

CAN THIỆP NỘI MẠCH NÚT SHUNT VỊ THẬN KHÔNG LỖ NGƯỢC DÒNG: BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP

*Lê Minh Tuấn¹, Ngô Đắc Hồng Ân¹, Huyền Tôn Nữ Hồng Hạnh², Đặng Quang Hùng²,
Lê Hoàng Huy², Trương Xuân Long³, Trần Văn Huy³, Lê Trọng Bình¹*

- (1) Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế
- (2) Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế
- (3) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

ltbinh.cdha@huemed-univ.edu.vn

Giới thiệu

- Khoảng 50% bệnh nhân xơ gan tăng áp cửa có GOV
- Chảy máu do vỡ GOV: biến chứng nặng, thường gặp
- Vỡ GV: ít gặp nhưng nặng nề hơn (20%), tiên lượng xấu hơn EV
- Khoảng 35-90% bệnh nhân có chảy máu do vỡ GV sẽ tái phát
- Lần xuất huyết sau thường sẽ nặng và có tỉ lệ tử vong cao hơn
- Mortality 30-50% tùy thuộc vào bệnh nền, kích thước GV và các dấu hiệu cảnh báo nguy cơ vỡ
- 60-85% IGV có GRS (Gastrorenal shunt)

Giới thiệu

- PARTO (Plug-assited Retrograde Transvenous Obliteration)
- An toàn, hiệu quả đối với bệnh nhân xuất huyết do vỡ GV
- Nguyên lý: nút tắc GRS bằng plug + gelfoam để tắc hoàn toàn GV
- Plug oversize: ít nhất 20-25%.
- Max size 22mm
 - chỉ phù hợp cho những shunt có đường kính $\leq 18\text{mm}$
- CARTO: chi phí, thời gian thủ thuật

Mục tiêu

- Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp xuất huyết từ búi giãn tĩnh mạch dạ dày do xơ gan tăng áp cửa, có GRS khổng lồ đã được điều trị thành công bằng plug 22mm.

Case 1

- 47/M
- LDVV: nôn ra máu tươi + đi cầu phân đen
- VGB + rượu
- Tiền sử: XHTH cao do vỡ GOV đã nội soi thắt

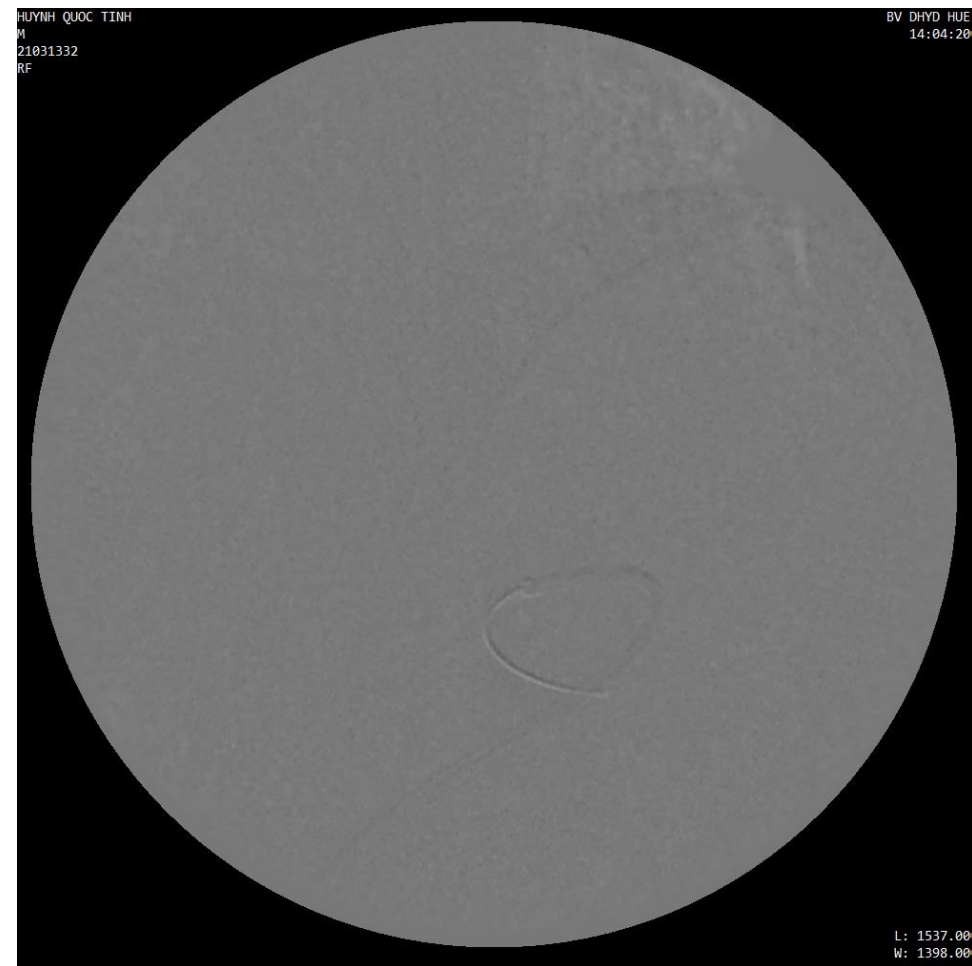


Hình 1. Phim chụp CLVT thì tĩnh mạch, mặt phẳng axial, tái tạo coronal và sagittal.

(A) Búi giãn tĩnh mạch dạ dày GOV2 (mũi tên trắng).

(B) Tĩnh mạch vị trái (mũi tên màu da cam) giãn lớn, cấp máu cho búi giãn tĩnh mạch dạ dày.

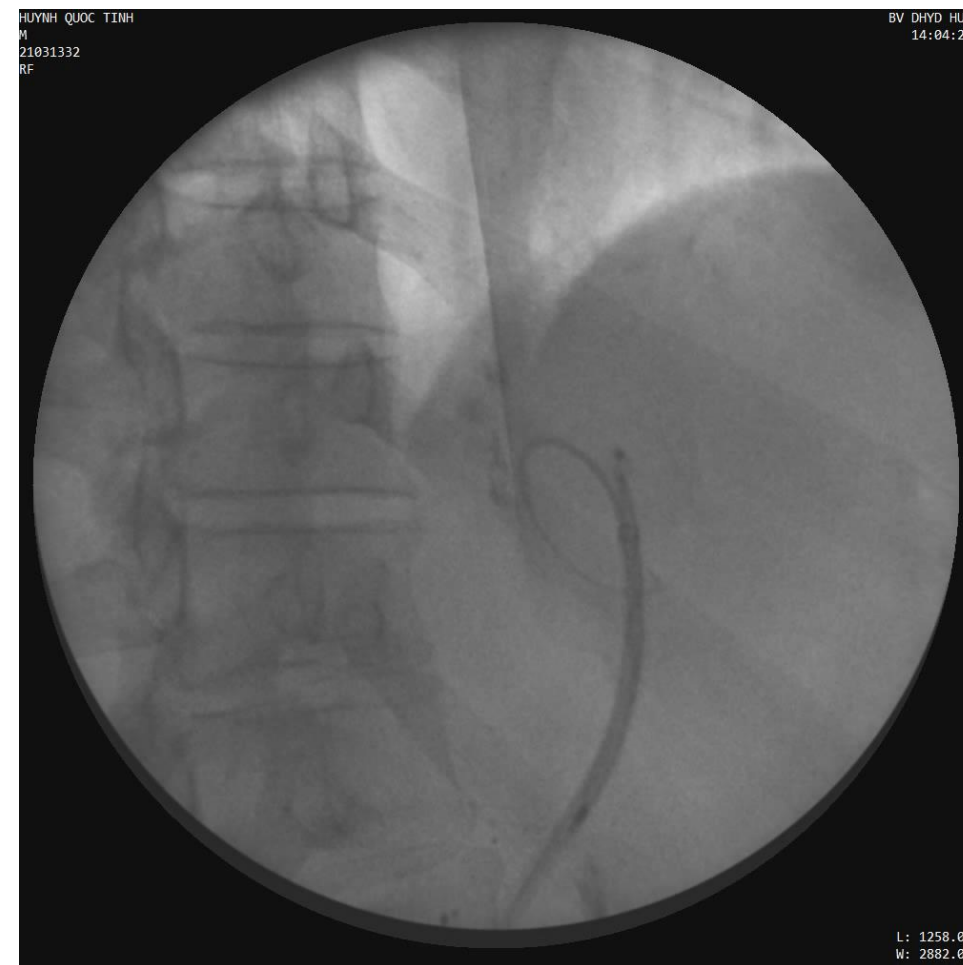
(C, D) Luồng thông dạ dày-thận (mũi tên xanh) kích thước lớn và tuần hoàn bàng hệ qua tĩnh mạch hoành dưới trái (mũi tên vàng).



- Tiếp cận từ TM đùi phải bằng micro puncture set
- Đặt long sheath 6F (Ansel Flex Cook) vào TM thận trái. Cobra 5F vào GRS
- GRS khẩu kính lớn, dòng chảy cao, aneurysmal, multi segments, waist



- Chọn lọc các nhánh collateral bằng microcatheter Progreat 2.7F
- Gastrophrenic, gastrocaval collateral. Nút mạch bằng 2 micro coil (2mm Nester, Cook)



- Exchange dây dẫn cứng Lunderquist (Cook), long sheath 10F (Flexor, Cook)
- Microcatheter in-place
- AVP II 22mm (St Jude)



Bơm Gelfoam cỡ lớn
Coil: ngách giữa mesh và GRS

Sau can thiệp

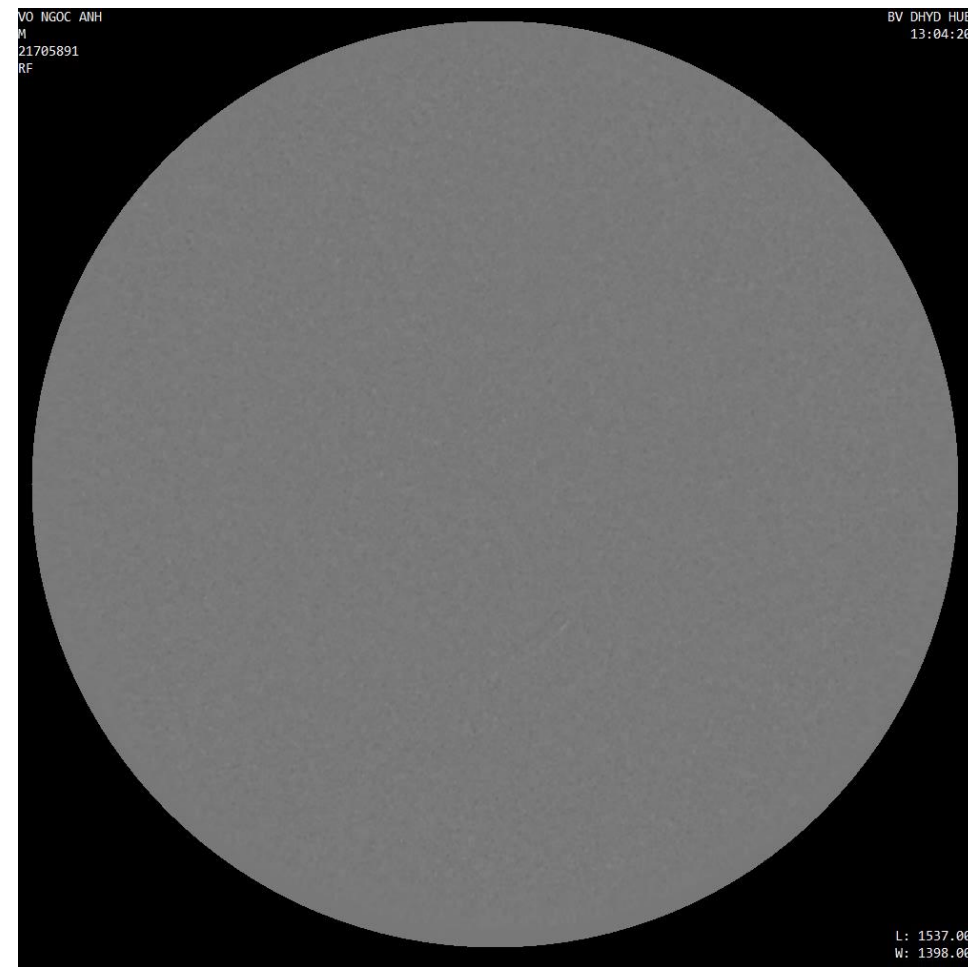
- Đau bụng âm ỉ, sốt nhẹ
- Dịch tự do KPM tăng
- Nội soi: giãn TM TQ độ I→II
- EUS 5 ngày: huyết khối toàn bộ GV
- Xuất viện sau 14 ngày
- Không XHTH tái phát sau 10 tháng

Case 2

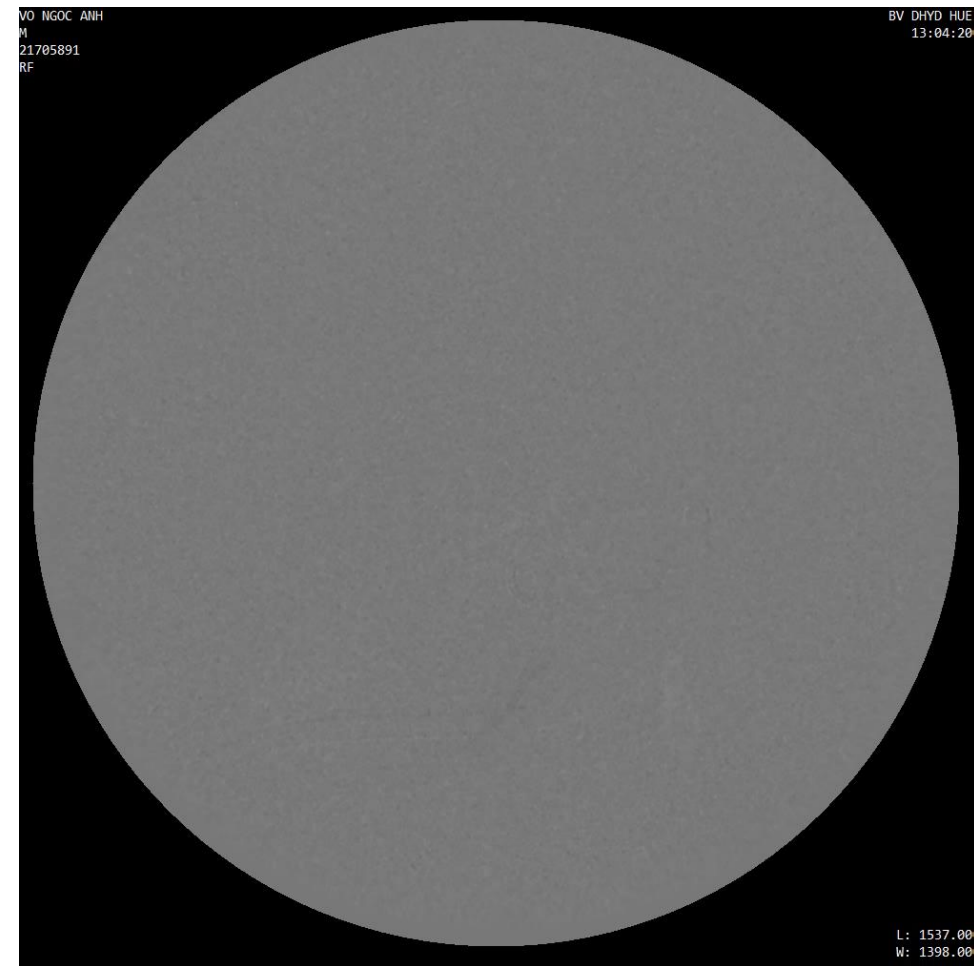
- 58/M
- HBV + Nghiện rượu
- LDVV: nôn ra máu
- Tiền sử: XHTH cao do vỡ GOV đã nội soi thắt



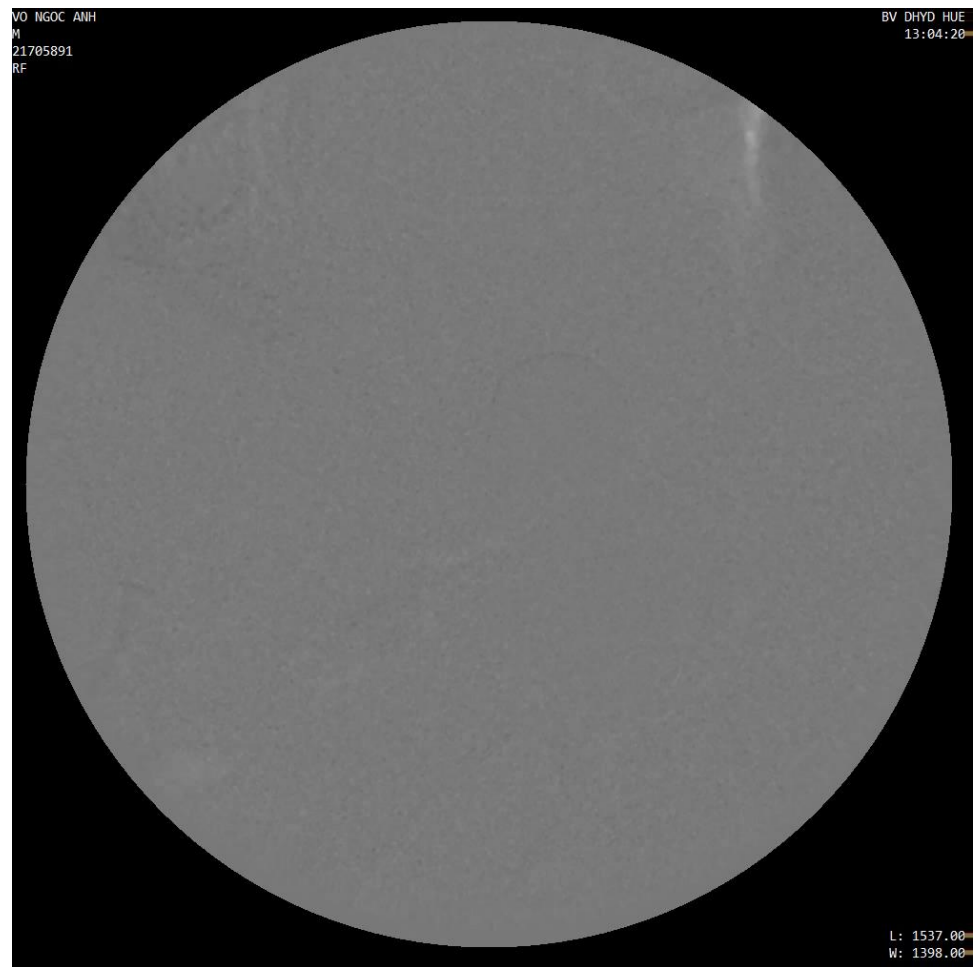
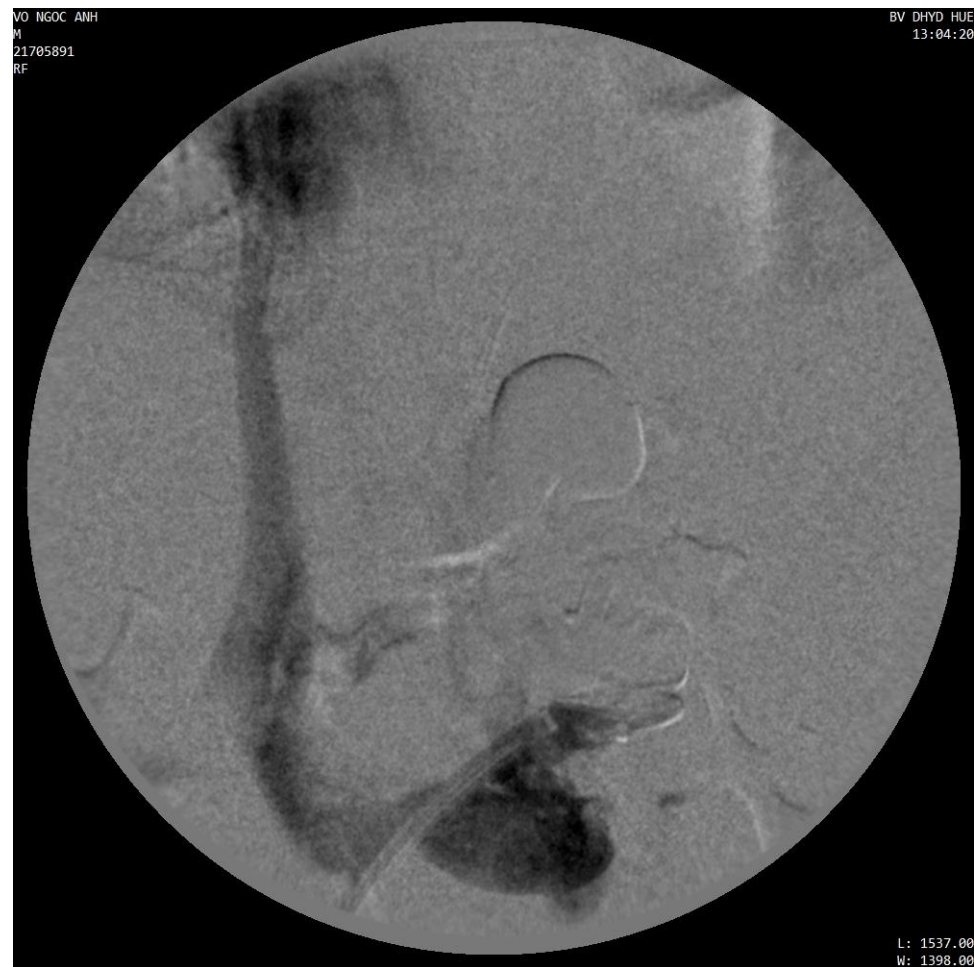
Hình 3. Phim chụp CLVT thì tĩnh mạch, mặt phẳng axial, tái tạo coronal và sagittal. (A,B) Tĩnh mạch vị trí (mũi tên trắng) cấp máu cho búi giãn tĩnh mạch dạ dày (mũi tên vàng). (C, D) GRS kích thước lớn, giãn ngoằn ngoèo, có nhiều ngán (mũi tên xanh).



Giant GRS, aneurysmal, multisegment



Super stiff wire (Lunderquist), Long sheath 10F (Flexor)



Microcatheter Progreat 2.7F in-place
AVP II, 22mm
Gelfoam slurry

Sau can thiệp

- Đau bụng + sốt nhẹ
- EUS huyết khối lấp đầy GV
- Không XHTH tái phát sau 10 tháng

BÀN LUẬN

- Chảy máu do giãn tĩnh mạch dạ dày thực quản là một trong các biến chứng lớn do tăng áp cửa gây ra ở bệnh nhân xơ gan
- Theo khuyến cáo mới nhất năm 2020 của Hội Gan Mật Hàn Quốc, PARTO là kỹ thuật lựa chọn đầu tay để điều trị xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch đáy vị bên cạnh tiêm xơ búi giãn và TIPS

BÀN LUẬN

- Để đạt được thành công về mặt kỹ thuật, kích thước của plug phải lớn hơn kích thước luồng thông 20-25%. Hiện nay, đường kính tối đa của plug trên thị trường là 22mm khiến cho thủ thuật PARTO khó áp dụng với các GRS có kích thước từ $\geq 18\text{mm}$.
- Chúng tôi khắc phục nhược điểm này bằng cách:
 - Đưa dây dẫn siêu cứng (Lunderquist) và long sheath 10F vào sâu trong GRS để làm thẳng shunt
 - Thả và kéo plug xuống (pull down technique) đúng vị trí của 2 đoạn giãn dạng nang, sao cho phần giữa của plug II được neo cố định vào phần eo gấp khúc của shunt
 - Kết hợp với coil để bít hoàn toàn luồng thông và cố định plug.

KẾT LUẬN

- PARTO có thể được cân nhắc thực hiện ở những bệnh nhân có GRS khổng lồ, nghèo nàn, có ngấn.
- Đánh giá đầy đủ đặc điểm giải phẫu của GRS trên CLVT trước thủ thuật có ý nghĩa quyết định đến thành công của thủ thuật.

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN

