

Phình động mạch chủ bụng hình túi trên động mạch thận và dưới động mạch thân tạng kết hợp với tắc động mạch mạc treo tràng trên: Nhân một trường hợp

Saccular suprarenal abdominal aortic aneurysm complicated with superior mesenteric artery occlusion: A case report

Nguyễn Ngọc Trung, Vũ Đức Thắng,
Trần Đức Tiệp, Lê Bá Hạnh, Hoàng Thế Anh,
Khuất Duy Hòa, Nguyễn Thế Kiên

Bệnh viện Quân y 103

Tóm tắt

Phình động mạch chủ bụng hình túi trên động mạch thận và dưới động mạch thân tạng là vị trí khó khăn nhất trong xử trí phình động mạch chủ bụng, đòi hỏi chiến thuật và phương pháp xử trí phải hoàn hảo. Chúng tôi xin báo cáo và chia sẻ chiến thuật xử trí một trường hợp phình động mạch chủ bụng hình túi trên động mạch thận và dưới động mạch thân tạng kết hợp với tắc động mạch mạc treo tràng trên được phẫu thuật cắt túi phình và tạo hình động mạch chủ thành công. Bệnh nhân nam, 34 tuổi, không có tiền sử tăng huyết áp, vào viện vì đau bụng âm ỉ vùng quanh rốn, chụp CT đa dãy động mạch chủ phát hiện túi phình động mạch chủ bụng phía trên động mạch thận phải 5mm; dưới động mạch thân tạng 12mm; kích thước 44,8 × 48,5mm và cổ túi phình rộng 17,6mm. Phẫu thuật qua đường ngực bụng có cắt chân cơ hoành trái, dùng shunt tạm thời đầu trên và đầu dưới túi phình, cắt túi phình và tạo hình thành động mạch chủ bằng miếng vá dacron. Bệnh nhân ổn định hậu phẫu, ra viện sau mổ 10 ngày.

Từ khóa: Phình động mạch chủ bụng, phình động mạch chủ bụng trên thận.

Summary

The abdominal aortic aneurysm which is located above the renal arteries and below the celiac artery is the most difficult position to manage and treat, therefore it requires perfect management and treatment strategies. We would like to report and share therapeutic tactics for a case of saccular abdominal aortic aneurysm above renal arteries and below celiac artery combined with a superior mesenteric artery occlusion that has undergone cutting aortic aneurysm and reforming aorta successfully. 34 year-old male patient, with no history of hypertension, admitted to hospital for having stomachache around the navel. On multi-slice computed tomography (MSCT) images, a saccular bulge at the abdominal aortic artery was detected that is situated 5mm above the right renal artery; 12mm below the celiac artery; sizes 44.8 × 48.5mm and its neck was 17.6mm wide. We implemented the surgery on abdominal-thoracic line with left diaphragm-ectomy, then used temporary shunt of the upper and lower ends of the bulge sac, cut the aneurysm and finally

Ngày nhận bài: 28/10/2020, ngày chấp nhận đăng: 19/1/2021

Người phản hồi: Nguyễn Thế Kiên, Email: thekien103@gmail.com - Bệnh viện Quân y 103

reformed the aorta with dacron patch. The patient was then stable and recovered quickly, discharged 10 days after surgery.

Keywords: Abdominal aortic aneurysm, abdominal aortic aneurysm above renal artery.

1. Đặt vấn đề

Phần lớn các trường hợp phình động mạch chủ bụng ở dưới động mạch thận. Các trường hợp phình động mạch chủ gần động mạch thận chỉ chiếm khoảng 5 - 15% và phình động mạch chủ bụng trên động mạch thận và dưới động mạch thận tạng thì chưa có thống kê đầy đủ [1]. Mặc dù với những lợi ích ngày càng nhiều của can thiệp nội mạch, tuy nhiên với những trường hợp phình động mạch chủ bụng trên thận và dưới thận tạng thì mổ mở vẫn là lựa chọn duy nhất [2]. Vấn đề liệt tủy, suy thận, thiếu máu ruột và phục hồi chức năng hô hấp sau mổ ảnh hưởng trực tiếp lên chiến thuật xử trí [3]. Chúng tôi xin chia sẻ kinh nghiệm chẩn đoán và chiến thuật xử trí trong phẫu thuật một trường hợp phình động mạch chủ bụng hình túi trên động mạch thận và dưới động mạch thận tạng kết hợp với tắc động mạch mạc treo tràng trên.

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nam 34 tuổi, không có tiền sử tăng huyết áp, vào viện vì đau bụng âm ỉ vùng quanh rốn. Khám lâm sàng vùng bụng không phát hiện khối bất thường, mạch đùi 2 bên đập nảy tốt. Bệnh nhân được chụp MSCT động mạch chủ phát hiện phình động mạch chủ bụng hình túi trên động mạch thận phải 5mm; dưới động mạch thận tạng 12mm; kích thước 44,8 × 48,5mm; bên trong túi phình có huyết khối bám thành trước trên (huyết khối dày 1,2cm), không phát hiện vôi hóa thành túi phình, không thoát thuốc cản quang ra khỏi túi phình; cổ túi phình rộng 17,6mm; động mạch mạc treo tràng trên tắc hoàn toàn từ nguyên ủy do huyết khối thành trên túi phình, có vòng nối từ động mạch mạc treo tràng dưới.



Hình 1. Hình ảnh MSCT trước mổ

Bệnh nhân được phẫu thuật qua đường ngực bụng, cắt toàn bộ chân cơ hoành trái cách điểm bám 2cm, phẫu tích vào động mạch chủ theo đường sau phúc mạc, đi qua mặt trước thận trái, dùng shunt tạm thời nối đầu trên với đầu

dưới túi phình. Tiến hành kẹp động mạch chủ dưới động mạch thận tạng và dưới động mạch thận, dùng cell saver thu hồi máu trong mổ. Nhận thấy bộc lộ toàn bộ túi phình khó khăn do dính nhiều vào tổ chức xung quanh. Chúng tôi quyết

định bọc lộ mặt bên cổ túi phình, cắt xung quanh chân cổ túi phình ở phía động mạch chủ không bị tổn thương, tạo hình động mạch chủ bằng miếng vá dacron. Đặt 1 dẫn lưu khoang màng phổi trái và 1 dẫn lưu sau phúc mạc cạnh chỗ tạo hình động mạch chủ. Lượng máu thu về bằng cell saver là 2500ml. Thời gian kẹp thiếu máu động mạch thận 55 phút. Hậu phẫu bệnh nhân ổn định, không còn triệu chứng đau bụng



Hình 2. Hình ảnh MSCT sau mổ

như trước mổ, chỉ đau nhẹ tại vết mổ, chức năng thận bình thường, rút dẫn lưu khoang màng phổi trái và dẫn lưu sau phúc mạc ngày thứ 2. Chụp MSCT sau mổ cho hình ảnh túi phình được sửa chữa hoàn toàn, thành động mạch chủ bụng tại vị trí tạo hình động mạch chủ không hẹp, không phình; động mạch mạc treo tràng trên vẫn tắc từ chỗ nguyên ủy. Bệnh nhân ra viện ngày thứ 10 sau mổ.



Hình 3. Hình ảnh vết mổ

3. Bàn luận

Tiền lượng của phình động mạch chủ bụng trên động mạch thận là kém, tỷ lệ tử vong từ 13 - 46% nếu không điều trị [2]. Tuy vậy, nguy cơ phẫu thuật cũng còn cao, lên đến 50% với các biến chứng liệt tủy, suy thận [4]. Nghiên cứu của Svensson LG và cộng sự (1993) cho thấy tỷ lệ tử vong của phẫu thuật lên đến 16% và tỷ lệ suy thận phải lọc máu là 9% [5]. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, khối phình hình túi, kích thước lớn 44,8 × 48,5mm thì nguy cơ vỡ túi phình tăng lên gấp đôi, chỉ định can thiệp là tuyệt đối [3].

Về chẩn đoán chúng tôi nhận thấy đối với các trường hợp đau bụng vùng quanh rốn không rõ bệnh căn đường tiêu hóa thì nên hướng đến tổn thương của động mạch chủ hoặc động mạch tạng. MSCT hoặc DSA cho hình ảnh chẩn đoán

xác định, ngoài ra còn cung cấp thông tin liên quan đến chiến thuật điều trị [3].

Về chiến thuật điều trị: Nghiên cứu của Jongkind V và cộng sự (2010) cho thấy phẫu thuật là lựa chọn gần như là duy nhất với vị trí túi phình trên động mạch thận và dưới động mạch thân tạng [1]. Mặc dù can thiệp nội mạch ngày càng thể hiện nhiều lợi ích, tuy nhiên vị trí túi phình trên động mạch thận phải 5mm và dưới động mạch thân tạng 12mm, kết hợp với tắc hoàn toàn động mạch mạc treo tràng trên ngay gốc thì vấn đề can thiệp nội mạch đơn thuần không được chỉ định [5]. Với can thiệp nội mạch bằng kỹ thuật “chimney sten” cũng không được lựa chọn ở bệnh nhân này vì vùng cổ phía trên chỉ có 1,2cm, mặt khác nguồn cấp máu cho động mạch mạc treo tràng trên là từ động mạch mạc treo tràng dưới. Kỹ thuật này với điều kiện hiện tại của chúng ta thì không khả thi để “chimney” 2 động mạch thận và động mạch mạc treo tràng

dưới. Phẫu thuật Hybrid có thể là một lựa chọn với chuyển vị động mạch thận 2 bên, động mạch thân tạng lấy nguồn cấp máu từ động mạch chậu gốc. Tuy nhiên, với bệnh nhân trẻ tuổi (34 tuổi) thì kết quả dài hạn sẽ kém [4]. Do đó, mổ mở là lựa chọn tối ưu cho bệnh nhân. Đối với các trường hợp vỡ hoặc dọa vỡ ở phình động mạch chủ bụng hình túi thì bệnh nhân có chỉ định mổ cấp cứu. Tuy nhiên, với các trường hợp đã vỡ thì kỹ thuật can thiệp vào vùng này cực kỳ khó khăn. Hiện tại, chúng tôi cũng chưa gặp trường hợp nào vỡ vùng tổn thương này.

Kỹ thuật của Crawford với đường mổ ngực bụng bên theo khoang gian sườn 9 - 10 được áp dụng cho những trường hợp phình động mạch chủ trên động mạch thận. Sử dụng đường tiếp cận này cho phép tiếp cận trực tiếp với tổn thương đồng thời không chế được đầu trên tổn thương tối ưu hơn tiếp cận mở bụng đường trắng giữa [5]. Cách tiếp cận của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Martin GH và cộng sự (2000) [2]. Vấn đề liệt tủy, thiếu máu ruột và suy thận sau mổ được các tác giả đề cập đối với phẫu thuật vùng này [1], [2]. Với bệnh nhân của chúng tôi, việc kẹp động mạch chủ trên và dưới túi phình đều gây thiếu máu thận. Kết hợp với tắc động mạch mạc treo tràng trên ngay gốc nên chúng tôi sử dụng Shunt tạm thời từ dưới động mạch thân tạng đến dưới động mạch thận. Mặc dù vậy, kẹp phía dưới ở dưới động mạch thận, đầu ngoại vi của Shunt vẫn ở phía dưới nên nguồn cấp máu cho thận trong lúc kẹp động mạch vẫn bị ngưng. Phần lớn các nghiên cứu đã báo cáo thì các tác giả sử dụng kỹ thuật cắt đoạn phình và ghép bằng mạch máu nhân tạo [2], [3]. Tuy nhiên, quá trình phẫu tích vùng túi phình của bệnh nhân chúng tôi khó khăn do dính nhiều vào tổ chức xung quanh, nên chúng tôi chỉ phẫu tích mặt bên và mở cổ túi phình, chứ không cắt bỏ được túi phình toàn bộ. Trong mổ sử dụng cell saver để thu hồi máu, tổng lượng máu thu hồi là 2,5 lít được truyền lại cho bệnh nhân. Thành động mạch chủ chỗ cổ túi phình được tái tạo bằng miếng vá dacron. Cách phẫu

tích mặt bên và mở cổ túi phình của chúng tôi giúp giảm được tổn thương các tạng lân cận trong quá trình phẫu tích, đặc biệt ở những bệnh nhân dính nhiều. Hơn nữa bệnh nhân của chúng tôi có tắc động mạch mạc treo tràng trên, ruột non được cấp máu qua một nhánh tuần hoàn bên từ động mạch mạc treo tràng dưới thì cách tiếp cận của chúng tôi tránh được sự phá hủy tuần hoàn bên trong quá trình phẫu tích ở những bệnh nhân dính nhiều. Tuy nhiên, nhược điểm của cách tiếp cận này là không bộc lộ được toàn bộ túi phình và cổ túi phình, vì vậy lúc tái tạo thành động mạch chủ ở cổ túi phình đòi hỏi phẫu thuật viên phải khâu hết lớp ở thành đối diện và hạn chế tối đa nguy cơ chảy máu đường khâu vì khả năng khâu cầm máu bổ sung thành đối diện gần như là không thể. Thời gian kẹp động mạch chủ là 55 phút. Một số tác giả sử dụng đá lạnh bảo hoặc dịch tinh thể lạnh để bảo vệ thận lúc kẹp động mạch chủ [2], [3], [5]. Chức năng thận của bệnh nhân bình thường sau mổ. Thời gian hậu phẫu ổn định, bệnh nhân ra viện sau 10 ngày phẫu thuật.

4. Kết luận

Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng trên động mạch thận và dưới động mạch thân tạng an toàn với đường mổ ngực bụng bên theo khoang liên sườn 9 - 10, kết hợp sử dụng shunt tạm thời và cell saver thu hồi máu.

Tài liệu tham khảo

1. Jongkind V et al (2010) *Juxtarenal aortic aneurysm repair*. J Vasc Surg 52(3): 760-767.
2. Martin GH et al (2000) *Surgical repair of aneurysms involving the suprarenal, visceral, and lower thoracic aortic segments: Early results and late outcome*. J Vasc Surg 31(5): 851-862.
3. Studzińska D et al (2019) *Infrarenal versus suprarenal abdominal aortic aneurysms: comparison of associated aneurysms and renal artery stenosis*. Ann Vasc Surg 58: 248-254.
4. DeBakey ME, Creech O, and Morris GC (1956) *Aneurysm of thoracoabdominal aorta involving*

- the celiac, superior mesenteric, and renal arteries; report of four cases treated by resection and homograft replacement. Ann Surg 144(4): 549-573.*
5. Svensson LG et al (1993) *Experience with 1509 patients undergoing thoracoabdominal aortic operations. J Vasc Surg 17(2): 357-368; discussion 368-370.*