

GIẢM ĐAU UNG THƯ VÙNG CHẬU BẰNG TIÊM CÒN TUYỆT ĐỐI DIỆT ĐÁM RỐI HẠ VỊ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CẮT LỚP VI TÍNH VÀ ROBOT MAXIO: NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP

Đinh Gia Khánh^{1✉}, Trần Quốc Tuấn¹, Nguyễn Đức Thành¹, Lê Hải Tú¹, Nguyễn Văn Thiệp¹

¹Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Đau là triệu chứng lâm sàng phổ biến ở bệnh nhân ung thư, trong đó có ung thư vùng chậu như đại trực tràng, cổ tử cung, buồng trứng, di căn ung thư. Diệt đám rối hạ vị giúp ngăn chặn dẫn truyền cảm giác đau hướng tâm từ vùng chậu về trung ương thần kinh, là phương pháp hiệu quả giảm đau ung thư tại chỗ. Plancarte và cộng sự (1990) lần đầu tiên báo cáo điều trị thành công diệt đám rối hạ vị cao trong phẫu thuật. Từ đó đến nay đã có nhiều phương tiện hỗ trợ trong việc tiếp cận đám rối hạ vị, giúp nâng cao hiệu quả của kỹ thuật. Không có biến chứng nghiêm trọng. Chúng tôi muốn báo cáo và đưa ra một số nhận xét về ba trường hợp diệt đám rối hạ vị điều trị đau do ung thư vùng chậu dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và robot Maxio tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện TƯQĐ 108.

Từ khóa: Đám rối hạ vị, còn tuyệt đối, đau do ung thư, cắt lớp vi tính.

ABSTRACT

PELVIC CANCER PAIN RELIEF BY HYPOGASTRIC PLEXUS BLOCK USING ABSOLUTE ALCOHOL INJECTION UNDER COMPUTED TOMOGRAPHY AND MAXIO ROBOT GUIDANCE: REPORT OF THREE CASES

Đinh Gia Khanh^{1✉}, Tran Quoc Tuan¹, Nguyen Duc Thanh¹, Le Hai Tu¹, Nguyen Van Thiep¹

Pain is a common clinical symptom in pelvis cancer patients including: colorectal cancer, cervical, ovary, metastasis. Hypogastric plexus block helps block afferent pathways of pain sensation from the pelvic region to the central nervous system, which is an effective method for relieving cancer pain. Plancarte et al (1990) first reported success in the hypogastric plexus block in surgery. Heretofore, there have been many means of support in approaching the hypogastric plexus, helping improve the efficacy of this technique. No major complication is observed. We report and discuss 3 cases of the hypogastric plexus block for treating pelvic cancer pain under computed tomography and Maxio robot guidance at Diagnostic Imaging Center of 108 Military Central Hospital.

Keywords: Hypogastric plexus, absolute alcohol, cancer pain, computed tomography.

Ngày nhận bài:

04/11/2021

Ngày chỉnh sửa:

10/2/2022

Chấp thuận đăng:

15/02/2022

Tác giả liên hệ:

Đinh Gia Khánh

Email:

dinhgiakhanhhvqy@gmail.com

SĐT: 0906228990

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của GLOBOCAN, trong năm 2020 Việt Nam có thêm 182.563 ca mắc ung thư mới, 122.690 ca tử vong, tổng số người còn sống trong

5 năm chẩn đoán ung thư (tỷ lệ lưu hành 5 năm) là 353.826 người [1]. Đau là một trong những triệu chứng lâm sàng phổ biến ở bệnh nhân ung thư, sự hiện diện của cơn đau phụ thuộc chủ yếu vào vị trí

ung thư và giai đoạn bệnh. Vào bất kỳ thời điểm nào, khoảng một nửa số người được chẩn đoán mắc ung thư ác tính đang trải qua cơn đau, và 2/3 số người bị ung thư giai đoạn tiến triển đang phải chịu đựng cơn đau có ảnh hưởng xấu đến giấc ngủ, tâm trạng, quan hệ xã hội và hoạt động thường ngày, làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống [2, 3]. Với năng lực quản lý bệnh tật, đau trong ung thư có thể được loại trừ hay kiểm soát tốt 80% đến 90% các trường hợp, nhưng hiện nay gần 50% bệnh nhân ung thư không nhận được đầy đủ sự chăm sóc tối ưu [4]. Ung thư càng về giai đoạn cuối thì vai trò của điều trị giảm nhẹ càng lớn, nhiều trường hợp điều trị vô cùng khó khăn, phải phối hợp nhiều chuyên ngành. Ung thư các tạng trong khung chậu là bệnh lý phổ biến trong các loại ung thư, bao gồm ung thư đại trực tràng, tử cung phần phụ, ung thư tiền liệt tuyến, bàng quang, ung thư xương chậu, hạch di căn chèn ép... Ngoài các phương pháp giảm đau truyền thống như dùng thuốc NSAID, Morphin và các can thiệp giảm đau thần kinh xâm lấn rất rộng, Plancarte và cộng sự lần đầu tiên báo cáo điều trị thành công đau vùng chậu ác tính vào năm 1990 bằng việc diệt đám rối thần kinh hạ vị cao [5]. Tại Việt Nam, bệnh viện K trung ương và bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô đã thực hiện diệt đám rối hạ vị dưới hướng dẫn của C - arm điều trị đau ác tính [6]. Cùng với sự phát triển của điện quang can thiệp là sự ra đời các thể hệ máy siêu âm, cắt lớp vi tính đa dãy và robot định vị, giúp việc tiếp cận đám rối hạ vị để giảm đau trong ung thư vùng chậu ngày càng trở nên đơn giản, chính xác và giảm liều tia X. Chúng tôi muốn báo cáo và đưa ra một số ý kiến bàn luận về ba trường hợp diệt đám rối hạ vị dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và robot Maxio tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Ca lâm sàng 1

Một bệnh nhân sinh năm 1971, tháng 1 năm 2020 được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến trực tràng giai đoạn III đã điều trị hoá chất phác đồ FUFA tại BVTƯQĐ 108. Tháng 8 năm 2020 chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh khối dày thành trực tràng xâm lấn lớp mỡ xung quanh, sau tiêm ngấm thuốc, hạch di căn vùng chậu, chưa có di căn xa

Bệnh nhân vào viện vì đau nhiều vùng chậu và bụng dưới, điểm VAS trung bình 8. Sử dụng Morphin 5 viên/ ngày, Ultracet 6 viên/ ngày, cải thiện ít. Vì thế sau hội chẩn tiến hành kỹ thuật tiêm còn tuyệt đối vào đám rối hạ vị để cải thiện triệu chứng đau bụng dưới cho bệnh nhân

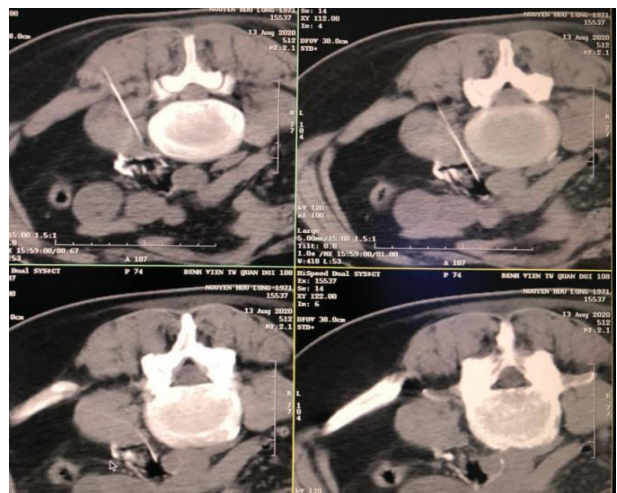
Chỉ định của kỹ thuật diệt đám rối hạ vị bằng còn tuyệt đối: Đau do ung thư các tạng vùng chậu như đại trực tràng, tiền liệt tuyến, tử cung phần phụ, bàng quang, xương chậu, dương vật, đáy chậu, hạch di căn chèn ép [7] có điểm VAS ≥ 6 , đáp ứng kém các thuốc giảm đau bậc 1, 2 hoặc đang phải tăng liều các thuốc bậc 3 hoặc không đồng ý sử dụng các thuốc giảm đau bậc 3 do tác dụng phụ.

Các bước tiến hành kỹ thuật:

- **Bước 1:** Xác định vị trí tiêm còn tuyệt đối và lập kế hoạch trên Maxio: Chụp CLVT quanh vị trí tiến hành diệt hạch. Gửi dữ liệu vào robot Maxio. Lập kế hoạch trên Maxio: vị trí đích thường quanh đám rối hạ vị, phía trước đốt sống L5, S1, dưới ngã ba động mạch chủ bụng - động mạch chậu.

- **Bước 2:** Tiến hành chọc kim chính xác vào vị trí diệt hạch: Sát trùng, đeo găng vô trùng, trải sẵn lỗ. Chọc kim Chiba 25G vào vị trí theo lập trình của robot Maxio. Chụp lại CLVT để xác định vị trí thực tế của kim. Điều chỉnh lại vị trí đầu kim nếu cần thiết. Block test: bơm 1ml thuốc cản quang và 6 - 8ml Lidocain 2% để đánh giá tình trạng giảm đau và sự phân bố của thuốc. Nếu tình trạng đau được cải thiện, tiến hành bước 3.

- **Bước 3:** Tiêm còn tuyệt đối: Tiêm 20ml còn tuyệt đối và 1-2ml thuốc cản quang, tốc độ bơm thuốc chậm và đều. Khi bơm hết thuốc, rút kim và băng vết chọc.

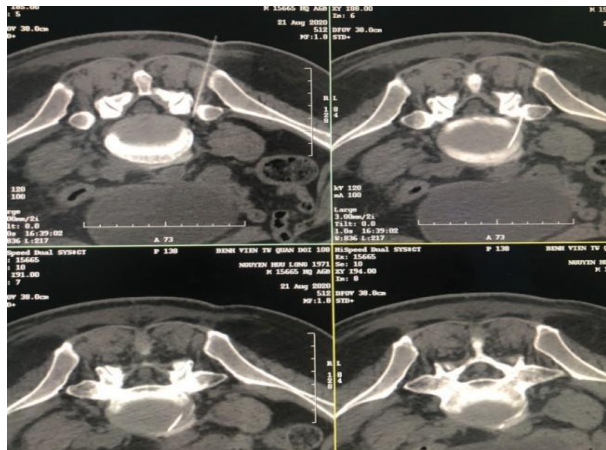


Hình 1: Tiếp cận đám rối hạ vị trên bên trái từ phía sau, còn tuyệt đối lan quanh phần gốc động mạch chậu chung trái

- **Bước 4:** Chụp kiểm tra lại sau khi tiêm: Tiêu chuẩn để đánh giá tiêm đúng kỹ thuật: Chụp kiểm tra lại sau khi tiến hành tiêm còn tuyệt đối thấy thuốc cản quang lan bờ trước đốt sống L5, S1, ngay dưới ngã ba động mạch chủ bụng - động mạch chậu.

Bệnh viện Trung ương Huế

- **Bước 5:** Đánh giá kết quả giảm đau sau tiến hành kỹ thuật dựa vào thang điểm đau theo nét mặt của Wong - Baker: Điểm VAS giảm còn 4 điểm sau 1 và 2 tháng, giảm liều Morphine 2 viên/ngày, Ultracet 3 viên/ngày.



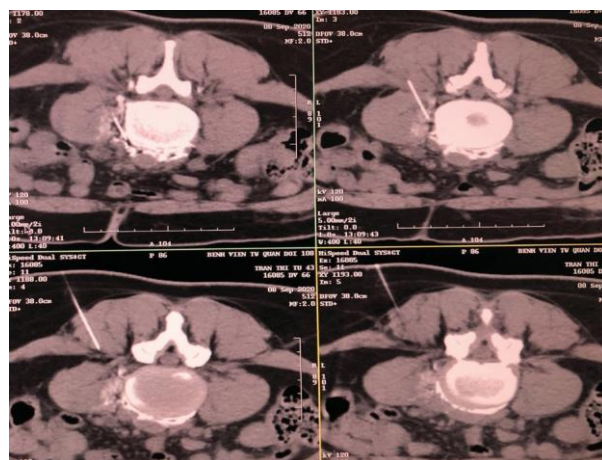
Hình 2: Tiếp cận đám rối hạ vị trên bên phải bằng đường sau xuyên đĩa đệm, còn lan mặt trước đốt sống L5

Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân sinh năm 1977, được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến cổ tử cung giai đoạn III di căn hạch ổ bụng tháng 5 năm 2020, không đồng ý điều trị hoá chất, chỉ điều trị bằng giảm đau. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính thấy khối mô mềm ngấm thuốc bất thường vùng cổ tử cung, xung quanh thâm nhiễm mỡ, hạch cạnh bó mạch chủ bụng đường kính 1cm.

Bệnh nhân vào viện vì đau vùng hạ vị, điểm VAS 7. Sử dụng Ultracet 4 - 5 viên/ ngày, Morphine 3 viên/ ngày cải thiện ít. Tiến hành diệt đám rối hạ vị bằng đường can thiệp phía sau bên phải, tiêm 20ml còn tuyệt đối. Sau thủ thuật điểm VAS giảm còn 2 sau một tháng và 3 điểm sau hai tháng, không phải sử dụng Morphine,

tuy nhiên có biểu hiện phù nề chân và đau mắt sau đùi xuống bàn chân trái kéo dài 2 tuần

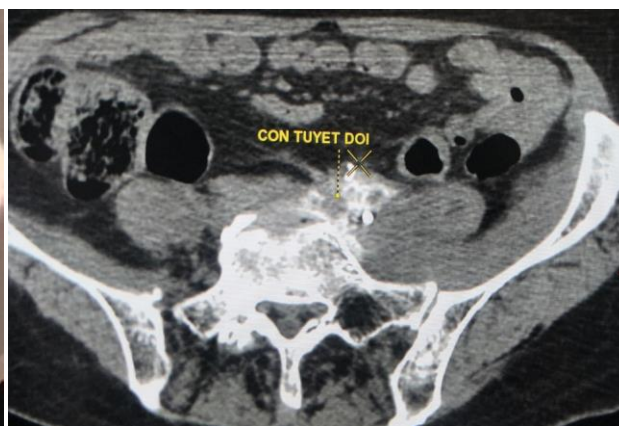


Hình 3: Bệnh nhân được can thiệp từ phía sau bên trái, còn tuyệt đối lan mặt trước đốt sống L5

Ca lâm sàng 3

Bệnh nhân sinh năm 1962 được chẩn đoán ung thư biểu mô buồng trứng biệt hoá vừa giai đoạn IV đã phẫu thuật và điều trị hoá chất tại bệnh viện K từ năm 2016, hiện tái phát di căn L4, 5. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính không thấy khối ngấm thuốc bất thường buồng trứng nhưng có thâm nhiễm mỡ sau phúc mạc dọc bó mạch chủ bụng và đặc xương L4, 5.

Bệnh nhân vào viện vì đau nhiều vùng chậu, điểm VAS 8, hiện dùng Morphine 3 viên/ ngày, Ultracet 6 viên/ngày, bệnh cải thiện ít. Tiến hành diệt đám rối hạ vị bằng đường can thiệp phía sau bên trái, tiêm 20ml còn tuyệt đối. Điểm VAS sau can thiệp, sau 1 tháng và 2 tháng lần lượt là 4,3,5. Giảm liều Morphine 1 viên/ ngày, 2 viên/ ngày sau 2 tháng, Ultracet 3 viên/ngày. Sau can thiệp có nóng rát vùng tăng sinh môn thoáng qua.



Hình 4: Diệt đám rối hạ vị bằng đường sau bên trái, tiêm còn quanh vị trí bờ trước trái thân đốt L5

Bảng 1: Tóm tắt các thông tin lâm sàng, hình ảnh, VAS của 3 ca lâm sàng

STT	Thông tin lâm sàng	Hình ảnh tổn thương	Điểm VAS trước can thiệp	Điểm VAS sau 2 tháng	Tỷ lệ thành công về kỹ thuật	Tỷ lệ thành công về lâm sàng
Ca 1	BN nam 51 tuổi, K biểu mô tuyến trực tràng giai đoạn III	Khối dày thành trực tràng xâm lấn lớp mỡ xung quanh, sau tiêm ngấm thuốc, hạch di căn vùng chậu, chưa có di căn xa	8	4	3/3	2/3
Ca 2	BN nữ 45 tuổi, K biểu mô tuyến cổ tử cung giai đoạn III	Khối mô mềm ngấm thuốc bất thường vùng cổ tử cung, xung quanh thâm nhiễm mỡ, hạch cạnh bó mạch chủ bụng	7	3		
Ca 3	BN nữ 60 tuổi, ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IV	Không thấy khối ngấm thuốc bất thường buồng trứng nhưng có thâm nhiễm mỡ sau phúc mạc dọc bó mạch chủ bụng và đặc xương L4,5	8	5		

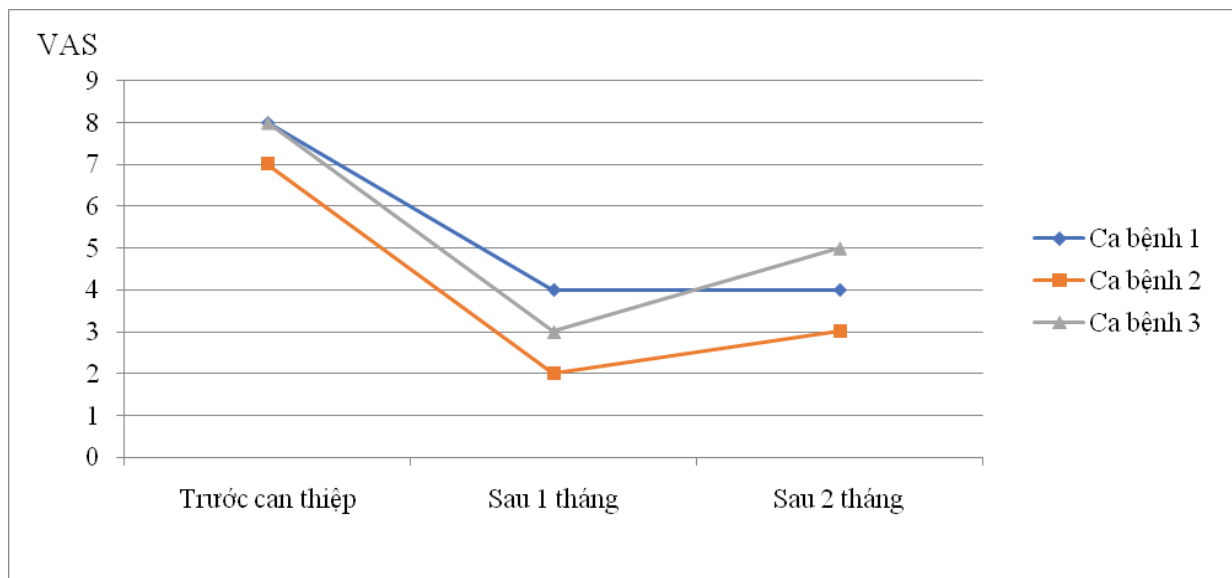
III. BÀN LUẬN

Đám rối hạ vị nằm phía dưới ngã ba động mạch chủ bụng - chậu, đám rối hạ vị trên nằm phía trước thân đốt sống L5, đám rối hạ vị dưới nằm hai bên trực tràng ngang mức S2 đến S4. Cảm giác đau vùng bụng dưới, vùng chậu và đáy chậu được truyền qua đám rối hạ vị [5]. Diệt đám rối hạ vị giúp phong tỏa đường dẫn truyền cảm giác đau từ các tạng vùng chậu về trung ương thần kinh, đã được khuyến cáo cho các cơn đau do ung thư các tạng vùng chậu, đặc biệt là ở những bệnh nhân không đáp ứng thang bậc điều trị đau của WHO hoặc không chịu được tác dụng phụ của opioid [8]. Plancarte và cộng sự (1990) cho thấy giảm đáng kể tỷ lệ đau ở 70% bệnh nhân bị đau vùng chậu mạn tính sau khi được diệt đám rối hạ vị [5]. Năm 1993, De Leon - Casasola và cộng sự trong một nghiên cứu cho thấy diệt đám rối hạ vị được thực hiện thành công sẽ làm giảm số lượng opioid phải dùng ít nhất 50% trong ba tuần đồng thời giảm điểm VAS [9]. Năm 1998, Rosenberg và cộng sự đã báo cáo trường hợp đau mức độ nặng sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt đã được điều trị diệt đám rối hạ vị và giảm đau hơn 6 tháng [10]. Mohamed và các cộng sự đã báo cáo 4 bệnh nhân đau tăng sinh môn và 4 bệnh nhân đau vùng chậu với điểm VAS trung

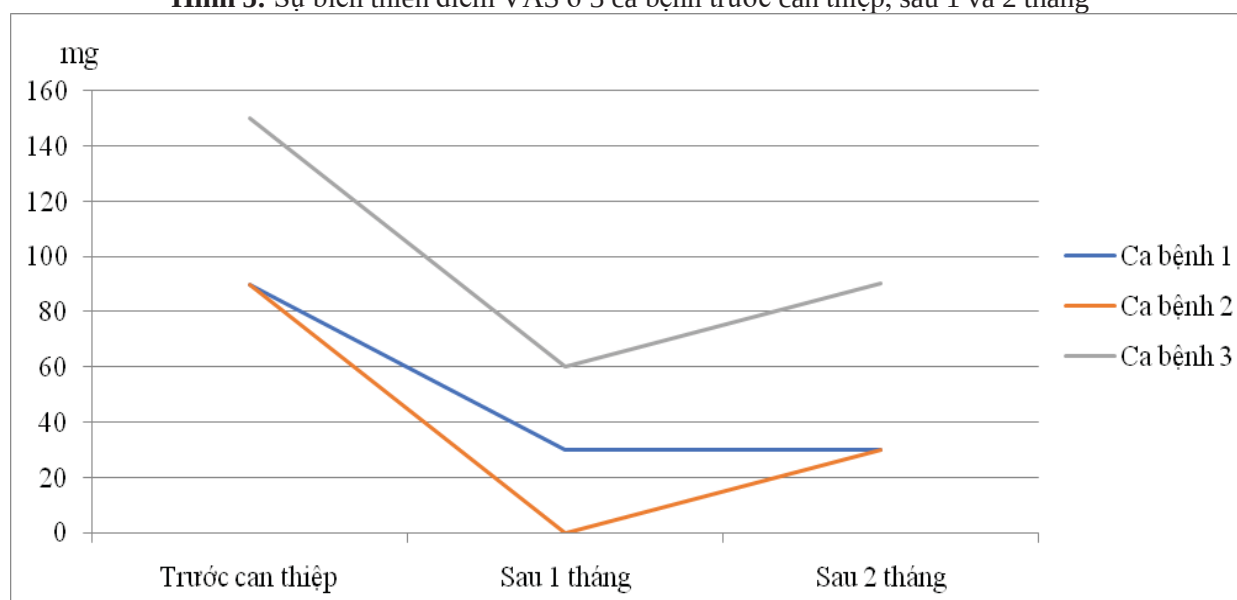
binh giảm từ $7,22 \pm 1,31$ xuống còn $4,06 \pm 1,73$ một tuần sau can thiệp [11].

Cùng với sự phát triển của công nghệ chẩn đoán hình ảnh đã cho ra đời nhiều thế hệ máy cắt lớp vi tính đa dãy và robot định vị, giúp bác sĩ giảm thời gian can thiệp, tăng độ chính xác tuyệt đối, giảm tổn thương mô cơ quan, giảm liều tia X cho bệnh nhân và nhân viên y tế [12]. Robot Maxio là robot định vị thế hệ mới do Ấn Độ sản xuất, có thể giao tiếp với máy cắt lớp vi tính, giúp bác sĩ dễ dàng xác định hướng và chiều sâu của kim trong khi can thiệp

Ba trường hợp được báo cáo đều là bệnh nhân ung thư các tạng trong tiểu khung đã được chẩn đoán và điều trị triệt căn, tuy nhiên bệnh tiến triển, di căn hạch bụng, điểm VAS trước can thiệp 7 - 8, đáp ứng kém với các thuốc điều trị đau bậc 2, phải tăng dần liều Morphin, không có rối loạn đông máu, không có nhiễm trùng trong ổ bụng hoặc tắc ruột. Sử dụng kim Chiba dài 20 cm, 25G. Lượng còn tuyệt đối 20ml mỗi lần tiêm, hướng tiếp cận từ phía sau. Ba ca bệnh đều giảm được điểm VAS, giảm liều Morphin và Ultracet. Điểm VAS và liều Morphin đường uống trước can thiệp, sau 1 tháng, 2 tháng như sau:



Hình 5: Sự biến thiên điểm VAS ở 3 ca bệnh trước can thiệp, sau 1 và 2 tháng



Hình 6: Sự biến thiên liều morphin (30mg/viên) ở 3 ca bệnh trước can thiệp, sau 1 và 2 tháng

Về hướng tiếp cận đám rối hạ vị, Plancarte và cộng sự là những người đầu tiên mô tả cách tiếp cận cổ điển phía sau đám rối hạ vị trên, tuy nhiên phương pháp này đôi khi bị cản trở bởi mào chậu và thân đốt L5 gây khó khăn cho việc xuyên kim [5]. Các phương pháp cải tiến như tiếp cận xuyên đĩa đệm của Erdine và cộng sự, tiếp cận phía sau dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính và hướng phía trước dưới hướng dẫn siêu âm [13], [14]. Ba trường hợp chúng tôi báo cáo đều can thiệp hướng sau xuyên đĩa đệm dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính, có ưu điểm là chính xác, tránh được xương, mạch chủ bụng – chậu, niệu quản và các tạng ổ bụng do độ phân giải cao của cắt lớp vi tính.

Về biến chứng của kỹ thuật, theo Seema Mishra và cộng sự (2013) bao gồm tụt huyết áp thể đứng, tụt máu tại chỗ, tổn thương niệu quản, rễ thần kinh, buồn nôn và nôn, đau lưng ...[15] Ca lâm sàng thứ hai có tổn thương rễ của đám rối thần kinh thắt lưng cùng, phù nề nhẹ và đau bồng buốt mặt sau cẳng bàn chân phải, đau tăng khi vận động, nguyên nhân do sự lan toả mất kiểm soát của cồn tuyệt đối gây kích thích rễ thần kinh đám rối thắt lưng cùng, đã xử trí bằng giảm đau thần kinh Lyrica 75mg ngày 2 viên, triệu chứng cải thiện sau 2 tuần; chính vì vậy việc test hỗn hợp thuốc tê và thuốc cản quang trước khi tiêm cồn đóng vai trò quan trọng để xác định

sự lan toả của thuốc, nếu sự lan toả này không theo kế hoạch, phải tiến hành điều chỉnh lại vị trí kim; Ghoneim (2014) luôn bơm 2ml không khí trước khi rút kim để phần côn tuyệt đối còn lại không ảnh hưởng các cơ quan trên đường đi của nó [16]. Đau nhẹ thất lưng xuất hiện ở cả ba trường hợp nhưng không phải điều trị gì.

IV. KẾT LUẬN

Diệt đám rối hạ vị bằng côn tuyệt đối là phương pháp điều trị giảm đau hiệu quả ở bệnh nhân ung thư vùng chậu, việc thực hiện kỹ thuật từ nhiều hướng dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và robot Maxio cho độ chính xác cao, ít biến chứng. Kiểm soát sự lan tỏa của côn tuyệt đối giúp hạn chế tác dụng không mong muốn của côn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021; 71(3): 209-249.
2. Marcus DA. Epidemiology of cancer pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2011; 15(4): 231-4.
3. Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H, et al. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012; 30(5): 539-47.
4. Hanna M, Moon JY. A review of dexketoprofen trometamol in acute pain. *Curr Med Res Opin*. 2019; 35(2): 189-202.
5. Plancarte R, Amescua C, Patt RB, et al. Superior hypogastric plexus block for pelvic cancer pain. *Anesthesiology*. 1990; 73(2): 236-9.
6. Trịnh Tú Tâm, Nguyễn Quốc Dũng, Bùi Văn Giang. Diệt đám rối hạ vị bằng côn tuyệt đối điều trị giảm đau ở bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối nhân 4 trường hợp. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2019: 5-9.
7. Ahmed DG, Mohamed MF, Mohamed SA. Superior hypogastric plexus combined with ganglion impar neurolytic blocks for pelvic and/or perineal cancer pain relief. *Pain Physician*. 2015; 18(1): E49-56.
8. Vissers KCP BK, Wagemans M et al. Pain in patients with cancer. 1st ed. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons Ltd. 2012.
9. de Leon-Casasola OA, Kent E, Lema MJ. Neurolytic superior hypogastric plexus block for chronic pelvic pain associated with cancer. *Pain*. 1993; 54(2): 145-151.
10. Rosenberg SK, Tewari R, Boswell MV, et al. Superior hypogastric plexus block successfully treats severe penile pain after transurethral resection of the prostate. *Reg Anesth Pain Med*. 1998; 23(6): 618-20.
11. Mohamed SA, Ahmed DG, Mohamad MF. Chemical neurolysis of the inferior hypogastric plexus for the treatment of cancer-related pelvic and perineal pain. *Pain Res Manag*. 2013; 18(5): 249-52.
12. BJJ Abdullah CY, KL Goh, BK Yoong, GF Ho, AnjaliKulkarn. Early Experience of a Commercial Available Robot (Maxio) for CT-guided Radiofrequency Ablation of liver tumours. https://document.site/download/maxio-perfint-healthcare_pdf. 2018.
13. Erdine S, Yucel A, Celik M, et al. Transdiscal approach for hypogastric plexus block. *Reg Anesth Pain Med*. 2003; 28(4): 304-8.
14. Turker G, Basagan-Mogol E, Gurbet A, et al. A new technique for superior hypogastric plexus block: the posteromedian transdiscal approach. *Tohoku J Exp Med*. 2005; 206(3): 277-81.
15. Mishra S, Bhatnagar S, Rana SP, et al. Efficacy of the anterior ultrasound-guided superior hypogastric plexus neurolysis in pelvic cancer pain in advanced gynecological cancer patients. *Pain Med*. 2013; 14(6): 837-42.
16. Ghoneim AA, Mansour SM. Comparative study between computed tomography guided superior hypogastric plexus block and the classic posterior approach: A prospective randomized study. *Saudi J Anaesth*. 2014; 8(3): 378-83.