

CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ GIẢ PHÌNH MẠCH TẠNG

Endovascular embolisation in treatment of visceral artery pseudoaneurysms

Ngô Lê Lâm^(*), Đào Danh Vĩnh^(*), Trịnh Hà Châu^(*), Lê Hoàng Kiên^(*),
Vũ Đăng Lưu^(*), Trần Anh Tuấn^(*), Trần Văn Lượng^(*)

SUMMARY

Objective: To evaluate the technical success, safety and outcome of endovascular embolization procedure in management of visceral artery pseudoaneurysm.

Method: 4 patients who were confirmed diagnosis by abdominal contrast enhanced computed tomography and treated by endovascular embolisation at Radiology Department of Bach Mai hospital. We used material embolization with coils and/or N-butyl cyanoacrylat to obliterate visceral artery pseudoaneurysm.

Results: all patient were successfully treated, there was no complication during and after treatment. Follow up was done for a mean duration of 8 months: complete resolution of symptoms or improvement in clinical condition was seen in all.

Conclusion: Results of embolization of visceral artery pseudo-aneurysm with coils and NBCA at our department showed high success rate and good short term outcome.

^(*) Khoa Chẩn đoán hình ảnh
Bệnh viện Bạch Mai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động mạch (ĐM) tạng trong ổ bụng bao gồm ĐM thận và các ĐM thuộc vòng tuần hoàn nội tạng trong đó có: ĐM thân tạng, ĐM mạc treo tràng trên và ĐM mạc treo tràng dưới.

Giả phình mạch (VPS) là tổn thương ít gặp, có thể do nhiều nguyên nhân như tình trạng viêm, nhiễm khuẩn, chấn thương mắt bèn vững cấu trúc thành mạch của ổ giả phình gây nguy cơ vỡ và chảy máu trong ổ bụng hoặc khoang sau phúc mạc, yêu cầu phải được điều trị cấp cứu.

Với sự phát triển của y học, sử dụng kỹ thuật chụp mạch số hóa xóa nền vị trí giả phình, có thể tiếp cận tổn thương cũng như đưa ra chiến lược điều trị can thiệp nút tắc hoàn toàn ổ giả phình mạch một cách hợp lý.

Chúng tôi đưa ra 4 trường hợp được chẩn đoán và điều trị can thiệp nút tắc ổ giả phình mạch tạng với mục tiêu đánh giá hiệu quả, tính an toàn và tỷ lệ thành công của phương pháp can thiệp.

2. CA LÂM SÀNG

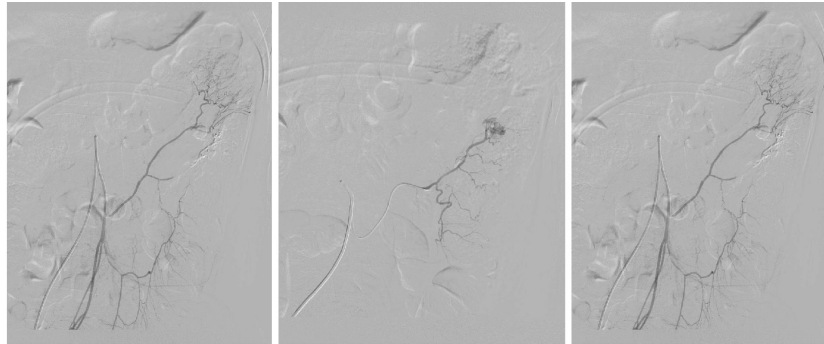
2.1. Bệnh nhân 01:

Bệnh nhân nam, 26 tuổi, được chẩn đoán viêm tụy cấp với biến chứng nang giả tụy mặt trước thân và đuôi tụy, đã được dẫn lưu nang giả tụy. Đợt này đau bụng tăng dần, xét nghiệm có biểu hiện thiếu máu. Bệnh nhân được chỉ định chụp CLVT ổ bụng, có tiêm thuốc cản quang.

Trên phim chụp CLVT ổ bụng: nang giả tụy lớn mặt trước thân và đuôi tụy (đã dẫn lưu), sau tiêm, có ổ giả phình thành nang, nghi ngờ xuất phát từ nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới (hình 01).



Hình 1. Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang A. Thi động mạch và B. Thi tĩnh mạch: có ổ giả phình trong thành nang giả tụy. C. Trên dựng hình MIP: ổ giả phình xuất phát từ nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới.



Hình 2. Trên chụp mạch số hóa: ổ giả phình lớn 9-20mm, tiếp cận ĐM mạc treo tràng dưới bằng catheter simon 1, 5F và chụp chọn lọc khối u bằng Ashahi 1.98F, chụp kiểm tra không thể tiếp cận vào trong ổ giả phình, tiến hành nút tắc ổ giả phình và tắc ĐM mang bằng hỗn hợp NBCA pha lipiodol theo tỷ lệ ¼, chụp kiểm tra sau cùng loại bỏ hoàn toàn được ổ giả phình.

Bệnh nhân được lựa chọn can thiệp nội mạch để loại bỏ ổ giả phình: sheath 5F đặt vào ĐM đùi bên phải, tiếp cận ĐM mạc treo tràng dưới bằng catheter sidwinder (simon 1), ổ giả phình có kích thước 9-20mm, sử dụng microcatheter Ashahi 1.98F để chụp chọn lọc nhánh ĐM đại tràng trái (nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới), vì không thể tiếp cận vào trong ổ giả phình do kích thước mạch nhỏ, nên chúng tôi tiến hành nút tắc túi phình và ĐM mang bằng hỗn dịch keo sinh học pha với lipiodol theo tỷ lệ 1/4. Chụp kiểm tra sau cùng, loại bỏ toàn bộ ổ giả phình và nhánh ĐM mang cấp máu cho đại tràng góc lách (hình 2).

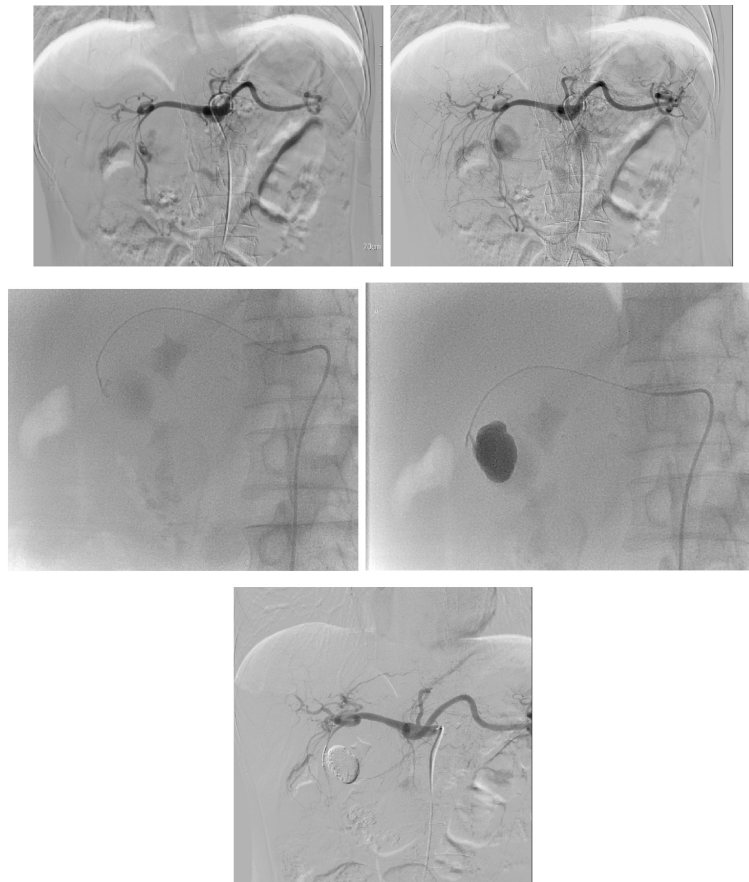
2.2. Bệnh nhân 02:



Hình 3. Nguyễn Đức H. , nam 46 tuổi. Tiền sử: đang điều trị viêm tụy cấp, lâm sàng đau bụng tăng lên. Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc: ổ giả phình kích thước 8-10mm ở khoang sau phúc mạc và sau đầu tụy, có máu tụ xung quanh đề đẩy tụy ra trước, ổ giả phình xuất phát từ ĐM tá tụy sau dưới (một nhánh của ĐM mạc treo tràng trên). Trên phim chụp mạch: dùng Cobra 5F tiếp cận ĐM mạc treo tràng trên, chụp kiểm tra thấy ổ giả phình hiện hình rõ xuất phát từ ĐM tá tụy dưới, tiếp cận ổ giả phình bằng micocatheter 1.98F, tiến hành nút tắc ổ giả phình và động mạch mang. Chụp kiểm tra sau nút, không thấy thoát thuốc và tắc hoàn toàn nhánh ĐM tá tụy dưới xuất phát từ ĐM mạc treo tràng trên.

Bệnh nhân nam, 46 tuổi có tiền sử viêm tụy cấp, có ổ giả phình nằm mặt sau đầu tụy, xuất phát từ ĐM tá tụy dưới (nhánh của ĐM mạc treo tràng trên, có vòng nối với nhánh của ĐM tá tụy). Chúng tôi dùng catheter Cobra 5F để tiếp cận ĐM mạc treo tràng trên, chụp thấy hiện hình ổ giả phình xuất phát từ ĐM tá tụy dưới. Sau đó, chúng tôi dùng microcatheter Progreat 2.0 tiếp cận được ổ giả phình, tiến hành nút tắc ổ giả phình và ĐM mang bằng coils. Chụp kiểm tra sau cùng loại bỏ hoàn toàn được ổ giả phình, không thấy thoát thuốc.

2.3. Bệnh nhân 03:

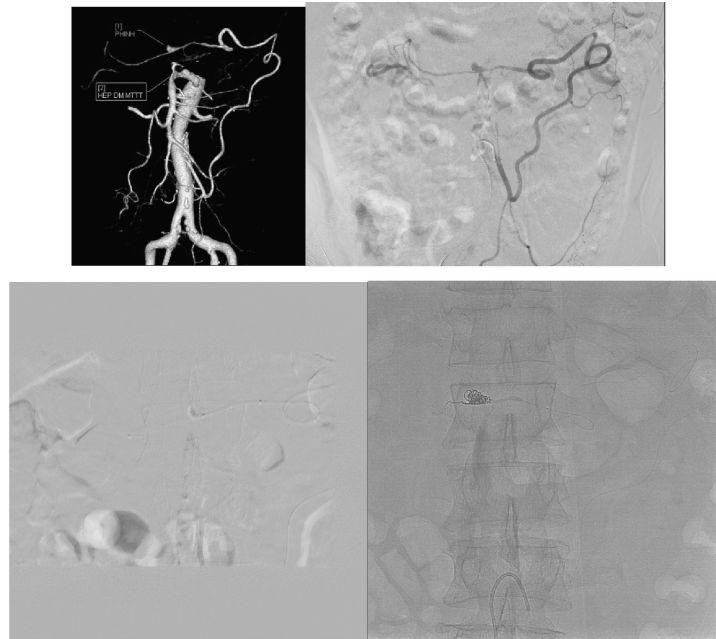


Hình 4. Chụp mạch số hoá xoá nền ĐM thân tạng: A. dùng catheter Yashiro tiếp cận ĐM thân tạng và chụp kiểm tra thấy hiện hình ổ giả phình nghi ngờ xuất phát từ nhánh của ĐM vị tá tràng, B.C. Tiếp cận ổ giả phình của ĐM vị tá tràng bằng micocatheter Progreat 2.7F, D. Nút tắc hoàn toàn ổ giả phình bằng keo sinh học (NBCA) pha lipiodol với tỷ lệ 1/4, E. Chụp kiểm tra sau cùng: loại bỏ hoàn toàn ổ giả phình.

Bệnh nhân nam, 53 tuổi, tiền sử viêm tụy cấp nhiều đợt, đợt này chẩn đoán đợt cấp của viêm tụy mạn. Bệnh nhân có ổ giả phình lớn xuất phát từ ĐM vị tá tràng. Tiếp cận ổ giả phình bằng Progreat 2.7F, tiến hành nút tắc giả phình bằng hỗn dịch keo sinh học (NBCA) và lipiodol với tỷ lệ pha 1/3. Thể tích 4.2ml, thời gian gây tắc hoàn toàn 30s.

2.4. Bệnh nhân 04:

BN nam, 71 tuổi, tiền sử viêm tụy cấp đang điều trị, hiện tại có xuất huyết tiêu hoá. Chụp CLVT ổ bụng phát hiện ổ giả phình xuất phát từ nhánh nuôi đại tràng ngang của ĐM mạc treo tràng trên. Chụp mạch: tiếp cận ĐM mạc treo tràng trên bằng Yashiro 5F, tiếp cận ổ giả phình bằng microcatheter Echelon 10-45 độ. Nút tắc hoàn toàn ổ giả phình bằng coils (hình 05).



Hình 05. A. Trên dụng VR ĐM mạc treo tràng trên: có ổ giả phình nhánh đại tràng ngang. Trên chụp mạch số hoá xoá nền: B. Tiếp cận và chụp ĐM mạc treo tràng trên bằng catheter Yashiro 5F, thấy hình ảnh thúi phình, C. Tiếp cận ổ giả phình bằng microcatheter Echelon 10-45 độ và thả VXKL (coils) để nút tắc hoàn toàn ổ giả phình, D. Chụp kiểm tra không thấy thoát thuốc vào trong ổ giả phình mạch.

3. BÀN LUẬN

4 bệnh nhân được chẩn đoán giả phình mạch tạng và được điều trị nút tắc ổ giả phình bằng can thiệp nút mạch. Tất cả các trường hợp đều có tiền sử và/hoặc đang điều trị viêm tụy cấp.

Có thể lựa chọn nhiều phương pháp trong nút tắc túi giả phình như VXKL (coils), keo sinh học (NBCA) (Bảng 1). Trong đó, việc lựa chọn phương pháp điều trị nút tắc ổ giả phình phụ thuộc vào kích thước và chiều dài mạch máu, khả năng tiếp cận với túi phình.

Bảng 1. Vị trí, số lượng và kích thước của ổ giả phình

ĐM gốc	Số lượng ổ giả phình mạch	Kích thước ổ giả phình	Can thiệp nút mạch	Biến chứng
Total	4			
ĐM tá tụy dưới (nhánh của ĐM mạc treo tràng trên)	1	8-10mm	VXKL	Không biến chứng
ĐM đại tràng ngang (nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới)	1	9-14mm	VXKL	
ĐM đại tràng trái (nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới)	1	9-20mm	NBCA	
ĐM đại tràng ngang (nhánh của ĐM mạc treo tràng trên)	1	10-20mm	VXKL	

Trong nhiều năm, phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị duy nhất đối với những trường hợp có giả phình mạch tạng vỡ hoặc chưa vỡ. Tuy nhiên, với sự phát triển của các kỹ thuật can thiệp mới và sự tích lũy kinh nghiệm của bác sỹ can thiệp, đã làm thay đổi các phương pháp điều trị cổ điển.

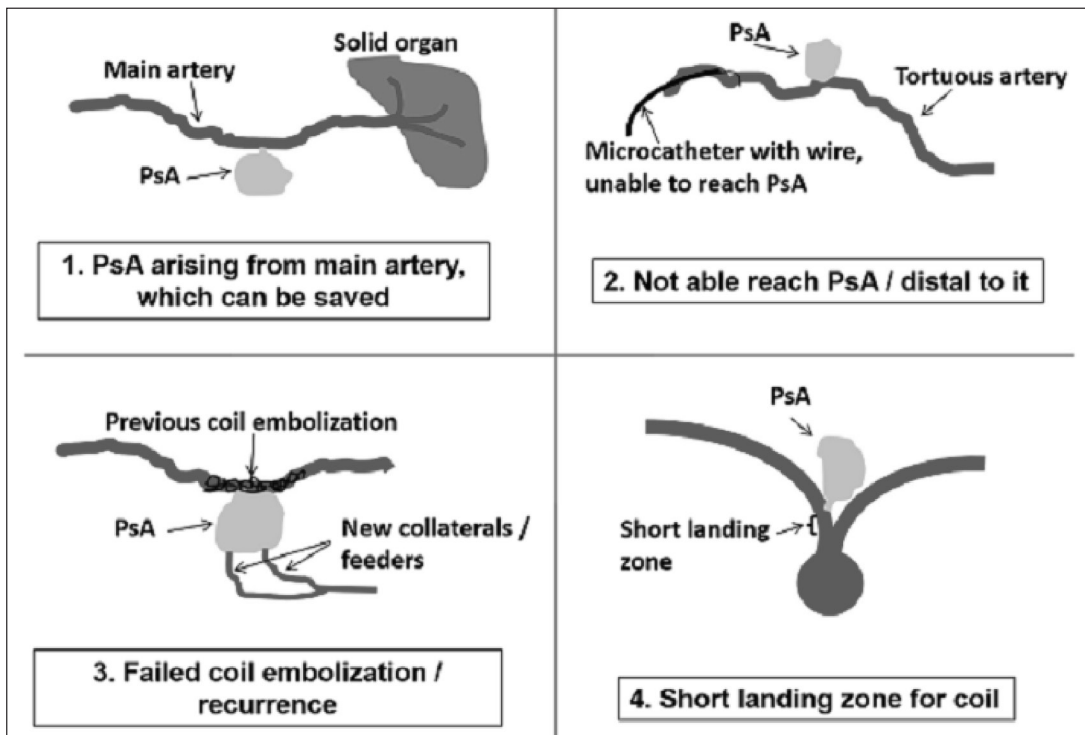
Trong đó, điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch được xem là an toàn và hiệu quả trong việc loại bỏ ổ giả phình, cũng như có thể bảo tồn tối đa ĐM mang, phương pháp có ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn và hồi phục nhanh.

Trong can thiệp, có thể lựa chọn nhiều cách thức khác nhau để loại bỏ ổ giả phình, có thể dùng vật liệu như vòng xoắn kim loại (coils), khung đỡ kim loại (covered stent), keo sinh học (histoacryl hay NBCA), hạt PVA (polyvinyl alcohol), spongel hay bột gây tắc (gelfoam) hoặc cũng có thể bơm thrombin nội mạch để gây tắc ổ giả phình.

Việc sử dụng vòng xoắn kim loại được xem là phương pháp an toàn trong điều trị, đặc biệt đối với những tổn thương ở những ĐM lớn, ổ giả phình dễ dàng tiếp cận và là phương pháp có thể bảo tồn tối đa ĐM mang.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 BN được điều trị bằng VXKL đơn thuần và 1 BN được điều trị bằng keo sinh học. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới, việc sử dụng VXKL bị hạn chế đối với những trường hợp mạch máu kích thước nhỏ, ĐM chạy dài và ngoằn ngoèo không thể tiếp cận được, đặc biệt, một số trường hợp gặp biến chứng sau dùng VXKL như tắc ĐM mang, thủng ổ giả phình, VXKL di chuyển hoặc giả phình tái phát sau can thiệp.

1 bệnh nhân chúng tôi sử dụng keo sinh học được pha với dung dịch có tính cản quang lipiodol theo tỷ lệ 1:4 để loại bỏ túi phình đồng thời gây tắc ĐM mang. Việc sử dụng keo sinh học được xem như một lựa chọn thay thế khi mà không thể sử dụng vòng xoắn kim loại để loại bỏ túi phình, mạch nhỏ, ngoằn ngoèo và không thể tiếp cận ổ giả phình (hình 03), tuy nhiên, sử dụng keo sinh học cũng có những ưu thế nhất định: thích hợp đối với giả phình của ĐM tận, không phụ thuộc vào tình trạng đông máu của bệnh nhân, giá thành thấp và tiết kiệm thời gian.



Hình 6. Điều trị nút tắc ổ giả phình bằng sử dụng vật liệu NBCA trong những trường hợp không sử dụng được VXKL [1].

Tất cả những bệnh nhân đều được điều trị can thiệp thành công, tình trạng lâm sàng cải thiện tốt, không thấy biến chứng trong và sau can thiệp.

Chúng tôi xin được đưa ra một số hạn chế của nghiên cứu: việc nghiên cứu hồi cứu và với cỡ mẫu nhỏ (n=3) nên để đánh giá tính hiệu quả cũng như là biến chứng trong can thiệp thường không chính xác, ngoài ra, với kinh nghiệm thực hành trong điều trị giả phình không được nhiều nên hiệu quả can thiệp sẽ bị ảnh hưởng, việc đi sâu vào từng kỹ thuật và đi sâu vào tìm hiểu hiệu quả điều trị của từng dụng cụ và vật liệu can

thIỆP không được đánh giá đúng. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy đây là nghiên cứu đầu tiên trong điều trị can thiệp nội mạch các giả phình với hy vọng đưa ra được những chỉ định và lựa chọn cách thức can thiệp một cách hợp lý, an toàn và hiệu quả nhất.

4. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch trong điều trị các giả phình mạch tạng là phương pháp điều trị có tính chất xâm lấn tối thiểu, an toàn, hiệu quả với tỷ lệ thành công cao và kết quả lâm sàng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kumble S. Madhusudhan et al**, "Endovascular embolization of visceral artery pseudoaneurysm using modified injection technique with N-butyl cyanoacrylate glue", 26:1718-1725, 2015.
2. **Yasir Jamil Khattak et al**, "Endovascular embolisation of visceral artery pseudoaneurysms",

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả, tính an toàn và sự thành công của phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị giả phình động mạch (ĐM) tạng.

Phương pháp: 4 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định có ổ giả phình bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang, được điều trị can thiệp nội mạch nút tắc ổ giả phình tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi sử dụng vật liệu nút mạch là vòng xoắn kim loại (VXKL) và/hoặc keo sinh học để loại bỏ ổ giả phình.

Kết quả: Tất cả bệnh nhân đều được điều trị thành công, không có biến chứng trong và sau can thiệp. Sau thời gian theo dõi trung bình 8 tháng: triệu chứng lâm sàng hoàn toàn được cải thiện.

Tóm lại: Can thiệp nội mạch trong điều trị giả phình mạch tạng có tỷ lệ thành công cao và hiệu quả điều trị trong giai đoạn ngắn tốt.

* **Các chữ viết tắt:** BN= bệnh nhân, CLVT= cắt lớp vi tính, ĐM= động mạch, NBCA= n-butyl cyanoacrylat (keo sinh học), PSA= pseudo-aneurysm (giả phình động mạch), VXKL= vòng xoắn kim loại (coil), VPS= visceral artery pseudo-aneurysm (giả phình mạch tạng).

Người liên hệ: Ngô Lê Lâm. Khoa CĐHA bệnh viện Bạch Mai, Email: lamntxq28@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2017 ngày chấp nhận đăng: 30.5.2017