

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NÚT MẠCH CHỌN LỌC ĐIỀU TRỊ U CƠ MỠ MẠCH THẬN VỠ

Phạm Ngọc Hùng^{1*}, Hoàng Vương Thắng¹, Trương Văn Cẩn¹,
Nguyễn Kim Tuấn¹, Phan Hữu Quốc Việt¹, Nguyễn Văn Quốc Anh¹,
Phan Tấn Vũ¹, Lê Nguyễn Kha¹, Nguyễn Văn Hùng Anh², Lê Duy Cát²

DOI: 10.38103/jcmhch.76.6

TÓM TẮT

U cơ mỡ mạch thận (AML: Angiomyolipoma) là khối u trung mô lành tính phổ biến nhất của thận. Hiện nay, với những tiến bộ trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh và ứng dụng phổ biến siêu âm, chụp CT Scan, việc chẩn đoán AML không triệu chứng một cách tình cờ ngày càng nhiều. Biến chứng u vỡ gây chảy máu sau phúc mạc có thể nghiêm trọng và đe dọa tính mạng bệnh nhân. Điều trị chảy máu sau phúc mạc do AML thận vỡ bao gồm điều trị bảo tồn, phẫu thuật cắt toàn bộ hoặc một phần thận, nút mạch thận... Hiện nay, nút mạch thận được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay cho AML có chảy máu và ngày càng phổ biến trong điều trị dự phòng AML có nguy cơ chảy máu. Chúng tôi trình bày một bệnh nhân nữ, 40 tuổi vào viện vì đau hông phải đột ngột, được phát hiện AML thận phải vỡ gây khối máu tụ quanh thận và được điều trị bằng nút mạch chọn lọc. Bệnh nhân ổn định và ra viện sau 12 ngày. Tái khám sau 1 tháng và 4 tháng cho thấy khối u giảm kích thước nhiều trên CT scan bụng.

Từ khóa: Nút mạch, nút mạch thận, RAE, nút mạch thận chọn lọc, u cơ mỡ mạch, AML.

ABSTRACT

SELECTIVE ENDOVASCULAR EMBOLIZATION FOR THE TREATMENT OF RUPTURED RENAL ANGIOMYOLIPOMA: A CASE REPORT

Pham Ngoc Hung^{1*}, Hoang Vuong Thang¹, Truong Van Can¹,
Nguyen Kim Tuan¹, Phan Huu Quoc Viet¹, Nguyen Van Quoc Anh¹,
Phan Tan Vu¹, Le Nguyen Kha¹, Nguyen Van Hung Anh², Le Duy Cat²

Angiomyolipoma (AML) is the most common benign mesenchymal tumor of the kidney. Currently, with advances in diagnostic imaging and widespread application of ultrasound and computed tomography, the accidental diagnosis of asymptomatic AML is increasingly common. retroperitoneal bleeding secondary to AML rupture can be serious and life - threatening. Treatment of such complication includes conservative treatment, total or partial nephrectomy, renal artery embolization... Today, renal artery embolization is recommended as the first choice for AML bleeding and is increasingly being used for the prophylaxis of AML at risk of bleeding. We present a 40 - year - old female patient was

¹Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện TW Huế

²Khoa CĐHA, Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài: 23/11/2021; Ngày phản biện: 03/12/2021;

- Ngày đăng bài: 01/02/2022

- Tác giả liên hệ: Phạm Ngọc Hùng

- Email: drhungg@gmail.com; SĐT: 0903591678

admitted to the emergency room with sudden right flank pain, found to have a ruptured right AML causing a perirenal hematoma and treated with selective renal artery embolization. Twelve days after the operation, the patient was stable and discharged from the hospital. Follow-up abdominal CT scan at 1 - and 4 - month intervals showed a marked decrease in tumor size.

Keywords: Embolization, renal artery embolization, RAE, selective renal artery embolization, angiomyolipoma, AML.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ mỡ mạch thận (AML: Angiomyolipoma) là khối u trung mô lành tính phổ biến nhất của thận. Tỷ lệ mắc AML nói chung trong dân số ước tính là 0,13% và phổ biến ở phụ nữ hơn nam giới [1, 2]. AML thường đi kèm với bệnh xơ cứng củ (TSC: tuberous sclerosis complex), một bệnh gen trội thường đặc trưng bởi các khối u lành tính liên quan đến nhiều cơ quan. Khối u thường bao gồm cơ trơn, mạch máu và mô mỡ. Về mặt mô bệnh học, AML được tạo nên bởi sự tăng sinh của các tế bào biểu mô quanh mạch bao gồm các tế bào mỡ, cơ trơn chưa trưởng thành và mạch máu. Có 2 loại AML thận: cổ điển và biến thể biểu mô. Đặc biệt, loại biểu mô được cấu tạo bởi biểu mô đơn hình tế bào và có khả năng tiến triển ác tính và di căn. Với đặc điểm chứa nhiều mỡ trong khối u giúp u thận AML được chẩn đoán một cách dễ dàng, ngược lại thì khó phân biệt với ung thư biểu mô tế bào thận (RCC: renal cell carcinoma) [3].

Hiện nay, với những tiến bộ trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh và ứng dụng phổ biến siêu âm, chụp CT Scan, việc chẩn đoán AML không triệu chứng một cách tình cờ ngày càng nhiều. Tam chứng đặc trưng bởi đau hông lưng, sờ thấy khối và tiểu máu. Biến chứng u vỡ gây chảy máu sau phúc mạc có thể nghiêm trọng và đe dọa tính mạng bệnh nhân. Chảy máu cấp tính trong AML thận biểu hiện hội chứng Wunderlich trên lâm sàng: đau hông cấp, phản ứng thành bụng và dấu hiệu mất máu trong [4, 5]. Nguy cơ chảy máu do vỡ u tăng lên theo kích thước khối u. Điều trị chảy máu sau phúc mạc do AML thận vỡ bao gồm điều trị bảo tồn, phẫu

thuật cắt toàn bộ hoặc một phần thận, nút mạch thận... Hiện nay, nút mạch thận được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay cho AML có chảy máu và ngày càng được sử dụng để điều trị dự phòng AML có nguy cơ chảy máu [6].

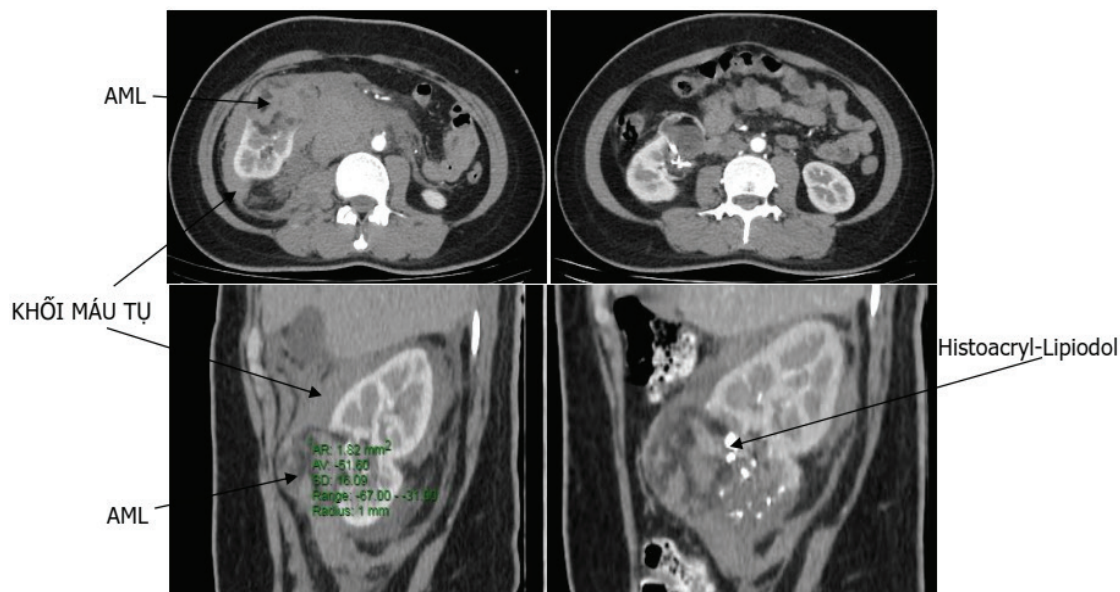
Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân u cơ mỡ mạch thận vỡ gây tụ máu sau phúc mạc được điều trị bằng nút mạch chọn lọc.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 40 tuổi nhập viện cấp cứu với triệu chứng đau tức vùng hông phải đột ngột sau 2 giờ. Tiền sử bệnh nhân phát hiện u cơ mỡ mạch thận phải không triệu chứng cách đây 10 tháng và được theo dõi định kỳ với siêu âm bụng mỗi 3 tháng.

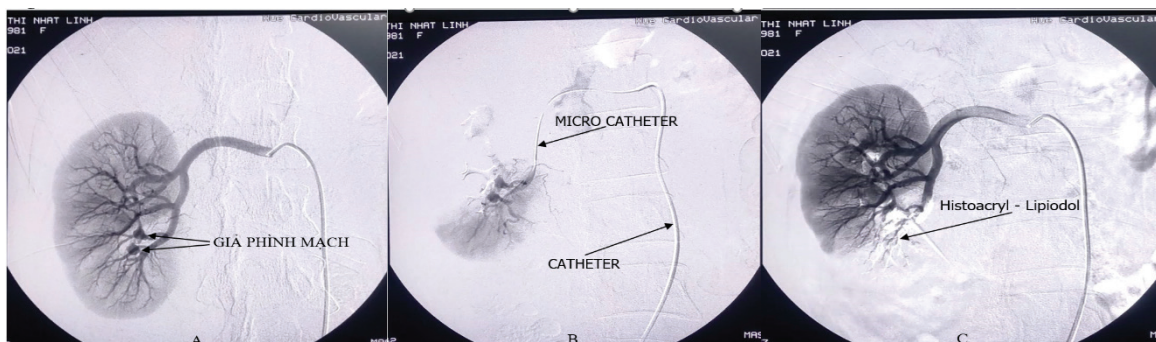
Dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện được ghi nhận: Mạch 88 lần/phút, Huyết áp 100/60 mmHg, Nhịp thở 20 lần/phút, Nhiệt độ 37°C.

Thăm khám bệnh nhân thấy da niêm mạc hồng nhạt, gồng cứng bụng ở hông và mạn sườn phải và hố chậu phải. Xét nghiệm máu có hồng cầu 3,93 M/ μ L, hemoglobin 12,9 g/dL, hematocrit 38,3%, urea 4,6 mmol/L, creatinine 59 μ mol/L, xét nghiệm nước tiểu chưa phát hiện bất thường, chức năng đông - cầm máu tốt. Kết quả CT scan bụng sau 4 tiếng sau khi vào viện ghi nhận một khối u AML ở cực dưới thận phải kích thước 65x50mm. Khối này có bờ trước không đều và liên tục với khối máu tụ quanh thận kích thước 70x80mm. Thận trái có hình ảnh bình thường. Bệnh nhân được chỉ định nút mạch chọn lọc u thận AML vỡ cấp cứu.



Hình 1: CT scan bụng thì động mạch trước nút mạch (phải) và sau nút mạch (trái)

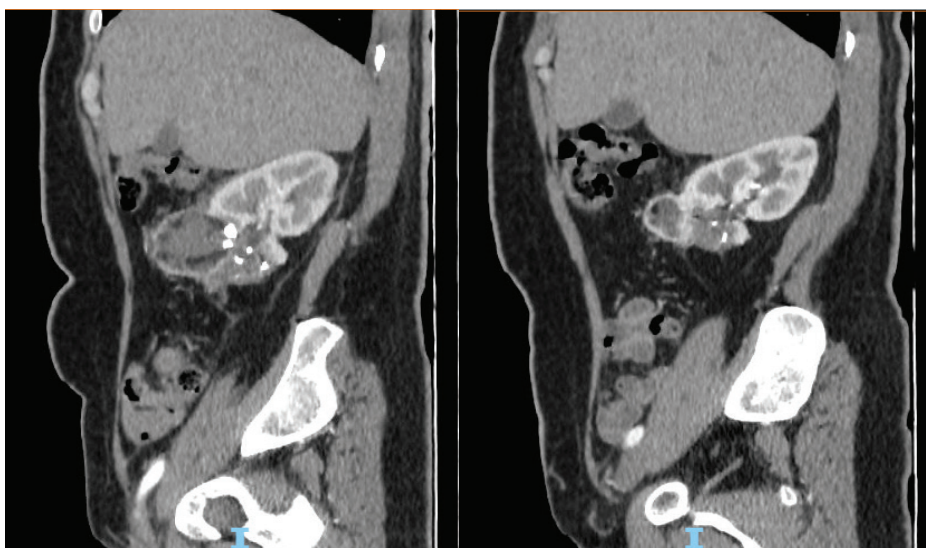
Trong quá trình nút mạch bệnh nhân nằm ngửa, được gây tê tại chỗ. Tiếp cận từ động mạch đùi phải lên động mạch chủ bụng bằng catheter Cobra 5F, Terumo, Tokyo, Japan chưa phát hiện bất thường. Tiếp cận động mạch thận phải phát hiện tổn thương giả phình mạch xuất phát từ nhánh gian thùy của động mạch phân thùy dưới. Chọn lọc nhánh động mạch thủ phạm bằng microcatheter Progret 2.7F. Nút mạch bằng hỗn hợp keo Histoacryl® - Lipiodol® tỉ lệ 1:3. Chụp kiểm tra thấy tắc hoàn toàn nhánh gian thùy của động mạch phân thùy dưới, bảo tồn các động mạch còn lại. Tiếp tục khảo sát động mạch thận trái chưa phát hiện bất thường.



Hình 2: Chụp và nút nhánh động mạch thủ phạm: A. Động mạch thận phải với giả phình mạch; B. Tiếp cận chọn lọc nhánh động mạch cấp máu cho u AML; C. Thận phải sau nút mạch.

Sau can thiệp mạch, bệnh nhân huyết động ổn định, sốt 38,50C ngày thứ 2 sau đó hạ dần, tiểu qua sonde vàng trong, đau hông phải giảm dần. CT scan bụng sau can thiệp mạch cho thấy khối máu tụ quanh thận đã giảm kích thước và túi giả phình mạch cực dưới thận phải đã được nút mạch thành công. Sonde tiểu được rút vào ngày thứ 3 và bệnh nhân xuất viện vào ngày thứ 12 sau can thiệp mạch.

Theo dõi định kỳ sau ra viện 1 tháng và 4 tháng bệnh nhân không còn triệu chứng đau hông phải với kết quả xét nghiệm máu bình thường và hình ảnh trên CT scan bụng không còn thấy khối máu tụ sau phúc mạc hoặc phát hiện các bệnh lý khác ở thận cũng như ở các cơ quan khác.



Hình 3: CT scan bụng thì động mạch sau ra viện 1 tháng (phải) và 4 tháng (trái) với khối u giảm kích thước nhiều

III. BÀN LUẬN

U mạch cơ mỡ thận là khối u lành tính thường gặp nhất ở thận, Fisher phát hiện năm 1911 và Morgan (1951) đặt tên và được sử dụng cho đến hiện nay. Hầu hết u cơ mỡ mạch xuất hiện ở thận, tuy nhiên có thể tìm thấy ở các vị trí khác như lách, gan, tử cung và vòi trứng [7, 8].

Khoảng 80% trường hợp AML xuất hiện riêng lẻ, hay gặp ở phụ nữ độ tuổi trung niên và thường chỉ có một u với kích thước nhỏ. 20% còn lại AML nằm trong bệnh cảnh của xơ cứng củ, một bệnh lý di truyền biểu hiện bệnh ở độ tuổi trẻ hơn và đều nhau ở hai giới. Trường hợp này thường có nhiều u với kích thước lớn và cả hai bên thận. Bệnh nhân nữ, 40 tuổi của chúng tôi chỉ có một khối u ở thận phải và không có các biểu hiện ở các cơ quan khác của bệnh xơ cứng củ như da, võng mạc, não, tim, thận, phổi, xương.

Hiện nay, với những tiến bộ trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh và ứng dụng ngày càng phổ biến của các phương tiện hình ảnh, hầu hết bệnh nhân u thận AML không có triệu chứng và được phát hiện một cách tình cờ. Tần suất xuất hiện triệu chứng và nguy cơ chảy máu do vỡ u tăng lên theo kích thước khối u [9]. Vỡ có thể xảy ra thứ phát ở những bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông hoặc chấn thương thận và cũng được báo cáo trong thai kỳ và hậu sản [10].

Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân phát hiện tình cờ u thận AML không triệu chứng cho đến khi nhập viện với triệu chứng đau tức hông phải sau vỡ u gây tụ máu sau phúc mạc.

U thận AML có thể được chẩn đoán chính xác với hình ảnh mô mỡ đại thể trên CT scan, vùng có tỉ trọng - 10 HU hoặc thấp hơn [11]. Tuy nhiên trong một số trường hợp chứa quá ít mô mỡ thì u thận AML khó phân biệt với RCC [3]. Bệnh nhân của chúng tôi có những vùng tỉ trọng mô mỡ (khoảng - 67 HU đến - 31 HU).

Việc điều trị AML thận phụ thuộc vào triệu chứng của bệnh nhân. Hầu hết bệnh nhân có khối u kích thước nhỏ (< 4cm) thường không có triệu chứng, được điều trị bảo tồn và theo dõi định kỳ dưới siêu âm [9]. Các guidelines của Hiệp hội Nội khoa Châu Âu (EAU) hiện nay khuyến cáo can thiệp trong các trường hợp khối u có triệu chứng, kích thước lớn (> 4 cm), ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và khó tiếp cận để theo dõi hoặc cấp cứu [2].

Phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị kinh điển cho AML có triệu chứng trước khi xuất hiện kỹ thuật xuyên tắc mạch. Phẫu thuật cắt thận toàn bộ hoặc cắt thận bán phần là phương pháp duy nhất giúp loại bỏ hoàn toàn khối u khỏi thận. Cắt thận được chỉ định khi AML thận kích thước lớn,

ngghi ngờ ác tính cao hoặc không thể thực hiện các phương pháp điều trị khác [3].

Trước đây, u thận AML thường được cắt bỏ vì không thể loại trừ bệnh lý ác tính. Việc lựa chọn giữa thuyên tắc mạch và phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh cãi chủ yếu tập trung vào độ an toàn, hiệu quả, bảo tồn thận và thai kỳ. Hiện nay, AML có thể được chẩn đoán chính xác bởi các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Do đó, thuyên tắc động mạch chọn lọc là phương pháp điều trị chọn lựa ưu tiên, đặc biệt là trong trường hợp chảy máu cấp tính hoặc huyết động không ổn định [2]. So với phẫu thuật cắt thận, thuyên tắc mạch có một số ưu điểm như tỷ lệ biến chứng thấp, ít chấn thương, bảo tồn chức năng thận, và kết quả điều trị ngắn hạn (< 5 năm) tốt. Theo Ewalt và cộng sự, thuyên tắc mạch điều trị u AML lớn ngăn ngừa chảy máu và suy thận; đây là phương pháp xâm lấn tối thiểu và giúp bảo tồn chức năng thận. Wang và cộng sự đã báo cáo 46 trường hợp bệnh nhân thuyên tắc động mạch thận siêu chọn lọc (SRAE) điều trị chảy máu từ thận, và chỉ ra rằng SRAE là một phương pháp xâm lấn tối thiểu hiệu quả giúp kiểm soát chảy máu thận [12].

Mặc dù thuyên tắc mạch là phương pháp điều trị ưu tiên hiện nay đối với AML thận có triệu chứng hoặc vỡ với độ an toàn cao và bảo tồn chức năng

thận tốt, nhưng vẫn tồn tại những hạn chế. Boorjian và cộng sự chỉ ra rằng thuyên tắc mạch có nguy cơ tái phát và chảy máu tái diễn cao hơn so với cắt thận bán phần [13]. Biến chứng sau nút mạch thường gặp là hội chứng sau nút mạch với các triệu chứng sốt, đau hạ sườn, tăng bạch cầu, buồn nôn và nôn mửa trong vòng ba ngày đầu sau can thiệp [2]. Tuy được xem phương pháp điều trị hàng đầu cho u thận AML nhưng tình trạng tái phát và chảy máu tái diễn sau khi thuyên tắc vẫn còn là một mối quan tâm. Hiệu quả của thuyên tắc có thể khác nhau, do số lượng mô mỡ, mạch máu và cơ trơn khác nhau tùy trường hợp.

Trong báo cáo của chúng tôi, bệnh nhân vào viện với huyết động ổn định, chức năng thận còn tốt được xử trí bằng nút mạch chọn lọc giúp bảo tồn chức năng thận. Sau nút mạch, bệnh nhân xuất hiện hội chứng sau nút mạch với triệu chứng sốt và đau hạ sườn phải sau đó giảm dần. Theo dõi bệnh nhân sau xuất viện 1 tháng và 4 tháng không phát hiện tổn thương phình mạch cũng như khối máu tụ quanh thận.

IV. KẾT LUẬN

Nút mạch thận chọn lọc trong xử trí tụ máu sau phúc mạc do vỡ u cơ mỡ mạch thận là một phương pháp hiệu quả, an toàn và ít xâm hại, đồng thời giúp bảo tồn nhu mô thận tối đa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fittschen A, Wendlik I, Oeztuerk S, Kratzer W, Akinli AS, Haenle MM, et al. Prevalence of sporadic renal angiomyolipoma: a retrospective analysis of 61,389 in - and out - patients. *Abdom Imaging*. 2014. 39: 1009-13.
2. Flum AS, Hamoui N, Said MA, Yang XJ, Casalino DD, McGuire BB, et al. Update on the Diagnosis and Management of Renal Angiomyolipoma. *J Urol*. 2016. 195: 834-46.
3. Vos N, Oyen R. Renal Angiomyolipoma: The Good, the Bad, and the Ugly. *J Belg Soc Radiol*. 2018. 102: 41.
4. Zengin S, Al B, Yildirim C, Oktay MM, Yilmaz DA. Rupturing of renal angiomyolipoma due to physical examination. *BMJ Case Rep*. 2012. 2012.
5. Sotošek S, Markić D, Španjol J, Krpina K, Knežević S, Maričić A. Bilateral wunderlich syndrome caused by spontaneous rupture of renal angiomyolipomas. *Case Rep Urol*. 2015. 2015: 316956.
6. Muller A, Rouvière O. Renal artery embolization- indications, technical approaches and outcomes. *Nat Rev Nephrol*. 2015. 11: 288-301.
7. Morgan GS, Straumfjord JV, Hall EJ. Angiomyolipoma of the kidney. *J Urol*. 1951. 65: 525-7.
8. Oesterling JE, Fishman EK, Goldman SM, Marshall FF. The management of renal

- angiomyolipoma. J Urol. 1986. 135: 1121-4.
9. De Luca S, Terrone C, Rossetti SR. Management of renal angiomyolipoma: a report of 53 cases. BJU Int. 1999. 83: 215-8.
10. Eble JN. Angiomyolipoma of kidney. Semin Diagn Pathol. 1998. 15: 21-40.
11. Jinzaki M, Silverman SG, Akita H, Nagashima Y, Mikami S, Oya M. Renal angiomyolipoma: a radiological classification and update on recent developments in diagnosis and management. Abdom Imaging. 2014. 39: 588-604.
12. Wang C, Li X, Peng L, Gou X, Fan J. An update on recent developments in rupture of renal angiomyolipoma. Medicine (Baltimore). 2018. 97: e0497.
13. Boorjian SA, Frank I, Inman B, Lohse CM, Cheville JC, Leibovich BC, et al. The role of partial nephrectomy for the management of sporadic renal angiomyolipoma. Urology. 2007. 70: 1064-8.