

MỘT SỐ CA LÂM SÀNG GIẢM ĐAU BẰNG DIỆT ĐÁM RỐI THÂN TẠNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH VỚI ĐƯỜNG TIẾP CẬN PHÍA TRƯỚC

Lê Văn Khang¹

Nguyễn Thị Thu Thảo¹

Nguyễn Thị Khơi¹

Vũ Đăng Lưu^{1,2}

¹ Trung tâm Điện quang,

Bệnh viện Bạch Mai

² Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh,

Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Qua 3 trường hợp diệt đám rối thân tạng để điều trị giảm đau, chúng tôi muốn trình bày kết quả thực hiện ban đầu, những kinh nghiệm về kỹ thuật thực hiện phương pháp diệt đám rối thân tạng dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính (CLVT) với đường tiếp cận phía trước.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả chùm ca lâm sàng gồm 3 bệnh nhân (BN) ung thư tụy giai đoạn cuối, được điều trị giảm đau bằng phương pháp diệt đám rối thân tạng bơm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn CLVT với đường tiếp cận phía trước từ tháng 8/2020 đến tháng 10/2020 tại Trung tâm Điện quang Bệnh viện Bạch Mai.

Kết quả: Tác dụng giảm đau đạt được ngay sau khi làm thủ thuật, không có biến chứng lớn.

Kết luận: Diệt đám rối tạng có hiệu quả cao giảm đau bụng trên, giúp giảm sử dụng morphin. Kỹ thuật tiếp cận qua đường phía trước, tư thế nằm ngửa giúp cho bệnh nhân dễ chịu hơn trong quá trình can thiệp. Sử dụng cắt lớp vi tính giúp đưa chính xác đầu kim vào vị trí mong muốn và kiểm tra được sự lan rộng của thuốc khi bơm.

Từ khóa: Diệt đám rối thân tạng, hướng dẫn cắt lớp vi tính ổ bụng, tiếp cận phía trước.

Tác giả chịu trách nhiệm:

Lê Văn Khang

Trung tâm Điện quang,

Bệnh viện Bạch Mai

Email: drkhang2006@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/03/2021

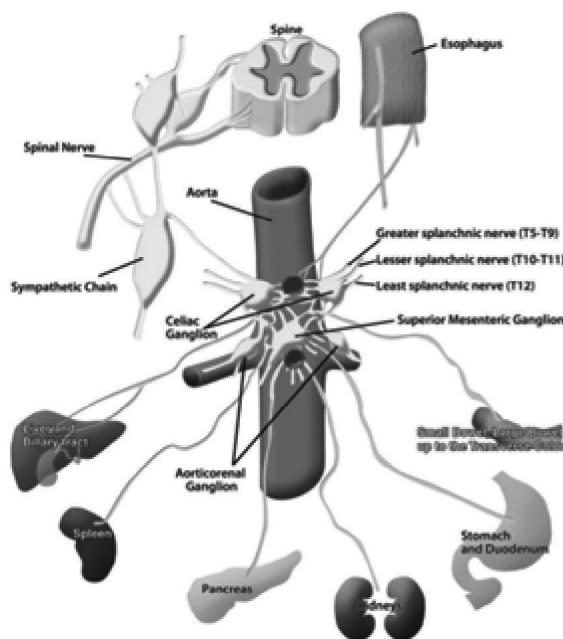
Ngày phản biện: 14/04/2021

Ngày đồng ý đăng: 25/04/2021

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đám rối thân tạng nằm ở khoang sau phúc mạc, phía trước – ngoài động mạch chủ bụng (ĐMCB) ngang mức thân đốt sống L1 (khoảng từ T12-L2), gần lỗ xuất phát của động mạch thân tạng (ĐMTT) và trên động mạch mạc treo trên (ĐMMTTT). Nó bao gồm mạng lưới dày đặc các sợi thần kinh đan xen đến từ các hạch giao cảm: hạch tạng, hạch mạc treo tràng trên, hạch chủ thận [1].

Đám rối thân tạng chứa các hạch giao cảm, phó giao cảm và các sợi thần kinh hướng tâm mang cảm giác nội tạng gồm tụy, gan, đường mật, túi mật, lách, tuyến thượng thận, thận, mạc treo, dạ dày, ruột non và đại tràng từ đại tràng lên đến đại tràng ngang. Do đó, đám rối thân tạng là trung gian dẫn truyền cảm giác đau của các tạng ở tầng trên ổ bụng và điều trị diệt đám rối thân tạng là một trong những phương pháp tốt giúp kiểm soát đau xuất phát từ các tạng này.



Hình 1. Hình ảnh mô phỏng dẫn truyền cảm giác nội tạng đến đám rối tạng bởi các sợi giao cảm hướng tâm từ các tạng ở tầng trên ổ bụng (gan, túi mật, đường mật, dạ dày, lách, tụy, thận, toàn bộ ruột non và đại tràng lên – đại tràng ngang) [1]

Diệt đám rối thân tạng vĩnh viễn sử dụng các chất hủy thần kinh (cồn tuyệt đối, phenol) dùng để giảm đau trong các trường hợp bệnh lý ác tính và đau mạn tính, khi điều trị bằng thuốc không hiệu quả. Ngoài ra diệt đám rối thân tạng tạm thời sử dụng các chất gây tê để giảm đau tạm thời trong các can thiệp như can thiệp đường mật, nút tĩnh mạch cửa...

Kỹ thuật phong bế đám rối tạng được Kappis mô tả lần đầu tiên năm 1919 [2] trong điều trị giảm đau liên quan đến các tổn thương vùng bụng chỉ dựa vào các mốc giải phẫu là cấu trúc xương có thể sờ thấy được. Phương pháp này tiếp tục được phát triển vào những năm 1950 dưới hướng dẫn của nội soi và vào những năm 1970 can thiệp được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm.

Diệt đám rối thân tạng được tiến hành dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) vào đầu những năm 1980 và đã được chứng minh về tính hiệu quả cũng như định vị chính xác, đáng tin cậy nhất trong việc kiểm soát đau kim, góp phần làm giảm biến chứng và kiểm soát tốt sự khuếch tán quá mức của chất hoại tử mô [1],[2],[3].

Một số kỹ thuật để thực hiện diệt đám rối thân tạng đã được mô tả trong y văn [4]. Diệt đám rối thân tạng có tiến hành với đường tiếp cận từ phía sau hoặc đường tiếp cận từ phía trước.

Tiếp cận phía sau: bao gồm (1) tiếp cận khoang trước trụ hoành bằng kỹ thuật 2 kim và theo đường cạnh sống, (2) tiếp cận khoang trước trụ cơ hoành bằng kỹ thuật 1 kim (qua động mạch chủ bụng hoặc qua đĩa đệm), (3) tiếp cận khoang sau trụ hoành bằng kỹ thuật 2 kim theo đường cạnh sống.

Tiếp cận phía trước: bao gồm kỹ thuật 1 kim hoặc 2 kim đi qua các tạng, kim được đưa qua thành bụng và tiến tới khoang trước trụ hoành. Hóa chất hoại tử mô thường là cồn 50–100%; tuy nhiên, phenol > 5% có thể được sử dụng để thay thế.

Qua 3 trường hợp diệt đám rối thân tạng để điều trị giảm đau tại Trung tâm Điện quang bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi muốn trình bày kết quả thực hiện ban đầu, những kinh nghiệm về kỹ thuật thực hiện phương pháp diệt đám rối thân tạng dưới hướng dẫn CLVT với đường tiếp cận phía trước.



Hình 2. CLVT lớp mỏng có thể xác định được hạch tạng và đám rối thần tạng trên hình ảnh cắt ngang: hình thái của hạch tạng bên phải và bên trái (mũi tên) [1].

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Mô tả chùm ca lâm sàng gồm 3 BN được điều trị giảm đau bằng phương pháp diệt đám rối thần tạng dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính (CLVT) từ tháng 8/2020 đến tháng 10/2020 tại Trung tâm Điện quang Bệnh viện Bạch Mai. Cả 3 BN đều được chẩn đoán xác định ung thư tụy giai đoạn cuối, tổn thương xâm lấn gây đau bụng dữ dội, các thuốc giảm đau thông thường không có tác dụng, BN phải dùng morphin để giảm đau. Các BN này được liên hệ từ Trung tâm Ung bướu sang Trung tâm Điện quang của chúng tôi để tiến hành can thiệp diệt đám rối tạng như một phương pháp điều trị giảm nhẹ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả các ca lâm sàng. Ghi nhận các đặc điểm: chỉ định, kỹ thuật định vị kim, lượng tác nhân diệt đám rối tạng được tiêm, đánh giá chấm điểm cường độ đau (cả trước thủ thuật và sau thủ thuật ở các thời điểm: ngay sau hoàn thành thủ thuật, sau 1 ngày, 3 ngày, 1 tuần, trên 2 tuần) bằng thang điểm VAS [1].

Phương tiện định vị là máy chụp CLVT. Chất diệt hạch là cồn tuyệt đối.

Cách thức tiến hành kỹ thuật: Đặt tư thế

bệnh nhân nằm ngửa. Chụp cắt lớp vi tính khu trú tầng trên ổ bụng với độ dày lát cắt 5mm, bước nhảy 5mm, quan sát được động mạch thần tạng và động mạch mạc treo tràng trên. Gây tê giảm đau tại chỗ bằng lidocain. Dưới hướng dẫn của CLVT, đưa kim Chiba 21G (1 hoặc 2 kim) vào trụ cơ hoành hoặc khoảng giữa động mạch mạc treo tràng trên và động mạch thần tạng. Khi đầu kim nằm đúng vị trí thích hợp, dùng dây nối gắn với đầu kim, tiến hành bơm khí hoặc 5ml thuốc cản quang pha loãng để đánh giá sự lan tràn của thuốc quanh động mạch chủ. Tiến hành bơm 1- 2ml lidocain 2% nhằm giảm đau trước khi diệt hạch và test đáp ứng của bệnh nhân. Bơm 20 ml cồn tuyệt đối (98%) vào mỗi kim (nếu sử dụng 2 kim) và 40ml nếu sử dụng 1 kim. Bệnh nhân cần được theo dõi nhịp tim và huyết áp trong quá trình bơm cồn. Bơm 5ml nước muối 0.9% vào kim trước khi rút kim. Bệnh nhân nằm ngửa tại giường, hạn chế vận động 8 giờ sau phong bế [1],[3].

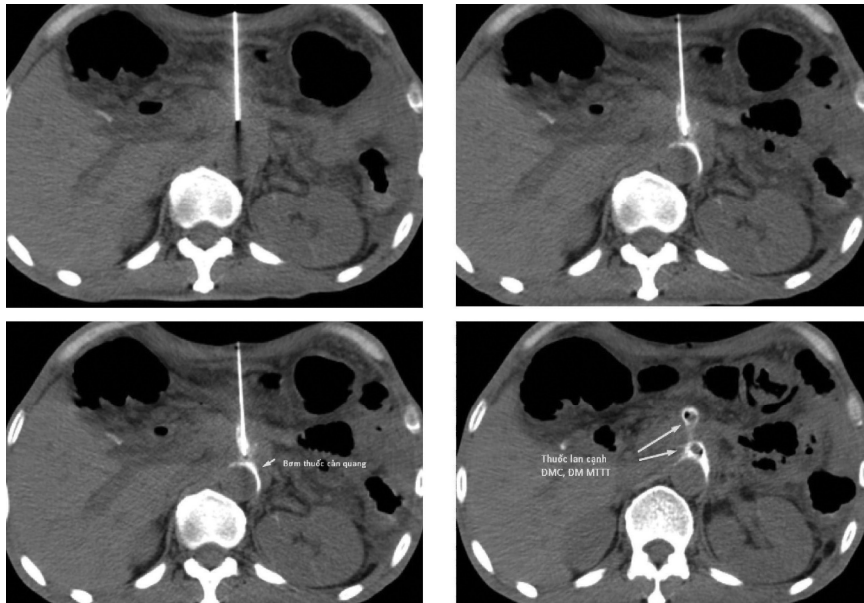
3. KẾT QUẢ

3.1. Ca lâm sàng 01

BN nam, 61 tuổi, ung thư tụy xâm lấn quanh gốc động mạch thần tạng và động mạch chủ bụng đau bụng dữ dội phải dùng Morphin giảm đau. Điểm VAS trước can thiệp 8-9 điểm. Kỹ thuật diệt đám rối thần tạng được thực hiện

thành công dưới CLVT. Mũi kim được đưa vào vị trí đám rối thần tạng giữa động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên. Ngày thứ 1 sau can thiệp VAS còn 3 điểm, ngày thứ 3 sau can thiệp BN hết đau, không cần dùng Morphin, duy trì giảm đau kéo dài 4 tháng cho đến lúc BN

chết do u tiến triển. Tác dụng phụ ghi nhận đi ngoài nhiều lần, khoảng 20 lần/ ngày trong 10 ngày, phải truyền nước và điện giải, sau đó hết. Bệnh nhân không còn đau trong toàn bộ thời gian sống là 16 tuần.

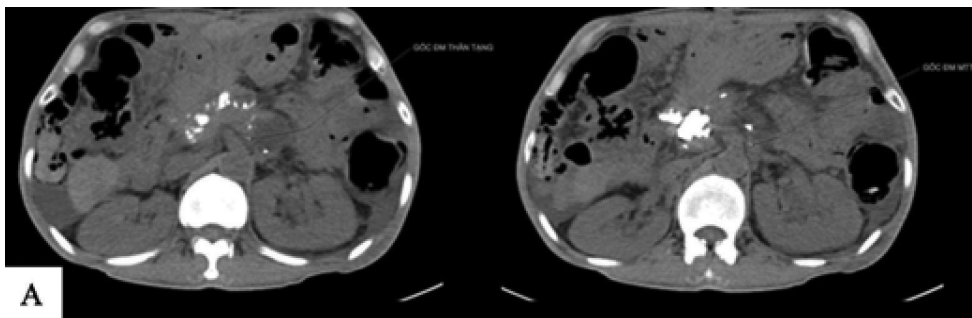


Hình 3. BN nam 61 tuổi, được điều trị diệt đám rối thần tạng dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính với đường tiếp cận trước, trên phim CLVT không tiêm, trường hợp này không xác định được vị trí hạch tạng, vị trí chọc kim dựa vào mốc giải phẫu trước ĐMCB, giữa ĐMTT và ĐMMTTT, hoá chất diệt hạch lan tốt

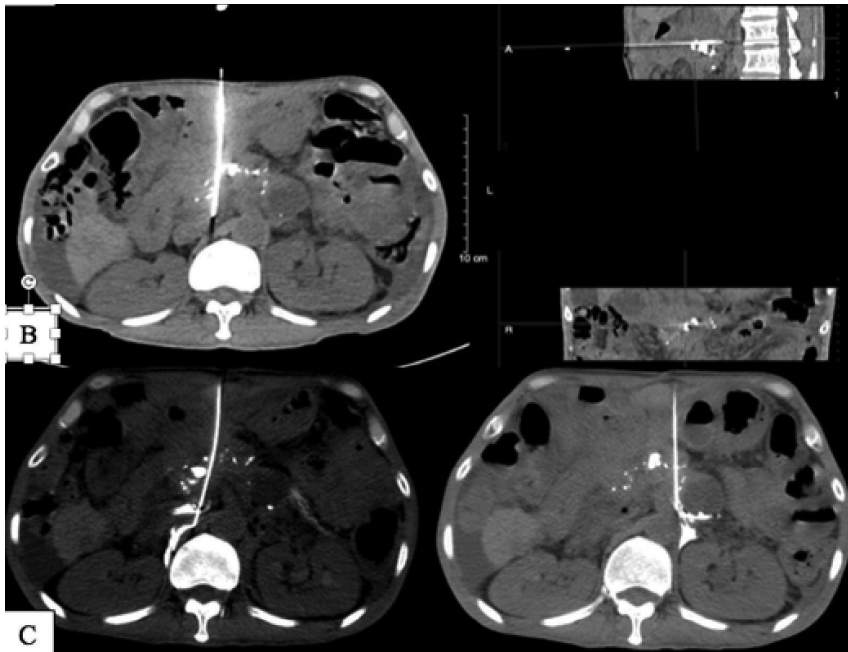
3.2. Ca lâm sàng 02

BN nam, 49 tuổi, ung thư tụy tái phát sau phẫu thuật, xâm lấn quanh gốc động mạch thân tạng. BN tự chấm VAS trước can thiệp 9 điểm. BN sau mổ, tổ chức xơ hoá nhiều và có khối vô hoá lớn ngay trước động mạch chủ bụng. Tiến hành diệt đám rối thần tạng dưới

hướng dẫn CLVT dùng kỹ thuật 2 kim. Dùng kim Chiba 21G chọc vào vị trí đám rối thần tạng (bên phải và bên trái), mũi kim nằm ngay trước ĐM chủ bụng, giữa ĐM thân tạng và mạc treo tràng trên. Ngày thứ 1 sau can thiệp VAS còn 3 điểm. Sau 3 ngày, BN đau dữ dội trở lại. Bệnh nhân sau đó phải dùng lại morphin.



Hình 4. BN nam 49 tuổi, diệt đám rối thần tạng dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính với đường tiếp cận phía trước, sử dụng 2 kim: (A) mốc giải phẫu ĐMTT và ĐMMTTT để xác định vị trí chọc kim;

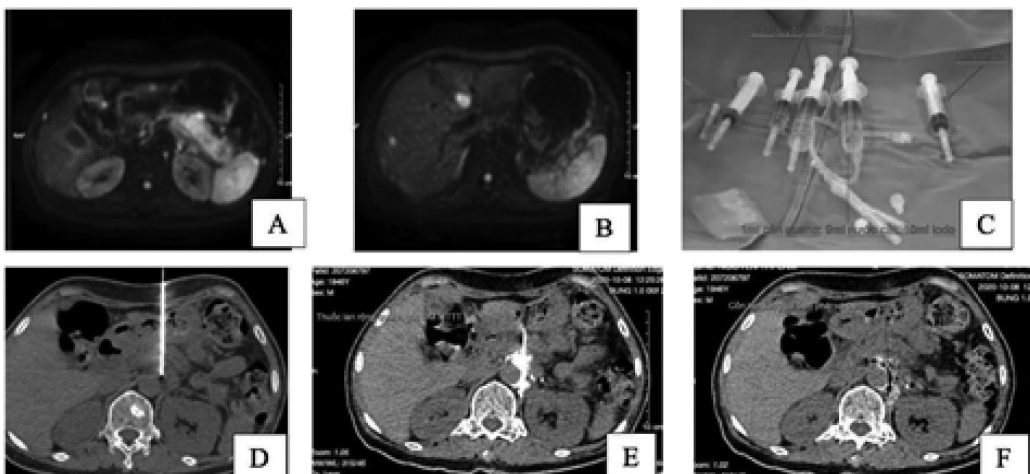


Hình 4 (tiếp theo). (B) định vị đầu kim theo không gian ba chiều trên CLVT; (C) sử dụng kỹ thuật chọc 2 kim

3.3. Ca lâm sàng 03

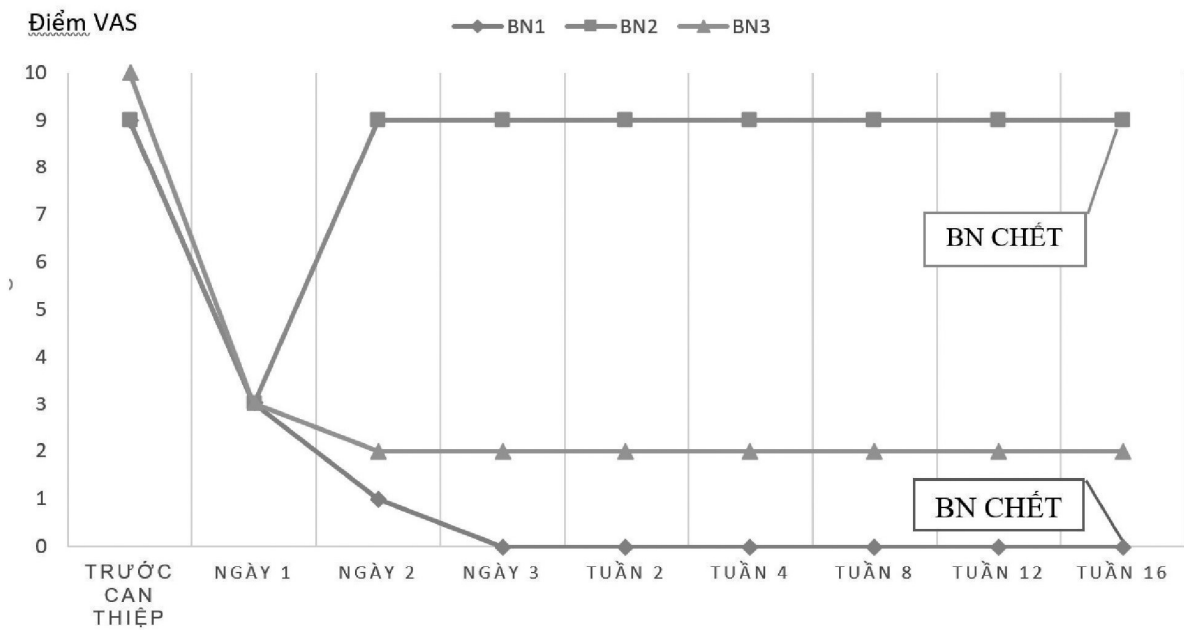
BN nữ, 75 tuổi, 2 tháng này đau dữ dội thượng vị, đau thành cơn, đau nhiều về đêm, lúc đau nhất bệnh nhân tự chấm VAS 10 điểm. BN vào viện khám phát hiện u tụy di căn gan, xâm lấn quanh bó mạch thân tạng (Hình A,B), phải dùng Morphine giảm đau. Tiến hành diệt đám

rối thân tạng dưới hướng dẫn CLVT. Ngay sau can thiệp, BN thấy đỡ đau. Buổi đêm cùng ngày can thiệp BN ngủ được, tự chấm VAS 3 điểm, 2 ngày sau can thiệp BN chỉ còn thấy đau nhẹ, tự chấm VAS 1 điểm. Tác dụng phụ ghi nhận tiêu chảy, buồn nôn trong 3 ngày sau can thiệp, sau đó tự hết. Sau 2 tuần, chỉ đau nhẹ vùng thượng vị, BN tự chấm VAS 1-2 điểm.



Hình 5. BN nữ, 75 tuổi đau dữ dội bụng do u tụy xâm lấn (Hình A, B), được tiến hành diệt đám rối thân tạng dưới hướng dẫn CLVT (Dụng cụ can thiệp hình C); Dùng kim Chiba 23G chọc vào vị trí đám rối thân tạng, mũi kim nằm ngay trước ĐM chủ bụng, ngay cạnh dưới động mạch thân tạng (Hình D); Tiến hành bơm kiểm tra bằng hỗn dịch gồm: 1ml thuốc cản quang + 9ml lidocain 2% + 10ml NaCl 0,9% thấy hỗn dịch phân bố đều quanh động mạch thân tạng ưu thế bên trái (Hình E); Tiếp tục bơm 25ml cồn tuyệt đối thấy thuốc lan quanh đám rối thân tạng cả hai bên phải và trái (Hình F)

ĐIỂM VAS TRƯỚC VÀ SAU CAN THIỆP



Biểu đồ 1. Biểu đồ diễn biến thang điểm đau VAS của ba bệnh nhân

4. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định và chống chỉ định

Chỉ định điều trị diệt đám rối tạng rất rộng rãi: từ điều trị giảm đau do viêm loét đường tiêu hóa đến những trường hợp đau bụng dai dẳng và không đáp ứng với điều trị nội khoa có liên quan đến tổn thương ác tính của tụy, dạ dày, thực quản hoặc đường mật, cũng như các tổn thương di căn gan, di căn khoang sau phúc mạc. Các chỉ định khác như phong bế trước can thiệp gan mật gây đau nhiều (nút tĩnh mạch cửa, can thiệp đường mật, nút mạch hoá chất u gan)...[4].

Chống chỉ định của phương pháp bao gồm: rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông, dị ứng thuốc cản quang, có các ổ nhiễm khuẩn tiến triển trong ổ bụng, phình động mạch chủ, huyết khối động mạch chủ, động mạch thân tạng, tắc ruột, hay khó quan sát được động mạch thân tạng do biến đổi giải phẫu hoặc có khối phần mềm trong khoang sau phúc mạc [4].

Cả 3 ca bệnh trong báo cáo của chúng tôi đều là các bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn cuối, đau bụng dữ dội (VAS ≥8 điểm) và không đáp ứng với điều trị giảm đau nội khoa, có chỉ định điều trị diệt đám rối tạng để giảm đau. Trên hình ảnh CLVT, chúng tôi định vị được vị trí đám rối tạng, BN không có chống chỉ định đã nêu ở trên.

4.2. Kỹ thuật

Cả 3 trường hợp, chúng tôi đều tiếp cận đám rối thân tạng bằng đường phía trước, sử dụng kim Chiba 21G dưới hướng dẫn CLVT.

So với siêu âm, dưới hướng dẫn CLVT, chúng tôi có thể quan sát rất rõ các cấu trúc giải phẫu quan trọng như ĐMCB, ĐMTT, ĐMMTTT, tụy, ... mà không phụ thuộc vào kinh nghiệm của người làm, cả trong những trường hợp u xâm lấn không xác định được hạch giao cảm, CLVT cung cấp sự chính xác hơn về vị trí cắm đầu kim dựa vào các mốc giải phẫu (giữa ĐMTT và ĐMMTTT, khoảng từ thân đốt sống T12-L2,...) cũng như định vị kim trên không gian 3 chiều,

từ đó tăng hiệu quả của phương pháp và ngăn ngừa tai biến không mong muốn.

Nhiều tác giả trước đây đã mô tả và đánh giá quy trình diệt đám rối thần tạng thông qua phương pháp tiếp cận từ phía sau. Tuy nhiên, so với đường tiếp cận từ phía sau, đường tiếp cận từ phía trước có nhiều ưu điểm: (1) trong nhiều trường hợp, trên những bệnh nhân có cấu trúc giải phẫu bị xáo trộn do u xâm lấn hoặc sau mổ, không thể sử dụng phương pháp tiếp cận sau để diệt đám rối thần kinh[14]; (2) cách tiếp cận phía sau khiến bệnh nhân ở tư thế nằm sấp trong thời gian dài, có thể gây khó chịu cho bệnh nhân đang trải qua cơn đau ở bụng trong khi cách tiếp cận từ phía trước cho phép bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa thoải mái trong suốt quy trình; (3) phương pháp tiếp cận trước làm giảm nguy cơ biến chứng thần kinh vì đầu kim nằm trước động mạch cột sống và ống sống [1], [4].

Có hai kỹ thuật đi kim: sử dụng một kim và sử dụng hai kim. Việc lựa chọn kỹ thuật sử dụng một kim hay hai kim vẫn còn đang tranh cãi [1], nó tùy thuộc vào kỹ năng cá nhân và kinh nghiệm của người tiến hành thủ thuật. Với kỹ thuật một kim: đơn giản, tiết kiệm thời gian và giảm kích thích đau cho bệnh nhân, tuy nhiên, kỹ thuật dùng một kim đôi khi phải đi qua mạch máu, tạng (tụy, gan, dạ dày, thận...) có thể xảy ra nhiều biến chứng hơn, một nhược điểm nữa của kỹ thuật đi một kim là sự khuếch tán của hóa chất không đều là một trong những nguyên nhân làm giảm hiệu quả điều trị. Khắc phục nhược điểm của kỹ thuật sử dụng một kim là kỹ thuật sử dụng 2 kim: khuếch tán hóa chất tốt hơn, hiệu quả điều trị cao hơn và ít biến chứng hơn, tuy nhiên, thời gian can thiệp dài và bệnh nhân dễ bị kích thích đau sau khi tiêm. Trong 3 ca lâm sàng của chúng tôi, hai trường hợp chúng tôi dùng kỹ thuật một kim, còn tuyệt đối khuếch tán tốt, bệnh nhân đạt được hiệu quả giảm đau ngay sau thủ thuật. Trường hợp sử dụng hai kim do bệnh nhân u thần

đã phẫu thuật, sau đó tái phát, tổ chức xơ hoá khoang sau phúc mạc và nốt vôi hoá lớn ngay chính giữa trước ĐMCB kiến đường tiếp cận lệch sang bên và cần tuyệt đối chỉ lan sang bên phải (ở lần tiến hành thủ thuật đầu tiên), do đó chúng tôi quyết định thực hiện diệt nốt hạch thần tạng ở bên trái với kim thứ hai.

4.3. Hiệu quả và tác dụng phụ

Hiệu quả giảm đau đáng kể đạt được 2/3 bệnh nhân, trong đó trường hợp ca lâm sàng số 1, BN nam 61 tuổi, đạt được hiệu quả giảm đau hoàn toàn sau can thiệp cho đến lúc mất (sau 4 tháng) do tiến triển của u. Với ca lâm sàng số 3, BN nữ 75 tuổi, điểm VAS giảm từ 10 điểm trước can thiệp xuống 3 điểm ngay sau can thiệp, hai ngày sau đó còn 1 điểm. Ca lâm sàng số 3, BN nam 49 tuổi, sử dụng kỹ thuật 2 kim, hiệu quả giảm đau đạt được ngay sau can thiệp (VAS giảm từ 9 điểm xuống 3 điểm), tuy nhiên ngày thứ 3 BN đau trở lại, có thể do trên BN đã dùng morphin liều cao kéo dài, nên hiệu quả giảm đau do huỷ đám rối thần tạng không kéo dài được.

Tương đồng với phát hiện của các nghiên cứu trước đây [5], [6], [7], kết quả nghiên cứu này không phát hiện các tác dụng phụ lớn. Các tác dụng phụ nhẹ và thoáng qua. 3/3 BN không có tai biến ngay sau thủ thuật, với cỡ kim 21-25G có thể đi xuyên qua các tạng mà không gây tổn thương đáng kể nào. Tác dụng phụ gặp nhiều nhất là tiêu chảy 2/3 BN (BN số 2 không đạt được tác dụng giảm đau kéo dài không bị tiêu chảy), 1/3 BN thấy buồn nôn trong ngày đầu tiên sau tiến hành thủ thuật. Không có BN nào bị hạ huyết áp tư thế. Cơ chế do viết diệt đám rối giao cảm sẽ mất đi sự đối kháng với tác dụng của hệ phó giao cảm.

5. KẾT LUẬN

Phương pháp diệt đám rối thần tạng có hiệu quả giảm đau cho nhóm bệnh nhân đau bụng trên không đáp ứng với điều trị nội khoa. Điểm đau VAS giảm nhiều so sánh trước và sau

can thiệp, tác dụng phụ hay gặp là tiêu chảy nhưng không nghiêm trọng. Về đặc điểm kỹ thuật, đây là một thủ thuật đơn giản, thực hiện trong thời gian ngắn, ít xâm lấn với đường tiếp cận tối ưu là đi đường trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mohamed R.E., Amin M.A., and Omar H.M. Computed tomography-guided celiac plexus neurolysis for intractable pain of unresectable pancreatic cancer. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 2017; 48(3):627–637.
2. Fugère F. and Lewis G. Coeliac plexus block for chronic pain syndromes. *Can J Anaesth*, 1993; 40(10):954–963.
3. Nagels W., Pease N., Bekkering G., et al. Celiac Plexus Neurolysis for Abdominal Cancer Pain: A Systematic Review. *Pain Med*, 2013; 14(8):1140–1163.
4. Jain D., Dutta A., and Sood D. Coeliac plexus blockade and neurolysis: An overview. *Indian J Anaesth*, 2006; 50:169–177.
5. Teixeira M., Neto E., Nóbrega J., et al. Celiac plexus neurolysis for the treatment of upper abdominal cancer pain. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2013; 9:1209–12.
6. Bhatnagar S., Khanna S., Roshni S., et al. Early Ultrasound-Guided Neurolysis for Pain Management in Gastrointestinal and Pelvic Malignancies: An Observational Study in a Tertiary Care Center of Urban India. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*, 2011; 12:23–32.
7. Bhatnagar S., Thulkar S., Dhamija E., et al. Evaluation of outcomes of ultrasound guided celiac plexus neurolysis using immediate post procedure computed tomography: An observational study. *Indian J Gastroenterol*, 2017; 36(4):282–288.

ABSTRACT

A CASE SERIES OF CELIAC PLEXUS NEUROLYSIS FOR PAIN RELIEF UNDER COMPUTERIZED TOMOGRAPHY SCAN GUIDANCE BY ETHANOL VIA ANTERIOR APPROACH

Objectives: By 3 cases of celiac plexus neurolysis (CPN) with absolute alcohol, under the CT guidance. This article is aimed to discuss about the short-term efficacy of this procedure and also the technic.

Material and Methods: Case series reported of 3 patients with severe pain due to unresectable pancreatic cancer were subjected to CT-guided CPN by ethanol via anterior approach.

Results: The pain relief was always obtained during the procedure without any grave complication.

Conclusion: CPN was effective for upper abdominal pain, and reduced systemic analgesic therapy use. Anterior approach made the patient feel comfortable during the procedure. CT helps to locate exactly the tip of the needle in right position and evaluate the spread of contrast after injection.

Keywords: *celiac plexus neurolysis, CT guidance, anterior approach*