NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

SCIENTIFIC RESEARCH

ĐIỀU TRỊ GIẢ PHÌNH ĐỘNG MẠCH THẮT LƯNG SAU CHẤN THƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH

Post-traumatic lumbar pseudo-aneurysm treatment by endovascular intervention

Lê Thanh Dũng *, Nguyễn Thái Bình*, Vũ Hoài Linh, Nguyễn Hữu Ước**, Nguyễn Thái Minh**

SUMMARY

Pseudo-aneurysm of the lumbar artery is a rare lesion at the abdominal injury though these arteries have small dimension and retro peritoneal localization. Ruprture of the aneurysm can influence to the patient life. Diagnostic imaging and deciding to early treatment play an important role.We present a case of the affection being treated sucessfully by endoluminal intervention.

** Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Việt Đức*

*** Khoa Phẫu thuật tim mạch, Bệnh viện Việt Đức*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giả phình động mạch thắt lưng là tổn thương rất hiếm[1] gặp trên các bệnh nhân có chấn thương bụng, mặc dù các động mạch thắt lưng có kích thước nhỏ và nằm sau phúc mạc nhưng trường hợp vỡ giả phình có thể ảnh hưởng tới tính mạng của bệnh nhân. Vai trò chẩn đoán hình ảnh rất quan trọng trong việc chẩn đoán và quyết định điều trị sớm cho bệnh nhân. Chúng tôi thông báo một trường hợp đã được chẩn đoán và điều trị thành công tại Bệnh viện Việt Đức bằng phương pháp điều trị can thiệp nội mạch.

II. BỆNH ÁN LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nguyễn Hải N, nam 25 tuổi vào cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức ngày 23/02/2009 trong tình trạng bụng chướng, đau nửa bụng bên trái. Tiền sử mổ cấp cứu lần 1 tại Bệnh viện Bưu Điện cách 2 tuần do vết thương vùng lưng bên trái do dao đâm, truyền 8 đơn vị máu nhưng không cầm được máu, chuyển Bệnh viện Việt Đức mở vết thương cầm máu ra viện sau 1 tuần với tình trạng ổn định.

Khám lúc vào viện: tỉnh, da niêm mạc nhợt, mạch 65 lần/phút, huyết áp 100/70mm Hg, nhiệt độ 37,5, bụng chướng nhẹ, phản ứng thành bụng bên trái, vết mổ cũ đường giữa trên và dưới rốn.

Chẩn đoán lâm sàng trước khi vào viện: theo dõi hội chứng tắc ruột sau mổ.

Xét nghiệm hình ảnh: Xquang không thấy hình ảnh mức nước-hơi, siêu âm ổ bụng không thấy hình ảnh bất thường, không thấy dịch tự do ổ bụng. Cắt lớp vi tính ổ bụng trước và sau khi tiêm thuốc cản quang: Hình ảnh tụ máu trong cơ thắt lưng trái, thâm nhiễm tổ chức mỡ quanh cơ thắt lưng trái (hình 1), có ổ giảm tỉ trọng lẫn khí nhỏ 10 mm trong cơ thắt lưng trái, sau khi tiêm thuốc có ổ động thuốc bên cạnh đốt sống thắt lưng III bên trái kích thước khoảng 12 mm (hình 2).

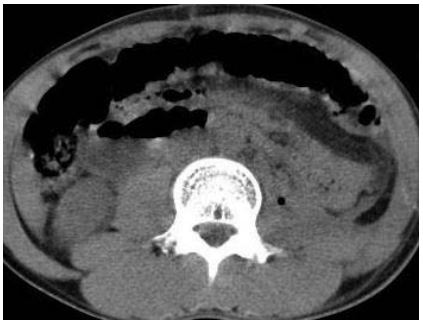
Các xét nghiệm khác

Công thức máu: hồng cầu 4,5 triệu, hemoglobin 140g/l, hematocrit 42,3%, bạch cầu 11,9 nghìn. PT 105%, fibrinogen 1,92g/l. Sinh hóa máu: bình thường.

Chẩn đoán: vỡ giả phình động mạch thắt lưng bên trái ngang mức L2-3.

Bệnh nhân được chỉ định chụp mạch máu cấp cứu để chẩn đoán và điều trị. Chụp mạch số hóa xóa nền theo phương pháp Seldinger qua động mạch đùi bên phải: chụp động mạch chủ bụng bằng ống thông pigtail 5F (Terumo): hình ảnh giả phình phình động mạch thắt lưng số III bên trái (hình 3). Luồn ống thông Yashiro 5F (Terumo) vào thân của động mạch thắt lưng số III chụp chọn lọc nhánh động mạch này (hình 4), không thấy hình ảnh thông thương của các nhánh động mạch với các động mạch tủy gai trước cấp máu cho vùng tủy lưng (Adamckiewicz), sau đó dùng hệ thống ống thông đồng trục 2,7F (Progreat, Terumo) luồn vào cuống mạch có giả phình, nút nhánh mạch này bằng 1 coil 3x30mm và 2 coils 2x20mm (fibred coils, Boston). Chụp kiểm tra sau 10 phút (hình 5) thấy tắc hoàn toàn nhánh mạch cấp máu vào túi giả phình.

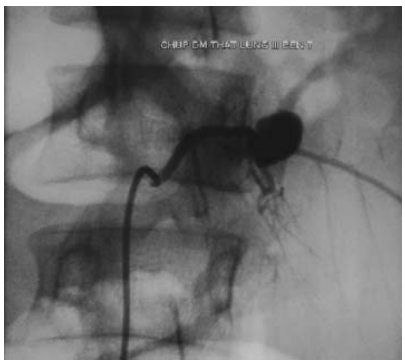
Diễn biến sau nút mạch: bệnh nhân hết đau bụng sau 24 giờ, siêu âm Doppler kiểm tra và chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc sau 3 ngày thấy hình ảnh túi giả phình bị loại bỏ, các xét nghiệm huyết học và sinh hóa bình thường. Bệnh nhân ra viện sau 7 ngày.



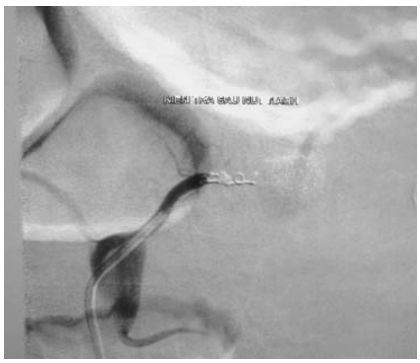
Hình 1. *CT trước tiêm*

Hình 2. *Túi giả phình sau tiêm*

Hình 3. *Chụp mạch chủ bụng*



Hình 4. *Chụp chọn lọc động mạch thắt lưng III bên trái*



Hình 5. *Kiểm tra sau nút mạch 10 phút*

Hình 6. *kiểm tra CT sau nút mạch*

III. BÀN LUẬN

1. Nguyên nhân

Giả phình động mạch thắt lưng là tổn thương rất hiếm gặp, nguyên nhân do chấn thương hay gặp nhất: sau mổ cột sống, mổ thoát vị đĩa đệm, chấn thương bụng [2,3,7], sau phẫu thuật động mạch chủ bụng, sau sinh thiết xương [5]…, ngoài ra cũng gặp trong các tổn thương do nấm, tổn thương viêm [6], do nhiễm khuẩn sau viêm nội tâm mạc gây hoại tử thành mạch.

2. Chẩn đoán

Lâm sàng: không có dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu, trường hợp có biến chứng vỡ giả phình thường gây tụ máu trong cơ thắt lưng chậu, sau phúc mạc khi đó lâm sàng biểu hiện bằng dấu hiệu thiếu máu, đau bụng do kích thích vào phúc mạc thành sau, vị trí đau thường sau lưng, mạng sườn nửa trên hay nửa dưới tùy thuộc vào vị trí của động mạch thắt lưng bị tổn thương.

Cận lâm sàng: chủ yếu dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, siêu âm Doppler có thấy thấy được hình ảnh máu tụ trong cơ thắt lưng hoặc hình ảnh giả phình động mạch nhưng nhược điểm của siêu âm phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt do tổn thương nằm sâu sau phúc mạc nên hạn chế thăm khám qua đường phía trước, trường hợp có định hướng chẩn đoán trước thì nên thăm khám qua đường lưng.

Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang: thấy đường hình ảnh máu tụ trong cơ thắt lưng làm tăng kích thước của khối cơ so với bên đối diện, thâm nhiễm tổ chức mỡ sau phúc mạc và thấy được hình ảnh giả phình là hình ảnh ổ động thuốc bất thường thì động mạch, đặc biệt với các máy chụp cắt lớp đa dãy đầu dò có khả năng tái dựng được toàn bộ các mạch máu xuất phát từ động mạch chủ bụng cho phép đánh giá chính xác vị trí và mức độ tổn thương giúp cho quyết định thái độ điều trị.

Chụp mạch máu số hóa xóa nền: ít khi được sử dụng vào mục đích chẩn đoán, chỉ được sử dụng nhằm mục đích khẳng định chẩn đoán kết hợp với định điều trị bằng con đường can thiệp nội mạch. Chụp mạch máu số hóa được tiến hành theo phương pháp Seldinger qua động mạch đùi, cần chụp toàn thể động mạch chủ bụng sơ bộ đánh giá tổn thương sau đó chụp chọn lọc vào nhánh mạch có tổn thương, đối với các tổn thương từ động mạch thắt lưng cần xác định rõ xem có các nhánh động mạch nối thông với động mạch tủy gai trước hay không để hạn chế nguy cơ thiếu máu tủy lưng sau khi nút mạch.

Hạn chế của phương pháp chụp mạch là đòi hỏi cần có trang bị máy chụp mạch số hóa và đội ngũ nhân viên được đào tạo về điện quang can thiệp mạch máu.

3. Điều trị

Điều trị có thể dùng phương pháp phẫu thuật hay can thiệp nội mạch. Điều trị phẫu thuật là phương pháp xâm lấn, khó thực hiện do động mạch thắt lưng nằm sâu trong phúc mạc, khó xác định chính xác vị trí, thực hiện khó khăn khi vào trong khoang sau phúc mạc hay đi qua cơ thắt lưng. Với bệnh nhân của chúng tôi đã được thực hiện phẫu thuật cấp cứu 2 lần, truyền 8 đơn vị máu nhưng không loại bỏ được tổn thương.

Điều trị bằng can thiệp nội mạch là phương pháp ít xâm hại, hạn chế được nguy cơ chảy máu và kết quả tốt, điều trị nút mạch có tỉ lệ thành công cao, không có biến chứng và không tái phát.

Vật liệu nút mạch thường được sử dụng là coils bản chất là các cuộn kim loại trơ (Platinum), cản quang và tương hợp sinh học (biocompatible), khi thả vào lòng mạch gây ngưng kết tiểu cầu làm tắc mạch, hiệu quả tắc mạch của coil được tăng lên nhờ có các rải xơ gắn kèm (fiber), khi nút mạch bằng coil không cần thả vào trong túi giả phình mà chỉ cần làm tắc cuống mạch cấp máu[4]. Một số tác giả sử dụng keo sinh học N-butyl-2 cyanoacrylate (NCBA: Histoacryl)[1] cho kết quả tốt, keo sinh học do là chất tắc mạch dạng dịch do đó đòi hỏi kinh nghiệm của người thực hiện để tránh gây tắc hay trào ngược vào các nhánh mạch không mong muốn.

IV. KẾT LUẬN

Giả phình động mạch thắt lưng là tổn thương rất hiếm gặp, chẩn đoán dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, điều trị bằng can thiệp nội mạch là phương pháp ít xâm hại, hiệu quả cao, hạn chế được chảy máu và thời gian nằm viện, nhược điểm là cần có trang thiết bị hiện đại và đội ngũ bác sĩ chẩn đoán hình ảnh được đào tạo về điện quang can thiệp mạch máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Meltem Ceyhan, îmit Belet, Serdar Aslan, Suat Ayyýldýz, Kamil Gül: Meltem Ceyhan, Traumatic lumbar artery pseudoaneurysm: the role of CT angiography in diagnosis and treatment. Diagn Interv Radiol DOI 10.4261/1305-3825.DIR.1925-08.2.

2. M. Lacombe. Les complications vasculaires de la chirurgie discale lombaire. Annales de chirurgie 131 (2006) 583–589.

3. Kalangos, Afksendiyos, Walder, Bernard; Faidutti, Bernard Ruptured Lumbar Artery Pseudoaneurysm: A Diagnostic Dilemma in Retroperitoneal Hemorrhage after Abdominal Trauma. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care Issue: Volume 45(4), October 1998, pp 829-832.

4. Bettina Marty, Luis A. Sanchez, Reese A. Wain, Takao Ohki, Michael L. Marin, Curt Bakal and Frank J. Veith Endovascular Treatment of a Ruptured Lumbar Artery Aneurysm: Case Report and Review of the Literature. Annals of Vascular Surgery Volume 12, Issue 4, Pages 311-403 (July 1998).

5. K. J. Stevens, R. H. Gregson,R. W. Kerslake False aneurysm of a lumbar artery following vertebral biopsy. Eur Spine J (1997) 6: 205-207, Springer-Verlag 1997.

6. J. Heianna, T. Miyauchi, Y. Takano, M. Hashimoto and J. Watarai Successful treatment of a ruptured infected aneurysm of the lumbar artery with transcatheter embolization. Abdominal imaging (2005) 30: 270-273.

7. Dimitrios Siablis, Constantinos Panagopoulos, Maria Karamessini, Dimitrios Karnabatidis, Sofia Margariti, Konstantinos Tepetes, and Elias Panagiotopoulos : Delayed Diagnosis of a False Aneurysm After Lumbar Arterial Injury: Treatment With Endovascular Embolization. SPINE Volume 28, Number 4, pp E71–E73.

TÓM TẮT

Giả phình động mạch thắt lưng là tổn thương hiếm gặp, mặc dù những động mạch này có kích thước nhỏ và ở sau phúc mạc. Vỡ của phình động mạch có thể ảnh hưởng tới tính mạng của bệnh nhân. Chẩn đoán hình ảnh và quyết định sớm điều trị đóng vai trò quan trọng. Chúng tôi trình bày một trường hợp đã được điều trị thành công bằng can thiệp nội mạch.

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: ***PGS.TS. Nguyễn Duy Huề***