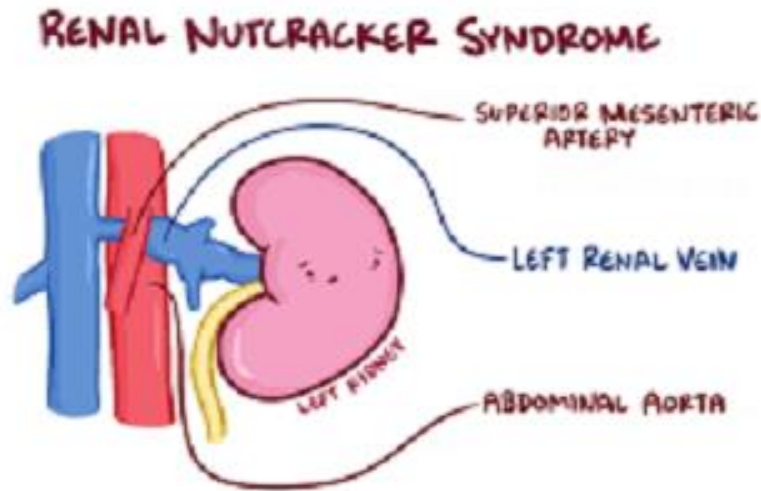


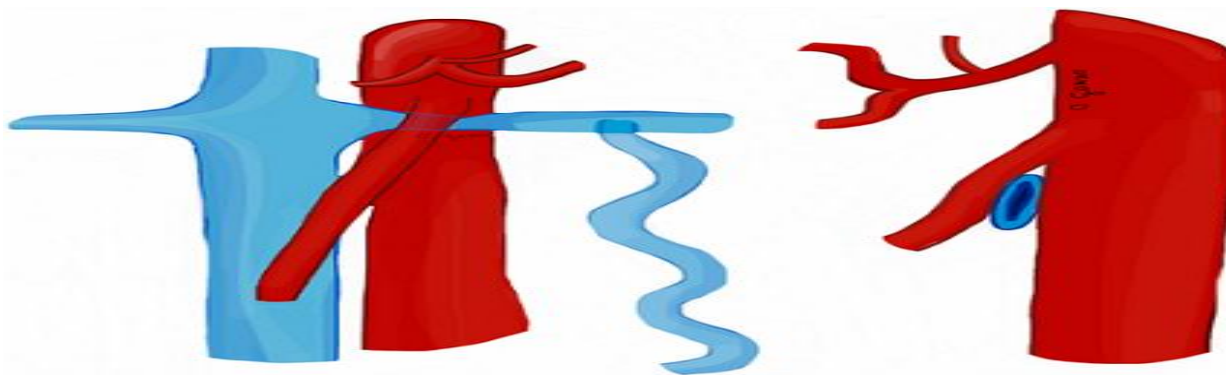
CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG “KẸP HẠT DẼ” (NUTCRACKER) TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC: THÔNG BÁO HAI CA LÂM SÀNG



Dr. Lê Nhật Tiên và cộng sự
Trung tâm tim mạch và lồng ngực
Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

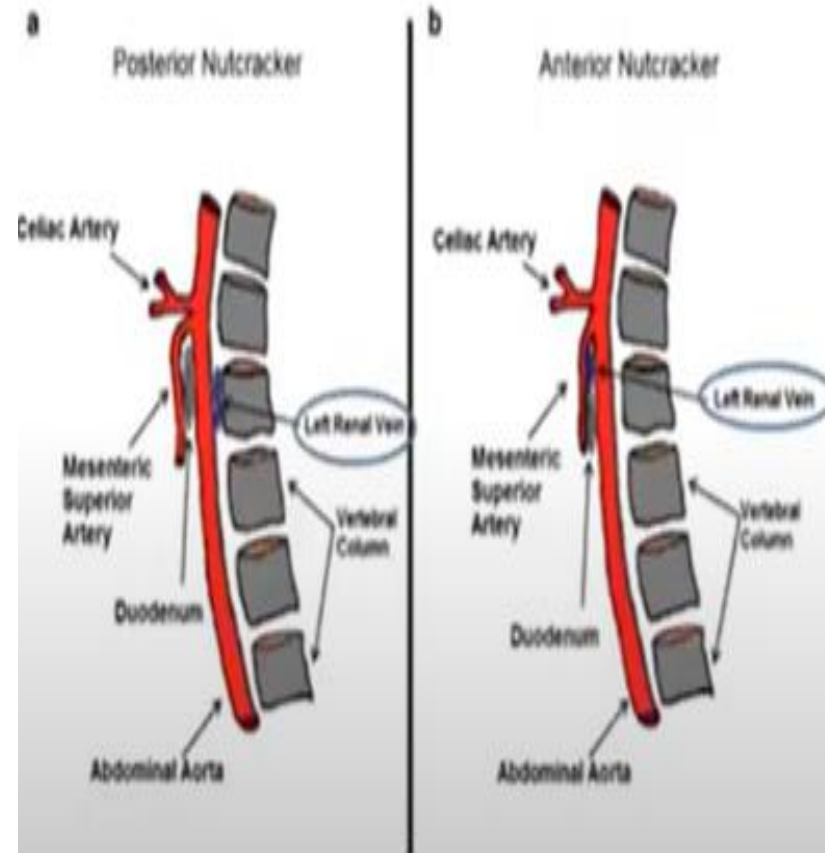
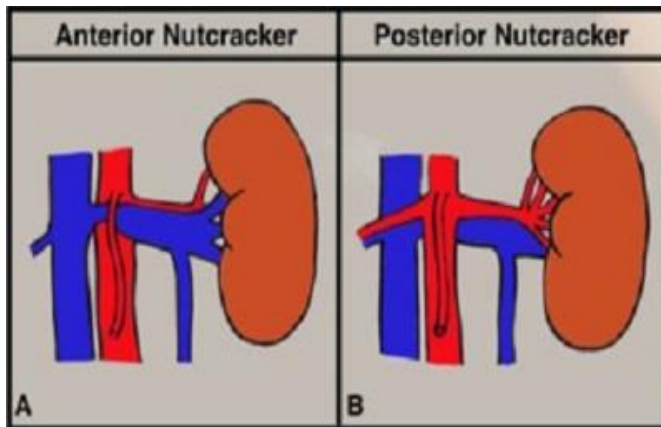
Tổng Quan

- ❖ Hội chứng Nutcracker là một hội chứng lâm sàng hiếm gặp.
- ❖ Nguyên nhân chính gây ra là do sự chèn ép gây hẹp tĩnh mạch thận trái.
- ❖ Hội chứng Nutcracker được mô tả lần đầu bởi Grant vào năm 1937. Năm 1950, Mina và El-Sadr đã mô tả rất rõ về hội chứng kẹp hạt dẻ trên giải phẫu tử thi.
- ❖ Đặc trưng: là sự chèn ép của động mạch mạc treo tràng trên của tĩnh mạch thận trái, do đó cản trở sự trở về của tĩnh mạch phụ thuộc vào tĩnh mạch thận trái, tĩnh mạch chậu, niệu quản và tuyến sinh dục suy tĩnh mạch.
- ❖ Hậu quả: Sự chèn ép này diễn ra lâu ngày sẽ gây hậu quả làm giãn các tĩnh mạch quanh thận, quanh niệu quản, tĩnh mạch sinh dục và các đám rối tĩnh mạch vùng chậu.



Phân Loại

- Nut-cracker trước
- Nut-cracker sau



Nguyên nhân ít gặp

Tăng sản tụy

Hạch quanh ĐMC

Khối u sau PM

Phình ĐMC bụng

ĐM tinh hoàn trái bắt chéo TM thận trái

Phi đại tổ chức xơ-hạch giữa ĐMC & ĐMMTTT

TM thận trái nằm cao

Sa thận trái do kéo giãn TM thận trái

Cột sống quá uốn

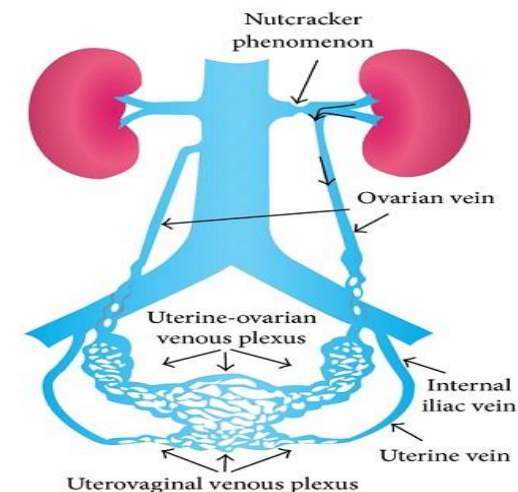
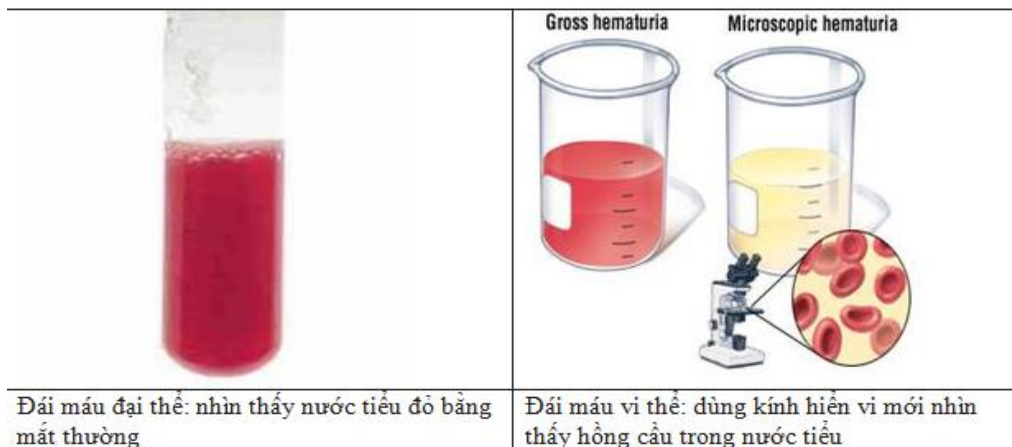
BN suy kiệt (tổ chức mỡ sau PM và mạc treo ít)

Tử cung chèn ép (PN có thai)

Abarrthan K. et al. Nutcracker Syndrome: An Update on Current Diagnostic Criteria and Management Guidelines. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery (2017)

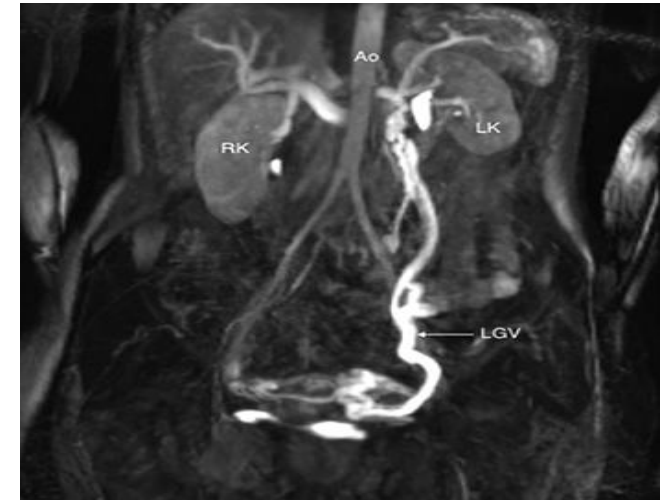
TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- ☐ Đái máu đại thể.
- ☐ Đái máu vi thể.
- ☐ Protein niệu.
- ☐ Đau hạ sườn trái.
- ☐ **Triệu chứng muộn:** hội chứng tắc nghẽn vùng chậu ở nữ giới, giãn tĩnh mạch tinh ở nam giới, mắc các bệnh thận mạn tính do tăng huyết áp tĩnh mạch thận trái lâu dài và huyết khối tĩnh mạch thận trái.



CHẨN ĐOÁN

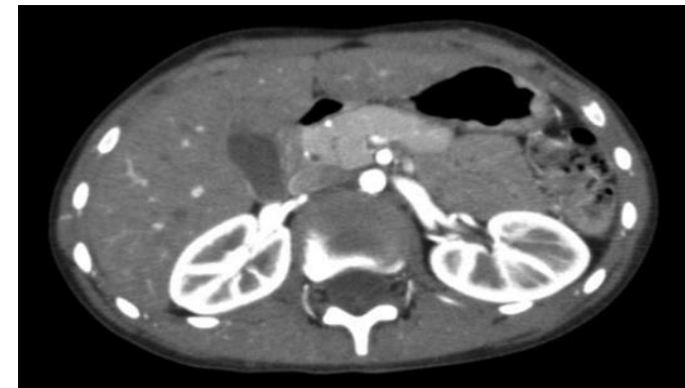
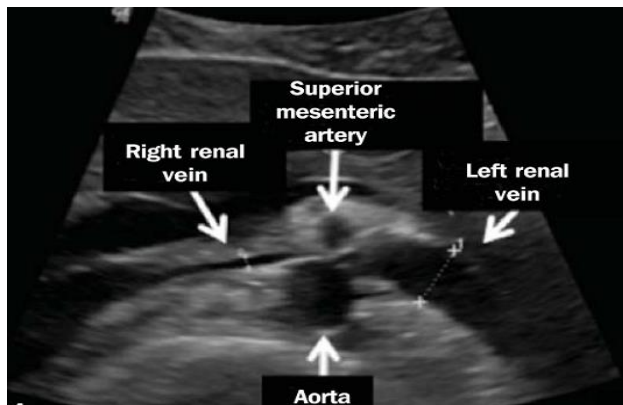
- ❖ Chẩn đoán thường được đưa ra khi đã loại trừ các nguyên nhân thường gặp khác, siêu âm có nghi ngờ.
- ❖ Chẩn đoán xác định:
 - chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang thì tĩnh mạch hoặc chụp cộng hưởng từ ổ bụng
 - Chụp mạch DSA



CHẨN ĐOÁN

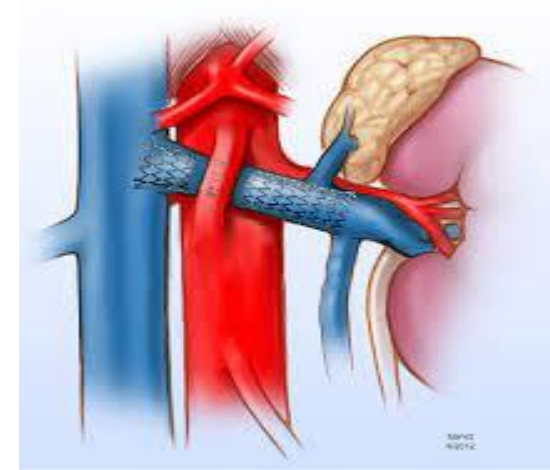
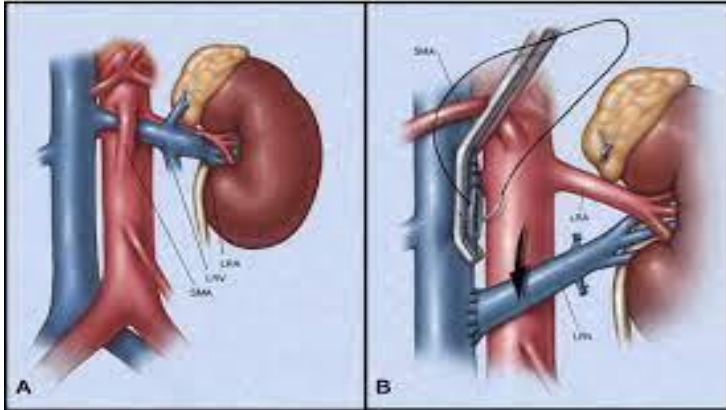
❖ Chẩn đoán hình ảnh + huyết động

- Giảm góc được tạo bởi động mạch chủ bụng và động mạch mạc treo tràng trên. Bình thường góc này khoảng 45 độ.
- Hẹp tĩnh mạch thận trái: góc tạo bởi hai thành của tĩnh mạch thận tại vị trí hẹp nhỏ hơn 35 độ.
- Giãn tĩnh mạch sinh dục trái (tĩnh mạch tinh ở nam và tĩnh mạch buồng trứng ở nữ) và các đám rối tĩnh mạch vùng chậu.
- Chênh áp tĩnh mạch thận $>3\text{mmHg}$, điều này có thể mất bởi sự phát triển của tuần hoàn bàng hệ.
- Tỷ số nén CR >2.25 với $\text{CR} = (\text{P}-\text{C})/\text{C}$ (P: Đường kính tĩnh mạch thận trái dẫn trước chỗ hẹp, C: đường kính tĩnh mạch thận trái tại vị trí hẹp)



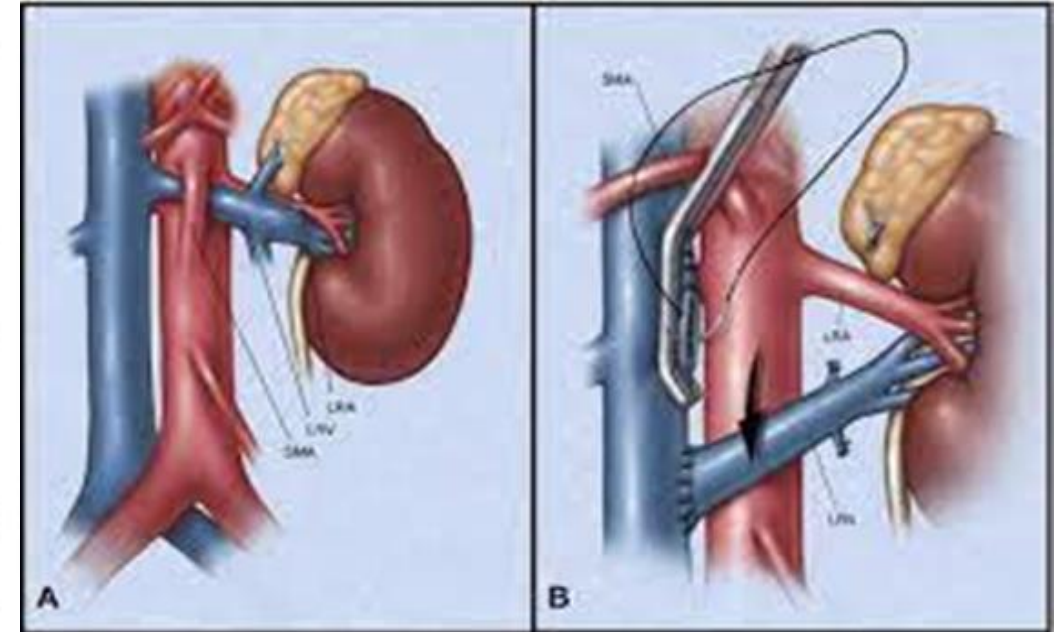
ĐIỀU TRỊ

- Điều trị nội khoa bảo tồn
- Phẫu thuật chuyển vị
- Can thiệp nội mạch: Ngày càng chiếm ưu thế do ít xâm lấn



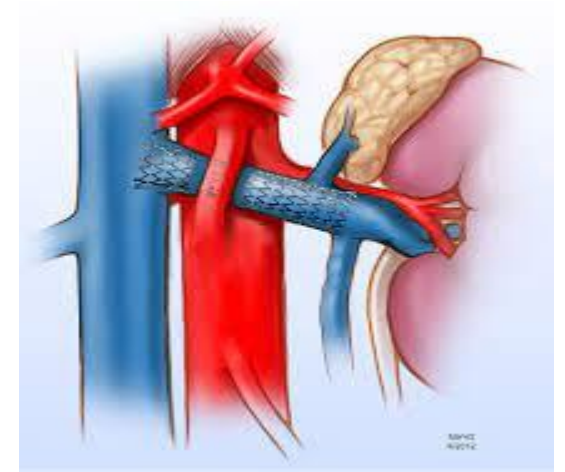
Phẫu thuật

- Hartung et al. báo cáo 42 trường hợp NCS được phẫu thuật, tỉ lệ thành công 83,3% (giảm và mất các triệu chứng lâm sàng)
- Biến chứng: mở vào ổ bụng → liệt ruột, chảy máu sau mổ, huyết khối tĩnh mạch, chảy máu sau mổ, rò bạch huyết, thiếu máu thận.
- Báo cáo của Gloviczki trên 11 BN với thời gian theo dõi trung bình 70 tháng cho thấy kết quả tốt ở 10/11 BN (mặc dù có 3 BN mổ lại do HK TM thận)



CAN THIỆP

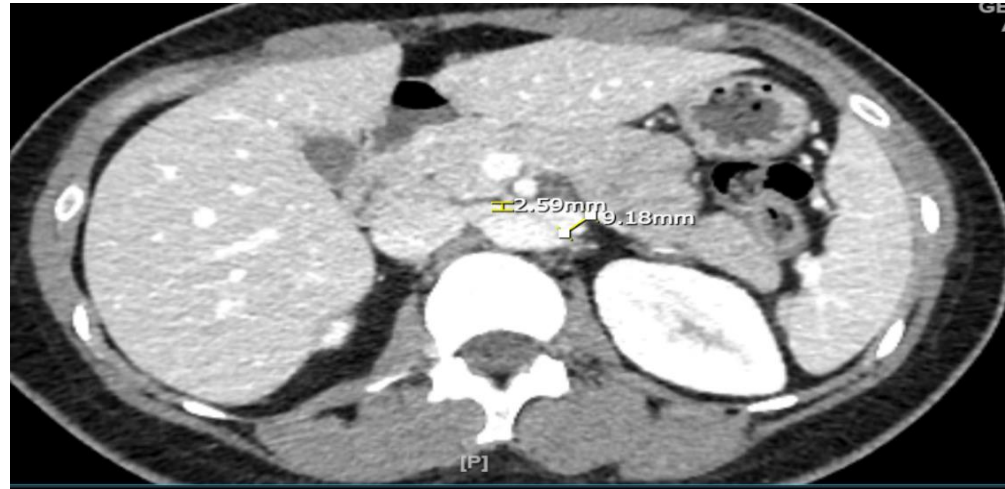
- Việc sử dụng đặt stent tĩnh mạch thận trái dựa trên việc thành công trong can thiệp hội chứng Budd-Chiari và tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên
- [ShanwenChenHongkunZhan](#), năm 2011 nghiên cứu 61 ca Nutcracker, trong đó 59 ca được can thiệp, tất cả đều cải thiện triệu chứng đái máu và giảm đau hông lưng sau 06 tháng theo dõi. Cho thấy cải thiện rõ rệt đường kính, chênh áp, vận tốc của tĩnh mạch
- Tuy nhiên, rủi ro can thiệp: Trôi stent, tắc stent, di chuyển stent về nhĩ phải



Neste MG, Narasimham DL, Belcher KK. Endovascular stent placement as a treatment for renal venous hypertension. J Vasc Interv Radiol 1996;7:859e61.
Chen S, Zhang H, Shi H, Tian L, Jin W, Li M. Endovascular stenting for treatment of Nutcracker syndrome: report of 61 cases with long-term followup. J Urol 2011;186:570e5

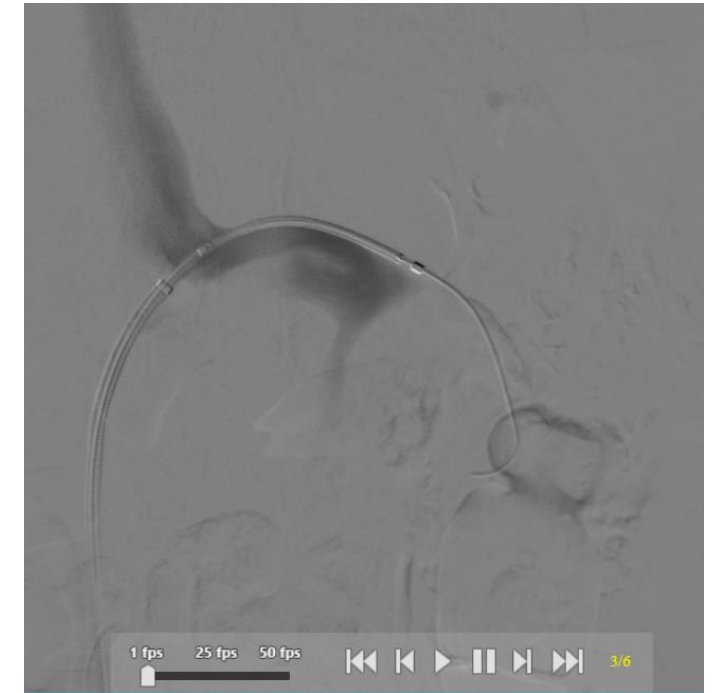
CA LÂM SÀNG 1

- Bệnh nhân nữ, 24 tuổi, từ nhỏ có tiền sử khỏe mạnh.
- Triệu chứng: đái máu tái diễn nhiều lần trong vòng 6 tháng
Kết quả khám chuyên khoa tiết niệu không phát hiện bất thường, không có rối loạn đông máu.
- Siêu âm Doppler mạch ổ bụng: tĩnh mạch thận trái bị chèn ép, kẹp giữa ĐM MTTT và ĐMC bụng=> nên được chuyển khám chuyên khoa tim mạch.
- Kết quả chụp CLVT mạch máu ổ bụng có tiêm thuốc cản quang: tĩnh mạch thận trái bị kẹp giữa ĐM MTTT và ĐMC bụng, với đường kính trước sau trước chỗ kẹp giãn to 9,18mm, còn tại chỗ kẹp chỉ 2,59mm



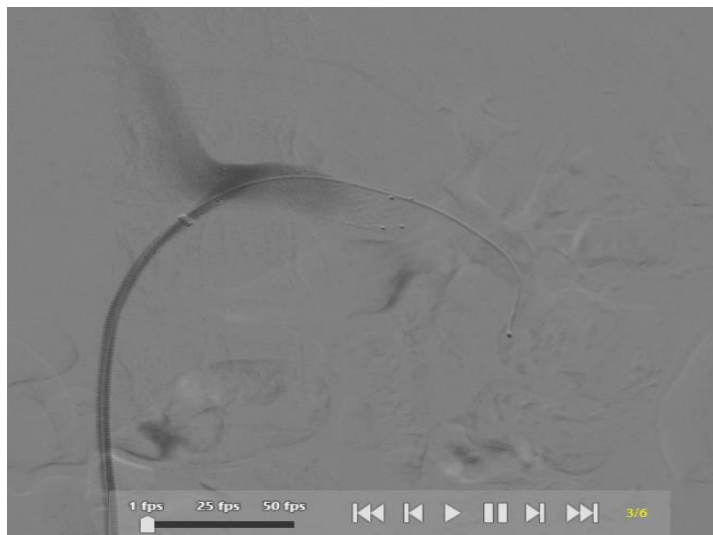
CA LÂM SÀNG 1

- ❖ Với chẩn đoán hội chứng Nutcracker bệnh nhân được chỉ định can thiệp nội mạch để giải phóng sự chèn ép tĩnh mạch thận trái:
 - Tĩnh mạch thận trái hẹp khít nằm cách lỗ đổ vào tĩnh mạch chủ 15mm, đường kính trước và sau chỗ hẹp 10mm, còn tại chỗ hẹp chỉ 3mm
 - Áp lực trước chỗ hẹp 14mmHg, sau chỗ hẹp 10mmHg;
 - Tĩnh mạch buồng trứng trái giãn lớn



CA LÂM SÀNG 1

Kết quả trong khi can thiệp: nong chỗ hẹp bằng bóng 10mm và đặt 1 stent lưới tự nở Sinus-super Flex-635 10x40mm; chụp kiểm tra thấy chỗ hẹp tĩnh mạch thận mở rộng tối đa; kết thúc thủ thuật thuận lợi.



CA LÂM SÀNG 1

Theo dõi:

- Sau thủ thuật bệnh nhân hết đái máu, không đau, theo dõi sau 5 ngày ổn định, chụp CLVT thấy tĩnh mạch thận thông tốt và được ra viện.
- Thuốc chống đông dùng đường uống.
- Kiểm tra lâm sàng, siêu âm Doppler mạch thận, cắt lớp sau 01 tháng, 03 tháng, 06 tháng hết đái máu, xét nghiệm nước tiểu không còn hồng cầu, không đau bụng



CA LÂM SÀNG 2

Ca thứ hai. Bệnh nhân nữ 17 tuổi, không có bệnh lý mạn tính, đi khám vì nhiều đợt đái máu từ 1 năm nay, đau tức vùng hạ sườn trái.

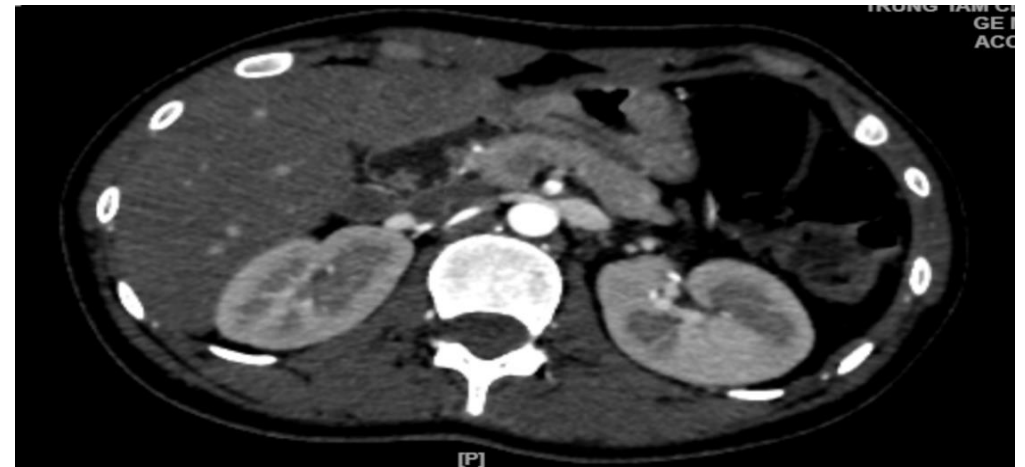
Khám sản phụ khoa và tiết niệu, không phát hiện bất thường, điều trị nội khoa không cải thiện triệu chứng.

Trên siêu âm Doppler mạch máu ổ bụng phát hiện tình trạng tĩnh mạch thận trái chèn ép bởi ĐM MTTT và ĐMC bụng, nên bệnh nhân được chuyển khám chuyên khoa ngoại tim mạch.



CA LÂM SÀNG 2

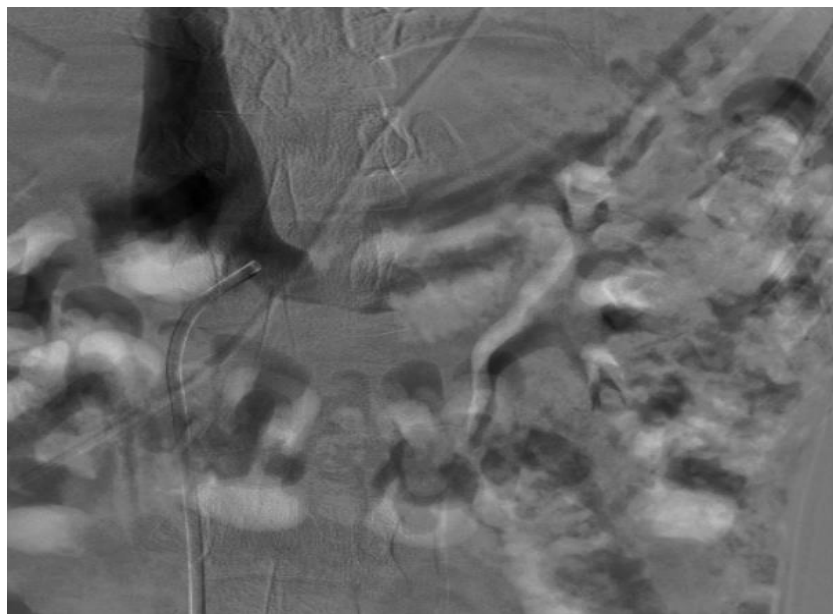
CLVT ổ bụng: hình ảnh tĩnh mạch thận trái bị chèn ép rất rõ với đường kính trước chỗ hẹp gần 10,15mm, còn tại chỗ hẹp chỉ 2,3mm, dòng chảy trong tĩnh mạch chậm



CA LÂM SÀNG 2

Với chẩn đoán xác định là hội chứng Nutcracker, do tuổi còn trẻ nên bệnh nhân được nhập viện điều trị bảo tồn tích cực, nhưng các triệu chứng không thuyên giảm, gây ảnh hưởng nhiều cuộc sống

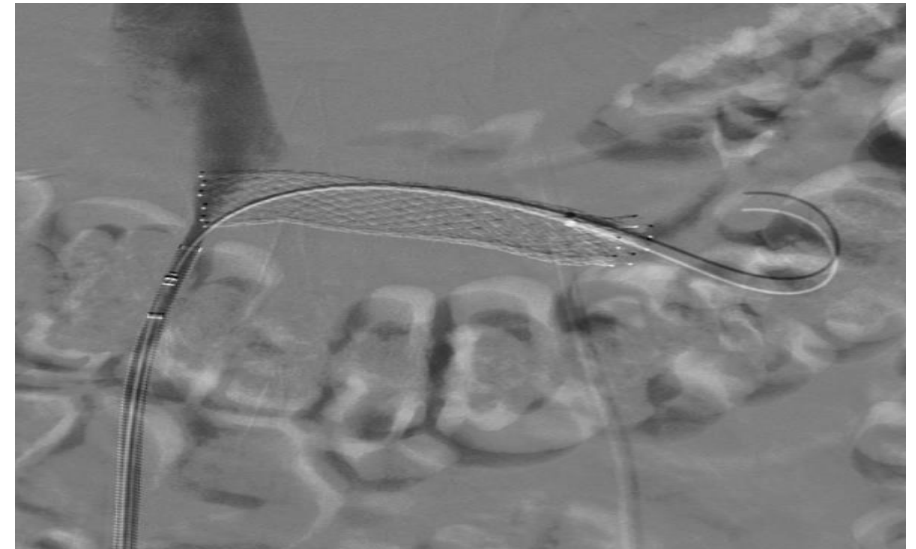
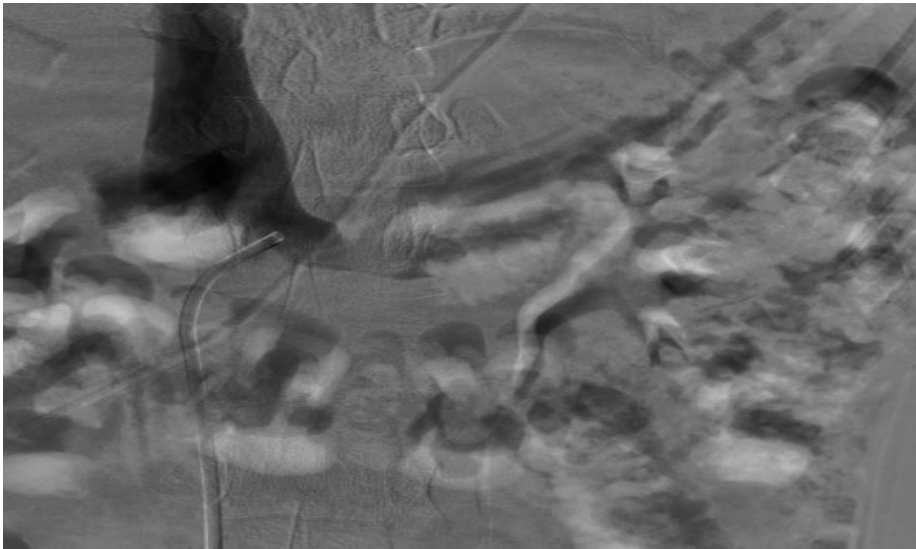
Sau đó được đề nghị phẫu thuật mở chuyển vị tĩnh mạch thận, nhưng bệnh nhân không đồng ý – muốn chọn giải pháp ít xâm lấn bằng can thiệp nội mạch



CA LÂM SÀNG 2

Tiến hành can thiệp nội mạch: chụp tĩnh mạch thận trái cho kết quả hẹp 70% sát lỗ tĩnh mạch thận trái, đo áp lực trước hẹp 12mmHg, áp lực tĩnh mạch chủ dưới 9mmHg (Hình 4).

Tiến hành can thiệp nong tĩnh mạch thận trái bằng bóng 8x60mm, đặt stent tự nở EV3 Protégé 10x60mm (Hình 4).



CA LÂM SÀNG

- Sau can thiệp không có biến chứng, các triệu chứng thuyên giảm dần, hết hắt đái máu đại thể, giảm đau vùng hạ sườn trái, được chụp CLVT kiểm tra thấy stent đúng vị trí, đường kính 9,11mm, dòng máu thông tốt, và được ra viện sau can thiệp 1 tuần. Theo dõi đến nay 6 tháng cho kết quả tốt



KẾT LUẬN

- Can thiệp nội mạch đặt stent tĩnh mạch thận trái điều trị hội chứng Nutcracker là một phương pháp điều trị ít xâm lấn, hứa hẹn đem lại nhiều lợi ích và kết quả khả quan.
- Can thiệp phải tuân thủ dùng chống đông tránh tắc stent



Thank you for your attention !

