



NÚT MẠCH ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU CẤP KHỐI U VÙNG ĐẦU MẶT CỔ: NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP

**Transarterial embolization for control of acute
bleeding in three patients with head and neck cancer**

Trịnh Tú Tâm, Nguyễn Quốc Dũng*, Bùi Văn Giang***

SUMMARY

Acute bleeding tumor in the head and neck can lead to significant morbidity and mortality without appropriate treatment. Estimates of the incidence of bleeding range between 6 and 14% of patients with advanced cancer, and is the immediate cause of death in around 6% of cases. Previously, acute bleeding tumor not responding to medical therapy, surgery is the first choice. In recent years, interventional radiology has a more important position in the treatment. We report three cases of acute bleeding has been successfully treated at Friendship Hospital as examples presenting the role of interventional radiology in the management of acute bleeding tumors.

Keywords: *Interventional radiology, Angiography, Embolization, Acute bleeding tumor in the head and neck.*

GIỚI THIỆU

Chảy máu cấp tính khối u là một biến chứng nghiêm trọng, có thể dẫn tới tử vong nếu không được điều trị thích hợp. Nguyên nhân gây chảy máu có thể do khối u phát triển xâm lấn các mạch máu, di chứng sau hóa trị, xạ trị, phẫu thuật, các biến chứng toàn thân của bệnh ung thư gây biến đổi các yếu tố tham gia vào quá trình đông máu hay việc sử dụng các thuốc chống đông, chống viêm không steroid trong điều trị và tình trạng nhiễm trùng tại vị trí khối u... Những trường hợp chảy máu cấp tính thường không đáp ứng với điều trị nội khoa, trước đây phẫu thuật thắt mạch máu là lựa chọn hàng đầu. Tuy nhiên, chảy máu cấp tính trong nhiều trường hợp phẫu thuật khó có thể kiểm soát do khối u tái phát xâm lấn, biến đổi giải phẫu sau phẫu thuật, rò, nhiễm trùng, hoại tử, di chứng sau xạ trị [7]. Trong những năm gần đây nút mạch đã cho thấy là

một lựa chọn tốt hơn, tiến hành đơn giản và hiệu quả hơn để điều trị chảy máu cấp tính các khối u nói chung và u vùng đầu mặt cổ nói riêng.

CA LÂM SÀNG

• Trường hợp 1:

BN nam, 70 tuổi.

Vào viện với lý do đau nhiều góc hàm trái, sốt.

Chẩn đoán: Ung thư lợi hàm trái giai đoạn IV đã điều trị hóa chất, tia xạ đồng thời.

Khám thấy góc hàm trái có hạch to, vùng tổn thương góc lợi hàm trái có sung loét, giả mạc.

7 ngày sau khi vào viện BN xuất hiện chảy máu cấp vào khoang miệng.

Mạch, huyết áp vẫn ổn định. Xét nghiệm Hemoglobin giảm từ 102 g/l xuống 82 g/l. Hội chẩn chuyên khoa Răng hàm mặt và Ngoại không can thiệp được.

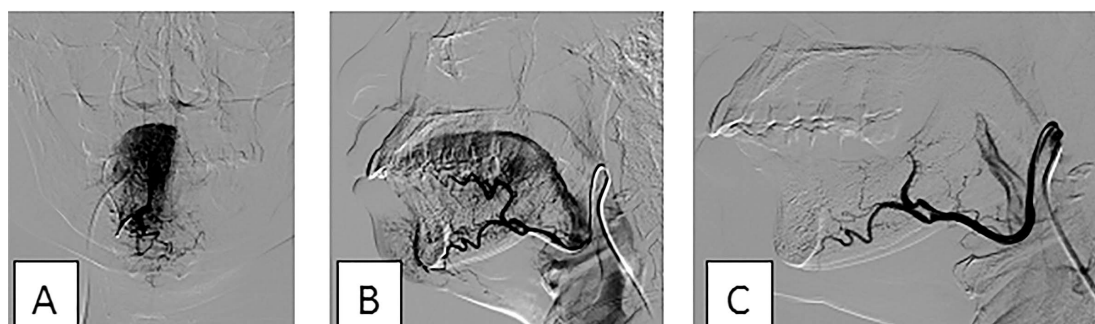
* Khoa Chẩn đoán Hình ảnh Bệnh viện Hữu Nghị

** Bộ môn Chẩn đoán Hình ảnh - Đại học Y Hà Nội

BN được chỉ định truyền máu, chụp cắt lớp vi tính và chụp mạch số hóa xóa nền cấp cứu. Trên hình ảnh chụp mạch máu thấy khối u lồi hàm trái được cấp máu từ nhánh động mạch hàm trong bên trái, không thấy sự tham gia cấp máu của nhánh động mạch cảnh ngoài phải và động mạch cảnh trong hai bên.

Chọn lọc nhánh động mạch hàm bên trái bằng Microcatheter 2.7F (Terumo) sau đó bơm hạt PVA (Polyvinyl Alcohol) kích thước 355-500 micron gây tắc nhánh động mạch hàm trong bên trái.

BN đã ngừng tình trạng chảy máu khối u ngay sau can thiệp và ra viện sau 9 ngày.



Chụp ĐM lồi phải tư thế thẳng (A) và nghiêng (B)

Động mạch lồi phải sau khi nút mạch đã tắc cuống mạch (C)

Hình 1: hình ảnh chụp động mạch lồi bên phải trước và sau nút mạch bằng hạt PVA

• **Trường hợp 2:**

BN nam, 72 tuổi

Vào viện với lý do chảy máu lồi

Tiền sử: Hẹp động mạch vành đã đặt stent, đái tháo đường

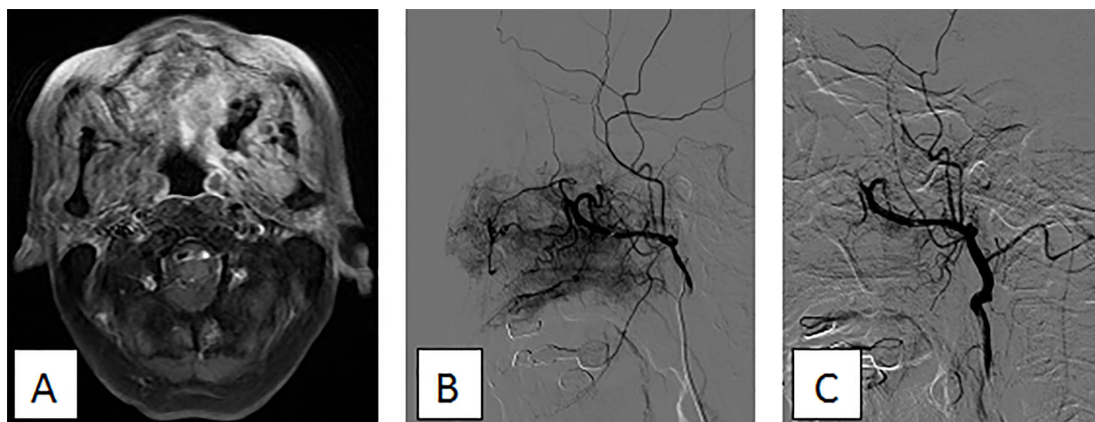
Chẩn đoán: U máu lồi chảy máu

BN đã được khám chuyên khoa răng hàm mặt thấy nhiều máu cục trong khoang miệng, đã xử trí khâu cầm máu tại hai điểm chảy máu phía phải lồi và đặt miếng Spongel có tẩm Hemoban vào vùng

chảy máu nhưng không đỡ.

BN được tiến hành chụp hệ động mạch não, thấy hình ảnh khối u lồi được cấp máu từ nhánh động mạch lồi phải tách từ động mạch cảnh ngoài phải. Chụp chọn lọc và nút nhánh động mạch lồi phải bằng hạt PVA kích thước 250 - 355 micron.

Chụp kiểm tra thấy tắc hoàn toàn nhánh động mạch lồi phải, ngừng chảy máu sau can thiệp và ra viện sau 12 ngày.



Hình ảnh MRI khối u lồi hàm trái

Khối u tăng sinh mạch từ nhánh ĐM hàm trong trái

Sau nút cuống mạch ĐM hàm trong trái

Hình 2: Hình ảnh MRI khối u lồi hàm trái (A) và DSA trước (B), sau nút mạch (C)

Trường hợp 3:

BN nam, 63 tuổi

Tiền sử: Ung thư niêm mạc má trái, đã phẫu thuật, hóa chất và tia xạ; đái tháo đường; tăng huyết áp; giảm tiểu cầu.

Khối u xâm lấn, hoại tử tạo lỗ rò ra ngoài da vùng má trái và vào trong khoang miệng.

Vào viện vì chảy máu nhiều qua lỗ rò.

Tình trạng lúc vào BN tỉnh, huyết động ổn định (mạch 83ck/p, huyết áp 140/80 mmHg), da niêm mạc hồng.

Khoảng 2 giờ sau vào viện BN có dấu hiệu biến đổi về huyết động (mạch 100 ck/p, huyết áp 90/60 mmHg), da niêm mạc nhợt.

Máu chảy nhiều ra ngoài qua lỗ rò và chảy vào trong khoang miệng xuống vùng hầu họng.

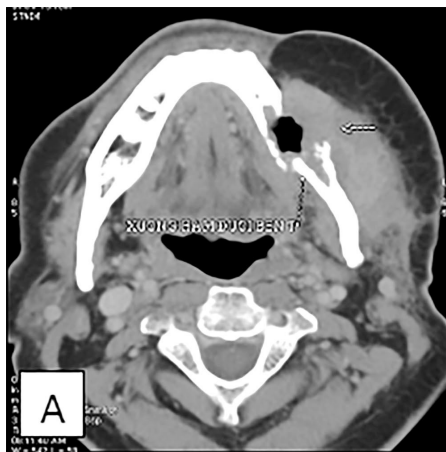
BN đã được đặt nội khí quản cấp cứu và hội chẩn các chuyên khoa ngoại, răng hàm mặt, chẩn đoán hình ảnh, ung bướu và đề nghị tiến hành thủ thuật nút mạch.

Trên hình ảnh chụp mạch thấy thoát thuốc cản quang mức độ nhiều từ nhánh động mạch mặt bên trái qua vị trí lỗ rò ra ngoài da.

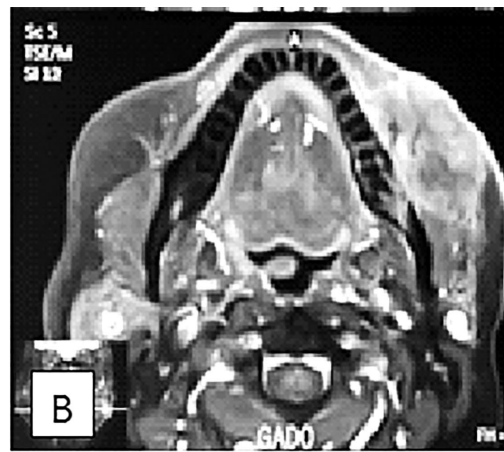
Tiến hành chọn lọc nhánh động mạch mặt trái bằng Microcatheter 2.7F và nút mạch bằng 0,5 ml keo sinh học (Histoacryl) pha với lipiodol tỉ lệ 1:3.

Nhánh động mạch mặt tắc hoàn toàn và BN ngừng chảy máu ngay sau can thiệp.

Rút nội khí quản sau 01 ngày và tình trạng BN tiến triển tốt, ra viện sau 10 ngày.



Hình ảnh CT khuyết xương hàm dưới trái do u xâm lấn



Hình ảnh MRI khối u niêm mạc má trái

Hình 3: Hình ảnh CT (A) và MRI (B) khối u niêm mạc má trái



Hình ảnh CT khuyết xương hàm dưới trái do u xâm lấn



Tắc cường ĐM mặt trái sau nút bằng Histoacryl



Lỗ rò ra ngoài da vùng má trái đã không còn chảy máu sau nút mạch

Hình 4: Hình ảnh trước (A) và sau nút nhánh động mạch mặt bên trái (B, C)

BÀN LUẬN

Tỉ lệ chảy máu trong u chiếm tỉ lệ khoảng 6-14% tùy theo vị trí và kích thước u, trong đó khoảng 6% số trường hợp là chảy máu cấp tính gây tử vong cho người bệnh [5]. Trong những năm gần đây, tỉ lệ ứng dụng can thiệp nội mạch trong điều trị u vùng đầu mặt cổ ngày càng tăng, đặc biệt trong các trường hợp chảy máu cấp tính. Điều trị chảy máu cấp tính vùng đầu mặt cổ bằng tắc mạch qua da được mô tả đầu tiên năm 1974 trong điều trị trường hợp BN chảy máu cam không đáp ứng điều trị nội khoa [6]. Những năm gần đây, nhờ sự phát triển về kỹ thuật và dụng cụ can thiệp cũng như các vật liệu nút mạch nên can thiệp nội mạch đã được áp dụng với các chỉ định rộng rãi hơn nhiều từ những trường hợp nút mạch trước phẫu thuật cắt u để giảm mất máu trong phẫu thuật đến các trường hợp chảy máu cấp tính do loét mạch máu trong ung thư, chảy máu mũi mức độ nhiều, chảy máu sau cắt amidal... [7].

Các vật liệu để nút mạch hiện nay có thể là các hạt nhựa (PVA-polyvinyl alcohol, embospheres), vòng xoắn kim loại (Coils), giá đỡ kim loại (stent), chất tắc mạch tạm thời (Gelfoam), keo sinh học (histoacryl)... việc lựa chọn vật liệu nút mạch tùy theo tính chất, vị trí của tổn thương và khẩu kính lòng mạch cấp máu cho u. Trường hợp BN thứ 1 và thứ 2 đã giới thiệu, chúng tôi sử dụng vật liệu tắc mạch bằng hạt PVA do chảy máu xuất phát từ các nhánh mạch nhỏ tách ra từ động mạch cảnh ngoài, kích thước hạt với BN thứ nhất có nguồn cấp máu cho u từ động mạch hàm là 300-500 micron, với BN thứ 2 khối u được cấp máu từ nhánh động mạch lồi chúng tôi sử dụng hạt kích thước 350 micron với mục đích chính là gây tắc tại cuống mạch để cầm máu, không gây hoại tử. Theo một số tác giả việc sử dụng microcatheter là cần thiết để chọn lọc được tới gần nhất mạch máu cấp máu cho u và gây chảy máu, các hạt ban đầu có thể sử dụng kích thước từ 150-250 micron để tắc

được các nhánh nhỏ sau đó có thể dùng các hạt lớn hơn và/ hoặc Gelfoam. Các hạt kích thước nhỏ hơn 150 micron cần thận trọng vì có thể tắc các nhánh mạch xa, có nguy cơ hoại tử vùng nút mạch và cần kiểm soát tốt trong quá trình bơm hạt [2].

Trường hợp BN thứ 3 của chúng tôi là một chảy máu cấp tính mức độ nhiều làm thay đổi huyết động của BN trong một thời gian ngắn, trường hợp này nằm trong bệnh cảnh của hội chứng chảy máu ổ ạt động mạch cảnh (Carotid blowout syndrome-CBS), đây được coi là biến chứng nghiêm trọng nhất của bệnh lý u vùng đầu mặt cổ, tỉ lệ tử vong liên quan tới biến chứng này theo các báo cáo trung bình khoảng 50% [3]. Theo Maran AG và cộng sự, hội chứng chảy máu ổ ạt động mạch cảnh là do sự ăn mòn, xâm lấn của khối u vào động mạch cảnh hoặc các nhánh bên của nó, hội chứng này chiếm khoảng 4,3% BN đã điều trị ung thư vùng đầu mặt cổ [4]. Thông thường hội chứng này xuất hiện ở những BN ung thư tế bào vảy và hầu hết đã trải qua điều trị tia xạ, do vùng u sau điều trị da khô, có thể hoại tử và thành mạch vùng này yếu nên dễ vỡ, kể từ khi giới thiệu lần đầu vào khoảng năm 1990 thì can thiệp nội mạch đã trở thành phương pháp điều trị chính cho hội chứng này [1]. BN của chúng tôi tại vùng khối u đã hình thành lỗ rò ra ngoài da và vào trong khoang miệng, khi chảy máu lượng máu mất khá nhiều và chảy vào vùng hầu họng làm nguy cơ ảnh hưởng tới hô hấp nên đã phải hút máu cục ra và tiến hành đặt nội khí quản cấp cứu. Trong quá trình chụp mạch thấy thuốc cản quang thoát ra rất nhiều ở qua vị trí lỗ rò ra ngoài từ nhánh động mạch mặt bên trái, chúng tôi đã sử dụng keo sinh học histoacryl pha với lipiodol để gây tắc mạch chọn lọc hiệu quả rất tốt và dừng chảy máu ngay sau khi gây tắc.

KẾT LUẬN

Chảy máu cấp tính là một biến chứng nặng nề đối với những BN ung thư vùng đầu mặt cổ. Điều trị can thiệp nội mạch là một phương pháp có hiệu quả

cao và hầu như không có biến chứng. Việc chọn lọc bằng microcather đến gần vị trí tổn thương và lựa

chọn vật liệu tắc mạch phù hợp là rất quan trọng để mang lại hiệu quả điều trị và tránh các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chaloupka, J. C., et al. (1996), "Endovascular therapy for the carotid blowout syndrome in head and neck surgical patients: diagnostic and managerial considerations", *AJNR Am J Neuroradiol.* 17(5), pp. 843-52.

2. Cooke, D., et al. (2008), "Embolization in the head and neck", *Semin Intervent Radiol.* 25(3), pp. 293-309.

3. Haas, R. A. and Ahn, S. H. (2013), "Interventional management of head and neck emergencies: carotid blowout", *Semin Intervent Radiol.* 30(3), pp. 245-8.

4. Maran, A. G., Amin, M., and Wilson, J. A. (1989), "Radical neck dissection: a 19-year experience", *J Laryngol Otol.* 103(8), pp. 760-4.

5. Pereira, J. and Phan, T. (2004), "Management of bleeding in patients with advanced cancer", *Oncologist.* 9(5), pp. 561-70.

6. Sokoloff, J., et al. (1974), "Therapeutic percutaneous embolization in intractable epistaxis", *Radiology.* 111(2), pp. 285-7.

7. Storck, K., et al. (2016), "Management and prevention of acute bleedings in the head and neck area with interventional radiology", *Head Face Med.* 12, p. 6.

TÓM TẮT

Chảy máu cấp tính khối u vùng đầu mặt cổ có thể làm tình trạng bệnh nặng và tử vong nếu không được điều trị thích hợp. Tỷ lệ chảy máu khối u chiếm tỷ lệ khoảng 6-14% , trong đó chảy máu cấp tính và là nguyên nhân gây tử vong chiếm khoảng 6%. Trước đây, với các trường hợp chảy máu cấp tính không đáp ứng với điều trị nội khoa thì phẫu thuật là phương pháp lựa chọn hàng đầu. Trong những năm gần đây điện quang can thiệp có một vị trí ngày càng quan trọng trong việc điều trị. Nhân ba trường hợp khối u ác tính chảy máu cấp đã được điều trị thành công tại Bệnh viện Hữu Nghị, chúng tôi muốn giới thiệu về vai trò của điện quang can thiệp trong điều trị chảy máu cấp tính khối u.

Từ khóa: điện quang can thiệp, can thiệp, nút mạch, chảy máu cấp tính vùng đầu mặt cổ.

Người liên hệ: Trịnh Tố Tâm. Email: tutambvhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.1.2017. Ngày chấp nhận đăng: 20.2.2017