

Lao thành động mạch chủ bụng

Hồ Khánh Đức

Trưởng khoa Khoa Phẫu thuật Tim – Mạch máu, Bệnh viện Bình Dân TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Lao thành động mạch chủ (ĐMC), thường là thứ phát sau lao phổi hoặc lao ngoài phổi. Bệnh cực kỳ hiếm với biểu hiện của túi phình giả và nguy hiểm nếu không phát hiện kịp thời. Đa số các nghiên cứu trên thế giới là báo cáo trường hợp. Các trường hợp kháng thuốc lao hay suy giảm miễn dịch có thể làm tăng số ca phình giả do lao trong tương lai. Biểu hiện lâm sàng của bệnh đa dạng, từ phình không triệu chứng đến đau bụng và có thể biểu hiện sốc mất máu do vỡ phình.

Chúng tôi báo cáo ba trường hợp bị lao thành ĐMC bụng dưới thận có biến chứng. Hai trường hợp vỡ sau phúc mạc tạo phình dạng túi, đau, và một trường hợp vỡ vào tá tràng gây xuất huyết tiêu hoá trên nặng vào cấp cứu trong khoảng thời gian từ 12/2019 – 5/2020 và được mổ cấp cứu. Hai bệnh nhân có tiền sử điều trị lao. Cả ba bệnh nhân đều được phẫu thuật cấp cứu, cắt lọc thành túi phình động mạch chủ bị nhiễm lao và thay bằng ống ghép mạch máu nhân tạo hai trường hợp và khâu cột ĐMC một trường hợp. Kết quả giải phẫu bệnh thành mạch sau mổ khẳng định lao thành động mạch chủ. Bệnh nhân tiếp tục điều trị thuốc lao sau phẫu thuật theo phác đồ.

Lao động mạch chủ có biến chứng cần được chẩn đoán và điều trị sớm. Kết hợp phẫu thuật và điều trị thuốc kháng lao theo phác đồ cho kết quả sống còn cao và giảm nguy cơ tái phát.

TỔNG QUAN

Bệnh lao vẫn còn là vấn đề sức khoẻ của toàn cầu. Bệnh gây tử vong cho hàng triệu người trên thế giới mỗi năm và là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ hai do bệnh nhiễm. Tổ chức y tế thế giới báo cáo 8 triệu ca mắc mới và khoảng 1,3 triệu người chết do bệnh vào năm 2012 [1]. Bệnh Lao có thể có những biểu hiện lâm sàng khác nhau do sự lan truyền đến các cơ quan khác ngoài phổi.

Lao thành động mạch chủ (ĐMC), thường là thứ phát và cực kỳ hiếm với biểu hiện như viêm ĐMC hay tạo thành túi phình. Do nguyên nhân lan trực tiếp từ cơ quan xung quanh hay từ đường máu, viêm ĐMC được hình thành, và từ đó thành ĐM bị phá huỷ. “Phình ĐMC dạng viêm lao có triệu chứng” hiếm gặp, nhưng tổn thương có thể nguy hiểm chết người khi không được chẩn đoán kịp thời [2]. Các báo cáo trên thế giới về bệnh cũng không nhiều, chủ yếu là các báo cáo mô tả trường hợp bệnh (case report). Một báo cáo hồi cứu năm 1933 chỉ có 21 trường hợp và năm 1965 ghi nhận có 51 bệnh nhân (Bn) [3].

Tại Việt Nam, các báo cáo về phình ĐMC do lao rất ít. Đầu năm 2020, chúng tôi gặp 3 trường hợp tại Bệnh viện Bình Dân. Chúng tôi mô tả hai trường hợp bệnh nhân nhập cấp cứu vì đau bụng cấp và một trường hợp xuất huyết tiêu hoá trên nặng. Sau khi được chẩn đoán bằng lâm sàng, hình ảnh học với chẩn đoán là phình giả ĐMC dọa vỡ

và rò tá tràng – ĐMC bụng, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cấp cứu, mở và thay túi phình bằng ống ghép nhân tạo cho hai trường hợp và khâu cột ĐMC cho trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng. Kết quả sinh thiết vô túi phình cho kết quả là lao thành ĐMC. Bệnh nhân được tiếp tục điều trị lao theo đúng phác đồ.

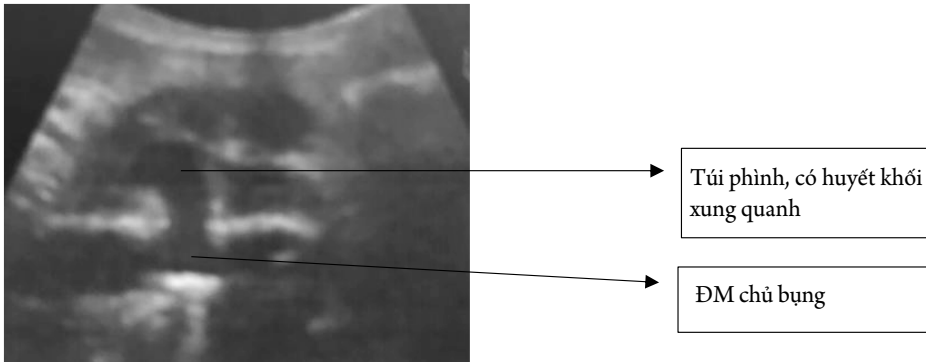
CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân 1:

Bn nam, 50 tuổi, quê quán Trà Vinh, nhập cấp cứu, tháng 12/2019, vì đau bụng cấp vùng quanh rốn. Bn có tiền căn điều trị lao phổi. Bn đau bụng

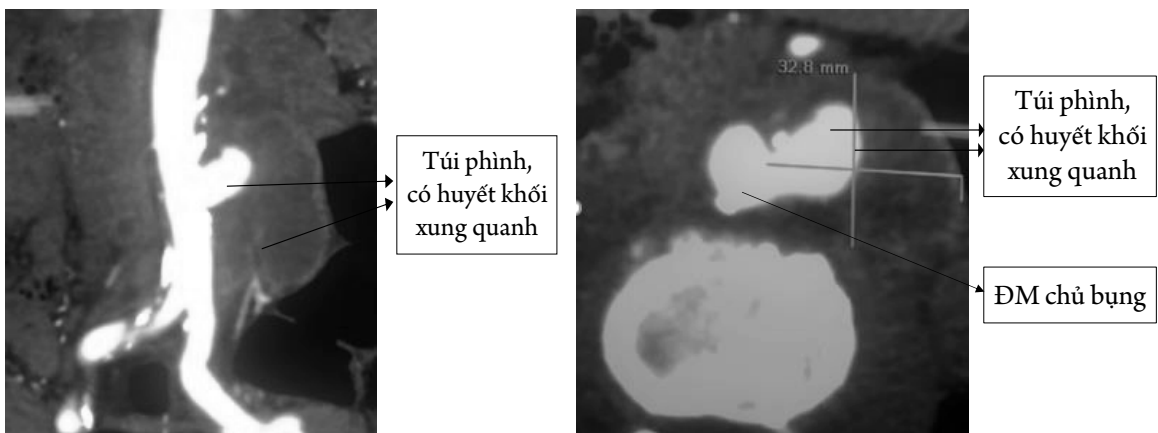
liên tục vùng quanh rốn và hông lưng trái 1 tuần. Được điều trị tại địa phương với chẩn đoán sỏi thận trái. Bn được chuyển đến Bệnh viện Bình Dân trong tình trạng đau bụng nhiều, tinh táo, sinh hiệu ổn (Mạch: 90, HA: 14/9 cmHg; Nhiệt độ: 37). Khám bụng mềm, ấn đau và để kháng thành bụng vùng quanh rốn, có khối cạnh rốn đập theo nhịp tim, ấn đau. Thể trạng gầy (BMI: 18).

Kết quả siêu âm bụng ghi nhận: ĐMC bụng dưới thận có rách thành bên trái (lỗ rách đường kính 9mm), tạo túi giả phình lớn, có huyết khối ngoại vi túi phình và quanh ĐMC bụng, dài 75mm, đường kính trước sau 41mm, đường kính ngang 56mm.

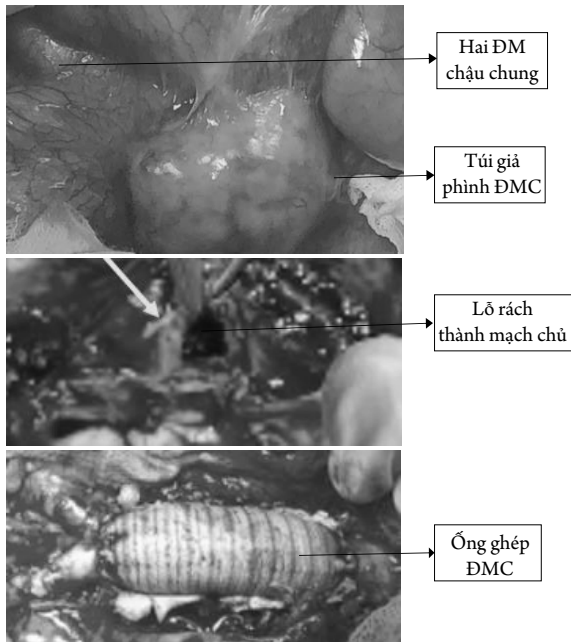


Hình ảnh siêu âm

MSCT scan ghi nhận: Hình ảnh mất liên tục thành trái ĐMC bụng đoạn dưới thận tạo túi giả phình, có huyết khối chiếm phần lớn túi phình, đường kính 58mm; cổ túi phình kích thước 15mm; không thấy hạch trong vùng khảo sát.



Chẩn đoán trước mổ: Phình ĐMC bụng dưới thận dạng viêm hình túi, nguy cơ vỡ. BN được chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Sau khi bóc lộ khoang sau phúc mạc, phát hiện túi phình hình túi, dạng viêm, nằm hẳn bên trái ĐMC. Kiểm soát cổ trên túi phình và hai ĐM chậu chung. Xẻ dọc ĐMC, thành ĐM bị thủng bên trái, hình thành khối máu tụ sau phúc mạc, thành mạch xơ vữa; lỗ thủng khoảng 2cm. Sau khi nối ống ghép Dacron 16 thẳng, lấy thành mạch và hạch cạnh ĐMC làm giải phẫu bệnh (GPB). Có lấy dịch trong vỏ túi phình cấy vi trùng nhưng kết quả âm tính.



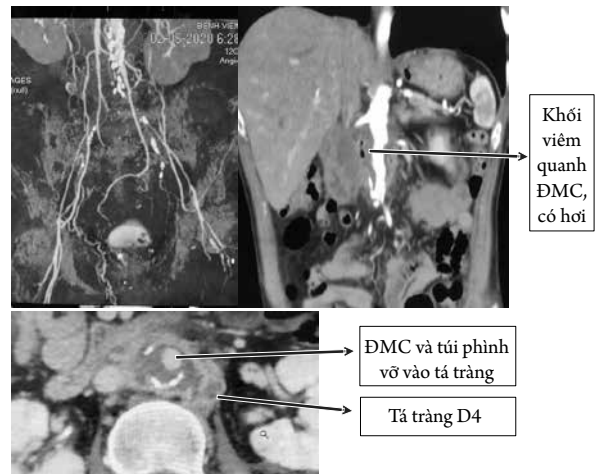
Kết quả GPB: Dưới lớp biểu mô gồm những nang lao điển hình, cấu tạo bởi phía ngoài là tế bào thượng mô, bao quanh trung tâm hoại tử, có hiện diện đại bào Langhan hình móng ngựa. Kết luận: Viêm lao thành mạch và lao hạch.



Hậu phẫu ngày thứ 4 ổn định, BN được chuyển điều trị thuốc lao theo phác đồ tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

Bệnh nhân 3:

Bn nam 64 tuổi, quê quán Cà Mau, nhập viện cấp cứu vì ói ra máu và đi cầu phân đen từng đợt lượng nhiều 5/2020. Tiền căn ghi nhận bị đoạn 2 chân tới đùi do chiến tranh. Trước đó 8 tháng, Bn bị hoại tử Fournier được phẫu thuật mở bàng quang ra da, mở đại tràng chậu hông làm hậu môn nhân tạo. Cách 3 tháng, phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo. Bn có dấu hiệu mất máu nặng, được truyền 5 đơn vị máu. Nội soi dạ dày tá tràng và đại tràng không ghi nhận chỗ chảy máu. MSCT ghi nhận có ổ viêm quanh ĐMC bụng dưới thận, có hơi, có vị trí thông thương giữa ĐMC và tá tràng D4. ĐMC bị tắc hoàn toàn đoạn cách ĐM thận 2 cm đến 2 ĐM chậu. X quang phổi có hình ảnh xơ đỉnh phổi, BK đàm (-). Chẩn đoán trước mổ: xuất huyết tiêu hoá trên do rò tá tràng – ĐMC bụng dưới thận.



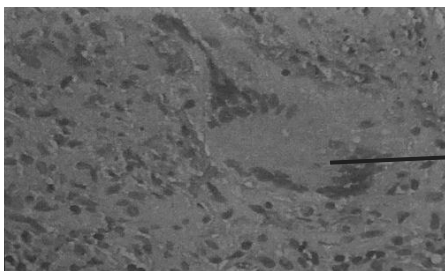
Rạch da đường giữa trên và dưới rốn, vào ổ bụng sạch, bóc lộ khoang sau phúc mạc, ĐMC bụng viêm dính. Sau khi kiểm soát cổ trên ĐMC, 2 ĐM thận, chúng tôi mở dọc ĐMC, thấy có nhiều huyết khối mới và cũ, vách ĐM bị thủng 1 lỗ khoảng 2 cm, thông vào tá tràng D4. Tách tá tràng ra khỏi vách ĐMC, khâu lỗ thủng tá tràng. Do ĐMC bụng bị tắc

hoàn toàn đến hai ĐM chậu và Bn đã được đoạn chi một phần ba dưới đùi hai chân nên chúng tôi quyết định khâu cột ĐMC sau khi cắt bỏ đoạn ĐM bị viêm dính tá tràng, không tái lưu thông mạch máu.



Rò ĐMC - tá tràng

Kết quả giải phẫu bệnh mẫu mô tá tràng và thành ĐMC cho thấy tổn thương lao, kết quả cấy vi trùng khác không mọc. Hậu phẫu Bn ổn định, và được sử dụng thuốc lao theo phác đồ.



Nang lao

BÀN LUẬN

Với tổn thương ngoài phổi, phình ĐMC do lao là một dạng tổn thương hiếm gặp của bệnh lao (Tuberculosis - TB). Một báo cáo hồi cứu dài nhất từ 1945 -1999 của R.Long và cs, ghi nhận chỉ có 41 trường hợp trên thế giới, trong đó có 22 nam và 19 nữ với độ tuổi trung bình là 50 [2,3,4].

Kamen báo cáo trường hợp đầu tiên với biến chứng nặng này của bệnh lao năm 1858 [5]. Trước năm 1950, đa số các trường hợp được báo cáo sau khi tử thiết. Vài năm sau, với sự tiến bộ của y khoa, chẩn đoán được trước mổ và điều trị thành công nhiều hơn [1,5]. Canaud và cs đã báo cáo 3 trường hợp phình ĐMC bụng lao năm 2008 và hồi cứu lại 15 trường hợp từ 1999 đến 2008 [2]. Một hồi cứu khác

trong y văn tiếng Anh từ 2008-2017 của Manika, ghi nhận khoảng hơn 28 trường hợp, gồm 18 nam và 10 nữ từ 16 -84 tuổi (trung bình : 44,64 ± 18,16). Trong đó, 7 Bn có tiền sử điều trị lao phổi [3].

Mặc dù ghi nhận số ca mắc thấp từ trước tới nay, nhưng có thể sẽ tăng trong tương lai do tăng số Bn suy giảm miễn dịch và kháng thuốc lao. Lý do khác gợi ý khả năng tăng sấp tới là sự xuất hiện của nhiễm vi trùng lao không điển hình và thủ thuật bơm BCG vào trong bàng quang điều trị ung thư. Phình ĐMC từ vi trùng lao trong tế bào đã được báo cáo và 2 trường hợp sau bơm BCG [3].

Tất cả các đoạn của ĐMC đều có thể bị. Theo K.Manika, ĐMC dễ bị tổn thương do lao. Ông nhận thấy tần suất mắc bệnh như nhau giữa ĐMC ngực và bụng [3]. Trong báo cáo 88 Bn, 9 Bn bị ở ĐMC ngực lên (10,2%), quai ĐMC 10 Bn (11,4%), ĐMC xuống 25 Bn (28,4%) và ĐMC bụng 37 Bn (42%); 1 Bn bị đoạn ngực bụng và 6 Bn còn lại không rõ vị trí. Tuy nhiên, đoạn ĐM gần trung thất và đoạn gần hạch cạnh ĐMC bụng là thường gặp nhất. Có thể các vùng này thường hay có tổn thương lao. Ngoài ra cũng đã có báo cáo 1 trường hợp phình chủ chậu và 1 phình ĐM chậu.[6]

Phình ĐM do lao, 87% là dạng phình giả và chỉ khoảng 9% là phình thật hay bóc tách ĐM (4%). Trong đó, khoảng 93% là phình dạng túi. Phình vỡ vào các tạng xung quanh khoảng 65% [5]. Với sự tiến bộ trong chẩn đoán trước mổ, tần suất vỡ phình đã giảm rõ rệt vào các thập niên gần đây. Phình ĐM do lao đa số chỉ có một túi; chỉ có 4 trường hợp trong y văn được ghi nhận là có nhiều túi phình [5]. Vôi hoá thành mạch thường là không thấy rõ [1]. Cả hai trường hợp của chúng tôi đều là phình dạng túi và chỉ có 1 túi do rách thành bên ĐMC, hình thành khối máu tụ sau phúc mạc, khu trú thành phình giả. 1 túi phình bên phải do rách thành mạch bên phải và 1 bên trái do rách thành mạch bên trái. Riêng trường hợp thứ 3, thành ĐMC đã vỡ vào trong tá tràng D4, có huyết khối bao quanh. Nhờ có huyết

khối mà Bn chỉ bị xuất huyết từng đợt.

Về sinh bệnh học, đầu tiên, Haythorn mô tả bốn dạng tổn thương lao liên quan đến hệ thống động mạch : (1) Lao kê ở lớp nội mạc; (2) U lao dính vào lớp nội mạc; (3) Tổn thương lao ăn lan vào các lớp của thành ĐM, và (4) Hình thành túi phình [5,7].

Volini sau đó mô tả sinh bệnh học của lao động mạch chủ, trong đó tổn thương ban đầu là ở phổi lan ra cấu trúc xung quanh ĐMC (như là bước đầu tiên của bệnh) gây lao hạch, lao màng ngoài tim, mũ màng phổi, lao cột sống hoặc lao cạnh cột sống. Sau đó, trực khuẩn lao có thể xâm nhập vào thành ĐMC. Con đường thứ 2 là lan truyền bằng đường máu. Từ đường máu, trực khuẩn lao có thể đóng ở mảng xơ vữa của thành mạch hay tại lớp ngoại mạc và trung mạc do di chuyển từ hệ thống mạch máu ngoại mạc (vasa vasorum). Tuy nhiên, con đường này không hay gặp mà thường thấy là tổn thương từ ổ lao ở cơ quan kế cận [1]. Trong phần lớn các báo cáo từ từ thiết, tổn thương đại thể của ổ lao kế bên ĐMC có thể thấy [4,7]. Báo cáo của R.Long cho thấy khoảng 75% phình lao ĐMC ghi nhận có ổ tổn thương lao kế cận như hạch lao hay áp xe quanh cột sống, trong đó chủ yếu là hạch (63%); các vị trí khác như áp xe quanh cột sống, phổi, màng ngoài tim, đốt sống và tiền liệt tuyến (37%) [4]. Khoảng 25% các báo cáo trường hợp, không tìm thấy tổn thương kế cận, có thể do lan truyền từ đường máu. Những Bn không có tổn thương lao nguyên phát, có thể được xem là phình lao dạng nguyên phát [3,4].

Bất kỳ bằng con đường lan truyền trực tiếp hay đường máu, tổn thương dạng viêm ở ĐMC bắt đầu thiết lập và thành ĐMC tương ứng bị phá hủy. Tốc độ diễn tiến thay đổi từng bệnh nhân. Khi thủng có thể gây chảy máu ổ ạt hoặc khu trú tạo thành túi phình giả. Nếu tình trạng viêm nhiễm lan rộng ở thành mạch, sẽ có khuynh hướng thành phình thật [3].

Điều trị trong điều kiện này có nhiều thách thức, do ít nhất 2 yếu tố. Đầu tiên, các triệu chứng của lao phần lớn là giống nhau, che lấp làm chậm trễ chẩn

đoán. Thứ hai, phình ĐMC do lao thường là vỡ đột ngột, có thể không được chẩn đoán, cho đến khi các bằng chứng sau tử vong được tìm thấy [1].

Hiện tại, do phát hiện sớm và điều trị tốt, ổ tổn thương lao khu trú có thể không luôn luôn được tìm thấy bởi chẩn đoán hình ảnh. Chúng tôi có một Bn có chẩn đoán lao phổi và lao hạch trước 6 tháng, đã được điều trị. Tuy nhiên, Bn không được chẩn đoán trước mổ bằng CT scan có hình ảnh của viêm lao trong ổ bụng. Trong lúc mổ, chúng tôi có phát hiện nhiều khối hạch cạnh ĐMC bụng dưới thận cũng như hạch mạc treo dính thành bụng. Chúng tôi cho rằng trường hợp này tổn thương lao thành mạch là do ăn lan trực tiếp từ khối hạch cạnh ĐMC. Trường hợp một, có tiền căn lao phổi, khi mổ không phát hiện có hạch cạnh ĐMC bụng. Trường hợp này có thể lan đến từ đường máu. Bn thứ 3 bị xuất huyết tiêu hóa, không ghi nhận tiền căn lao phổi và hạch. Tuy nhiên Bn có tình trạng viêm nhiễm sau phúc mạc do hoại tử Fournier trước đó.

Biểu hiện lâm sàng điển hình của tổn thương lao ĐMC với một (hay nhiều hơn) trong ba tình huống sau : (1) Sốt và đau bụng liên tục liên quan đến vị trí của túi phình; (2) Sốc giảm thể tích hay có các triệu chứng của chảy máu ổ ạt, đặc biệt là trong trung thất hay đường tiêu hoá, cũng có thể trong khoang màng phổi, trong ổ bụng hay sau phúc mạc; (3) Khối u cạnh ĐMC đập, lan rộng nhanh.

Nếu chưa có chẩn đoán lao trước đây, một túi phình giả của ĐMC kết hợp với tổn thương khu trú cạnh bên gợi ý phình ĐMC do lao [5,8]. Hai Bn của chúng tôi đều có dấu hiệu lâm sàng khá tương đồng là đều đau bụng quanh rốn liên tục trong vòng 1 tuần đến 10 ngày, không sốt. Cả hai đều có tiền căn điều trị lao. Nhập viện cấp cứu đều trong tình trạng đau bụng ngày càng tăng, nhưng chưa có dấu hiệu sốc mất máu. Do vỡ sau phúc mạc, đã được khối máu tụ khu trú và vách hoá nên vẫn bảo đảm được dấu hiệu sinh tồn. Khám bụng có khối u cạnh rốn, đau, đập theo nhịp tim. Khi khám bệnh chúng tôi đã có suy

nghe tới phình ĐMC do lao. Bn thứ 3 bị xuất huyết tiêu hoá nặng do vỡ túi phình vào tá tràng. Trường hợp này do Bn có tiền căn bị hoại tử Fournier nên chúng tôi cho rằng nhiễm vi trùng khác. Tuy nhiên kết quả cấy vi trùng không mọc nhưng kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận tổn thương lao.

Tuy nhiên cần phải có các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp chẩn đoán chính xác và loại trừ các nguyên nhân đau bụng cấp khác. Y văn chỉ đề cập đến vai trò của CT scan. Thực tế, chúng tôi thấy, siêu âm bụng đã có thể giúp gợi ý chẩn đoán chính xác phình ĐMC bụng. Đây là chẩn đoán nhanh, có thể làm ngay tại phòng cấp cứu. Hai Bn của chúng tôi đều được làm siêu âm bụng chẩn đoán trước khi chụp CT. Kết quả siêu âm đều cho biết là có túi phình giả ĐMC bụng dưới thận. Sau đó kết quả CT cho biết kết quả chính xác.

CT scan bụng giúp chẩn đoán với hình ảnh phình ĐMC dạng viêm, thường là phình dạng túi. Ngoài ra, có thể có hình ảnh của viêm và xơ hoá sau phúc mạc quanh túi phình. Một trong những chẩn đoán phân biệt quan trọng là hiện tượng xơ hoá sau phúc mạc; có thể nguyên phát hoặc thứ phát từ những nguyên nhân khác. Trong trường hợp này có thể gọi là Hội chứng Viêm quanh ĐMC mạn tính; đặc trưng bởi sự hiện diện của hiện tượng viêm và xơ hoá xung quanh ĐMC (và điển hình là hay thấy ở đoạn dưới ĐM thận). Một biểu hiện hình ảnh giống với xơ hoá sau phúc mạc thường thấy với các khối u tạo ra phản ứng tăng sinh mô liên kết và sợi như lymphoma, sarcoma hay carcinoma tuyến tụy. Những chẩn đoán phân biệt này cần loại trừ trước khi phẫu thuật [1]. Trường hợp thứ 3, hình ảnh CT scan cho thấy khối viêm quanh ĐMC, có khí trong ổ viêm nên nghi ngờ tổn thương thông thương giữa thành ĐMC và tá tràng.

Một chẩn đoán phân biệt khác là phình ĐMC viêm do vi trùng khác. Y văn đã mô tả trường hợp được điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm trong phòng săn sóc đặc biệt với chẩn đoán phân biệt

các vi trùng xâm lấn khác tạo phình ĐMC như Salmonella hay Staphylococcus aureus. Những trường hợp này càng hiếm gặp hơn, với biểu hiện lâm sàng nặng nề hơn do nhiễm trùng máu. [3]

Phình ĐMC do lao được chẩn đoán dựa trên các bằng chứng cấy vi trùng mọc, tính chất giải phẫu bệnh lý thành mạch hoặc cả hai [3]. Có nghĩa là chỉ chẩn đoán xác định sau mổ. Chẩn đoán trước mổ có thể thiết lập khi có những dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng gợi ý. Bn có phình ĐMC hình túi, đã hoặc đang điều trị lao phổi hoặc lao ngoài phổi. Một nghiên cứu cho thấy 63% trường hợp bệnh lao ĐM có thể được chẩn đoán khi có biểu hiện lâm sàng và 46% trường hợp khi vi trùng lao lan ra các cơ quan khác [4].

Đối với trường hợp viêm ĐMC do lao (chưa hình thành túi phình hoặc phình không điển hình), chẩn đoán sẽ khó khăn, do tính chất không đặc hiệu của các dấu hiệu và triệu chứng của viêm ĐMC. Đặc biệt, chẩn đoán phân biệt nguyên nhân nhiễm vi trùng khác của túi phình cần loại trừ trước mổ. Hơn nữa, chẩn đoán chính xác nguyên nhân viêm ĐMC do lao rất khó khăn khi mà bệnh lý này rất hiếm gặp và có thể biểu hiện giống bệnh viêm mạch máu Takayasu. Vì lý do này nên chẩn đoán có thể bị chậm trễ và Bn có thể được điều trị với thuốc chống bệnh tự miễn trước khi chẩn đoán lao được thiết lập. Do đó, khả năng viêm ĐMC do lao cần được xem xét trên Bn viêm ĐMC hay phình ĐMC không điển hình mà có tiền sử lao phổi hay ngoài phổi hoặc Bn bị suy giảm miễn dịch. [1]

Bn thứ 2 của chúng tôi có tiền căn điều trị lao phổi và lao hạch bụng trước mổ trong vòng 6 tháng. Do đó, khi bệnh cảnh lâm sàng đau bụng nhiều, hình ảnh vỡ ĐMC bụng tạo túi phình dạng túi sau phúc mạc; chúng tôi đã có chẩn đoán nghi ngờ ngay từ đầu là phình do lao. Khi mổ, ghi nhận thành ĐMC bị thủng 1 lỗ khoảng 2cm. Trường hợp này có hạch nhiều cạnh ĐMC. Kết quả giải phẫu bệnh của hạch và thành ĐM đều có bằng chứng của lao.

Trong khi đó Bn 1, có tiền sử điều trị lao phổi đã

lâu, có hình ảnh xơ hoá đỉnh phổi trái, BK đàm và PCR lao đều âm tính. Trước mổ, chúng tôi không nghĩ nhiều đến phình lao. Nhưng khi mổ, chúng tôi thấy một khối phình giả, viêm dính và khi mở ĐMC thì thấy cũng có thủng một lỗ khoảng 2cm. Bn này không có hạch cạnh ĐMC. Chúng tôi nghi ngờ tổn thương lao nên gửi GPB và kết quả cho thấy tổn thương đặc hiệu của lao. Hai trường hợp, chúng tôi đều lấy dịch của túi phình gửi cấy vi trùng khác nhưng đều âm tính. Bn thứ 3, chúng tôi không có chẩn đoán trước mổ là lao ĐM, nghĩ nhiều đến nhiễm trùng từ hoại tử Fournier trước đó. Tuy nhiên kết quả giải phẫu bệnh của thành ĐMC và tá tràng ghi nhận tổn thương lao.

Xử lý lao ĐMC là một thử thách và chiến lược điều trị chuẩn chưa được thiết lập. Không có phương pháp điều trị nội khoa hay ngoại khoa là triệt để nếu được áp dụng đơn lẻ. Không có Bn nào sống sau khi chỉ điều trị thuốc lao đơn thuần. Ngược lại, khả năng tái phát cao nếu chỉ phẫu thuật đơn thuần. Y văn ghi nhận tất cả các Bn sống sau điều trị đều được phối hợp điều trị thuốc chống lao trước hay sau phẫu thuật [1]. Trong báo cáo của Long, 2 Bn sau mổ không điều trị thuốc lao bị tử vong, và không Bn nào sống sót khi không phẫu thuật [6]. Một khi tổn thương phình ĐM do lao được chẩn đoán, phẫu thuật nên được thực hiện cấp cứu. Điều trị kháng lao nên bắt đầu ngay sau mổ và tiếp tục trong khoảng thời gian hậu phẫu.[5]

Nhiều phương thức phẫu thuật đã được thực hiện như cầu nối ngoài cơ thể, cắt nối ống ghép trực tiếp ĐMC, vá lỗ thủng thành mạch bằng miếng vá (patch) hay may trực tiếp lỗ thủng [2,8]. Đối với Bn đã có chẩn đoán phình ĐMC do lao, mức độ phẫu thuật sẽ phụ thuộc vào kích thước của lỗ thủng và điều kiện của thành ĐMC gần vị trí tổn thương lao. Sau khi lấy hết huyết khối và các chất hoại tử, bờ của lỗ thủng thành ĐMC nên được cắt lọc, rửa sạch và mô thành ĐMC gần đó cần được đánh giá. Khi kẹp ĐMC sẽ liên quan đến tình trạng thiếu máu nuôi tạng

hoặc tình trạng ngưng tuần hoàn, phẫu thuật viên nên đánh giá tổn thương bằng mắt tình trạng thành ĐMC để quyết định có cắt rộng ĐMC hay không, hơn là chờ kết quả sinh thiết lạnh và giải phẫu bệnh lý. Nếu lỗ thủng rộng và thành mạch không tốt, nên đặt ống ghép trực tiếp hoặc khi lỗ thủng nhỏ và thành mạch tốt thì có thể vá trực tiếp bằng patch [3]. Có báo cáo trường hợp khâu trực tiếp lỗ thủng ĐMC ngực lên, do tình trạng viêm dính trung thất nhiều nên không thể nối ống ghép, sau 8 tháng, bị tái phát, mổ lại và tử vong [9]. Khi khâu nối trực tiếp mà không cắt lọc tốt bờ lỗ thủng, nguy cơ để lại tổn thương và bị tái phát. Do đó, không nên khâu trực tiếp thành ĐMC trong trường hợp này mặc dù trong y văn còn có nhiều ý kiến khác nhau về vấn đề này [2,5].

Phẫu thuật mở, cắt ghép ĐMC được đa số cho là tiêu chuẩn của điều trị phình ĐMC kết hợp với viêm ĐMC, mặc dù gần đây can thiệp nội mạch đã phát triển và cho kết quả thành công sớm. Năm 1995, Rob và Eastcott báo cáo trường hợp đầu tiên cắt túi phình và thay bằng ống ghép nhân tạo, không có biến chứng sau thời gian theo dõi [2]. Từ năm 1945, Long mô tả 41 trường hợp, trong đó 24 Bn được điều trị kết hợp phẫu thuật cắt ghép trực tiếp hay làm cầu nối ngoài cơ thể, sau đó dùng thuốc kháng lao kéo dài, tỷ lệ tử vong chỉ có 14% [8]

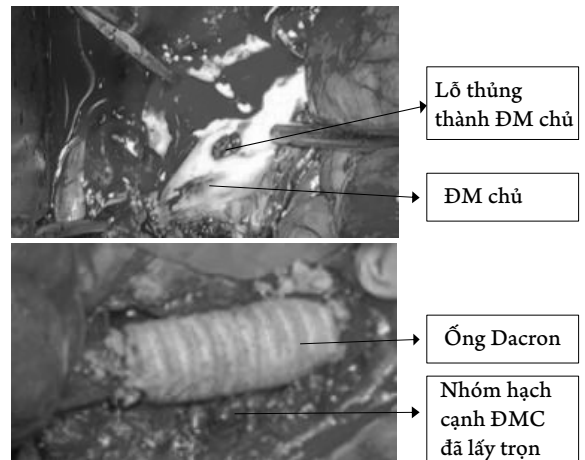
Điều trị can thiệp nội mạch về mặt lý thuyết, có thuận lợi là tránh được những thủ thuật bóc tách nhiều trên mô viêm của ĐMC, từ đó giảm được các biến chứng tử vong hoặc biến chứng liên quan đến mổ mở. Tuy nhiên, lại có những yếu điểm với phình lao [1,6]. Trong những trường hợp này, stent graft được đặt tại vị trí nguyên phát của nhiễm trùng, các biến chứng có thể xảy ra sau này bao gồm: còn tồn tại du khuẩn huyết, tái nhiễm trùng, vỡ, liệt, thuyên tắc ở ngoại biên, và khả năng chuyển mổ mở. Một số tác giả đề nghị có thể đặt stent ĐMC nếu kết quả cấy vi trùng trong máu âm tính sau khi điều trị kháng sinh. Tuy nhiên, can thiệp nội mạch còn nhiều tranh cãi, chưa có thử nghiệm lâm sàng của các chiến lược điều

trị lý tưởng cho phình ĐMC lao [1,6]. Can thiệp nội mạch không thể giúp lấy nhiều mô nhiễm trùng xung quanh ĐM, và có nguy cơ nhiễm trùng tái phát, từ đó gây chảy máu tử vong, đã ghi nhận trong y văn [2,8]. Chúng tôi cho rằng can thiệp nội mạch chỉ nên chỉ định ở Bn có nguy cơ cao hoặc đã vỡ túi phình.

Nhiễm trùng mảnh ghép sau khi cắt ghép túi phình viêm cũng đặt ra nhiều tranh cãi. Trong loạt ca của Long và cs, có các trường hợp mổ bắc cầu ngoài cơ thể thay vì nối ống ghép trực tiếp vào ĐMC nhằm tránh nguy cơ nhiễm trùng [4]. Tuy có báo cáo trường hợp nhiễm vi trùng lao của ống ghép ĐM nhân tạo, nhưng người ta nhận thấy khi đặt tại chỗ, cũng không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng nếu được điều trị thuốc lao đầy đủ. Raffeto thậm chí còn báo cáo trường hợp điều trị thành công khi để lại ống ghép đã nhiễm trùng sau khi lấy hết mô nhiễm và điều trị nội khoa [2].

Một số báo cáo của Sicard và cs, đã dùng tĩnh mạch để thay thế ĐMC nhằm tránh nhiễm trùng khi có bằng chứng nhiễm vi trùng khác như *Samonella oralis* [2]. Thay thế bằng ống ghép đồng loại được báo cáo sử dụng trong trường hợp viêm lao cột sống do lao ăn lan vào ĐMC bụng [2]. Cũng có báo cáo khâu trực tiếp hay dùng mảnh ghép tổng hợp để vá lỗ thủng thành ĐMC thành công nhưng khuyến cáo nên thay luôn đoạn ĐMC vì thành ĐM bị phá hủy thường là khó khăn [2,5].

Sau khi kiểm soát cổ túi phình và hai ĐM chậu, thay vì rạch vào túi phình, chúng tôi mở dọc ĐM chủ. Từ đó, nhìn thấy rõ lỗ thủng của thành ĐMC. Hai trường hợp đầu, có lỗ thủng khoảng 2cm, máu chảy sau phúc mạc và hình thành túi phình. Trường hợp thứ 3, lỗ thủng khoảng 2cm, thông vào lòng tá tràng đoạn D4 tại góc Treiz. Sau khi lấy hết mô hoại tử cũng như huyết khối, chúng tôi cắt lọc vỏ túi phình và ghép ống mạch máu nhân tạo Dacron thẳng tận tận. Sau nối, chúng tôi không phủ ống ghép bằng vỏ túi phình như thông thường mà chỉ đóng lớp phúc mạc sau.



Bn 3, có tình trạng tắc ĐMC và đã đoạn 2 chân nên chúng tôi khâu cột ĐMC và không tái thông mạch máu. Sau mổ, tình trạng móm cụt hai bên đều hồng ấm.

Hiện tại sau khi điều trị thuốc kháng lao được 3 tháng cho Bn 1 và 2 tháng cho Bn 2, tái khám thể trạng đều tốt. Siêu âm kiểm tra thấy ống ghép Dacron hoạt động tốt, không có tụ dịch xung quanh. Hai Bn tiếp tục điều trị lao theo phác đồ.

KẾT LUẬN

Qua ba trường hợp và tham khảo y văn, chúng tôi thấy Phình ĐMC bụng do lao hiếm gặp nhưng nguy hiểm. Chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời cho kết quả tốt. Tuy bệnh lao phổi đã được kiểm soát và điều trị tốt nhưng số Bn suy giảm miễn dịch cũng như để kháng thuốc lao tăng, sẽ làm tăng nguy cơ bệnh lao ngoài phổi trong đó có phình ĐMC. Do đó, những Bn có tiền sử đã và điều trị lao, nếu đau bụng kéo dài với khối u bụng hoặc đột ngột vào sốc mất máu, chẩn đoán phình giả ĐMC do lao nên được nghĩ tới. Tất cả các trường hợp phình giả ĐMC, trong khi mổ, phải làm giải phẫu bệnh thành mạch hoặc cấy vi trùng lao. Khi chẩn đoán phình lao được xác định, phải phẫu thuật cấp cứu dù túi phình nhỏ và phối hợp điều trị thuốc lao theo phác đồ trước và sau phẫu thuật.

ABSTRACT

Case report: Tuberculous aneurysm of the abdominal aorta

Aortic involvement secondary to tuberculosis is exceedingly rare and may occur in the form of arteritis or aneurysm formation. The majority of world's study until now is case reports. With worldwide resurgence of tuberculosis due to increasing incidence of drug-resistant tuberculosis and its association with acquired immunodeficiency syndrome, the tubercular pseudoaneurysm has become a real clinical entity. The clinical features of this condition are highly variable, ranging from asymptomatic with or without constitutional symptoms, abdominal pain to frank rupture, bleeding and shock.

We herein reports three cases in emergency with painful tuberculous mycotic aneurysm in the abdominal aorta and one with gastrointestinal hemorrhage due to aortoenteric fistula from 12/2019 to 5/2020. Two patients had received antitubercular therapy previously for pulmonary tuberculosis. All underwent urgent operation with extensive excision of the infected field and graft interposition and one with aortic ligature without reconstructive was performed. Histologic analysis confirmed the tuberculous infection of aortic wall. They received a standard course of antitubercular therapy immediately in the postoperative period.

Early diagnosis with a combination of surgical intervention and antituberculous drug therapy provide longterm survival and decrease the incidence of recurrence after tuberculous aortic involvement.

Keyword: tubercular of the aorta.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yao-Min Hung, Yun-Te Chang**, A rare but Potentially Lethal Case of Tuberculous Aortic Aneurysm Presenting with Repeated Attacks of Abdominal Pain, *Internal Medicine* 2015; 54: 1145-1148.
2. **Ludovic Canaud, Jean Marzell**, Tuberculous aneurysm of the abdominal aorta, *J Vasc Surg* 2008; 48: 1012-6.
3. **Katerina Manika, Christoforos Efthymiou**, Miliary tuberculosis in a patient with tuberculous mycotic aneurysm of the abdominal aorta: case report and review of literature, *Elsevier- Respiratory Medicine Case Reports* 2017; 21: 30-35.
4. **Richard Long, Randolph Guzman, Howard Greenberg**, Tuberculous Mycotic Aneurysm of the Aorta- Review of Published Medical and Surgical Experience, *CHEST* 1999; 115:522-531.
5. **Shiv Kumar Choudhary, MCh, Anil Bhan**, Tubercular Pseudoaneurysms of Aorta, *Ann Thorac Surg* 2001;72:1239-44.
6. **Surendran Rajendran, V Balaji**, Late Infection of Endovascular Aneurysm Repair Stent Graft by Mycobacterium tuberculosis, *Indian J of Vasc Endovascular Surg* 2018;5 : 299-301.
7. **Satish Kumar, NM Sharath Babu, Pramod Jaret**, Tubercular mycotic aortic aneurysm: A case report, *Lung India* 2016;33: 192-5.
8. **George A. Antoniou, S.Koutsias, Stavros A.Antoniou**, Outcome after endovascular stent graft repair of aortoenteric fistula : A systematic review. *J Vasc Surg* 2009;49:782
9. **Philippe Para, Teeluck K, Gunness, Didier Ferry**, Tuberculous aneurysm of the descending thoracic aorta, *J Vasc Surg* 1987;6:408-11.