Thông động tĩnh mạch lớn tại bụng (Major abdominal arterio-venous fistulas) - Nhân một ca lâm sàng hiếm gặp

Phạm Mạnh Hùng*, Phạm Nhật Minh*, Nguyễn Bá Ninh*
Ngô Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Quang Kha**, Phạm Thanh Bình****
Bộ môn Tim mạch, Trường Đại học Y Hà Nội, Viện Tim mạch Việt Nam*
Viện Tim mạch Việt Nam**

MỞ ĐẦU

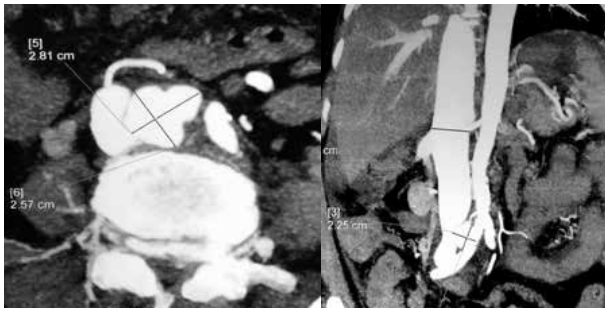
Thông động tĩnh mạch lớn tại bụng (AVFs) được định nghĩa là có sự nối thông bất thường giữa động mạch chủ, động mạch chậu, động mạch thận với tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch chậu, tĩnh mạch thận. AVFs hay gặp nhất là thông động tĩnh mạch tại chạc ba chủ chậu (aortocaval fistula) [1]. AVFs là một tĩnh trạng hiếm gặp chiếm 1% những trường hợp phình động mạc chủ bụng và chiếm 4% những trường hợp phình động mạch chủ bụng vỡ [2]. Theo bệnh nguyên, AVFs chia thành nguyên phát và thứ phát [3]. AVFs nguyên phát do ăn mòn của phần phình động mạch vào tĩnh mạch, AVFs nguyên phát hay gặp chiếm khoảng 80% trường hợp AVFs [4]. AVFs thứ phát ít gặp hơn, chiếm khoảng 20% trường hợp, nguyên nhân thường do vết thương bụng hoặc chấn thương bụng, do nhiễm trùng huyết, do ung thư, do giang mai, các phẫu thuật của tầng chậu, phẫu thuật tầng ổ bụng, phẫu thuật cột sống thắt lưng cùng, Hội chứng Marfan, hội chứng Ehlers-Danlos, viêm mạch Takayasu's. [5], [6]. Triệu chứng của AVFs bao gồm triệu chứng của phình động mạch chủ bụng và triệu chứng của thông động tĩnh mạch lớn tại bụng [7]. AVFs có thể tiến triển nhanh chóng gây tử vong. Sửa chữa bất thường thông động tĩnh mạch để tái lập tuần hoàn tự nhiên là bắt buộc cần phải được tiến hành sớm. Phẫu thuật mở là phương phát điều trị kinh điểm, từ năm 1998 có thêm can thiệp nội mạch trong điều trị AVFs [8].

CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 69 tuổi có tiền sử tăng huyết áp 10 năm điều trị không thường xuyên, HA cao nhất 200/100.Bệnh nhân không có tiền sử chấn thương, vết thương bụng, không có phẫu thuật, can thiệp trước đó.Cách vào viện 1 tháng bệnh nhân xuất hiện khó thở tăng dần, không có tiên sử đau bụng, đau ngực, kèm theo phù hai chi dưới mức độ nhiều. Khám lâm sàng phát hiện phù 2 chi dưới mức độ nhiều, gan to 4 cm dưới bờ sườn, tĩnh mạch cổ nổi rõ tư thế nằm 30 độ, dịch tự do ổ bụng, nghe tim không có tiếng thổi bất thường. Nhưng khi nghe phổi phát hiện tiếng thổi tâm thu 3/6 ở hai đáy phổi

dọc sống lưng, tiếng thổi rõ hơn khi nghe xuống vùng thắt lưng, nghe tại vùng thắt lưng có tiếng thổi liên tục. Bệnh nhân được chụp MSCT động mạch chủ ngực bụng phát hiện túi phình động mạch chậu gốc phải gần ngã ba chủ chậu có cổ kích thước 14.6mm, kích thước túi 28.1 x 25.7 mm dò vào tĩnh mạch chậu gốc phải. Siêu âm tim có tình trạng suy tim phải với thất phải giãn to 35mm, tăng áp lực động mạch phổi mức độ vừa 51mmHg, kích thước và chức năng tâm thu thất trái bình thường, tĩnh mạch chủ dưới giãn to 32 mm. Bệnh nhân được chẩn đoán túi phình động mạch chủ dò vào tĩnh mạch chậu phải. Bệnh nhân có chỉ định can thiệp nội mạch nhưng do gia đình không có điều kiện nên bệnh nhân được phẫu thuật 5 ngày sau nhập viện,phẫu thuật gồm có khâu lỗ dò bên phía tĩnh mạch, thay đoạn động mạch chậu gốc phải bằng đoạn mạch nhân tạo 60X 6 mm. Tổn thương quan sát được trong lúc mổ là tổn thương loét do xơ vữa động mạch. Sau phẫu thuật bệnh nhân ổn định, siêu âm tim lại kích thước thất phải giảm xuống 25 mm, áp lực động mạch phổi giảm xuống 32 mmHg, không cò phù, và dịch ổ bụng, không còn khó thở. Bệnh nhân xuất viện ngày thứ 10 sau mổ.

Hiện tại, sau theo dõi 3 năm, 2 tháng bệnh nhân trong tình trạng ổn định, không đau ngực, không khó thở. Hoàn toàn không còn triệu chứng của suy tim trái, khẳng định hơn phương án điều trị đặt ra là đúng đắn.



Hình 1. Phình MSCT dựng hình phình tĩnh mạch chậu gốc phải và thông động tĩnh mạch chậu gốc phải

BÀN LUẬN

Như đã giới thiệu ở trên, triệu chứng của AVFs bao gồm triệu chứng của phình động mạch chủ, động mạch chậu có thể kèm theo triệu chứng của vỡ rõ ràng và triệu chứng của suy tim. Theo David C và cộng sự nghiên cứu trên 20 bệnh nhân bị AVFs thì có 14 bệnh nhân phình do xơ vữa động mạch, 4 bệnh nhân thứ phát sau phẫu thuật, 2 bệnh nhân do đạn bắn. Thời gian xác nhận chẩn đoán từ 3 giờ tới 8 năm. Chẩn đoán không được nhận ra trước phẫu thuật chiếm 5 bệnh nhân (25%). Đau lưng là triệu chứng phổ biến nhất chiếm 70%. Tiếng thổi xuất hiện khi thăm khám chiếm 80% trường hợp. Suy tim sung huyết xảy ra ở 35% bệnh nhân, phù chi dưới xảy ra ở 40% bệnh nhân, chủ yếu là những trường hợp chẩn đoán muộn. Đái máu xảy ra ở 5 bệnh nhân và suy thận ở 4 bệnh nhân. Triệu chứng khởi phát cấp tính với những trường hợp phình động mạch chủ bụng vỡ vào khoang sau phúc mạc, khoang trong ổ bụng kèm AVFs, nổi bật là tình trạng suy sụp huyết động nhanh chóng. AVFs có thể không triệu chứng hoặc triệu chứng không điển hình dẫn tới trì hoãn chẩn đoán và điều trị ở những bệnh nhân có vỡ đơn thuần từ động mạch vào tĩnh mạch là chủ yếu [2], [9]. Thậm chí AVFs không được nhận ra khi phẫu thuật phình động mạch chủ bụng đặc biệt khi triệu chứng của vỡ động mạch chủ bụng là nổi trội. Vai trò của chẩn đoán trước mổ là quan trọng, điển hình chính là tiếng thổi nghe được vùng thắt lưng với những bệnh nhân có phình động mạch chủ bụng dọa vỡ, hoặc vỡ. Thứ nhất để tránh bỏ sót trong quá trình mổ, thứ 2 để giảm thiểu tối đa mất máu trong mổ, thứ 3 để tránh nhồi máu phổi trong mổ hoặc sau mổ [10], [11]. Những triệu chứng không điển hình khác bao gồm: đau bụng, khối đập theo nhịp mạch, khó thở [12]. Những bệnh nhân suy tim, ban đầu là suy tim phải, mà có áp lực trong hệ thống tĩnh mạch tăng cao mà không tìm được nguyên nhân rõ ràng cũng gợi ý chẩn đoán

[13]. Trường hợp lâm sàng của chúng tôi là một trường hợp không điển hình của AVFs do phình động mạch chậu gốc phải do xơ vữa trên nền bệnh nhân tăng huyết áp nhiều năm không được điều trị đều. Bệnh nhân của chúng tôi nhập viện trong tình trạng huyết động ổn định, không có tiền sử đau lưng, đau bụng không rõ ràng, chủ yếu trong bệnh cảnh của suy tim phải và tăng áp lực trong hệ thông tĩnh mạch, dấu hiệu giúp chúng tôi chẩn đoán nhanh là tiếng thổi liên tục tại vùng thắt lưng cạnh cột sống của bệnh nhân nghe rất rõ.

Chụp MSCT hệ động mạch chủ chậu là tiêu chuẩn có giá trị nhất trong chẩn đoán những trường hợp AVFs. Trên phim chụp quan sát được thuốc can quang qua tĩnh mạch trong thì động mạch tại chỗ nghi ngờ AVFs. Phim MSCT giúp bác sĩ phẫu thuật cũng như can thiệp xác định được chẩn đoán AVFs, ban đầu đánh giá được nguyên nhân AVFs, định hướng được vị trí, kích thước của AVFs trong quá trình mổ và can thiệp. Siêu âm tim trong những trường hợp không mổ cấp cứu giúp đánh giá chức năng thất phải, áp lúc động mạch phổi, chức năng thất trái, siêu âm [14]. Trên bệnh nhân của chúng tôi, khi nghe tiếng thổi liên tục vùng thắt lưng chúng tôi nghi ngờ có thông thương giữa hệ thống động chủ lớn và tĩnh mạch lớn tại bụng nên bệnh nhân được đi chụp MSCT động mạch chủ cấp.

Bệnh nhân bị AVFs nên được điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch cấp. Với những trường hợp phình động mạch chủ chậu vỡ mà huyết động không ổn định thì phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch là tối cấp cứu.Hiện tại có hai phương pháp điều trị AVFs là phẫu thuật mổ và can thiệp nội mạch. Mục tiêu của phẫu thuật hay can thiệp nội mạch đều là cắt đứt sự thông thương giữa động mạch và tĩnh mạch để tái lập tuần hoàn tự nhiên, giải quyết được nguyên nhân gây ra của AVFs. Theo ESC guideline 2014 thì với những trường hợp phình động mạch chủ bụng vỡ, can thiệp nội mạch có chỉ định vượt trội so với phẫu thuật đơn thuần do làm giảm nguy cơ tử vong trong mổ và giảm thời gian nằm viện đối với những bệnh nhân có giải phẫu động mạch chủ phù hợp với can thiệp nội mạch [15], [16]. AVFs cũng là một thể hiếm gặp của phình động mạch chủ bụng vỡ.Phẫu thuật AVFs có nguy cơ tử vong cao trong mổ [17]. Các phân tích gộp mới đây cũng chỉ ra hiệu quả của can thiệp nội mạch trên bệnh nhân AVFs [18], [4]. Bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật do bệnh nhân không có điều kiện can thiệp do kinh phí can thiệp cao.

KẾT LUẬN

AVFs là một biên chứng không phổ biến của phình động mạch chủ bụng có thể xảy ra với hoặc không với vỡ động mạch chủ vào khoang ổ bụng hay sau phúc mạc. Ở trong những trường hợp chỉ đơn thuần là rò từ động mạch vào tĩnh mạch thì triệu chưng của suy tim sung huyết với áp lúc trong hệ thống tĩnh mạch cao là nổi trội. Những triệu chứng chúng ta có thể nhận ra để chẩn đoán những bệnh nhân này là khám bụng, nghe vùng bụng lưng, triệu chứng của suy tim phải và tăng áp lúc cao trong hệ thống tĩnh mạch không giải thích bằng những nguyên nhân khác. MSCT động mạch chủ là phương pháp quan trọng nhất trong chẩn đoán xác định AVFs cũng như nguyên nhân AVFs. Có hai phương pháp điều trị AVFs là phẫu thuật và can thiệp nội mạch, ưu tiên can thiệp nội mạch với những bệnh nhân có giải phẫu động mạch chủ chậu phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ghassan Nakad, Ghassan AbiChedid, và Raed Osman (2014). Endovascular Treatment of Major Abdominal Arteriovenous Fistulas: A Systematic Review. *Vasc Endovascular Surg*, **48**(**5**–**6**), 388–395.

2. Baker W.H., Sharzer L.A., và Ehrenhaft J.L. (1972). Aortocaval fistula as a complication of abdominal aortic aneurysms. *Surgery*, **72**(**6**), 933–938.
3. Länne T. và Bergqvist D. (1992). Aortocaval fistulas associated with ruptured abdominal aortic aneurysms. *Eur J Surg Acta Chir*, **158**(**9**), 457–465.
4. Antoniou G.A., Koutsias S., Karathanos C. và cộng sự. (2009). Endovascular stent-graft repair of major abdominal arteriovenous fistula: a systematic review. *J Endovasc Ther Off J Int Soc Endovasc Spec*, **16**(**4**), 514–523.
5. Alexander J.J. và Imbembo A.L. (1989). Aorta-vena cava fistula. *Surgery*, **105**(**1**), 1–12.
6. Travers R.L., Allison D.J., Brettle R.P. và cộng sự. (1979). Polyarteritis nodosa: A clinical and angiographic analysis of 17 cases. *Semin Arthritis Rheum*, **8**(**3**), 184–199.
7. Taheri S.A. và Plonka A.J. (1986). Aortocaval fistula: diagnosis and treatment: case studies. *Angiology*, **37**(**4**), 314–318.
8. Beveridge C.J., Pleass H.C., Chamberlain J. và cộng sự. (1998). Aortoiliac aneurysm with arteriocaval fistula treated by a bifurcated endovascular stent-graft. *Cardiovasc Intervent Radiol*, **21**(**3**), 244–246.
9. Dardik H., Dardik I., Strom M.G. và cộng sự. (1976). Intravenous rupture of arteriosclerotic aneurysms of the abdominal aorta. *Surgery*, **80**(**5**), 647–651.
10. Weigent C.E. (1978). Pulmonary atheroembolism complicating repair of an atherosclerotic abdominal aneurysm. *Minn Med*, **61**(**1**), 15–16.
11. De Rango P., Parlani G., Cieri E. và cộng sự. (2012). Paradoxical pulmonary embolism with spontaneous aortocaval fistula. *Ann Vasc Surg*, **26**(**5**), 739–746.
12. Lin P.H., Bush R.L., và Lumsden A.B. (2004). Aortocaval fistula. *J Vasc Surg*, **39**(**1**), 266.
13. Aorto caval fistula—the "bursting heart syndrome" | Emergency Medicine Journal. <http://emj.bmj.com/content/17/3/223>, accessed: 23/12/2017.
14. Rosenthal D., Atkins C.P., Jerrius H.S. và cộng sự. (1998). Diagnosis of aortocaval fistula by computed tomography. *Ann Vasc Surg*, **12**(**1**), 86–87.
15. Erbel R., Aboyans V., Boileau C. và cộng sự. (2014). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, **35**(**41**), 2873–2926.
16. Reimerink J.J., Hoornweg L.L., Vahl A.C. và cộng sự. (2013). Endovascular repair versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms: a multicenter randomized controlled trial. *Ann Surg*, **258**(**2**), 248–256.
17. Davidovic L., Dragas M., Cvetkovic S. và cộng sự. (2011). Twenty years of experience in the treatment of spontaneous aorto-venous fistulas in a developing country. *World J Surg*, **35**(**8**), 1829–1834.
18. Nakad G., AbiChedid G., và Osman R. (2014). Endovascular Treatment of Major Abdominal Arteriovenous Fistulas. *Vasc Endovascular Surg*.