

Phẫu thuật cắt khối phồng lớn động mạch dưới đòn trái dưới sự hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể: Báo cáo trường hợp

Intrathoracic left subclavian artery aneurysm - surgery with cardiopulmonary bypass: A case report

Nguyễn Thái Minh, Lê Quang Thiện

Bệnh viện Tim Hà Nội

Tóm tắt

Phồng động mạch dưới đòn đoạn trong lồng ngực rất hiếm gặp. Một bệnh nhân nam, 51 tuổi vào viện vì đau ngực lan lên vùng cổ trái và sau lưng; phim X-quang ngực không chuẩn bị nghi ngờ có phồng động mạch chủ ngực; siêu âm Doppler chỉ điểm có phồng động mạch dưới đòn trái; chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán xác định phồng lớn gốc động mạch dưới đòn trái. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối phồng qua đường mổ dọc giữa xương ức, chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể, hạ nhiệt độ. Phần xa của quai, động mạch dưới đòn trái, phần đầu của động mạch chủ xuống được thay thế bằng mạch nhân tạo 20mm chia 1 nhánh 8mm tự khâu trong mổ. Báo cáo nhằm mục tiêu trình bày phân tích về lựa chọn đường mổ tiếp cận tổn thương và chiến lược phẫu thuật.

Từ khóa: Phồng động mạch dưới đòn, tuần hoàn ngoài cơ thể.

Summary

Aneurysms of the intrathoracic subclavian artery are extremely rare. A 51 year old man was referred to our hospital with symptoms of chest pain, left neck pain and back pain. Abnormal chest X-ray film suspects aortic aneurysm; Doppler ultra sound shows left subclavian artery aneurysm; and contrast computed tomography revealed an intrathoracic left subclavian artery aneurysm. Via median sternotomy, the aneurysm was exposed under systemic medium hypothermia and the supporting of cardiopulmonary bypass. The distal arch, left subclavian, the proximal descending aorta were replaced with a 20mm single-branched 8mm graft. The purpose of this report is present the best incision that exposure clearly surgical view and the best surgical strategy.

Keywords: Subclavian artery aneurysm, cardiopulmonary bypass.

1. Đặt vấn đề

Phồng động mạch dưới đòn (PĐMDĐ) là một bệnh lý mạch máu ngoại biên hiếm gặp. Nguyên nhân thường gặp nhất là xơ vữa động mạch;

các nguyên nhân khác gồm nhiễm trùng như lao hoặc giang mai, chấn thương và những bất thường liên quan di truyền như hội chứng Marfan, Turner hay bệnh Von Recklinghausen [1]. Bệnh có thể diễn tiến lâu dài mà không có triệu chứng. Khi có triệu chứng, các dấu hiệu hay gặp như đau vùng ngực-vai, khó thở, khó nuốt, tê tay và khàn giọng do chèn ép khí quản, thực quản, đám rối thần kinh cánh tay và thần kinh

Ngày nhận bài: 17/8/2021, *ngày chấp nhận đăng:* 20/9/2021

Người phản hồi: Nguyễn Thái Minh,

Email: bongbong123456@gmail.com - Bệnh viện Tim HN

thanh quản. Bên cạnh đó, huyết khối trong khối phồng gây ra những triệu chứng thuyên tắc mạch ngoại vi; và khi khối phồng tiến triển vô gây mất máu cấp nguy hiểm đến tính mạng [1]. Dưới đây, chúng tôi xin báo cáo một bệnh nhân PĐMDĐ trái lớn được phẫu thuật cắt bỏ và tái lập lưu thông tuần hoàn bằng mạch nhân tạo Dacron 20mm chia 1 nhánh 8mm tự khâu với máy tim phổi nhân tạo, với mục tiêu: *Trình bày những đánh giá về lựa chọn đường mổ tiếp cận tốt nhất tổn thương, chiến lược phẫu thuật hợp lý trong một trường hợp lâm sàng cụ thể hiếm gặp.*

2. Trường hợp lâm sàng

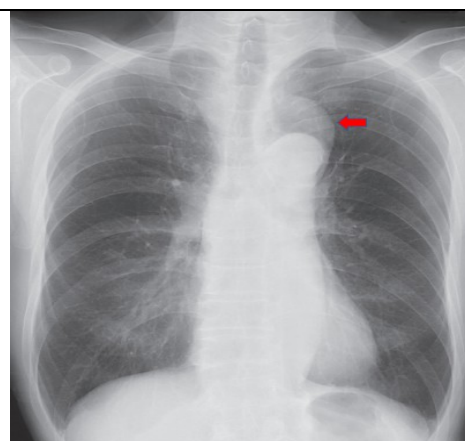
2.1. Lâm sàng, cận lâm sàng

Bệnh nhân nam 51 tuổi, vào viện vì đau tức ngực trái, lan lên cổ trái và sau lưng. Con đau xuất hiện cách ngày vào viện khoảng 1 tuần, đau âm ỉ, không giảm, thỉnh thoảng có biểu hiện tê dọc theo cánh tay trái. Ghi nhận khi vào viện: Huyết áp 130/70mmHg; mạch 60 lần/phút; BMI 21,67; thân nhiệt 37°C. Khám thực thể: Sờ thấy một khối phồng ở nền cổ-hở thượng đòn trái, đập theo nhịp tim. Tiền sử: Tăng huyết áp, điều trị nội khoa thường xuyên; không hút thuốc lá; không có tiền sử chấn thương, nhiễm trùng, bệnh lý mạch máu bẩm sinh, bệnh hệ thống.

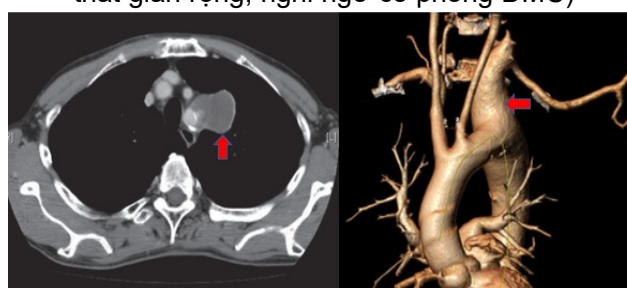
X-quang lồng ngực tư thế thẳng: Hình ảnh trung thất giãn, nghi ngờ có phồng động mạch chủ (ĐMC) ngực. Siêu âm Doppler: Phồng gốc động mạch (ĐM) dưới đòn trái, đường kính 36mm. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có thuốc cản quang: Phồng gốc động mạch dưới đòn trái, đường kính 37mm, dài 55mm; ĐMC xuống đường kính 43mm; không có phình mạch khác. Các xét nghiệm máu bình thường.

Chẩn đoán: Phồng lớn động mạch dưới đòn trái.

Chỉ định: Phẫu thuật cắt khối phồng, thay thế bằng đoạn mạch nhân tạo.



Hình 1. Hình ảnh X-quang lồng ngực tư thế thẳng của bệnh nhân trước mổ (Mũi tên: Hình ảnh trung thất giãn rộng, nghi ngờ có phồng ĐMC)



Hình 2. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực của bệnh nhân trước mổ (Mũi tên: Phồng lớn gốc ĐM dưới đòn trái và đoạn đầu ĐM chủ xuống)

2.2. Trình tự phẫu thuật

Rạch da song song bờ trên xương đòn trái 6cm, bóc lộ phần ĐM dưới đòn trái trước chỗ chia ĐM đốt sống. Mở ngực dọc giữa toàn bộ xương ức. Mở màng tim. Heparine toàn thân. Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT) giữa ĐMC lên, động mạch đùi phải và nhĩ phải, chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể toàn bộ lưu lượng, hạ nhiệt độ 32°C. Phẫu tích bóc lộ quai ĐMC, khối phồng, đoạn đầu ĐMC xuống. Cặp ĐMC giữa ĐM cảnh trái và dưới đòn trái, cặp ĐMC xuống ngay trên cơ hoành, cặp hạ lưu ĐM dưới đòn trái và ĐM đốt sống trái, không liệt tim.

Khối phồng gốc ĐM dưới đòn trái kích thước khoảng 40mm, dài 50mm. Cắt đôi quai ĐMC giữa ĐM dưới đòn và ĐM cảnh trái, cắt bỏ đoạn ĐMC xuống chứa khối phồng. Khâu sẵn

một đoạn mạch Dacron số 8 vào 1 đoạn mạch thẳng Dacron số 20 (Hình 3). Làm miệng nối ĐMC xuống với đầu 20 phức hợp mạch (2 lớp đệm + open technique). Luồn nhánh số 8 lên cổ vị trí ĐM dưới đòn trái. Làm miệng nối đầu 20 còn lại của phức hợp mạch với quai ĐMC ngay sau ĐM cảnh chung trái. Cắt bỏ khối phòng gốc ĐM dưới đòn trái, lòng khối phòng nhiều huyết khối và mảng xơ vữa. Nối tận tận nhánh số 8 của phức hợp mạch với ĐM dưới đòn trái.

Ngừng THNCT, cầm máu, dẫn lưu, đóng ngực và các vết mổ. Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể: 158 phút.

Bệnh nhân sau mổ không biến chứng, rút nội khí quản sớm, ra viện sau 7 ngày, cầu nối tốt.



Hình 3. Phức hợp mạch Dacron 20mm chia 1 nhánh 8mm tự khâu

3. Bàn luận

Bệnh phòng động mạch dưới đòn tương đối hiếm gặp, bệnh lý này có nhiều vấn đề về nguyên nhân, chẩn đoán cũng như các biện pháp điều trị khác nhau. Phòng ĐM dưới đòn chiếm < 1% trong các phòng động mạch do xơ vữa, trong khi tỷ lệ mắc bệnh chung là 25% do tất cả các nguyên nhân; nam giới chiếm 2/3 và khối phòng bên phải chiếm 2/3 [1, 2]. Khi bệnh nhân phòng ĐM dưới đòn, có 33 - 47% có các khối phòng mạch liên quan cần chẩn đoán, thường là khối phòng ĐM chậu [2]. Trường hợp chúng tôi báo cáo là một bệnh nhân nam giới, có khối phòng lớn gốc ĐM dưới đòn bên trái do nguyên nhân xơ vữa được chẩn đoán xác định trong mổ. Theo các dữ liệu nói trên thì đây là một ca bệnh rất hiếm.

PĐMĐĐ có thể diễn tiến âm thầm không triệu chứng trong một thời gian dài. Triệu chứng xảy ra khi khối phòng quá lớn, chèn ép xung quanh, thường gặp nhất là đau ngực, đau vai như trường hợp báo cáo. Ngoài ra có thể có triệu chứng đau cách hồi (claudication) ở chi trên do biến chứng huyết khối thuyên tắc. Khối phòng có thể vỡ với bất kể kích thước nào, gây tử vong. Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm hình ảnh học (siêu âm Doppler, chụp động mạch, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ). Điều trị có thể là phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch. Chỉ định còn tùy thuộc vào vị trí tổn thương và nguyên nhân [3]. Do đó, một thái độ xử trí và chiến lược điều trị thích hợp nên được đề ra khi phát hiện phòng động mạch dưới đòn.

Trong trường hợp này, phòng rất lớn gốc ĐM dưới đòn kèm đoạn đầu ĐMC xuống, bệnh nhân đã thể hiện triệu chứng đau do bản thân khối phòng giãn nở và chèn ép xung quanh. Bệnh nhân 51 tuổi, thể trạng tốt, chỉ định phẫu thuật cắt khối phòng là hợp lý nhất để giải quyết triệt để tổn thương. Kỹ thuật can thiệp nội mạch đặt stent graft trên bệnh nhân này rất phức tạp, khó thực hiện và không phải là một phương pháp điều trị triệt để, cũng không giải quyết được các triệu chứng về chèn ép. Thêm vào đó, để can thiệp nội mạch thì trước đó phải mở dọc xương ức chuyển vị toàn bộ các mạch nuôi não nên bệnh nhân vẫn phải chịu những nguy cơ của phẫu thuật.

Một số vấn đề cần đặt ra khi phẫu thuật khối phòng ĐM dưới đòn là đường tiếp cận, phương pháp tái lập lưu thông tuần hoàn, có bảo tồn ĐM đốt sống hay không và tránh làm tổn thương các cấu trúc giải phẫu như thần kinh X, thần kinh quặt ngược và đám rối thần kinh cánh tay [4].

Chọn lựa đường mổ rất quan trọng vì nó quyết định sự thành công do tiếp cận thuận lợi đến khối phòng và sự xuất hiện các biến chứng trong, sau phẫu thuật. Chọn đường mổ phụ thuộc vào vị trí khối phòng: Đường dọc giữa xương ức (bán phần hay toàn bộ), đường cổ (dọc trước cơ ức đòn chũm) hay đường trên xương đòn.

Đường tiếp cận tốt nhất để phẫu thuật khối phòng gốc ĐM dưới đòn trái vẫn còn bàn cãi. Một số tác giả chọn đường mở ngực sau bên trái qua khoang liên sườn 4; một số tác giả khác chọn đường mở dọc giữa xương ức. Do giải phẫu của ĐM dưới đòn, xuất phát từ phần xa của quai ĐM chủ, và nằm phía sau lồng ngực, nên các tác giả cho rằng đường mở sau bên có thể kiểm soát được đầu xa và làm miệng nối xa ĐM dưới đòn tốt hơn đường mở ngực phía trước [4, 5]. Tetsuya Niino và cộng sự báo cáo phẫu thuật thành công một bệnh nhân phòng gốc ĐM dưới đòn trái qua đường mở ngực sau bên trái khoang gian sườn 4 [6]. Trong trường hợp cụ thể này, khối phòng ĐM dưới đòn rất lớn và có phòng ĐM chủ xuống, chúng tôi chọn đường mở dọc giữa xương ức toàn phần để phẫu tích bóc lộ khối phòng thuận tiện nhất, kiểm soát tốt hơn, an toàn hơn miệng nối phía quai, và khi cần có thể liệt tim. Những khó khăn của việc làm miệng nối xa ĐM dưới đòn được chúng tôi giải quyết bằng đường mổ song song bờ trên xương đòn trái kết hợp.

Khi phẫu thuật khối phòng đầu gần động mạch dưới đòn trái, khả năng cắt nối tận tận là không thể; do gốc động mạch dưới đòn dẫn rất lớn và rất mũn nát, muốn cắt được khối phòng cần cắt kèm cả ĐM chủ ngực [4]. Trường hợp của chúng tôi, khối phòng có kích thước còn lớn hơn quai ĐMC và có phòng đoạn đầu ĐM chủ xuống; chúng tôi xác định chiến lược trước mổ sẽ cắt thay cả khối: Khối phòng + đoạn đầu ĐM chủ xuống. Bởi chiến lược mổ như vậy nên cần có tuần hoàn ngoài cơ thể để nuôi máu nửa dưới cơ thể khi kẹp ĐMC xuống cô lập khối phòng. Trong trường hợp không thuận lợi, phẫu tích và kẹp ĐMC khó khăn có thể hạ nhiệt độ sâu, tưới máu não chọn lọc xuôi dòng, ngưng tuần hoàn và thực hiện kỹ thuật mở (open technique). Xác định trước chiến lược mổ với tuần hoàn ngoài cơ thể giúp chúng tôi chủ động hơn trong phẫu thuật bệnh nhân này. Chúng tôi đã khâu chuẩn bị trước một phức hợp mạch Dacron 20mm chia 1 nhánh 8mm, với 2 đầu mạch 20 nối vào ĐMC còn, đầu mạch số 8 nối vào phía xa ĐM dưới đòn.

Vì là bệnh hiếm gặp, đặc biệt là những khối phòng lớn, nên số liệu phẫu thuật cũng như kinh nghiệm chỉ là các báo cáo trường hợp hoặc một số ít bệnh nhân. Theo Coselli, tỷ lệ tử vong của phẫu thuật cắt khối phòng ĐM dưới đòn có thể lên tới < 6% [2]. Tuy vậy, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Hiện nay, can thiệp nội mạch là một sự lựa chọn tốt, ưu tiên ở đối tượng nguy cơ cao. Tuy nhiên, những khối phòng lớn gốc ĐM dưới đòn trái, trước khi can thiệp nội mạch, cần phải phẫu thuật làm cầu nối các ĐM cảnh nuôi não, thì mới có đủ vị trí để stent bám vào mà không gây biến chứng thần kinh [7, 8]. Do đó, với những trường hợp cụ thể như bệnh nhân này, phẫu thuật vẫn là sự lựa chọn ưu tiên hàng đầu với hiệu quả cao.

4. Kết luận

Chúng tôi báo cáo một trường hợp phòng lớn gốc động mạch dưới đòn trái rất hiếm gặp được điều trị thành công tại Bệnh viện Tim Hà Nội. Phẫu thuật qua đường mở toàn bộ dọc giữa xương ức với tuần hoàn ngoài cơ thể là phương pháp điều trị có hiệu quả tối ưu, giải quyết được triệt để tổn thương, cắt toàn bộ khối phòng và tái lập lưu thông tuần hoàn.

Tài liệu tham khảo

1. Dent TL, Lindenauer SM, Ernst CB et al (1972) *Multiple arteriosclerotic arterial aneurysms*. Arch Surg 105: 338-344.
2. Coselli JS, Crawford ES (1987) *Surgical treatment of aneurysms of the intrathoracic segment of the subclavian artery*. Chest 91: 704-708.
3. Argotte AF, Giron F, Bilfinger TV (1998) *Bilateral subclavian artery aneurysms with pseudocoarctation of the aorta. Case report and review of the literature*. J Cardiovasc Surg (Torino) 39: 747-750.
4. Dougherty MJ, Calligaro KD, Savarese RP et al (1995) *Atherosclerotic aneurysm of the intrathoracic subclavian artery: A case report and review of the literature*. J Vasc Surg 21: 521-529.

4. Kawaguchi S, Watanabe M, Hachimaru T et al (2010) *Atherosclerotic pseudoaneurysm of the left subclavian artery: A case report*. Ann Thorac Cardiovasc Surg 16: 376-379.
5. Tetsuya Niino, Satoshi Unosawa, Kazuma Shimura (2012) *Intrathoracic left subclavian artery aneurysm: Report of a case*. Ann Vasc Dis 5(1): 82-84.
6. Cires G, Noll RE, Albuquerque FC et al (2011) *Endovascular debranching of the aortic arch during thoracic endograft repair*. J Vasc Surg 53: 1485-1491.
7. Veraldi GF, Furlan F, Tasselli S et al (2005) *Endovascular repair of intrathoracic left subclavian artery aneurysm with stent grafts: Report of a case and review of the literature*. Chir Ital 57: 355-359.