

CAN THIỆP GÂY TẮC MẠCH MANG: NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP GIẢ PHÌNH MẠCH KHỔNG LỒ TRONG RÒ ĐỘNG MẠCH CẢNH XOANG HANG

Endovascular parent artery sacrifice in giant pseudoaneurysms of cavernous carotid fistula: Report 2 cases

Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn, Lê Văn Khoa*,
Nguyễn Văn Tiến Bảo*, Phạm Đăng Tú**

SUMMARY

Introduction: Cavernous carotid artery fistula (CCF) with giant pseudoaneurysm is very rare according to world medical literature. We reported 2 rare cases of CCF with giant pseudoaneurysm in the cavernous sinus fistula, successfully treated with endovascular intervention (ET) at Cho Ray Hospital. Case 1 is a 38-year-old male patient with a 20-year history of trauma who was admitted to the hospital because of an acute headache. The CT/DSA image was of the right ICA with giant pseudoaneurysm dilatation in the cavernous sinus fistula, the size # 61.9x57.8x56.7 mm, large dilated cortical veins, and especially the fistula that supplies blood through the contralateral anterior and posterior communicating arteries, while the right ICA is chronically occluded at its origin. ET approached the fistula from the vertebral artery through the right posterior communicating artery into the fistula, completely occluding the fistula with coils, preserving the internal carotid artery above the fistula. Case 2 is a 20-year-old male patient, with a history of trauma for 1 year, and was admitted to the hospital because of an epistaxis. The MRI/DSA image is of the right ICA with giant pseudoaneurysm dilatation in the right maxillofacial sinus area, size # 98.8x87.7x96.7 mm, with a small pseudoaneurysm next to the fistula site, with thrombus occupying the majority inside pseudoaneurysm. Doing a carotid artery occlusion test on the same side of the pseudoaneurysm revealed good anterior and posterior communicating arterial collaterals. ET approached the occlusion position right at the fistula and the internal carotid artery with coils. Both cases had good outcome after ET and were discharged from the hospital 3 days later.

Key words: Pseudoaneurysm, endovascular treatment, carotid cavernous fistula.

I. MỞ ĐẦU

Rò động mạch cảnh xoang hang (RĐMCCH) là sự thông nối bất thường từ hệ thống động mạch cảnh và xoang hang. Theo đó RĐMCXH là thông nối bất thường từ động mạch cảnh trong và hoặc động mạch cảnh ngoài vào xoang hang. RĐMCXH thường xảy ra ở Việt Nam do tỷ lệ tai nạn giao thông do xe máy cao, tương đương 0,5% theo nghiên cứu [1,2].

Các triệu chứng của RĐMCXH có giả phình mạch khổng lồ là hiếm gặp và thường gây ra hậu quả

nặng nề như chảy máu mũi ồ ạt hoặc xuất huyết não, làm tăng tỷ lệ khuyết tật và tử vong [4].

Phương pháp điều trị tiêu chuẩn của RĐMCXH thường là can thiệp nội mạch (CTNM) tiếp cận qua đường động mạch. Tuy nhiên, với RĐMCXH có giả phình mạch khổng lồ thường đòi hỏi cách tiếp cận có thay đổi so với các trường hợp RĐMCXH bình thường. Sau đây chúng tôi báo cáo 2 trường hợp RĐMCXH có giả phình mạch khổng lồ rất hiếm gặp trong y văn [5,6].

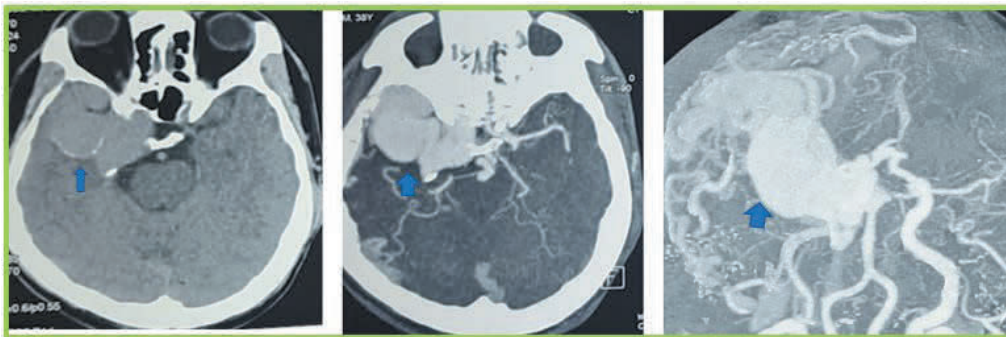
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

* Khoa Chẩn đoán Hình ảnh, Bệnh viện Chợ Rẫy, TP.HCM

CA 1

Bệnh nhân nam 38 tuổi, có tiền sử chấn thương khoảng 20 năm. Bệnh nhân vào viện vì thỉnh thoảng chảy máu mũi và triệu chứng thiếu máu não thoáng qua khi gắng sức vận động.

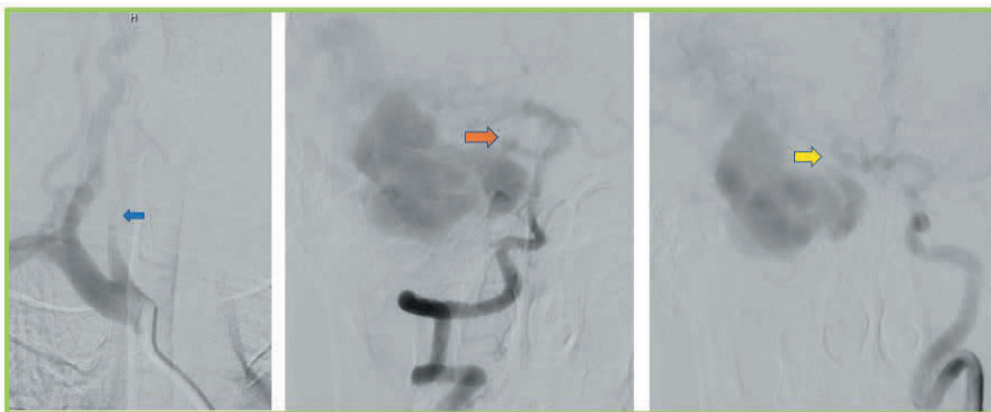
Hình ảnh CT cho thấy RĐMCXH phải kèm giả phình mạch lớn động mạch cảnh trong (P) đoạn xoang hang, kích thước # 61.9x57.8x56.7 mm, với hình ảnh nguồn nuôi chính là từ động mạch thông trước và thông sau trên CTA (Hình 1.1).



Hình 1.1. Hình ảnh CT với RĐMCXH phải kèm giả phình mạch khổng lồ (Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy).

Kết quả chụp mạch não số hóa xóa nền khẳng định chẩn đoán RĐMCXH kèm giả phình mạch khổng lồ. Ghi nhận đặc biệt trên ca bệnh này là tắc động mạch cảnh chung phải cùng bên với dò, vì vậy nguồn nuôi lỗ rò này

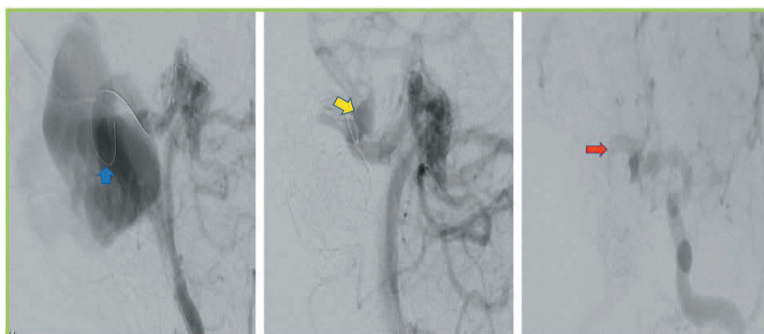
đến từ động mạch cảnh trong trong trái và động mạch đốt sống thông qua động mạch thông trước và động mạch thông sau (hình 1.2).



Hình 1.2. Hình ảnh DSA ghi nhận tắc động mạch cảnh chung phải với RĐMCXH phải kèm giả phình mạch khổng lồ và nguồn nuôi từ động mạch cảnh trong trái và đốt sống (Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy).

Với trường hợp ca bệnh đặc biệt này chúng tôi tiến hành can thiệp như sau. Bệnh nhân được gây tê tại chỗ, giữ ở trạng thái thức tỉnh hoàn toàn trong thủ thuật. Tiến hành đặt Neuron 088 8F vào động mạch đốt sống trái, đưa vi ống thông Neuroslider 17 và vi dây dẫn Chikai 0.014” chọn lọc vào động mạch thân nền đi lên động mạch não sau vào động mạch thông sau và vào động mạch cảnh trong phải đoạn trên, cuối cùng là vào lỗ rò

của giả phình và thả 13 coils (Axium coil, Microvention coil) tắc giả phình mạch khổng lồ và tắc động mạch cảnh trong phải vị trí ngang mức giả phình, bảo tồn bờ trên động mạch cảnh trong, đảm bảo động mạch thông sau cùng bên lên nuôi bán cầu phải bình thường. Chụp động mạch thấy tuần hoàn nuôi bán cầu phải qua các nhánh thông trước và thông sau mức độ tốt (Hình 1.3).



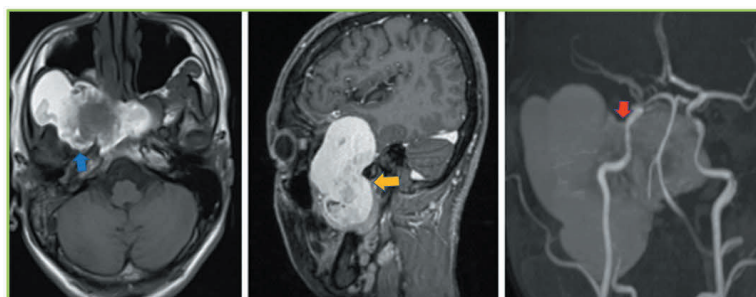
Hình 1.3. Hình ảnh RĐMCXH phải kèm giả phình mạch khổng lồ đã được tắc hoàn toàn, tuần hoàn bàng hệ động mạch thông sau tốt (Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy).

Sau can thiệp bệnh nhân tỉnh, không yếu liệt, không giảm thị lực, được xuất viện sau 3 ngày.

CA 2

Bệnh nhân nam 20 tuổi, có tiền sử chấn thương đầu sau tai nạn giao thông. Bệnh nhân có triệu chứng giảm thị lực, sưng nề vùng mặt phải, chảy máu mũi lượng ít.

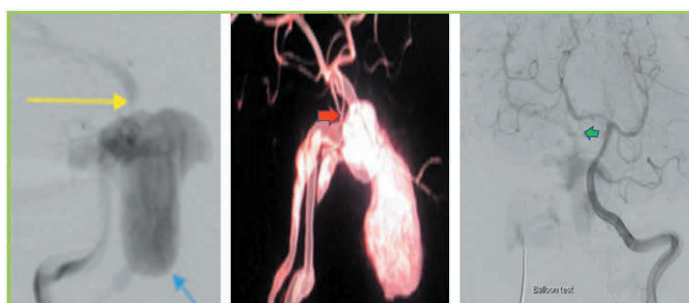
Hình ảnh MRI cho thấy RĐMCXH phải kèm giả phình mạch lớn động mạch cảnh trong (P) đoạn xoang hang, kích thước 98.8x87.7x96.7 mm có huyết khối bán phần được bao bọc bên ngoài bởi khối mô mềm đậm độ không đồng nhất vùng hố chân bướm phải, lan vào hố thái dương phải, không bắt thuốc tương phản khả năng khối tụ dịch đặc (Hình 2.1).



Hình 2.1. Hình ảnh MRI ghi nhận RĐMCXH phải kèm giả phình mạch khổng lồ (Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy).

Kết quả chụp mạch não số hóa xóa nền khẳng định chẩn đoán RĐMCXH kèm giả phình mạch phần không có huyết khối được hiện hình. Ghi nhận hình ảnh hẹp không

đều động mạch cảnh trong (P) đoạn xoang hang khả năng do bóc tách mạch máu sau chấn thương (hình 2.2).

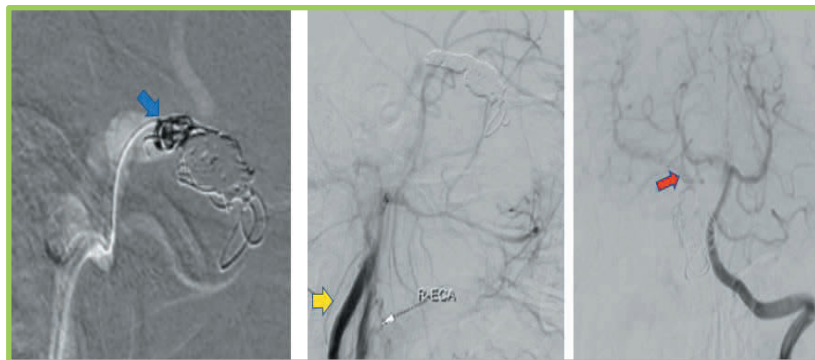


Hình 2.2. Hình ảnh DSA ghi nhận RĐMCXH phải kèm giả phình mạch khổng lồ và hình ảnh test tắc ĐM cảnh (Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy).

Bệnh nhân được tiến hành nghiệm pháp thử tắc động mạch bằng bóng (ballon test). Bệnh nhân được gây tê tại chỗ, giữ ở trạng thái thức tỉnh hoàn toàn trong thủ thuật. Tiến hành đặt Guider Softif 8F vào động mạch cảnh trong phải, đưa Microballon Scepter C và tiến hành bơm bóng tắc động mạch cảnh trong phải. Chụp kiểm tra động mạch đốt sống và động mạch cảnh trong trái thấy tuần hoàn thông nối qua các nhánh động mạch thông sau và thông trước mức độ tốt. Bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng suốt quá trình bơm bóng trong vòng 30

phút (Hình 2.2).

Tiến hành đưa vi ống thông Px-Slim và vi dây dẫn Transend 0.014" chọn lọc vào giả phình và thả 8 coils (Ruby coil, Target coil) tắc động mạch cảnh trong phải vị trí ngang mức giả phình, dưới vị trí xuất phát động mạch mắt. Chụp kiểm tra thấy tắc hoàn toàn giả phình và động mạch cảnh trong phải. Chụp động mạch đốt sống và động mạch cảnh trong trái thấy tuần hoàn nuôi bán cầu phải qua các nhánh thông trước và thông sau mức độ tốt (Hình 2.3).



Hình 2.3. Hình ảnh RĐMCXH phải kèm giả phình mạch không lồ đã được tắc hoàn toàn, tuần hoàn bàng hệ động mạch thông sau tốt (Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy).

Sau can thiệp bệnh nhân tỉnh, không yếu liệt, đau đầu nhẹ đáp ứng với thuốc giảm đau, được xuất viện sau 2 ngày.

III. BÀN LUẬN

Rò động mạch cảnh xoang hang có giả phình không lồ thường hiếm gặp. Bối cảnh lâm sàng thường do chấn thương gây dò trực tiếp gây ra.

Hậu quả của rò động mạch cảnh xoang hang có giả phình không lồ thường nặng nề trong bối cảnh chảy máu mũi ồ ạt hoặc đột quy não nếu không được điều trị kịp thời [3].

Như trong 2 ca bệnh của chúng tôi, đều có tiền sử chấn thương trước đó. Những trường hợp có giả phình không lồ thường gây sốc mất máu gây tử vong trước khi đến bệnh viện.

Với ca bệnh 1 là do quá trình dò diễn tiến theo thời gian lâu nên đến khi giả phình lớn gây hiệu ứng chỏan chỗ đau đầu, còn trường hợp thứ 2 là vào viện do chảy

máu mũi lượng nhiều. Bệnh nhân ca 1 bị chấn thương vùng đầu cổ nên nguyên nhân tắc động mạch cảnh trong phải khả năng do bị chấn thương trước đó gây ra.

Can thiệp với các trường hợp này với bàng hệ tốt từ động mạch thông trước và thông sau là nên tắc cảnh, đảm bảo bảo tồn động mạch cảnh trong đoạn trên lỗ rò để đảm bảo lưu lượng tuần hoàn bàng hệ [4].

Can thiệp nội mạch tiếp cận từ động mạch thông sau qua đốt sống để vào cảnh trong trong ca là khó khăn hơn ca 1, do động mạch cảnh trong phải bị tắc gốc, nên bắt buộc phải đi lên từ động mạch đốt sống vòng qua động mạch thông sau phải để đi vào lỗ rò và giả phình vì vậy đường đi mạch máu ngoằn ngoề, nhưng đảm bảo được khả năng tắc thành công lỗ dò cao hơn. Trong trường hợp này chúng tôi không chọn đường đi qua động mạch thông trước bởi vì đoạn động mạch thông trước rất nhỏ, nguy cơ cao khi đi qua đoạn này, dễ dẫn đến huyết khối tắc mạch, trong khi động mạch thông sau giãn lớn, thuận lợi cho việc tiếp cận đường này để vào lỗ

rò. Việc tiếp cận đường động mạch đốt sống thông sau rất xa nếu dùng vi ống thông lớn thì nguy cơ cao bóc tách mạch máu, do đó chúng tôi chọn vi ống thông nhỏ và đặt được coil hệ 10 như Axiom và hệ 18 như Microvention.

Với ca 2 do lỗ rò với vị trí rách mạch máu lớn, và hẹp nặng động mạch mang tại vị trí rách nên việc tiếp cận để bảo tồn động mạch mang như dùng bóng trợ hay stent trợ là không tốt cho trường hợp này, thêm vào đó đưa một lượng coils lớn vào lỗ rò và giả phình dễ gây tạo ra khối choán chỗ lớn. Do đó chúng tôi quyết định đánh giá bằng hệ bằng nghiệm pháp tắc thủu động mạch mang bằng bóng, ghi nhận bằng hệ tốt, sau đó xẹp bóng và đưa coils xuôi dòng trực tiếp tắc ngay bờ trên và dưới lỗ rò.

Thành công về mặt kỹ thuật đã mang lại sự hồi phục tốt cho bệnh nhân. Hai trường hợp rò với giả phình khổng lồ thường có tình trạng bàng hệ tốt do bị cướp máu vào lỗ rò nên ghi nhận bàng hệ qua động mạch thông trước và thông sau tốt. Hai bệnh nhân ra viện với tình trạng ngưng chảy máu mũi, không ghi nhận tình trạng thiếu máu não sau thuyên tắc động mạch mang.

IV. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch tắc rò động mạch cảnh xoang hang có giả phình mạch khổng lồ khá an toàn và hiệu quả nhưng cần đánh giá bàng hệ đầy đủ trước can thiệp mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barrow DL, Spector RH, Braun IF, Landman JA, Tindall SC (1985). Classification and treatment of spontaneous carotid-cavernous sinus fistulas. *J Neurosurg*, 2:248-256.
2. Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn, Lê Văn Khoa và cs (2021). Can thiệp nội mạch điều trị rò động mạch cảnh xoang hang bằng vòng xoắn kim loại: Báo cáo 74 trường hợp. *Tạp chí y học Việt Nam*, 508(2).
3. Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn, Lê Văn Khoa và cs (2019). Điều trị phình động mạch não vỡ do chấn thương bằng can thiệp nội mạch. *Tạp chí Điện quang và y học hạt nhân Việt Nam*, 33.
4. Korkmazer B, Kocak B, Tureci E, Islak C, Kocer N, Kizilkilic O (2013). Endovascular treatment of carotid cavernous sinus fistula: a systematic review. *World J Radiol*, 5:143–55.
5. Luo CB, Teng MM, Chang FC, et al (2013). Transarterial detachable coil embolization of direct carotid-cavernous fistula. *J Chin Med Assoc JCMA*, 76: 31–36.
6. Nishizawa T, Terada K, Matsuyama N (2000). Transvenous detachable coil embolization of direct & high-flow carotid-cavernous fistula alternative of transarterial detachable balloon embolization. *Interventional Neuroradiology*, 6 (1):117-124.
7. Du Bin, Zhang Meng, Wang Yunyan, Li Qingmin, et al (2016). A retrospective analysis of 38 carotid cavernous fistulas patients treated with balloon assisted endovascular fistula embolization through simultaneous transarterial and transvenous approaches", *Int J Clin Exp Med*, 9(10):19399-407.
8. Gao BL, Wang ZL, Li TX, Xu B (2018). Recurrence risk factors in detachable balloon embolization of traumatic direct CCF in 188 patients. *J Neurointerv Surg*, 10:704–707.
9. Han Mon Hee (2003). Endovascular treatment in direct carotid cavernous fistula. *Interventional Neuroradiology*, 9(2): 55-62.

TÓM TẮT

Giới thiệu ca bệnh: Rò động mạch cảnh xoang hang (RĐMCXH) kèm giả phình mạch không lồ rất hiếm gặp theo y văn trên thế giới. Chúng tôi báo 2 ca bệnh đặc biệt của rò động mạch cảnh xoang hang với sự giãn lớn giả phình mạch không lồ vùng xoang hang, được điều trị can thiệp nội mạch (CTNM) thành công tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Ca 1 là bệnh nhân nam 38 tuổi, tiền sử chấn thương 20 năm vào viện vì đau đầu cấp, hình ảnh CT/DSA là RĐMCXH phải với giãn dạng không lồ giả phình vùng xoang hang KT# 61,9x57,8x56,7 mm, giãn lớn tĩnh mạch vô não, và điều đặc biệt là lỗ rò cấp máu qua động mạch thông trước và thông sau đối bên, trong khi đó động mạch cảnh trong phải tắc mạn tính tại gốc. CTNM tiếp cận lỗ rò từ động mạch đốt sống qua động mạch thông sau phải vào lỗ rò, tắc hoàn toàn lỗ rò bằng coils, bảo tồn động mạch cảnh trong trên lỗ rò. Ca 2 là bệnh nhân trẻ nam 20 tuổi, tiền sử chấn thương 1 năm, vào viện vì chảy máu mũi lượng nhiều. Hình ảnh MRI/DSA là RĐMCXH phải với giãn dạng không lồ giả phình vùng xoang hang hàm mặt phải KT# 98,8x87,7x96,7 mm, kèm giả phình nhỏ cạnh vị trí lỗ rò, với huyết khối chiếm phần lớn bên trong giả phình. Làm test tắc động mạch cảnh cùng bên giả phình ghi nhận bàng hệ động mạch thông trước và thông sau tốt. CTNM tiếp cận tắc vị trí ngay lỗ rò và động mạch cảnh vị trí tương ứng bằng coils. Cả hai ca bệnh có diễn tiến sau can thiệp tốt và xuất viện sau đó 3 ngày.

Từ khóa: giả phình mạch, can thiệp nội mạch, rò động mạch cảnh xoang hang.

Người liên hệ: Lê Văn Khoa. Email:levankhoard@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/07/2024. Ngày nhận phản biện: 14/09/2024. Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2024