ĐẢO NGƯỢC PHỦ TẠNG

Người dịch: BS. Nguyễn Thị Hà – Khoa Y, Đại học Duy Tân

Nguồn: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm1811002

Một người đàn ông 66 tuổi vào viện với bệnh sử là ho, nghẹt mũi và đau ở ngực và bên trái bụng cách đây 3 ngày. Vài tháng trước khi vào viện, anh ta đã di cư sang Hoa Kỳ sau khi sống trong một trại tị nạn trong 20 năm. Qua thăm khám lâm sàng, tiếng tim nghe rõ ở ngực phải, đau ở khớp sụn sườn và ở góc phần tư phía trên bên trái khi sờ nắn. Điện tâm đồ cho thấy độ lệch trục phải, sóng R đảo ở các chuyển đạo trước tim và sóng P đảo ngược trong các đạo trình I, aVL và aVR (xem hình S1 trong Phụ lục bổ sung, có sẵn tại NEJM.org). Các phát hiện trên X quang ngực bao gồm tim lệch phải (Hình A) và chụp cắt lớp vi tính vùng bụng cho thấy sự hoán vị hình ảnh phản chiếu của các cơ quan bụng (Hình B), xác nhận sự đảo ngược phủ tạng mà không có đặc điểm bệnh lý cấp tính. Đảo ngược phủ tạng có thể xảy ra trong sự riêng biệt hoặc kết hợp với rối loạn vận động nhung mao nguyên phát. Bệnh nhân không có tiền sử nhiễm trùng đường hô hấp tái phát gợi ý rối loạn vận động nhung mao nguyên phát. Siêu âm tim cho thấy không có bất

thường về cấu trúc. Một chẩn đoán nhiễm trùng đường hô hấp trên đã được thực hiện, đau ngực, cơ xương khớp được điều trị bằng thuốc chống viêm không steroid. Nhiễm trùng đã được xử trí vài ngày sau đó.

Từ khóa: “Situs Inversus Totalis: Đảo ngược phủ tạng”

Situs Inversus Totalis

A 66-year-old man presented to the emergency department with a 3-day history of cough, congestion, and pain in his chest and the left side of his abdomen. Several months before presentation, he had immigrated to the United States after living in a refugee camp for 20 years. The results of the physical examination were notable for heart sounds best heard on the right side of the chest and for tenderness in the costochondral joints and the left upper quadrant on palpation. An electrocardiogram showed right axis deviation, reverse precordial R-wave progression, and inverted P waves in leads I, aVL, and aVR (see Fig. S1 in the Supplementary Appendix, available at NEJM.org). Findings on a chest radiograph included dextrocardia (Panel A), and computed tomography of the abdomen revealed mirror-image transposition of the abdominal organs (Panel B), confirming the presence of situs inversus totalis without acute pathologic features. Situs inversus totalis can occur in isolation or in conjunction with primary ciliary dyskinesia. The patient had no history of recurrent respiratory infections suggestive of primary ciliary dyskinesia. Echocardiography revealed no structural abnormalities. A diagnosis of upper respiratory infection was made, and the musculoskeletal chest pain was treated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. The infection resolved several days after presentation.