

Báo cáo 1 trường hợp can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ loại B ngực mạn tính tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai

Võ Tuấn Anh*, Đặng Hà Hữu Phước

TÓM TẮT

Mở đầu: Bóc tách động mạch chủ loại B mạn tính là bệnh có khả năng diễn tiến đến giãn lòng giả, gây nguy cơ vỡ động mạch chủ và đột tử. Can thiệp nội mạch điều trị loại bệnh này đã và đang được thực hiện tại những trung tâm lớn ở Việt Nam. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ mạn tính tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhân nam, 76 tuổi, nhập viện vì tình cờ phát hiện trung thất giãn rộng trên X quang, tiền căn đau ngực dữ dội sau xương ức lan sau lưng cách nhập viện 3 tháng. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy bóc tách loại B mạn tính, đường kính lỗ vào nguyên phát 16.3 mm, đường kính động mạch chủ lớn nhất là 46.6 x 47.7 mm. Bệnh nhân được thực hiện can thiệp nội mạch, đặt ống ghép Medtronic Valiant Captivia kích thước 40 x 36 x 150 mm, che 1 nửa động mạch dưới đòn trái. Kết quả can thiệp tốt, lòng giả đoạn đầu đã huyết khối hoàn toàn, mạch quay tay trái đập tốt. Bệnh nhân xuất viện ổn định sau can thiệp 4 ngày.

Kết luận: Can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ mạn tính tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai có thể được áp dụng bước đầu an toàn và có thể được chỉ định rộng rãi hơn nhằm đem lại lợi ích cho bệnh nhân và thúc đẩy sự phát triển của bệnh viện.

Từ khóa: Bóc tách động mạch chủ loại B mạn tính, can thiệp nội mạch.

ENDOVASCULAR TREATMENT OF CHRONIC TYPE B DISSECTION AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL: A CASE REPORT

Abstracts

Introduction: Chronic type B aortic dissection is a disease that can lead to false lumen dilatation, which carries a risk of aortic rupture and sudden death. Endovascular intervention to treat this disease has been carried out at major centers in Vietnam. We report 1 case of endovascular intervention for chronic type B aortic dissection at Dong Nai General Hospital.

Case report: A 76-year-old male patient was admitted to the hospital because of incidentally finding of mediastinum dilatation on chest x ray. The patient had a history of severe retrosternal chest pain radiating to the back 3 months before admission. Computed tomography showed chronic type B dissection, primary entry point diameter of 16.3 mm, maximum aortic diameter of 46.6 x 47.7 mm. The patient underwent endovascular intervention, a 40 x 36 x 150 mm Medtronic Valiant Captivia graft was used, half of the left

Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

*Tác giả liên hệ: Võ Tuấn Anh

Email: dranhantuanvo@gmail.com; Tel: 0908520016

Ngày gửi bài: 28/08/2023 Ngày chấp nhận đăng: 23/10/2023

subclavian artery was covered. The results were good, the false lumen was partially thrombosed. The patient was discharged from the hospital in a stable condition 4 days after the intervention.

Conclusion: Endovascular intervention for chronic aortic dissection at Dong Nai General

Hospital can be applied safely. The implementation of this technique would benefit local patients and promote the development of the hospital.

Keywords: Type B dissection, endovascular intervention.

MỞ ĐẦU

Bóc tách động mạch chủ có tỉ suất mới mắc vào khoảng 30 người/1 triệu dân/1 năm. Bệnh xảy ra khi lớp nội mạc động mạch chủ bị xé rách, máu sẽ tách lớp nội mạc ra khỏi trung mạc và ngoại mạc, hình thành một lòng. Bóc tách động mạch chủ được phân loại theo vị trí lỗ vào và đoạn mạch bị ảnh hưởng, cũng như thời gian xuất hiện bóc tách. Tiên lượng bệnh và cách điều trị phụ thuộc vào các phân loại trên đây, cả về giải phẫu và thời gian xuất hiện.

Bóc tách động mạch chủ loại B mạn tính được định nghĩa là bóc tách ảnh hưởng đoạn động mạch chủ sau động mạch dưới đòn trái và có thời gian xuất hiện trên 90 ngày. Khoảng 20 đến 40% bệnh nhân bóc tách động mạch chủ loại B mạn tính cần phải được can thiệp để điều trị các biến chứng dài hạn, trong đó thường gặp nhất là giãn và phình lòng giả [1].

Trong những thập kỉ trước, phẫu thuật mở là lựa chọn duy nhất để điều trị các biến chứng của bóc tách động mạch chủ loại B mạn tính. Từ năm 1999, can thiệp nội mạch lần đầu tiên được áp dụng cho loại bệnh này, sau đó, kĩ thuật can thiệp cũng như các loại ống ghép đã có những bước phát triển mới nhằm cải thiện tiên lượng tốt hơn cho bệnh nhân. Khi chọn lựa bệnh nhân tốt, nhóm bệnh nhân can thiệp có kết quả khả quan hơn so với nhóm bệnh nhân được điều trị nội khoa tối ưu [2].

Can thiệp nội mạch điều trị bệnh động mạch chủ trước đây vẫn được thực hiện ở các trung tâm chuyên sâu, tại các bệnh viện tuyến trung ương do đặc trưng về kĩ thuật phức tạp, chi phí cao. Việc triển khai kĩ thuật này tại bệnh viện tuyến tỉnh sẽ góp phần nâng cao năng lực chuyên môn về bệnh động mạch chủ, giảm một phần chi phí cho bệnh nhân. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân bóc tách động mạch chủ mạn tính loại B được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân Mai Thanh S. ; 76 tuổi

Địa chỉ: Phước Tân, Biên Hòa, Đồng Nai

Số hồ sơ: 23.039145

Tiền căn: Tăng huyết áp điều trị không ổn định

Lý do nhập viện: Khám tổng quát tình cờ phát hiện bệnh

Bệnh sử: Bệnh nhân khai cách nhập viện khoảng hơn 3 tháng đang ngồi nghỉ đột ngột có một cơn đau ngực dữ dội lan sau lưng, kèm vã mồ hôi, mệt, không có tư thế tăng hoặc giảm đau. Bệnh nhân đi khám tại bệnh viện tuyến huyện, chẩn đoán và điều trị không rõ, đau tự giới hạn. Ngày nhập viện, bệnh nhân đi khám tổng quát, được chụp X quang ghi nhận bóng trung thất giãn rộng và được cho chụp cắt lớp vi tính (CLVT), phát hiện bóc tách động mạch chủ ngực loại B.

Kết quả CLVT: Bóc tách động mạch chủ ngực loại B với các đặc điểm sau:

- Động mạch chủ bóc tách từ sau động mạch dưới đòn trái, kéo dài đến trước chỗ chia động mạch mạc treo tràng trên, động mạch chủ bụng từ mức này không còn hình ảnh bóc tách

- Lỗ vào nguyên phát cách động mạch dưới đòn trái 25 mm

- Đường kính lỗ vào nguyên phát: 16.3 mm

- Chiều dài vùng hạ đặt đầu gần tính đến sau động mạch dưới đòn trái là 13mm

- Chiều dài vùng hạ đặt đầu gần tính đến 1/2 sau chỗ xuất phát động mạch dưới đòn trái là 18 mm

- Có một lỗ vào thứ phát ở ngang mức động mạch thân tạng, đường kính lỗ vào thứ phát # 6.3 mm.

- Đường kính động mạch chủ ngực ngang

mức 1/2 sau chỗ động mạch dưới đòn trái là 36.1 x 38.7 mm

- Đường kính lòng giả lớn nhất là 29.4 x 47.7 mm

- Đường kính toàn bộ động mạch chủ lớn nhất là 46.6 x 47.7 mm

- Tại vị trí cách lỗ động mạch dưới đòn 150 mm:

• Đường kính lòng thật là 20.6 x 32.9 mm

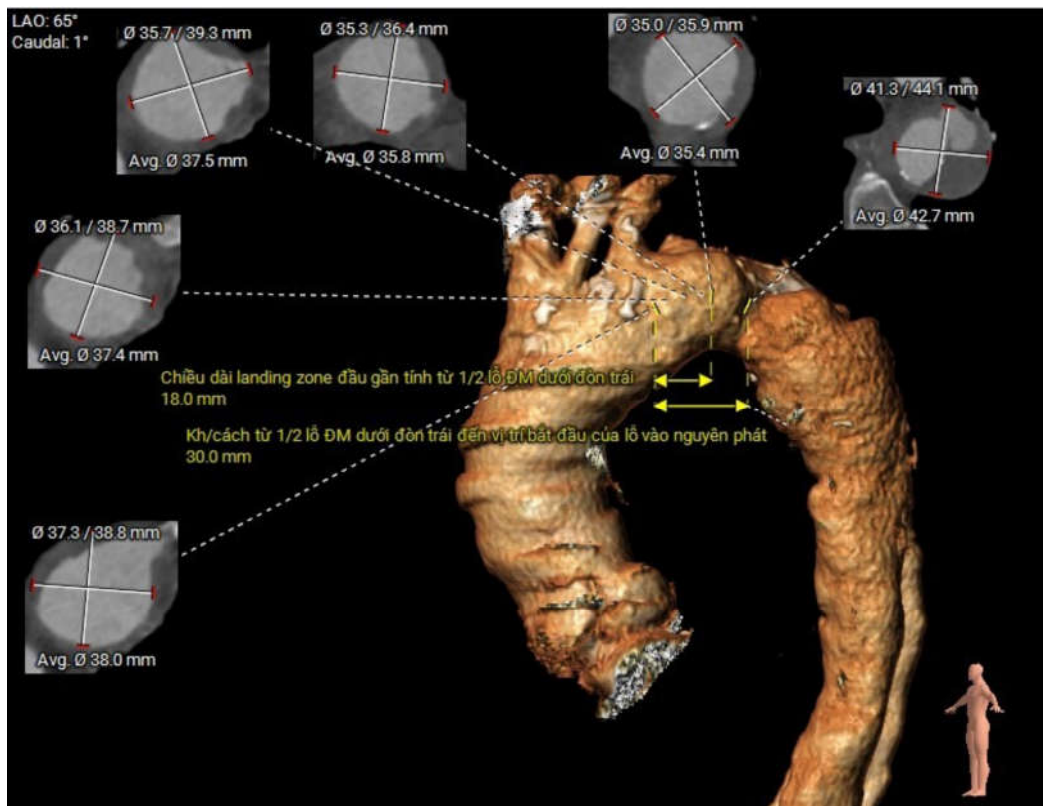
• Đường kính lòng giả là 29.5 x 40.6 mm

- Động mạch thân tạng xuất phát từ lòng giả, động mạch mạc treo tràng trên và 2 động mạch thận xuất phát từ lòng thật.

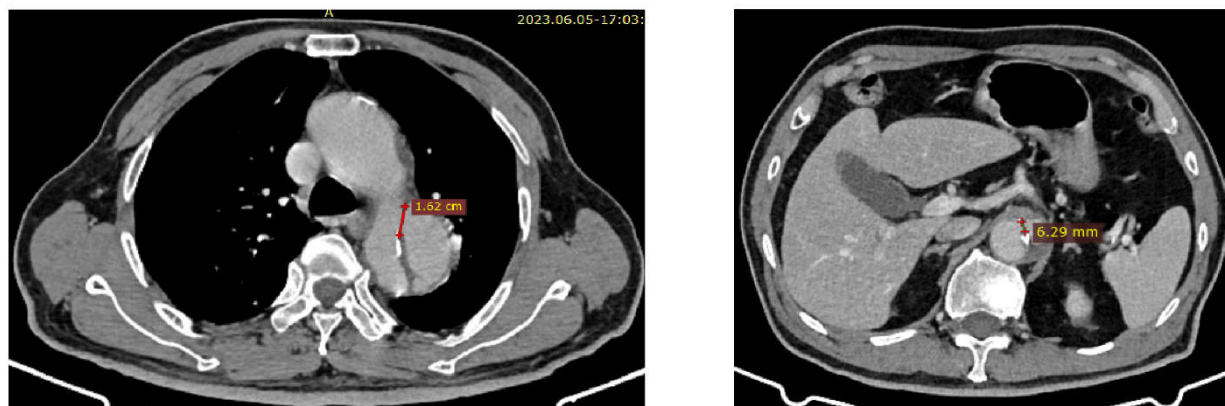
- Đường kính động mạch đùi 2 bên # 8.5 mm

- Đường kính động mạch chậu ngoài và động mạch chậu chung 2 bên > 8.5 mm

Nội mạc đoạn động mạch chủ bóc tách với hóa rải rác.



Hình 1. Đo đạc các kích thước đầu gần của động mạch chủ ngực



Hình 2. Kích thước lỗ vào nguyên phát (trái) và lỗ vào thứ phát (phải)

Quá trình can thiệp: Bệnh nhân nằm ngửa, tê tại chỗ, bộc lộ động mạch đùi phải. Chúng tôi sử dụng ống ghép loại Medtronic Captivia Valiant kích thước 40 x 36 mm, chiều dài 150 mm. Để tránh việc phải chuyển vị động mạch dưới đòn ở bệnh nhân lớn tuổi, có một số yếu tố nguy cơ phẫu thuật, chúng tôi quyết định đặt ống ghép che một nửa sau động mạch dưới đòn trái. Sau can thiệp không ghi nhận hình ảnh rò nội mạch các loại, động mạch dưới đòn trái thông thương tốt.



Hình 3. Phim chụp sau can thiệp không ghi nhận hình ảnh rò nội mạch, động mạch dưới đòn trái thông thương tốt

Bệnh nhân được chuyển hồi sức hậu phẫu theo dõi 1 ngày và được chuyển lên khoa Ngoại lồng ngực tim mạch vào ngày hôm sau. Xuất viện ở ngày hậu phẫu thứ 4.

Phim CLVT sau 1 tháng ghi nhận lòng giả đã huyết khối hoàn toàn từ sau động mạch dưới đòn trái đến hết 2/3 trên động mạch chủ ngực xuống. Phần lòng giả còn lại còn thông thương do lỗ vào thứ phát vẫn còn. Bệnh nhân không đau ngực, không khó thở, sinh hoạt bình thường.



Hình 4. Hình ảnh 3D trước can thiệp (trái) và sau can thiệp 1 tháng (phải)

BÀN LUẬN

Trước đây, bóc tách động mạch chủ ngực loại B cấp tính không có biến chứng thường được điều trị nội khoa, chỉ định loại này cũng được đưa vào các hướng dẫn điều trị của những hiệp hội, trong đó có Hiệp hội tim mạch Nhật Bản [3]. Tuy vậy, tỉ lệ giãn – phình lòng giả và những vấn đề khác như bóc tách tái phát trong giai đoạn mạn tính có tỉ lệ không thấp, và có tiên lượng điều trị xấu ở những bệnh nhân có lòng giả thông thương và đường kính động mạch chủ > 40 mm tại thời điểm xảy ra bóc tách [4]. Bên cạnh đó, việc điều trị bằng can thiệp nội mạch ở giai đoạn mạn tính sẽ khó khăn hơn do nội mạc dày lên theo thời gian. Vì vậy sẽ có sự chênh lệch đáng kể giữa đường kính lòng thật ở đoạn chưa bóc tách và đoạn xa của bóc tách, làm cho can thiệp nội mạch sẽ phức tạp hơn về mặt kỹ thuật

Năm 2013, nghiên cứu INSTEAD – XL cho thấy can thiệp nội mạch động mạch chủ ngực (TEVAR) có thể giúp cải thiện tiên lượng lâu dài của bệnh nhân [5]. Đây là một trong những nghiên cứu có tầm quan trọng giúp thay đổi chiến lược điều trị dành cho những trường hợp bóc tách loại B không biến chứng trong giai đoạn cấp tính

hoặc bán cấp. Tuy vậy, chỉ định can thiệp nội mạch cho các trường hợp bóc tách loại B không có biến chứng đến nay vẫn chưa rõ ràng. Can thiệp nội mạch ở bóc tách loại B giai đoạn sớm có những biến chứng quan trọng, trong đó phải kể đến bóc tách loại A ngược dòng và tạo lỗ vào mới ở vị trí đầu xa của ống ghép (stent graft-induced new entry – SINE). Thực hiện can thiệp nội mạch càng sớm thì càng dễ xảy ra hai biến chứng trên, vì nội mạc động mạch chủ trong giai đoạn đầu mỏng manh, dễ tổn thương hơn. Chính vì vậy, có một số tác giả đề nghị điều trị bảo tồn trong giai đoạn đầu của bóc tách động mạch chủ loại B không có biến chứng. Can thiệp nội mạch lúc này được chỉ định cho những trường hợp có giãn lòng giả trong giai đoạn mạn tính (thời gian bóc tách \geq 3 tháng): Bệnh nhân có đường kính trực ngắn của động mạch chủ \geq 45 mm và tốc độ giãn của động mạch chủ \geq 5 mm/năm [4]. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, đường kính tối đa động mạch chủ là 46.6 mm, cũng phù hợp với chỉ định của tác giả Fujioka và cộng sự.

Đối với bóc tách loại B không biến chứng, khoảng 40% bệnh nhân sẽ tiến triển đến giãn lòng giả về sau nếu chỉ điều trị nội khoa đơn thuần, và

sẽ dẫn đến những trường hợp bóc tách mạn tính khó điều trị, với các đặc trưng:

- Lòng giả giãn lớn
- Lòng thật kích thước nhỏ
- Chênh lệch đường kính giữa động mạch

chủ ngực bình thường với lòng thật lớn

Những đặc trưng trên làm cho can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ loại B mạn tính sẽ phức tạp hơn về mặt kỹ thuật, nhất là khi chọn lựa kích thước ống ghép do sự chênh lệch đường kính lớn giữa lòng thật và động mạch chủ đoạn đầu gần.

Trong nghiên cứu số bộ VIRTUE, Thompson và cộng sự đã báo cáo hiệu quả thu nhỏ lòng giả trong can thiệp nội mạch cho bóc tách loại B cấp tính và bóc tách loại B bán cấp không triệu chứng là như nhau, tuy vậy, tỉ lệ biến chứng bóc tách loại A ngược dòng của nhóm cấp tính cao hơn so với nhóm bán cấp [6]. Các yếu tố tiên lượng không tốt cho bóc tách loại B mạn tính là đường kính lòng giả ≥ 40 mm tại thời điểm phát hiện và lòng giả còn thông thương [7]. Chính vì vậy, một số tác giả đưa ra tiêu chuẩn để xem xét can thiệp cho bệnh nhân bóc tách động mạch chủ loại B không biến chứng trong giai đoạn bán cấp như sau:

- Đường kính lỗ vào ≥ 12 mm
- Đường kính lòng giả ≥ 22 mm
- Đường kính động mạch chủ ≥ 40 mm

Đây là các yếu tố nguy cơ cao diễn tiến giãn lòng giả về sau. Thời điểm can thiệp tốt được cho là từ sau 2 tuần đến 90 ngày (giai đoạn bán cấp) [8]

Tuy nhiên, can thiệp trong giai đoạn mạn tính cũng có kết quả khá tốt nếu thực hiện đúng kỹ thuật và không có biến chứng. Tác giả Fujioka báo cáo kết quả giảm đường kính lòng giả và tái cấu trúc động mạch chủ tốt sau thời gian theo dõi

trung bình 700 ± 465 ngày, tất cả các bệnh nhân đều có kích thước lòng giả giảm đáng kể, có những bệnh nhân can thiệp ở thời gian 3 năm vẫn có lòng giả được hấp thu hoàn toàn. Đường kính lòng giả khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở những bệnh nhân có thời gian can thiệp sớm hay muộn. Vì vậy, các tác giả cho rằng can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ mạn tính vẫn có kết quả khả quan và có hiệu quả tốt, đồng thời còn giúp bảo vệ động mạch chủ bụng trên và ngang thân, giảm việc tăng kích thước do các lỗ vào thứ phát [4]

Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân không được phát hiện bóc tách động mạch chủ và đến trong giai đoạn mạn tính. Vì vậy đã bỏ qua giai đoạn thuận lợi nhất trong điều trị và đối mặt với những khó khăn của can thiệp trong giai đoạn mạn tính. Tuy nhiên, kết quả can thiệp ngắn hạn tốt cho thấy sự khả thi của can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ mạn tính, điều này phù hợp với Fujioka.

Việc triển khai can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai được thực hiện với tiền đề bệnh viện đã có triển khai phẫu thuật tim và động mạch chủ, ekip đã có thể bước đầu thực hiện độc lập những trường hợp đơn giản và được Bệnh viện Chợ Rẫy hỗ trợ cho những trường hợp phức tạp hơn. Vì một trong những biến chứng nguy hiểm nhất của can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ là bóc tách ngược dòng, vì vậy, mức độ sẵn sàng của ekip phẫu thuật là một yếu tố quan trọng trong việc triển khai kỹ thuật mới này. Bệnh nhân địa phương cũng được hưởng lợi ích từ những kỹ thuật cao với giá thành phải chăng, không phải đi xa và tránh được những bất tiện không cần thiết.

KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ mạn tính tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai có thể được áp dụng bước đầu an toàn và có thể được chỉ định rộng rãi hơn nhằm đem lại lợi ích cho bệnh nhân và thúc đẩy sự phát triển của bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loskutov, A., et al., *Endovascular Management of Chronic Type B Aortic Dissection*. Tech Vasc Interv Radiol, 2021. **24**(2): p. 100752.
2. Burke, C.R. and J.E. Bavaria, *The Role of Thoracic Endovascular Repair in Chronic Type B Aortic Dissection*. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 2020. **32**(1): p. 21-24.
3. Group, J.C.S.J.W., *Guidelines for diagnosis and treatment of aortic aneurysm and aortic dissection (JCS 2011): digest version*. Circ J, 2013. **77**(3): p. 789-828.
4. Fujioka, S., et al., *Endovascular Therapy for Chronic Type B Aortic Dissection*. Ann Vasc Dis, 2019. **12**(4): p. 449-455.
5. Nienaber, C.A., et al., *Endovascular repair of type B aortic dissection: long-term results of the randomized investigation of stent grafts in aortic dissection trial*. Circ Cardiovasc Interv, 2013. **6**(4): p. 407-16.
6. Virtue Registry, I., *The VIRTUE Registry of type B thoracic dissections--study design and early results*. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2011. **41**(2): p. 159-66.
7. Dake, M.D., et al., *DISSECT: a new mnemonic-based approach to the categorization of aortic dissection*. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2013. **46**(2): p. 175-90.
8. Al-Tawil, M., R. Chikhal, and A. Abdelhaliem, *Thoracic endovascular aortic repair for uncomplicated Type B aortic dissection: What is the optimal time window for intervention?* J Card Surg, 2022. **37**(4): p. 1002-1003.