DIỄN ĐÀN

MEDICAL FORUM

ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP NỘI MẠCH HẸP TĨNH MẠCH GAN SAU GHÉP GAN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG Ở TRẺ EM: NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP

Endovascular treatment of hepatic vein stenosis following liver transplant in a child: a case report

Lê Thanh Dũng, Vũ Hoài Linh*,Đào Xuân Hải*,*

*Ninh Viết Khải**, Nguyễn Quang Nghĩa***

SUMMARY

Liver transplantation is the major therapeutic option for end-stage liver disease as recent improvement in surgical technique, immune-suppressant contribute to better post-transplant outcome. However, significant graft failure as a result of vascular complications is still noted, especially in partial liver transplant with living donor graft and complications is higher risk in children compared with adults. The incidence of hepatic vein stenosis in pediatric liver transplant is 6% with living donor graft. A first case of pediatric liver transplant with living donor graft which performed in Viet Duc hospital have complication of hepatic vein stenosis and success with balloon angioplasty and stent placement.

Key word: *Living donor transplants, hepatic vein stenosis.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là phương pháp điều trị được lựa chọn cho bệnh gan ở giai đoạn muộn, cùng với tiến bộ trong kỹ thuật ghép và điều trị chống thải ghép góp phần tăng hiệu quả của phương pháp ghép gan. Tuy nhiên, suy gan ghép do các biến chứng mạch máu vẫn được lưu ý đặc biệt là ghép gan từ người cho sống và nguy cơ biến chứng ở trẻ em cao hơn người lớn. Hẹp tĩnh mạch gan trong ghép gan trẻ em chiếm tỷ lệ 6% ghép gan từ người cho sống. Ở Việt Nam trường hợp đầu tiên ghép gan ở trẻ em từ người cho sống tại bệnh viện Việt Đức có biến chứng hẹp tĩnh mạch gan sau ghép và được can thiệp nong bóng và đặt stent cho kết quả thành công.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 15 tuổi mã vào viện 23406 bị bệnh lý rối loạn chuyển hóa đồng Wilson đã được ghép gan từ người cho sống là bố bệnh nhân 39 tuổi, nửa gan phải khoảng 60% thể tích gan đã được cắt ghép cho con. Sau ghép được 2 tháng bệnh nhi xuất hiện bụng chướng, khó thở. Xét nghiệm sinh hóa men gan GOT 90 U/L, GPT 55 U/L, albumin 32 g/L, tiểu cầu 70 G/L. Siêu âm tĩnh mạch cửa bình thường, tĩnh mạch gan thân chính giãn đường kính 11mm, tốc độ dòng chảy dao đồng 7-27 cm/s nghi ngờ có hẹp miệng nối tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ dưới, không có huyết khối; nhiều dịch tự do ổ bụng và tràn dịch khoang màng phổi phải. Bệnh nhi được chỉ định chụp cắt lớp vi tính 64 dãy ổ bụng thấy tĩnh mạch gan ngấm thuốc muộn, hiện hình trên phim chụp sau tiêm 120 giây, có hình ảnh hẹp miệng nối tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ dưới, đường kính tĩnh mạch gan trước chỗ hẹp 8mm và đoạn hẹp khoảng 4mm. Bệnh nhi được chỉ định can thiệp nội mạch sau vào viện khoảng 1 tuần. Chúng tôi tiến hành tiếp cận tĩnh mạch gan qua chọc tĩnh mạch cảnh trong phải dưới hướng dẫn siêu âm đặt bộ mở thông lòng mạch 6F (dài 25cm) vào tĩnh mạch cảnh trong xuống tĩnh mạch chủ dưới. Sau đó dùng ống thông 5F (Cobra-Terumo) tiếp cận tĩnh mạch gan, chụp kiểm tra thấy hẹp miệng nối tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ dưới, đồng thời đo áp lực tĩnh mạch gan/ tĩnh mạch chủ dưới: 26/12 mmHg. Tiến hành luồn guide dài 2,6m vào tĩnh mạch gan sau đó nong bằng bóng 8x60mm (eV3 ™ EverCross ™) với áp lực bơm 10-12 atm, nong 5 lần mỗi lần 30 giây, đo lại áp lực tĩnh mạch gan/ tĩnh mạch

**Khoa chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, ** Trung tâm ghép tạng-Bệnh viện hữu nghị Việt Đức*

chủ dưới: 22/12 mmHg. Tiến hành đặt stent 10x60 không phủ (eV3™ Protégé™) từ tĩnh mạch gan vào tĩnh mạch chủ dưới. Chụp kiểm tra stent nở tốt, đo lại áp lực tĩnh mạch gan/tĩnh mạch chủ dưới: 14/12 mmHg. Thời gian tiến hành thủ thuật 60 phút. Sau đặt stent bệnh nhi được duy trì thuốc chống đông Lovenox 4000UI tiêm dưới da trong 01 tuần sau đó đường uống aspirin 81mg ngày 01 viên. Xét nghiệm chức năng gan sau thủ thuật men gan GOT 22 U/L, GPT 69 U/L, albumin 39 g/L; siêu âm kiểm tra stent thông tốt, dòng chảy thay đổi theo nhịp thở, tốc độ dòng chảy dao động từ 25-35 cm/s, không có dịch tự do ổ bụng.

A, D: Hẹp tĩnh mạch gan vị trí miệng nối trên MSCT
B: Chụp tĩnh mạch gan C: Nong bằng bóng 8 x 60mm
E: Bơm áp lực 12 atm F: Đặt stent 10 x 60mm

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật ghép gan ngày càng tiến bộ như sử dụng kỹ thuật giảm thể tích mảnh ghép, cắt và ghép từ người cho sống làm tăng cơ hội ghép gan cho bệnh nhân, giảm thời gian chờ đợi và giảm tỷ lệ tử vong trong khi chờ ghép [1][2]. Tuy nhiên số biến chứng mạch máu tăng lên so với ghép gan toàn bộ nhất là ghép gan ở trẻ em từ người cho sống do cuống ghép ngắn, sự khác nhau về kích thước mạch máu và tăng sự khó khăn khi phẫu thuật đặt mảnh ghép vào đúng vị trí mà không gây chèn ép miệng nối [1][3]. Hẹp tĩnh mạch gan là biến chứng hiếm chiếm khoảng 6.7% đến 16.6% biến chứng ghép gan từ người cho sống, nhưng là nguyên nhân gây suy mảnh ghép và tử vong. Hẹp tắc tĩnh mạch gan có triệu chứng tương tự hội chứng Budd-Chiari. Thường ở bệnh nhân trẻ và hẹp miệng nối giữa tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ dưới. Triệu chứng phổ biến như cổ chướng không đáp ứng với truyền protein và

lợi tiểu, gan lách to, tăng men gan, cần phân biệt với huyết khối tĩnh mạch chủ dưới hoặc tĩnh mạch gan [1] [4]. Nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến biến chứng hẹp tĩnh mạch gan bao gồm kỹ thuật nối, xoắn tĩnh mạch gan hoặc chèn ép do mảnh ghép lớn [5]. Bệnh nhi của chúng tôi hẹp tĩnh mạch gan vị trí miệng nối tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ dưới có lẽ do kích thước gan người cho lớn gây chèn ép và hẹp tĩnh mạch gan người nhận tại miệng nối. Siêu âm Doppler và chụp cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán hẹp tĩnh mạch gan với tốc độ dòng chảy thấp và phổ dạng một pha gợi ý hẹp. Phẫu thuật hẹp tĩnh mạch gan là điều trị có thể được lựa chọn nhưng khó khăn, thời gian dài và hậu phẫu nặng nề và nguy cơ dính trầm trọng mảnh ghép gan sau phẫu thuật [6].

Hiện nay, với sự phát triển của can thiệp nội mạch, điều trị hẹp tĩnh mạch gan bằng nong bóng và đặt stent đã được các báo cáo chứng minh hiệu quả và an toàn[2][3][7]. Vì vậy chúng tôi lựa chọn phương pháp can thiệp nội mạch vì tính an toàn và hiệu quả đồng thời tránh nguy cơ dính sau phẫu thuật. Đo sự chênh lệch áp lực qua vị trí hẹp cho phép đánh giá đánh hiệu quả của kỹ thuật nong bóng và đặt stent hẹp tĩnh mạch gan. Ducerf, Borsa báo cáo chênh lệch áp lực trên 3 mmHg coi là hẹp, tuy nhiên triệu chứng lâm sàng xuất hiện khi chên lệch áp lực 5-6 mmHg và hẹp đáng kể khi chênh áp trên 10 mmHg [8][9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhi đã được đo chênh áp trước can thiệp là 14 mmHg, tương ứng với mức độ hẹp nặng miệng nối tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ dưới. Sau khi tiến hành nong bằng bóng kích thước 8x60mm đo lại chênh lệch áp lực là 10 mmHg sau 3 lần nong, vì vậy chúng tôi quyết định đặt 01 stent kích thước 10x60mm, đo chênh lệch áp lực sau đặt stent là 2 mmHg. Báo cáo của tác giả Ko năm 2002, thực hiện chỉ nong bằng bóng đơn thuần ở 5 bệnh nhân có 3 trẻ cần nong lại lần 2 và 2 trẻ phải đặt thêm stent, vì vậy tác giả cho rằng nong bằng bóng đơn thuần ít hiệu quả đối với điều trị hẹp miệng nối tĩnh mạch gan, 22 bệnh nhân đặt stent cho do xoắn hoặc chèn ép gây hẹp tĩnh mạch gan cho thấy sự thành công, không thấy tái hẹp trong thời gian theo dõi trung bình 66 tuần và tác giả đã đưa ra kết luận đặt stent là phương pháp điều trị thích hợp cho hẹp tĩnh mạch gan sau ghép gan từ người cho sống [7]. Một báo cáo khác của tác giả Ko năm 2008 cho thấy đặt stent là phương pháp lựa chọn ưu tiên cho điều trị hẹp tĩnh mạch gan sau ghép cho hiệu quả lâu dài [3]. Tuy nhiên trong báo cáo Kubo năm 2006 có 20 bệnh nhân hẹp tĩnh mạch gan được nong bằng bóng đơn thuần chỉ có 01 bệnh nhân không đạt hiệu quả phải tiến hành đặt stent sau đó [10]. Báo cáo ca lâm sàng của Carnevale cho thấy nong bằng bóng đơn thuần đạt hiệu quả điều trị hẹp tĩnh mạch gan sau 6 tháng theo dõi, không có tái hẹp, không bục miệng nối[1]. Trường hợp bệnh nhi của chúng tôi khi nong bằng bóng không hiệu quả vì vậy chúng tôi quyết định đặt stent ngay, tương tự trong khuyến cáo của Kubo[10]. Việc lựa chọn kích thước bóng đường kính 8mm bởi đường kính lòng mạch trước chỗ hẹp khoảng 8mm và đoạn hẹp khoảng 4mm, đường kính bóng gấp 2 lần đường kính lòng mạch hẹp là phù hợp. Việc lựa chọn stent đường kính 10mm bởi theo khuyến cáo của Ko đường kính stent lớn hơn đường kính lòng mạch 1-2mm và phù hợp với đường kính bóng 8mm đã nong trước, ngoài ra stent đường kính lớn 10-12mm khả năng tái hẹp thấp hơn so với stent đường kính nhỏ [3]. Biến chứng bục miệng nối khi nong bằng bóng được lưu ý vì vậy để tránh biến chứng này cần lựa chọn bóng kích thước phù hợp với tĩnh mạch gan trước hẹp và bơm với áp lực phù hợp với bóng thường khoảng 10 atm trong thời gian 60 giây mỗi lần nong [10]. Biến chứng huyết khối trong lòng stent sau nong đặt stent được các tác giả chú ý [7]. Để phòng tránh biến chứng huyết khối sau nong bóng và đặt stent một số tác giả khuyến cáo sửa dụng heparin 24-72 giờ sau thủ thuật, sau đó tiếp tục sử dụng aspirin liều 100mg/ngày. Chúng tôi sử dụng Lovenox 4000UI 01 ống/ ngày tiêm dưới da trong 1 tuần sau đó duy trì uống aspirin 81mg ngày 01 viên. Ở bệnh nhi chúng tôi theo dõi sau thủ thuật 15 ngày thấy stent nở tốt, không có huyết khối trong lòng stent, dòng chảy qua miệng nối di động theo nhịp thở.Sau 01 tháng siêu âm stent nở tốt, không thấy hẹp tắc, không thấy huyết khối, chức năng gan trong giới hạn bình thường.

IV. KẾT LUẬN

Nong bóng và đặt stent là phương pháp can thiệp an toàn và hiệu quả được lựa chọn đầu tiên điều trị hẹp tĩnh mạch gan sau ghép gan từ người cho sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carnevale FC, Borges MV, et al. (2004), Endovascular treatment of stenosis between hepatic vein and inferior vena cava following liver transplantation in a child: a case report, *Pediatr Transplant*, số 8(6), tr. 576-80.
2. Cheng YF, Chen CL, et al. (2005), Angioplasty treatment of hepatic vein stenosis in pediatric liver transplants: long-term results, *Transpl Int*, số 18(5), tr. 556-61.
3. Ko GY, Sung KB, et al. (2008), Early posttransplant hepatic venous outflow obstruction: Long-term efficacy of primary stent placement, *Liver Transpl*, số 14(10), tr. 1505-11.
4. Alli A, Gilroy R, và Johnson P (2013), Inferior Vena Cava Torsion and Stenosis Complicated by Compressive Pericaval Regional Ascites following Orthotopic Liver Transplantation, *Case Rep Radiol*, số 2013, tr. 576092.
5. Mazariegos GV, Garrido V, et al. (2000), Management of hepatic venous obstruction after split-liver transplantation, *Pediatr Transplant*, số 4(4), tr. 322-7.
6. Akamatsu N, Sugawara Y, et al. (2004), Surgical repair for late-onset hepatic venous outflow block after living-donor liver transplantation, *Transplantation*, số 77(11), tr. 1768-70.
7. Ko GY, Sung KB, et al. (2002), Endovascular treatment of hepatic venous outflow obstruction after living-donor liver transplantation, *J Vasc Interv Radiol*, số 13(6), tr. 591-9.
8. Ducerf C, Rode A, et al. (1996), Hepatic outflow study after piggyback liver transplantation, *Surgery*, số 120(3), tr. 484-7.
9. Borsa JJ, Daly CP, et al. (1999), Treatment of inferior vena cava anastomotic stenoses with the Wallstent endoprosthesis after orthotopic liver transplantation, *J Vasc Interv Radiol*, số 10(1), tr. 17-22.
10. Kubo T, Shibata T, et al. (2006), Outcome of percutaneous transhepatic venoplasty for hepatic venous outflow obstruction after living donor liver transplantation, *Radiology*, số 239(1), tr. 285-90.

TÓM TẮT

Ghép gan là phương pháp hiệu quả được lựa chon trong điều trị các bệnh lý gan mật giai đoạn cuối, biến chứng mạch máu là một trong các biến chứng nguy cơ gây suy mảnh ghép, biến chứng hẹp miệng nối tĩnh mạch gan chiếm khoảng 6% trong ghép gan trẻ em từ người cho sống. Điều trị can thiệp nội mạch gồm nong bóng và đặt stent là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị biến chứng này.

Từ khóa: *ghép gan từ người cho sống, hẹp tĩnh mạch gan, nong bằng bóng, đặt stent*

Người liên hệ: Lê Thanh Dũng, trung tâm CĐHA bệnh viện Việt Đức, email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2018. Ngày chấp nhận đăng: 20.7.2018