



CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GIẢ PHÌNH ĐỘNG MẠCH GAN SAU PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP

Diagnosis and management of hepatic artery pseudoaneurysms following a laparoscopic cholecystectomy: a case report

Lê Thanh Dũng, Vũ Hoài Linh*, Nguyễn Duy Hùng**,
Phan Nhật Anh***

SUMMARY

Hepatic artery pseudoaneurysm is a rare and potentially fatal complication of laparoscopic cholecystectomy that often presents with abdominal pain, anemia, hemobilia, and liver function elevations. The authors report a case of hepatic artery pseudoaneurysm diagnosed by abdominal computed topography in a 64-year-old woman who had undergone laparoscopic cholecystectomy the previous month. Definitive treatment was angiography with embolization.

Key words: *Hepatic artery pseuaneurysm, embolization*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lần đầu được áp dụng tại Pháp từ những năm 80. Tại Việt Nam thì phẫu thuật nội soi cắt túi mật lần đầu tiên được thực hiện từ đầu thập niên 90.

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật ngày nay được sử dụng rộng rãi do có nhiều ưu điểm: không cần mổ bụng, thời gian nằm viện ngắn, giảm chi phí cho người bệnh, giảm gánh nặng chi phí xã hội.

uy nhiên, phẫu thuật nội soi cắt túi mật cũng có một số biến chứng có thể gặp như thủng túi mật, tổn thương mạch máu, tổn thương đường mật, nhiễm trùng. Trong đó biến chứng mạch máu là biến chứng nặng có thể nguy hiểm tới tính mạng của bệnh nhân cần chẩn đoán và điều trị sớm.

Thông báo lâm sàng

Bệnh nhân Trịnh Thị L nữ 64 tuổi, mã hồ sơ 2593 vào cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức ngày 25/01/2013 vì

nôn máu, đi ngoài phân đen, đau hạ sườn phải. Tiền sử mổ cắt túi mật nội soi tháng 12/2012 tại Bệnh viện tỉnh Nam Định do sỏi túi mật.

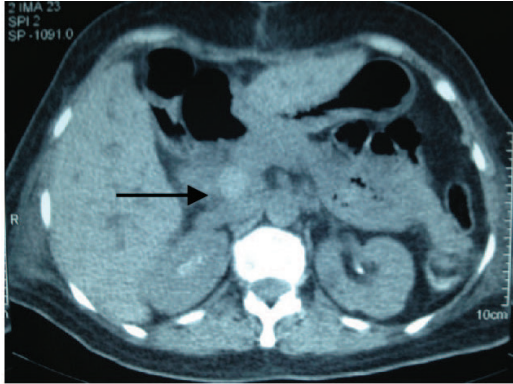
Khám lúc vào viện: tỉnh, da niêm mạc nhợt, mạch 80 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg, nhiệt độ 37,5, bụng ấn đau tức hạ sườn phải, không có cảm ứng phúc mạc và phản ứng thành bụng, thăm trực tràng có phân đen.

Chẩn đoán lâm sàng trước khi vào viện: Xuất huyết tiêu hóa cao sau mổ cắt túi mật nội soi.

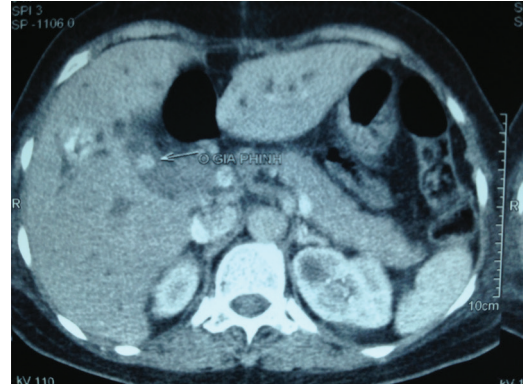
Xét nghiệm hình ảnh: XQ không thấy hình ảnh mức nước mức hơi, siêu âm thấy đường mật trong gan hai bên giãn và ống mật chủ được lấp kín bởi cấu trúc tăng âm dạng máu. Cắt lớp vi tính ổ bụng trước và sau khi tiêm thuốc cản quang: Hình ảnh tăng tỷ trọng trước tiêm trong lòng ống mật chủ dạng máu cục (hình 1), vị trí giường túi mật có ổ giảm tỷ trọng trước tiêm, có ngấm thuốc sau tiêm tương đương thì động mạch, thì tĩnh mạch có thải thuốc đường kính khoảng 10mm (hình 2).

* Khoa chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Việt Đức

** Bộ môn chẩn đoán hình ảnh - Trường đại học Y Hà Nội



**Hình 1. (Trước tiêm)
Máu cục ống mật chủ (mũi tên)**



**Hình 2. (sau tiêm thì động mạch)
ổ giả phình mạch vị trí giường túi mật**

Các xét nghiệm cận lâm sàng

Công thức máu: hồng cầu 3,2 triệu, hemoglobin 85g/l, hematocrit 24%, PT 52%, Fibrinogen 2,2g/l. Sinh hóa máu: bình thường

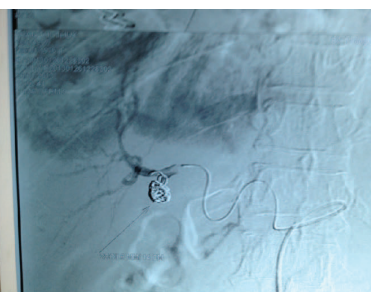
Chẩn đoán: Vỡ giả phình động mạch gan vào đường mật sau mổ cắt túi mật nội soi gây chảy máu đường mật.

Bệnh nhân được chỉ định chụp mạch máu cấp cứu để chẩn đoán và điều trị. Chụp mạch số hóa xóa nền theo phương pháp Seldinger qua động mạch đùi

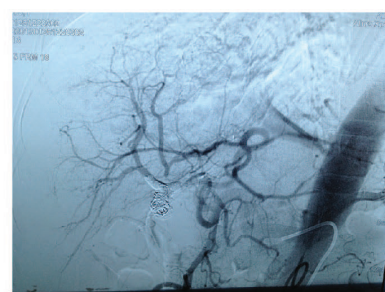
bên phải: chụp động mạch thân tạng bằng ống thông Yashiro 5F thấy hình ảnh giả phình động mạch gan xuất phát từ nhánh động mạch gan phải (hình 3), kích thước khoảng 10mm. Sau đó luồn hệ thống ống thông đồng trục 2.7F (Progreat, Terumo) luồn vào ổ giả phình, nút ổ giả phình này bằng 02 coils Nester 7x14mm (Cook) và nút thêm 2ml hỗn hợp keo sinh học Histoacryl và Lipiodol tỷ lệ 1:3 (hình 4). Chụp kiểm tra (hình 5) thấy tắc hoàn toàn ổ giả phình, tắc đoạn gần của động mạch gan phải, có tuần hoàn bàng hệ từ động mạch gan trái sang đoạn xa động mạch gan phải nên không thấy thiếu máu gan phải.



**Hình 3. Chụp ĐM thân tạng
Giả phình ĐM gan phải(mũi tên)**



Hình 4. Nút tắc giả phình



Hình 5. Chụp kiểm tra sau nút

Diễn biến sau nút mạch: Bệnh nhân hết đau bụng sau 24 giờ, không nôn máu và không đi ngoài phân đen sau 3 ngày, bệnh nhân được ra viện 7 ngày sau điều trị nút mạch.

II. BÀN LUẬN

1. Nguyên nhân

Biến chứng giả phình động mạch gan sau phẫu

thuật nội soi cắt túi mật là biến chứng hiếm gặp. Nguyên nhân thường là do đốt điện làm tổn thương động mạch gan hay có biến đổi giải phẫu động mạch gan [2]. Một số nguyên nhân khác gây giả phình động mạch gan cần chẩn đoán phân biệt như chấn thương gan, lấy sỏi mật nội soi qua nhu mô gan, biến chứng viêm tụy, viêm mạch, xơ vữa động mạch, nang ống mật chủ, ghép gan [2].

2. Chẩn đoán

Năm 1871 Quinke đã mô tả các triệu chứng hay gặp của giả phình động mạch gan gồm đau bụng hạ sườn phải, thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa cao [5]. Đau bụng nếu đến sớm đôi khi khó chẩn đoán do triệu chứng không điển hình dễ chẩn đoán nhầm với đau bụng do các nguyên nhân khác. Thiếu máu do vỡ giả phình gây chảy máu trong ổ bụng, có thể kèm theo dấu hiệu liệt ruột. Xuất huyết tiêu hóa cao biểu hiện chảy máu từ đường mật do giả phình vỡ vào đường mật. Các triệu chứng lâm sàng trên có thể biểu hiện sớm hay muộn, trung bình khoảng 5-392 ngày [5]. Năm 1998, Ribeiro và cộng sự đã báo cáo bệnh nhân nữ 57 tuổi biểu hiện chảy máu đường mật sau mổ phẫu thuật nội soi cắt túi mật 392 ngày. Nicholson và cộng sự báo cáo 9 bệnh nhân có triệu chứng chảy máu tiêu hóa cao trong khoảng thời gian 5-43 ngày [5]

Xét nghiệm biểu hiện chủ yếu là tình trạng thiếu máu và tăng men gan tuy nhiên không đặc hiệu, có giá trị để theo dõi sau điều trị và hồi sức.

Để chẩn đoán giả phình động mạch gan khi lâm sàng nghi ngờ thì các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò rất quan trọng:

Siêu âm là phương pháp đầu tiên được lựa chọn do có ưu điểm: dễ thực hiện có thể làm ngay tại giường khi bệnh nhân cần hồi sức, giá thành thấp, giá trị chẩn đoán cao. Trên hình ảnh siêu âm có thể thấy dấu hiệu trực tiếp là ổ giả phình mạch: ổ trống âm trên siêu âm 2D, thường vị trí rốn gan, trên Doppler màu thấy có hình ảnh dòng chảy rối bên trong, có thể thấy đường thông với động mạch gan, ngoài ra các dấu hiệu gián tiếp là chảy máu đường mật: hình ảnh tổ chức có âm vang đục khuôn trong lòng đường mật, giãn đường mật trong gan; hay dấu hiệu gián tiếp khác. Tuy nhiên siêu âm hạn chế đánh giá trong khi bệnh nhân quá béo, bụng chướng hơi do liệt ruột, cần người làm có kinh nghiệm.

Cắt lớp vi tính được áp dụng ngày càng rộng rãi đặc biệt là cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò có tiêm thuốc cản quang và dựng hình cấu trúc mạch máu giúp đánh giá chính xác vị trí, kích thước mạch máu tổn thương và các tổn thương phối hợp khác, nhờ đó có chiến lược điều trị

phù hợp. Ngoài ra cắt lớp vi tính là phương pháp được dùng theo dõi sau điều trị giả phình động mạch gan.

Chụp mạch máu: ít được áp dụng để chẩn đoán giả phình động mạch gan, chỉ tiến hành chẩn đoán một số trường hợp khó, không đánh giá chính xác trên siêu âm hay cắt lớp vi tính. Chụp mạch máu thường được tiến hành khi bệnh nhân có chỉ định điều trị nút mạch. Nicholson và cộng sự thông báo 9 bệnh nhân giả phình động mạch được phát hiện khi chụp chọn lọc động mạch gan. Tessier và cộng sự báo cáo 4 bệnh nhân giả phình động mạch gan sau cắt bỏ túi mật nội soi đều được phát hiện nhờ chụp động mạch gan[3]. Chụp mạch là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán xác định vị trí, kích thước và liên quan của động mạch bị tổn thương và tiến hành điều trị can thiệp nút mạch. Chụp mạch máu cần tiến hành chụp động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên do động mạch gan có nhiều biến đổi giải.

Cộng hưởng từ ít được áp dụng trong cấp cứu, giá trị chẩn đoán tương đương cắt lớp vi tính. Ngoài ra nội soi mật tụy ngược dòng có giá trị xác định được chảy máu đường mật.

3. Điều trị

Điều trị giả phình động mạch gan: can thiệp nội mạch là phương pháp lựa chọn đầu tiên, phẫu thuật chỉ áp dụng khi can thiệp nội mạch thất bại. Phẫu thuật mổ thắt động mạch gan do giả phình động mạch gan được Kehr thực hiện lần đầu tiên. Phẫu thuật có thể giúp điều trị tổn thương đường mật kèm theo, áp dụng được ở những tuyến không có điều kiện can thiệp nội mạch. Tuy nhiên phương pháp này là rất nặng nề đối với những bệnh nhân đã chịu một cuộc phẫu thuật trước đó, phẫu thuật khó khăn khi các tổn thương nằm sâu trong nhu mô gan, khó kiểm soát chảy máu, thời gian nằm viện kéo dài. Phẫu thuật chỉ được sử dụng khi phương pháp nút mạch không thể thực hiện được.

Can thiệp nội mạch là phương pháp được áp dụng phổ biến do có ưu điểm là thời gian sau điều trị ngắn, an toàn và hiệu quả cao tuy nhiên chỉ thực hiện được ở các cơ sở có đầy đủ trang thiết bị và bác sĩ can thiệp mạch máu, không áp dụng rộng rãi được ở nhiều tuyến cơ sở.

Về vật liệu sử dụng điều trị giả phình động mạch gan bằng can thiệp nội mạch có nhiều loại khác nhau:

Spongel bản chất là gelatin cầm máu tạm thời, có thể tiêu sau thời gian 2-3 tuần ngày nay không còn áp dụng trong các trường hợp có giả phình mạch.

Keo sinh học N-butyl-2 cyanoacrylate (NCBA: Histoacryl) là vật liệu nút mạch vĩnh viễn, hiệu quả gây tắc cao nhưng có nhược điểm là chất nút mạch dạng lỏng, dễ di chuyển vào các vị trí không mong muốn, khó kiểm soát, cần có nhiều kinh nghiệm

Vòng xoắn kim loại (Coil) là vật liệu nút mạch vĩnh viễn, độ an toàn cao được sử dụng rộng rãi trong nút mạch

Dùng giá đỡ kim loại có phủ (stent graft) là cách thức tốt nhất điều trị giả phình động mạch gan do ưu điểm là loại bỏ được ổ giả phình động mạch gan khỏi vòng tuần hoàn và đảm bảo được lưu thông của động mạch gan, tuy nhiên không thực hiện được với các mạch máu nhỏ, cấu trúc mạch máu ngoằn ngoề, giá thành còn cao. Nicholson và cộng sự đã báo cáo 9 bệnh nhân được tắc mạch thì tất cả đều được tiến hành nút mạch bằng coils. Tessier và cộng sự thông báo 4 bệnh nhân được tắc mạch bằng coils tất cả đều cho kết quả tốt [5]. Bệnh nhân của chúng tôi cũng sử dụng Coils và keo sinh học Histoacryl để loại bỏ túi phình. Khi tiến hành làm tắc mạch chúng ta phải đánh

giá xem chức năng gan, đánh giá các động mạch bàng hệ và tĩnh mạch cửa cấp máu cho vùng gan tương ứng với tổn thương giả phình còn tốt không để hạn chế các biến chứng.

Các biến chứng của phương pháp can thiệp mạch bao gồm các biến chứng trong và sau can thiệp: trong can thiệp mạch có thể gặp các biến chứng như tụ máu vết chọc động mạch đùi, sự di chuyển không mong muốn của các vật liệu nút mạch, vỡ ổ giả phình khi can thiệp, các biến chứng sớm sau can thiệp thường gặp như đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt, men gan tăng những ngày đầu sau can thiệp, các chỉ số này sẽ về bình thường sau điều trị hỗ trợ bằng thuốc; các biến chứng xa hơn như viêm xơ đường mật do đường mật cấp máu chủ yếu bằng động mạch gan để phát hiện biến chứng này phải sử dụng sinh thiết gan, áp xe gan là một biến chứng hiếm gặp.

III. KẾT LUẬN

Giả phình động mạch gan sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật là biến chứng hiếm gặp gây nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân. Chảy máu đường mật, đau bụng, thiếu máu là các triệu chứng gợi ý trên các bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Siêu âm và cắt lớp vi tính là lựa chọn ban đầu để chẩn đoán. Điều trị can thiệp nội mạch là phương pháp ưu tiên lựa chọn do tính an toàn và hiệu quả cao. Phẫu thuật chỉ đặt ra khi điều trị can thiệp nội mạch thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rivitz SM, Waltman AC, Kelsey PB. Embolization of an hepatic artery pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1996;19:43– 6.
2. Yelle J-D, Fairfull-Smith R, Rasuli P, Lorimer JW. Hemobilia complicating elective laparoscopic cholecystectomy: a case report. *Can J Surg*1996;39:240 –2.
3. Poon R, Tuen H, Yeung C, et al. GI haemorrhage from fistula between right hepatic artery pseudoaneurysm and the duodenum secondary to acute cholecystitis. *Gastrointest Endosc* 2000;51:491–3.
4. Srivastava D, Chakravarti A, Gupta R, et al. Gastrointestinal bleeding from a false aneurysm of the hepatic artery after cholecystectomy. *Am J Gastroenterol* 1996;91:395– 6.
5. Nicholson T, Travis S, Ettles D, et al. Hepatic artery angiography and embolization for hemobilia following laparoscopic cholecystectomy. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1999;22:20–4.
6. Ibrarullah M, Singh B, Mehrotra P, Kaushik SP (1997) Right hepatic artery pseudoaneurysm after laparoscopic cholecystectomy. *Am J Gastroenterol* 92:528–529

7. Yelle JD, Fairfull-Smith R, Rasuli P, Lorimer JW (1996) Hemobilia complicating elective laparoscopic cholecystectomy: A case report. *Can J Surg* 39:240–242
 8. Porte RJ, Coerkamp EG, Koumans RKJ (1996) False aneurysm of a hepatic artery branch and a recurrent subphrenic abscess: Two unusual complications after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 10: 161–163
 9. Rivitz SM, Waltman AC, Kelsey PB (1996) Embolization of an hepatic artery pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy. *Cardiovasc Intervent Radiol* 19:43–46
 10. Siablis D, Tepetes K, Vasiou K, Karnabatidis D, Perifanos S, Tzorakoleftherakis E (1996) Hepatic artery pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy: Transcatheter intraarterial embolization. *Hepatogastroenterology* 43:1343–1346
-

TÓM TẮT

Giả phình động mạch gan là biến chứng hiếm gặp sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể nguy hiểm cho tính mạng người bệnh. Biểu hiện lâm sàng có thể xuất hiện sớm những ngày đầu sau mổ hay xuất hiện muộn sau nhiều tuần. Dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất là đau bụng, thiếu máu, chảy máu đường mật và tăng men gan. Phần lớn các báo cáo tai biến giả phình động mạch sau chấn thương theo y văn là các trường hợp riêng lẻ [1]. Chúng tôi báo cáo 01 trường hợp điều trị thành công biến chứng giả phình động mạch gan sau mổ cắt túi mật nội soi tại BV Việt Đức.

Ngày nhận bài: 2.4.2019. Ngày chấp nhận đăng: 20.4.2019

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