

CAN THIỆP NỘI MẠCH Ở BỆNH NHÂN TÁCH THÀNH ĐỘNG MẠCH CHỦ TYPE B CÓ GIÃN LỚN LÒNG GIẢ DỌA VỠ

Phạm Minh Tuấn^{1,2,✉}, Lê Xuân Thiện¹, Ngô Gia Khánh¹, Vũ Huy Thành¹,
Nguyễn Ngọc Quang^{1,2}, Phạm Mạnh Hùng^{1,2}.

¹Trường Đại học Y Hà Nội, ²Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai

Bệnh nhân nam 51 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, phình tách động mạch chủ (ĐMC) type B đã được đặt stent-graft năm 2011, lọc máu chu kỳ, nhập viện vì đau lưng lan xuống bụng, buồn nôn. Bệnh nhân được chẩn đoán tách thành ĐMC type B có giãn lớn lòng giả doạ vỡ. Phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT) ĐMC có hình ảnh tách thành ĐMC type B đã đặt stent-graft, có hình ảnh huyết khối một phần lòng giả, có endoleak type Ib, giãn lớn lòng giả đoạn ĐMC xuống doạ vỡ ép nhỏ lòng thật, landing zone đoạn xa ngắn. Bệnh nhân được xử trí làm cầu nối động mạch dưới đòn trái-động mạch thân tạng-động mạch mạc treo tràng trên, đặt stent-graft phủ đến ngã ba chủ chậu. Thủ thuật can thiệp tiến hành thuận lợi do sự chuẩn bị đầy đủ về dụng cụ và chiến lược can thiệp. Bệnh nhân ổn định và được xuất viện sau 1 tuần.

Từ khóa: Tách thành động mạch chủ, tách thành động mạch chủ type B có giãn lớn lòng giả.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Can thiệp nội mạch đối với những bệnh nhân tách thành động mạch chủ type B có giãn lòng giả vẫn là vấn đề tranh cãi.⁹ Tiên lượng lâu dài cho những bệnh nhân đã được điều trị thành công ban đầu nhưng còn dòng chảy vào lòng giả vẫn chưa thật sự rõ ràng. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống sót của những bệnh nhân đó sau 5 năm là 50 – 80%, và sau 10 năm là 30 – 60%, không khác biệt giữa tách thành ĐMC type A và type B.^{6, 9, 10} Việc còn dòng máu chảy vào lòng giả ở cả 2 type khiến tiên lượng lâu dài không tốt cho bệnh nhân. Nguy cơ xảy ra các biến chứng về thiếu máu tạng do các nhánh xuất phát từ lòng giả hoặc do tiến triển giãn lớn của lòng giả ép vào lòng thật khiến cho việc can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân này rất khó khăn, ngoài ra, việc giãn lớn lòng giả khiến bệnh nhân có nguy cơ vỡ cao có thể gây tử vong.^{8, 9} Do vậy, việc tiến hành can thiệp

nội mạch và đóng dòng chảy từ lòng thật vào lòng giả ở những bệnh nhân này cần có một chiến lược phù hợp và an toàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Bệnh nhân nam 51 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp không kiểm soát tốt, tách thành động mạch chủ type B đã được đặt stent-graft 2011, lọc máu chu kỳ 2017, nhập viện vì đau lưng lan xuống bụng, buồn nôn, huyết áp 190/100 mmHg. Bệnh nhân được kiểm soát huyết áp bằng Nicardipin đường tĩnh mạch, kiểm soát tốt tình trạng đau và được đưa đi chụp MSCT động mạch chủ.

Trên phim MSCT cho thấy stent-graft cũ động mạch chủ, endoleak type Ib, giãn lớn lòng giả (đoạn giãn lớn nhất 75 mm), lóc tách xuống ngã ba chủ chậu, các nhánh động mạch tạng đều xuất phát từ lòng thật, 2 vết rách thứ phát lớn ngay sát động mạch thân tạng và động mạch chủ bụng, có hình ảnh xuất tiết xung quanh động mạch chủ xuống. Bệnh nhân được chẩn đoán tách thành ĐMC type B đã đặt stent-graft còn endoleak Ib, giãn lớn ĐMC đoạn

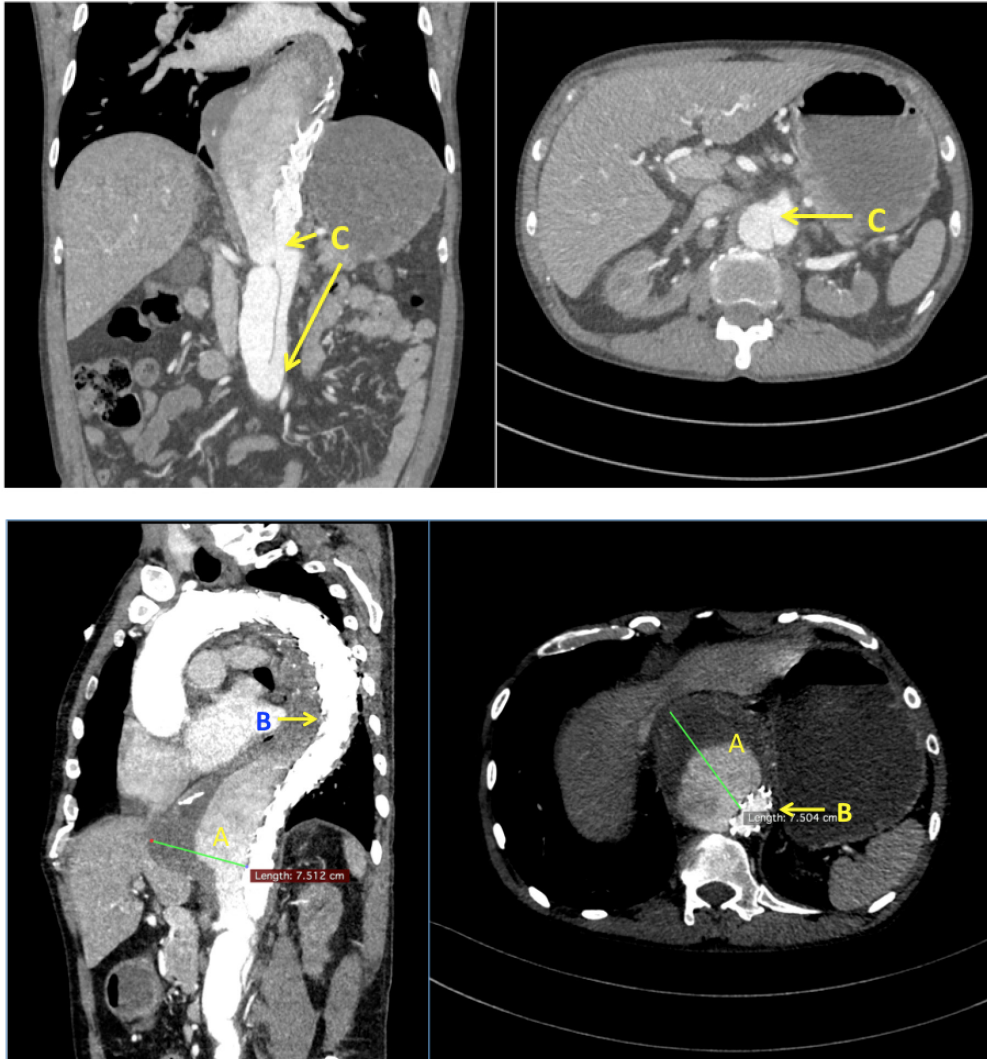
Tác giả liên hệ: Phạm Minh Tuấn,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phminhtuan6382@gmail.com

Ngày nhận: 16/3/2020

Ngày được chấp nhận: 25/5/2020



Hình 1. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính đa dây của bệnh nhân khi vào viện.

A: Hình ảnh giãn lớn lòng giả (75 mm), B: Stent-graft cũ, bị lòng giả lớn đè bẹp, C: vết rách lớn nội mạc (re-entry) khiến dòng máu vẫn chảy vào lòng giả.

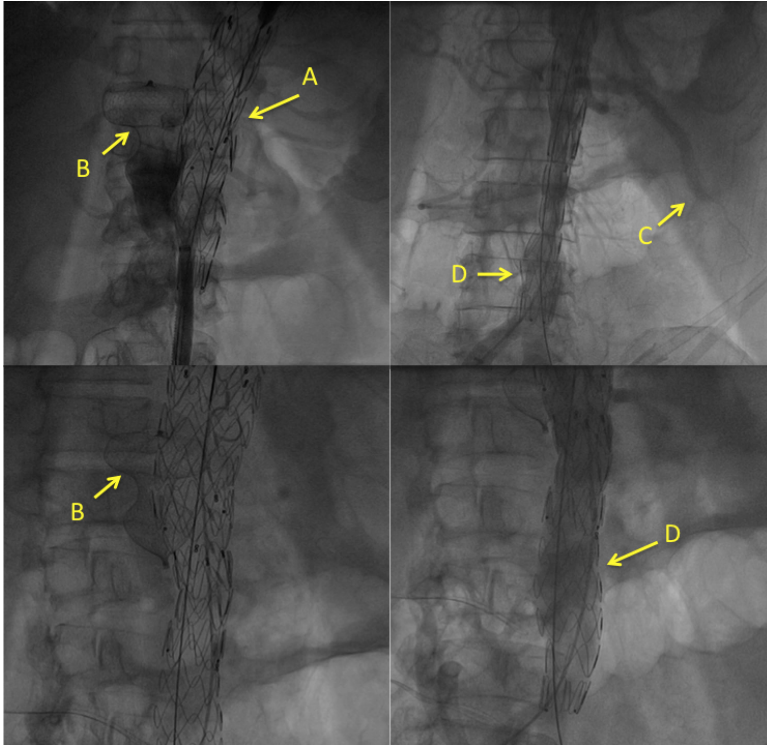
xuống doạ vỡ do giãn lớn lòng giả (Hình 1).

Sau khi bệnh nhân đã được kiểm soát huyết áp và kiểm soát đau tốt, hồ sơ của bệnh nhân được đem ra hội chẩn nhóm “heart team” gồm phẫu thuật viên Tim mạch, bác sĩ can thiệp tim mạch, chẩn đoán hình ảnh, hồi sức tim mạch. Hội chẩn thống nhất phương án điều trị: làm cầu nối động mạch dưới đòn – động mạch thân tạng – động mạch mạc treo tràng trên và đặt stent-graft phủ đến hết ngã ba chủ chậu, đặt dù bít dòng chảy vào lòng giả. Các dụng cụ được

chuẩn bị đầy đủ và chiến lược can thiệp rõ ràng giúp cho thủ thuật được tiến hành thuận lợi, không có biến chứng trong quá trình làm cầu nối và can thiệp nội mạch.

Quá trình can thiệp bao gồm phẫu thuật làm cầu nối động mạch dưới đòn trái – động mạch thân tạng (bằng cầu nối nhân tạo PTFE cỡ 12 mm) – động mạch mạc treo tràng trên (bằng cầu nối tĩnh mạch hiển). Kết quả chụp kiểm tra lưu thông cầu nối tốt trong quá trình can thiệp. Sau đó, bệnh nhân được tiến hành đặt stent-

graft (Medtronic Inc. Valiant 28 x 24 x 150) đến hết ngã ba chủ chậu, vết rách nội mạc chảy vào lòng giả được bít lại bằng dù Cocoon 34 mm ngay trên lức lỗ vào do kích thước của lòng giả đoạn này đo được là 34 mm (Hình 2).



Hình 2. Hình ảnh trong quá trình can thiệp.

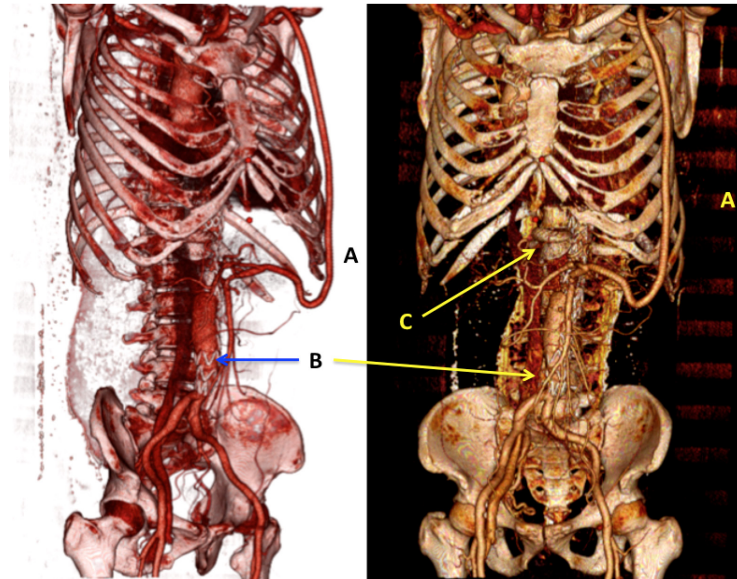
A: Stent-graft cũ.

B: Dù Cocoon cỡ 34 mm.

C: cầu nối ĐM dưới đòn trái – ĐM thân tạng – ĐM mạc treo tràng trên.

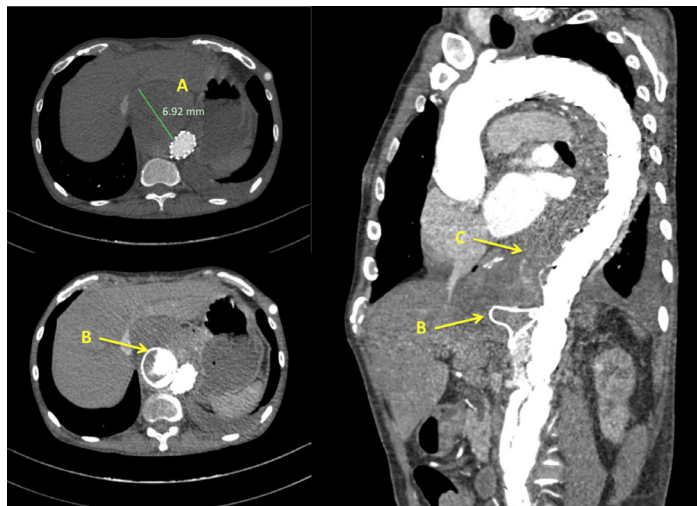
D: Stent-graft mới đặt phủ đến hết ngã ba chủ-chậu.

Bệnh nhân không có biến chứng tai biến mạch não, thiếu máu tạng hay liệt chi dưới, được chụp kiểm tra lại phim MSCT sau can thiệp 2 ngày. Kết quả cho thấy dòng chảy tưới máu tạng từ cầu nối tốt, stent-graft và dù cocoon đúng vị trí, không còn endoleak. Bệnh nhân đỡ đau, được kiểm soát mạch, huyết áp ổn định và xuất viện sau 10 ngày. Kết quả MSCT kiểm tra lại sau 2 tuần thấy stent-graft và dù bít ở đúng vị trí, không còn dòng chảy vào lòng giả, cầu nối thông tốt, trên lâm sàng bệnh nhân không còn đau, giảm triệu chứng buồn nôn, duy trì huyết áp tâm thu mục tiêu 110-120 mmHg bằng chẹn beta giao cảm theo khuyến cáo (Hình 3, Hình 4).



Hình 3. Kết quả chụp MSCT kiểm tra sau can thiệp.

- A: Hình ảnh cầu nối lưu thông tốt.
- B: Stent-graft mới đặt phủ đến hết ngã ba chủ chậu.
- C: Dù Cocoon cỡ 34 mm bịt dòng chảy vào lòng giả.



Hình 4. Hình ảnh MSCT sau can thiệp 2 tuần.

- A: Kích thước đoạn giãn nhất lòng giả giảm từ 75 mm xuống còn 69 mm.
- B: Dù Cocoon bịt dòng chảy vào lòng giả.
- C: Huyết khối hoàn toàn lòng giả.

III. BÀN LUẬN

Nghiên cứu INSTEAD XL công bố năm 2013 về hiệu quả của can thiệp nội mạch đối với tách thành động mạch chủ type B là một

mốc quan trọng trong tiếp cận chiến lược điều trị.^{1,2,3} Trước đó, việc tập trung kiểm soát huyết áp và theo dõi tiến triển không thể kiểm soát

được các biến chứng muộn của bệnh lí này như phình giãn ĐMC muộn, tỷ lệ tử vong trong 5 năm của nhóm bệnh nhân này dao động từ 20 – 42%, và tỷ lệ vỡ với những trường hợp giãn ĐMC > 60 mm lên đến 30%.^{4, 5, 10} Với những lợi thế giảm tỷ lệ biến cố sau 24 tháng, giảm quá trình tái cấu trúc của ĐMC giúp giảm tỷ lệ giãn ĐMC, can thiệp nội mạch ĐMC trong tách thành ĐMC type B ở những ca phù hợp có thể trở thành lựa chọn hàng đầu.¹

Việc can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân tách thành động mạch chủ type B cấp tính đã được chỉ định rõ ràng trong các hướng dẫn tiếp cận bệnh lí động mạch chủ cấp. Những quan điểm khác nhau về việc can thiệp nội mạch (TEVAR) ở những bệnh nhân tách thành ĐMC type B mạn tính có giãn lớn lòng giả chủ yếu là sự dày lên của lớp nội mạc không tương thích với thành mạch tự nhiên, và việc vẫn còn tồn tại thông thương giữa lòng thật và lòng giả kèm theo huyết khối hoàn toàn hoặc huyết khối một phần lòng giả.^{2, 6} Vì những lí do trên, việc can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân tách thành ĐMC type B mạn tính được xếp vào mức khuyến cáo IIb, nếu không có biến chứng nguy hiểm. Tách thành ĐMC có giãn lòng giả ở đoạn ĐMC xuống là một yếu tố nguy cơ gây biến chứng lâu dài. Một số nghiên cứu lớn đã chỉ ra rằng, việc vẫn còn lòng giả sau khi can thiệp có thể làm tăng tỷ lệ tử vong hoặc các biến chứng về lâu dài của động mạch chủ ở cả 2 type A và B khi so sánh với những trường hợp lòng giả được huyết khối hoàn toàn hoặc huyết khối một phần. Một số kết quả nghiên cứu cho thấy đường kính của động mạch chủ nói chung có giảm xuống sau thời gian theo dõi và không còn lưu thông lòng thật lòng giả.^{6, 8, 9} Bên cạnh đó, một số trường hợp dù còn vết rách thông thương ở đoạn xa nhưng áp lực phía trong lòng giả/túi phình không tăng lên mà chỉ duy trì mức 14% của áp lực trung tâm.

Trong nghiên cứu IRAD và nghiên cứu

Dongze L. năm 2016 cho thấy, việc hình thành huyết khối một phần lòng giả, so với còn lòng giả, là một yếu tố tiên lượng tử vong độc lập sau khi ra viện ở bệnh nhân tách thành ĐMC type B, và tình trạng lòng giả không ảnh hưởng đến tiên lượng tử vong xa ở những bệnh nhân này.⁷

Mối liên quan của tình trạng lòng giả và tiên lượng sống còn không tốt ở những bệnh nhân này hiện còn chưa được làm rõ. Một số giả thuyết cho rằng việc hình thành huyết khối hoàn toàn trong lòng giả là điều kiện tiên quyết giúp hồi phục tổn thương sau tách thành ĐMC^{5, 6, 9, 10}.

Ở bệnh nhân này, kết quả trên phim chụp MSCT ĐMC cho thấy stent-graft cũ động mạch chủ, endoleak type Ib, giãn lớn lòng giả (đoạn giãn lớn nhất 75 mm), lóc tách xuống ngã ba chủ chậu, các nhánh động mạch tạng đều xuất phát từ lòng thật, 2 vết rách thứ phát lớn ngay sát động mạch thân tạng và động mạch chủ bụng, có hình ảnh xuất tiết xung quanh động mạch chủ xuống là hình ảnh doạ vỡ ĐMC. Thông thương giữa lòng thật và lòng giả qua các lỗ re-entry lớn ở ĐMC xuống và ĐMC bụng. Phương án được đưa ra cho tình trạng này là: làm cầu nối tưới máu từ động mạch dưới đòn bên trái đến ĐM thân tạng và ĐM mạc treo tràng trên bằng cầu nối PTFE cỡ 12 mm, đặt stent-graft (Medtronic Inc. Valiant 28 x 24 x 150) phủ từ đoạn ĐM chủ xuống đến hết ngã ba chủ chậu, do bệnh nhân đã chạy thận nhân tạo chu kì nên không cần làm cầu nối đến động mạch thận hai bên, đặt một dù Cocoon 34 mm ngay trên vết rách nội mạc cạnh ĐM thân tạng. Kết quả chụp sau can thiệp cho thấy dòng chảy tưới máu từ ĐM dưới đòn phải đến 2 mạch tạng lưu thông tốt, stent-graft bịt được các vết rách nội mạc, không còn dòng chảy ngược từ vết rách nội mạc vào lòng giả. Kết quả chụp sau can thiệp 1 tháng cho thấy kích thước lòng giả đoạn giãn lớn nhất còn 70 mm, huyết khối gần hoàn toàn

lòng giả đoạn trên ĐMC ngược.

Mặc dù mới tiến hành phương pháp trên với một số bệnh nhân tách thành ĐMC type B mạn tính và thời gian theo dõi còn ngắn, tuy nhiên, kết quả sau can thiệp khá khả quan về việc phủ được các vết rách nội mạch còn lại sau khi can thiệp nội mạch trước đó, sự giảm tiến triển kích thước lòng giả sau 1 tháng. Chúng tôi sẽ tiến hành theo dõi thêm và lựa chọn các bệnh nhân có giải phẫu thích hợp để mở rộng nghiên cứu trong tương lai.

IV. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch bằng đặt stent-graft ở bệnh nhân tách thành ĐMC type B mạn tính có giãn lớn lòng giả và bít đoạn dưới của lòng giả có thể giúp gây huyết khối lòng giả, giảm tiến triển kích thước lòng giả là một số những yếu tố nguy cơ gây vỡ ĐMC trong tương lai. Phương pháp này có thể tiến hành ở những đơn vị được đào tạo chuyên sâu và chuẩn bị trang thiết bị đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. C. A. Nienaber, S. Kische, H. Rousseau và cộng sự, Long-term F/U After Stent Grafts in Aortic Dissection, *Circ Cardiovasc Interv.*, August 6, 2013.
2. Cyrus J. Parsa, Judson B. Williams, Syamal D. Bhattacharya và cộng sự, Midterm results with thoracic endovascular aortic repair for chronic type B aortic dissection with associated aneurysm, *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011 February ; 141(2): 322–327.
3. B. Zha, G. Xu, H. Zhu và cộng sự, Endovascular repair of type B aortic dissection with the restrictive bare stent technique: morphologic changes, technique details, and

outcomes, *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2018:14.

4. Chang Young L., Endovascular Repair in Acute Complicated Type B Aortic Dissection: 3-Year Results from the Valiant US Investigational Device Exemption Study, *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2017;50:137-143.

5. Chun-Yang H., Hung-Lung H., Po-Lin C. và cộng sự The Impact of Distal Stent Graft–Induced New Entry on Aortic Remodeling of Chronic Type B Dissection, *Ann Thorac Surg.* 2017.

6. Y. Bernard, H. Zimmermann, S. Chocron và cộng sự, False Lumen Patency as a Predictor of Late Outcome in Aortic Dissection, *Am J Cardiol* 2001;87:1378–1382).

7. Dongze L., Lei Y., Yarong H. và cộng sự, False Lumen Status in Patients With Acute Aortic Dissection: A Systematic Review and Meta-Analysis, *J Am Heart Assoc.* 2016.

8. Patrick Nataf, Emmanuel Lansac, Dilation of the thoracic aorta: medical and surgical management, *Heart* 2006;92:1345–1352.

9. D. Böckler, H. Schumacher, M. Ganten và cộng sự, Complications after endovascular repair of acute symptomatic and chronic expanding Stanford type B aortic dissections, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2006, Volume 132, Number 2.

10. Linda A. Pape, Thomas T. Tsai, Eric M. Isselbacher, Aortic Diameter > 5.5 cm Is Not a Good Predictor of Type A Aortic Dissection Observations From the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD), *Circulation.* 2007;116:1120-1127.

Summary

ENDOVASCULAR THERAPY IN STANFORD B THORACIC AORTIC DISSECTION WITH IMPENDING RUPTURE DILATED FALSE LUMEN

A 51 year old patient, history of thoracic endovascular aortic repair (TEVAR) due to standford B aortic dissection since 2011, hypertension and haemodialysis, was admitted to our hospital with back pain and nausea. He was diagnosed standford B thoracic aortic dissection with impending rupture false lumen dilation. Mutil slice CT showed previous TEVAR, false lumen half thrombosis, endoleak type Ib, impending rupture descending aortic dilation, shortness of distal landing zone. The patient underwent left subclavian artery – celiac trunk – superior mesenteric artery and additional stent-graft cover until aortic bifucation. The aim of technique was tear closure and endoleak type Ib elimination. The patient was released without complications on postoperative day 7. Deliberate sizing and examination of placement location were necessary when placing the stent graft, but operative techniques allowed the procedure to be safely completed

Keywords: aortic dissection, dilated type B aortic dissection.