DIỄN ĐÀN
MEDICAL FORUM

BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN ĐƠN ĐỘC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Lê Thanh Dũng, Lê Thị Hồng Phương*, Phạm Hữu Khuyên*, Vũ Hải Thanh**

SUMMARRY

Isolated superior mesenteric artery (SMA) dissection, with no other abnormality or aortic dissection, is unusual. Diagnosis base on the aid of Doppler and 64-slice multidetector CT. We report two cases of isolated spontaneous SMA dissection without aortic involvement in two patients who had presented with epigastric pain that was especially worse after food intake. Examen on 64-slice multidetector CT show an isolated SMA dissection, not involving the aorta. These patients were managed conservatively with anticoagulants.

Keyword: *Isolated superior mesenteric artery.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc không kèm theo tổn thương động mạch chủ bụng là bệnh hiếm gặp, tính đến năm 2005 có 56 trường hợp được báo cáo trong y văn [1]. Chẩn đoán dựa trên siêu âm Doppler và chụp cắt lớp vi tính đa dãy. Nguyên nhân gây ra chưa khẳng định rõ ràng mặc dù có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh, hiện chưa có thống nhất về cách phân loại, theo dõi và điều trị. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất ở các bệnh nhân là đau bụng cấp vùng thượng vị [12].

Chúng tôi trình bày hai trường hợp bệnh nhân đau bụng cấp được chẩn đoán bóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc và theo dõi điều trị tại Bệnh viện Việt Đức.

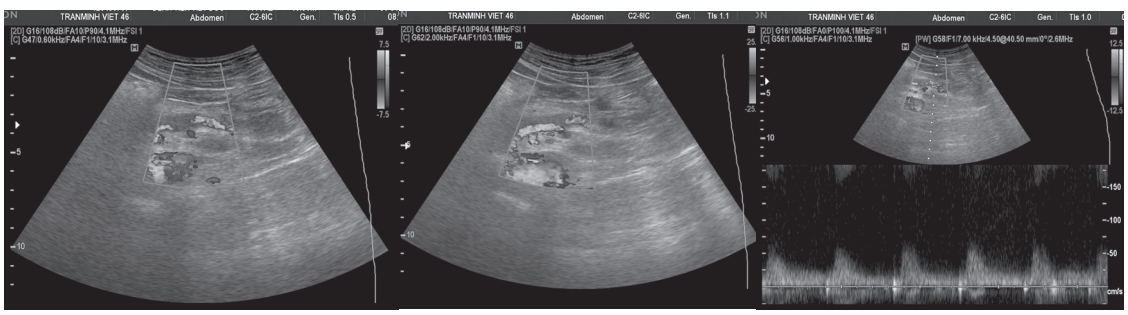
II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

1. Trường hợp thứ nhất

Bệnh nhân nam 49 tuổi, mã số vào viện 44492, không có tiền sử các bệnh huyết áp, tim mạch hay chấn thương, vào viện với lý do đau bụng đột ngột vùng thượng vị, đau tăng lên sau ăn.

Khám lâm sàng: bụng mềm không chướng không có điểm đau khu trú, không có phản ứng thành bụng hay cảm ứng phúc mạc, các xét nghiệm sinh hóa và huyết học trong giới hạn bình thường.

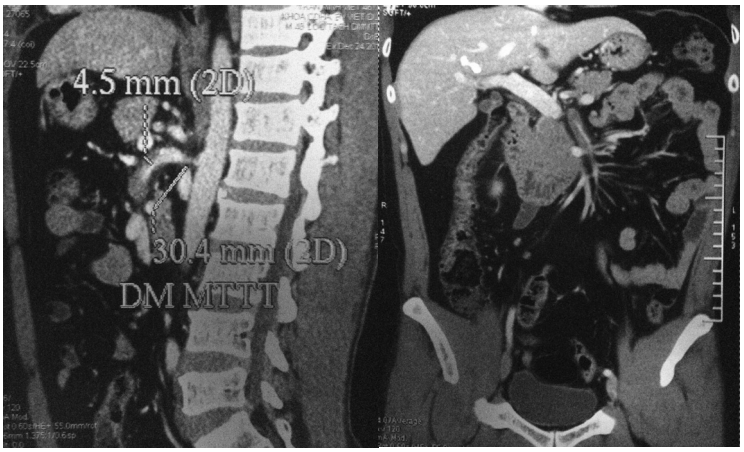
Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm Doppler thấy huyết khối giảm âm thành động mạch (ĐM) mạc treo tràng trên (MTTT) làm hẹp khoảng 70% lòng mạch (hình 1).



Hình 1. Hình ảnh Doppler ĐM MTTT có huyết khối

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

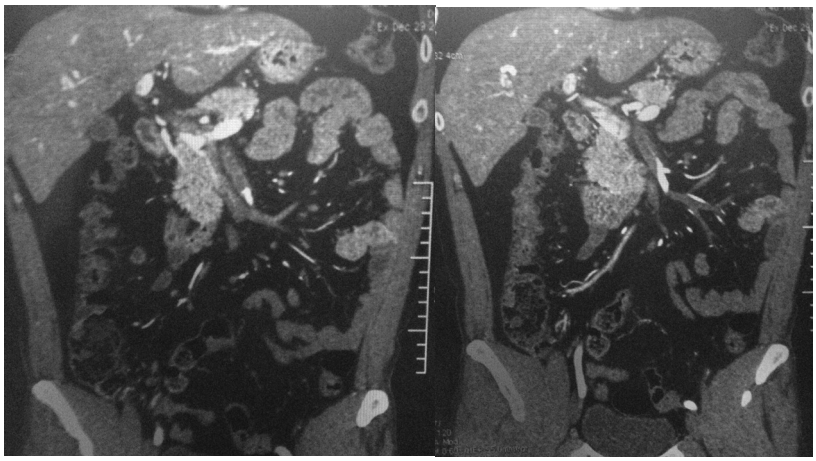
Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy có tiêm thuốc cản quang và dựng hình mạch máu thấy hình ảnh ĐM MTTT bóc tách cách vị trí xuất phát 15mm, lòng giả lấp đầy huyết khối. Các nhánh của ĐM MTTT còn ngấm thuốc sau tiêm (Hình 2)[1].



Hình 2. Chụp CLVT 64 dãy dựng hình ĐM MTTT

Hình ảnh siêu âm và CLVT không có biểu hiện thiếu máu ruột, không có bất thường động mạch chủ bụng và các tạng trong ổ bụng.

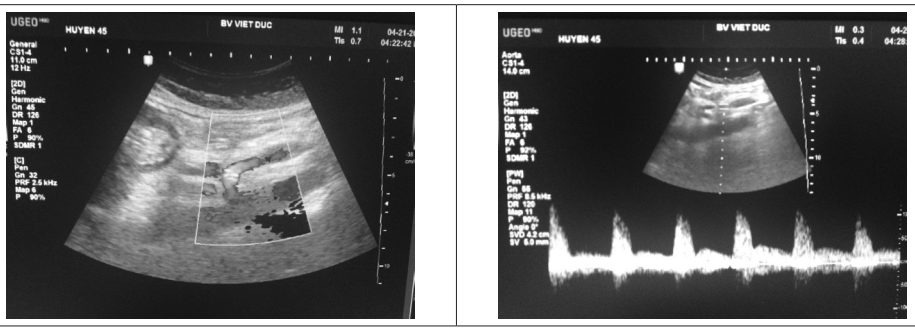
Bệnh nhân được điều trị bảo tồn bằng chống đông Heparin (250) liều 300UI/kg/24giờ sau đó dùng Heparin trọng lượng phân tử thấp (Lovenox) liều 0,8ml/ngày. Trong quá trình điều trị, bệnh nhân đỡ đau dần. Sau 1 tuần điều trị, bệnh nhân không còn triệu chứng đau và chụp CLVT 64 dãy không thấy bệnh tiến triển (Hình 3). Bệnh nhân ra viện trong tình trạng ổn định, điều trị ngoại trú Sintrom liều 2mg/ngày.



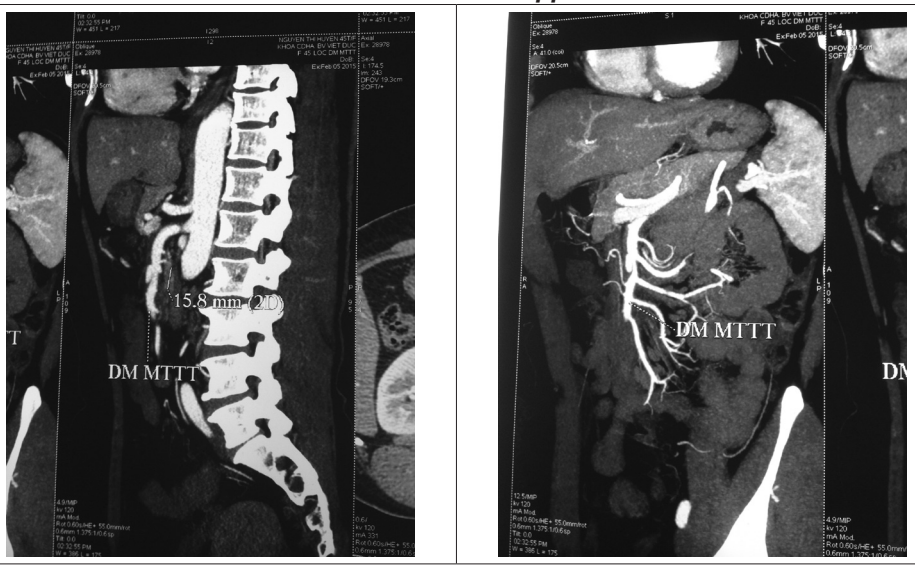
Hình 3. Động mạch mạc treo tràng trên sau 1 tuần điều trị bảo tồn

2. Trường hợp thứ hai

Bệnh nhân nữ 45 tuổi, mã số vào viện 4247, vào viện với lý do đau bụng vùng thượng vị, bệnh nhân không có tiền sử về các bệnh tim mạch, tiểu đường. Khám lâm sàng: bụng mềm không chướng không có điểm đau khu trú, không có phản ứng thành bụng hay cảm ứng phúc mạc. Nội soi dạ dày bình thường. Các xét nghiệm không thấy bất thường. Siêu âm ổ bụng cho kết quả không phát hiện bất thường. Siêu âm Doppler mạch máu ổ bụng nghi ngờ có huyết khối bán phần ĐM MTTT (hình 4). Bệnh nhân được chụp CLVT 64 dãy ổ bụng có tiêm thuốc cản quang và dựng hình mạch máu ổ bụng, kết quả: hình ảnh bóc tách động mạch mạc treo, không kèm theo tổn thương động mạch chủ bụng, không có dấu hiệu thiếu máu ruột (hình 5).



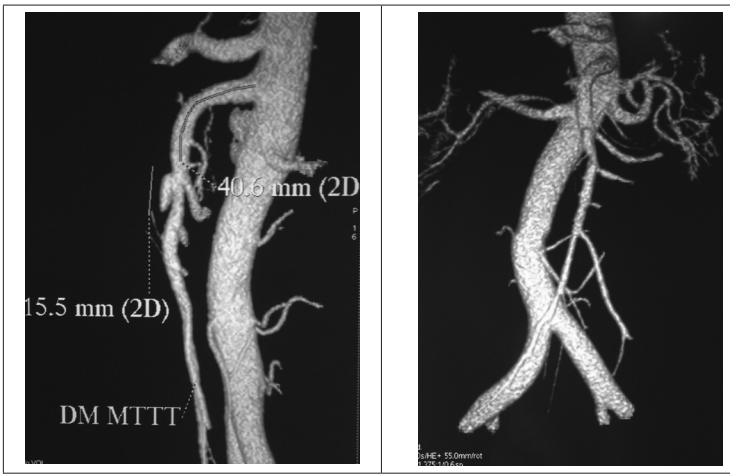
Hình 4. Hình ảnh siêu âm Doppler ĐM MTTT



Hình 5. CLVT có hình ảnh bóc tách ĐM MTTT

Bệnh nhân này cũng được điều trị bảo tồn bằng thuốc chống đông Heparin 10000UI/ngày và Aspegic 100mg/ ngày trong thời gian 7 ngày. Bệnh nhân hết đau bụng, được điều trị ngoại trú bằng thuốc chống đông Aspergic 100mg/ngày.

Kiểm tra siêu âm Doppler và CLVT 64 dãy sau 3 tháng, tình trạng bệnh ổn định, hết đau bụng, không tiến triển (Hình 6).



Hình 6. Chụp CLVT 64 dãy sau 3 tháng điều trị

III. BÀN LUẬN

Bóc tách ĐM MTTT đơn độc là bệnh hiếm gặp trước đây, tuy nhiên tỷ lệ phát hiện ngày càng tăng nhờ tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm thuốc cản quang.

1. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây ra bóc tách ĐM MTTT đến nay còn chưa rõ ràng, nghiên cứu của nhiều tác giả cho thấy một số yếu tố nguy cơ có liên quan đến được mô tả như các bệnh nhân tăng huyết áp, nghiện thuốc lá, bệnh lý xơ vữa động mạch, các bệnh lý liên quan đến tổ chức liên kết thành mạch (hội chứng Marfan, Ehlers-Danlos), các bệnh nhân có tiền sử chấn thương, phẫu thuật trong ổ bụng, hoặc các bệnh nhân có tiền sử can thiệp sản khoa [7].

Theo giả thuyết Solis và cộng sự đưa ra, bóc tách có thể do áp lực tác động lên thành động mạch ở bờ dưới tụy vì điểm bắt đầu bóc tách thường từ 3-4cm từ lỗ ĐM MTTT tương ứng với bờ dưới tụy [6]. Hai bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không xác định được nguyên nhân cũng như yếu tố ảnh hưởng như đã nêu.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng thường gặp của các bệnh nhân bóc tách đơn độc ĐM MTTT là đau bụng, đau bụng có thể cấp tính hoặc mạn tính, đau bụng cấp do bóc tách thành mạch, hoặc thiếu máu ruột mức độ nặng; đau bụng mạn tính thường do hẹp lòng mạch, đau tăng sau bữa ăn, khi có dấu hiệu thiếu máu cấp có thể kèm theo các dấu hiệu bụng chướng, buồn nôn, nôn. Tuy nhiên một số trường hợp bệnh được phát hiện tình cờ, không có triệu chứng khi thăm khám các bệnh lý khác[2-5].

Độ tuổi thường gặp trong các nghiên cứu là tuổi trung niên, tỷ lệ mắc ở nam giới nhiều hơn nữ giới, có thể do liên quan đến các yếu tố nguy cơ [12]. Hai bệnh nhân của chúng tôi vào viện với biểu hiện lâm sàng là đau bụng vùng thượng vị, giống như đa số các bệnh nhân trong các thông báo.

2.2. Chẩn đoán cận lâm sàng

Chẩn đoán cận lâm sàng chủ yếu dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm Doppler mạch máu và chụp CLVT đa dãy có dựng hình mạch máu. Siêu âm Doppler là phương pháp dễ thực hiện, giá thành rẻ, dễ thực hiện nhiều lần, có giá trị để chẩn đoán và theo dõi trong quá trình điều trị, tuy nhiên hạn chế của siêu âm Doppler là khó đánh giá khi bệnh nhân bụng chướng hơi, có thiếu máu ruột cấp tính và phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm người làm. Chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang và dựng hình mạch máu có giá trị chẩn đoán xác định, phân loại được tổn thương và đánh giá được các biến chứng do hậu quả của bóc tách động mạch gây nên[7].

Các dấu hiệu bóc tách thành mạch trên CLVT: huyết khối thành mạch, lòng thật, lòng giả, giới hạn đoạn mạch bóc tách, dấu hiệu thiếu máu ruột: thành ruột mỏng, có khí trong thành ruột, khí trong tĩnh mạch cửa[12].

Chụp cộng hưởng từ có giá trị tương tự chụp CLVT trong đánh giá tổn thương bóc tách thành mạch, tuy nhiên trong thực hành lâm sàng ít được áp dụng do cần sự hợp tác tốt của bệnh nhân, thời gian thăm khám kéo dài và hạn chế đánh giá các biến chứng [9].

Chụp mạch máu số hóa xóa nền có vai trò trong chẩn đoán xác định và phân loại tổn thương tuy nhiên ngày nay ít được áp dụng, được thay thế nhờ các máy chụp CLVT đa dãy đầu dò có dựng hình mạch máu. Chụp mạch máu số hóa xóa nền được sử dụng trong các trường hợp can thiệp nội mạch để điều trị tổn thương[4].

Phân loại tổn thương bóc tách ĐM MTTT đơn độc dựa vào hình ảnh CLVT, hiện nay chưa có phân loại thống nhất giữa các tác giả. Các phân loại chủ yếu dựa vào tính chất dòng chảy trong lòng giả: dòng chảy trong lòng giả không trở vào lòng thật (no re-entry) và dòng chảy trong lòng giả trở vào lòng thật (re-entry). Một số phân loại thường được dùng để chẩn đoán như: phân loại theo Sakamoto[11], phân loại theo Dong Lin-li, phân loại theo Zerbib, phân loại theo Yun.

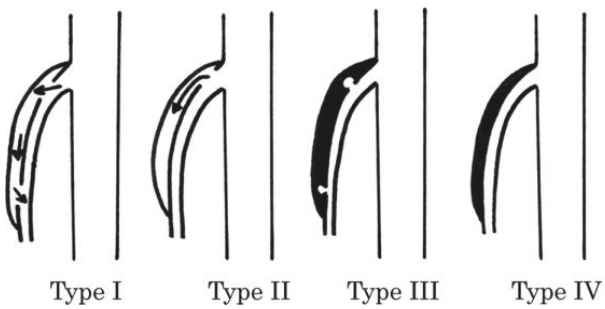
Phân loại theo Sakamoto khá đơn giản [11], bao gồm 4 type:

Type 1: dòng chảy trong lòng giả trở vào lòng thật (re-entry).

Type 2: dòng chảy trong lòng giả không trở vào lòng thật (no re-entry).

Type 3: huyết khối lòng giả và giả loét.

Type 4: huyết khối lòng giả không có hình giả loét.



Hình 7. Phân loại theo Sakamoto

Một số tác giả khác phân loại phức tạp hơn, dựa trên cơ sở phân loại Sakamoto. Theo Dong Lin-li và cộng sự chia ra 5 type: [8]

Type 1: dòng chảy từ lòng giả trở về lòng thật (re-entry).

Type 2,3,4,5: dòng chảy trong lòng giả không trở vào lòng thật (no re-entry).

- Type 2 không có huyết khối lòng giả.

- Type 3 có huyết khối lòng giả và hình ảnh giả loét.

- Type 4 có huyết khối lòng giả không có hình ảnh giả loét.

- Type 5 là dạng giả phình.

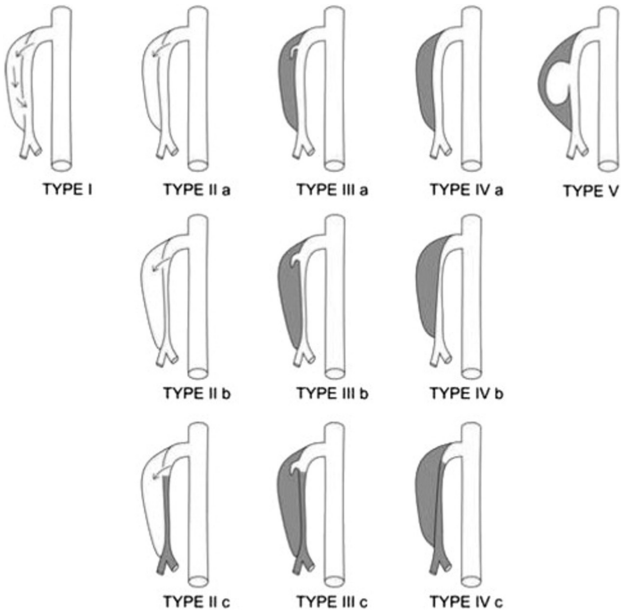
Trong các type 2,3,4 lại được chia thành các dưới type:

a- Không gây hẹp lòng thật.

b- Có gây hẹp lòng thật.

c- Có huyết khối lòng thật.

Phân loại của Dong Lin-li có ưu điểm chỉ rõ hơn các nguy cơ biến chứng từ đó giúp định hướng điều trị tốt hơn. Type 3 và 4 có nguy cơ hẹp lòng và tắc mạch, trong khi type 5 có nguy cơ vỡ giả phình.



Hình 8. Phân loại theo Dong Lin-li

3. Điều trị

Điều trị bóc tách đơn độc ĐM MTTT chưa có thống nhất giữa các tác giả, điều trị chủ yếu dựa vào phân loại tổn thương trên hình ảnh CLVT và diễn biến lâm sàng.

Đối với các bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng thường được điều trị bảo tồn bằng dùng các thuốc chống đông và điều trị các bệnh phối hợp kèm theo, tuy nhiên đối với các trường hợp bóc tách kéo dài, kèm theo có giả phình mạch mà kích thước tăng lên khi theo dõi cần điều trị can thiệp, tùy từng trường hợp mà phương pháp phẫu thuật hay đặt stent lòng mạch được lựa chọn [8].

Đối với các bệnh nhân có biểu hiện các triệu chứng như đau bụng và thiếu máu ruột thì tùy từng mức độ để điều trị, với các bệnh nhân thiếu máu nặng, nhồi máu ruột cần điều trị can thiệp cấp cứu bằng can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật. Đối với các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nhưng không có biểu hiện thiếu máu hay thiếu máu mức độ vừa (đau sau khi ăn) điều trị nội khoa là lựa chọn đầu tiên[8].

Hai bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán phân loại type IVa và IIb theo Sakamoto, bệnh nhân thứ nhất có hẹp lòng ĐM MTTT tuy nhiên cả hai bệnh nhân đều đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, không cần can thiệp.

Bệnh nhân điều trị bảo tồn cần phải theo dõi các dấu hiệu của nhồi máu ruột và được kiểm tra kết quả điều trị sau 1 tuần, sau 1 tháng, sau đó kiểm tra định kì 4 tháng/1 lần.

IV. KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo hai trường hợp bóc tách ĐM MTTT đơn độc không kèm theo bóc tách động mạch chủ trên hai bệnh nhân trung tuổi có biểu hiện đau bụng thượng vị, đau tăng lên sau ăn. Bệnh nhân được chẩn đoán dựa vào lâm sàng và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, điều trị bảo tồn bằng thuốc chống đông kéo dài có kết quả lâm sàng ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miyamoto N, Sakurai Y, Hirokami M, Takahashi K, Nishimori H, Tsuji K, et al. Endovascular stent placement for isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery: report of a case. Radiat Med. (2005). 520–524.

2. Suzuki S, Furui S, Kohtake H, Sakamoto T, Yamasaki M, Furukawa A, et al. Isolated dissection of superior mesenteric artery: CT findings in 6 cases. Abdom Imaging. (2004). 153–157.

3. Javerliat I, Becquemin JP, d'Audiffret A. Spontaneous isolated dissection of superior mesenteric artery. Eur J Vasc Endovasc Surg. (2003). 180–184.

4. Takayama H, Takeda S, Saitoh SK, Hayashi H, Takano T, Tanaka K. Spontaneous isolated dissection of superior mesenteric artery. Intern Med. (2002). 713–716.

5. Dushnitsky T, Peer A, Katzenelson L, Strauss S. Dissecting aneurysm of superior mesenteric artery: Flow dynamics by colour Doppler sonography. J Ultrasound Med. (1998). 781–783.

6. Hirai S, Hamanaka Y, Mitsui N, Isaka M, Kobayashi T. Spontaneous and isolated dissection of main trunk of the superior mesenteric artery. Ann Thorac Cardiovasc Surg. (2002).236–240.

7. Sheldon PJ, Esther JB, Sheldon EL, Sparks SR, Brophy DP, Oglevie SB. Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. Cardiovasc Intervent Radiol. (2001).329–331.

8. Dong-lin L, Yang-yan H, Adel MA, Xu-dong C, Wei J, Ming L, Hong-kun Z, Ting-bo L. Management strategy for spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery based on morphologic classification. Journal of vascular surgery. (8/2014). 165-172.

9. Lauterbach, S.R., Cambria, R.P., Brewster, D.C., Gertler, J.P., Lamuraglia, G.M., Isselbacher, E.M., Hilgenberg, A.D., and Moncure, A.C. Contemporary management of aortic branch compromise resulting from acute aortic dissection. J Vasc Surg. (2001); 33: 1185–1192

10. Yasuhara, H., Shigematsu, H., and Muto, T. Self-limited spontaneous dissection of the main trunk of the superior mesenteric artery. J Vasc Surg. (1998); 27: 776–779.

11. Sakamoto I, Ogawa Y, Sueyoshi E, et al. Imaging appearances and management of isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. Eur J Radiol (2007); 64: 103-10.

12. Palle Lalitha, Balaji Reddy, Isolated superior mesenteric artery dissection, Indian J Radiol Imaging. (2010); 20(2): 132–134.

Người liên hệ: Lê Thanh Dũng. Email: drdung74@yahoo.com

Ngày nhận bài 28.10. 2015

Ngày chấp nhận đăng: 15.11. 2015