

# Hình ảnh dịch ổ bụng thai nhi

Bác sỹ Pasco Michel  
Centre Hospitalier de Cholet  
Université de Nantes

---

- Thời điểm phát hiện
  - Đặc điểm siêu âm
  - Vị trí cụ thể
  - Chẩn đoán là gì
  - Thái độ xử trí
    - Trước sinh
    - Sau sinh
  - Biến chứng của nó là gì ?
-

# Thời điểm phát hiện

- Quý 1
- Quý 2- quý 3

# Quý 1

- Hình ảnh tổn thương
  - Phân tích các triệu chứng
  - Thái độ xử trí
  - Tiên lượng
-

- Chứng bàng quang to: ở giai đoạn sớm từ 11-15 tuần theo nghiên cứu của Favre năm 2002.
  - Một số cas lâm sàng trong y văn:
    - Nang gan
    - Túi thừa Meckel
    - Bóng đôi tá tràng, túi thừa Meckel khổng lồ
    - Nang ống mật
    - Phình đại tràng bẩm sinh
    - Teo hẹp trực tràng, hậu môn màng
    - Rối loạn quá trình quay của ruột trong thời kỳ bào thai
  - Nang ổ bụng thai nhi trong 3 tháng đầu: chẩn đoán trước sinh và dấu hiệu lâm sàng điển hình- Sepulveda – UOG 2008
-

Hãy phân tích hình ảnh sau



Hãy phân tích hình ảnh sau



	Kích thước	Thời điểm	Độ dày nang	Nhu động	Cấu trúc nang	Vị trí
duplication	11-70mm	Sớm	Dày	Có nhu động	Có dịch	Cuối hồi tràng
Túi thừa Meckel	Dao động	Sớm	Dày	Có nhu động	Có dịch / phân	Đoạn xa hồi tràng
Nang bạch huyết	Lớn	Sớm	Mỏng	Không	Có dịch / vách	Trong/ Sau phúc mạc
Nang mạc treo	Dao động	Sớm	Mỏng	Không	Có dịch	Sau phúc mạc
Nang buồng	Dao động	Quý 3	Mỏng	Không	Có dịch	Trong phúc
Nang ống mật chủ	Dao động	Sớm	Mỏng	Không	Có dịch	Trong Gan
Tắc ruột phân su	Lớn	Dao động	Canxi hóa	Không	Có dịch	Trong phúc mạc
Ứ dịch âm đạo	Lớn	Dao động	Mỏng	Không	Có dịch hoặc mức dịch	Sau phúc mạc trực tràng
Khối u tiết niệu	Lớn	Dao động	Mỏng	Không	Có dịch	Rétro péritonéal
U quái cùng cụt	Dao động	Sớm	Mỏng	Không	Có dịch hoặc có vách	OB sau trực tràng



- **Images intra abdominales très diverses**

- Trong phúc mạc
  - Không thuộc bộ máy tiêu hóa
  - Thuộc bộ máy tiêu hóa
- Sau phúc mạc
  - Thận- tiết niệu
  - Cột sống

# Démarche étiologique

Vị trí	Cao, Thấp , Bên, Trước, Sau
Cấu trúc thành	Có thể nhận dạng, mỏng, dày, nhiều lớp
Cấu trúc	Cấu trúc tăng âm, giảm âm, hỗn âm
Trạng thái	Có nhu động, Dạng đặc
Vị trí	Cố định sau 2 lần siêu âm
Liên quan	Tổ chức xung quanh, dính

	taille	moment de survenue	paroi	péristaltisme	contenu	localisation	signes associés complications
Duplication	11 à 35 mm	précoce	stratifiée	oui	liquidien	multiple	occlusion
Diverticule de Meckel	variable	précoce	stratifiée	oui	liquidien ou méconial	iléale distale	occlusion
Lymphangiome kystique	volumineux	précoce	fine	non	liquidien cloisonné	intrapéritonéale retroperitoneale	occlusion
Kyste méésentère	variable	précoce	fine	non	liquidien	intrapéritonéale	occlusion
Kyste ovaire	variable	3ème trimestre	fine	non	liquidien	intrapéritonéale	torsion hémorragie
Pseudokyste cholédoque	variable	précoce	fine	non	liquidien	sous hépatique	dilatation des VBIH
Kyste méconial	volumineux	variable	calcifiée	non	méconial	intrapéritonéale	dilatation grêle
Urinome	volumineux	variable	fine	non	liquidien	retropéritonéale	hypoplasie rénale
Hydrocolpos	volumineux	variable	fine	non	liquidien	pelvienne retrovesical prerectal	cloaque sd malformatif
Tératome pelvien	variable	précoce	fine	non	liquidien cloisons	pelvienne retrorectal	insuffisance cardiaque

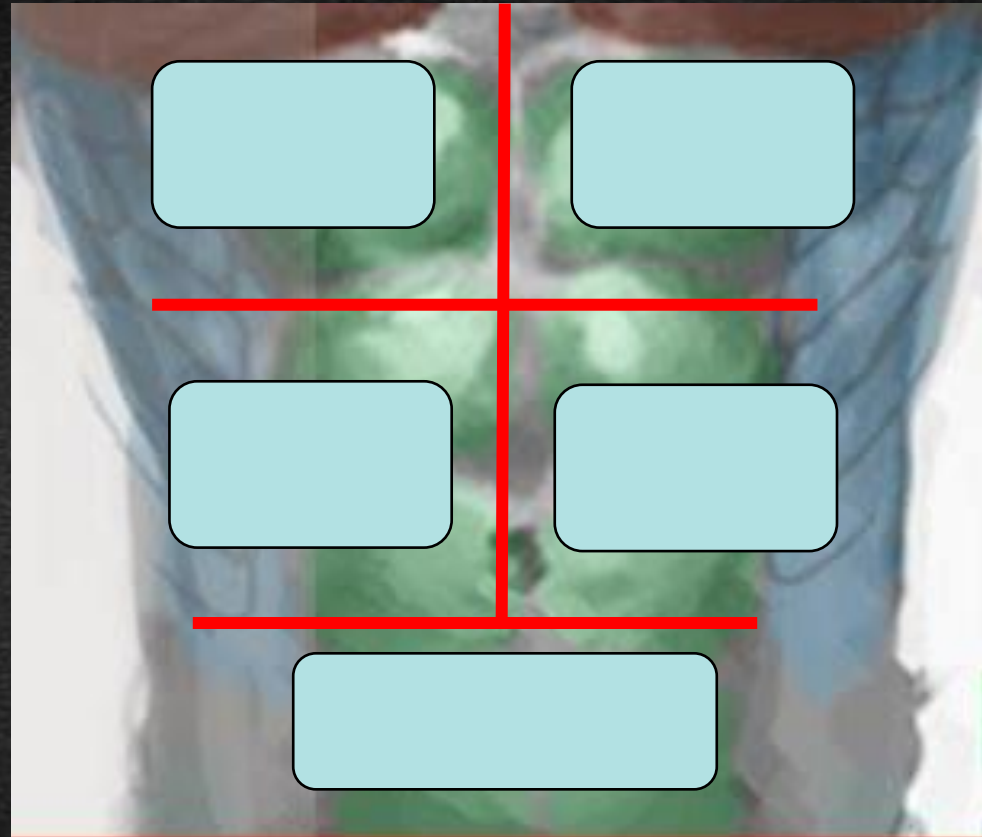
- Phân vùng giải phẫu

Gan

Lách

Thận/ thượng thận

Thận/ thượng thận



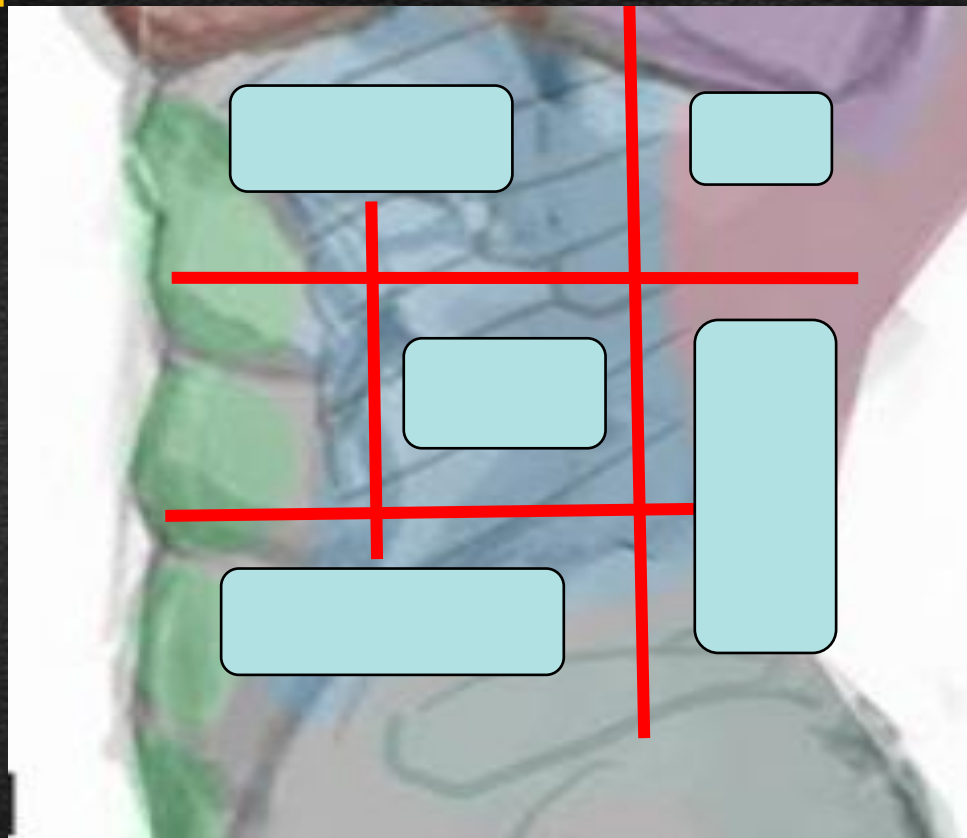
Tiết niệu – sinh dục

- Phân vùng giải phẫu

Vùng gan

Mạc nối

Tiết niệu sinh dục



Phổi

Cột sống

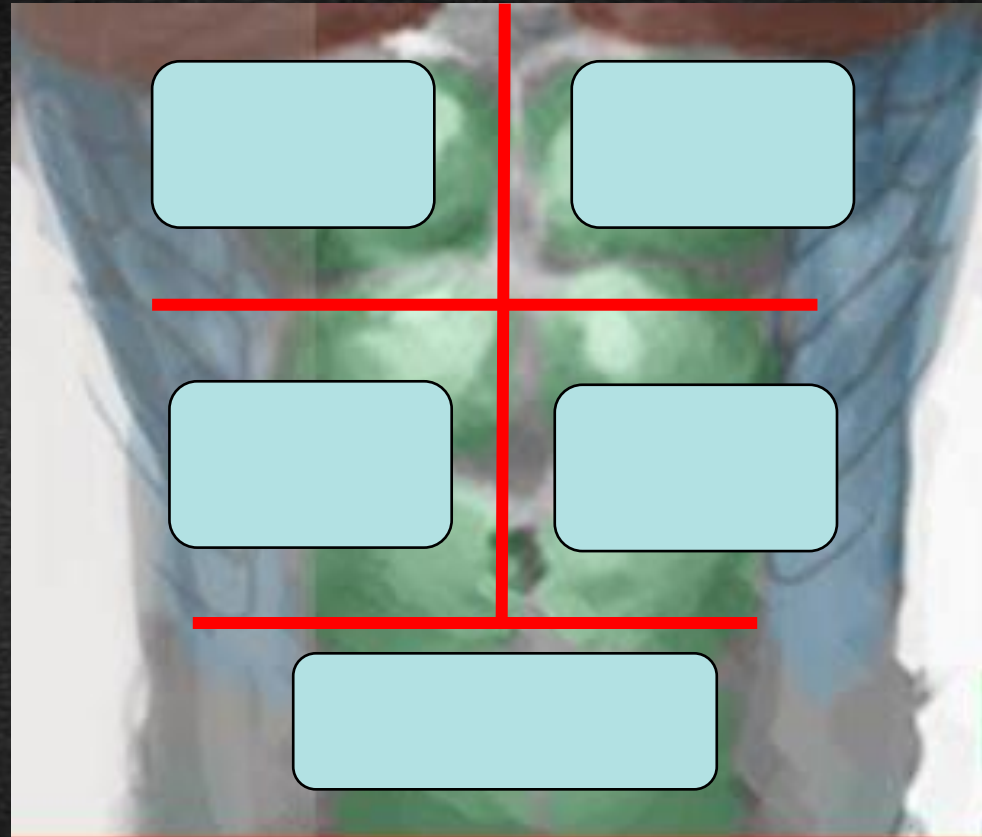
- Phân vùng giải phẫu

Gan

Lách

Thận/ thượng thận

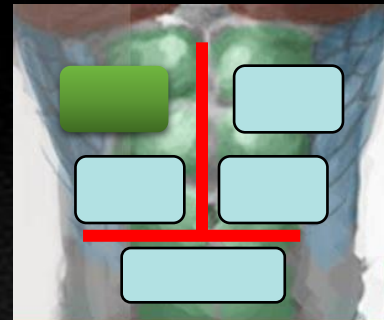
Thận/ thượng thận



Tiết niệu – sinh dục

# Vùng gan

- Nang gan
- Nang ống mật chủ
- Bất thường bàng quang



## Nang gan

- Trống âm
- Tròn
- Không có mạch
- Không có kết nối với tổ chức khác





- **Phân loại nang gan**
- **Bẩm sinh**
  - Nang đơn độc
  - Bệnh lý đa nang gan di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường
  - U quái BT
  - Nang bạch huyết
- **Mắc phải**
  - Tụ máu sau chấn thương hoặc cấp hoặc mãn tính
  - Nhiễm ký sinh trùng (bệnh sán)
  - Bệnh lý u (lành tính/ ác tính)
  - Thứ phát sau viêm gan, abscess, hoại tử ổ, or bệnh u hạt

- Nang ống mật chủ

- Tròn
- Vỏ mỏng
- Không có mạch
- Liên tiếp với túi mật



GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE

F 2 04-03-09

16:07:50

191/204  
19Hz

DVA: 75%

Túi mật

Ruột

Nang OMC

Dạ dày

R06 G56 C4 A2

1: MORPHO HAR MOY

GYNECO-OBSTETRIQUE

, F 2 (

178/179 [ ]  
16Hz

. 20

. 20  
F 15

R11 G56 C4 A2

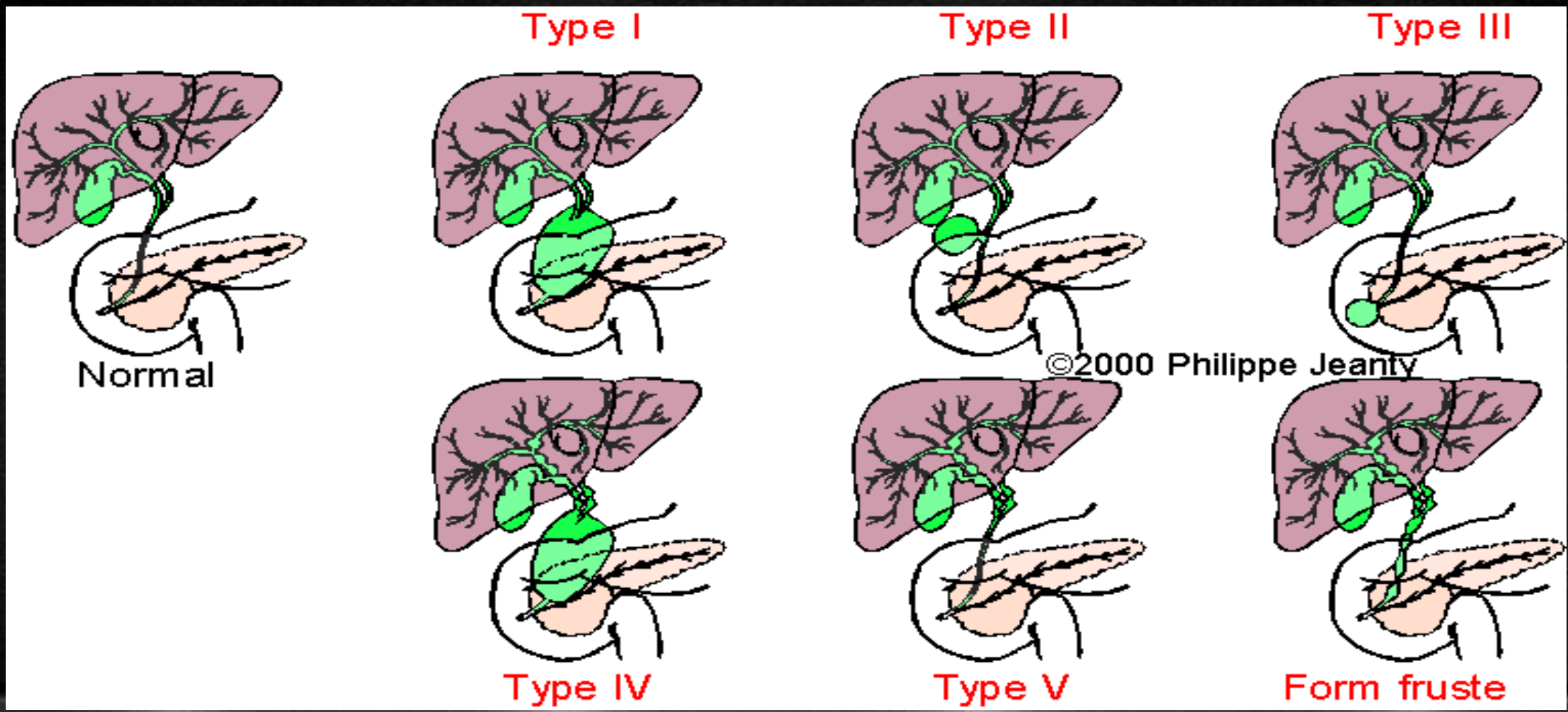
1: MORPHO HAR MOY

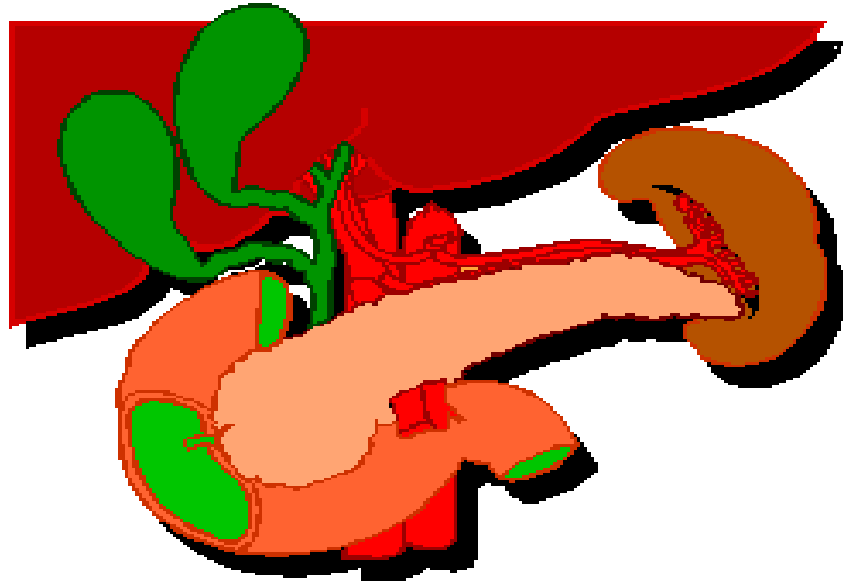
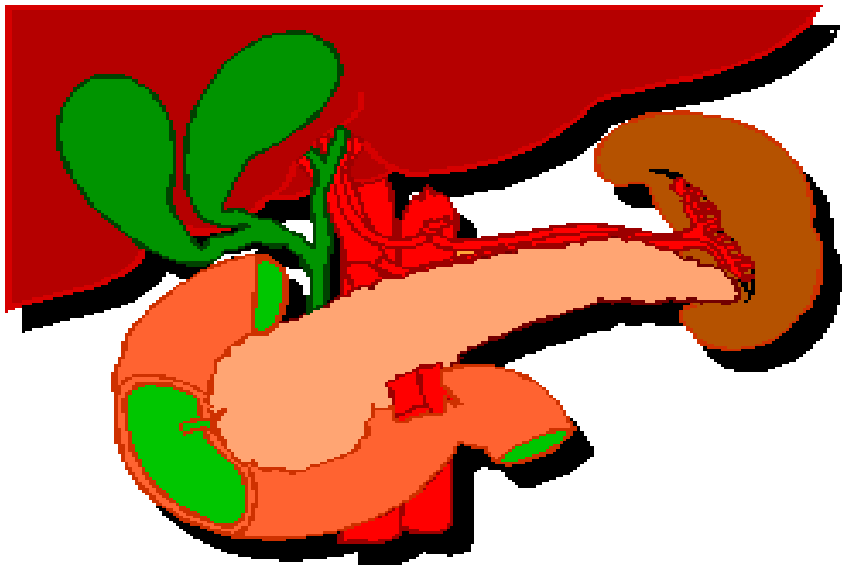


ge

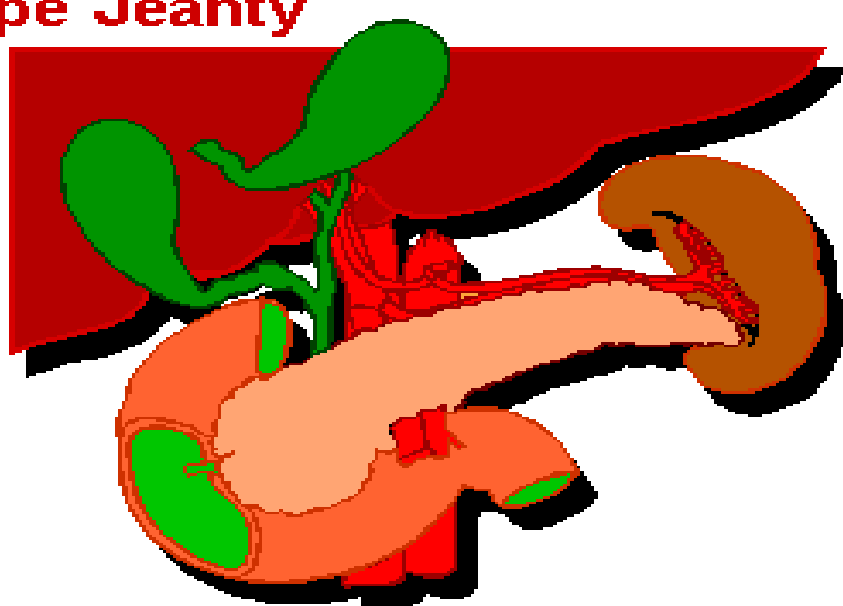


# Classification kyste du cholécystode





©1991 Philippe Jeanty



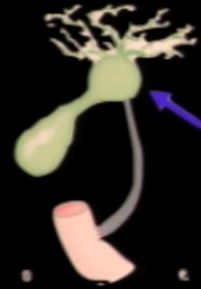
# Kyste du choledoque

- Au niveau du hile
  - Dilatation des voies biliaires extra hépatiques
  - Petit volume
  - Communications avec les voies intra hépatique
  - Polysplénie
  - Agénésie des voies biliaires 8%
-





- Dilatation des VBH associée au kyste permet de faire le diagnostic de kyste du cholédoque
- Si pas de dilatation des VBH, suspicion d'AVB



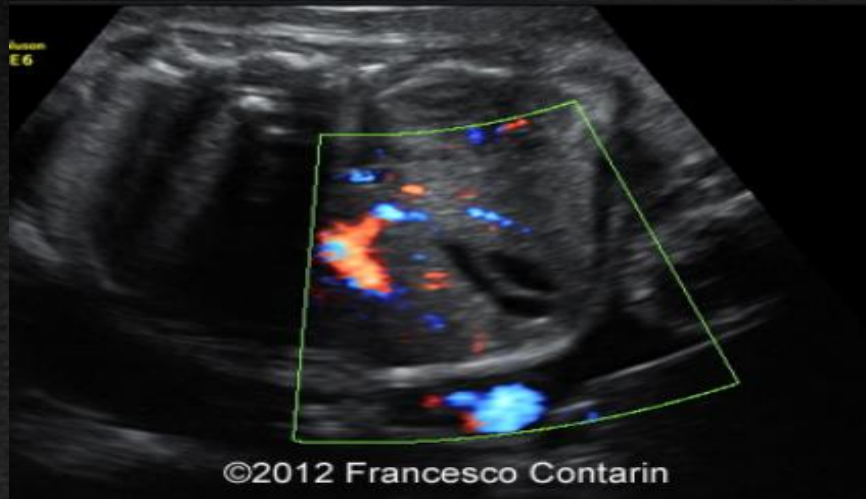
aspect crénelé des  
parois vésiculaires



# Prognostic

- Pronostic
  - Dominé par le risque infectieux post natal
  - Quelque rare agénésie biliaire

- Duplication vésicule



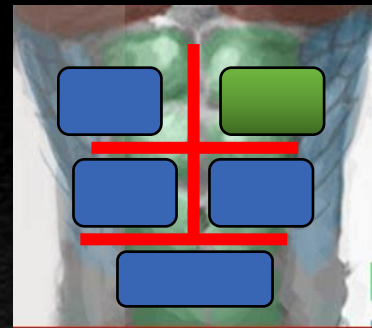
# Duplication vésicule



- DA NANG 2017
-

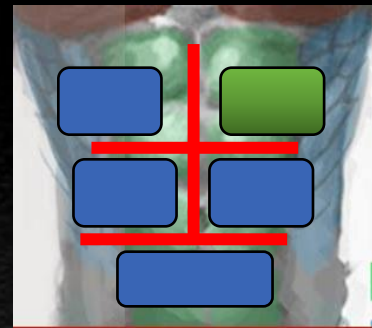
# Splénique

- Kyste Splénique
  - Petite
  - Transonore
  - Variable
  - Non vasculaire



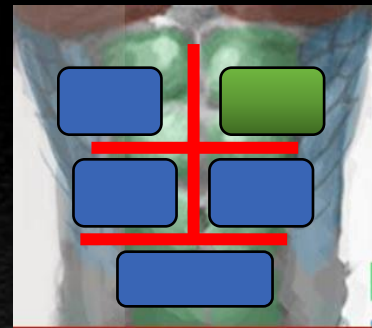
# Surrénale

- Kyste surrénalien
  - Transonore
  - Taille variable
  - Hémorragie intra



# Surrénale

- neuroblastome





- FG 33 sa petite formation kystique de localisation surrénalienne droite 9x7x6 mm



CENTRE 3 ECHOGRAPHIE :  
ILE GLORINETTE NANTES :

Y

ALOKA

.F 1 22-01-80  
12787/8

64/850  
21Hz

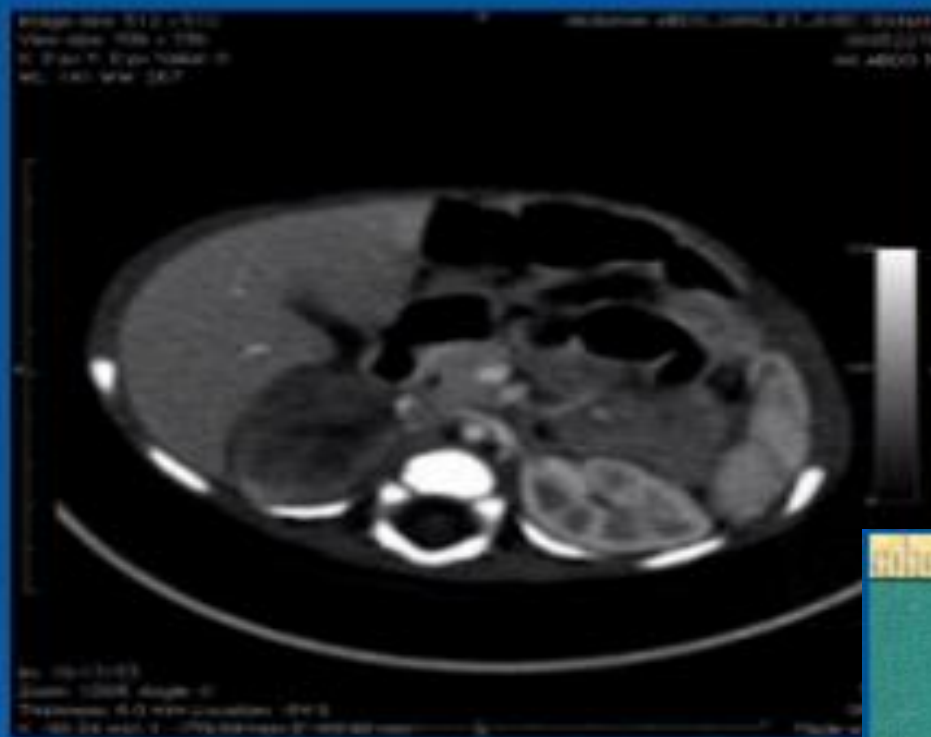
26/942  
21Hz

DUR: 72x



+DIST 6.7cm  
+DIST 3.4cm  
+DIST 1.1cm

## BILAN à 2 MOIS



- Echo: masse d'échostructure nettement plus solide, et augmentée de volume : 36 X 31 X 28 mm

# Le neuroblastome

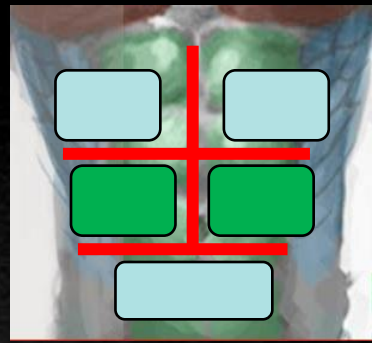
- ✓ 1ère tumeur rétro-péritonéale, extra-rénale
- ✓ Tumeur solide la plus fréquente de l'enfant de < 5ans
- ✓ Tumeur dérivée des cellules de la crete neurale
- ✓ Localisations: sites de migration de ces cellules
  - Surrénale
  - Chaines sympathiques (cou- thorax-abdomen-pelvis)
- ✓ Métastases: ganglions, moelle, os
- ✓ Hétérogénéité de la présentation clinique
- ✓ Importance du staging initial: traitement pluristratifié



# Le syndrome de Pepper (IVs)

- ✓ Nourisson de moins de 6 mois
- ✓ Gros foie métastatique (détresse resp)
- ✓ Petit NBL surrénalien
- ✓ Nodules sous-cutané (méta)
- ✓ Méta médullaires (mais non osseuses)
- ✓ Régression spontanée possible
- ✓ Excellent pronostic

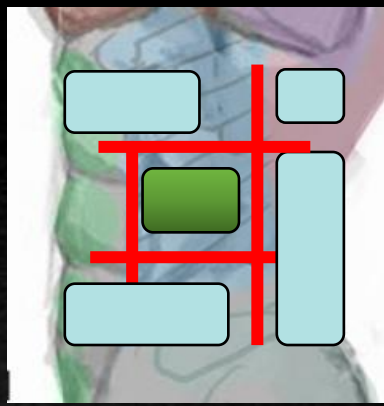
# Rénale



- Kyste isolé du rein
- Rein kystique
- Dysplasie rénale
- Pyélectasie
- Duplication

# Centrale

- Mésentérique
- Lymphangiome kystique



## Lymphangiome kystique

- Image multiloculaire
- Taille variable
- vascularisée





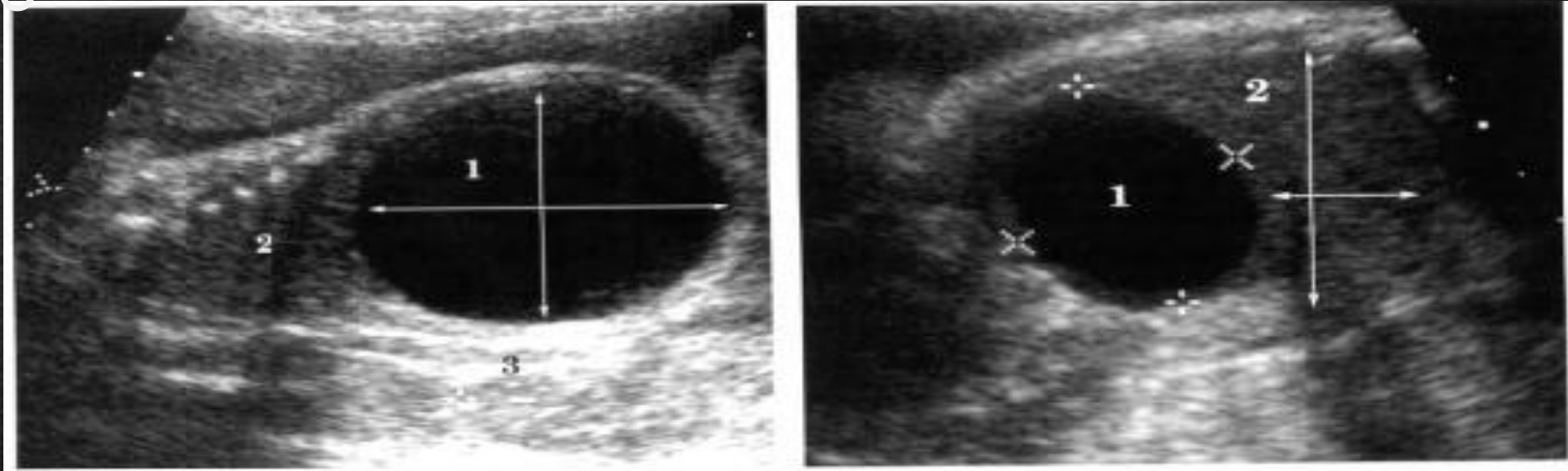
# Kyste méésentérique

Image anéchogène

Souvent unique

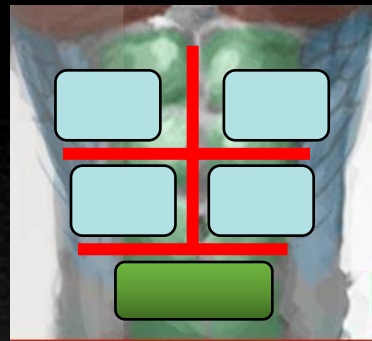
Centrale

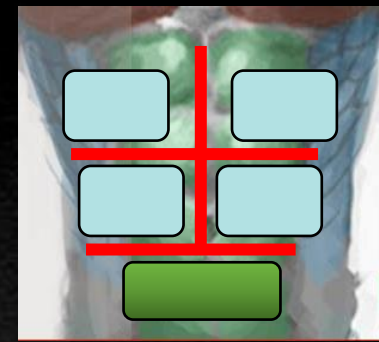
Grande taille



# Pelvien

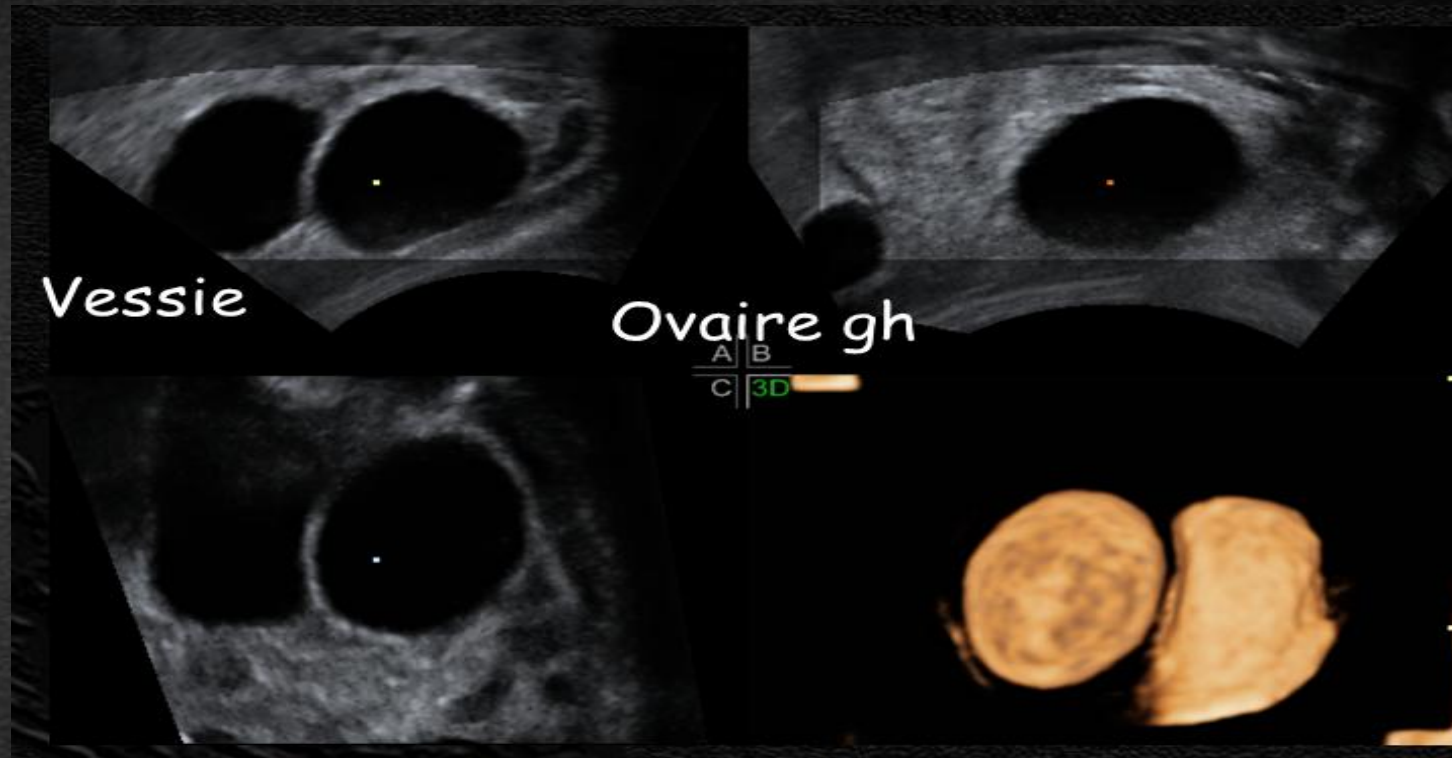
- Kyste ovarien
- 
- Megavessie
- 
- Hydrocolpos
- Cloaque
- Pathologie rachidienne

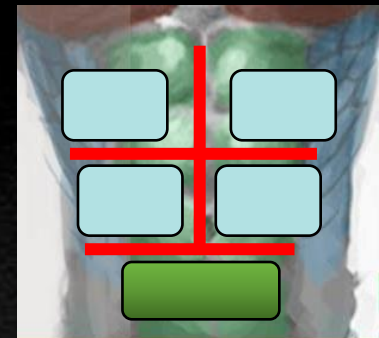




## • Kyste ovaire

- Image pelvienne
- Latéro vésicale
- Anechogène
- Paroi fine
- 3° trimestre





## • Mégavessie

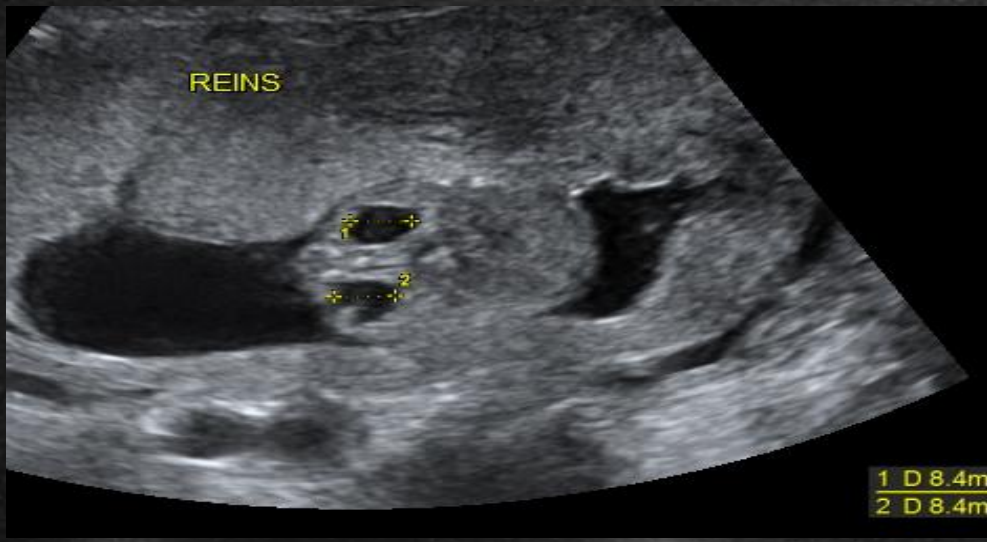
- Pelvienne
- Central
- Anechogène
- Antérieure
- Des le 1<sup>o</sup> trim



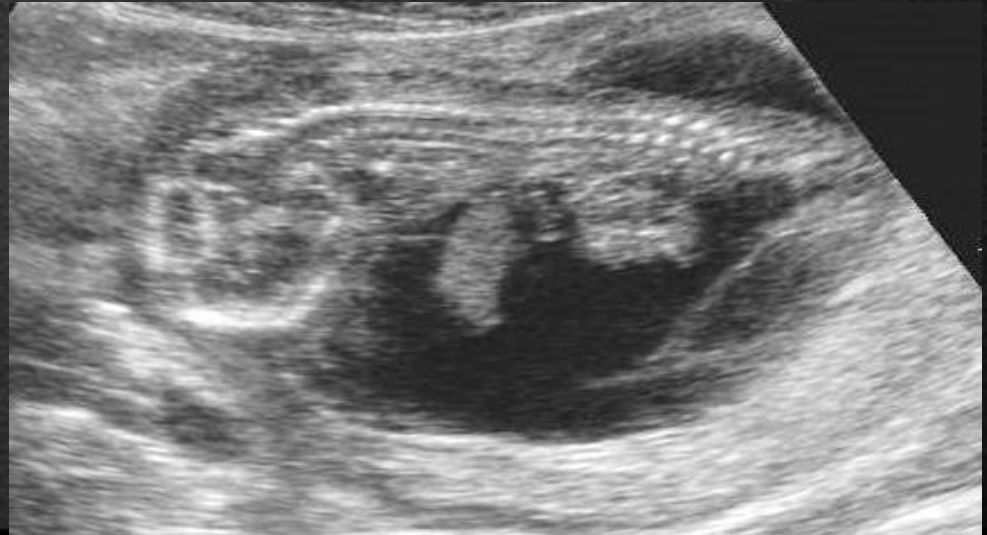
- Méga vessie ( key hole)



- Méga vessie
  - retentissement



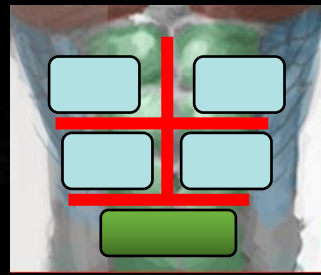
rénal



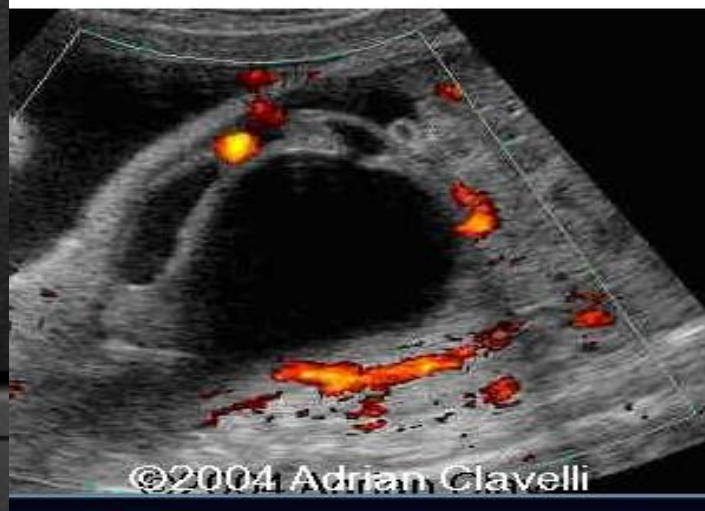
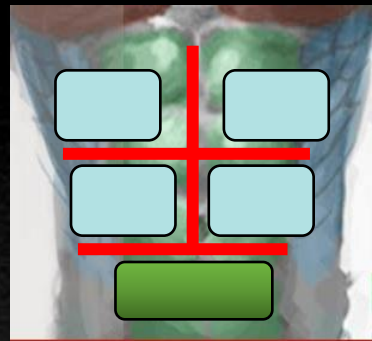
Rupture vessie

- Megavessie

[megavessie](#)



- Persistence sinus uro génital





- Anomalies urogénitales

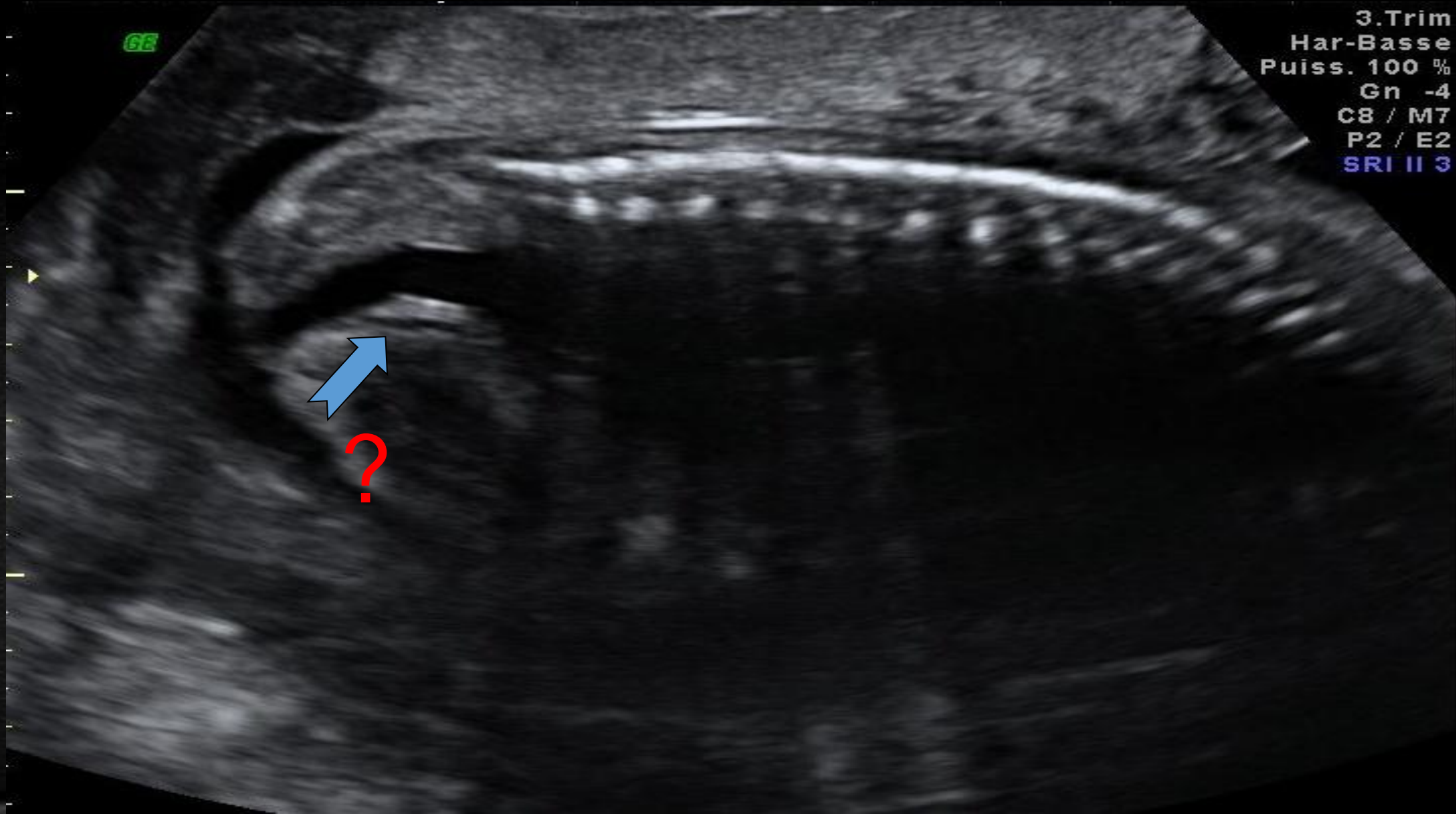
- [nzazo](#)

06-21-2 SA=22s4j 13.6cm / 31Hz TIs 0.1 21.06.2



3.Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn -4  
C8 / M7  
P2 / E2  
SRI II 3

68



- Malformation Urogénitale
  - Caryotype
  - Cs Chir Pédiatrique
-



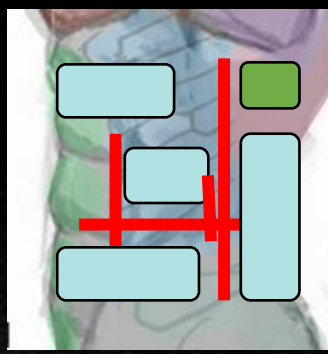
H:  
Puiss



13741-08-06-21-2 SA=24s2j 15.4cm / 10Hz TIs 0.2

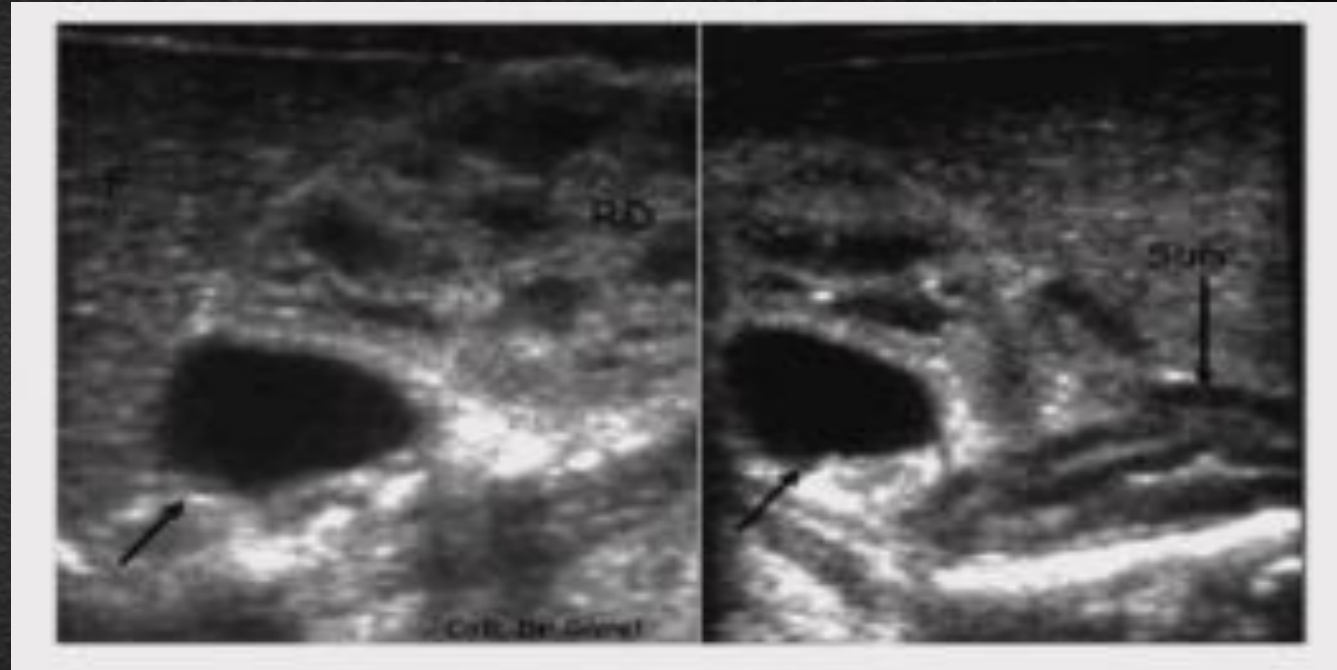


# Phần cao phía sau của ổ bụng

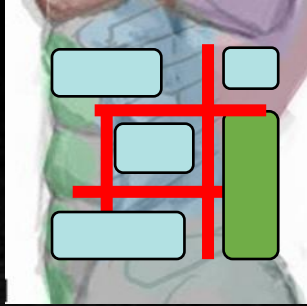


- Bệnh tuyến nang (phổi)
- Nang khí/ phế quản

- Có thể chỉ có 1 nang duy nhất
- Có thể có nhiều nang
- Ít thay đổi



# Phần thấp phía sau ổ bụng

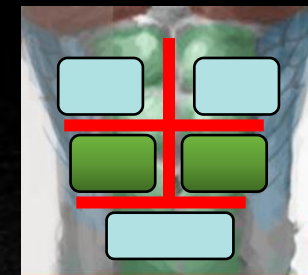


- Nang vùng cùng cụt
- U quái
- Nang thần kinh- ruột
  - [Dossier dagar](#)
- Thoát vị màng não phía trước
- Bệnh lý sau phúc mạc



## CÁC U SAU PHỨC MẠC

- U Nguyên bào thần kinh tuyến thượng thận : 30-60%
- Tổn thương lành tính trên thận
- U thận: 3-15%
- U quái vùng cùng cụt



- Hình ảnh khối trong ổ bụng rất khác nhau
    - Trong phúc mạc
      - Không thuộc hệ tiêu hóa
      - Thuộc hệ tiêu hóa
    - Sau phúc mạc
      - Thận tiết niệu
      - Cột sống
-

# Các bất thường hệ tiêu hóa

- Bất thường hệ tiêu hóa
  - Teo tá tràng
  - Teo hồng- hồi tràng
  - Teo ruột
  - Teo hậu môn trực tràng
  - Ống tiêu hóa đôi

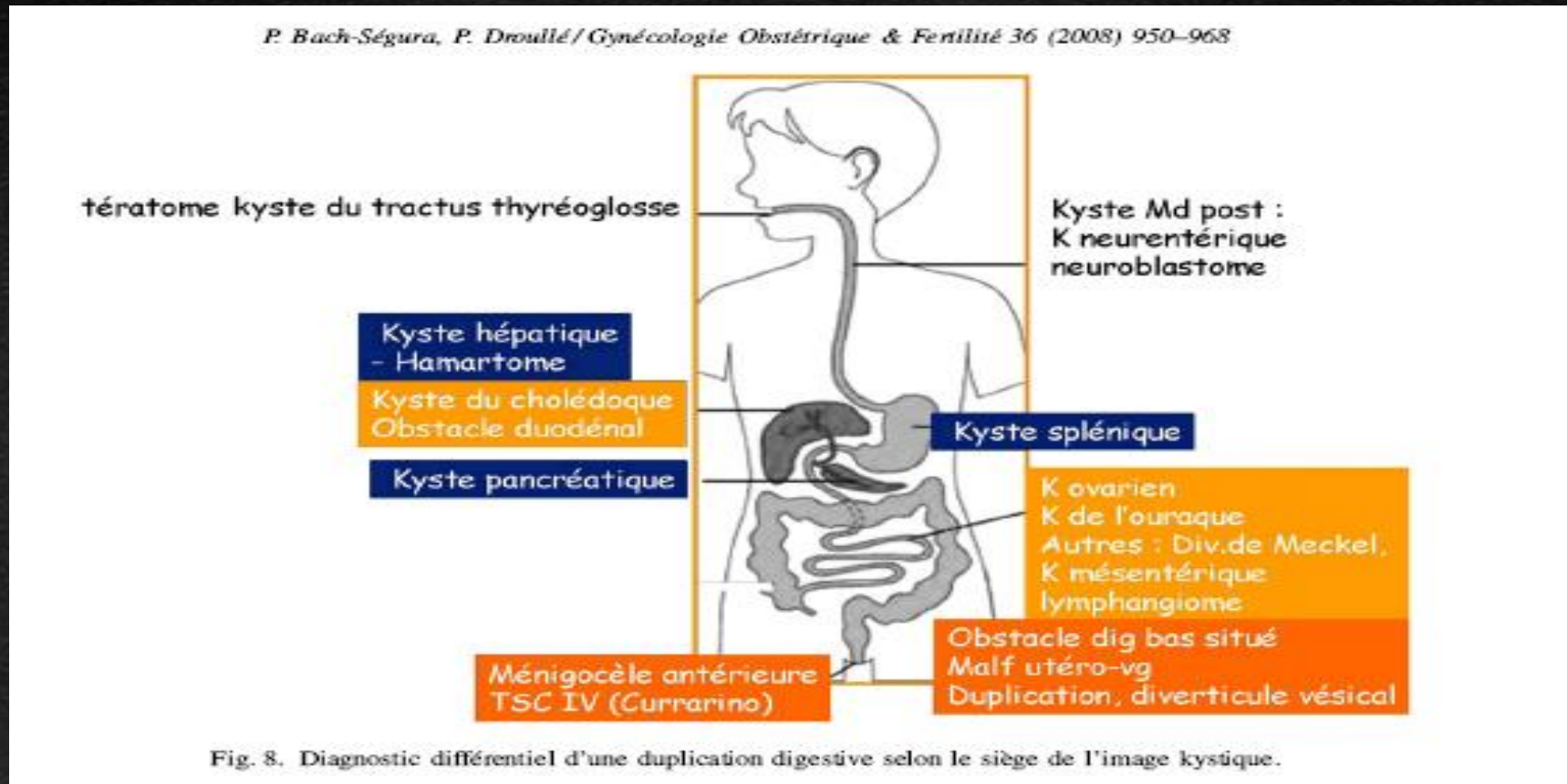


# Ống tiêu hóa kép

- *Dạ dày*
  - Hình ảnh trống âm ở bờ cong nhỏ
- *Tá hỗng tràng*
  - Khối trống âm dưới dạ dày, không tăng kích thước.
- *Hồi tràng*
  - Hay gặp trong 50% trường hợp ống tiêu hóa kép
  - Đôi khi không đều trên cùng một đoạn ruột

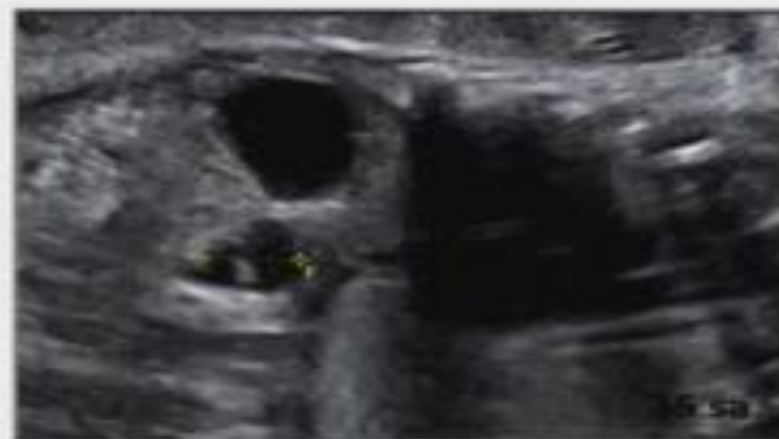
# Ổng tiêu hóa đoi

- Chẩn đoán phân biệt

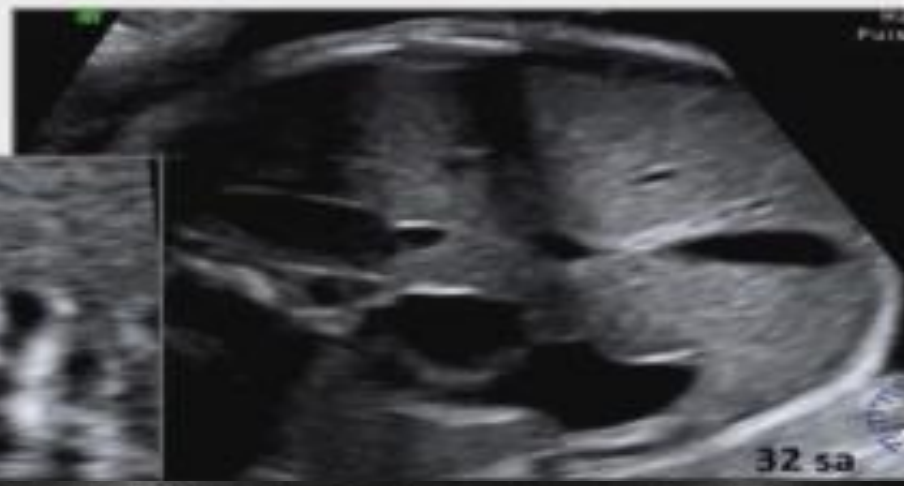
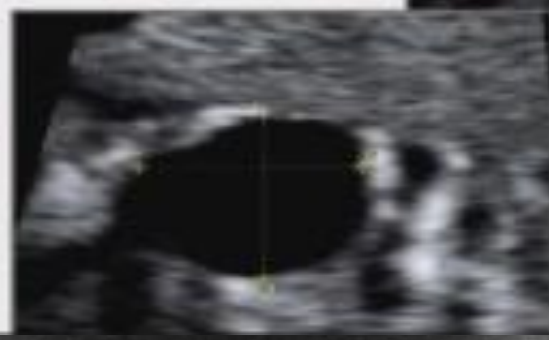


Imagerie du tube digestif fœtal Fetal digestive tract imaging  
P. Bach-Ségura\*, P. Droullé  
Service d'imagerie médicale, maternité régionale de Nancy,  
10, rue du Dr-Heydenreich, 54000 Nancy, France

# Duplication digestive



Duplication gastrique



## Duplication digestive



Duplication kystique

*(F. Gauthier)*

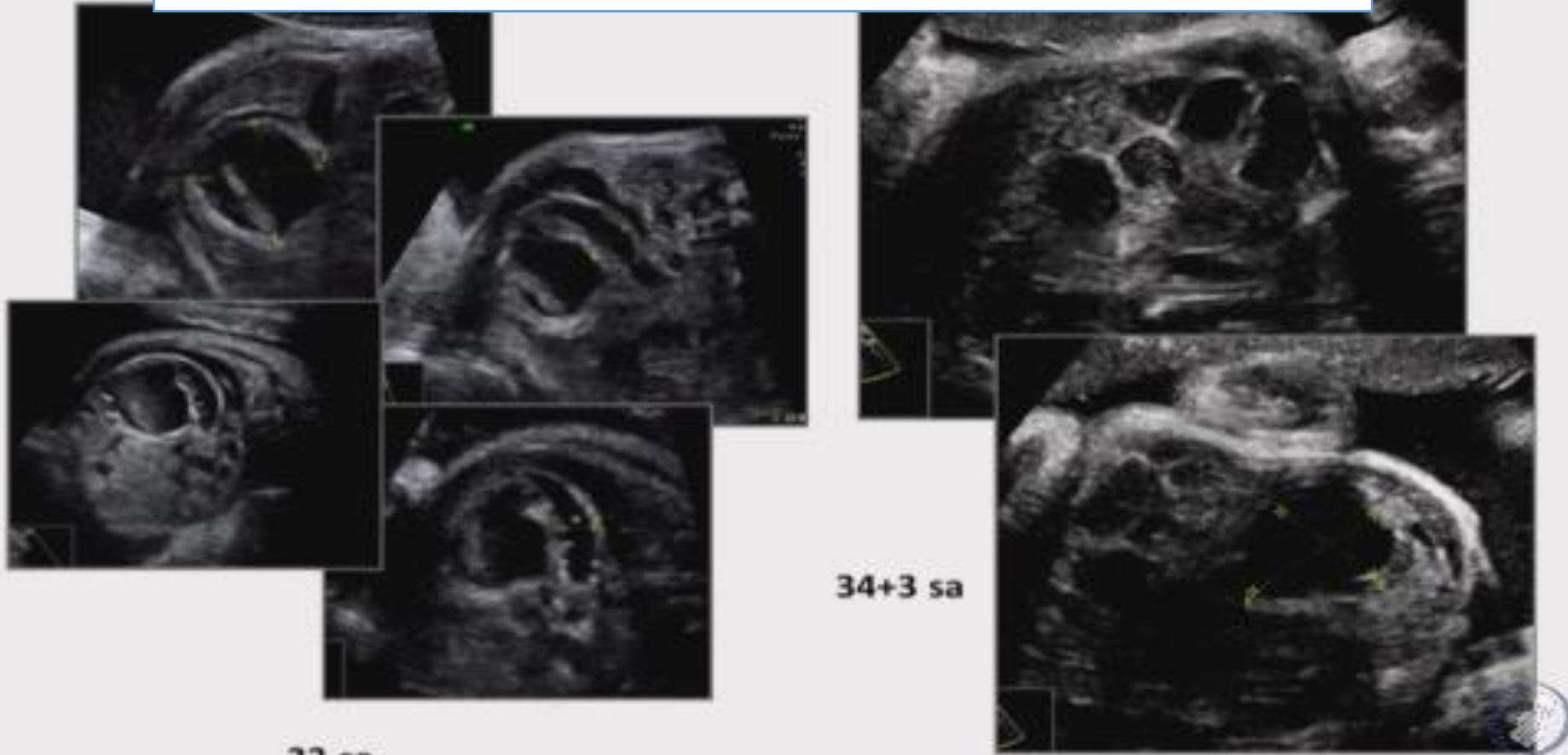


Duplication tubulaire

*(S. Sarnaki)*



# Ống tiêu hóa đôi và các bệnh do ngừng quay của ruột



33 sa

34+3 sa

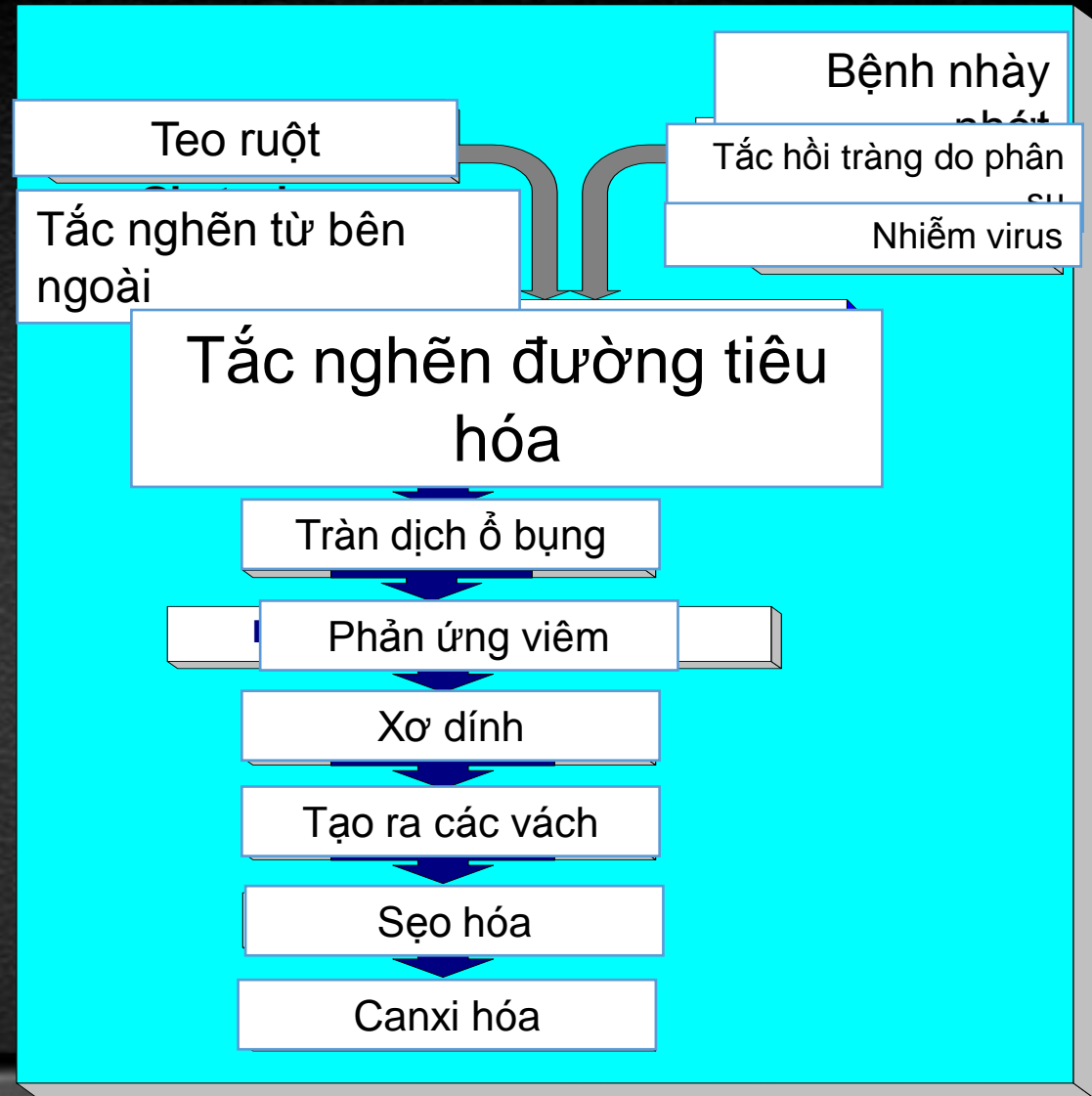
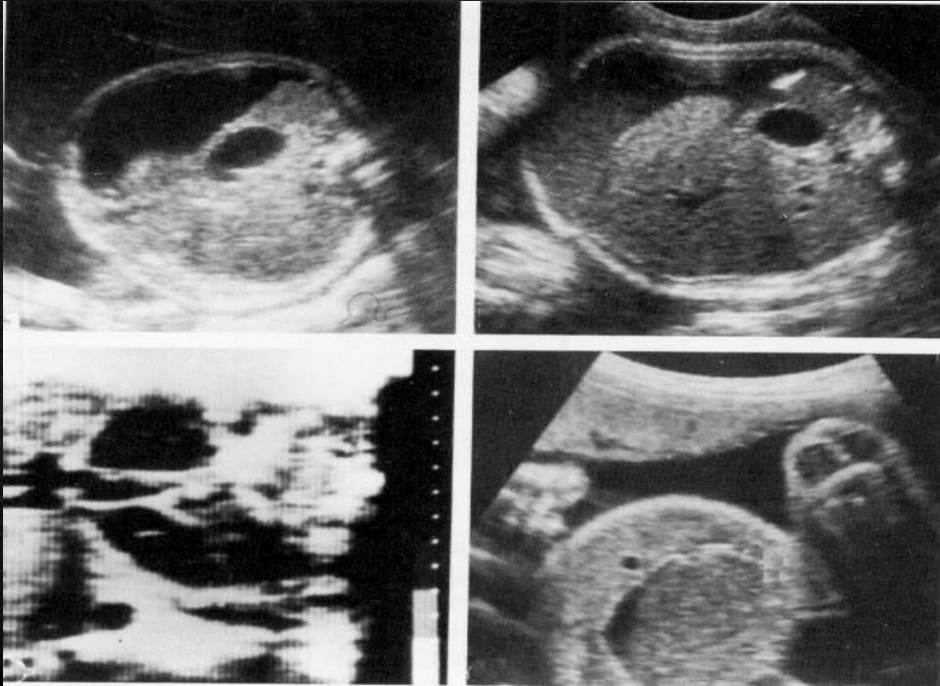


# VIÊM PHỨC MẠC PHÂN SỰ

## Bệnh lý:

Biến chứng của những tắc nghẽn đường tiêu hóa

Hiện tượng phản ứng kiểu dòng thác



# Viêm phúc mạc phân su

## Định nghĩa

- α viêm phúc mạc phản ứng vô khuẩn
- α Thứ phát sau thủng ruột
- α Thủng ruột thường gặp sau 24-26 tuần
- α 1/35000 cas đẻ.



# Viêm phúc mạc phân su

- Yếu tố tiên lượng nặng

- ✕ Các dị tật liên quan

- Nhiễm virus

- Bệnh do gen

- ✕ Thai chậm phát triển trong tử cung



# Viêm phúc mạc phân su

## Hình ảnh siêu âm

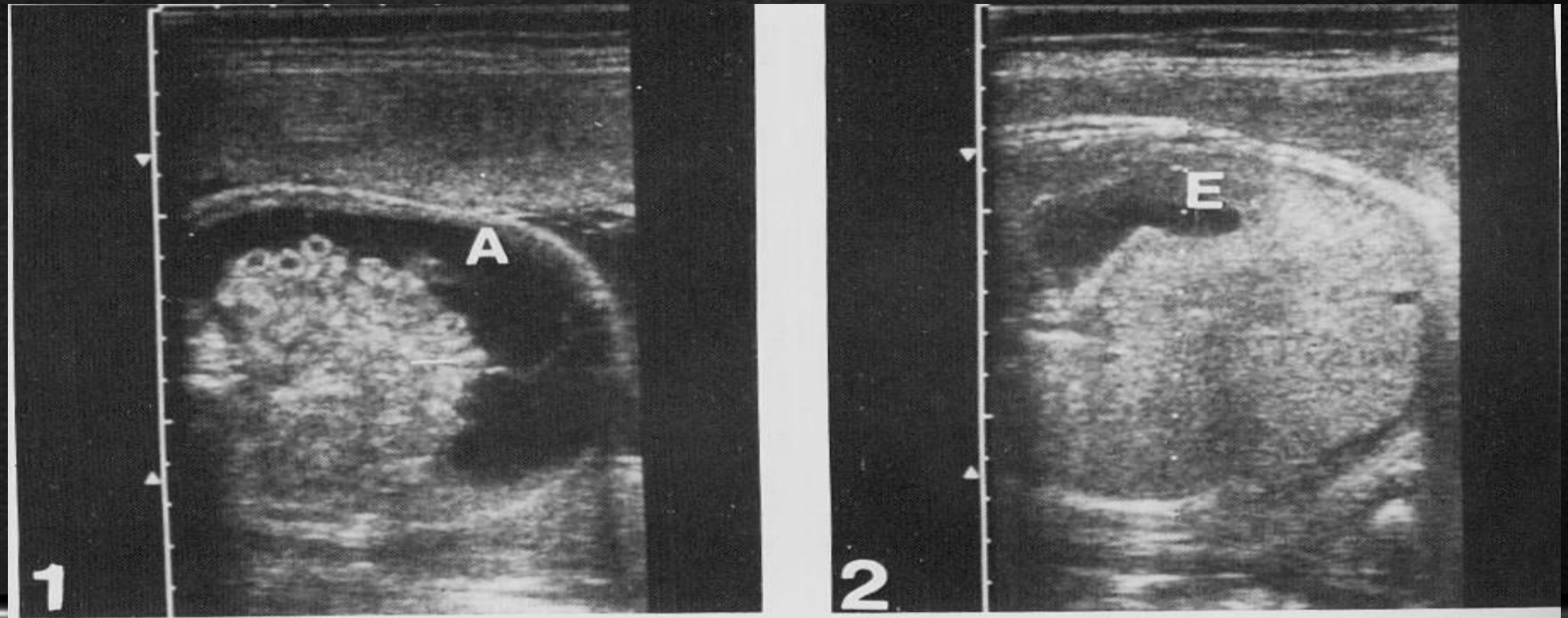
- ✘ giả nang phân su với thành nang tăng âm vang
- ✘ Canxi hóa thành ruột, trong gan, vòm hoành
- ✘ Hình ảnh giãn các quai ruột không bền vững.



# Viêm phúc mạc phân su

## Hình ảnh siêu âm

α Tràn dịch ổ bụng thay đổi +/- có vách +/- tạm thời



# Viêm phúc mạc phân su

## Hình ảnh siêu âm

α Tràn dịch OB số lượng thay đổi +/- có vách +/- tạm thời



# Kết luận

- Có nhiều bệnh lý khác nhau
- Mà không có hình ảnh đặc hiệu
- Sự đa dạng của các hình ảnh tổn thương
- Tiên lượng khó khăn
- Quan trọng là thăm khám cho Sơ sinh sau sinh.

# Thái độ xử trí

- Chú ý đến việc chuẩn hóa hình ảnh SA
- Triệu chứng kín đáo
- Theo dõi sự phát triển
- Cần đưa ra hội đồng chẩn đoán trước sinh
- Tiên lượng thận trọng
- Hội chẩn đa chuyên khoa



cảm ơn bạn