

DOI: 10.59715/pntjmp.1.2.15

Đánh giá kết quả sớm điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng ống ghép nội mạch

Trần Vĩnh Hưng¹, Huỳnh Quang Khánh², Hồ Khánh Đức³, Lý Minh Tùng⁴, Nguyễn Minh Trung⁴

¹Giám đốc Bệnh viện Bình Dân.

²Bệnh viện Chợ Rẫy.

³Trường khoa Phẫu thuật Tim - Mạch máu Bệnh viện Bình Dân.

⁴Khoa Phẫu Thuật Tim - Mạch máu Bệnh viện Bình Dân.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Can thiệp đặt ống ghép nội mạch (EndoVascular Aneurysm Repair - EVAR) là một trong những phương pháp tối ưu điều trị phình động mạch chủ (ĐMC) bụng hiện nay. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng có thể thực hiện thuận lợi bởi cấu trúc giải phẫu ĐMC khác nhau trên từng bệnh nhân. Vì lý do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị phình ĐMC bụng dưới thận bằng ống ghép nội mạch tại bệnh viện Bình Dân. Đồng thời, phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị hay ảnh hưởng đến sự xuất hiện biến chứng sớm trong thời gian hậu phẫu.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học phình ĐMC bụng dưới thận. (2) Đánh giá kết quả sớm sau điều trị phình ĐMC bụng dưới thận bằng phương pháp EVAR. (3) Xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca, từ tháng 08/2017 đến tháng 08/2021, tại BV Bình Dân. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán phình ĐMC bụng dưới thận thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và được điều trị bằng phương pháp EVAR.

Kết quả: 29 bệnh nhân, tuổi trung bình là 69.6 ± 10.2 ; nam gấp đôi nữ. Lâm sàng thường gặp: đau bụng / đau lưng (75.9%). Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là tăng huyết áp (93.1%). Hình dạng cổ túi phình nón ngược chiếm 69%; túi phình dạng thoi là 93.1%. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật cao đạt 100%. Rò nội mạch sau bung ống ghép đều được giải quyết tốt ngay trong lúc can thiệp. Tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng tương đối cao (79.3%). Tử vong, biến chứng sớm thấp (3.4%). Không có sự khác biệt ý nghĩa về kết quả sớm sau EVAR giữa nhóm cổ túi phình thuận lợi và cổ không thuận lợi. Đường kính ngang cổ túi phình, hiệu số chênh lệch vùng cổ, hình dạng cổ túi phình (nón ngược), thời gian can thiệp là các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm.

Kết luận: Kết quả theo dõi sau 30 ngày cho thấy EVAR có hiệu quả tốt trong điều trị phình ĐMC bụng dưới thận; đặc biệt là bệnh nhân lớn tuổi mắc nhiều bệnh nền vì kỹ thuật ít xâm lấn, tỉ lệ tử vong thấp, hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: EVAR (EndoVascular Aneurysm Repair), điều trị phình ĐMC bụng dưới thận bằng can thiệp nội mạch, phình ĐMC bụng, ống ghép nội mạch, rò nội mạch.

Ngày nhận bài:

15/02/2022

Ngày phản biện:

20/3/2022

Ngày đăng bài:

20/4/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Minh Trung

Email:

nmt06011994@gmail.com

ĐT: 0783530072

Abstract

Early outcomes after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms

Background: EndoVascular Aneurysm Repair (EVAR) is currently one of the most effective procedures to treat the abdominal aortic aneurysm (AAA). However, it may not be effective for all cases due to the different aortic anatomical structure of each patient. Therefore, we performed this study in order to evaluate the short-term follow up results of EVAR at Binh Dan Hospital and also to determine some factors associated with the early treatment result or complications postoperatively.

The aims: Of the study include (1) describing the clinical features, imaging of infrarenal AAA before the procedure, (2) evaluating the rate of early success and complications of EVAR intervention and (3) determining some of the factors associated with the early result.

Material and Method: This is a retrospectively descriptive study. All patients were diagnosed with infrarenal AAA and received EVAR treatment at our hospital from August 2017 to August 2021.

Results: 29 patients, the mean age was 69.6 ± 10.2 years old, male - female ratio was 2:1. Typical clinical signs included abdominal or back pain (75.9%). Hypertension was the most common risk factor (93.1%). AAA with reverse conical neck shape form occupied 69%; and fusiform stood at 93.1%. All cases had been endografted successfully. Moreover, endoleaks had been recognized and addressed during the procedure. There was high clinical successful rate (79.3%). Death and early complications rate were low at 3.4%. On the other hand, there was no significant difference in early outcomes after EVAR between favorable and unfavorable aneurysm necks. Neck transverse diameter, difference value or form of neck (reverse conical shape) and time of intervention were risk factors that increased the risk of early complications.

Conclusions: After 30 days follow up, we can conclude that EVAR procedure is effective for treating the infrarenal AAA, especially, for the elderly with underlying medical conditions due to its minimal invasion, low death rate and short hospitalization.

Key words: EVAR (EndoVascular Aneurysm Repair), infrarenal AAA disease treatment by endovascular, AAA, Endograft, Endoleak.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ (ĐMC) bụng là bệnh lý mạch máu nằm trong bệnh cảnh mạch máu toàn thân. Năm 2016, một nghiên cứu tại châu Âu cho thấy bệnh phổ biến ở người lớn tuổi, chiếm tỉ lệ 7% dân số với tần suất mắc bệnh trung bình 4% nam giới và 1% nữ giới trên 65 tuổi. [5] Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Văn Tần, bệnh gặp khoảng 0.85% dân số trên 50 tuổi ở thành phố Hồ Chí Minh, trong đó tỉ lệ nam: nữ tương đương 4:1. [2] Trên thế giới, nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả điều trị tốt hơn giữa can thiệp đặt ống ghép nội mạch (EndoVascular Aneurysm Repair - EVAR) so với phẫu thuật như: EVAR1, DREAM, ACE... Tại Việt Nam, kỹ thuật này được thực hiện ở các trung tâm mạch máu như: Chợ Rẫy [1], Bạch Mai [3], Việt Đức [4],... với số lượng

bệnh còn giới hạn. Đến nay, EVAR là một trong những phương pháp tối ưu điều trị phình ĐMC bụng. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng thực hiện thuận lợi bởi cấu trúc giải phẫu ĐMC khác nhau trên từng bệnh nhân. Vì lý do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị phình ĐMC bụng dưới thận bằng ống ghép nội mạch tại bệnh viện Bình Dân. Đồng thời, phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị hay ảnh hưởng đến sự xuất hiện biến chứng sớm trong thời gian hậu phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt trường hợp

Mẫu nghiên cứu: tất cả bệnh nhân được

chẩn đoán phình ĐMC bụng và được điều trị tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 08/2017 đến tháng 08/2021 thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2017 đến tháng 08/2021, chúng tôi tiến hành thu thập số liệu hồ sơ, kết quả tái khám và kết quả cắt lớp vi tính kiểm tra sau 30 ngày hậu phẫu cho 29 bệnh nhân phình ĐMC bụng dưới thận điều trị bằng EVAR.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình ĐMC bụng dưới thận bằng CTA hoặc MRA.

- Có thể có phình động mạch chậu kèm theo hoặc không.

- Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp EVAR.

- Có hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có phình ĐMC ngực, động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên hay phình ĐMC trên thận kèm theo.

- Có hẹp hoặc tắc động mạch chậu đùi ở cả hai bên.

Các tiêu chí đánh giá:

- Thành công về mặt kỹ thuật: Đánh giá trong mổ khi bung ống ghép đúng vị trí (xác định qua chụp cản quang), không lấp ĐM thận hay rò nội mạch ngay sau can thiệp.

- Thành công về mặt lâm sàng: Khi không có biến cố nghiêm trọng, phải can thiệp lại hay tử vong.

3.1.2. Đặc điểm hình ảnh học trước can thiệp

Bảng 1: Đặc điểm hình thái phình ĐMC bụng dưới thận

Đặc điểm cổ túi phình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Đường kính ngang dưới ĐM thận thấp nhất (mm)	11.2	32.5	22.17 ± 4.7
Đường kính ngang (mm)	14.4	32	22.2 ± 4
Hiệu số chênh lệch vùng cổ (mm)	- 6.6	6.9	1.1 ± 2.5
Chiều dài (mm)	2.4	61	28.2 ± 14.7
Gập góc (độ)	2	70	28.7 ± 18.6
Đặc điểm túi phình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Đường kính túi phình (mm)	32	67.4	48.3 ± 9.2
Đường kính ngã ba ĐMC - chậu (mm)	14.8	59.8	29.8 ± 11.1

- Rò nội mạch: khi vẫn còn dòng máu chảy trong túi phình, bên ngoài ống ghép sau can thiệp EVAR.

- Cổ túi phình thuận lợi: chiều dài ≥ 15 mm, đường kính < 32 mm và gập góc < 600 .

- Cổ không thuận lợi: túi phình không thỏa điều kiện cổ thuận lợi.

Phân tích và xử lý số liệu: Các thông số hình ảnh học túi phình được đo đạc và ghi nhận bằng phần mềm OsiriX MD. Tất cả số liệu được mã hóa, nhập và tính toán dựa vào phần mềm SPSS 20. Thống kê mô tả, cung cấp những thông tin về số lượng, tỉ lệ phần trăm, số trung bình \pm độ lệch chuẩn. Sử dụng các test thống kê để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan phù hợp với từng mục tiêu nghiên cứu. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học phình ĐMC bụng của mẫu nghiên cứu trước can thiệp

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình: 69.6 ± 10.2 (90% ≥ 60 tuổi). Tỉ lệ Nam: Nữ = 1.9:1.

Lý do nhập viện chủ yếu: đau bụng hoặc đau lưng (75.9%).

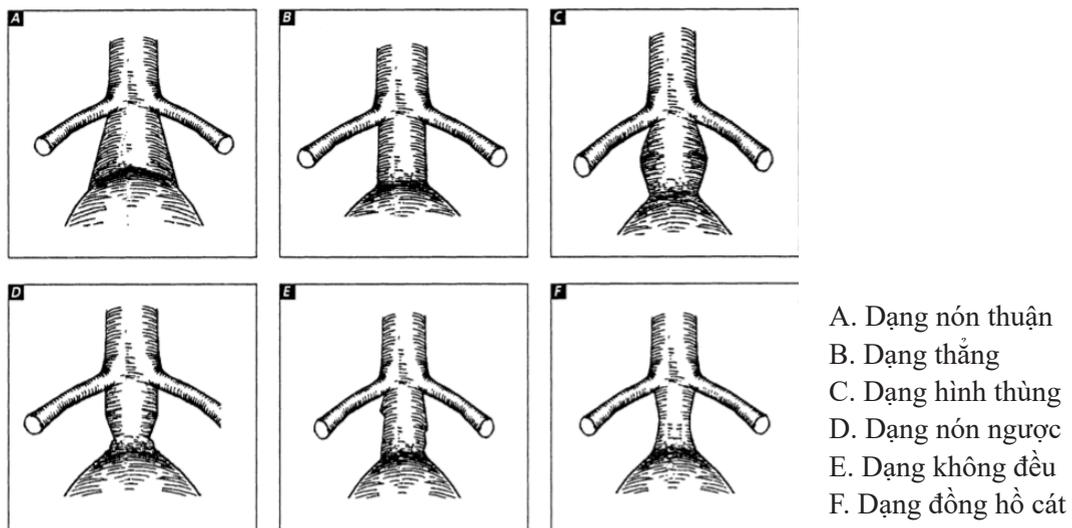
Tăng huyết áp (93.1%) là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất.

Tất cả trường hợp phình ĐMC bụng được ghi nhận đều chưa có biến chứng vỡ.

Kích thước động mạch chậu chung	Bên phải (mm)	Bên trái (mm)
Đường kính trung bình	16.6 ± 6.7	15.9 ± 7.4
Đường kính lớn nhất	40	38.2
Đường kính nhỏ nhất	9.5	8.1
Chiều dài trung bình	41.8 ± 15.3	41 ± 17.7
Chiều dài lớn nhất	96.1	97.3
Chiều dài nhỏ nhất	22.0	6.3

Tất cả các trường hợp can thiệp ĐMC bụng dưới thận đều sử dụng đường vào là động mạch đùi chung hai bên. Đường kính trung bình động mạch đùi chung hai bên tương đối đồng đều nhau (bên (P) 9.2 mm; bên (T) 9.0 mm) và không có trường hợp nào hẹp động mạch đường vào.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 02 trường hợp cổ túi phình dạng thẳng, 07 trường hợp dạng hình nón thuận và 20 trường hợp dạng hình nón ngược.



Hình 1: Các hình dạng cổ túi phình. Nguồn: McDonnell C O, (2006 [11])

3.2. Kết quả thực hiện

Phương pháp đặt ống ghép nội mạch: 20 trường hợp đặt ống ghép ĐMC - chậu 2 bên (tỉ lệ 69%), 07 trường hợp đặt ống ghép thẳng ĐMC đơn thuần, 02 trường hợp đặt ống ghép ĐMC - chậu 1 bên kèm cầu nối đùi - đùi.

Thời gian can thiệp trung bình: 148.3±79.5 phút.

Lượng máu mất trung bình: 131.7 ± 107.7 ml.

Thời gian nằm viện trung bình: 6.0 ± 3.6 ngày; tối thiểu là 2 ngày, tối đa là 19 ngày.

3.3. Kết quả điều trị sớm sau 30 ngày

3.3.1 Thành công về mặt kỹ thuật và thành công về mặt lâm sàng: Cả 29 trường hợp can thiệp đặt ống ghép nội mạch đều thành công về mặt kỹ thuật. Không có trường hợp bung ống

ghép sai vị trí, di lệch hay lấp động mạch thận.

Mặt khác, tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng cũng tương đối cao với 23/29 bệnh nhân (79.3%) không có biến chứng nghiêm trọng, phải can thiệp lại hay tử vong.

3.3.2 Rò nội mạch ngay sau khi bung ống ghép: có 03 trường hợp rò loại IA, trong đó 02 trường hợp được giải quyết tốt bằng nong bóng và 01 trường hợp cần đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần. Có 01 trường hợp rò loại IB, được nong bóng đầu dưới ống ghép đạt kết quả tốt. Ngoài ra, có 01 trường hợp rò nội mạch loại IB kết hợp rò loại II được đặt thêm ống ghép phụ vào chân (P) và tiếp tục theo dõi rò loại II. Không ghi nhận trường hợp rò nội mạch loại III.

3.3.3 Biến chứng rò nội mạch sớm trong 30 ngày hậu phẫu

Tái khám sau 30 ngày, có 01 trường hợp rò nội mạch loại II được phát hiện bằng cắt lớp vi tính. Kích thước túi phình ĐMC không diễn tiến tăng thêm nên bệnh nhân được tiếp tục theo dõi và chụp cắt lớp vi tính lại mỗi 6 tháng.

Tương tự vậy, kết quả chụp cắt lớp vi tính của 01 trường hợp khác chỉ phát hiện rò nội mạch loại II nên được tiếp tục theo dõi. Sau đó, chụp lại cắt lớp vi tính ghi nhận kích thước túi phình tăng, chụp DSA phát hiện rò nội mạch loại III kèm theo đã bị bỏ sót.

3.3.4 Các biến chứng sớm khác

Bảng 2: Các biến chứng sớm sau can thiệp EVAR

Biến chứng sớm	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nhồi máu cơ tim	1	3.4
Viêm phổi	0	0
Suy thận cấp	3	10.3
Thiếu máu ruột	0	0

Biến chứng sớm	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tắc mạch chi sau can thiệp	3	10.3
Nhiễm trùng vết mổ	1	3.4
Tụ máu vết mổ	4	13.8
Mổ lại cầm máu	1	3.4
Di lệch ống ghép	0	0

3.4. Mối liên quan giữa một số yếu tố với kết quả điều trị

3.4.1. Mối liên quan giữa cổ túi phình với kết quả điều trị

Dựa trên tiêu chí giải phẫu học cổ túi phình thuận lợi, chúng tôi ghi nhận có 19 trường hợp cổ thuận lợi, 10 trường hợp cổ không thuận lợi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê gặp ở chiều dài giữa hai nhóm cổ ($p < 0.05$). Ngoài ra, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đường kính ngang, góc cổ túi phình, yếu tố nguy cơ và bệnh đi kèm giữa hai nhóm. Quá trình can thiệp trên hai nhóm cũng có tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100%. Các yếu tố thời gian can thiệp, lượng máu mất, thời gian hậu phẫu ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Đặc điểm cổ túi phình.

Đặc điểm	Cổ thuận lợi (n=19)	Cổ không thuận lợi (n=10)	Giá trị P
Đường kính ngang cổ túi phình (mm)	21.5 ± 3.4	23.6 ± 4.8	0.183
Chiều dài cổ túi phình (mm)	33.2 ± 12.3	18.4 ± 14.3	0.007
Góc cổ túi phình (độ)	29.8 ± 14.3	26.6 ± 25.8	0.669

Bảng 4. So sánh kết quả sớm giữa hai nhóm bệnh nhân.

Kết quả sớm	Cổ thuận lợi (n = 19)	Cổ không thuận lợi (n = 10)	OR (KTC 95%)	Giá trị P
Rò loại I trong mổ	3 (15.8%)	2 (20%)	1.3 (0.2 - 9.7)	0.775
Rò loại IA trong mổ	1 (5.3%)	2 (20%)	4.5 (0.4 - 57.1)	0.215
Ống ghép thêm cho đoạn cổ gần	0 (0%)	1 (10%)		0.161
Nong bóng cổ gần	1 (5.3%)	1 (10%)	2 (0.1 - 35.8)	0.632
Biến chứng sớm sau can thiệp	7 (36.8%)	4 (40%)	1.1 (0.2 - 5.5)	0.868
Tử vong sớm	1 (5.3%)	0 (0%)		0.46

Tỷ lệ rò nội mạch sau khi bung ống ghép liên quan đến cỡ túi phình và tỷ lệ biến chứng sớm cũng cao hơn ở nhóm CKTL. Tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.4.2 Mối liên quan giữa một số yếu tố với biến chứng sớm

Trong mẫu nghiên cứu này, ghi nhận có 11 trường hợp bệnh xuất hiện biến chứng sớm trong 30 ngày hậu phẫu. Ngoài ra, một số yếu tố có tương quan Pearson với sự xuất hiện của biến chứng sớm ($p < 0.05$) như:

- (1) Đường kính ngang cổ túi phình ($p = 0.004$)
- (2) Hình dạng cổ túi phình ($p = 0.008$) hay hiệu số chênh lệch vùng cổ ($p = 0.001$).
- (3) Góc cổ túi phình ($p = 0.048$).
- (4) Thời gian can thiệp ($p = 0.007$)

Tiến hành phân tích hồi quy logistic đơn biến giữa bốn yếu tố nêu trên với biến số biến chứng sớm:

Bảng 5. Bảng kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến giữa các yếu tố với biến chứng sớm

Yếu tố	Ý nghĩa thống kê (Giá trị p)	Nguy cơ biến chứng sớm
Đường kính ngang cổ túi phình	0.017	1.447
Hiệu số chênh lệch vùng cổ	0.009	3.418
Góc cổ túi phình	0.061	1.047
Thời gian can thiệp	0.017	1.015

(1) Đường kính ngang cổ túi phình có liên hệ hồi quy logistic đơn biến với biến số biến chứng sớm. Trong đó, khi đường kính ngang cổ túi phình tăng lên 1 mm thì nguy cơ biến chứng sớm tăng lên 1.447 lần.

(2) Hiệu số chênh lệch vùng cổ có liên hệ hồi quy logistic đơn biến với biến số biến chứng sớm. Trong đó, khi hiệu số chênh lệch vùng cổ tăng lên 1 mm thì nguy cơ biến chứng sớm tăng lên 3.418 lần.

(3) Góc cổ túi phình chưa có liên hệ hồi quy logistic có ý nghĩa thống kê với biến chứng sớm ($p = 0.061 > 0.05$).

(4) Thời gian can thiệp có liên hệ hồi quy logistic đơn biến với biến số biến chứng sớm. Trong đó, khi thời gian can thiệp tăng lên 1 phút thì nguy cơ biến chứng sớm tăng lên 1.015 lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian can thiệp, lượng máu mất và thời gian nằm viện trung bình giảm đáng kể so với mổ mở; kết quả này phù hợp với báo cáo của tác giả Yang (2017). [16] Nhờ can thiệp ít xâm lấn nên bệnh nhân có thể xuất viện sớm sau 2 ngày hậu phẫu. Trường hợp nằm viện kéo dài (19 ngày) do bệnh nhân có suy thận cấp, thận độc nhất kết hợp với nhiễm khuẩn niệu nên

được giữ lại bệnh viện tiếp tục điều trị. Sau đó bệnh nhân ổn định, hết suy thận và xuất viện.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị sớm

4.2.1. Thành công về mặt kỹ thuật

Thành công về mặt kỹ thuật khi cả 29 trường hợp can thiệp đặt ống ghép nội mạch đều thành công về mặt kỹ thuật (100%), các biến chứng rò nội mạch xuất hiện ngay trong lúc mổ đã được phát hiện và có biện pháp xử trí đạt hiệu quả.

4.2.2 Rò nội mạch ngay sau khi bung ống ghép

Rò nội mạch phát hiện trong mổ là vấn đề quan trọng trong can thiệp ĐMC. Đáng lo ngại nhất là rò từ đầu gần (IA) hay từ đầu xa (IB) của ống ghép vì có thể làm túi phình diễn tiến worse. Trong đa số các trường hợp, nong bóng ống ghép làm tăng diện tiếp xúc giữa ống ghép - ĐMC, từ đó giải quyết khá tốt rò loại I. Nếu nong bóng không hiệu quả, cần đặt thêm các ống ghép nối dài ở đoạn cổ gần hoặc cổ xa.

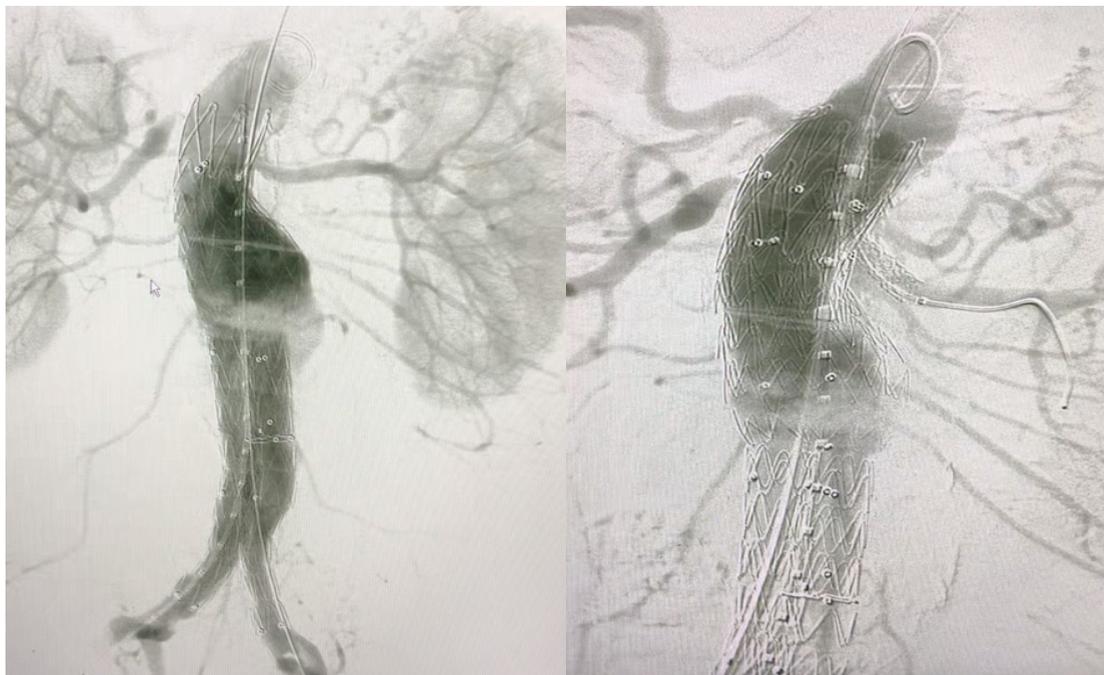
Trong nghiên cứu này, ngay sau khi bung ống ghép ghi nhận 03 trường hợp rò nội mạch loại IA, trong đó 02 trường hợp được giải quyết tốt bằng nong bóng và 01 trường hợp cần đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần. Trường hợp này, chúng tôi đặt thêm vào ĐM thận thấp một ống ghép để tăng vùng hạ đặt đầu gần (proximal

landing zone); sau đó đặt thêm một ống ghép cho đoạn cổ gàn (Chimney). Chụp DSA kiểm tra ghi nhận không còn rò nội mạch loại IA.

Đối với rò nội mạch loại IB, chúng tôi ghi nhận có 02 trường hợp. Trong đó, 01 trường hợp được nong bóng đầu dưới ống ghép cho kết quả tốt. Riêng có 01 trường hợp rò nội mạch

loại IB từ ống ghép chân (P) kết hợp rò loại II. Trường hợp này được đặt thêm một ống ghép chông vào ống ghép phụ chân (P), đồng thời tiếp tục theo dõi rò nội mạch loại II.

Kết quả theo dõi trong 30 ngày hậu phẫu không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện rò nội mạch loại I tái phát.



Hình 2: Rò nội mạch loại IA (mũi tên đen) trước và sau Chimney động mạch thận (T)
Nguồn: BN (STT 19), bệnh viện Bình Dân



Hình 3: Rò nội mạch loại IB từ chân (P) (mũi tên đen) trước và sau đặt ống ghép
Nguồn: BN (STT 28), bệnh viện Bình Dân

4.2.3 Biến chứng rò nội mạch sớm trong 30 ngày hậu phẫu

Trong thời gian nằm viện hậu phẫu, tất cả trường hợp đặt ống ghép nội mạch đều có lâm sàng ổn định, giảm đau bụng. Kết quả siêu âm Doppler ĐMC kiểm tra trước khi xuất viện đều không ghi nhận biến chứng rò nội mạch sớm.

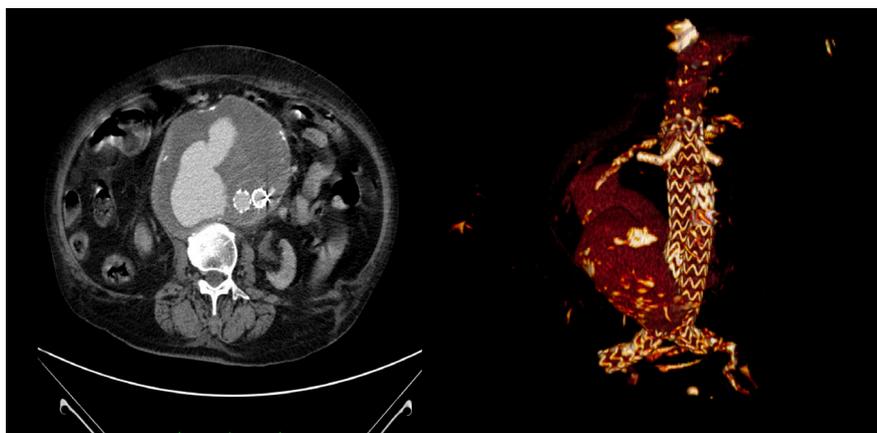
Chụp cắt lớp vi tính có cản quang sau 30 ngày, chúng tôi ghi nhận 01 trường hợp rò nội mạch loại II từ động mạch mạc treo tràng dưới. Nhìn chung, các tác giả cho rằng rò nội mạch loại II thường tự hết sau một thời gian theo dõi và điều trị nội khoa [13], [7]. Đối với trường hợp rò nội mạch loại II trong mẫu nghiên cứu này, bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, kích thước túi phình không thay đổi so với trước EVAR. Vì vậy, chúng tôi quyết định theo dõi tiếp và chụp lại cắt lớp vi tính sau 06 tháng. [15]



Hình 4: Cắt lớp vi tính trường hợp rò nội mạch loại II từ động mạch mạc treo tràng dưới

Nguồn: BN (STT 24), bệnh viện Bình Dân

Ngoài ra, có 01 trường hợp rò nội mạch kết hợp (type II và III). Trường hợp này bệnh nhân cũng được chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán rò nội mạch loại II từ động mạch mạc treo tràng dưới, được tiếp tục theo dõi và chỉ định chụp cắt lớp vi tính mỗi 6 tháng. Kết quả phim chụp sau 06 tháng ghi nhận kích thước túi phình tăng, bệnh nhân có đau bụng. Chúng tôi đã chụp DSA ĐMC cũng chỉ ghi nhận rò nội mạch loại II. Sau đó, túi phình tiếp tục tăng kích thước và dọa vỡ, chúng tôi đã chụp lại DSA phát hiện có rò nội mạch loại III tại vị trí khớp nối giữa ống ghép chân trái và thân chính kết hợp rò loại II. Theo đó, bệnh nhân đã được đặt thêm ống ghép thẳng đi qua vị trí rò loại III và tiếp tục theo dõi rò loại II cho kết quả sau tốt. Vấn đề giải quyết rò nội mạch loại III cũng đã được nhiều tác giả trên thế giới nhắc đến như: M. Leopardi [9], Maia L.Eng [8], G. Maleux [10]; tuy nhiên mọi khuyến cáo đều hướng đến việc nên chụp DSA khi cắt lớp vi tính phát hiện có rò nội mạch để tránh bỏ sót tổn thương đi kèm.



Hình 5: Cắt lớp vi tính và dựng hình 3D trường hợp rò nội mạch kết hợp (loại II và III)

Nguồn: BN (STT 01), bệnh viện Bình Dân



Hình 6: Chụp DSA rò nội mạch loại III trước (trái) và sau (phải) can thiệp
Nguồn: BN (STT 01), bệnh viện Bình Dân

4.2.4 Các biến chứng sớm khác

Trong 29 trường hợp; không có bệnh nhân nào viêm phổi hay suy hô hấp hậu phẫu, cũng như không có trường hợp nào thiếu máu ruột hay di lệch ống ghép. Bệnh nhân được rút nội khí quản sớm và thời gian lưu tại hồi tỉnh ít hơn nhiều so với mổ mở. Từ đó giảm được các biến chứng hậu phẫu.

Có 03 trường hợp suy thận cấp đều có tiền căn bệnh thận mạn. Tuy nhiên, sau đó chức năng thận bệnh nhân có phục hồi và trở về như trước lúc can thiệp. Bởi vì EVAR là phương pháp can thiệp bắt buộc sử dụng chất cản quang nên rủi ro suy thận cấp luôn được đặt ra với tất cả bệnh nhân, đặc biệt là đối tượng có tiền căn suy thận mạn. Mặc dù theo y văn, không phải tất cả các trường hợp này đều hồi phục. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong của vỡ phình động mạch chủ lên đến trên 80% nếu không được điều trị. Vì lý do đó, vấn đề chạy thận lâu dài sau EVAR luôn được đặt ra để cân nhắc và lựa chọn giữa các rủi ro.

Cả 03 trường hợp tắc mạch chi sau can thiệp được phát hiện và xử trí kịp thời trong thời gian nằm viện, cho kết quả hậu phẫu tốt. Trong đó:

- 02 trường hợp tắc động mạch đùi nông do huyết khối sau đặt ống ghép nội mạch được can thiệp lại đặt stent động mạch đùi. Nguyên nhân là do động mạch đùi bị xơ vữa, tổn thương nội mạc khi đi dụng cụ can thiệp.

- 01 trường hợp phẫu thuật làm cầu nối đùi - đùi do tắc chân (T) ống ghép. Nguyên nhân là do chân ống ghép đặt vào động mạch chậu ngoài bị co rúm, gây huyết khối trong ống ghép.

Tụ máu vết mổ có 04 trường hợp; trong đó 03 trường hợp được điều trị bảo tồn và 01 trường hợp cần mổ lại cầm máu và dẫn lưu vì khối máu tụ nhiễm trùng. Nguyên nhân là do trong quá trình can thiệp, chúng tôi bộc lộ động mạch đùi hai bên để đưa dụng cụ vào cùng với việc sử dụng kháng đông trong và sau mổ nên có khối máu tụ. Các trường hợp này sau khi điều trị bảo tồn hay dẫn lưu khối máu tụ đều ổn định và được cho xuất viện.

Tỷ lệ tử vong sớm trong 30 ngày hậu phẫu là 1 bệnh nhân (3.4%), trường hợp này bệnh nhân được đặt ống ghép nội mạch ĐMC - chậu 2 bên. Trong phẫu thuật không ghi nhận rò nội mạch, tưới máu hai thận và chi dưới tốt, lượng máu mất là 250 ml, thời gian thủ thuật 220 phút. Trong thời gian hậu phẫu, xuất hiện nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, diễn tiến nặng và tử vong sau đó. Như vậy, tỉ lệ tử vong này là tương đối thấp và không liên quan đến vỡ túi phình. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác trên thế giới [6]. Qua đó, can thiệp nội mạch càng tỏ ra là một lựa chọn tương đối an toàn trong giai đoạn sớm, nhất là đối với những trường hợp bệnh nhân lớn tuổi nhiều bệnh nền, nguy cơ phẫu thuật cao.

4.3. Mỗi liên quan giữa một số yếu tố đến kết quả điều trị

4.3.1 Mỗi liên quan giữa cổ túi phình và kết quả điều trị

Giữa hai nhóm bệnh có cổ thuận lợi (19 trường hợp) và cổ không thuận lợi (10 trường hợp) tương đồng về các yếu tố nguy cơ, kết quả điều trị cũng như biến chứng sớm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Trong đó, tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật ở hai nhóm tương đương nhau. Thời gian can thiệp, lượng máu mất, thời gian nằm viện hậu phẫu giữa hai nhóm không khác biệt. Tỷ lệ rò nội mạch sau bung ống ghép liên quan đến cổ túi phình (loại IA), tỷ lệ biến chứng sớm và tỷ lệ tử vong không khác biệt giữa hai nhóm.

4.3.2 Mỗi liên quan giữa một số yếu tố với biến chứng sớm

Trong mẫu nghiên cứu này, ghi nhận có 11 trường hợp bệnh xuất hiện biến chứng sớm trong 30 ngày hậu phẫu. Chúng tôi nhận thấy một số yếu tố có tương quan với sự xuất hiện của biến chứng sớm như: (1) Đường kính ngang cổ túi phình, (2) Hình dạng cổ túi phình (hiệu số chênh lệch vùng cổ), (3) Góc cổ túi phình, (4) Thời gian can thiệp. Theo đó:

- Đường kính ngang cổ túi phình tăng lên 1 mm thì nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm tăng lên 1.447 lần, kết quả này tương đồng với tác giả Sophie Wang (2018) [14].

- Hiệu số chênh lệch vùng cổ tăng lên 1 mm thì nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm tăng lên 3.418 lần. Cổ túi phình hình dạng nón ngược thì nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm càng cao. Thực tế cho thấy, chúng tôi ghi nhận cả 03 trường hợp rò nội mạch loại IA ngay sau khi bung ống ghép đều xuất hiện ở bệnh nhân có cổ túi phình hình dạng nón ngược. Mặc dù các trường hợp này đều được giải quyết tốt ngay trong mổ, chúng tôi cho rằng cổ túi phình có hình dạng nón ngược sẽ gây khó khăn trong quá trình can thiệp cũng như dễ gây rò nội mạch loại IA hoặc di lệch ống ghép. Nguyên nhân vì ở dạng cổ này, khả năng ống ghép áp sát vào thành mạch đầu gân là không đủ, gây mất vững cho toàn bộ hệ thống ống ghép.

- Riêng góc cổ túi phình chưa ghi nhận liên hệ hồi quy logistic với sự xuất hiện biến chứng sớm trong nghiên cứu này. Mặt khác, tác giả

Seike theo dõi 159 bệnh nhân sau 48 tháng hậu phẫu EVAR, kết luận rằng góc cổ túi phình là yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến biến chứng tăng kích thước túi phình sau EVAR (Hazard ratio 1.02, độ tin cậy 95%, $p = 0.01$) [12]. Lý giải cho sự khác biệt đó, chúng tôi cho rằng bởi vì túi phình sẽ tiếp tục thoái hóa sau can thiệp nên cần thời gian theo dõi dài hơn để có thể phát hiện thêm các trường hợp xuất hiện biến chứng hậu phẫu liên quan đến góc cổ túi phình.

- Thời gian can thiệp tăng lên 1 phút thì nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm tăng lên 1.015 lần.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMC bụng dưới thận là phương pháp an toàn và hiệu quả. Kết quả theo dõi ngắn hạn cho thấy tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng tương đối cao (79.3%), xuất viện hoàn toàn không có biến chứng. Như vậy, can thiệp nội mạch đang dần chứng tỏ ưu thế vượt trội, có thể thay thế phẫu thuật kinh điển trong tương lai. Tuy nhiên, cần nhiều nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn với thời gian theo dõi dài hơn để có thể tiếp tục đánh giá kết quả điều trị trung hạn và dài hạn; đồng thời giải quyết vấn đề cổ túi phình khó, kiểm soát các yếu tố ảnh hưởng làm tăng nguy cơ biến chứng, góp phần nâng cao kết quả điều trị và giảm thiểu biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Nguyễn Văn Quảng, Phạm Minh Ánh, Trần Quyết Tiến, (2017), “Kết quả điều trị 52 trường hợp phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy”, Y học TP Hồ Chí Minh, 21 (2), trang 187-194.
2. Văn Tần và cộng sự, (2008), “Phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận tại TP Hồ Chí Minh: tần suất và các yếu tố nguy cơ mẫu điều tra 4807 người trên 50 tuổi”, Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 12 (1), trang 1-8.
3. Phạm Minh Tuấn, Trần Văn Đông, (2021), “Sự thay đổi kích thước khối phình động mạch chủ bụng và một số yếu tố liên quan sau can thiệp đặt Stent Graft”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 145 (9), trang 21 - 35
4. Nguyễn Hữu Ước và cộng sự, (2021),

“Phương pháp Hybrid điều trị phồng động mạch chủ ngực bụng và phồng động mạch chủ bụng trên thận”, Tạp chí Y học Việt Nam, 504 (2), trang 124 -128

Tài liệu nước ngoài

5. Gianfagna F, Veronesi G, Bertù L, Tozzi M, et al, (2016), “Prevalence of abdominal aortic aneurysms and its relation with cardiovascular risk stratification: protocol of the Risk of Cardiovascular diseases and abdominal aortic Aneurysm in Varese (RoCAV) population based study”, BMC Cardiovasc Disord, 16 (1), pp. 243.
6. Behrendt C A, Sedrakyan A, Rieß H C, Heidemann F, et al, (2017), “Short-term and long-term results of endovascular and open repair of abdominal aortic aneurysms in Germany”, J Vasc Surg, 66 (6), pp. 1704-1711.e1703.
7. Bryce Y, Schiro B, Cooper K, Ganguli S, et al, (2018), “Type II endoleaks: diagnosis and treatment algorithm”, Cardiovasc Diagn Ther, 8 (Suppl 1), pp. S131-s137.
8. Eng M L, Brewer M B, Rowe V L, Weaver F A, (2015), “Treatment options for late type III endoleaks after endovascular aneurysm repair”, Ann Vasc Surg, 29 (3), pp. 594.e595-599.
9. Leopardi M, Salerno A, Scarpelli P, Ventura M, (2018), “Type III B endoleak leading to aortic rupture after endovascular repair: analysis of errors in follow up and treatment”, CVIR Endovasc, 1 (1), pp. 9.
10. Maleux G, Poorteman L, Laenen A, Saint-Lèbes B, et al, (2017), “Incidence, etiology, and management of type III endoleak after endovascular aortic repair”, J Vasc Surg, 66 (4), pp. 1056-1064.
11. McDonnell C O, Halak M, Bartlett A, Baker S R, (2006), “Abdominal aortic aneurysm neck morphology: proposed classification system”, Ir J Med Sci, 175 (3), pp. 4-8.
12. Seike Y, Fukuda T, Yokawa K, Inoue Y, et al, (2020), “Preoperative Neck Angulation is Associated with Aneurysm Sac Growth Due to Persistent Type Ia Endoleak after Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair”, Ann Vasc Dis, 13 (3), pp. 261-268.
13. Ultee K H J, Büttner S, Huurman R, Bastos Gonçalves F, et al, (2018), “Editor’s Choice - Systematic Review and Meta-Analysis of the Outcome of Treatment for Type II Endoleak Following Endovascular Aneurysm Repair”, Eur J Vasc Endovasc Surg, 56 (6), pp. 794-807.
14. Wang S, Hicks C W, Malas M B, (2018), “Neck diameter and inner curve seal zone predict endograft-related complications in highly angulated necks after endovascular aneurysm repair using the Aorfix endograft”, J Vasc Surg, 67 (3), pp. 760-769.
15. Wanhainen A, Verzini F, Van Herzele I, Allaire E, et al, (2019), “Editor’s Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-iliac Artery Aneurysms”, Eur J Vasc Endovasc Surg, 57 (1), pp. 8-93.
16. Yang J H, Kim J W, Choi H C, Park H O, et al, (2017), “Comparison of Clinical Outcomes between Surgical Repair and Endovascular Stent for the Treatment of Abdominal Aortic Aneurysm”, Vascular specialist international, 33 (4), pp. 140-145.