

Trường hợp lâm sàng

VIÊM CƠ TIM

NGHĨ DO TĂNG EOSINOPHIL

BS LÊ HỮU QUỲNH TRANG

Trường hợp lâm sàng

Bn nữ 1976

Khó thở 1 tháng, tăng khi nằm

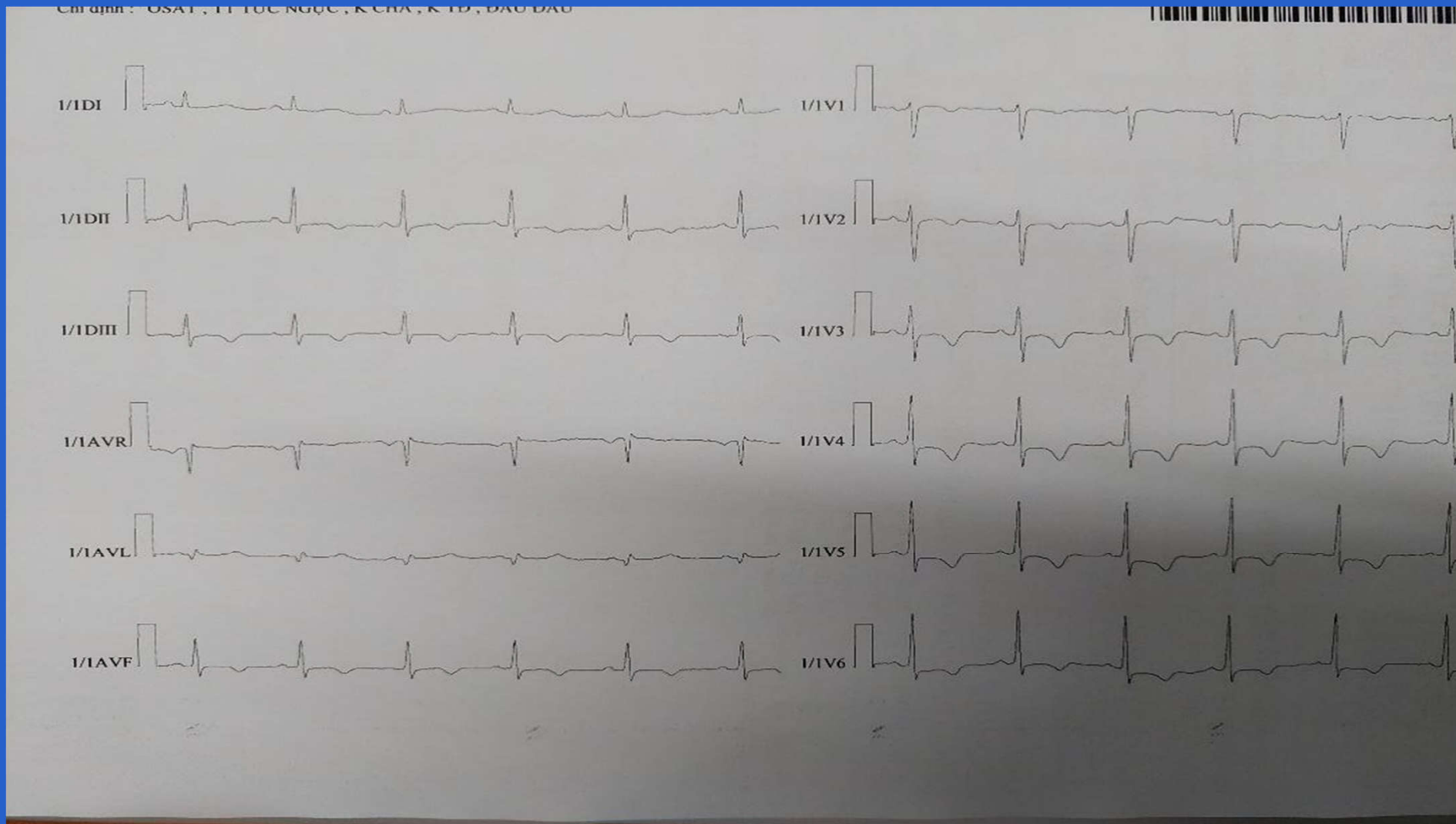
Ngoài ra còn ngứa da, đau đầu, đau gối phải

Không bệnh gì trước đây

Tĩnh tiếp xúc tốt, HA 124/83 mmHg, M 84 l/p

Tim đều rõ, ATTT 2/6 mỏm

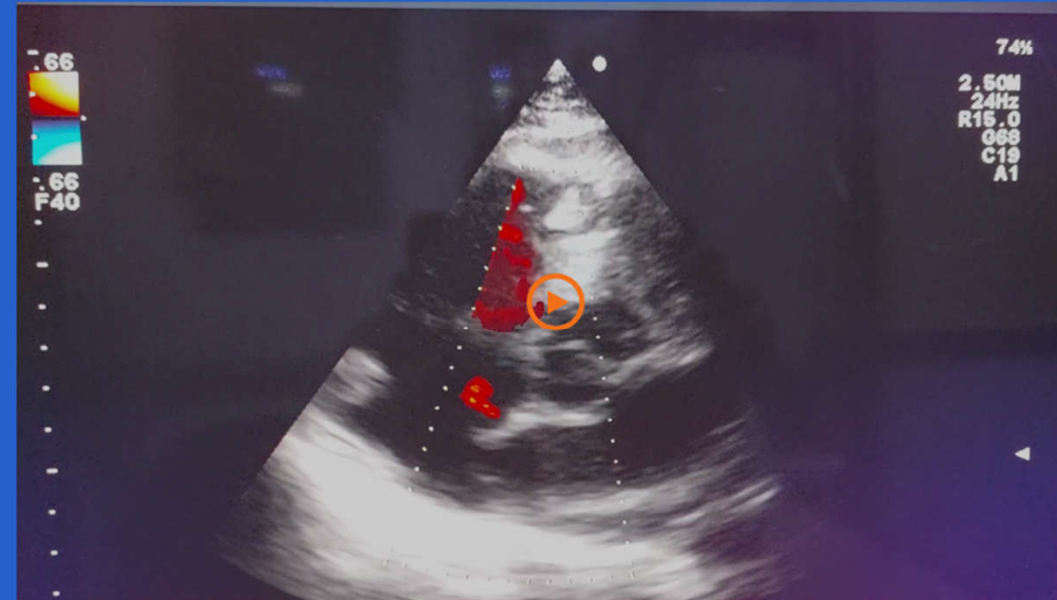
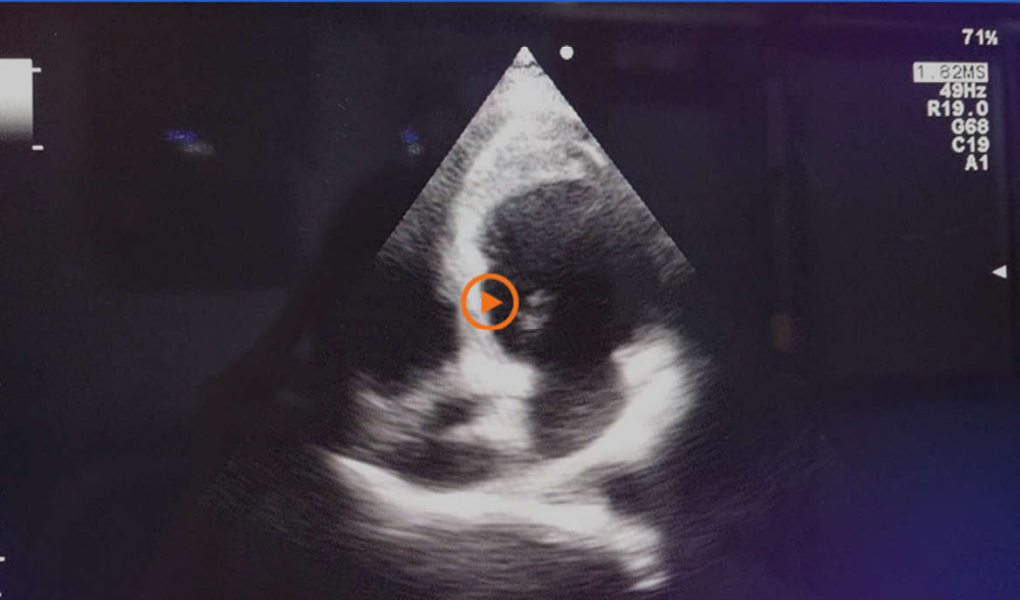
Trường hợp lâm sàng



Trường hợp lâm sàng

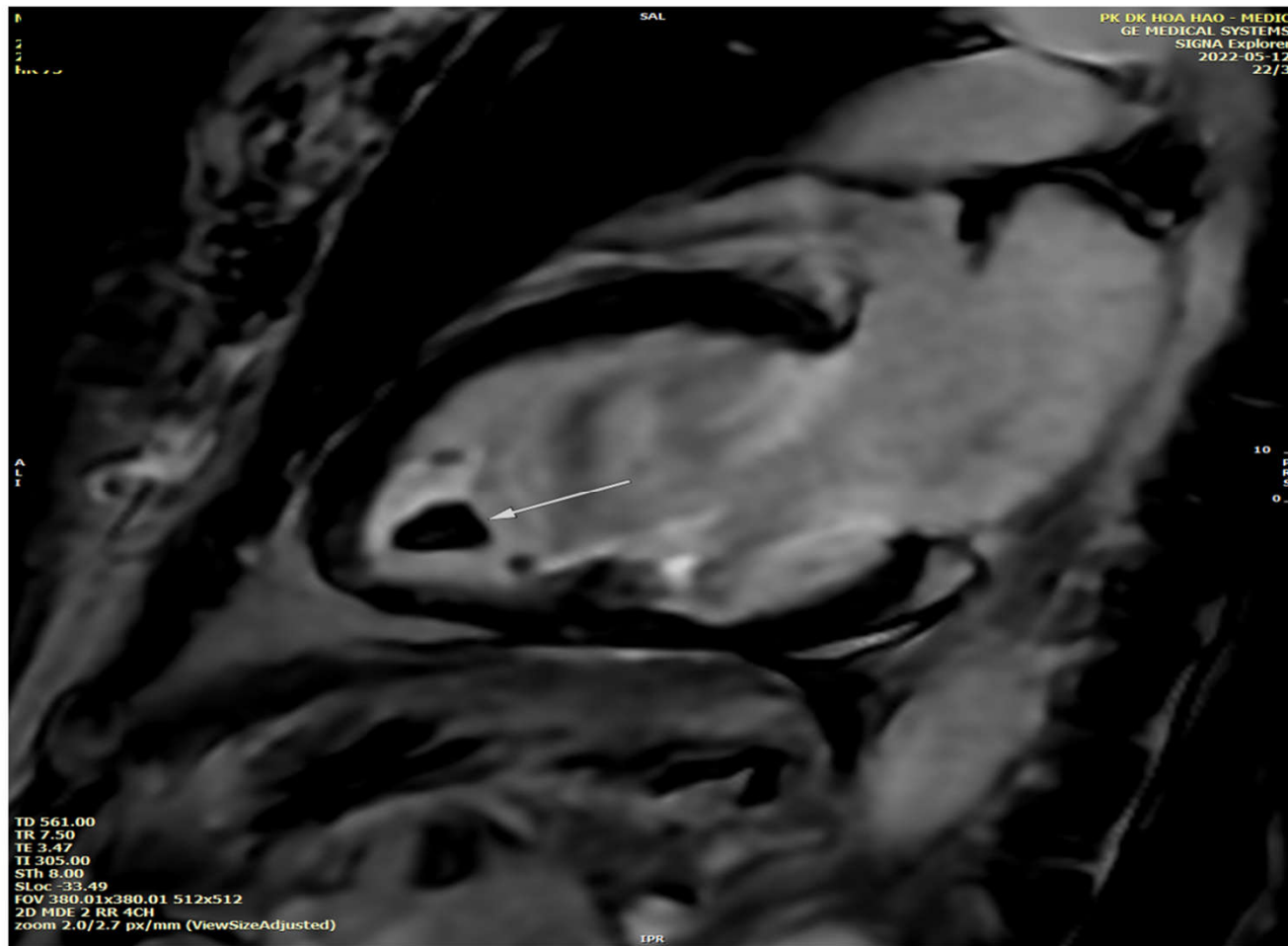


Trường hợp lâm sàng

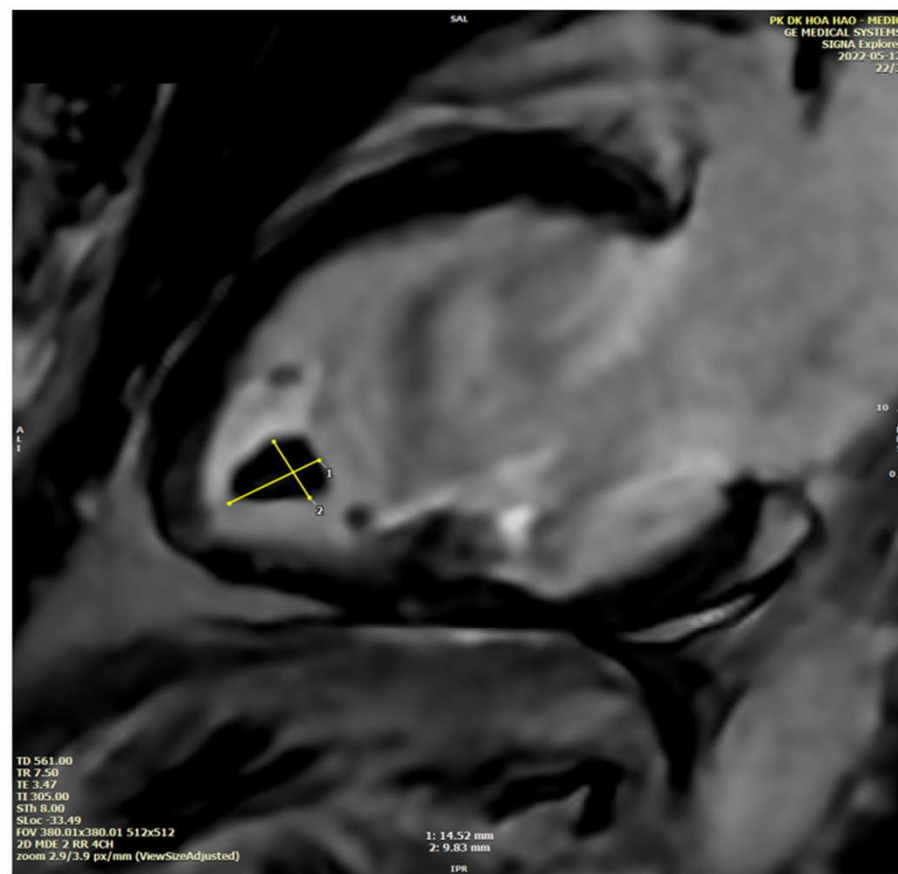
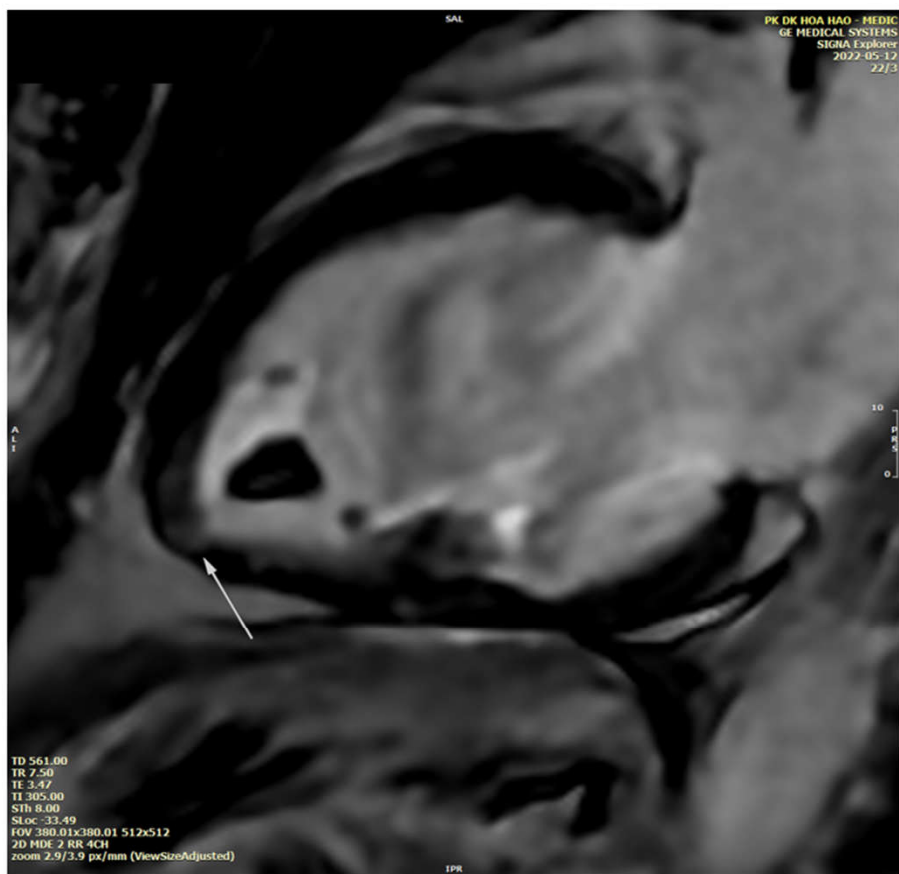


TD Thâm nhiễm Eo vùng mỏm, phân biệt
huyết khối, LDDd=57mm, EF=66%
ASD, MR 2/4

Trường hợp lâm sàng



Trường hợp lâm sàng



Trường hợp lâm sàng

Máy	: GE EXPLORER	Tiêm chất tương phản
Vùng	: MRI TIM	
Kết quả	: ** Kỹ thuật: Chụp cộng hưởng từ tim bằng máy GE Explorer 1.5 Tesla, với các chuỗi xung Axial FIESTA; SA Cine; CINE 4 buồng; CINE 2 buồng; FGRE Time Course; T1W, T2W Double IR FSE, MOLLI, T2 Mapping và Thì muộn (Delay enhancement) có tiêm Gadolinium.	
	** Tim phải dẫn to (Phần đáy thất phải 40mm, giữa thất phải 47mm), không thấy rối loạn vận động vùng, chức năng tâm thu thất phải bảo tồn. EDV=145ml; ESV=69ml; SV=75ml; EF=52%; CO=5.3l/min.	
	** Thất trái: Buồng thất trái trong giới hạn bình thường (LVDD=40mm), chức năng tâm thu thất trái bảo tồn.	
	- Các thông số và thể tích buồng thất trái đo theo phương pháp SAX3D Stack: EDV=133ml; ESV=57ml; SV=76ml; EF=57%; CO=5.3l/min; LV mass=77g.	
	- TD Thông liên nhĩ lỗ thứ phát, ASD=19mm.	
	- Thương tổn vùng môm thất trái, kích thước d=10x15mm, giảm tín hiệu trên hình ảnh CINE, thương tổn không bắt thuốc thì tưới máu và thì muộn.	
	- Thì tưới máu lúc nghỉ (Rest-Perfusion): Có hình ảnh khiếm khuyết tưới máu lớp nội mạc cơ tim ở phần giữa các thành thất trái.	
	- Thì muộn (Delay enhancement): Có hình ảnh xơ hóa lớp nội mạc cơ tim vùng môm thất trái.	
	- Tăng gian Native T2 của cơ tim (Native T2=61+/-3ms).	
	- Tăng thời gian Native T1 của cơ tim và thể tích dịch ngoại bào (Native T1=1118+/-116ms, ECV=35+/-12%).	
	- Không thấy dấu hiệu cơ tim nhiễm sắt hay thâm nhiễm amyloid.	
	- Không thấy dịch màng ngoài tim.	
	*** KẾT LUẬN:	
	- THÔNG LIÊN NHĨ LỖ THỨ PHÁT, ASD=19MM.	
	- HUYẾT KHỐI VÙNG MÔM THẤT TRÁI.	
	- TD BỆNH CƠ TIM THÂM NHIỄM EOSINOPHIL.	
	- CÓ HÌNH ẢNH KHIẾM KHUYẾT TỬ MẮU LỚP NỘI MẠC CƠ TIM Ở PHẦN GIỮA CÁC THÀNH THẤT TRÁI.	

Trường hợp lâm sàng

Xét nghiệm máu: tăng Eo : 23,7%, $2 \cdot 10^9 /L$ (BT<0.5 . $10^9/L$)

Các chỉ số về yếu tố nguy cơ mạch vành bình thường

HsTroponon T: 36.2ng/L (BT<14)

HsCRP: 4.8mg/L (BT<3)

D Dimer 1681 ng/ml (BT<500)

Toxocara IgG (+) 1.55 OD (BT <0.25 OD, GREYZONE0.25-0.35)

Trường hợp lâm sàng

Chẩn đoán : Viêm cơ tim -ngũ do tăng eosinophil (nhiễm Toxocara)

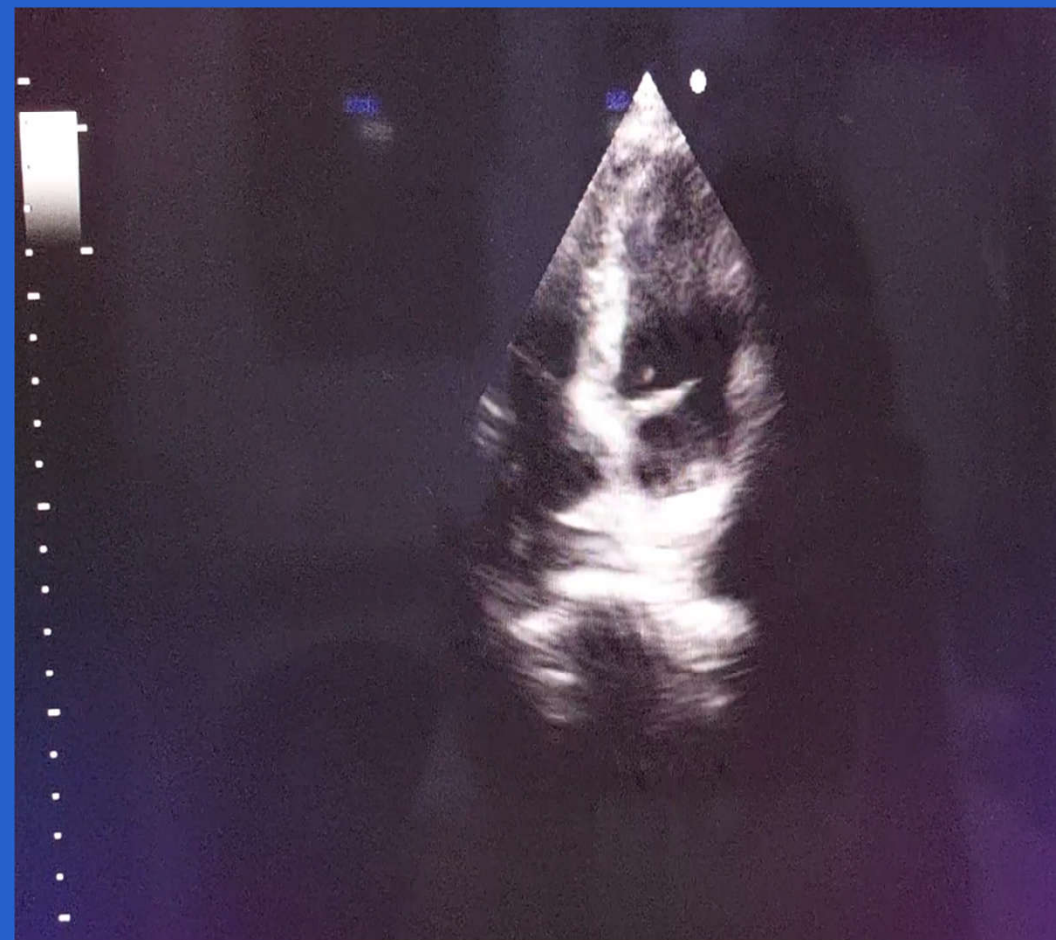
Điều trị: Ivermectin, Corticoid , kháng đông, verospirone

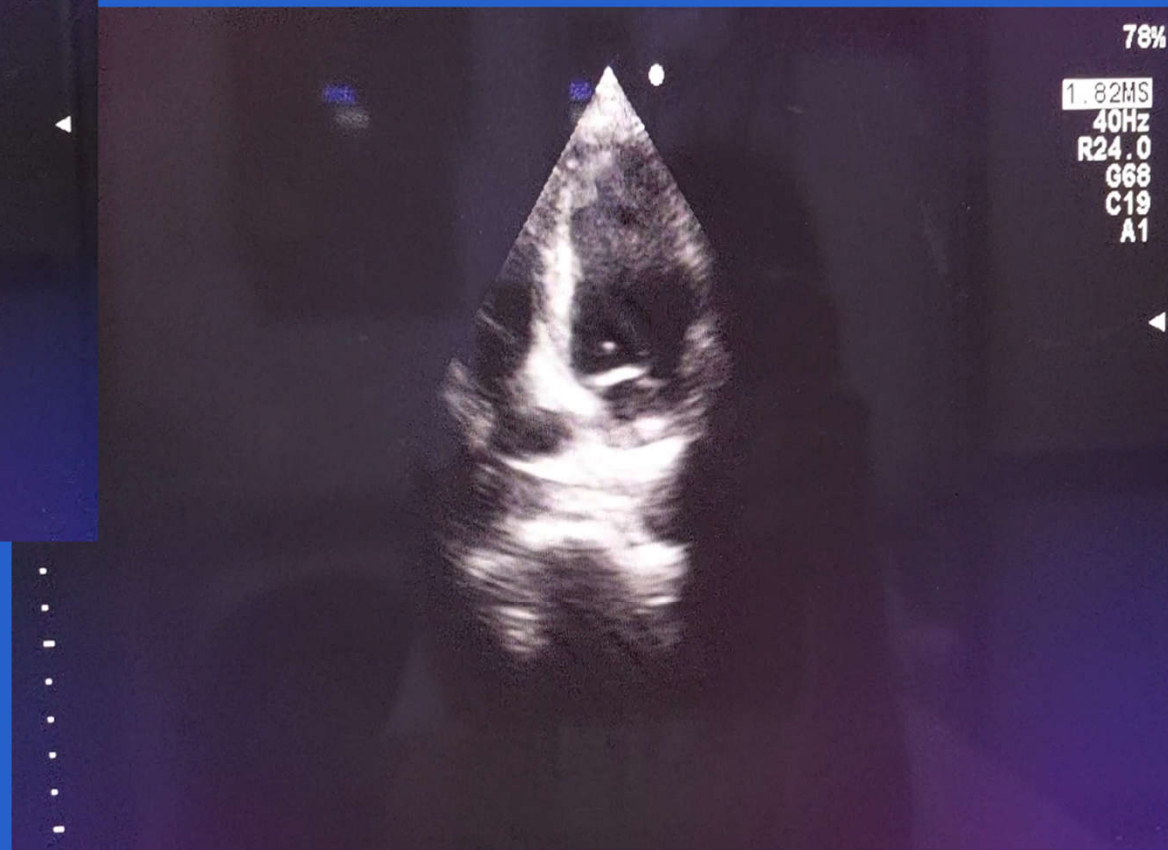
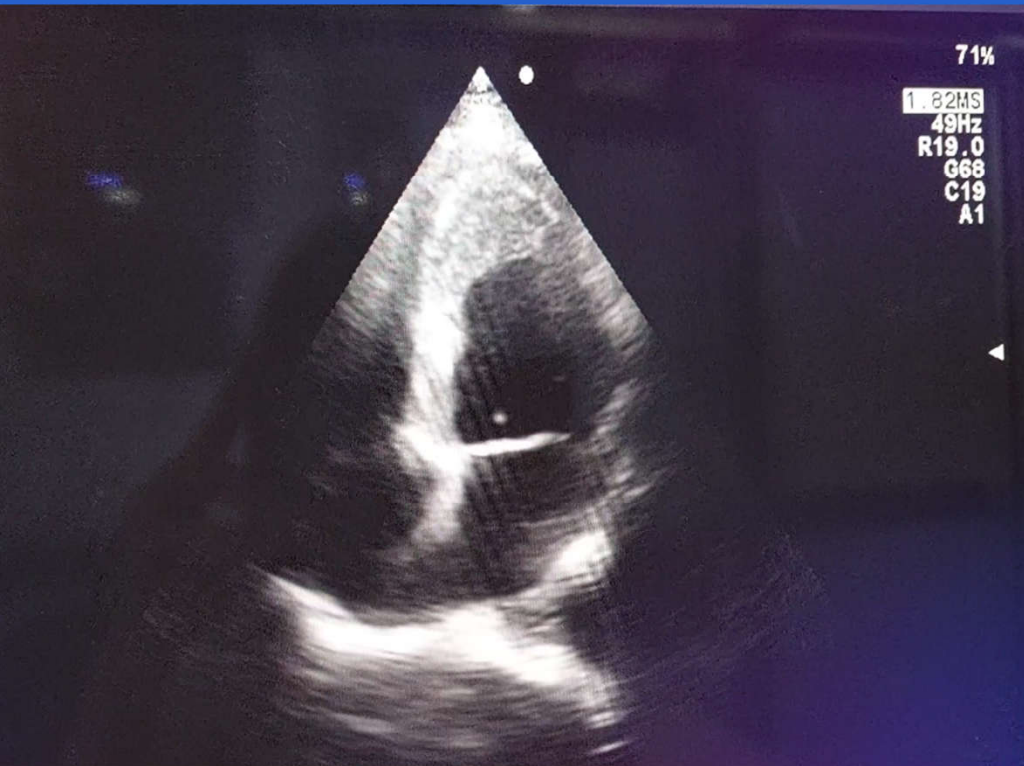
Trường hợp lâm sàng

Eo : 0,1%, 0.10^9 /L (BT<0.5 . 10^9 /L)

HsCRP: 0,62 mg/L

Hs Troponin T 9,54 ng/L





BÀN LUẬN

- **Viêm cơ tim**

- Tình trạng viêm cấp tính ở cơ tim do nhiều tác nhân gây bệnh (nhiễm trùng hay không nhiễm trùng)

- Không tổn thương cơ tim do thiếu máu cục bộ và chấn thương

- Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng không đặc hiệu (đau ngực, mệt, khó thở, sốt..) --> trì hoãn chẩn đoán

- Biến chứng: suy tim, rối loạn nhịp thất nguy hiểm, đột tử, suy đa cơ quan.

<p>Biểu hiện lâm sàng</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Đau ngực cấp</u>, kiểu màng ngoài tim, giống bệnh tim thiếu máu cục bộ 2. Khởi phát gần đây: vài ngày->3 tháng hay nặng lên của <u>khó thở khi gắng sức</u> hay lúc nghỉ; và/hoặc mệt, có hay không có dấu hiệu lâm sàng của suy tim hoặc phải 3. Bán cấp/mạn tính: >3 tháng 4. <u>Hồi hộp đánh trống ngực</u> và/hoặc triệu chứng rối loạn nhịp tim không giải thích được và/hoặc ngất và/hoặc ngưng tim được cứu sống 5. Sốc tim không giải thích được
<p>Yêu cầu chẩn đoán</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bất thường mới khởi phát của điện tim 2. Dấu chỉ điểm của tổn thương cơ tim: Troponin T/I 3. Bất thường cấu trúc và chức năng tim dựa trên chẩn đoán hình ảnh 4. Đặc tính mô cơ tim trên CHT: phù và/hoặc tăng bất thuốc thì muon

*1 biểu hiện lâm sàng và ≥ 1 tiêu chuẩn chẩn đoán
 có: (1) bệnh ĐMV (hẹp mạch vành ≥ 50%); (2) bệnh tim mạch có trước
 độ nghi ngờ VCT càng cao nếu số tiêu chuẩn đạt được càng nhiều. Không TCLS ≥ 2 tiêu chuẩn chẩn đoán.*

Myocarditis – A Proposed Definition

Hierarchical definition accounting for different levels of evidence

Pathology

Imaging

ECG

Syndrome

Biomarkers

For all other diagnosis/explanations (e.g. ACS) must be excluded

Definite Myocarditis:

- Pathology
OR
- Diagnostic CMR + syndrome + (biomarker or ECG)
OR
- ECHO WMA + syndrome + biomarker + ECG + negative angiography

Probable Myocarditis:

- Diagnostic CMR (no syndrome, ECG, biomarker)
OR
- Suggestive CMR with either syndrome, ECG, or biomarker
OR
- ECHO WMA and syndrome with either biomarker or ECG
OR
- Syndrome with PET scan evidence and no alternative diagnosis

Possible Myocarditis:

- Suggestive CMR with no syndrome, ECG or biomarker
OR
- ECHO WMA with syndrome or ECG only
OR
- Elevated biomarker with syndrome or ECG and no alternative diagnosis

BÀN LUẬN

MRI tim tại MEDIC đầy đủ các chức năng giúp chẩn đoán phân biệt giữa viêm cơ tim và các trường hợp NMCT không hẹp ĐMV

Siêu âm tim là phương tiện hữu ích góp phần chẩn đoán bệnh tuy nhiên không phải tất cả các trường hợp viêm cơ tim đều có bất thường trên siêu âm tim (trường hợp này có ý nghĩa dẫn đường)

ECG không đặc hiệu nhưng không theo nguyên tắc không soi gương như bệnh ĐMV

-Tiêu chuẩn vàng là Sinh thiết tim (tuy nhiên độ nhạy chỉ 54%)--> phối hợp nhiều phương tiện CLS

BÀN LUẬN

Tăng Troponin , có triệu chứng lâm sàng , yếu tố nguy cơ tim mạch hấp -> không loại trừ viêm cơ tim

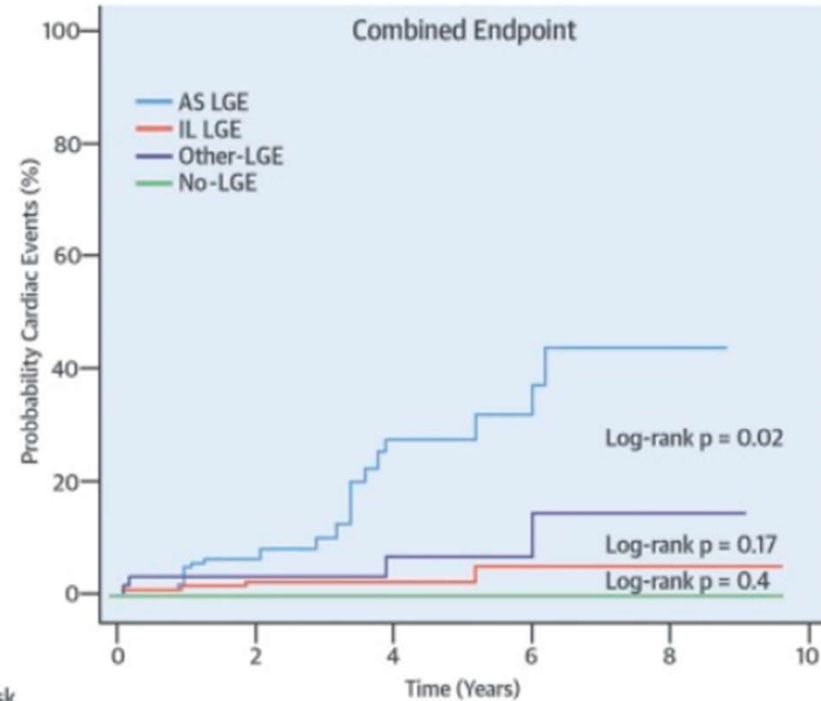
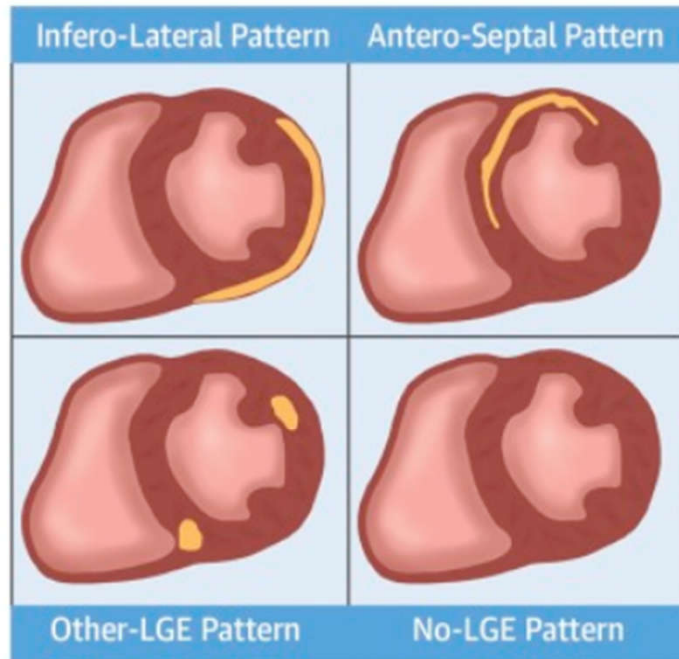
MRI tim là phương tiện có giá trị trong chẩn đoán bệnh

Tăng Eosinophil là 1 trong những nguyên nhân thường gặp trên LS có thể gây viêm cơ tim (20% các trường hợp tổn thương cơ quan), nếu không phát hiện sớm có thể dẫn đến đe dọa tính mạng người bệnh

BÀN LUẬN

I Bên	aVR	V1 Vách	V4 Trước
II Dưới	aVL Bên	V2 Vách	V5 Bên
III Dưới	aVF Dưới	V3 Trước	V6 Bên
Vị trí	Trực tiếp		Soi gương
Vách	V1, V2		Không
Trước	V3, V4		Không
Trước vách	V1, V2, V3, V4		Không
Bên	DI, aVL, V5, V6		DII, DIII, aVF
Trước bên	DI, aVL, V3, V4, V5, V6		DII, DIII, aVF
Dưới	DII, DIII, aVF		V1, V2
Sau	V7, V8, V9		V1, V2, V3, V4

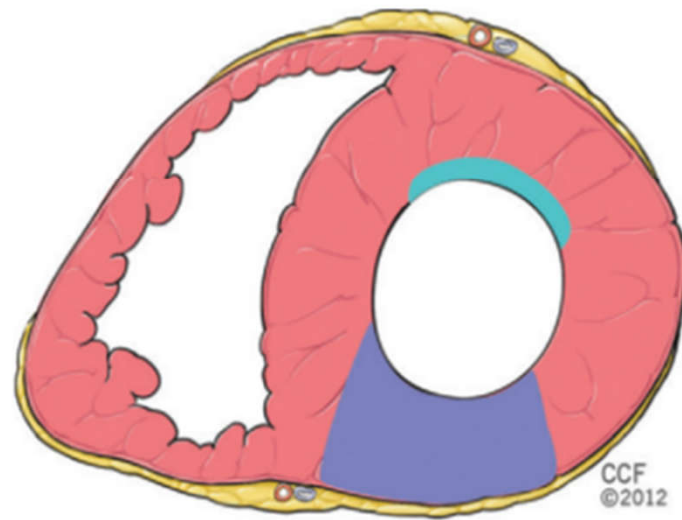
BÀN LUẬN



At Risk

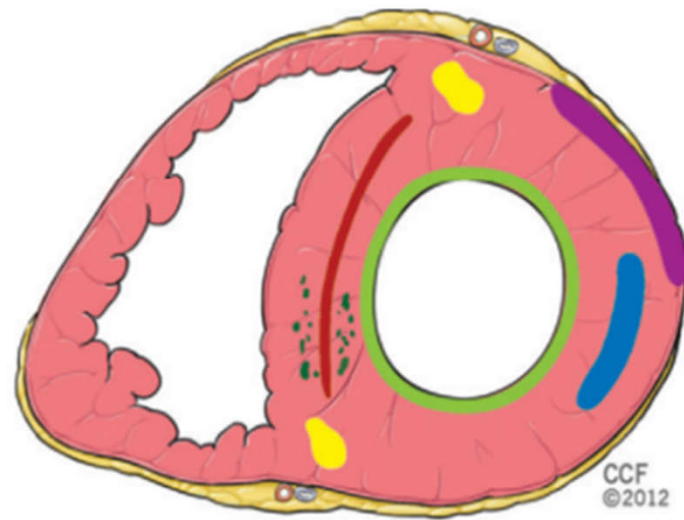
AS LGE	135	60	27	11	1	0
IL LGE	154	92	52	21	6	0
Other-LGE	59	44	24	11	6	0
No-LGE	26	19	7	1	1	0

BÀN LUẬN



Thiếu máu cục bộ

- Nhồi máu dưới nội mạc
- Nhồi máu xuyên thành



Không thiếu máu cục bộ

- Tăng bất Gd giữa cơ tim**
 - Bệnh cơ tim giãn, Viêm cơ tim
 - BCTPD, quá tải áp lực thất phải
 - BCTPD
 - Sarcoidosis, Viêm cơ tim, bệnh Anderson-Fabry, Bệnh Chagas
- Tăng bất Gd thượng mạc**
 - Sarcoidosis, Viêm cơ tim, bệnh Anderson-Fabry, Bệnh Chagas
- Tăng bất Gd toàn bộ nội mạc**
 - Amyloidosis, Xơ hoá hệ thống, Sau ghép tim

KẾT LUẬN

Tăng Troponin ở bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng không có yếu tố nguy cơ--> nghĩ đến viêm cơ tim

Kết hợp các phương tiện cận lâm sàng giúp chẩn đoán nhanh chóng, đặc biệt là có hình ảnh học MRI tim

Siêu âm tim là công cụ có thể giúp chẩn đoán nguyên nhân viêm cơ tim trong trường hợp viêm cơ tim do tăng Eosinophil

Đây là bệnh lý cần chú ý trong bối cảnh tăng Eosinophil do nhiều nguyên nhân khác nhau.

CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE CỦA CÁC THẦY CÔ VÀ CÁC ANH CHỊ!