

Tổn thương động mạch giáp trên sau tiêm cồn điều trị bệnh lý bướu giáp

Superior thyroid artery injury after percutaneous ethanol injection for treatment of thyroid nodule

**Đặng Tuấn Nghĩa, Nguyễn Văn Nam,
Trần Thanh Bình, Vũ Anh Hải, Lê Việt Anh,
Nguyễn Khánh, Phan Duy Nguyên, Lê Vũ Duy**

Bệnh viện Quân y 103

Tóm tắt

Thủ thuật tiêm cồn tinh khiết vào nang và nhân giáp điều trị bệnh bướu giáp hiện đang được áp dụng rộng rãi với tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy hiếm gặp nhưng biến chứng chảy máu do tổn thương mạch máu tuyến giáp tiến triển nhanh có nguy cơ tử vong do suy hô hấp. Chúng tôi báo cáo một bệnh nhân nữ 53 tuổi, sau 2 giờ làm thủ thuật xuất hiện khối máu tụ lớn vùng cổ gây ảnh hưởng tới hô hấp. Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu lấy máu tụ, phát hiện tổn thương động mạch giáp trên bên trái và tiến hành cắt gần toàn bộ thùy trái tuyến giáp. Hậu phẫu ổn định và ra viện sau 4 ngày.

Từ khóa: Chảy máu tuyến giáp, nang giáp, cồn.

Summary

Percutaneous ethanol injection is commonly used in treatment thyroid cyst, nodular and despite its low complication rate. However, thyroid artery bleeding is fast progressive and can be died because of respiratory failure. Here, we report 53 years old woman who underwent ethanol ablation with neck bulging and pain that developed two hours. A large hematoma surrounding her left superior thyroid artery was detected. She underwent subtotal left lobectomy. Hospital day was 4.

Keywords: Thyroid bleeding, thyroid cyst, ethanol.

1. Đặt vấn đề

Hiện nay, một số cơ sở điều trị bệnh lý nang tuyến giáp hoặc bướu giáp nhân không có cường giáp bằng phương pháp tiêm cồn vào nang, nhân giáp mang lại hiệu quả khá khả quan. Khi làm thủ thuật này, các bác sĩ dùng kim rút hết dịch trong nang, sau đó tiêm dung dịch cồn tinh khiết vào

nang dưới hướng dẫn của siêu âm, liều lượng tùy thuộc vào lượng dịch trong nang [2], [7], [8]. Cồn tinh khiết chính là ethanol nồng độ 95% - 98% sẽ phá hủy mô tuyến giáp tạo dịch và ngăn ngừa nó phát triển, không phải cắt bỏ tuyến giáp như phương pháp phẫu thuật. Các báo cáo trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy, tỷ lệ biến chứng của phương pháp này rất thấp, chủ yếu là đau vùng cổ, một số trường hợp nhiễm khuẩn, nói khàn có hồi phục [7], [8]. Rất hiếm báo cáo có tổn thương động mạch tuyến giáp. Chúng tôi báo cáo một trường hợp biến chứng tổn thương động mạch giáp trên bên trái gây khối máu tụ lớn vùng cổ trước.

Ngày nhận bài: 25/7/2018, ngày chấp nhận đăng: 22/8/2018

Người phản hồi: Đặng Tuấn Nghĩa

Email: dangtuannghia3112@gmail.com

Bệnh viện Quân y 103

2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân nữ 53 tuổi, tiền sử phát hiện nhân thùy trái tuyến giáp từ 2 năm, đang điều trị bằng phương pháp tiêm cồn tại phòng khám bệnh tư nhân.



Hình 1. Vùng cổ trước căng nề

Trước vào viện 2 giờ, bệnh nhân được tiêm cồn tinh khiết vào vùng cổ bên trái. Sau tiêm thấy vùng cổ trước đau tức, căng nề tăng dần, khó thở. Khám bệnh lúc vào viện: Tần số thở 22 lần/ phút, thở khò khè, tăng tiết đờm. Toàn bộ vùng cổ trước kéo dài từ hõm ức tới vùng dưới cằm căng nề, ấn cứng chắc. Vùng cổ phía sau bệnh nhân mềm, không căng. Các chỉ số huyết động trong giới hạn bình thường. Hồng cầu 4,9T/l, huyết sắc tố 132g/l.



Hình 2. Phim chụp cắt lớp vi tính vùng cổ

Kết quả chụp cắt lớp vi tính vùng cổ có tiêm cản quang cho thấy, hình ảnh khối máu tụ lớn vùng cổ trước, trong khối máu tụ có hình ảnh thoát thuốc cản quang ra khỏi lòng mạch. Bệnh nhân được chẩn đoán khối máu tụ vùng cổ trước do tổn thương động mạch tuyến giáp giờ thứ 2 và được phẫu thuật cấp cứu.

Phẫu thuật mở theo đường mổ tuyến giáp thông thường qua nếp lằn cổ dưới. Bóc tách vùng cổ trước thấy toàn bộ các lớp cơ bị chèn ép đung dập và xuất huyết. Khối máu tụ lớn nằm trong bao cân của tuyến giáp chèn ép vùng cổ và khí quản bệnh nhân. Lấy bỏ máu tụ, lộ ra nhánh của động mạch giáp trên máu chảy rỉ rả.



Hình 3. Lấy bỏ máu tụ trong mổ

Kiểm tra tuyến giáp hai bên thấy, thùy trái có nhân kích thước 1,5 x 1cm. Sinh thiết tức thì trong mổ trả lời bướu giáp lành tính. Quyết định cắt gần toàn bộ thùy trái tuyến giáp bao gồm nhân, bảo tồn thùy phải. Bệnh nhân sau mổ phục hồi tốt, vùng cổ giảm nề và ra viện sau mổ 4 ngày.



Hình 4. Vùng cổ sau 4 ngày phẫu thuật

3. Bàn luận

Mục đích của thủ thuật tiêm cồn tinh khiết vào nang và nhân giáp nhằm phá hủy mô giáp bệnh lý, xóa bỏ tổ chức nang, làm xơ hóa nang tránh tái phát. Trước đây thường chọc mù thông qua sờ xác định vị trí đích. Ngày nay, tiêm cồn được hỗ trợ định vị bởi siêu âm nên tỷ lệ biến chứng ngày càng giảm. Báo cáo của D. W. Kim năm 2012 có 48% bệnh nhân đau vùng cổ sau làm thủ thuật [8]. N. Basu năm 2014 báo cáo có 28% đau vùng cổ, 11,6% chóng mặt [1]. Gần như không có báo cáo nào đề cập tới biến chứng tổn thương mạch máu sau tiêm cồn. Trong một thủ thuật tương tự là chọc hút kim nhỏ sinh thiết tế bào học tuyến giáp, một số tác giả có nhắc tới biến chứng chảy máu do tổn thương mạch [4], [6]. Năm 2012, Novoa chọc sinh thiết 1.291 ca, chỉ có 13 ca có chảy máu tạo hemato vùng cổ [4]. Năm 2016, Paja báo cáo trong 3.517 ca có 56 trường hợp (1,59%) chảy máu [5]. Tất cả đều tự hồi phục, không phải can thiệp [4], [5]. Cũng trong năm 2016, Juna Lee báo cáo một trường hợp chảy máu tuyến giáp do tổn thương động mạch giáp trên bên phải sau chọc hút sinh thiết lõi làm chẩn đoán tế bào. Bệnh nhân diễn biến nhanh, khối máu tụ lớn hình thành sau 2 giờ gây suy hô hấp được phẫu thuật lấy bỏ máu tụ và cắt toàn bộ tuyến giáp do kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tuyến giáp thể nhú [9].

Từ những kết quả nghiên cứu có thể thấy chọc kim nhỏ vào vùng tuyến giáp rất hiếm xảy ra biến chứng chảy máu và trường hợp chảy máu lớn phải phẫu thuật rất hiếm. Bệnh nhân của chúng tôi nguyên nhân chảy máu do tổn thương động mạch giáp trên bên trái, đây là động mạch lớn và áp lực cao nhất trong các động mạch tuyến giáp, động mạch ở trường hợp này đi xuống dưới ra trước và sát bề mặt nhu mô tuyến ở phía trước, do đó khi tổn thương không có áp lực của nhu mô giáp để cầm máu, gây chảy máu lớn vào lớp bao cân của tuyến giáp. Cũng chính nhờ lớp bao cân này mà khối máu tụ chỉ phát triển lớn ở phía trước, phía sau vùng cổ của bệnh nhân hoàn toàn bình thường, mềm. Khối máu tụ tiến triển rất nhanh gây chèn ép khí quản, bệnh nhân đe dọa suy hô hấp. Bệnh nhân được phẫu thuật theo đường mở qua nếp lằn cổ thấp, lấy máu tụ, kiểm tra ngay trong mổ phát hiện nhân thùy trái tuyến giáp

1,5 × 1cm. Tiến hành làm sinh thiết tức thì kết quả nhân lành tính và phẫu thuật cắt gần toàn bộ thùy trái. Những trường hợp khối máu tụ lớn, tiến triển nhanh cần tiến hành phẫu thuật cấp cứu mục đích hàng đầu là giải phóng đường thở để phòng suy hô hấp và tử vong. Trong trường hợp không triển khai được phẫu thuật cần chủ động đặt ống nội khí quản cho bệnh nhân. Trường hợp muộn khí quản bị chèn ép đè đẩy rất khó đặt ống nội khí quản. Trong khi đó, mở khí quản ở bệnh nhân có khối máu tụ lớn vùng cổ trước sẽ rất khó khăn. Một bệnh nhân chảy máu sau chọc kim sinh thiết tuyến giáp 3 giờ đã tử vong được báo cáo năm 2015, kết quả khám nghiệm tử thi cho thấy toàn bộ cơ vùng cổ trước xuất huyết, khối máu tụ chèn ép vùng cổ đẩy lệch khí quản, bệnh nhân tử vong do suy hô hấp [3].

4. Kết luận

Bệnh nhân của chúng tôi là một trường hợp biến chứng chảy máu do tổn thương động mạch giáp trên sau thủ thuật tiêm cồn điều trị bệnh lý nhân tuyến giáp. Bệnh nhân đến sớm, được chẩn đoán và phẫu thuật kịp thời. Đây là một biến chứng hiếm gặp, tiến triển nhanh có thể gây tử vong. Do đó, bệnh nhân nên được theo dõi sát trong 3 giờ đầu sau khi làm thủ thuật tại cơ sở y tế để có thể phát hiện sớm. Nếu xảy ra, cần đề phòng suy hô hấp và chủ động tiến hành phẫu thuật cầm máu và giải phóng đường thở cho bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

1. Basu N et al (2014) *Percutaneous ethanol ablation in managing predominantly cystic thyroid nodules: An eastern India perspective*. Indian J Endocrinol Metab 18(5): 662-668.
2. Jayesh SR et al (2009) *Efficacy and safety of USG-guided ethanol sclerotherapy in cystic thyroid nodules*. Indian J Radiol Imaging 19(3): 199-202.
3. Kakiuchi Y et al (2015) *A fatal case of cervical hemorrhage after fine needle aspiration and core needle biopsy of the thyroid gland*. Am J Forensic Med Pathol 36(3): 207-209.
4. Novoa E et al (2012) *Role of ultrasound-guided core-needle biopsy in the assessment of head and neck*

- lesions: a meta-analysis and systematic review of the literature.* Head Neck 34(10): 1497-1503.
5. Paja M et al (2016) *Ultrasound-guided core-needle biopsy in thyroid nodules. A study of 676 consecutive cases with surgical correlation.* Eur Radiol 26(1): 1-8.
 6. Park KT et al (2011) *Role of core needle biopsy and ultrasonographic finding in management of indeterminate thyroid nodules.* Head Neck 33(2): 160-165.
 7. Shin JE, Baek JH, Lee JH (2013) *Radiofrequency and ethanol ablation for the treatment of recurrent thyroid cancers: current status and challenges.* Curr Opin Oncol 25(1): 14-19.
 8. Kim D W et al (2012) *Ultrasonography-guided ethanol ablation of predominantly solid thyroid nodules: a preliminary study for factors that predict the outcome.* The British Journal of Radiology 85(1015): 930-936.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474049/>.
 9. Lee Jina, Kim Bong Kyun, Sun Woo Young (2016) *Surgical management of bleeding from the superior thyroid artery after core needle biopsy.* Korean J Endocr Surg 16(2): 48-50.
<http://synapse.koreamed.org/DOLx.php?id=10.16956%2Fkjes.2016.16.2.48>.