



UNG THƯ GAN VỠ, XUẤT HUYẾT Ổ BỤNG, ĐƯỢC TRỊ LIỆU HÓA DẦU KẾT HỢP THUYỀN TẮC MẠCH QUA CATHETER (TOCE) TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ ĐÀ NẴNG NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Ruptured hepatocellular carcinoma (hcc), bleeding in abdomen is treated by toce (transcatheter oily chemoembolization) at hoanmy DaNang hospita: a case report

Hồ Văn Quốc*, Trịnh Lê Ngọc*, Hồ Tấn Mai*; Lê Văn Tâm**

SUMMARY

- HCC is the most common of cancer liver.
 - Nature progress, metastasis is complex, multiple organs.
 - Ruptured HCC, Bleeding in abdomen, hypotention, shock,...: is severe statement, progress is very rapid, complex, serious, dead rate is hight.
 - Diagnostoc and treatment (TOCE) of ruptured HCC must rapid, exact. Doing everything possible to keep the patient alive !.
 - A report of a man patient 79 year olds, at emergency room of Hoan My Da Nang hospital, was diagnosed ruptured HCC, hypotention,...He hadbeen taken emergency abdoment CT and treatmented – TOCE. The doctors did everything possible to keep him alive.
 - Follow- up and consolidate TOCE, crux problem !
- Keyword:** Hepatocellular Carcinoma, Computed tomography, Digital Subtraction Angiography, Transcatheter Oily Chemoembolization, Gastrointestinal endoscopy surgery, laparoscopic surgery.

TỔNG QUAN:

- HCC (Hepatocellular Carcinoma) là dạng thường gặp ở ung thư gan (91%). Tần xuất bệnh thay đổi theo địa dư. Việt Nam: ít nhất 20 000 bệnh nhân HCC/ năm. Tỷ lệ mới mắc hàng năm trên thế giới 430 000 (WHO-1990), vùng Đông Nam Á chiếm ¼ số trường hợp. Nam: Nữ = 4 : 1
- Bệnh nhân HCC thường biểu hiện triệu chứng vào tuổi 40 (vùng nguy cơ cao), 50 (vùng nguy cơ thấp).
- Diễn tiến, di căn phức tạp: Phổi (47%), hạch (30%), màng bụng (17%), thượng thận (13%), xương (11%), não (2%), tĩnh mạch cửa, chủ dưới, gan...
- Tỷ lệ tử vong cao, nhanh
- HCC vỡ, chảy máu ổ bụng, tụt huyết áp, choáng,...: Diễn tiến rất nhanh, trầm trọng, đe dọa tử

vong. Cần chẩn đoán nhanh, chính xác, và xử lý cấp cứu kịp thời mới có thể cứu sống bệnh nhân.

- Nhân một trường hợp: Bệnh nhân nam 79 tuổi, vào cấp cứu ở bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng lúc 6:21AM 17- 01- 2014, lý do: Đau bụng, choáng. Bệnh nhân được khám cấp cứu, chẩn đoán: HCC vỡ, đang chảy máu/ nhĩp chậm xoang, và được điều trị - TOCE kịp thời, và được cứu sống.

I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh án lâm sàng một bệnh nhân cấp cứu:

Bệnh nhân: TRẦN D, 79 tuổi, ID: 501717.14003758

Địa chỉ: Hộ gia đình, P.Trường Xuân, Tam Kỳ, Quảng Nam

Vào cấp cứu ở bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng, 6:21AM 17- 01- 2014

(*) Khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai, (**) Khoa ngoại, Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Đà Nẵng

Lý do: Đau bụng, choáng

*** Khám:**

- M: 56 l/ph, HA: 110/ 70 mmHg, T: 37

- Đau thượng vị, quanh rốn, hố chậu (P), chóng mặt, buồn nôn.

- Khám: Ấn đau quanh rốn, hạ sườn, hố chậu (P), Mac- Burney (+); Cứng cổ (-).

*** Siêu âm cấp cứu (6:38AM):**

- TD: HCC vỡ # 58x64 mm gan (P), ở hạ phân thùy V. Dịch tự do ổ bụng lượng vừa.

- Sỏi thận (P) # 07- 10 mm. Dày thành bàng quang # 08 mm.

*** CT (08:12AM):**

- Gan:Hình ảnh HCC (Hepatocellular Carcinoma) # 57 x 74mm, vỡ, đang chảy máu, ở hạ phân thùy V, sát bao gan và thông xuống dưới. Có hình ảnh thoát thuốc cản quang vào trong ổ bụng, máu tự do trong ổ bụng lượng nhiều, # 1000 ml.

- Không thấy thrombus tĩnh mạch cửa.

*** Xquang tim phổi:** Bình thường.

*** ECG:** Nhịp chậm xoang 39 l/ph.

*** Xét nghiệm (06:49 AM 17 01 2014):** Hồng cầu: 3.96 (Ttb/L), Bạch cầu: 11.4 (65.7, 4.9, 19.6) Gtb/L, Tiểu cầu: 231 Gtb/L, TCK: 30.8 (Sec) Fibrinogene: 2.54 (g/L), TS: 3, TC: 8 (Min), TQ:13.0 (Sec), Taux prothrombine: 100 %, INR: 1.00, AlphaFP: 313.4 Nhóm máu: A Rh (+), HbsAg (-), AntiHCV (-), Anti HIV (-), Amoniac (NH3): 282.8 µmol/L (Nor: 10- 60), Bilirubin: Total: 6,7 (Direct: 2,4; Indirect: 4,3) µmol/L; SGPT: 12, SGOT: 33U/L.

*** Chẩn đoán:** HCC vỡ, đang chảy máu/ nhịp chậm xoang.

+ Hội chẩn viện khẩn!

*** Điều trị: DSA - TOCE (09:35 AM 17 01 2014):**

Chẩn đoán trước và sau TOCE: HCC OKUDA II ở hạ phân thùy vỡ, đang chảy máu, tràn máu ổ bụng.

- Trị liệu hoá dầu: Doxorubicine: 50 mg, Lipiodol: 10 ml, Spingostan-S002.

- Chụp chọn lọc động mạch mạc treo tràng trên,

động mạch thận (P): Không thấy nhánh mạch nuôi u gan.

Sau TOCE (17-01-2014):

* Siêu âm(03:45 PM): Hình ảnh u gan (P), dịch tự do ổ bụng lượng nhiều.

* Xét nghiệm (2:41 PM 18-01-2014): Hồng cầu: 3.95 Ttb/L, bạch cầu: 16.4 Gtb/L (89.4, 6.0, 4.1); tiểu cầu: 195 Gtb/L; Amoniac (NH3): 330.2 (Nor: 10- 60) Mmol/L.

++ Phẫu thuật nội soi hút máu tụ, rửa ổ bụng sau vỡ u gan:

Chẩn đoán trước và sau phẫu thuật:

Tràn máu ổ bụng/ u gan vỡ đã nút mạch. Phẫu thuật nội soi tiêu hoá - Mở nội soi hút máu tụ, rửa ổ bụng sau vỡ gan (PT loại 1A):

Ổ bụng nhiều máu đỏ bầm ở gằm gan, hố lách, giữa các quai ruột, cùng đồ; vùng trước gan nhiều máu đông. Quan sát thấy gan trái không có nốt đầu đinh, bề mặt trơn láng, gan phải không đánh giá được do máu đông tạo thành khối. Hút ra được 850 ml máu ổ bụng, không phá vỡ máu đông ở vùng gan. Đặt dẫn lưu cùng đồ, đóng vết mổ.

*** Theo dõi sau TOCE và hậu phẫu nội soi hút máu tụ, rửa ổ bụng sau vỡ u gan:**

- Phòng ngừa nhiễm trùng.
- Hội chứng sau thuyên tắc.
- Chức năng gan.

II. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

• Can thiệp mạch - TOCE: Cấp cứu, kịp thời:

- Đặc tính khối HCC: OKUDA II

- Biến thể mạch máu: 01 vi động mạch cung cấp máu cho khối u gan (P) xuất phát từ động mạch thân tạng.

- Mức độ ngấm Lipiodol: Hoàn toàn > 75 % → Đáp ứng tốt → Theo dõi định kỳ; Xét thời gian TOCE củng cố.

- Kiểu ngấm Lipiodol: Đồng nhất: Thường kèm sẹo co kéo → Đáp ứng TOCE tốt.

+ Hiệu quả của trị liệu hóa dầu - TOCE !

• Phẫu thuật nội soi tiêu hóa - Mổ nội soi hút máu tụ, rửa ổ bụng sau vỡ gan: Hút ra được 850 ml máu ổ bụng, không phá vỡ máu đông ở vùng gan. Đặt dẫn lưu cùng dò, đóng vết mổ. Hậu phẫu ổn định, tiến triển tốt.

• Điều trị, chăm sóc hậu phẫu.

• Tiên lượng: khả quan.

F Xuất viện: 25/01/2014

F Xét TOCE củng cố sau 6 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ABRAM'S Angiography, Volume III, Interventional Angiography, Little – Brown and Company 1999.

2. Kết quả bước đầu điều trị ung thư gan bằng phương pháp trị liệu hóa dầu kết hợp tắc mạch qua catheter TOCE (Transcatheter Oily Chemoembolization) tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng sau 45 lượt TOCE cho 30 bệnh nhân

(Bs Hồ Văn Quốc - Báo cáo Hội nghị khoa học tiêu hoá Toàn quốc 11)

3. TOCE cầm máu, cứu sống bệnh nhân vỡ K gan

TS.BS Trần Bá Thoại - Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng, 28/8/2011

TÓM TẮT:

- HCC là dạng thường gặp ở ung thư gan.

- Diễn tiến, di căn phức tạp, nhiều cơ quan. Tỷ lệ tử vong cao, nhanh

- HCC vỡ, chảy máu ổ bụng, tụt huyết áp, choáng,... diễn tiến rất nhanh, phức tạp, trầm trọng, nguy cơ tử vong rất cao.

- Chẩn đoán nhanh, chính xác, và can thiệp điều trị - TOCE kịp thời mới có thể cứu sống bệnh nhân.

- Chúng tôi báo cáo một trường hợp: Bệnh nhân nam 79 tuổi, vào cấp cứu vì đau bụng, choáng. Bệnh nhân được khám, chụp CT scanner cấp cứu, chẩn đoán: HCC vỡ, đang chảy máu/ nhĩp chậm xoang, và được điều trị TOCE kịp thời, và được cứu sống.

- Theo dõi định kì, xét TOCE củng cố cũng là một vấn đề nan giải.

Từ khóa: Ung thư tế bào gan, Chụp cắt lớp vi tính, Chụp mạch máu số hóa xóa nền, Trị liệu hóa dầu kết hợp thuyên tắc mạch qua catheter, phẫu thuật nội soi tiêu hoá, hút máu tụ.

Người liên hệ: Hồ Văn Quốc, khoa CĐHA bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng,

Email: drhovanquoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2017. Ngày chấp nhận đăng: 20.6.2017

Phụ lục:

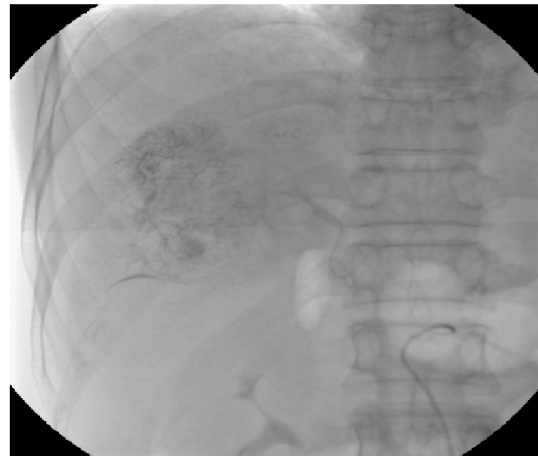


CT Scanner

Không cản quang

Động mạch

Tĩnh mạch



DSA

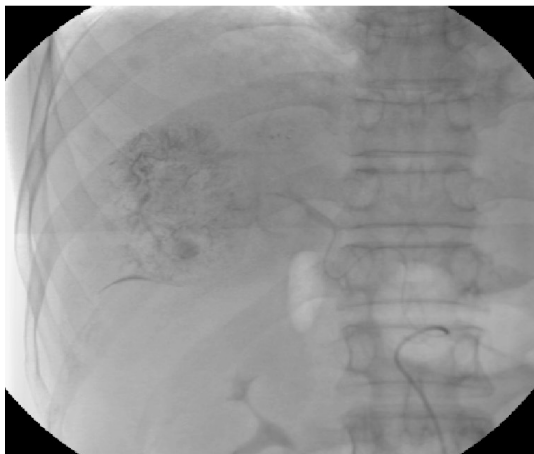
Siêu chọn lọc động mạch gan (P)



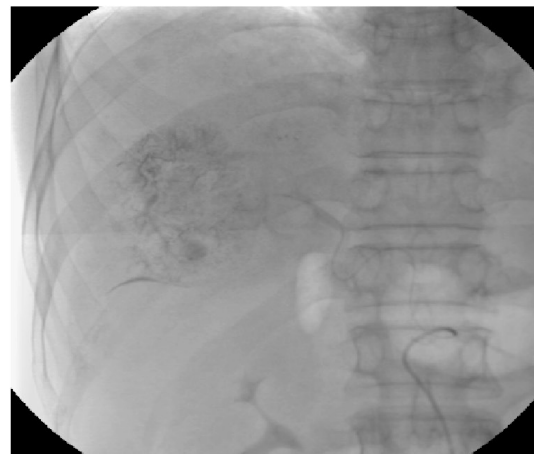
DSA

PRE TOCE

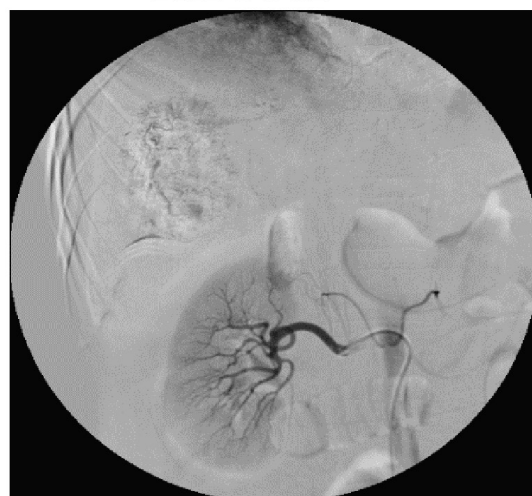




DSA
Siêu chọn lọc động mạch gan (P)



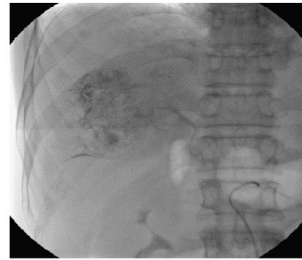
DSA
PRE TOCE



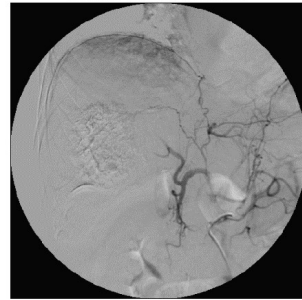
→ Động mạch mạc treo tràng trên



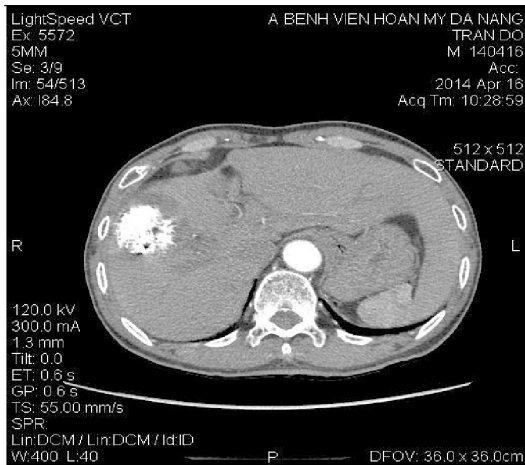
DSA (09:35 AM 17 01 2014)



DSA- PRE TOCE



DSA- POST TOCE



Mức độ ngấm Lipiodol:
Hoàn toàn + sọc



Mức độ ngấm Lipiodol:
Tốt: 50 - 75%