

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: ĐIỀU TRỊ TÚI GIẢ PHÌNH ĐỘNG MẠCH VỊ TÁ TRÀNG DỌA VỠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH

Đỗ Kim Quế*, Trần Quý Tường**

TÓM TẮT

Các túi phình động mạch vị tá tràng rất hiếm gặp, với các biểu hiện lâm sàng đa dạng, các trường hợp biến chứng vỡ có tiên lượng kém và tỉ lệ tử vong cao lên tới 40%. Mặc dù phẫu thuật mở vẫn là một lựa chọn quan trọng, nhưng trong những năm gần đây can thiệp nội mạch cho thấy nhiều ưu thế và sự an toàn trong điều trị. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ, 71 tuổi, nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa do túi giả phình động mạch vị tá tràng dọa vỡ với tiền sử viêm tụy cấp, đã phẫu thuật cắt u vùng thân tụy hiện tại tái phát và di căn, được điều trị can thiệp nội mạch bít túi giả phình bằng stent phủ. Thủ thuật được thực hiện thành công và bệnh nhân không còn các triệu chứng. Sau 2 tháng túi giả phình giảm kích thước và hoàn toàn không còn dòng máu. Điều trị can thiệp nội mạch đối với các túi phình động mạch vị tá tràng có thể được cân nhắc là một phương pháp thay thế đầy hứa hẹn thay cho mổ mở kể cả trong trường hợp cấp cứu.

Từ khoá: Động mạch vị tá tràng, stent phủ, túi phình mạch.

I. MỞ ĐẦU

Phình mạch máu tạng là một dạng bệnh lý khá hiếm gặp (0.01-0.2% dân số) nhưng có tỷ lệ tử vong khá cao lên tới 40%, trong đó túi phình thường nằm ở các động mạch thân tạng, động mạch gan, động mạch lách^[1-2]. Phình động mạch vị tá tràng là một trong những dạng hiếm nhất, chỉ chiếm khoảng 1.5% trong các dạng phình mạch máu tạng^[6]. Cơ chế sinh ra các túi phình chưa thực sự được hiểu rõ, nhưng đa số các trường hợp khởi phát sau viêm tụy cấp, chấn thương, sau phẫu thuật, tăng huyết áp...^[1-3]

Các túi phình mạch tạng thường không có triệu chứng hoặc là nguyên nhân gây ra các triệu

chứng đau bụng mơ hồ cho tới khi có biến chứng vỡ, bệnh nhân sẽ có các triệu chứng như đau bụng cấp, xuất huyết tiêu hóa, nặng hơn là ảnh hưởng về huyết động và thậm chí đe dọa tính mạng. Phẫu thuật cấp cứu được xem là phương pháp điều trị kinh điển và quan trọng, tuy nhiên đây là phương pháp xâm lấn, có nguy cơ cao và hậu phẫu nặng nề. Với những tiến bộ trong kỹ thuật can thiệp trong vài năm gần đây, các túi phình mạch tạng có thể được điều trị bởi kỹ thuật can thiệp nội mạch, là kỹ thuật ít xâm lấn, sử dụng các dụng cụ thuyên tắc túi phình (Coils) hoặc đặt stent phủ (Covered stent) và y văn trên thế giới đều cho các kết quả khả quan^[2-4-5].

Trong bài này, chúng tôi xin giới thiệu một ca hiếm gặp về túi giả phình động mạch vị tá tràng dọa vỡ được điều trị can thiệp nội mạch bằng kỹ thuật can thiệp nội mạch đặt stent phủ.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 71 tuổi, nhập viện vì nôn ra máu. Trước nhập viện 3 tháng, bệnh nhân thường thấy đau bụng âm ỉ vùng thượng vị nhưng không cần điều trị. Trước nhập viện 1 ngày, bệnh nhân thấy đau bụng vùng thượng vị tăng, kèm cảm giác buồn nôn. Ngày nhập viện, bệnh nhân nôn ra máu đỏ tươi, không rõ lượng, kèm đau bụng thượng vị tăng nên vào nhập cấp cứu bệnh viện Thống Nhất.

Tiền sử bệnh nhân có ung thư thân tụy đã phẫu thuật cắt bỏ #2 năm trước, với #3 đợt viêm tụy cấp trước và sau phẫu thuật, sau phẫu thuật bệnh nhân phát hiện có túi phình mạch vùng thượng vị nhưng không điều trị. Trong 1 năm

* Khoa Ngoại Tim Mạch Lồng Ngực, Bệnh viện Thống Nhất.

** Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh, Bệnh viện Thống Nhất

Người chịu trách nhiệm khoa học: Đỗ Kim Quế

Ngày nhận bài: 02/08/2020 - Ngày Cho Phép Đăng: 04/09/2020

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đoàn Quốc Hưng

PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước

qua, bệnh nhân có 2 lần xuất huyết tiêu hóa cần nhập viện nhưng không đồng ý điều trị phẫu thuật cắt bỏ túi phình mạch.

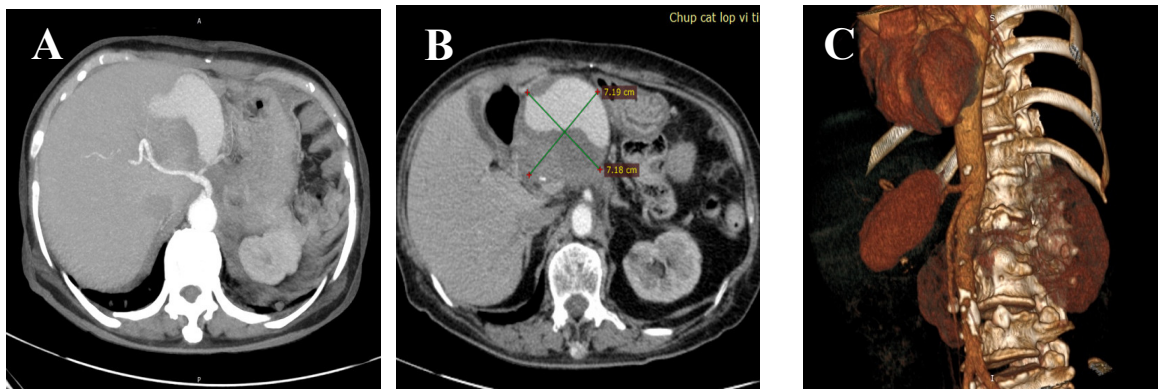
Khám lâm sàng thấy bệnh nhân có tổng trạng trung bình, dấu hiệu thiếu máu, da niêm nhạt, khám bụng thấy có khối vùng thượng vị kích thước lớn, đập theo mạch.

Kết quả tổng phân tích tế bào ngoại vi: WBC 12.2 k/uL, RBC 2.25 M/uL, HGB 5.6 g/dL, Hct 18.3%, PLT 215 k/uL.

Nội soi dạ dày thấy có ít máu cũ trong dạ dày, bơm rửa không thấy vị trí chảy máu.

Kết quả chụp CT bụng có thuốc tương phản cho thấy: Túi giả phình mạch vùng rốn gan xuất phát từ nhánh của động mạch vị tá, bắt thuốc mạnh ngang động mạch, kích thước #71x72mm, cổ túi #4mm, cách gốc động mạch vị tá tràng #12mm, có dấu hiệu dọa vỡ với hình ảnh thâm nhiễm mỡ xung quanh và có ít máu tụ quanh túi phình.

U tụy tái phát mòm cắt vùng thân tụy xâm lấn phần gốc rễ mạc treo ruột non. Di căn nhiều nốt đáy phổi hai bên.



Hình 1: Hình ảnh CT bụng có thuốc cản quang trước can thiệp.

A: Hình MIP cho thấy túi giả phình mạch kích thước lớn, bắt thuốc mạnh thì động mạch, có cổ túi hẹp và xuất phát từ động mạch vị tá tràng.

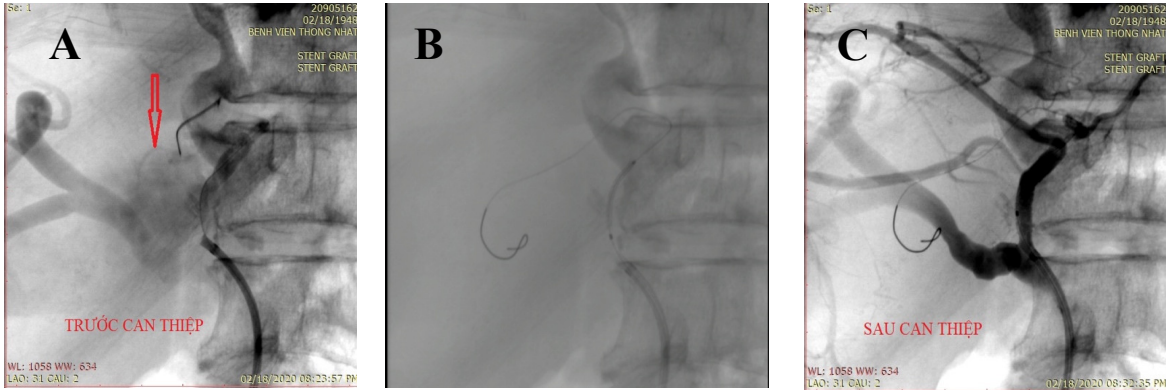
B: cho thấy túi giả phình nằm sát thành D2 tá tràng, kích thước #71x72mm, bên trong túi có huyết khối cũ và có ít máu tụ xung quanh.

C: Hình VR 3D cho thấy tương quan túi phình cùng các động mạch tạng, túi phình bắt thuốc rất mạnh thì động mạch.

Sau khi xem xét kỹ lưỡng về tổng trạng bệnh nhân và các bệnh lý nền, chúng tôi đã tiến hành can thiệp nội mạch cấp cứu với phương pháp bít túi giả phình mạch bằng stent phủ.

Kỹ thuật: Phương pháp gây tê tại chỗ, chọc dò động mạch đùi phải, luồn sheath 6F, sử dụng dây dẫn ái nước 0.035/150mm (Terumo, Japan) và ống dẫn Yashiro (Terumo, Japan) để chọn lọc động mạch thân tạng. Chụp mạch DSA cho thấy túi giả phình ở động mạch vị tá tràng kích thước #70mm, cổ nhỏ, khoảng cách cổ túi tới vị trí gốc động mạch vị tá tràng đủ dài để đặt stent phủ. Sử dụng ống dẫn can thiệp 6F (Cordis,

US) cài vào động mạch thân tạng, sau đó dùng dây dẫn 0.014/180mm (Terumo, Japan) cài vào động mạch vị tá tràng qua vị trí túi giả phình. Đưa stent phủ PK Papyrus kích thước 4x20mm (Biotronik, Germany) vào động mạch vị tá tràng với sự hỗ trợ từ ống dẫn can thiệp. Sử dụng bản đồ mạch (Roadmap) để xác định vị trí miệng túi giả phình và gốc động mạch vị tá, sau khi đưa vào đúng vị trí, bung stent với sự quan sát liên tục dưới DSA. Chụp mạch kiểm tra sau bung stent thấy lấp hoàn toàn cổ túi phình, không rò thuốc ra ngoài stent, không còn dòng máu đi vào túi giả phình.



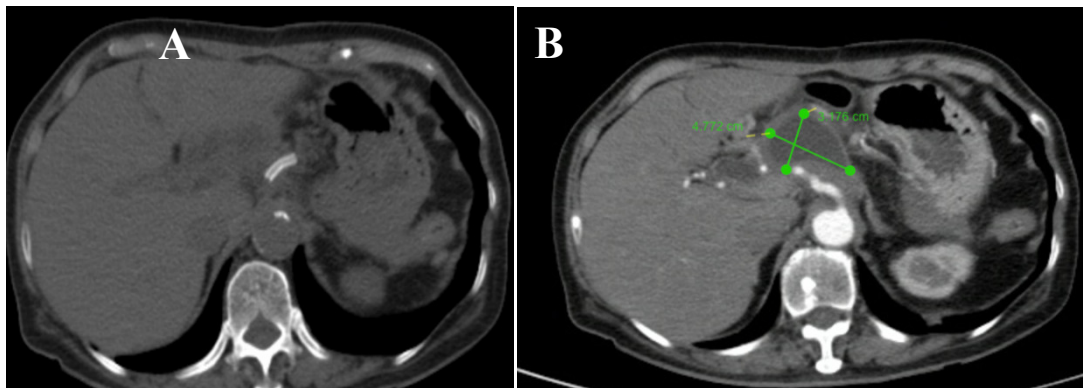
Hình 2: Hình ảnh DSA.

A: Hình trước can thiệp cho thấy ống dẫn can thiệp 6F, dây dẫn 0.014 trong động mạch vị tá và túi giả phình mạch ở động mạch vị tá tràng (mũi tên).

B: Hình ảnh cho thấy catheter can thiệp, dây dẫn và stent phủ chưa bung nằm ở ngang vị trí túi phình động mạch vị tá.

C: Hình ảnh sau can thiệp, stent đã bung nằm đúng vị trí, túi phình bị bít hoàn toàn, không còn dòng máu vào túi phình, không gây ảnh hưởng các nhánh mạch máu khác.

Thủ thuật được thực hiện thành công và bệnh nhân xuất viện sau 3 ngày. Bệnh nhân không còn triệu chứng đau bụng và xuất huyết tiêu hóa. Kiểm tra bằng CT sau 2 tháng thấy túi giả phình giảm kích thước xuống #30x50mm, dịch hóa hoàn toàn, không còn bắt thuốc cản quang, không thấy dấu hiệu thiếu máu, nhồi máu các tạng lân cận. Kết quả siêu âm Doppler cho thấy đã đặt stent lấp túi giả phình động mạch vị tá tràng, túi giả phình giới hạn rõ, không có dòng máu chảy vào.



Hình 3: Hình CT bụng có thuốc tương phản 2 tháng sau can thiệp. A: Hình CT không thuốc cho thấy vị trí stent nằm trong động mạch vị tá. B: Hình túi giả phình giảm kích thước rõ, bên trong đậm độ dịch đồng nhất, không còn bắt thuốc cản quang hay dòng máu.

III. BÀN LUẬN

Túi phình động mạch vị tá tràng rất hiếm gặp, chiếm tỉ lệ chỉ xấp xỉ 1.5% của phình động mạch tạng^[1,2,6]. Thường xuất hiện sau viêm tụy, chấn thương, sau phẫu thuật, bệnh lý viêm loét, xơ vữa động mạch và hẹp động mạch mạc treo tràng trên cũng có thể là nguyên nhân^[1, 7]. Viêm tụy chiếm đến 80% trong các trường hợp phình mạch này và nguyên nhân của sự hình thành túi phình là do sự tổn thương thành mạch của các động mạch lân cận. Có những cơ chế bệnh sinh khác không phổ biến như các bệnh lý tự miễn và do khiếm khuyết trực động mạch thân tạng.

Nhìn chung, túi phình thường không có triệu chứng và được phát hiện một cách tình cờ trên các khảo sát hình ảnh học hoặc khi có biến chứng. Tuy nhiên, các biến chứng của nó có thể rất đa dạng và nghiêm trọng. Theo tài liệu, 35% các túi phình động mạch vị tá tràng bất kể kích thước có biểu hiện với việc vỡ túi phình gây đau bụng, tụt huyết áp, sốc giảm thể tích và tỉ lệ tử vong lên đến 21%^[1, 3]. Tùy thuộc tương quan giải phẫu, kích thước và sự ăn mòn mà túi phình có thể được biểu hiện như tràn máu ổ bụng, xuất huyết tiêu hóa hoặc hiếm gặp hơn là chảy máu đường mật nếu túi phình vỡ vào ống mật chủ và ống tụy chính^[9].

Điều thú vị là trong trường hợp của chúng tôi là túi giả phình đã được phát hiện từ trước đó, nguyên nhân có thể sau phẫu thuật cắt u tụy và viêm tụy cấp, là nguyên nhân gây triệu chứng đau bụng âm ỉ cùng 3 lần xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân, điều đó cho thấy túi phình đã có dấu hiệu dọa vỡ ít nhất 3 lần.

Đa số các khuyến cáo cho rằng nên điều trị phình động mạch tạng khi kích thước trên 2cm. Tuy nhiên với túi phình động mạch vị tá tràng nên được điều trị ngay khi phát hiện, vì có một số báo cáo cho thấy vỡ các túi phình động mạch vị tá kích thước nhỏ và không cho thấy mối tương quan rõ rệt giữa biến chứng vỡ và kích thước túi phình^[5]. Một số tác giả tán thành với việc điều trị sớm các túi phình mạch tạng bằng cách tiếp cận

phẫu thuật xâm lấn, cho dù chúng không có triệu chứng, bởi vì tỉ lệ tử vong cao trong trường hợp túi phình bị vỡ.. Một số khác lại ủng hộ các kĩ thuật can thiệp nội mạch, cho dù là coil tắc mạch hay stent phủ, tỉ lệ thành công là 98%, và đề nghị phẫu thuật mở hở nên được cân nhắc điều trị cho những ca phức tạp hoặc không phù hợp để can thiệp nội mạch^[4-5]. Tuy nhiên, bệnh nhân của chúng tôi có nhiều bệnh lý nền, có tiền sử phẫu thuật cắt u tụy hiện tại tái phát ở vị trí mỏm cắt, di căn xa, túi phình có kích thước rất lớn và có dấu hiệu dọa vỡ, là những nguy cơ cao cho phẫu thuật mở mổ và chúng tôi đã lựa chọn phương pháp điều trị can thiệp nội mạch.

Phương pháp can thiệp cổ điển thường dùng để điều trị gây tắc túi phình là đặt coil nội mạch, bột gelatin, hạt PVA hay onyx^[10]. Sau can thiệp, tái thông mạch với tỉ lệ mắc từ 9-43% và nhồi máu tạng là biến chứng dài hạn nghiêm trọng nhất của kĩ thuật này^[11]. Với việc sử dụng stent phủ, có thể ngăn hoàn toàn dòng máu chảy vào túi phình và đồng thời duy trì được dòng chảy trong động mạch. Kỹ thuật này đang chứng tỏ ưu thế và sự an toàn vì không gây tắc nghẽn các mạch máu tạng, đồng thời không gây tăng áp lực trong lòng túi phình vốn đã suy yếu bởi các dụng cụ thuyên tắc như coil và có thể dẫn đến vỡ túi phình. Ishibashi và cộng sự đã chứng minh stent phủ không chỉ được sử dụng trong túi phình mạch tạng không có triệu chứng, mà còn dùng trong các trường hợp túi phình bị vỡ, rò rỉ, hay bóc tách nội mạc. Rossi và cộng sự báo cáo 3 ca đặt stent túi phình ở động mạch lách và một ca túi giả phình được đặt stent ở động mạch gan chung^[4]. Thủ thuật đã được thực hiện thành công ở tất cả các ca và 1 bệnh nhân tiến triển nhồi máu lách được cho là do vấn đề thao tác trong quá trình can thiệp. Tsai và cộng sự đã điều trị thành công cho 1 bệnh nhân nhân 53 tuổi với 1 túi giả phình động mạch mạc treo tràng trên sau bóc tách với cổ rộng bằng stent phủ^[12].

Hiện nay, điều trị túi phình động mạch vị tá tràng chưa có phác đồ thống nhất, việc điều trị

vẫn đang là một lựa chọn cá nhân nhân hoá phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân, lựa chọn của phẫu thuật viên, kỹ thuật và trang thiết bị của bệnh viện. Tuy nhiên, điều trị can thiệp nội mạch nên được cân nhắc là một kỹ thuật thay thế đầy hứa hẹn cho kỹ thuật mổ mở, do tính ít xâm lấn đồng thời có tỉ lệ tử vong thấp hơn.

IV. KẾT LUẬN

Các túi phình động mạch vị tá tràng hiếm gặp, với các biểu hiện lâm sàng đa dạng. Kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị túi phình động mạch vị tá bằng stent phủ đã cho thấy hiệu quả và nên là một sự lựa chọn ưu tiên kể cả trong trường hợp cấp cứu và đặc biệt ở các bệnh nhân nguy cơ phẫu thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carr SC, Mahvi DM, Hoch JR, Archer CW, Turnipseed WD. Visceral artery aneurysm rupture. *J Vasc Surg.* 2001;33(4): 806–11.
2. Chong WW, Tan SG, Htoo MM. Endovascular treatment of gastroduodenal artery aneurysm. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2008;16(1):68–72.
3. Moore E, Matthews MR, Minion DJ, Quick R, Schwarcz TH, Loh FK, et al. Surgical management of peripancreatic arterial aneurysms. *J Vasc Surg.* 2004;40(2):247–53.
4. Rossi M, Rebonato A, Greco L, Citone M, David V. Endovascular exclusion of visceral artery aneurysms with stent-grafts: technique and long-term follow-up. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2008;31(1):36–42.
5. Tulsyan N, Kashyap VS, Greenberg RK, Sarac TP, Clair DG, Pierce G, et al. The endovascular management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms. *J Vasc Surg.* 2007;45(2): 276–83. (discussion 83).
6. Battula N, Malireddy K, Madanur M, Srinivasan P, Karani J, Rela M. True giant aneurysm of gastroduodenal artery. *Int J Surg.* 2008;6(6):459–61.
7. Gouny P, Fukui S, Aymard A, Decaix B, Mory H, Merland JJ, et al. Aneurysm of the gastroduodenal artery associated with stenosis of the superior mesenteric artery. *Ann Vasc Surg.* 1994; 8(3):281–4.
8. Iyori K, Horigome M, Yumoto S, Yamadera Y, Saigusa Y, Iida F, et al. Aneurysm of the gastroduodenal artery associated with absence of the celiac axis: report of a case. *Surg Today.* 2004; 34(4):360–2.
9. Sun MS, Wang HP, Lin JT. Gastroduodenal artery aneurysm mimicking a bleeding submucosal tumor. *Gastrointest Endosc.* 2001;54(5):621.
10. Coll DP, Ierardi R, Kerstein MD, Yost S, Wilson A, Matsumoto T. Aneurysms of the pancreaticoduodenal arteries: a change in management. *Ann Vasc Surg.* 1998;12(3):286–91.
11. Sofocleous CT, Hinrichs CR, Hubbi B, Doddakashi S, Bahram-ipour P, Schubert J. Embolization of isolated lumbar artery injuries in trauma patients. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2005; 28(6):730–5.
12. Tsai HY, Yang TL, Wann SR, Yen MY, Chang HT. Successful angiographic stent-graft treatment for spontaneously dissecting broad-base pseudoaneurysm of the superior mesenteric artery. *J Chin Med Assoc.* 2005;68(8):397–400.