

Rò động mạch chủ - Đường tiêu hóa

Đoàn Quốc Hưng*, Nguyễn Duy Thắng*

Phạm Gia Dự*, Dương Trọng Hiền**

Khoa Phẫu thuật Tim mạch - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*

Khoa Phẫu thuật Cấp cứu tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức**

TÓM TẮT

Rò động mạch chủ (ĐMC)-đường tiêu hóa là tổn thương hiếm gặp, khi có sự thông thương giữa ĐMC và một quai ruột bất kỳ. Rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát chỉ xảy ra ở 0,3% -1,6% bệnh nhân sau thay ĐMC bụng. Bệnh có tỷ lệ biến chứng và tử vong rất cao, chẩn đoán khó, cần được điều trị sớm bằng phẫu thuật. Qua 3 trường hợp rò ĐMC nhân tạo-đường tiêu hóa tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi rút ra một số kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị tổn thương này: Chẩn đoán lâm sàng dựa vào các biểu hiện như xuất huyết tiêu hóa, hội chứng nhiễm trùng, đau bụng, rò dịch quanh mạch nhân tạo; chẩn đoán cận lâm sàng chủ yếu là cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, nội soi dạ dày thực quản tá tràng và chụp mạch. Mục đích cơ bản của điều trị là loại bỏ mạch ghép nhân tạo, bắc cầu động mạch và sửa chữa thương tổn đường tiêu hóa bằng phẫu thuật. Can thiệp nội mạch chỉ có giá trị cầm máu và giảm đau trước khi điều trị triệt để.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò động mạch chủ (ĐMC)-đường tiêu hóa là có sự thông thương giữa ĐMC và một quai ruột. Khi rò ĐMC-đường tiêu hóa xảy ra ở bệnh nhân (BN) chưa có phẫu thuật động mạch chủ hoặc tiên

sử chấn thương, nó được gọi là rò ĐMC-đường tiêu hóa tiên phát, bệnh lý này ít gặp hơn so với rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát được coi là một biến chứng sau phẫu thuật/can thiệp động mạch chủ (mổ mở hoặc đặt Stentgraft ĐMC bụng). Tỷ lệ rò ĐMC-đường tiêu hóa tương đối thấp tuy nhiên điều trị khó khăn do chẩn đoán khó, tổn thương nhiễm trùng mạch máu và tổn thương đường tiêu hóa đồng thời. Tình trạng nhiễm trùng và thiếu máu trước mổ nặng nề, nguy cơ bục miệng nối mạch máu và tiêu hóa sau mổ cao, tình trạng nhiễm trùng tại chỗ/toàn thân của BN sau mổ khó kiểm soát là những yếu tố làm xấu tiên lượng bệnh. Trong năm 2015 chúng tôi gặp 3 trường hợp rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát trong đó 2 trường hợp tử vong, một trường hợp ra viện trong tình trạng ổn định. Mục tiêu của bài báo này là mô tả trường hợp lâm sàng và nhìn lại y văn để rút ra những kinh nghiệm về chẩn đoán và điều trị bệnh.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Cắt ngang, mô tả loạt bệnh.

Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả các BN được chẩn đoán rò ĐMCB vào đường tiêu hóa tại Bệnh viện Việt Đức trong năm 2015, được điều trị phẫu thuật. Chẩn đoán xác

định rò ĐMC-đường tiêu hóa có thể là chẩn đoán trước phẫu thuật hoặc là chẩn đoán sau mổ. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: tiền sử phẫu thuật ĐMC cũ, thời gian đến khi chẩn đoán bệnh, vị trí ĐMC bị tổn thương, vị trí đường tiêu hóa tổn thương, cách thức phẫu thuật, bằng chứng vi sinh, điều trị và tiến triển, kết quả sau mổ.

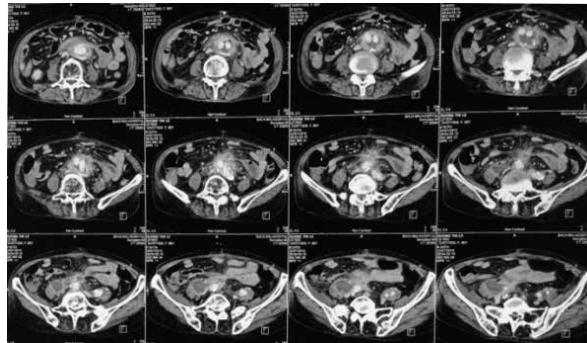
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Ba BN được chẩn đoán rò ĐMC - đường tiêu hóa được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức năm 2015 trong đó 2 trường hợp bắc cầu mạch máu ngoài giải phẫu bằng mạch nhân tạo, một trường hợp sử dụng mạch nhân tạo đồng loài (homograft).

Bệnh án 1

BN nữ 85 tuổi, vào viện ngày 24/7/2015 vì đi ngoài phân đen, tiền sử: mổ thay đoạn ĐMC-chậu 21/5/2015, điều trị chống ngưng tập tiểu cầu thường xuyên. Lâm sàng: thể trạng già yếu, huyết động ổn, bụng chướng nhẹ, đau âm ỉ quanh rốn. HC: 3,2, Hct: 27%, INR: 1,3; CLVT ổ bụng: tụ dịch quanh prothèse, nội soi thực quản-dạ dày 28/7/2015 không phát hiện tổn thương. Ngày 30/7/2015, BN đột ngột nôn ra 300 ml máu tươi loãng, được nội soi lại thực quản dạ dày tá tràng: Đoạn D3 có tổn thương loét, có máu cục, chụp lại CT bụng: Hình ảnh máu cục quanh ĐMC, hình ảnh ĐMCB hình túi, xét nghiệm HC: 2,75 Hct: 22%. Chẩn đoán: Xuất huyết tiêu hóa do rò mạch nhân tạo ĐMC vào D3 tá tràng sau thay ĐMCB dưới thận. Mổ cấp cứu, chẩn đoán trong mổ: XHTH do rò ĐMC vào D3 tá tràng. Tổn thương trong mổ: vị trí D3 tá tràng vắt qua ĐMCB là khối phồng hình túi ĐMCB, thành ĐM mủn nát, nhiều mủ xung quanh, chảy máu nhiều, ổ loét mặt sau D3 tá tràng. Tiến hành khâu D3 tá tràng, mở thông hồng tràng, thắt ĐMCB dưới thận bắc cầu nách đùi (P), đùi-đùi (T). Sau mổ BN về hồi sức Khoa Tim mạch. Kết quả cấy dịch ổ bụng: Streptococcus Sp. Rút ống NKQ sau 5 ngày,

huyết động ổn, không nôn máu, kháng sinh liều cao. Tới ngày 35, BN đột ngột nôn máu. Có chỉ định can thiệp lại nhưng gia đình xin ngừng điều trị, cho BN về, tử vong.

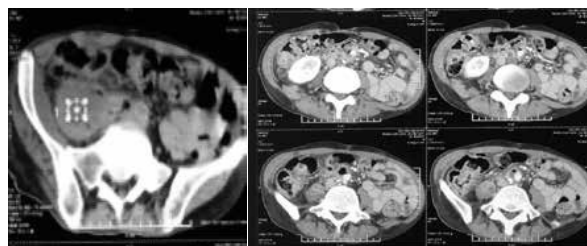


Hình 1. Hình ảnh tứ bình hình túi và khí quanh ĐMC trên phim CLVT



Hình 2. Tổn thương trong mổ: ổ loét thủng mặt sau D3 tá tràng

Bệnh án 2



Hình 3. MSCT trước mổ: Dịch mủ quanh cơ thắt lưng chậu phải (ảnh trái) và khí-dịch quanh mạch nhân tạo chủ-chậu

BN nam 56 tuổi, tiền sử bắc cầu chủ đùi 2 bên năm 2012, cắt cụt đùi (P) năm 2014. Vào viện 19/08/2015 vì sưng đau bẹn (P) 4 ngày. Khám lúc vào: BN tỉnh, huyết động ổn, có hội chứng nhiễm trùng rõ, bẹn (P) có khối sưng nóng đỏ kích thước 3x4 cm, không đập theo mạch, CLVT có hình ảnh khối dịch khí trong cơ thắt lưng chậu kích thước 183x64 mm, khối áp xe vỡ, nhiều dịch đục.

BN được chẩn đoán là áp xe cơ đùi chậu P, nhiễm trùng mạch nhân tạo sau mổ bắc cầu chủ đùi 2 bên - cắt cụt đùi P, mổ cấp cứu lần 1 ngày 26/8/2015 (BS chấn thương) trích rạch ổ áp xe tháo nhiều mũ thối, nạo viêm, lấy bỏ một phần mạch nhân tạo. Sau mổ BN vào Khoa Chấn thương, kết quả cấy vi khuẩn

dịch ổ áp xe: E.Coli, Klebsiella Pneumonia. BN còn chảy mũ đục qua vết thương, chụp lại CLVT có ổ dịch, khí quanh ĐMC-ĐM chậu, chuyển Khoa Tim mạch mổ lần 2 ngày 15/9/2015 với chẩn đoán áp xe quanh mạch nhân tạo chủ đùi, tiến hành thắt cầu chủ đùi, bắc cầu nách đùi (T) bằng mạch nhân tạo. Sau mổ cầu nối nách-đùi thông tốt. Mổ lần 3 ngày 02/10/2015 với chẩn đoán: nhiễm trùng quanh mạch nhân tạo cũ, rò tá tràng, tổn thương rách 1/2 chu vi D3. Mổ tháo bỏ mạch nhân tạo ĐMC -chậu, nối vị tràng, dẫn lưu miệng nối D3 tá tràng. Sau mổ điều trị kháng sinh liều cao, cho ăn qua mở thông hồng tràng. Sau 20 ngày, tình trạng BN ổn định và xuất viện tốt (hình 4).



Hình 4. Mạch nhân tạo chủ-chậu T trước mổ (ảnh trái), BN sau mổ (ảnh giữa) và MSCT kiểm tra cầu nối nách-đùi trái trước ra viện (ảnh phải)

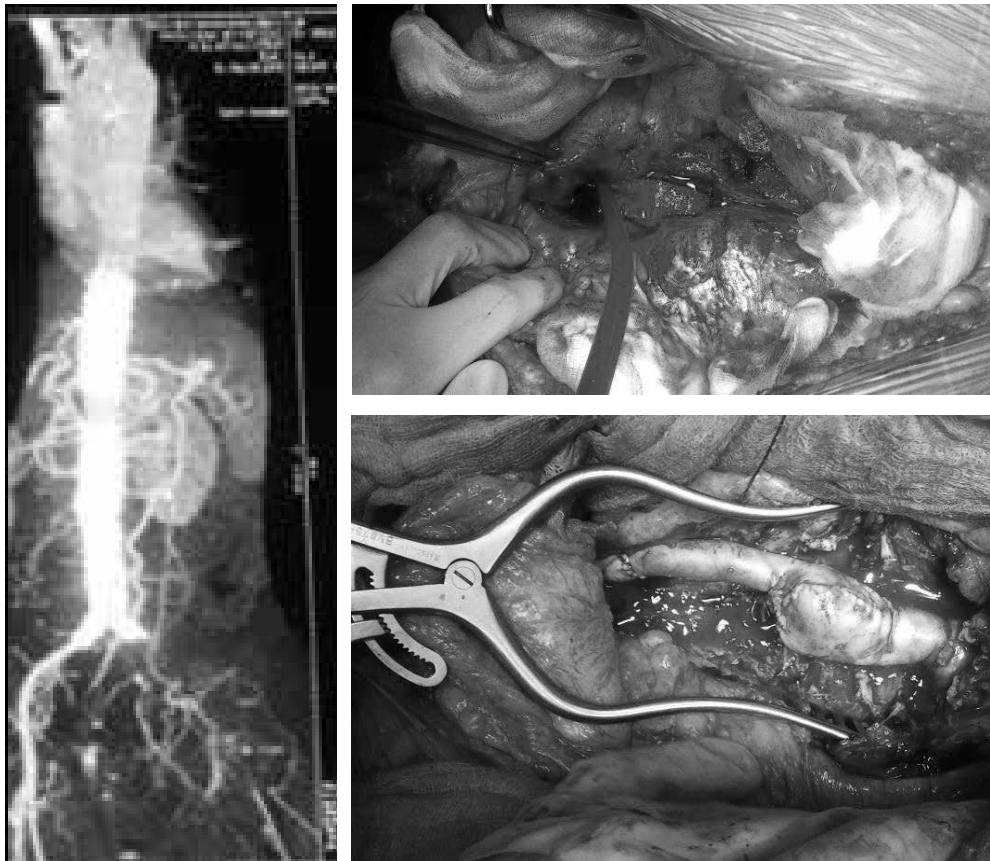
Bệnh án 3

BN nam 53 tuổi, tiền sử bắc cầu chủ đùi 2 bên năm 2005, mổ lại thay đoạn ĐMC-chậu năm 2011 bằng mạch nhân tạo (không rõ chẩn đoán). Phát

hiện hình hình túi ĐMCB dưới thận và ĐMC ngực đoạn ngang cơ hoành năm 2014 đã đặt Stentgraft ĐMC hai đoạn. Sau can thiệp có nhiều đợt sốt cao và nhiễm trùng huyết đã điều trị nội khoa nhiều

lần. Cắt cụt đùi (T) tháng 6/2015 do biến chứng của nhiễm khuẩn huyết. BN vào viện 10/12/2015 vì có lỗ rò dịch mũ bản bẹn (T) không liền. Khám lúc vào: BN tỉnh, huyết động ổn, hội chứng nhiễm trùng rõ, bẹn (T) có lỗ rò dịch bản vị trí tam giác Scarpa, CLVT có hình ảnh khối dịch khí xung quanh mạch nhân tạo và Stentgraft chủ chậu. ĐM chậu T (chân đã cắt cụt) không ngấm thuốc. Chẩn đoán là áp xe quanh mạch nhân tạo và Stentgraft chủ chậu, mổ lần 1 ngày 15/12/2015. Tổn thương trong mổ là rò ĐMC (gồm cả mạch nhân tạo và Stentgraft) vào một quai hồi tràng dính vào mạch nhân tạo. Lấy bỏ toàn bộ mạch nhân tạo chủ chậu và Stentgraft, bắc cầu chủ chậu phải bằng mạch nhân tạo đồng loài. Đoạn hồi tràng được cắt và nối

tận tận một lớp (hình 5). Sau mổ điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, kết quả cấy vi khuẩn dịch ổ áp xe: E.Coli ESBL (+), Proteus Mirabilis ESBL (+), Klebsiella Pneumonia và E. Coli ESBL (-). BN còn chảy mũ đục qua dẫn lưu sau phúc mạc. Ngày 24/12/2015 xuất hiện chảy nhiều máu đỏ tươi qua dẫn lưu sau phúc mạc và ỉa máu đỏ tươi, tụt huyết áp. BN được mổ cấp cứu lần 2: Tổn thương là viêm mủn nát toàn bộ Homograft chảy máu, toàn bộ tổ chức xung quanh viêm mủn, không tìm thấy tổn thương đường tiêu hóa, tiến hành thắt ĐMCB dưới thận, bắc cầu nách đùi (P) bằng mạch nhân tạo. Sau mổ, BN xuất hiện shock nhiễm trùng, đái ít, vận mạch liều cao không kết quả, BN rung thất, ngừng tim và tử vong.



Hình 5. MSCT trước mổ thấy 2 Stents. Thương tổn trong mổ (ảnh phải): đoạn hồi tràng thủng vào mạch nhân tạo (trên) và thay đoạn ĐMC-chậu bằng Homograft (dưới)

BÀN LUẬN

Dịch tễ học

Rò ĐMC - đường tiêu hóa tiên phát ít gặp, xảy ra khi một phình động mạch lớn không được điều trị làm loét thành ruột liên kế. Rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát thường gặp hơn, chiếm 0,3% - 1,6% BN sau phẫu thuật thay ĐMC bụng [1].

Rò ĐMC-đường tiêu hóa được Sir Ashley Cooper mô tả lần đầu tiên vào năm 1818. Salmon mô tả ca lâm sàng đầu tiên của rò ĐMC-đường tiêu hóa tiên phát vào năm 1843 và sau đó có khoảng 250 trường hợp đã được báo cáo trong y văn. Rò ĐMC - đường tiêu hóa tiên phát thường xảy ra trên nền BN PĐMCB có vữa xơ thành mạch. Một số bệnh ít gặp có thể dẫn đến rò ĐMC-đường tiêu hóa bao gồm giang mai, bệnh lao, nhiễm nấm, bệnh collagen. Tỷ lệ bệnh được phát hiện trên khám nghiệm tử thi là từ 0,04% đến 0,07% [3].

BN rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát đầu tiên được Brock báo cáo năm 1953 mô tả một lỗ rò giữa miệng nối gần của ĐMC bằng mảnh ghép đồng loại vào tá tràng. Tỷ lệ mắc rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát là 0,5% - 2,3% [5]. Ước tính có khoảng 80% rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát liên quan đến tá tràng, chủ yếu là đoạn D3-D4. Trong những trường hợp phình ĐMC điều trị bằng can thiệp nội mạch, rò ĐMC-đường tiêu hóa xảy ra do sự di chuyển của Stent cũng như tổn thương nội mạch dẫn đến rò. Số rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát được báo cáo ở những BN có tiền sử phẫu thuật ĐMC là lớn hơn so với báo cáo ở những BN có tiền sử đặt Stent qua can thiệp nội mạch.

Một tài liệu gần đây tổng kết 332 trường hợp cá nhân và 1.135 BN từ các bài báo trước đó liên quan đến biến chứng này. Họ nhận thấy đường rò ĐMC-đường tiêu hóa có thể xảy ra tại bất kỳ thời điểm nào sau một phẫu thuật có liên quan tới động mạch lớn (muộn nhất là 26 năm). Tỷ lệ tử vong

giảm đáng kể khi BN được can thiệp phẫu thuật. Trong năm 2015, BV Việt Đức phẫu thuật và can thiệp nội mạch cho khoảng gần 100 BN ĐMC, và gặp 3 trường hợp rò ĐMC- tá tràng hoặc hồi tràng, cả 3 trường hợp đều không được chẩn đoán chính xác ngay khi vào viện, mặc dù đã được điều trị phẫu thuật song chỉ có 1 BN ra viện trong tình trạng sức khỏe ổn định. Điều này cho thấy đây là một biến chứng hiếm gặp và tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Cơ chế bệnh sinh

Bệnh sinh chính xác của sự hình thành rò ĐMC-đường tiêu hóa hiện nay chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn, nhưng hai cơ chế ăn mòn cơ học và nhiễm trùng được cho là đóng vai trò quan trọng. Gần đây còn có nhiều báo cáo về rò ĐMC-đường tiêu hóa phát triển sau khi can thiệp nội mạch do sự di chuyển của Stentgraft.

Rò ĐMC-đường tiêu hóa tiên phát được cho là kết quả chủ yếu từ sự ăn mòn trực tiếp và viêm hoại tử của một khối phình ĐMC. Bệnh phát sinh từ phình ĐMCB xơ vữa chiếm 73% của tất cả các rò ĐMC-đường tiêu hóa tiên phát, trong khi đó 26% là do phình động mạch sau chấn thương hoặc nhiễm trùng [6]. Các tác nhân nhiễm khuẩn phổ biến nhất trong phình ĐMC nhiễm trùng là Klebsiella, Salmonella, Staphylococcus và Streptococcus. Các nguyên nhân khác hiếm hơn như bức xạ, khối u, loét dạ dày tá tràng, bệnh viêm đường ruột (bệnh Crohn), và sự tiêu mòn của các cá thể ngoại lai chỉ chiếm 1% còn lại.

Rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát xảy ra như là một biến chứng của nhiễm trùng quanh mạch tiến triển và đã được xác nhận trong phẫu thuật hoặc khám nghiệm tử thi. Nguyên nhân được mặc nhiên công nhận là sự kết hợp của nhiễm trùng mạn tính sau thay đoạn ĐMC và sự lặp đi lặp lại nhíp đập của ĐMC trên ruột. Do sự gấn gù về giải phẫu, tổn thương D3 tá tràng gặp nhiều

nhất. Khoảng 2/3 rò ĐMC-đường tiêu hóa xảy ra tại vị trí này, trong khi D4 của tá tràng và các vị trí khác bị ảnh hưởng trong 1/3 các trường hợp. Ba BN của chúng tôi có 2 trường hợp gặp tổn thương tại D3 tá tràng nơi tiếp xúc trực tiếp với mạch nhân tạo, và 1 trường hợp tổn thương tại quai hồi tràng dính trực tiếp vào ĐMC nhân tạo một lần nữa khẳng định vai trò của ăn mòn cơ học trong quá trình hình thành bệnh.

Chẩn đoán

Biểu hiện lâm sàng

Các dấu hiệu lâm sàng của rò ĐMC-đường tiêu hóa bao gồm nôn ra máu, đi ngoài phân máu, nhiễm trùng huyết, đau bụng cấp, huyết áp thấp, nhịp tim nhanh, giảm hemoglobin, và đau vùng thượng vị nhẹ. trực tràng chảy máu máu đỏ sẫm có nghĩa chảy máu đang tiếp diễn. Tuy nhiên, các biểu hiện này xảy ra ở 2 thể có sự khác nhau.

Rò ĐMC - đường tiêu hóa tiên phát

Các đặc điểm lâm sàng thường gặp nhất của rò ĐMC- đường tiêu hóa là chảy máu đường tiêu hóa trên (64%), đau bụng (32%), và khối đập theo nhịp ở bụng (25%) [7]. Tuy nhiên, các triệu chứng này đồng thời hiện diện chỉ có ở 10% BN. Các biểu hiện khác có thể có bao gồm đau lưng, đi ngoài phân đen, sốt, nhiễm trùng huyết và sốc. Dấu hiệu chảy máu liên tục thường xuất hiện trước xuất huyết lớn và thường tự cầm do hiện tượng đóng tạm thời của các lỗ rò do huyết khối và sự co thắt của ruột xung quanh. Sự xuất hiện của một chảy máu sớm nghiêm trọng cần nghi ngờ một rò ĐMC-đường tiêu hóa tiên phát.

Rò ĐMC - đường tiêu hóa thứ phát

Bệnh nhân rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát thường xuất hiện với một hoặc các triệu chứng lâm sàng sau: Xuất huyết tiêu hóa (80%), nhiễm trùng huyết (44%), đau bụng (30%), đau lưng (15%), khối đập theo nhịp tim (6%) [8]. Xuất huyết tiêu hóa có đặc điểm là ồ ạt, thường xuất hiện sau chảy

ít máu thoáng qua (chảy máu báo trước) và tự cầm, chưa chắc chảy máu xảy ra do sự thông thương giữa động mạch và ruột, mà có thể từ vùng hoại tử và loét niêm mạc. Các biểu hiện lâm sàng thường là rất quan trọng để chẩn đoán rò ĐMC - đường tiêu hóa bởi chưa có phương thức chẩn đoán hình ảnh nào có khả năng mô tả bệnh lý này với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. 2 BN của chúng tôi có dấu hiệu xuất huyết tiêu hóa khá điển hình như trên, tuy nhiên BN 2 lại vào viện vì dấu hiệu đau lưng và chi dưới, do vậy chẩn đoán và xử trí ban đầu nhầm lẫn với áp xe cơ thắt lưng chậu, có thể lý giải do đoạn mạch nhân tạo (tiếp xúc trực tiếp với đoạn tá tràng thủng) đã bị huyết khối nên mạch dù có thông thương với lòng ruột nhưng không có xuất huyết tiêu hóa ồ ạt.

Cận lâm sàng

Ba phương thức chẩn đoán hữu ích nhất cho việc phát hiện rò ĐMC-đường tiêu hóa là cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, nội soi dạ dày thực quản tá tràng và chụp mạch. Trong các phương pháp này, cắt lớp vi tính là phương pháp ít xâm lấn, dễ thực hiện hơn cả. Cắt lớp vi tính có lợi thế ở chỗ nó không gây ra nguy cơ gây bong huyết khối ĐMC, thời gian chụp ngắn, độ phân giải cao. CLVT đã trở thành phương pháp chẩn đoán hình ảnh hàng đầu đánh giá các trường hợp nghi rò ĐMC-đường tiêu hóa. Tuy nhiên CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu thay đổi. Với dựng hình mạch kỹ thuật số trong CLVT, có thể thấy hình ảnh thoát thuốc cản quang vào trong lòng ruột.

Khi có sự thông thương giữa ĐMC và các tạng lân cận, trên phim CLVT có thể thấy khí bất thường sát hoặc bên trong các lớp của ĐMC, lớp mỡ ngăn cách giữa ĐMC và ruột mỏng đi hoặc biến mất, có thể thấy khối máu tụ sau phúc mạc, trong thành ruột hoặc niêm mạc. Với các BN sau phẫu thuật ĐMC, phù nề mô mềm, dịch và khí quanh mạch có thể được phát hiện trên phim CLVT bình thường

ngay sau khi phẫu thuật. Tuy nhiên, sau 3-4 tuần, khi này nếu còn hiện diện là bất thường và phải coi là một dấu hiệu của nhiễm trùng hoặc có thể có sự thông thương với lòng ruột. Dày phần mềm, tụ dịch hoặc tụ máu quanh mạch thường biến mất trong vòng 2-3 tháng sau khi phẫu thuật. Thoát thuốc cản quang vào trong lòng ruột, rò rỉ thuốc cản quang đường tiêu hóa vào khoảng quanh mạch là cực kỳ hiếm gặp nhưng là dấu hiệu đặc hiệu nhất của rò ĐMC-đường tiêu hóa. Ba BN của chúng tôi tuy không có BN nào có biểu hiện thoát thuốc cản quang vào trong lòng ruột tuy nhiên đều có biểu hiện dịch và khí xung quanh ĐMC nhân tạo.

Nội soi thực quản dạ dày tá tràng là một phương pháp dùng để loại trừ các nguyên nhân khác của chảy máu đường tiêu hóa trên như viêm loét dạ dày, chảy máu đường mật và giãn vỡ tĩnh mạch thực quản. Soi thực quản dạ dày tá tràng âm tính cũng không loại trừ được rò ĐMC-đường tiêu hóa. Để có thể phát hiện tổn thương của tá tràng cần đẩy đầu dò xuống sâu đoạn D4 tá tràng. BN 1 trong nghiên cứu đã được soi lần 1 tại Bệnh viện Bạch Mai, lần 2 tại Bệnh viện Việt Đức đều không thấy tổn thương (vì đầu dò đều chỉ dừng lại ở D2 tá tràng), chỉ tới khi nôn máu tái phát, yêu cầu soi lại với đề nghị đẩy sâu đầu dò nội soi xuống tới D4 thì mới phát hiện tổn thương. Việc dùng viên nang Camera nội soi thám sát toàn bộ đường tiêu hóa sẽ rất có ích trong các trường hợp này, nhất là loét thủng ở các đoạn hồng hay hồi tràng như BN số 3 của chúng tôi.

Chụp động mạch có vai trò tương đối trong chỉ định phẫu thuật tuy nhiên với những tiến bộ mạnh mẽ của kỹ thuật CLVT, nó chỉ còn vai trò rất hạn chế trong những trường hợp này. Chụp mạch với điều trị nút mạch hoặc đặt Stentgraft cũng có thể được sử dụng để điều trị chảy máu tiêu hóa thứ phát do rò ĐMC-đường tiêu hóa tuy nhiên kết quả còn chưa được công bố nhiều.

Siêu âm có thể hữu ích ở những BN không ổn định hoặc những người có chống chỉ định với thuốc cản quang. Tuy nhiên, vì rất khó đánh giá tổn thương nên siêu âm rất hiếm khi được chỉ định để chẩn đoán của rò ĐMC-đường tiêu hóa.

Chẩn đoán phân biệt

Do sự chồng chéo của các lớp cắt trên CLVT, biểu hiện giữa rò ĐMC-đường tiêu hóa và nhiễm trùng quanh mạch có thể khó khăn hoặc không thể phân biệt được. Tuy nhiên, CLVT đa dãy có thể chỉ ra những dấu hiệu quan trọng của rò ĐMC-đường tiêu hóa gồm: khí quanh mạch, dày khu trú thành ruột, tổn thương thành ĐMC, thoát thuốc cản quang vào trong lòng ruột. Ngoài ra, khi xuất huyết tiêu hóa là biểu hiện lâm sàng chủ yếu, bất kỳ đặc điểm nào của nhiễm trùng quanh mạch trên CLVT cũng có thể là gợi ý của một rò ĐMC-đường tiêu hóa thứ phát.

Phình ĐMC nhiễm trùng được ước tính chiếm khoảng 0,7% -2,6% của phình động mạch [9]. Hầu hết các BN có phình ĐMC nhiễm trùng không có triệu chứng cụ thể cho đến khi phình mạch vỡ hoặc xuất hiện bằng chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn giai đoạn muộn. Nhiễm trùng quanh mạch mà không rò có thể biểu hiện giống với rò ĐMC-đường tiêu hóa và cần tìm kỹ các biểu hiện trên phim CLVT.

Rò ĐMC-đường tiêu hóa cũng cần phân biệt với xơ hóa sau phúc mạc, là một quá trình xơ hóa ở khoang sau phúc mạc, các khu vực xung quanh ĐMCB và ĐM chậu chung, nguyên nhân vẫn chưa được hoàn toàn sáng tỏ, có thể do tự miễn?

Điều trị

Điều trị phẫu thuật

Rò ĐMC-đường tiêu hóa cần phải được phẫu thuật, nếu không tử vong do xuất huyết hoặc nhiễm trùng huyết là chắc chắn. Trong hầu hết các nghiên cứu chỉ có 10% -20% BN cần phẫu thuật cấp cứu [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ sống sót tỷ lệ nghịch với

khoảng cách giữa thời điểm bắt đầu chảy máu và thời điểm phẫu thuật.

Điều trị truyền thống của rò ĐMC-đường tiêu hóa bao gồm loại bỏ mạch ghép và bắc cầu ngoài giải phẫu. Lựa chọn thay thế này đã bao gồm thay thế mạch ghép tại chỗ và cắt bỏ ghép đơn độc. Kể từ khi được ứng dụng, can thiệp nội mạch đã cung cấp một phương pháp ít xâm lấn hơn cho việc điều trị bệnh ĐMC.

Với can thiệp phẫu thuật, tỷ lệ sống thay đổi trong khoảng từ 18% tới 93%. Có đến 40% các trường hợp xuất hiện các biến chứng và tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật tổng thể là hơn 30%. Rò ĐMC-đường tiêu hóa tiên phát ở BN phồng ĐMC nhiễm trùng có tiên lượng xấu hơn, tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là hơn 50% [4].

Các mục tiêu chính của điều trị phẫu thuật là: (1) khẳng định chẩn đoán, (2) kiểm soát chảy máu, (3) sửa chữa các tổn thương ruột, (4) loại bỏ nhiễm trùng liên quan, và (5) phục hồi lưu thông mạch máu.

Đối với các BN lựa chọn phẫu thuật bao gồm các phương án sau: (1) bắc cầu nách đùi 2 bên trước khi lấy bỏ mạch ghép và sửa chữa rò, (2) bắc cầu nách đùi sau khi lấy bỏ đoạn mạch ghép và sửa chữa rò, và (3) thay đoạn ĐMC bằng vật liệu chống nhiễm trùng. Phẫu thuật kèm theo dẫn lưu rộng rãi và, khi có thể nên đặt mạc nối lớn vào giường ghép ĐMC. Sửa chữa tổn thương đường tiêu hóa bao gồm, đóng lỗ rò tái lập lưu thông tiêu hóa, tạo hình mạc nối lớn.

Đối với BN ổn định, ít bệnh đi kèm và kỳ vọng sống cao, điều trị ưu tiên đối với rò ĐMC-đường tiêu hóa là bắc cầu ngoài giải phẫu sau loại bỏ mảnh ghép vì nó điều trị triệt để, hạn chế thiếu máu chi dưới, và cho phép BN phục hồi tốt sau phẫu thuật, nhưng tỷ lệ tử vong vẫn lên đến 27% [1]. Sửa chữa bắc cầu ngoài giải phẫu trước sau đó loại bỏ mạch nhân tạo ghép là một sự thay thế chấp nhận được,

đã được chứng minh là có tính khả thi, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong có thể chấp nhận được. Điều trị lỗ rò của đường tiêu hóa bằng làm sạch-khâu lại lỗ thủng ruột đã được chứng minh có kết quả, tuy nhiên một số BN cần thiết vẫn phải cắt bỏ đoạn ruột. Bắc cầu ngoài giải phẫu có thể là bắc cầu nách đùi một bên kèm theo cầu nối đùi đùi hoặc bắc cầu nách đùi 2 bên để lưu lượng máu xuống tốt hơn. Ở BN đã từng được can thiệp ĐMC do bệnh mạch máu ngoại biên, khả năng bắc cầu nách-đùi 1 bên có kết quả tốt lên đến 97% trong năm đầu tiên và 81,1% trong 3 năm [10]. Ở những BN đã được thay ĐMC do bệnh lý phồng mạch và không có bằng chứng của bệnh ĐM ngoại vi, khả năng bắc cầu nách-đùi 2 bên được dự kiến sẽ cao hơn.

Lựa chọn phẫu thuật khác bao gồm lấy bỏ đoạn mạch nhân tạo đơn thuần mà không tái lập mạch máu (nguy cơ cắt cụt hai chân rất cao, có thể áp dụng cho các trường hợp đã cắt cụt hai chân), thay thế đoạn mạch nhân tạo tại chỗ bằng các vật liệu chống nhiễm trùng. Vật liệu này có thể là một đoạn tĩnh mạch tự thân, mạch đồng loài (homograft), mạch nhân tạo tráng bạc. Kieffer mô tả kinh nghiệm 15 năm với việc sử dụng homograft được bảo quản lạnh. Một kết luận quan trọng trong kinh nghiệm của ông là nên sử dụng mạch cấy ghép tươi, còn mạch ghép được bảo quản lạnh có nguy cơ vỡ sau mổ cao. Ngoài ra, họ nhận thấy tỷ lệ biến chứng cao hơn khi sử dụng mảnh ghép ĐMC xuống vì vậy không nên sử dụng đoạn này trong ghép ĐMC. BN số 3 của chúng tôi sử dụng Homograft bảo quản lạnh, tuy nhiên cũng không thành công.

Tim vi khuẩn phải được thực hiện sớm để điều trị theo kháng sinh đồ sau mổ. Cấy máu trước mổ và cấy dịch trong mổ cần được thực hiện. Điều trị kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm (mạnh, phổ rộng, phối hợp), sau đó tuân theo kháng sinh đồ.

Vai trò của can thiệp nội mạch

Trong những năm gần đây can thiệp nội mạch

điều trị rò ĐMC-đường tiêu hóa tiên phát đã được báo cáo như là một phương pháp thay thế thành công mở mổ. Biện pháp điều trị này rất hữu ích trong trường hợp phẫu thuật không khả thi vì lý do giải phẫu, ví dụ ở BN đã trải qua xạ trị dẫn đến xơ hóa sau phúc mạc lan tỏa, hoặc ở BN huyết động không ổn định, có chống chỉ định phẫu thuật lớn. Can thiệp nội mạch ít xâm lấn hơn và có thể bịt lỗ rò, kiểm soát chảy máu. Mặc dù vậy can thiệp nội mạch vẫn bị giới hạn bởi nó không cho phép xử lý tổn thương ở đường ruột. Ở một số BN rò ĐMC-đường tiêu hóa có thể tự lành sau khi can thiệp nội mạch kết hợp với điều trị kháng sinh, đặc biệt là BN rò ĐMC-đường tiêu hóa dưới thận thứ phát mà không có bằng chứng của nhiễm trùng huyết. Đối với BN có biểu hiện nhiễm trùng huyết rõ ràng và có bệnh đi kèm, có chống chỉ định của phẫu thuật thì can thiệp nội mạch, khi kết hợp dẫn lưu rộng rãi, có thể sử dụng như một biện pháp điều trị tạm thời. Ngoài ra, trường hợp tối ưu nhất, can thiệp nội mạch có thể sử dụng như là một biện pháp tạm thời trước phẫu thuật, đặc biệt nếu bệnh nhân có nhiễm trùng huyết đang diễn ra hoặc biến chứng nhiễm trùng khác, để cầm máu và giảm nhẹ triệu chứng. Kakkos [11] báo cáo 2 BN được điều trị bằng can thiệp nội mạch, tuy nhiên, cả hai BN đều phải mổ lại ở tháng thứ 9 và tháng thứ 16 sau can thiệp. Ông kết luận rằng “do tốc độ dòng chảy cao, chảy máu tái phát và nhiễm trùng huyết, can thiệp nội mạch chỉ nên được sử dụng như một biện pháp tạm thời trước phẫu thuật, bất cứ khi nào có thể thực hiện được”.

Điều trị sau mổ

Tất cả BN phải được bắt đầu dùng kháng sinh phổ rộng tĩnh mạch ngay khi chẩn đoán rò ĐMC - đường tiêu hóa được đặt ra. Cần phải chuẩn bị tối ưu các sản phẩm máu thích hợp và kiểm tra chéo và dịch truyền theo, dõi bằng monitor xâm

lấn. Đặt catheter trung tâm theo dõi trước mổ. Điều trị kháng sinh phổ rộng nên bắt đầu càng sớm càng tốt trên bệnh nhân nghi ngờ. Kháng sinh nên bao phủ được các mầm bệnh vi khuẩn Gram dương, Gram âm, và vi khuẩn đường ruột. Việc điều trị kháng sinh nên được tiếp tục tối thiểu là 6 tuần sau mổ. Trong mổ phải cấy vi khuẩn dịch quanh mạch để làm kháng sinh đồ.

Việc cho ăn sau phẫu thuật chỉ nên tiến hành sau khi có bằng chứng phục hồi lưu thông tiêu hóa. Tốt nhất nên mở thông hồng tràng hệ thống để nuôi dưỡng sớm. Những BN có giảm huyết sắc tố cần được đánh giá nội soi hậu phẫu để xác nhận chảy máu đã cầm. Tất cả BN cần phải được điều trị kháng sinh đường uống kéo dài sau khi can thiệp nội mạch. Chụp lại cắt lớp vi tính kiểm tra sau 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng và hàng năm sau phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Rò ĐMC - đường tiêu hóa là một bệnh đe dọa tính mạng, chẩn đoán khó, biến chứng và tử vong rất cao. Chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị dẫn đến tỷ lệ tử vong. Can thiệp phẫu thuật sớm cải thiện tỷ lệ sống sót của những BN này. Việc điều trị rò ĐMC-đường tiêu hóa gồm xử trí một thì tổn thương mạch máu và tổn thương ruột, trong đó lựa chọn ưu tiên là lấy bỏ mạch nhân tạo nhiễm trùng, thắt ĐMC, bắc cầu ngoài giải phẫu (nách đùi 2 bên) và cắt đoạn ruột, đồng thời tìm kiếm bằng chứng nhiễm khuẩn và điều trị kháng sinh dài ngày. Dù kết quả điều trị đã được cải thiện trong những năm gần đây, nhiều BN rò ĐMC - đường tiêu hóa không qua khỏi do nhiễm trùng hoặc suy kiệt sau khi điều trị. Can thiệp nội mạch có thể được xem xét như là một phương pháp hiệu quả và an toàn để ổn định BN rò ĐMC - đường tiêu hóa, cầm máu và giảm đau trước phẫu thuật triệt để.

RÉSUMÉ

Une Fistule Aorto-entérique (FAE) est une communication entre l'aorte et une boucle adjacent à l'intestin. Une FAE secondaire (0.3-1.6%), survient à la suite du précédent anévrisme aortique greffon. Par 3 cas clinique de FAE au CHU Viet Duc, nous avons acquis de l'expérience sur le diagnostic et le traitement. Le diagnostic de la FAE se base sur les signes cliniques qui comprennent l'hématémèse, le méléna, la septicémie, les douleurs abdominales et les vomissements aigus de sang frais. Les trois modalités paracliniques les plus utiles sont la tomodensitométrie abdominale avec le contraste intraveineux (moins invasive et plus pratique), l'oesophagogastroduodenoscopy, et l'artériographie. Le traitement de FAE consiste à l'excision de greffe, le pontage intra/extra-anatomique, la réparation de lésion gastro-intestinale par la chirurgie ouverte, l'intervention endovasculaire pour hémostase et analgésie peut être réalisée avant une opération. La FAE est une entité clinique rare, associée à une forte morbidité et mortalité, avec un diagnostic difficile, et doit être traitée dès le début par la chirurgie ou, dans certains cas, par une intervention endovasculaire pour stabiliser les patients.

Mots-clés: *Fistule Aorto-entérique, anévrisme.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peck JJ, E.L (1992), Aortoenteric fistulas. *Arch Surg.* 127(10): p. 1191–1194.
2. Umpleby HC, B.D (1987). Secondary aortoenteric fistulae: a surgical challenge. *Br J Surg.* 74: p. 256-259.
3. Lozano FS, M.-B.L (2008) Primary aortoduodenal fistula: new case reports and a review of the literature. *J Gastrointestinal Surg.* 12: p. 1561-1565.
4. Adriaensen ME, B.J. Halpern EF, Myriam Hunink MG, Gazelle GS (2002), Elective endovascular versus open surgical repair of abdominal aortic aneurysms: systematic review of shortterm results. *Radiology.* 224(3): p. 739–747.
5. Lemos DW, R.J (2003). Primary aortoduodenal fistula: a case report and review of the literature. *J Vasc Surgery*, 37(3)p. 686–689.
6. Hagspiel KD, T.U., Bozlar U, Harthun NL, Cherry KJ, Ahmed H (2007), Diagnosis of aortoenteric fistulas with CT angiography. *J Vasc Interv Radiol*, 18(4): p. 497–504.
7. Parkhurst GF, D.J (1995), Bacterial aortitis and mycotic aneurysm of the aorta: a report of twelve cases. *Am J Pathol.* 31(5): p. 821–835.
8. Sweeney MS, G.T (1984). Primary aortoduodenal fistula: manifestations, diagnosis and treatment. *Surgery.* 96(3) p. 492–497.
9. Reynolds JY, G.J (1991). Primary aortoduodenal fistula: a case report and review of the literature. *Ir J Med Sci.* 160: p. 381–384.
10. Cechura M, T.V., Krizan J, Certik B, Kuntscher V, Sulc R (2002). Extraanatomic bypass surgery for peripheral arterial vascular disease—is it still justified? *Zentralbl Chir.* 127(9): p. 760–763.
11. Kakkos S, C.N., Lampropoulos G, Papadoulas S, Makri R, Zampakis P (2011) Endovascular management of aortoenteric fistulas with aortic cuff extenders: report of two cases. *Int Angiol.* 30(3): p. 290–294.