

# Báo cáo một trường hợp bắc cầu động mạch chậu trong kết hợp can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chậu chung hai bên

Võ Tuấn Anh\*, Đặng Hà Hữu Phước

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Phình động mạch chậu chung thường được phát hiện tình cờ qua tầm soát thường quy phình động mạch chủ bụng dưới thận. Bảo tồn động mạch chậu trong giúp tránh thiếu máu ruột và đau cách hồi vùng mông. Phẫu thuật lai kết hợp chuyển vị động mạch chậu trong và đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ bụng là một phương pháp có kết quả sớm và dài hạn tốt

**Đối tượng - phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo 1 ca lâm sàng phình động mạch chậu chung 2 bên được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai

**Kết quả:** Bệnh nhân nam, 69 tuổi, được chẩn đoán phình động mạch chậu chung hai bên, tắc động mạch chậu trong bên trái. Được phẫu thuật chuyển vị động mạch chậu trong phải vào động mạch chậu ngoài phải, đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ bụng – chậu, nhánh bên phải ra đến động mạch chậu ngoài, nhánh bên trái ra đến động mạch chậu chung. Tình trạng hậu phẫu ổn định, không có biến chứng

**Kết luận:** Phẫu thuật lai điều trị phình động mạch chủ chậu và phình động mạch chậu chung có kết quả trung hạn và dài hạn khá tốt. Việc triển khai thành công bước đầu kỹ thuật này tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai góp phần phát triển đội ngũ, giảm tải cho các bệnh viện tuyến trung ương và đem lại lợi ích thiết thực cho người bệnh.

**Từ khóa:** Phình động mạch chậu, phẫu thuật lai, can thiệp nội mạch

## INTERNAL ILIAC DEBRANCHING IN COMBINATION WITH ABDOMINAL AORTIC STENT GRAFT TO TREAT BILATERAL COMMON ILIAC ANEURYSMS

### ABSTRACT

#### **Introduction:**

Common iliac artery aneurysms are often diagnosed during routine screening for infrarenal abdominal aortic aneurysms. Preserving the internal iliac artery helps avoid colonic ischemia and buttocks claudication. Hybrid surgery combining internal iliac artery transposition and endovascular treatment is a method with good early and long-term results.

**Methods:** We report of a case of bilateral common iliac artery aneurysm treated by hybrid surgery and endovascular intervention at Dong Nai General Hospital

**Results:** A 69 year-old male, diagnosed with bilateral common iliac artery aneurysm and left internal iliac artery occlusion. Surgical transposition was performed to repimplant the right internal iliac artery into the right external iliac artery, followed by endovascular treatment, the right branch of the graft was placed at the external iliac artery, the left branch of the graft was placed at the common iliac artery.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Nai

\*Tác giả liên hệ: Võ Tuấn Anh

Email: dranhtuanvo@gmail.com - Tel. 0908520016

Ngày gửi bài: 29/12/2023 Ngày chấp nhận đăng: 15/01/2024

Postoperative condition was stable, no early complications recorded

**Conclusion:** Hybrid surgery to treat iliac aortic aneurysms and common iliac artery aneurysms has quite good mid- and long-term results. The initial successful implementation of

this technique at Dong Nai General Hospital contributes to team development, reduces the load on central hospitals and brings practical benefits to patients.

*Keywords: Iliac aneurysm, hybrid surgery, endovascular treatment*

## MỞ ĐẦU

Phình động mạch chậu chung thường được phát hiện tình cờ qua tầm soát thường quy phình động mạch chủ bụng dưới thận. Khoảng 50% bệnh nhân phình động mạch chủ bụng có phình động mạch chậu kèm theo, và 70% trong số đó là phình động mạch chậu chung [1]. Phình động mạch chậu chung thường không có triệu chứng, tuy nhiên, bệnh vẫn có thể diễn tiến tiềm tàng đến nguy cơ vỡ phình, tương tự như phình động mạch chủ bụng.

Phình động mạch chậu chung đơn thuần lại hiếm gặp, đặc biệt là ở hai bên. Tỷ lệ tử vong khi vỡ phình của động mạch chậu trong lên đến gần 70%. Để ngăn ngừa vỡ, phình động mạch chậu trong được chỉ định can thiệp khi đường kính túi phình  $\geq 30$  mm [2]. Với sự phát triển mạnh mẽ trong những thập niên gần đây, can thiệp nội mạch đang ngày càng trở thành phương án được lựa chọn để điều trị bệnh lý này. Động mạch chậu trong có thể được bít tắc hoặc bảo tồn tùy theo từng trường hợp cụ thể nhằm duy trì dòng máu đến các tạng trong tiểu khung cũng như đại tràng [3]. Đối với các trường hợp bảo tồn động mạch chậu trong, có thể sử dụng phương pháp nội mạch hoặc phương pháp phẫu thuật, trong đó phẫu thuật di dời động mạch chậu trong đã được thực hiện từ lâu với hiệu quả tốt. Một trong những ưu điểm của phương án này là tiết kiệm được một phần chi

phí cho bệnh nhân, phù hợp với những bệnh viện mới bắt đầu triển khai thực hiện.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp phẫu thuật tái tạo động mạch chậu trong một bên kết hợp với đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chậu chung hai bên tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.

## BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân T. V. D. ; 69 tuổi

Địa chỉ: Tân Mỹ Hà, Hương Sơn, Hà Tĩnh

Số hồ sơ: 23.050318

Tiền căn: Tăng huyết áp điều trị không thường xuyên, hút thuốc lá 40 gói.năm (1 gói/ngày trong 40 năm), hiện vẫn còn đang hút thuốc lá.

Bệnh sử: Bệnh nhân không ghi nhận triệu chứng gì trước đây, đi khám sức khỏe tổng quát tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai, siêu âm bụng phát hiện phình động mạch chậu. Sau đó bệnh nhân được chụp phim cắt lớp vi tính (CLVT) có cản quang. Phim CLVT cho thấy hình ảnh phình động mạch chủ bụng – chậu 2 bên. Động mạch chủ bụng bắt đầu có tăng kích thước từ chỗ xuất phát của động mạch mạc treo tràng dưới. Động mạch chậu chung hai bên phình từ chỗ chia động mạch chủ bụng đến chỗ chia động mạch chậu trong hai bên, động mạch chậu chung trái tắc tại gốc, nhận bàng hệ từ động mạch chậu trong bên phải và động mạch chậu ngoài trái:

- Đường kính động mạch chủ bụng tối đa là 35 mm

- Đường kính lớn nhất của động mạch chậu chung bên phải là 38 mm

- Đường kính lớn nhất của động mạch chậu chung bên trái là 34 mm

- Chiều dài cổ túi phình

- Đường kính cổ túi phình

- Góc cổ túi phình

- Đường kính động mạch chậu ngoài bên phải

- Đường kính động mạch chậu ngoài bên trái.



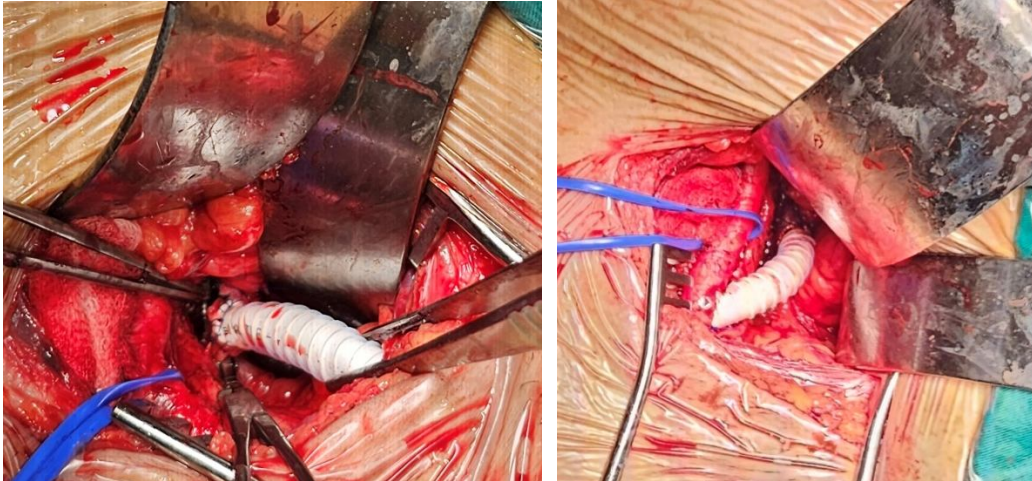
**Hình 1. Phình động mạch chủ bụng – chậu chung 2 bên**

**Hình 2. Kích thước túi phình động mạch chậu chung phải và động mạch chậu chung trái**

**Quá trình can thiệp được chia thành 2 giai đoạn:**

- **Giai đoạn 1:** Phẫu thuật chuyển vị động mạch chậu trong phải vào động mạch chậu ngoài phải

- Bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản. Rạch da 10 cm song song nếp lằn bẹn bên phải và cách nếp lằn bẹn 2 cm. Mở các lớp cơ thành bụng, vén phúc mạc để bộc lộ các động mạch: Động mạch chậu chung, động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài bên phải. Sử dụng Heparin toàn thân. Kẹp động mạch chậu trong trái, cắt rời động mạch chậu trong trái, khâu móm cắt bằng chỉ Polypropylen 5/0. Nối động mạch chậu trong trái với ống ghép Polytetrafluoroethylen (PTFE) 6 mm có vòng xoắn. Kiểm tra thấy lưu lượng đầu xa còn tốt. Nối ống ghép PTFE với động mạch chậu ngoài phải kiểu tận bên, miệng nối cách ngã ba động mạch chậu 3 cm. Kiểm tra các miệng nối thông tốt và không chảy máu.



**Hình 3. Miệng nối động mạch chậu trong (trái) và động mạch chậu ngoài (phải)**

**- Giai đoạn 2: Đặt stent graft động mạch chủ bụng**

Bệnh nhân được đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ bụng sau phẫu thuật 1 ngày. Chúng tôi sử dụng ống ghép động mạch chủ bụng dạng chữ Y, kích thước ống ghép 25 x 14 x 14 mm; nhánh bên phải đặt ra đến động mạch chậu ngoài, kích thước 16 x 11 x 124 mm; nhánh bên trái đặt đến ngã động mạch chậu ngoài, kích thước 16 x 11 x 93 mm. Sau khi can thiệp bệnh nhân ổn định, xuất viện ở ngày hậu phẫu thứ 7.

Phim chụp CLVT sau 3 tháng cho thấy các túi phình động mạch chủ bụng, động mạch chậu chung đã huyết khối hoàn toàn, không có rò nội mạch các loại, ống ghép động mạch chậu ngoài – chậu trong thông tốt.



**Hình 4. Chụp CLVT sau 3 tháng cho thấy không có rò nội mạch, ống ghép thông tốt**

**BÀN LUẬN**

Trong báo cáo này, chúng tôi mô tả kỹ thuật lai kết hợp giữa phẫu thuật bảo tồn động mạch chậu trong và can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chậu chung hai bên.

Can thiệp nội mạch cho bệnh lý phình động mạch chủ bụng là phương pháp điều trị ít xâm lấn hơn so với phẫu thuật hở, đặc biệt là khi phình động mạch chủ lan đến động mạch chậu ở một hoặc hai bên. Đối với các trường hợp phình động mạch chậu chung, vùng hạ đặt đầu xa là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết cục của đặt ống ghép động

mạch chủ. Nếu vùng hạ đặt quá ngắn sẽ dễ gây rò nội mạch loại IB, vì vậy, để tránh hiện tượng này, thông thường ống ghép chậu sẽ được đặt đến động mạch chậu ngoài.

Tuy nhiên, khi đặt ống ghép đến động mạch chậu ngoài, cần phải lưu tâm đến động mạch chậu trong để tránh rò nội mạch loại II từ nhánh động mạch lớn này. Ngày nay, có nhiều phương pháp để giải quyết động mạch chậu trong nhằm đảm bảo vùng hạ đặt ở động mạch chậu ngoài, mỗi phương án đều có ưu điểm và khuyết điểm riêng (Bảng 1).

**Bảng 1. Các phương pháp giải quyết động mạch chậu trong và ưu, khuyết điểm**

Phương pháp	Ưu điểm	Khuyết điểm
Bít tắc động mạch chậu trong bằng dụng cụ	Ít xâm lấn Làm cùng 1 thì với can thiệp động mạch chủ	Chi phí cao Nguy cơ thiếu máu đại tràng nếu bít 2 động mạch chậu trong cùng lúc Có khả năng không bít tắc hoàn toàn được động mạch chậu trong
Bít tắc động mạch chậu trong bằng phẫu thuật	Bít hoàn toàn động mạch chậu trong Chi phí thấp hơn so với can thiệp	Phải phẫu thuật hai lần nếu không có phòng mổ hybrid Mức độ xâm lấn cao hơn
Bảo tồn động mạch chậu trong bằng can thiệp nội mạch	Ít xâm lấn Giữ được dòng chảy qua động mạch chậu trong, giảm nguy cơ thiếu máu tạng	Giá thành cao Kỹ thuật phức tạp, đòi hỏi chuyên gia có nhiều kinh nghiệm và khó thực hiện phổ biến
Bảo tồn động mạch chậu trong bằng phẫu thuật	Giữ được dòng chảy qua động mạch chậu trong, giảm nguy cơ thiếu máu tạng Giá thành thấp hơn Kỹ thuật đơn giản hơn, có thể thực hiện rộng rãi	Mức độ xâm lấn cao hơn Phải phẫu thuật hai lần nếu không có phòng mổ hybrid

Tỉ lệ đau cách hồi vùng mông do bít tắc động mạch chậu trong có thể lên đến 28% các trường hợp, và chỉ có 48% bệnh nhân giảm triệu chứng sau 21.8 tháng theo dõi trong các trường hợp bít tắc cả hai động mạch chậu trong [4]. Bệnh nhân của chúng tôi có động mạch chậu trong bên trái đã tắc, vì thế cần phải bảo tồn động mạch chậu trong phải để tránh hiện tượng hoại tử ruột và đau cách hồi vùng mông.

Để tránh bít tắc động mạch chậu trong, nhiều kỹ thuật can thiệp khác nhau đã được sử dụng, với tỉ lệ rò nội mạch khác nhau. Kỹ thuật chuông úp (Bell bottom technique) sử dụng ống ghép động mạch chậu có kích thước đầu xa lớn để đảm bảo vùng hạ đặt đầu xa có mức độ áp tốt và không bị rò nội mạch loại IB. Tuy nhiên, nhược điểm của phương pháp này là chỉ áp dụng được cho các động mạch chậu chung giãn ở mức độ trung bình và nguy cơ rò nội mạch loại IB ở giai đoạn theo dõi trung hạn hoặc dài hạn do động mạch chậu chung tiếp tục giãn. Theo Massière và cộng sự, tỉ lệ bệnh nhân không có rò nội mạch IB sau 80 tháng theo dõi của kỹ thuật chuông úp là 85,2%; thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm can thiệp kinh điển (98,7%) [5]. Như vậy, phương án có thể phù hợp với các bệnh nhân lớn tuổi hoặc thời gian sống còn ngắn vì kỹ thuật đơn giản hơn, thời gian can thiệp nhanh và tiên lượng dài hạn có thể chấp nhận được. Tình huống này không phù hợp với trường hợp bệnh nhân của chúng tôi

Các kỹ thuật bảo tồn động mạch chậu bằng can thiệp nội mạch hoàn toàn khác cũng được mô tả, bao gồm ống ghép nhánh động mạch chậu trong; kỹ thuật sandwich sử dụng 2 ống ghép, 1 của động mạch chậu ngoài, 1 của động mạch chậu trong đặt trong 1 ống ghép của động mạch chậu chung.

Kỹ thuật đặt ống ghép có nhánh cho động mạch chậu trong đã phát triển trong hơn một thập kỉ qua, đã được chứng minh có kết quả trung hạn và dài hạn khá tốt, tỉ lệ thông thương của ống ghép chậu trong có thể lên đến 89% sau 5 năm [6]. Phương án này đòi hỏi chi phí cao, có yêu cầu về giải phẫu của động mạch chậu trong và ekip can thiệp có trình độ cao, giàu kinh nghiệm, vì thế chưa phù hợp với trường hợp bệnh nhân của chúng tôi

Kỹ thuật sandwich bảo tồn động mạch có kết quả ngắn hạn và trung hạn khá tốt, nhược điểm của phương pháp này là rò nội mạch loại III do khoảng giữa của 2 stent sandwich. Loại rò nội mạch này có thể tự hết sau 1 thời gian do huyết khối hình thành xung quanh stent giúp bít các khoảng hở giữa các stent lại [7]. Phương án này cũng có giá thành cao và kỹ thuật tương đối phức tạp, vì vậy chưa phù hợp với trường hợp bệnh nhân của chúng tôi.

Kỹ thuật di dời động mạch chậu trong bằng phẫu thuật đã được mô tả trong hơn hai thập kỉ qua, đây là phương án xâm lấn hơn so với can thiệp hoàn toàn. Tuy nhiên, mức độ xâm lấn không cao như phẫu thuật mở điều trị động mạch chủ bụng. Động mạch chậu trong và chậu ngoài được tiếp cận thông qua 1 đường mổ sau phúc mạc khoảng 10cm, và các thao tác có thể thực hiện được tương đối đơn giản đối với những bệnh nhân không béo phì. Ống ghép được đặt vào đoạn xa của động mạch chậu ngoài, giúp đảm bảo đủ chiều dài của vùng hạ đặt đầu xa một cách chủ động. Bằng cách khâu cột đầu gần động mạch chậu trong, chúng tôi cũng có thể đảm bảo không có rò nội mạch loại II từ nhánh động mạch này. Chi phí phẫu thuật thấp cũng là một yếu tố thuận lợi khác. Phương pháp cũng có tiên lượng lâu dài tốt, tỉ lệ thông thương động mạch chậu trong sau 5 năm có thể lên đến 96% [8].

Tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai, kỹ thuật phẫu thuật động mạch chủ bụng đã được triển khai từ lâu, kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị bệnh động mạch chủ bụng được triển khai từ năm 2021. Sự phối hợp giữa can thiệp và phẫu thuật chuyên vị động mạch chậu trong là phù hợp nhất đối với ekip tại chỗ của bệnh viện vì các lý do sau:

- Thuận lợi về mặt kỹ thuật do ekip phẫu thuật và gây mê đã quen với phẫu thuật động mạch chủ bụng – chậu

- Vẫn giảm được mức độ xâm lấn cho bệnh nhân so với phẫu thuật hở

- Không làm tăng chi phí lên mức quá cao so với việc sử dụng các phương án can thiệp hoàn toàn

Kết quả bước đầu tốt của phẫu thuật hybrid điều trị phình động mạch chậu hai bên thành công giúp cho ekip tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai có thể tiếp tục phát triển kỹ thuật này. Từ đó giảm chi phí, phát triển đội ngũ, góp phần giảm tải cho các bệnh viện tuyến trung ương và đem lại những lợi ích thiết thực cho người bệnh phình động mạch chủ bụng – chậu.

## KẾT LUẬN

Phẫu thuật lai điều trị phình động mạch chủ chậu và phình động mạch chậu chung là kỹ thuật được thực hiện trong vòng 2 thập kỷ qua, với kết quả trung hạn và dài hạn khá tốt. Việc triển khai thành công bước đầu kỹ thuật này tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai góp phần phát triển đội ngũ, giảm tải cho các bệnh viện tuyến trung ương và đem lại lợi ích thiết thực cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang, Y., et al., *Growth of common iliac artery aneurysms coexisting with abdominal*

*aortic aneurysms: associated factors and potential role of intraluminal thrombus*. Quant Imaging Med Surg, 2020. **10**(3): p. 703-712.

2. Mrad, I.B., et al., *Endovascular management of an isolated common iliac artery aneurysm: a case report*. Pan Afr Med J, 2021. **40**: p. 69.

3. Robalo, C., J. Sousa, and A. Mansilha, *Internal iliac artery preservation strategies in the endovascular treatment of aortoiliac aneurysms*. Int Angiol, 2018. **37**(5): p. 346-355.

4. Bosanquet, D.C., et al., *Systematic Review and Meta-analysis of the Effect of Internal Iliac Artery Exclusion for Patients Undergoing EVAR*. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2017. **53**(4): p. 534-548.

5. Massiere, B., et al., *Outcomes of bell-bottom technique compared to standard endovascular aneurysm repair*. Vascular, 2021. **29**(6): p. 817-821.

6. Borzsak, S., et al., *Midterm Results of Iliac Branch Devices in a Newly Established Aortic Center*. Life (Basel), 2022. **12**(8).

7. Shutze, R.A., et al., *Results of repair of iliac artery aneurysms with the sandwich technique*. Proc (Bayl Univ Med Cent), 2017. **30**(1): p. 7-10.

8. Gaudric, J., et al., *Surgical internal iliac artery preservation associated with endovascular repair of infrarenal aortoiliac aneurysms to avoid buttock claudication and distal type I endoleaks*. J Vasc Surg, 2018. **68**(6): p. 1736-1743.