

Báo cáo ca bệnh phình động mạch thận được can thiệp qua da bằng Stent có màng bọc tại Bệnh viện Tim Hà Nội

Nguyễn Công Hà*, Nguyễn Đình Phúc, Phạm Anh Hùng

TÓM TẮT

Phình động mạch thận (ĐMT) là bệnh hiếm gặp, theo ước tính chiếm khoảng 0,1% dân số. Phình ĐMT khi đường kính chỗ phình tăng hơn 50% đường kính chỗ gần kề bình thường. Chẩn đoán thường nhờ phát hiện tình cờ khi siêu âm thận mạch thận, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ hệ mạch chủ bụng. Điều trị nội khoa nếu phình nhỏ, không triệu chứng và nguy cơ vỡ thấp. Điều trị phẫu thuật là cơ bản nhưng gần đây can thiệp qua da bằng đặt stent ngày càng phổ biến và có nhiều ưu điểm.

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ 62 tuổi, tiền sử tăng huyết áp đang điều trị đều, khám vì đau bụng. Siêu âm bụng nghi ngờ phình ĐMT, bệnh nhân được chụp CLVT động mạch chủ chậu có tiêm thuốc cản quang phát hiện có túi phình ở đoạn 1/3 giữa thân ĐMT trái kích thước 26×16mm, đường kính cổ túi phình 8mm, có ít huyết khối trong túi phình. Điều trị bằng phương pháp can thiệp qua da đặt stent có màng bọc (covered stent) thành công tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

Từ khóa: Phình động mạch thận, stent có màng bọc, can thiệp qua da.

REPORT OF A CASE OF RENAL ARTERY ANEURYSM WITH COVERED STENT AT HANOI HEART HOSPITAL

SUMMARY

Renal artery aneurysm is a rare disease, estimated to occur in approximately 0.1 percent

of the population. Aneurysm occurs when the diameter of the aneurysm increases by more than 50% of the normal diameter of the adjacent area. Diagnosis was due to incidental discovery of renal vascular ultrasound, computed tomography (CT) scan, and magnetic resonance imaging of the abdominal aortic arterial system. Medical treatment if the aneurysm is small, asymptomatic and at low risk of rupture. Surgical treatment is basic, conventional but recently percutaneous intervention with stent placement is increasingly popular and has many advantages.

Clinical case: 62 years old female patient with history of hypertension examined for abdominal pain. Abdominal ultrasound suspected renal arterial aneurysm, the patient had a CT scan of the iliac aortic arterial system with contrast agent and detected an aneurysm in the middle 1/3 of the left renal artery, size 26×16mm, diameter of aneurysm neck 8mm, and a small amount of thrombus in the aneurysm. Treatment with percutaneous intervention using covered stent was successful at Hanoi Heart Hospital.

Keywords: Renal artery aneurysm, covered stent, percutaneous intervention

*Bệnh viện Tim Hà Nội

92 Trần Hưng Đạo, Hoàn Kiếm Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Công Hà

E-mail: conghacardio@gmail.com; Tel: 0904.622.292

Ngày nhận bài: 30/10/2024 Ngày sửa bài: 26/11/2024

Ngày chấp nhận đăng: 12/12/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch thận là bệnh hiếm gặp, chiếm khoảng 0,1% dân số, tỷ lệ phát hiện qua chụp CLVT khoảng 0,7% [1-2]. Phình ĐMT khi đường kính chỗ phình tăng hơn 50% đường kính chỗ gần kề bình thường. Chẩn đoán nhờ phát hiện tình cờ khi siêu âm thận mạch thận, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ hệ mạch chủ bụng [5]. Điều trị nội khoa nếu phình nhỏ, không triệu chứng và nguy cơ vỡ thấp. Điều trị can thiệp khi đường kính túi phình > 2cm, phụ nữ trẻ trong độ tuổi sinh đẻ, tăng huyết áp khó điều trị, kèm hẹp ĐMT nặng, huyết khối túi phình, tách hay vỡ túi phình [2]. Phẫu thuật sửa chữa túi phình có kết quả lâu dài nhưng còn cho kết quả khác nhau phụ thuộc vào từng nghiên cứu. Gần đây can thiệp qua da bằng nhiều dụng cụ khác nhau (coils, stent) ngày càng phổ biến và chỉ định được mở rộng do có nhiều ưu điểm, ít tai biến [2-5-7]. Trong bài này chúng tôi báo cáo một ca phình ĐMT trái hình túi, kích thước lớn, có huyết khối trong túi phình được điều trị bằng can thiệp qua da đặt stent có màng bọc thành công.



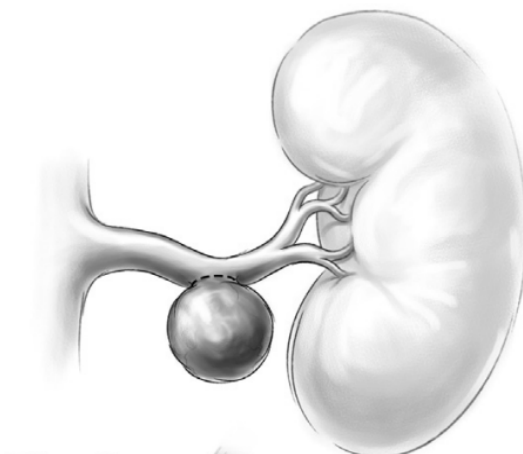
Hình 2.1: Hình túi phình ĐMT trên chụp CLVT

I. MÔ TẢ BỆNH NHÂN

Bệnh nhân nữ 62 tuổi phát hiện do có triệu chứng đau âm ỉ nhẹ vùng bụng, bệnh nền là tăng huyết áp kèm rối loạn mỡ máu đang điều trị đều, chức năng thận bình thường.

Do bệnh nhân đau bụng nên được siêu âm ổ bụng nghi ngờ túi phình động mạch thận, do vậy được chụp CLVT hệ mạch chủ chậu phát hiện túi phình ở đoạn 1/3 giữa thân ĐMT trái kích thước 26×16mm, đường kính cổ túi phình 8mm, có ít huyết khối trong túi phình. Bệnh nhân này có chính định can thiệp bằng phẫu thuật hoặc can thiệp qua da (túi phình >2cm, có huyết khối, triệu chứng đau bụng). Sau khi thảo luận lợi ích và nguy cơ của từng phương pháp (phẫu thuật và can thiệp qua da hoặc theo dõi nội khoa), bệnh nhân lựa chọn phương pháp can thiệp qua da.

Với tổn thương túi phình to, ở thân ĐMT, giải phẫu phù hợp cho đặt stent có màng bọc (không phù hợp cho Coils), Chúng tôi tiến hành can thiệp đặt 01 stent có màng bọc loại BeGraft thành công, ngày hôm sau ra viện.



Hình 2.2: Hình minh họa túi phình [2]

II. KỸ THUẬT ĐẶT STENT

1. Dụng cụ cơ bản

- Dụng cụ mở đường vào mạch máu 6F của hãng Terumo

- Stent đủ kích thước, chúng tôi sử dụng stent BeGraft của hãng Bentley, khung là Cobalt – chrome màng bọc bằng ePTFE.

- Các loại catheter, pigtail, dây dẫn, thuốc cản quang

- Thực hiện tại khoa can thiệp, Bệnh viện Tim Hà Nội (máy DSA hãng GE).

2. Tóm tắt các bước thủ thuật đặt stent có màng bọc BeGraft

- Đường vào và phương pháp vô cảm: mở động mạch quay trái bằng dụng cụ 6F, gây tê tại chỗ. Heparin 4000 IU tiêm tĩnh mạch (bệnh nhân cân nặng 52kg, liều 80IU/kg).

- Chụp chọn lọc ĐMT trái, đo kích thước túi phình, kích thước ĐMT trước sau túi phình. Đường kính động mạch thận đoạn bình thường: gần 6mm, đoạn xa 5mm.

- Chọn Guiding catheter là loại JR 6F (hệ thống đưa stent)

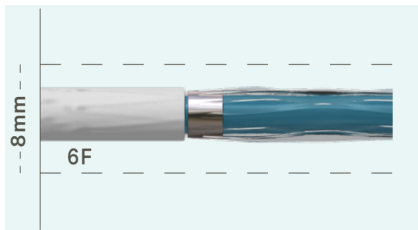
- Đi dây dẫn vào nhánh xa ĐMT trái.

- Chọn stent BeGraft kích thước 8 × 37 (đường kính 8mm, chiều dài 37mm), chọn stent có đường kính lớn hơn 2mm so với kích thước mạch bình thường.

- Stent đi qua hệ thống guiding catheter JR 6F, căn đúng vị trí, bơm bóng thả stent với áp lực khuyến cáo.

- Chụp lại đánh giá kết quả, rút dụng cụ, đóng và băng ép đường vào mạch máu.

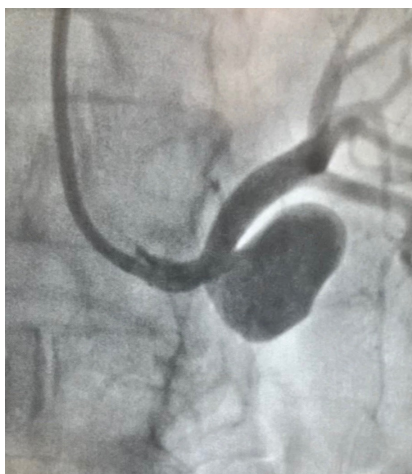
Chuyển về khoa theo dõi, kết thúc thủ thuật



Hình 3.1: Stent 7 × 37mm BeGraft



Hình 3.2: Stent có màng bọc BeGraft



Hình 3.4: Hình chụp ĐMT sau đặt stent



Hình 3.4: Hình chụp ĐMT sau đặt stent

3. Kết quả

- Về mặt hình ảnh: chụp lại trên hình ảnh không còn túi phình, không rò (leaking) vào túi phình.

- Không có tai biến trong và sau thủ thuật.

- Đường vào bằng động mạch quay trái nên bệnh nhân có thể đi lại bình thường sau thủ thuật và hạn chế được tai biến đi can thiệp bằng đường vào động mạch đùi.

- Lâm sàng: bệnh nhân hết đau bụng, huyết áp ổn định hơn.

- Xét nghiệm: chức năng thận không thay đổi sau thủ thuật (ước lượng bằng eGFR).

- Xuất viện trở lại hoạt động bình thường ngày hôm sau.

Thuốc Aspirine 81 mg/ngày sau ăn trong 6 tháng và các thuốc điều trị tăng huyết áp.

III. BÀN LUẬN

1. Nội khoa (theo dõi)

Điều trị nội khoa khi bệnh nhân không có triệu chứng, nguy cơ vỡ túi phình thấp (túi phình nhỏ <2cm), không trong giai đoạn mong muốn có thai, biến chứng khi vỡ phình thấp hơn nguy cơ phẫu thuật hay can thiệp [1-2].

2. Phẫu thuật

Phẫu thuật sửa chữa túi phình tái tạo ĐMT có nhiều kỹ thuật khác nhau dựa vào đặc điểm túi phình. Phẫu thuật với tỉ lệ tai biến thấp, tử vong thấp tùy theo nghiên cứu, kết quả dài hạn tốt. Bên cạnh đó còn một số tai biến hay gặp khi phẫu thuật như chảy máu, nhiễm khuẩn, tái hẹp, phải can thiệp lại [4-5-7].

3. Can thiệp qua da

Phương pháp can thiệp qua da sử dụng nhiều loại dụng cụ khác nhau, bước đầu một số tác giả dùng Coils cho các trường hợp túi phình ở trong

nhưng mô thận và ở nhánh xa, nhánh tận có thể gây tắc nhánh bị phình đó. Còn stent có màng bọc thường sử dụng để bít miệng, lỗ vào của túi phình ở thân ĐMT [2-3-6].

Gần đây can thiệp qua da được mở rộng thêm nhờ có các dụng cụ mới như Coils ba chiều, chất lỏng sinh học làm tắc mạch (Onyx...), stent chuyển dòng với tỉ lệ thành công cao tùy nghiên cứu, giao động từ 73% - 100% [1-2-3-6].

Một số nghiên cứu so sánh can thiệp qua da với phẫu thuật thì chưa thấy khác biệt ý nghĩa về mặt tỉ lệ tử vong, tai biến, tái can thiệp lại, giảm chức năng thận cũng như thời gian nằm viện [1-2].

Với túi phình ở thân ĐMT thì stent có màng bọc rất hiệu quả, ít xâm lấn, bệnh nhân hài lòng hơn và thời gian nằm viện ngắn, chi phí cũng ít hơn phẫu thuật [1-2].

Với hình thái, vị trí của túi phình của bệnh nhân này hoàn toàn phù hợp với stent có màng bọc, không phù hợp với dụng cụ khác như Coils...

Nguyên nhân túi phình ĐMT: chưa có nguyên nhân nào rõ ràng, thường hay gặp ở nữ giới, trung tuổi, kèm chứng loạn sản xơ cơ (fibromuscular dysplasia). Các yếu tố nguy cơ tim mạch khác không rõ có liên quan [1-2]. Ở bệnh nhân này là giới nữ, 62 tuổi, tăng huyết áp, tiền sử gia đình bình thường.

Bệnh nhân này khám bệnh vì đau bụng âm ỉ không rõ nguyên nhân có thể là túi phình chèn vào cấu trúc xung quanh, có thể dọa vỡ hay tắc mạch thận nhánh nhỏ do huyết khối từ túi phình di chuyển.

Về mặt chẩn đoán thì chủ yếu dựa vào kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CLVT hay MRI. Bệnh nhân này phát hiện do đau bụng không rõ nguyên nhân, siêu âm và chụp CLVT chẩn đoán túi phình ĐMT.

Chỉ định can thiệp bệnh nhân này vì có triệu chứng đau bụng, túi phình lớn (>20mm), có huyết khối trong túi phình, vị trí túi phình thuận lợi cho đặt stent có màng bọc. Can thiệp qua da đi theo đường mạch quay có nhiều ưu điểm hơn đi bằng đường động mạch đùi (ít tai biến hơn, bệnh nhân có thể đi lại ngay sau can thiệp). Huyết áp bệnh nhân ổn định hơn có thể là không còn triệu chứng đau bụng, là một yếu tố căng thẳng (stress) gây huyết áp không ổn định [1-2, 4-5].

IV. KẾT LUẬN

Phình động mạch thận cơ bản tiên lượng là tốt, nguy cơ tiến triển phình lớn và vỡ thấp, theo dõi nội khoa là chủ yếu. Can thiệp bằng phẫu thuật hoặc qua da được chỉ định khi có yếu tố nguy cơ cao vỡ như kích thước túi phình lớn (>20mm), phụ nữ mang thai cho con bú, tăng huyết áp khó kiểm soát, tách vỡ túi phình hay huyết khối túi phình.

Phẫu thuật kinh điển vẫn là phương pháp an toàn và hiệu quả đã được chứng minh. Can thiệp qua da gần đây được mở rộng do nhiều dụng cụ mới ra đời, dụng cụ stent có màng bọc có hiệu quả đặc biệt ở nhóm phình ĐMT được lựa chọn, cụ thể như ở bệnh nhân này túi phình to ở thân ĐNT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dawn M Coleman., et al., *Renal artery aneurysm*. up to date, 2024.
2. Dawn M. Coleman, MD, et al., *Renal artery aneurysms*. Journal of Vascular Surgery. 2015, CrossMark p. 779-785.
3. Roman LI, Efel CF, Franca VT, et al. *Renal artery pseudoaneurysm*. J Bras Nefrol 2017; 39:458.
4. Chaer RA, Abularrage CJ, Coleman DM, et al. *The society for Vascular surgery clinical practice guidelines on management of visceral aneurysms*. J Vasc Surg 2020; 72:35.
5. Henriksson C, Lukes P, Nilson AE, Pettersson S. *Angiographically discovered , non-operated renal artery aneurysms*. Scand J Urol Nephrol 1984; 18:59.
6. Zhang LJ, Yang GF, Qi J, Shen W. *Renal artery aneurysm: diagnosis and surveillance with multidetector-row computed tomography*. Acta Radiol 2007; 48:274.
- Stanley JC, Rhodes EL, Gewertz BL, et al. *Renal artery aneurysms. Significance of macroaneurysms exclusive of dissections and fibrodysplastic mural dilations*. Arch Surg 175; 110:1327.