

# VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ VÀO TĨNH MẠCH CHỦ BỤNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Ngọc Trung

Vũ Đức Thắng

CS

*Khoa Ngoại tim mạch - Bệnh viện Quân 103*

# TỔNG QUAN

- Biến chứng hiếm gặp của phình ĐMC bụng
- Tỷ lệ < 2%, 80% xuất hiện sau vỡ phình ĐMC (liên quan tới phản ứng viêm, hoại tử)
- Nguy cơ tử vong cao
- Lâm sàng đa dạng, khó chẩn đoán
- CTA là tiêu chuẩn vàng: chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị
- Can thiệp nội mạch có nhiều ưu thế: giảm thời gian điều trị và tỷ lệ tử vong, ít mất máu, hồi phục hậu phẫu nhanh
- Phẫu thuật vẫn là phương pháp phổ biến: kinh tế, giải phẫu không phù hợp cho can thiệp, giảm nguy cơ endoleak

# TỔNG QUAN

Case Reports > BMJ Case Rep. 2018 Jul 18;2018:bcr2018224998. doi: 10.1136/bcr-2018-224998.

## Aortocaval fistula: an unusual complication of ruptured abdominal aortic aneurysm

Nikolaos Patelis<sup>1</sup>, Georgios-Christos Giagkos<sup>1</sup>, Kostantinos Maltezos<sup>1</sup>, Chris Klonaris<sup>1</sup>

Affiliations + expand

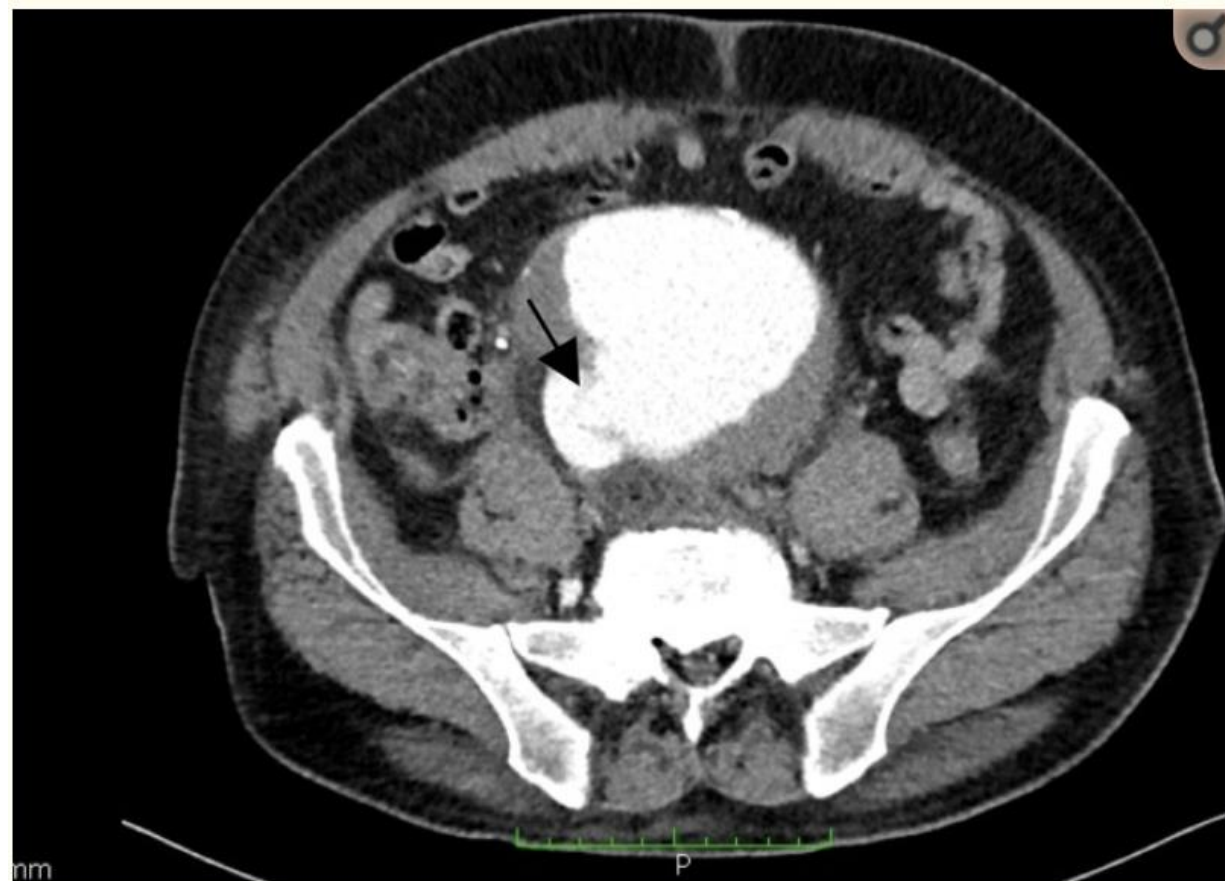
PMID: 30021737 PMCID: PMC6058157 DOI: 10.1136/bcr-2018-224998

[Free PMC article](#)

### Abstract

Aortocaval fistula (ACF) is a rare complication of abdominal aortic aneurysm, which erodes into the wall of the inferior vena cava, resulting in the formation of a fistula. ACF presents with various inconsistent symptoms and signs. ACF can be a diagnostic dilemma if not suspected and it is lethal if left untreated. A 60-year-old man presented with abdominal and lower back pain of sudden onset. Renal and liver functions were impaired, without signs of cardiac failure. CT angiography revealed an abdominal aneurysm rupture into the inferior vena cava. Patient underwent a successful open repair: ACF ligation from within the aneurysmal sac and an aorto-bi-iliac bypass using a Dacron graft. Renal and liver functions improved and the patient was discharged on the eighth postoperative day. A month later, the patient was fit and well with normal liver and renal functions. Despite progress made in the endovascular treatment of ACF, complications still persist with a reported endoleak rate of 50%. Open repair is still a valid method for ACF repair in patients fit to undergo laparotomy and general anaesthesia. In this case, the patient was fit and along the lack of a suitable stent graft, the vascular team performed an open repair with good results. Open repair of an ACF is a valid treatment method for patients who are fit enough to undergo laparotomy and general anaesthesia, and avoids complications related to endovascular repair, such as endoleaks.

**Keywords:** surgery; vascular surgery.



**Một trường hợp vỡ phình ĐMC bụng thông vào TMC**

# BỆNH NHÂN

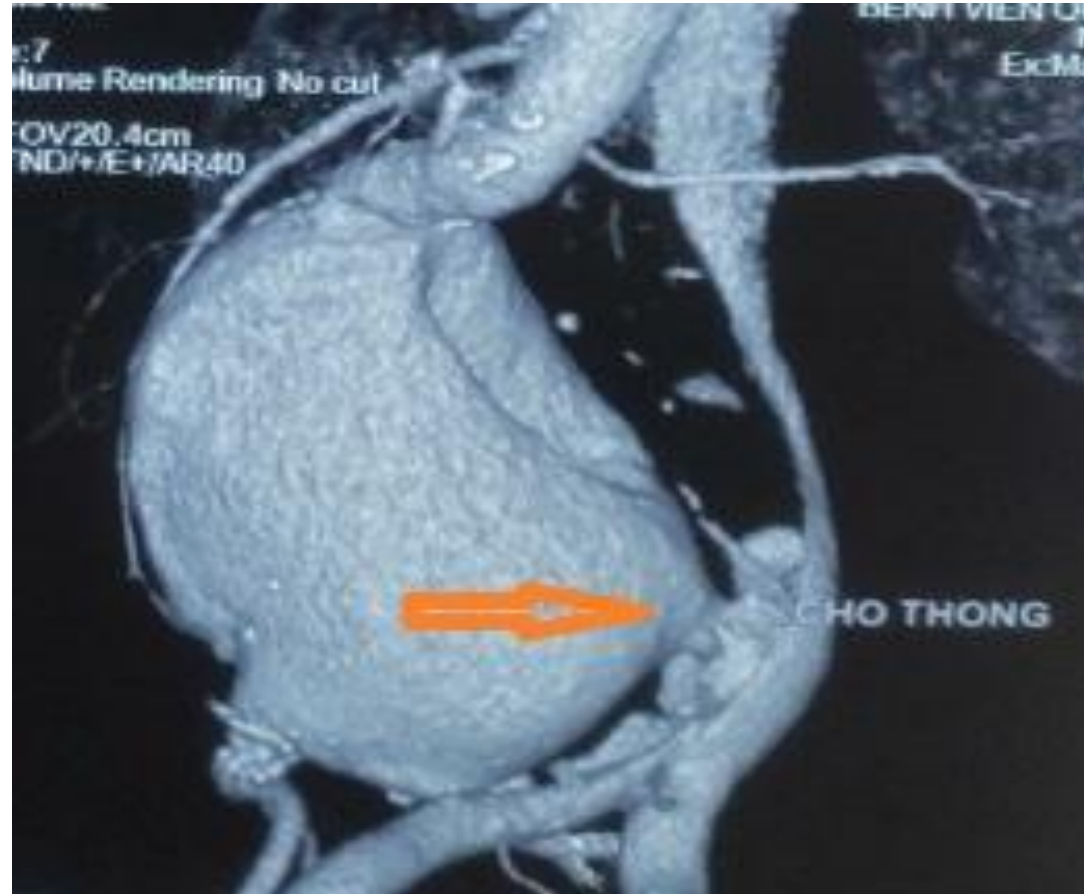
- Nam, 77 tuổi.
- Hút thuốc lá nhiều năm, không có bệnh lý mạn tính.
- Biểu hiện:
  - Cơ năng: Đau bụng dữ dội, lan ra sau lưng
  - Toàn thân: Shock (M 110/p, HA 80/50, rối loạn ý thức)
  - Tại chỗ: Khối bất thường cạnh rốn trái, đập nảy theo nhịp mạch
- Siêu âm: hình ảnh khối phình lớn ĐMC bụng, có huyết khối bám thành

# MSCT



**Khối phình ĐMC bụng đã vỡ vào khoang sau phúc mạc, thông vào TMC bụng**

# MSCT



**Khối phình hình thoi nằm dưới động mạch thận với cổ và thân gấp góc**

# ĐẶC ĐIỂM TRONG MỎ

## ➤ Tổn thương:

- Mở bụng theo đường trắng giữa, ổ bụng và khoang sau phúc mạc có máu đỏ tươi
- Khối phình kích thước 10 x 10 cm, dưới động mạch thận, lan xuống động mạch chậu gốc 2 bên; thành viêm dính, loét mủn; lòng nhiều huyết khối, thông vào TMC bụng (kích thước lỗ thông 2 x 2)
- Thành TMC bụng viêm mủn, hoại tử  $\frac{1}{2}$  chu vi một đoạn dài 3 cm

# ĐẶC ĐIỂM TRONG MỞ

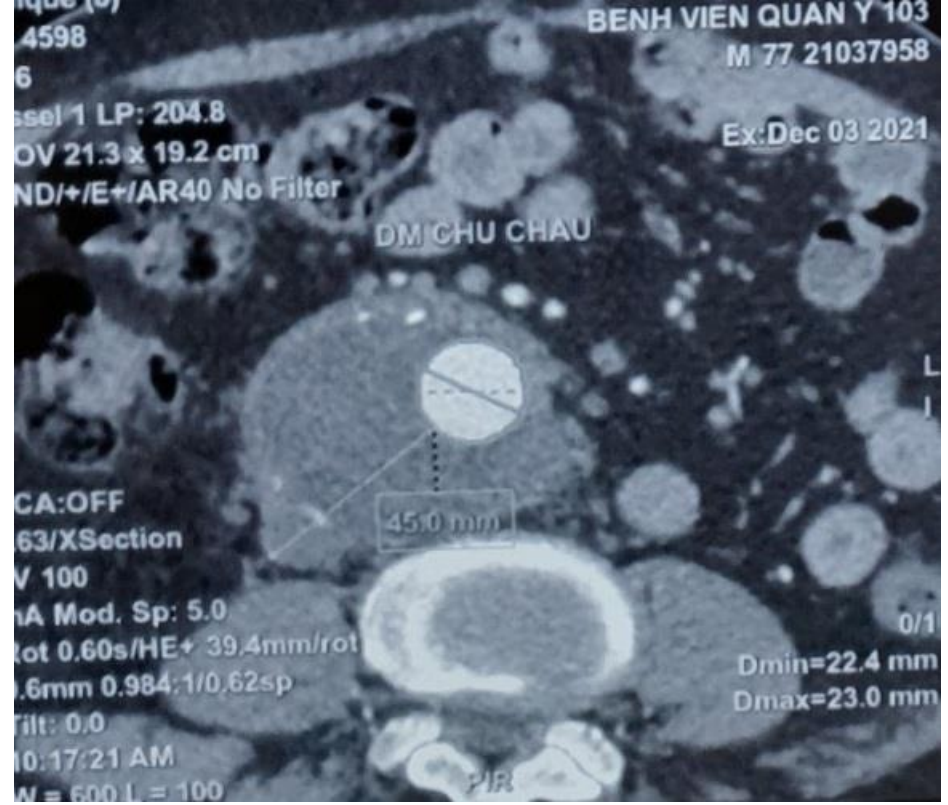
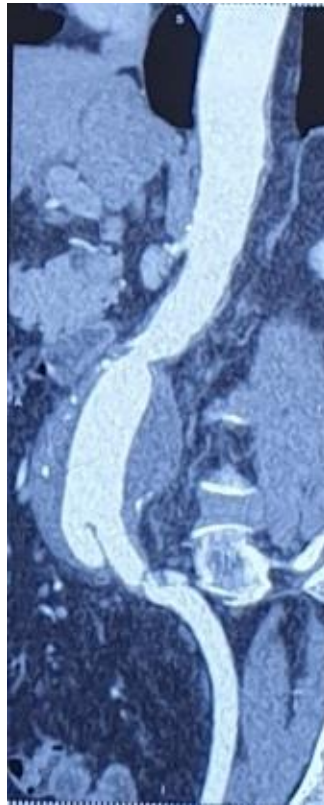
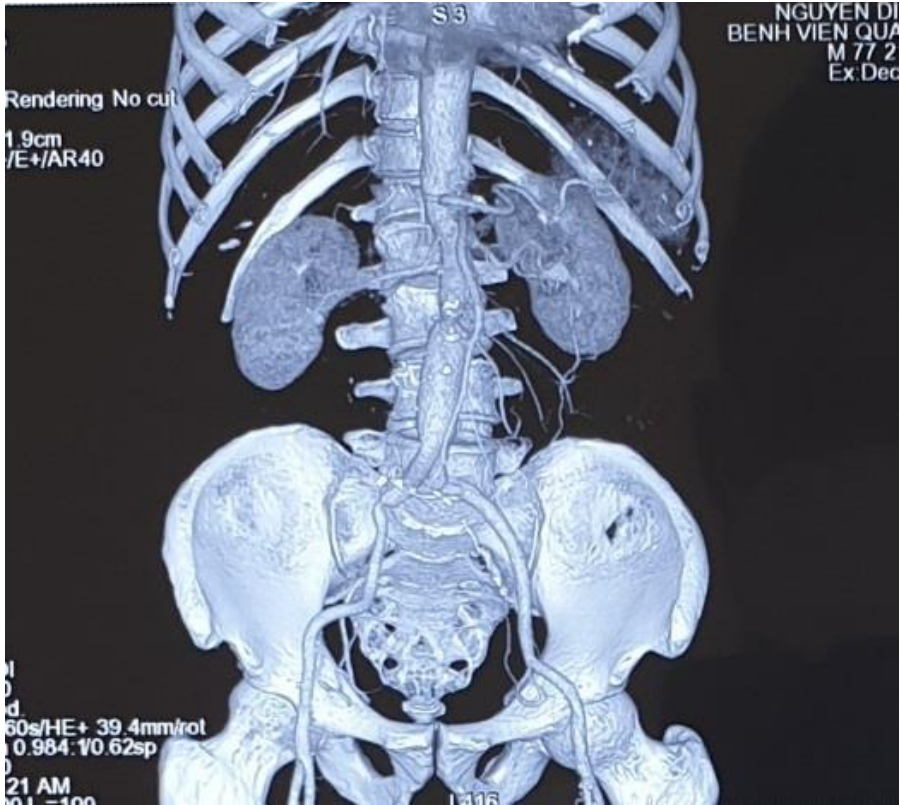
- Xử trí:
- Khống chế động, tĩnh mạch chủ
  - Mở khối phình lấy bỏ huyết khối
  - Thay đoạn động mạch chủ-chậu bằng đoạn mạch Dacron chữ Y 16 x 8
  - Cắt lọc, tạo hình TMC bằng MNTNT



# HẬU PHẪU

- Không có biến chứng nặng yêu cầu mổ lại
- Huyết động ổn định
- Chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường
- Không có thiếu máu chi
- Liệt ruột, trướng bụng, vết mổ đọng dịch, loét vùng cùng cụt
- Cải thiện dần, xuất viện sau mổ 21 ngày

# MSCT POST 1 THÁNG



# BÀN LUẬN

- Biểu chứng nguy hiểm hiếm gặp, nguyên nhân chủ yếu do vỡ phình ĐMC bụng (viêm, hoại tử thành)
- Chẩn đoán xác định bằng CTA

[Multimodal approach in coincidence of covered ruptured abdominal aortic aneurysm and aortocaval fistula]

[Article in German]

M von Heesen <sup>1</sup>, J Sperling, T Plusczyk, A Bucker, M Katoh, M K Schilling, M R Moussavian

Affiliations + expand

PMID: 21064011 DOI: 10.1055/s-0030-1267513

## Abstract

**History and admission findings:** A 71-year-old patient had been referred to our hospital with the diagnosis, made by angio-computed tomography (CTA), of a covered ruptured abdominal aortic aneurysm (AAA) resulting in an aortocaval fistula (ACF).

**Investigations:** The physical examination revealed macrohematuria and high-output heart failure with increasing circulatory insufficiency.

**Diagnosis, treatment and course:** An open endovascular procedure was not possible because the AAA had extended into both internal iliac arteries. A bifurcated prosthesis connecting to both femoral arteries was then successfully implanted and the infrahepatic aortocaval fistula closed by a patch through the AAA. Ischemic colitis, diagnosed on postoperative day 2 (POD 2), was successfully treated with antibiotics. CTA, done on POD 5, revealed a small residual ACF, filling retrogradely from the right external iliac artery via the surgically closed aneurysmal sack. Closure of the residual ACF was achieved with an Amplatz occluder inserted into the right external iliac artery, introduced percutaneously via the right femoral artery. The postoperative course was uneventful and the patient discharged on POD 13.

**Conclusion:** The coincidence of AAA and ACF is rare. However, the morbidity and mortality are high and require early diagnosis and immediate treatment.

**\* Nguồn: M von Heesen và cs (2010)**

# BÀN LUẬN

- Prasoon P Mohan và cs (2014) so sánh kết quả EVAR và OAR nhận thấy, nhóm EVAR có tỷ lệ tử vong thấp hơn, thời gian điều trị hậu phẫu ngắn hơn, chăm sóc nhẹ nhàng hơn, có thể thực hiện tốt hơn trên bệnh nhân cao tuổi với nhiều bệnh kết hợp ( $p < 0.001$ ).
- África Duque Santos và cs (2017) nhận thấy không có sự khác biệt tỷ lệ truyền máu, thời gian điều trị hồi sức, tỷ lệ tử vong ngắn và dài hạn giữa 2 nhóm trên bệnh nhân phình ĐMC do viêm.
- Nghiên cứu của H Maeda và cs (2013) cho thấy, bệnh nhân phình ĐMC do viêm được tiến hành EVAR có tỷ lệ xơ hóa ĐMC và thận ứ nước lên tới 50%.

# BÀN LUẬN

- Mặt khác, khối phình có đường kính cổ  $> 32\text{mm}$ , chiều dài cổ  $< 10\text{mm}$ , góc cổ-thân  $> 60^\circ$ ; động mạch chậu gấp khúc nhiều, đường kính động mạch chậu ngoài  $< 6\text{mm}$  không phù hợp cho EVAR (Bethany J. Slater và cs 2008).

→ Phẫu thuật là phương pháp an toàn, hiệu quả, phổ biến



Khối phình với cổ và thân gấp góc nhiều

**THANKS FOR YOUR ATTENTION**