

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP MIS-C SAU COVID-19 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÙNG VƯƠNG

Trần Thị Cườm¹, Vũ Thị Chang¹, Nguyễn Tiến Dũng²
1. Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương, 2. Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Hội chứng viêm đa hệ thống là một biến chứng hiếm gặp ở trẻ em liên quan đến COVID-19. Hội chứng này có thể rất nghiêm trọng, thậm chí gây tử vong. Lâm sàng nổi bật với các dấu hiệu tổn thương đa cơ quan, chỉ số viêm tăng cao và xét nghiệm có bằng chứng nhiễm SARS-CoV-2. Chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ nam 7 tuổi vào viện vì sốt cao ngày thứ 7, kèm theo các tổn thương trên da, tim mạch, huyết học và thần kinh. Biểu hiện lâm sàng lúc vào viện giống như Nhiễm khuẩn huyết và Kawasaki. Chẩn đoán xác định là hội chứng MIS-C khi khai thác được tiền sử trẻ có tiếp xúc với bệnh nhân COVID-19 và xét nghiệm kháng thể virus SARS-CoV-2 (+). Bệnh nhân được hồi phục hoàn toàn về mặt lâm sàng sau khi được điều trị bằng IVIG và methylprednisolon.

ABSTRACT

MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME AFTER COVID-19 - A CASE REPORT

Multisystem inflammatory syndrome is a rare complication in children associated with COVID-19. This syndrome can be very serious, even fatal. Clinically prominent with signs of multi-organ damage, elevated inflammatory index and laboratory evidence of SARS-CoV-2 infection. We report a case of 7-year-old boy admitted to the hospital with high fever on day 7, accompanied by skin, cardiovascular, hematological and neurological lesions. Clinical manifestations on admission were similar to sepsis and Kawasaki. The definitive diagnosis is MIS-C syndrome when the child has a history of contact with a COVID-19 patient and tests for SARS-CoV-2 (+) virus antibodies. The patient made a clinically complete recovery after being treated with IVIG and methylprednisolone.

Nhận bài: 10-1-2022; Chấp nhận: 25-2-2022
Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng
Địa chỉ: ĐT: 0913518596

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 ở trẻ em thường nhẹ. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, trẻ em có thể phát triển một biến chứng rất hiếm gặp gọi là hội chứng viêm đa hệ thống (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children - MIS-C) liên quan đến COVID-19. Hội chứng này có thể rất nghiêm trọng, thậm chí gây tử vong. Vào tháng 4 năm 2020, các báo cáo từ Vương quốc Anh và Ý đã ghi nhận case bệnh có dấu hiệu sốc nặng ở trẻ em với các đặc điểm giống bệnh Kawasaki (KD) [6], [12]. Sau đó đã có các báo cáo về những trẻ em bị ảnh hưởng tương tự từ hầu hết các nơi trên thế giới. Các trường hợp này phát hiện ở những trẻ đã nhiễm hoặc mắc COVID-19 hoặc có tiền sử tiếp xúc với người bệnh COVID-19 [1], [7], [10]. Bệnh nhân có biểu hiện sốt dai dẳng từ 38°C trở lên và các triệu chứng nặng đến mức cần nhập viện điều trị với tổn thương từ 2 cơ quan trở lên (tim mạch, thận, hô hấp, tiêu hóa, huyết học, da, thần kinh) và xét nghiệm chỉ số viêm tăng cao. Chúng tôi báo cáo một trường hợp MIS-C đầu tiên tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương được điều trị thành công.

2. BỆNH ÁN TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trẻ nam, 7 tuổi, vào viện với tình trạng sốt cao trên 39°C ngày thứ 7, đã điều trị tại bệnh viện huyện 5 ngày (không rõ chẩn đoán và thuốc điều trị) không đỡ nên gia đình xin ra viện, chuyển đến điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương.

Tình trạng lúc vào viện: Toàn trạng dấu hiệu nhiễm trùng nặng, nhịp thở 27 lần/phút, SpO₂ 96-98%, phổi thông khí đều không nghe ran. Tim nhịp đều rõ, không nghe tiếng tim bệnh lý, mạch 132 chu kỳ/phút, huyết áp 78/35mmHg, refill <2s,

cổ cứng (+), vạch màng não (+/-), Kernig (-).

Lâm sàng ghi nhận có: Ban da toàn thân, phù nề mu bàn tay, chân, ban đỏ lòng bàn tay, dấu hiệu lưỡi dâu tây (+), mắt đỏ 2 bên, hạch ngoại vi không sờ thấy. Tiền sử dịch tễ: ở cùng bố mẹ test nhanh covid (+) trước đó 4 tuần. Chẩn đoán sơ bộ khi vào khoa Nhi: Nhiễm khuẩn huyết, Theo dõi Kawasaki hoặc Hội chứng MIS-C. Điều trị ban đầu: kháng sinh phổ rộng meropenem + vancomycin và các điều trị hỗ trợ, đồng thời làm các xét nghiệm cận lâm sàng cấp giúp chẩn đoán xác định bệnh. Kết quả cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu 14,66G/L, tỷ lệ bạch cầu trung tính 82,9% (12,17G/L), pro-calcitonin 32.98ng/ml, LDH 295, pro-BNP 2462pg/ml, rối loạn đông máu: PT 15,1 giây, 65,2%, INR 1,38; APTT 48,4 giây, bệnh/chứng 1,6; fibrinogen 6,29g/l, D-Dimer 2674ng/ml, rối loạn điện giải, albumin máu giảm, kháng thể virus SARS-CoV-2 là 264,5 U/ml, siêu âm Doppler tim chưa phát hiện tổn thương mạch vành, chức năng tâm thu thất bình thường, có tràn dịch màng phổi 11mm, màng bụng 13mm. Bệnh nhi được chẩn đoán: Hội chứng MIS-C. Bệnh nhân được điều trị thêm: IVIG 2g/kg x 1 lần, aspirin 3-5mg/kg/ngày, methylprednisolon 2mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch 5 ngày đầu, sau đó chuyển đường uống và giảm dần liều. Lâm sàng cải thiện rõ rệt ngay sau truyền IVIG, methylprednisolon: trẻ cắt sốt sau 1 ngày, ban da hết sau 3 ngày, phù nề mu tay, chân giảm dần và hết. Sau 2 tuần điều trị: Lâm sàng trẻ ổn định hoàn toàn, xét nghiệm chỉ số viêm về bình thường, pro-BNP giảm từ 2462 xuống 489,6pg/ml), xét nghiệm đông máu ổn định, hết tràn dịch màng bụng, màng phổi 2 bên. Trẻ được ra viện, điều trị thuốc theo đơn và tái khám theo hẹn.



Hình 1. Lưỡi dâu tây và mắt đỏ cả hai bên



Hình 2. Phù hai mu bàn tay và ban da toàn thân

3. BÀN LUẬN

MIS-C là một biến chứng nặng, rất hiếm gặp ở trẻ mắc COVID-19. Tỷ lệ trẻ mới mắc MIS-C sau COVID-19 ở trẻ em thay đổi theo tuổi. Với trẻ dưới 5 tuổi tỷ lệ này là 4,9/ 1 triệu trẻ-tháng và từ 6-10 tuổi là 6,3/1 triệu trẻ-tháng. MIS-C thường xuất hiện ở trẻ vào thời điểm khoảng 4 đến 6 tuần sau khi mắc COVID-19 [5].

Các báo cáo ban đầu về biến chứng này được ghi nhận từ Vương quốc Anh, tiếp đến là các khu vực khác bao gồm châu Âu, Canada, Hoa Kỳ và

Nam Phi, [1], [6], [7], [10], [12]. Đáng chú ý, có rất ít báo cáo về MIS-C từ Trung Quốc và các nước châu Á khác có tỷ lệ COVID-19 cao trong thời kỳ đầu của đại dịch [13].

MIS-C và Kawasaki có nhiều điểm tương đồng trên lâm sàng. Khoảng 40 - 50% trẻ em có MIS-C đáp ứng các tiêu chí về Kawasaki điển hình hoặc không điển hình [8], [10]. Tuy nhiên, các báo cáo cho đến thời điểm hiện tại ghi nhận MIS-C thường gặp ở lứa tuổi lớn hơn (8-11 tuổi), bệnh nhi có tiền sử khỏe mạnh và mức độ tăng các marker viêm cao hơn so với Kawasaki thường gặp

ở trẻ nhỏ < 5 tuổi và thường gặp ở người châu Á, dấu hiệu hạch to là phổ biến hơn ở bệnh nhân Kawasaki.

MIS-C có thể xuất hiện với các dấu hiệu và triệu chứng giống như một trường hợp nhiễm khuẩn nặng. Do đó, việc điều trị ngay bằng kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm là cần thiết trong khi chờ các kết quả nuôi cấy.

Biến chứng liên quan đến tim khá phổ biến ở bệnh nhân MIS-C: khoảng 30-40% suy chức năng thất trái, 8-24% có bất thường động mạch vành [4], [5], [10]. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho đến thời điểm hiện tại cho thấy sự hồi phục rất khả quan nếu bệnh nhân được điều trị kịp thời: phục hồi chức năng tâm thất, thoái triển chứng phình động mạch vành và giải quyết rối loạn nhịp tim. Sự hồi phục này gần như hoàn toàn sau khoảng 6 tháng [2], [9], [11], [14]. Bệnh nhân của chúng tôi tại thời điểm nhập viện, chưa có biến chứng phình giãn hay huyết khối mạch vành và rối loạn nhịp tim, chức năng tâm thu thất bình thường, chỉ số pro-BNP tăng cao 2462pg/ml. Sau khoảng 2 tuần điều trị, theo dõi trên siêu âm doppler tim và xét nghiệm, chức năng tâm thu thất bảo tồn, chỉ số pro-BNP giảm còn 489,6pg/ml tại thời điểm xuất viện. Sau 2 tuần trở tái khám chỉ số pro- BNP là 33,69pg/ml.

Các triệu chứng về hô hấp không phải là một dấu hiệu nổi bật trong bệnh lý này. Mặc dù một số trẻ có thể có các triệu chứng hô hấp (thở nhanh, thở gấp gáp), có thể do sốc hoặc phù phổi do tim. Tương tự như case bệnh của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân không ghi nhận có tổn thương phổi [5].

Chúng tôi quyết định điều trị phối hợp IVIG và methylprednisolon cho bệnh nhân tại thời điểm có chẩn đoán xác định. Việc sử dụng IVIG và methylprednisolon đến nay còn chưa được thống nhất. Hiệu quả của điều trị đã được ghi nhận trong một số báo cáo khoảng 70-95% bệnh nhân được điều trị bằng IVIG và 30-60% điều trị IVIG + methylprednisolon. Hầu hết các bệnh nhân đều cải thiện nhanh chóng và hồi phục

chức năng tim [3], [10]. Nếu không có sẵn IVIG, điều trị bằng glucocorticoid đơn thuần là một lựa chọn hợp lý [15].

4. KẾT LUẬN

MIS-C là hội chứng hiếm gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên, nhưng là tình trạng bệnh nặng sau nhiễm COVID-19 từ 2-6 tuần. Chẩn đoán ban đầu nên được phân biệt với các trường hợp nhiễm khuẩn nặng.

Lâm sàng nổi bật với các dấu hiệu tổn thương đa cơ quan (tim mạch, tiêu hóa, huyết học, da, thần kinh) và chỉ số viêm tăng cao, xét nghiệm có bằng chứng nhiễm SARS-CoV-2.

Diễn biến bệnh nặng. Tiên lượng khá tốt, hầu hết hồi phục hoàn toàn về mặt lâm sàng nếu được điều trị sớm bằng IVIG hoặc methylprednisolon.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Health Alert Network (HAN): Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**, <https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00432.asp>.

2. **Capone C. A. et al (2021), "Six Month Follow-up of Patients With Multi-System Inflammatory Syndrome in Children"**, *Pediatrics*, 148(4), pp. 339-365.

3. **Guenver C. et al (2021), "Educational Setting and SARS-CoV-2 Transmission Among Children With Multisystem Inflammatory Syndrome: A French National Surveillance System"**, *Frontiers in pediatrics*, 9, pp. 235-246.

4. **Whittaker E. et al (2020), "Clinical characteristics of 58 children with a pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2"**, *Jama*, 324 (3), pp. 259-269.

5. **Son M. B. F. et al (2021), "COVID-19: Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) clinical features, evaluation, and diagnosis"**, <http://uptodate.com>.

6. **Paediatric Intensive Care Society (PICS) Statement:** Increased number of reported cases of novel presentation of multi system inflammatory disease, <https://picsociety.uk/wp-content/uploads/2020/04/PICS-statement-re-novel-KD-C19-presentation-v2-27042020.pdf>.
7. **Jiang L. et al (2020),** "COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents", *The Lancet Infectious Diseases*, 20(11), pp. 276-288.
8. **Verdoni L. et al (2020),** "An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study", *The Lancet*, 395(10239), pp. 1771-1778.
9. **Theocharis P. et al (2021),** "Multimodality cardiac evaluation in children and young adults with multisystem inflammation associated with COVID-19", *European Heart Journal-Cardiovascular Imaging*, 22(8), pp. 896-903.
10. **Feldstein L. R. et al (2020),** "Multisystem inflammatory syndrome in US children and adolescents", *New England Journal of Medicine*, 383(4), pp. 334-346.
11. **Kobayashi R. et al (2021),** "Detailed Assessment of Left Ventricular Function in Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, Using Strain Analysis", *CJC open*, 3(7), pp. 880-887.
12. **Riphagen S. et al (2020),** "Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic", *The Lancet*, 395(10237), pp. 1607-1608.
13. **Li W. et al (2020),** "Why multisystem inflammatory syndrome in children has been less commonly described in Asia?", *Translational Pediatrics*, 9(6), pp. 873.
14. **Belhadjer Z. et al (2020),** "Addition of corticosteroids to immunoglobulins is associated with recovery of cardiac function in multi-inflammatory syndrome in children", *Circulation*, 142(23), pp. 2282-2284.
15. **Son M. et al (2021),** "COVID-19: multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) management and outcome", <http://uptodate.com>.