng hoặc sau tiêm vắc xin, trong đó sau sốt xuất huyết Dengue là một nguyên nhân hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ nam 10 tuổi, chẩn đoán viêm tủy ngang lan rộng dọc có kháng thể MOG-IgG dương tính sau nhiễm virus Dengue, điều trị đáp ứng tốt với liệu pháp corticosteroid liều cao.

Từ khóa: viêm tủy ngang lan rộng dọc, viêm tủy cắt ngang, myelin-oligodendrocyte-glycoprotein-IgG, MOG, Dengue.

SUMMARY

LONGITUDINAL EXTENSIVE TRANSVERSE MYELITIS WITH DENGUE INFECTION IN CHILDREN: A CASE REPORT

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân

Email: vannt@nch.org.vn

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

Longitudinal extensive transverse myelitis is a form of transverse myelitis, which can occur in the neuromyelitis optica spectrum disorder or myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody associated disease (MOGAD). This disease is caused by an immune response after infection or vaccination, of which post-dengue virus is a rare cause. We report a case of a 10-year-old male child, diagnosed with longitudinal extensive transverse myelitis with positive MOG-IgG antibodies following dengue virus infection, which responded well to high-dose corticosteroid therapy. **Keywords:** longitudinal extensive transverse myelitis, transverse myelitis, myelin-oligodendrocyte-glycoprotein-IgG, MOG, Dengue virus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm virus sốt xuất huyết Dengue là một trong những bệnh nhiễm arbovirus phổ biến nhất trên thế giới, với ước tính khoảng 400 triệu trường hợp trên toàn thế giới mỗi năm. Tại Việt Nam, theo số liệu của WHO, sốt xuất huyết Dengue là gánh nặng bệnh tật lớn với 345 234 trường hợp mắc bệnh và 131 ca tử vong trong năm 2022 [1]. Các biến chứng thần kinh trung ương liên quan đến nhiễm virus Dengue đã được báo cáo, bao gồm bệnh não cấp, viêm não, viêm màng não vô khuẩn, xuất huyết nội sọ, viêm não tủy rải rác, viêm tủy ngang. Trong đó, tổn thương tủy sống không phổ biến và biểu hiện dưới dạng bệnh lý hậu nhiễm trùng, có thể gặp trong các thể bệnh: viêm não tủy rải rác, viêm tủy cắt ngang. Biểu hiện viêm tủy cắt ngang lan rộng dọc rất hiếm, chủ yếu là các báo cáo ca bệnh đơn lẻ.

Viêm tủy ngang lan rộng dọc (LETM - longitudinal extensive transverse myelitis) được định nghĩa là tổn thương tủy sống kéo dài từ 3 đốt tủy liên tiếp trở lên, rộng trên 2/3 mặt cắt ngang đốt tủy trên phim chụp MRI tủy sống, là bệnh cảnh lâm sàng đặc trưng của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh (NMOSD - Neuromyelitis optica spectrum disorder). Tuy nhiên, LETM cũng gặp trong các chẩn đoán lâm sàng khác với tỉ lệ thấp hơn như xơ cứng rải rác, phổ bệnh liên quan đến kháng thể kháng MOG (MOGAD), viêm não tủy rải rác cấp tính (ADEM), bệnh lý tủy sống sau nhiễm trùng, đột quỵ tủy, hay bệnh hệ thống như lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng Sjogren. Bệnh sinh của LETM liên quan đến sự hủy myelin qua trung gian tế bào T, trong đó có sự thâm nhiễm tế bào lympho quanh mạch, sự thoái hóa, hoại tử và hủy myelin [2].

Myelin-oligodendrocyte-glycoprotein (MOG) là protein bề mặt của tế bào thần kinh đệm ít nhánh - tế bào tạo nên bao myelin của hệ thần kinh trung ương. MOG hoạt động như một thụ

thể tế bào và là mục tiêu tấn công của các tự kháng thể trong quá trình hủy myelin. Hiện nay, các bệnh cảnh lâm sàng với sự có mặt của kháng thể kháng myelin-oligodendrocyte-glycoprotein (MOG-IgG) trong huyết thanh được xếp chung vào phổ bệnh MOGAD, bao gồm: viêm thị thần kinh, viêm tủy ngang, viêm não tủy rải rác và viêm thân não, vỏ não.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng viêm tủy ngang lan rộng dọc cấp tính khởi phát sau sốt xuất huyết Dengue, xét nghiệm huyết thanh học có kháng thể MOG-IgG, được điều trị thành công với liệu pháp corticosteroid liều cao.

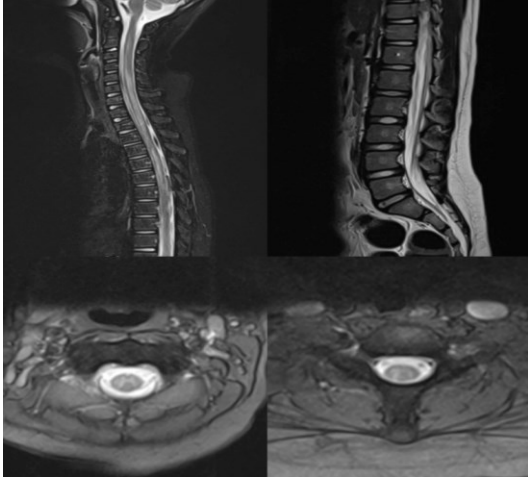
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân là trẻ nam, 10 tuổi, tiền sử khỏe mạnh. Bệnh diễn biến trước vào bệnh viện Nhi Trung ương 7 ngày, khởi đầu trẻ sốt cao, được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue với test NS1 antigen dương tính tại bệnh viện tuyến tỉnh và được điều trị ngoại trú tại nhà. Trẻ sốt 5 ngày, hết sốt 2 ngày sau đó sốt cao từng cơn trở lại kèm theo yếu tứ chi tăng dần, yếu hai chân nhiều hơn hai tay, bí tiểu, bí đại tiện. Trẻ được nhập bệnh viện tuyến cơ sở, được đặt sonde tiểu, làm các xét nghiệm cơ bản và chuyển bệnh viện Nhi Trung ương vào ngày thứ 8 của bệnh.

Khám lâm sàng tại thời điểm trẻ nhập khoa Nội Thần kinh - Trung tâm Thần kinh, bệnh viện Nhi Trung ương: trẻ tỉnh, Glasgow 15 điểm, đã hết sốt. Liệt tứ chi không hoàn toàn: cơ lực chi dưới 2/5, cơ lực chi trên: gốc chi 4/5, ngọn chi 3/5 và không kèm theo liệt các dây thần kinh sọ. Phản xạ gân xương nhạy tứ chi, dấu hiệu clonus (+) ở chân phải. Babinski (+) 2 bên. Bệnh nhân có tăng cảm giác đau kiểu khoan tủy, với ranh giới cảm giác ngang mức C3 trở xuống. Ngoài ra, bệnh nhân có triệu chứng rối loạn cơ tròn: bí tiểu phải đặt sonde tiểu, bí đại tiện. Khám lâm sàng các cơ quan tim mạch - hô hấp - tiêu hóa chưa phát hiện gì bất thường.

Với các triệu chứng của tổn thương tủy cấp, bệnh nhân được chỉ định chụp phim cộng hưởng từ toàn bộ tủy vào ngày đầu tiên nhập viện. Cộng hưởng từ tủy sống ghi nhận tổn thương kéo dài toàn bộ tủy cổ - ngực - thắt lưng - cùng, với tính chất: tăng tín hiệu phần trung tâm tủy trên xung T2W, STIR, giảm tín hiệu trên T1W, sau tiêm không ngấm thuốc đối quang từ (hình 1). Cộng hưởng từ sọ não cũng được khảo sát để tìm các tổn thương kèm theo, lát cắt qua dây thần kinh thị giác 2 bên thấy tăng kích thước dây thần kinh thị, kèm tụ dịch quanh dây thần kinh thị 2 bên nhưng không thấy tổn thương nhu

mô não. Phân tích dịch não tủy cho kết quả 1 tế bào/mm³, protein 0,19 g/l, glucose 3,85 mmol/l, phản ứng pandy âm tính, PCR các căn nguyên virus gây viêm não – màng não thường gặp: enterovirus, herpes simple virus âm tính; IgM – JEV âm tính, kết quả nuôi cấy vi khuẩn âm tính.



Hình 1. Tổn thương tủy kéo dài toàn bộ tủy cổ - ngực – thắt lưng trên MRI (mặt phẳng đứng dọc và mặt phẳng cắt ngang)

Do có tổn thương tủy lan rộng dọc, bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm Aquaporin-4 (AQP-4) và myelin-oligodendrocyte-glycoprotein (MOG) bằng kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang gián tiếp trong huyết thanh, kết quả bệnh nhân có kháng thể MOG-IgG dương tính, AQP4-IgG âm tính. Trẻ cũng được khám mắt nhằm đánh giá thị lực khách quan và hình ảnh đáy mắt: thị lực 2 mắt đạt mức 10/10, đáy mắt bình thường và không có phù gai thị.

Chúng tôi đưa ra chẩn đoán xác định cho bệnh nhân: viêm tủy lan rộng dọc có kháng thể MOG-IgG (+) sau sốt xuất huyết Dengue. Bệnh nhân được bắt đầu điều trị bằng liệu pháp corticosteroid liều cao ngay sau khi có hình ảnh cộng hưởng từ tủy sống: methylprednisolon liều 20 mg/kg/ngày trong 5 ngày và theo dõi sự hồi phục lâm sàng của bệnh nhân.

Sau 48 giờ điều trị, trẻ có cải thiện lâm sàng: cơ lực chân phải: 3/5, chân trái 4/5; cơ lực hai tay 4/5. Trẻ không còn tăng cảm giác đau trên da, kẹp sonde tiểu ngắt quãng đã có cảm giác buồn tiểu, đại tiện tự chủ. Chúng tôi tiếp tục phác đồ điều trị methylprednisolon thêm 3 ngày, bệnh nhân xuất viện sau 5 ngày liều cao corticosteroid với tình trạng tỉnh táo, cơ lực chi dưới đạt 4/5, cơ lực chi trên đạt 5/5, còn tăng phản xạ gân xương, tự đi lại được đoạn ngắn, cần trợ giúp, không rối loạn cảm giác, đại tiểu

tiện tự chủ. Trẻ được uống giảm liều prednisolon với liều khởi đầu 2mg/kg/ngày, sau đó giảm dần liều và dừng hẳn trong 3 tháng. Tại thời điểm 1 tháng sau xuất viện, trẻ hồi phục hoàn toàn về vận động, với cơ lực tứ chi 5/5 và thăm khám thị lực, đáy mắt bình thường. Theo dõi lâm sàng trong 1 năm sau đợt viêm tủy cấp đầu tiên, trẻ hồi phục tốt về chức năng tủy sống, thị lực tốt tại các lần tái khám và không có đợt tái phát lâm sàng.

III. BÀN LUẬN

Năm 2009, WHO phân loại sốt xuất huyết Dengue thành 2 nhóm chính bao gồm sốt xuất huyết Dengue có/ không có dấu hiệu cảnh báo và sốt Dengue nặng. Sốt Dengue có triệu chứng thần kinh được xếp vào sốt Dengue nặng. Tuy nhiên, chưa có đồng thuận về định nghĩa hay tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể cho các rối loạn này. Năm 2010, Murthy và đồng nghiệp phân loại các triệu chứng thần kinh liên quan đến sốt Dengue thành 3 nhóm dựa trên cơ chế gây tổn thương: tổn thương liên quan đến tấn công trực tiếp của virus (viêm não, viêm màng não vô khuẩn), liên quan đến biến chứng hệ thống của nhiễm Dengue (bệnh não, đột quỵ não, liệt do hạ kali máu, phù gai thị) và nhóm rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch hậu nhiễm trùng (ADEM, viêm não tủy, viêm tủy, viêm tủy thị thần kinh, hội chứng Guillain Barre, hay bệnh lý đơn dây thần kinh).

Kết quả từ một phân tích tổng hợp năm 2018 trên 2672 ca sốt xuất huyết do nhóm tác giả Nafisa Badat và các cộng sự cho thấy tỉ lệ bệnh nhân mắc sốt Dengue có triệu chứng thần kinh khoảng 10,8% (289/2672 bệnh nhân), trong đó viêm tủy cắt ngang chiếm 2,3% (61/2672 bệnh nhân) và chỉ có 8 bệnh nhi dưới 18 tuổi được báo cáo trong nghiên cứu này. Thời gian trung bình từ khi khởi phát sốt đến khi xuất hiện triệu chứng viêm tủy là 11,7 ngày (dao động từ 5- 42 ngày)[3]. Triệu chứng thần kinh có thể xuất hiện trong giai đoạn nhiễm virus cấp (parainfectious) hoặc giai đoạn hậu nhiễm trùng (postinfectious). Mặc dù cơ chế gây ra các biểu hiện thần kinh của sốt Dengue chưa được chứng minh rõ ràng, nhưng các biểu hiện thần kinh hậu nhiễm trùng được cho là do cơ chế miễn dịch và thường xuất hiện sau 1-2 tuần kể từ lúc khởi phát triệu chứng sốt xuất huyết. Ca bệnh của chúng tôi triệu chứng viêm tủy xuất hiện từ ngày thứ 8 tính từ thời điểm khởi phát sốt xuất huyết nên có thể do cơ chế hậu nhiễm trùng (postinfectious). Viêm tủy ngang lan rộng dọc liên

quan đến sốt Dengue rất hiếm và chỉ được báo cáo ở vài ca bệnh đơn lẻ. Trong 1 phân tích tổng hợp năm 2021 có tất cả 14 ca bệnh LETM liên quan đến sốt Dengue được báo cáo trên thế giới, trong đó có 2 bệnh nhân dương tính với kháng thể Aqua-4, không có ca bệnh nào có kháng thể kháng MOG dương tính[4].

Viêm tủy ngang là tình trạng viêm của tủy sống do nhiều căn nguyên bao gồm: các bệnh lý tự miễn, sau nhiễm trùng, sau tiêm chủng, hoặc vô căn. Viêm tủy ngang với tổn thương MRI lan rộng từ ba đốt sống trở lên là đặc điểm chính của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh với bệnh cảnh điển hình là viêm tủy lan rộng dọc kèm theo viêm dây thần kinh thị giác hai bên và có mối liên quan khá chặt chẽ với kháng thể Aquaporin 4. LETM cũng được báo cáo ở bệnh nhân có kháng thể MOG nhưng tỉ lệ thấp hơn nhiều. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có viêm tủy lan rộng dọc nhưng không đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán NMOSD theo tiêu chuẩn năm 2015 do thăm khám thị lực và đáy mắt bình thường.

Myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG) là một phân tử biểu hiện ở bề mặt vỏ bao myelin và màng sinh chất của tế bào thần kinh đệm ít nhánh. Mặc dù nó chỉ chiếm một phần nhỏ của myelin nhưng lại là đích tấn công của các tự kháng thể do tính đặc hiệu ở hệ thần kinh trung ương và vị trí sinh miễn dịch cao. Ngày nay phổ bệnh liên quan đến kháng thể kháng MOG ngày càng được mở rộng và kháng thể này cũng được chứng minh có tỉ lệ cao hơn ở trẻ em. Các thể lâm sàng phổ biến ở bệnh nhân có kháng thể MOG bao gồm: viêm não tủy rải rác (45,6%), viêm thị thần kinh (29,5%) và viêm tủy ngang (11,2%) [5].

MOGAD có thể xuất hiện tự nhiên nhưng mỗi liên quan với tình trạng nhiễm virus trước đó cũng đã được báo cáo. Năm 2017, tác giả Nakamura đã báo cáo hai ca bệnh MOGAD sau nhiễm EBV với biểu hiện lâm sàng là ADEM và sau nhiễm HSV với biểu hiện viêm thị thần kinh [6], [7]. LETM có kháng thể MOG dương tính và không kèm viêm thần kinh thị giác gặp sau nhiễm trùng khá hiếm, chỉ có hai trường hợp khác được báo cáo có liên quan đến nhiễm virus cúm A và virus thủy đậu [8], [9]. Sau đại dịch COVID -19, đã có một loạt báo cáo ca bệnh có kháng thể kháng MOG sau nhiễm SARV-CoV-2. Tháng 9 năm 2022, nhóm tác giả Jeffrey Lambe và cộng sự đã báo cáo một loạt gồm 9 ca bệnh MOGAD sau nhiễm SARV-CoV-2 tại Hoa Kỳ, trong đó có 3 ca bệnh có biểu hiện viêm tủy lan rộng dọc và chỉ có 1 ca bệnh là viêm tủy đơn độc

không kèm các biểu hiện ở não và dây thần kinh thị giác [10]. Ca bệnh của chúng tôi là ca bệnh đầu tiên với biểu hiện LETM có kháng thể MOG gặp sau sốt xuất huyết Dengue.

Corticosteroid liều cao là liệu pháp điều trị đầu tay ở bệnh nhân mắc đợt cấp của MOGAD cho đáp ứng tương đối tốt. Bệnh nhân của chúng tôi được tiếp cận điều trị sớm từ ngày đầu tiên có triệu chứng thần kinh, đáp ứng điều trị thuận lợi trong vài ngày đầu và không để lại di chứng thần kinh sau 1 năm theo dõi. Kết quả này cũng phù hợp với các báo cáo về kết quả điều trị nhóm bệnh lý liên quan kháng thể kháng MOG. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng MOG có tỉ lệ tái phát các đợt hủy myelin cấp tính ở não, tủy sống hoặc dây thần kinh thị giác cao hơn nhóm kháng thể âm tính, do đó bệnh nhân cần được tiếp tục theo dõi chặt chẽ để phát hiện sớm các đợt tái phát.

IV. KẾT LUẬN

Viêm tủy lan rộng dọc sau nhiễm virus Dengue có kháng thể MOG (+) là một thực thể lâm sàng hiếm gặp và được xếp vào phổ bệnh liên quan đến kháng thể kháng MOG. Ca bệnh của chúng tôi là một dẫn chứng cho việc chẩn đoán sớm và điều trị thành công với liệu pháp corticosteroid liều cao. Việc hiểu biết về viêm tủy ngang sau nhiễm trùng nói riêng và phổ bệnh liên quan đến kháng thể kháng MOG nói chung sẽ giúp các nhà lâm sàng dễ dàng tiếp cận chẩn đoán và có hướng điều trị, theo dõi bệnh nhân một cách hoàn thiện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. H. O. R. O. for the W. Pacific**, "Dengue Situation Updates 2022," 2022, Accessed: Dec. 27, 2023. [Online]. Available: <https://iris.who.int/handle/10665/352792>
2. **H. Celik et al.**, "Longitudinally extensive transverse myelitis in childhood: Clinical features, treatment approaches, and long-term neurological outcomes," *Clin. Neurol. Neurosurg.*, vol. 207, p. 106764, Aug. 2021, doi: 10.1016/j.clineuro.2021.106764.
3. **N. Badat, D. Abdulhusein, P. Oligbu, O. Ojubolamo, and G. Oligbu**, "Risk of Transverse Myelitis Following Dengue Infection: A Systematic Review of the Literature," *Pharm. Basel Switz.*, vol. 7, no. 1, p. 3, Dec. 2018, doi: 10.3390/pharmacy7010003.
4. **J. Comtois et al.**, "Longitudinally extensive transverse myelitis with positive aquaporin-4 IgG associated with dengue infection: a case report and systematic review of cases," *Mult. Scler. Relat. Disord.*, vol. 55, p. 103206, Oct. 2021, doi: 10.1016/j.msard.2021.103206.
5. **A. L. Bruijstens et al.**, "E.U. paediatric MOG consortium consensus: Part 1 - Classification of

- clinical phenotypes of paediatric myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-associated disorders," Eur. J. Paediatr. Neurol. EJP. Off. J. Eur. Paediatr. Neurol. Soc., vol. 29, pp. 2–13, Nov. 2020, doi: 10.1016/j.ejpn.2020.10.006.
6. **Y. Nakamura et al.**, "Anti-MOG antibody-positive ADEM following infectious mononucleosis due to a primary EBV infection: a case report," BMC Neurol., vol. 17, no. 1, p. 76, Apr. 2017, doi: 10.1186/s12883-017-0858-6.
 7. **M. Nakamura et al.**, "A case of MOG antibody-positive bilateral optic neuritis and meningoganglionitis following a genital herpes simplex virus infection," Mult. Scler. Relat. Disord., vol. 17, pp. 148–150, Oct. 2017, doi: 10.1016/j.msard.2017.07.023.
 8. **Y. Shiga, T. Kamimura, Y. Shimoe, T. Takahashi, K. Kaneko, and M. Kuriyama**, "[Anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG) antibody-positive varicella-zoster virus myelitis presenting as longitudinally extensive transverse myelitis: a case report]," Rinsho Shinkeigaku, vol. 57, no. 10, pp. 579–583, Oct. 2017, doi: 10.5692/clinicalneurology.001066.
 9. **H. Amano et al.**, "Influenza-associated MOG antibody-positive longitudinally extensive transverse myelitis: a case report," BMC Neurol., vol. 14, p. 224, Nov. 2014, doi: 10.1186/s12883-014-0224-x.
 10. **J. Lambe et al.**, "Myelin oligodendrocyte glycoprotein-IgG associated disorders (MOGAD) following SARS-CoV-2 infection: A case series," J. Neuroimmunol., vol. 370, p. 577933, Sep. 2022, doi: 10.1016/j.jneuroim.2022.577933.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI MÒM TRÂM XƯƠNG THÁI DƯƠNG BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Lê Anh Thành¹, Phạm Ngọc Hoa², Lê Quang Khang²

Từ khóa: mòm trâm, hội chứng Eagle.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chiều dài của mòm trâm, sự vôi hóa của dây chằng trâm móng hay các góc lệch của mòm trâm gây ra sự chèn ép các cấu trúc lân cận là nguyên nhân của Hội chứng Eagle. Do việc điều trị thường là phẫu thuật để làm ngắn lại chiều dài, nên việc nắm rõ kích thước, hình thái mòm trâm là rất quan trọng để chẩn đoán và có chiến lược điều trị phù hợp. **Mục tiêu:** Khảo sát chiều dài, các góc và hình thái của mòm trâm trên hình ảnh CLVT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu khảo sát trên 208 bệnh nhân (416 mòm trâm) trên 18 tuổi, không có các triệu chứng đặc trưng của hội chứng Eagle được chụp cắt lớp vi tính qua vùng sọ - xoang. Các phép kiểm T, pearson, chi bình phương được dùng để so sánh sự khác biệt và mối tương quan giữa các biến số. **Kết quả:** Chiều dài trung bình của mòm trâm ở nam, nữ và toàn bộ nghiên cứu lần lượt là $28,9 \pm 7,04\text{mm}$, $27,45 \pm 6,25\text{mm}$ và $28,4 \pm 6,8\text{mm}$. Và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chiều dài trung bình mòm trâm bên trái và bên phải cũng như với giới tính. Tỷ lệ mòm trâm dài ($>3\text{cm}$) trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 39,1%. Mòm trâm đơn là hình thái phổ biến nhất ở người Việt Nam trưởng thành. **Kết luận:** Khảo sát mòm trâm bằng chụp cắt lớp vi tính cung cấp thêm nhiều thông tin giá trị về giải phẫu: chiều dài, các góc và hình thái. Điều này giúp các nhà lâm sàng đưa ra chẩn đoán hợp lý và cách điều trị phù hợp cho bệnh nhân nghi ngờ có tình trạng mòm trâm dài.

SUMMARY

EVALUATION OF STYLOID PROCESS OF THE TEMPORAL BONE BY MULTIDETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY

Background: The elongated styloid process, ossification of the stylohyoid ligament, or medial angulations compress on some structures surrounding it that are the causes of Eagle's syndrome. Because treatment of Eagle's syndrome is usually surgery to shorten the length of the styloid process, assessing the morphology of SP is very important to diagnosis and planning treatment accordingly. **Objective:** To evaluate the length, angulation and morphology of the styloid process by computed tomography. **Methods:** This study was based on CT scans taken from 208 adults (416 styloid process). All patients underwent temporal bone CT evaluation and none of them had symptoms characteristic of Eagle's syndrome. T-test, Pearson's correlation and chi square test were used for statistical analysis. **Result:** The mean length in male, female and whole study were $28.9 \pm 7.04\text{mm}$, $27.45 \pm 6.25\text{mm}$ and $28.4 \pm 6.8\text{mm}$, respectively. There was no statistically significant difference between the length values in different sex or left and right sides of styloid process. It was determined that 39.1% of all 416 styloid processes were elongated ($> 3 \text{ mm}$). Our results suggest that solitary styloid processes are the most frequent pattern in Vietnamese adults. **Conclusions:** Evaluation of the styloid process by computed tomography shows a lot of detailed information in anatomical: length, angulations, and morphology. It helps clinicians make a better diagnosis and plan treatment accordingly for patients that have a suspected elongated styloid process.

Keywords: Styloid process, Eagle's Syndrome

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Thành

Email: leanhthanh2504@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024