Can thiệp nút động mạch tử cung có chọn lọc trong điều trị thông nối động tĩnh mạch trong cơ tử cung: báo cáo loạt ca

Đặng Anh Linh[1], Trần Thị Thu Hạnh[2], Nguyễn Thị Kim Cúc[1]
[1] Bệnh viện Phụ sản Trung ương
[2] Trường Đại học Y Hà Nội

doi: 10.46755/vjog.2022.3.1492
Tác giả liên hệ (Corresponding author): Đặng Anh Linh; email: linhphatdiem@gmail.com
Nhận bài (received): 10/9/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 25/9/2022

Tóm tắt

Rong kinh là hiện tượng ra máu từ tử cung có chu kỳ kéo dài trên 7 ngày. Một trong những nguyên nhân gây rong kinh tuy hiếm gặp đó là bất thường thông nối động tĩnh mạch trong cơ tử cung (AVM). Bất thường thông nối động tĩnh mạch trong cơ tử cung trong cá chu kỳ kinh nguyệt dễ xảy ra hiện tượng chảy máu kéo dài, mất máu nhiều có thể đe dọa tính mạng. Với các bệnh nhân rong kinh, băng kinh có AVM thì việc nạo hút buồng tử cung cầm máu nhiều khi làm bệnh nặng lên. Do đó việc chẩn đoán nhanh chóng, chính xác rất quan trọng cho bệnh nhân. Can thiệp nút tắc động mạch tử cung 2 bên có chọn lọc thay vì cắt tử cung là biện pháp điều trị được lựa chọn đối với các phụ nữ mong muốn có con.

Từ khóa: *rong kinh, thông nối động tĩnh mạch cơ tử cung, tắc động mạch tử cung.*

Bleeding uterine arteriovenous malformation with bilateral uterine artery embolization: a case series

Dang Anh Linh[1], Tran Thi Thu Hanh[2], Nguyen Thi Kim Cuc[1]
[1] National Hospital of Obstetrics and Gynecology
[2] Hanoi Medical University

Abstracts

Menorrhagia is defined as cyclic menstruation lasting over 7 days. Uterine arteriovenous malformations (AVM) are rare but they are one of reasons for menorrhagia. Uterine AVMs result in sudden and massive vaginal bleeding that may be life-threatening, suggestive of arterial hemorrhage. For patients who almost have moderate to severe vaginal bleeding, procedures such as Curettage should be considered with caution or even contraindicated because fatal bleeding after these would occur in patients with true AVM. Consequently, prompt, accurate diagnosis is crucial for good patient outcomes. Transcatheter embolization has replaced hysterectomy as the treatment of choice in women who wish to retain their fertility.

Keywords: *Abnormal Uterine Bleeding, Arteriovenous Malformation, Uterine artery Embolization.*

1.ĐẶT VẤN ĐỀ

Rong kinh, băng kinh là triệu chứng của nhiều bệnh, có thể là bệnh toàn thân hay những tổn thương thực thể tại tử cung . Một trong những tổn thương thực thể ở tử cung gây ra máu âm đạo bất thường đặc biệt ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ đó là bất thường thông nối động tĩnh mạch trong cơ tử cung. Thông nối động tĩnh mạch (Arteriovenous malformation-AVM) trong cơ tử cung là một bất thường hiếm gặp là nguyên nhân gây chảy máu âm đạo bất thường đe dọa tính mạng của bệnh nhân [1]. AVM trong cơ tử cung có thể là một dị dạng bẩm sinh hay mắc phải tuy nhiên phần lớn các trường hợp là mắc phải. AVM bẩm sinh hiếm gặp hơn và thường kèm theo tổn thương tương tự ở những cơ quan khác [2]. AVM được đặc trưng bởi sự tăng sinh của các động mạch và tĩnh mạch với sự hình thành của các thông nối trực tiếp giữa động mạch và tĩnh mạch không qua mao mạch. AVM bẩm sinh được cho là xuất phát phát từ sự bất thường phát triển phôi thai mạch máu dẫn đến những dị thường trong sự biệt hóa của mao mạch và sự kết nối bất thường giữa động mạch và tĩnh mạch [4]. AVM mắc phải thường gặp hơn và thường liên quan đến tiền sử nạo hút thai, sẩy thai không hoàn toàn, bệnh lý tế bào nuôi, bệnh lý ác tính vùng chậu, mổ đẻ hoặc phẫu thuật vùng chậu, tiếp xúc của mẹ với chất Diethylstilboestrol [1].

2. CA LÂM SÀNG

Từ năm 2019 đến 2022 tại khoa Phụ Nội tiết bệnh viện Phụ sản Trung ương chúng tôi đã chẩn đoán và điều trị 4 trường hợp AVM.Tất cả bệnh nhân này vào khoa với lý do băng kinh thiếu máu, không liên quan đến thai nghén (xét nghiệm β hCG âm tính).Tất cả 4 bệnh nhân trong tiền sử sản khoa đều liên quan đến can thiệp nạo

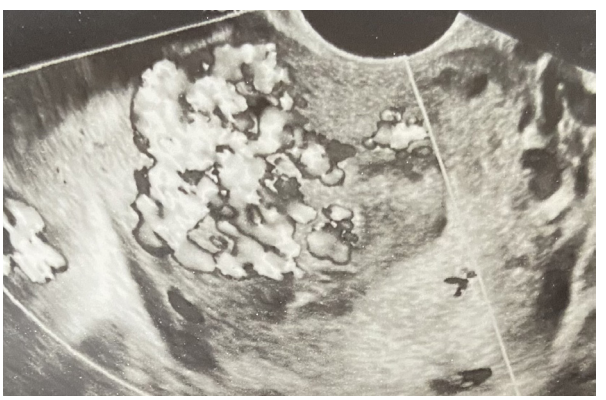
hút buồng tử cung hoặc mổ lấy thai. Các bệnh nhân này trên siêu âm Doppler màu đều phát hiện được các tổn thương tăng sinh mạch, sau đó được chụp mạch máu số hóa xóa nền và nút mạch điều trị các tổn thương tại Trung tâm can thiệp mạch bệnh viện Việt Đức. Sau nút mạch các bệnh nhân đều ổn định. Sau đây là một số ca lâm sàng:

Ca 1:

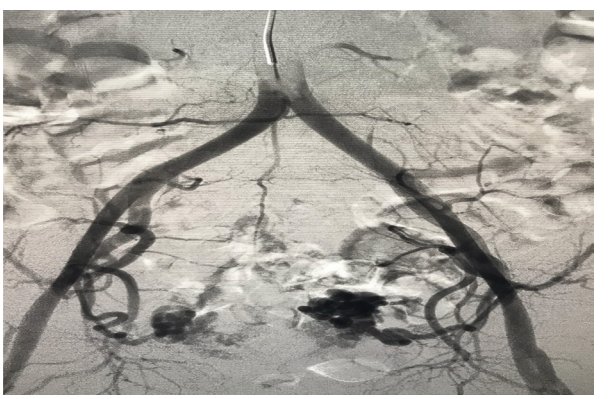
Bệnh nhân 29 tuổi PARA 1001, tiền sử đẻ thường. Bệnh nhân có tiền sử rong kinh nhiều đợt, được hút buồng tử cung và dùng thuốc tạo vòng kinh nhân tạo nhiều lần. Bệnh nhân vào viện do ra máu hành kinh ngày 8 số lượng nhiều. Kết quả siêu âm: tử cung ngả sau kích thước bình thường, trong buồng tử cung có dịch, thành sau tử cung có khối giảm âm, Doppler có hình ảnh tăng sinh mạch máu nhiều. Bệnh nhân được tiến hành chụp mạch tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Việt Đức: Hình ảnh ổ dị dạng mạch lớn trong cơ tử cung được cấp máu từ động mạch tử cung hai bên. Bệnh nhân được can thiệp bằng dẫn lưu- giãn tĩnh mạch sinh dục hai bên và tiến hành nút động mạch tử cung hai bên có chọn lọc. Sau đó điều trị tiếp với thuốc co tử cung và thuốc tạo vòng kinh nhân tạo. Kết quả bệnh nhân ổn định và được xuất viện sau 4 ngày.

Bệnh nhân tái khám theo hẹn sau ba tháng với tình trạng ổn định, kinh nguyệt đều, số ngày ra kinh 4 -5 ngày, lượng máu kinh mỗi tháng bình thường.

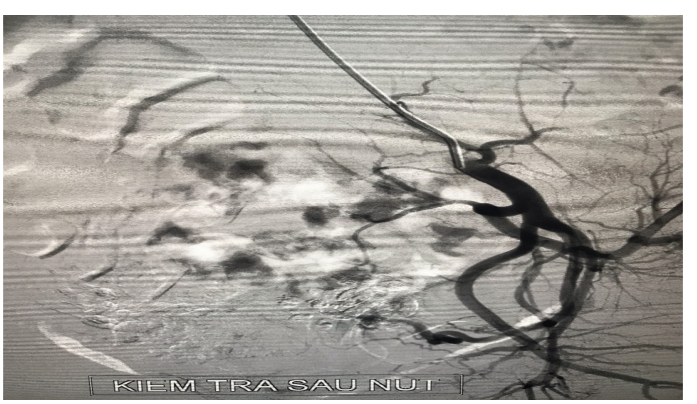
Hiện tại bệnh nhân đang có thai ở tuần 26.



Hình 1. siêu âm qua đường âm đạo mặt cắt dọc tử cung cho thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu ngoằn ngoèo và giãn lớn.



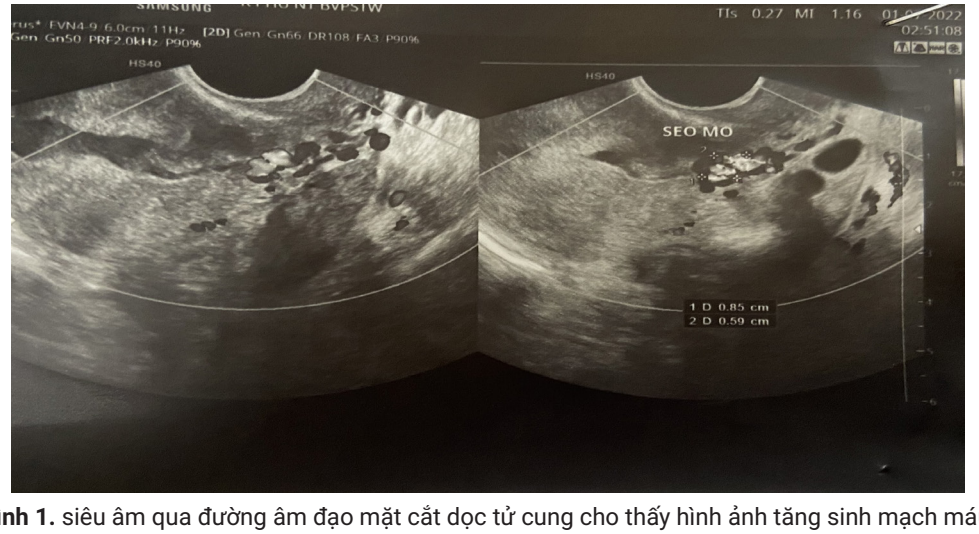
Hình 2. Hình ảnh búi mạch máu bất thường trên DSA



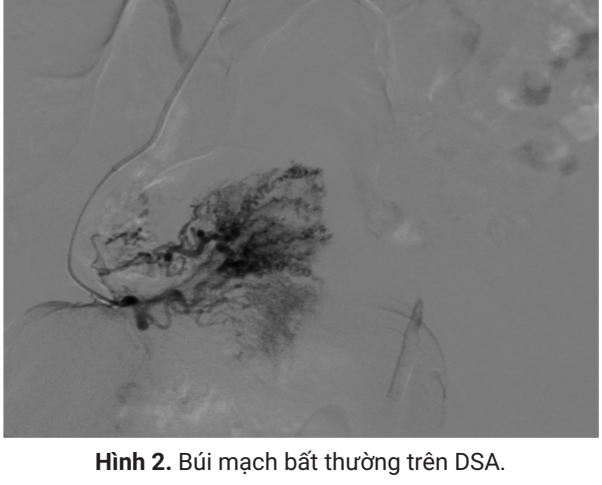
Hình 3. Kiểm tra sau nút mạch.

Ca 2:

Bệnh nhân 35 tuổi, PARA 3013, tiền sử mổ đẻ 3 lần, hút thai lưu 1 lần. Bệnh nhân vào viện trong tình trạng băng kinh thiếu máu, xét nghiệm hồng cầu 3,85 T/l, Hb 90g/l. Siêu âm Doppler màu cho thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu trong cơ tử cung vùng eo và sẹo mổ đoạn dưới tử cung. Bệnh nhân được chụp mạch máu số hóa xóa nền tại Trung tâm can thiệp mạch bệnh viện Việt Đức phát hiện tăng sinh mạch máu từ các nhánh của động mạch tử cung bên phải sau đó được nút mạch có chọn lọc để điều trị tổn thương. Sau can thiệp nút mạch bệnh nhân ổn định.



Hình 1. siêu âm qua đường âm đạo mặt cắt dọc tử cung cho thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu.



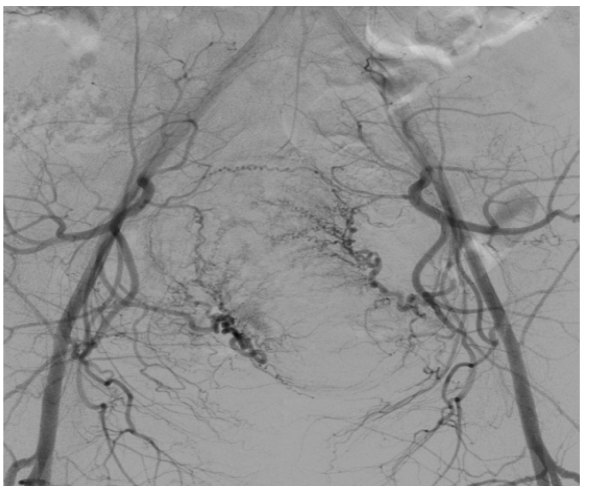
Hình 2. Búi mạch bất thường trên DSA.

Hình 3. Kiểm tra sau nút mạch

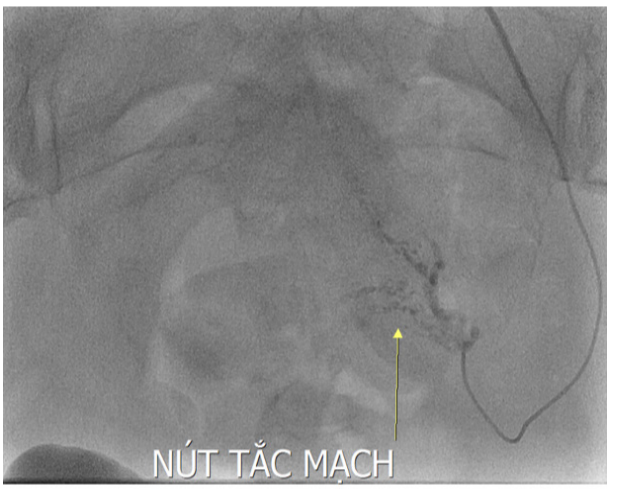
Ca 3:

Bệnh nhân 43 tuổi, PARA 2002, tiền sử mổ đẻ 2 lần. Bệnh nhân vào viện trong tình trạng băng kinh thiếu máu nặng, xét nghiệm hồng cầu 3.17 T/l, Hb 69g/l. Bệnh nhân được truyền 3 đơn vị khối hồng cầu. Siêu âm Doppler màu cho thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu trong cơ tử cung vùng eo và sẹo mổ đoạn dưới tử cung. Bệnh nhân được chụp mạch máu số hóa xóa nền tại Trung tâm can thiệp mạch bệnh viện Việt Đức phát hiện tăng sinh mạch máu từ động mạch tử cung 2 bên, sau đó được nút mạch có chọn lọc. Sau nút mạch bệnh nhân ổn định.

Hình 1. siêu âm qua đường âm đạo mặt cắt dọc tử cung cho thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu.



Hình 2. Hình ảnh tăng sinh mạch máu động mạch tử cung 2 bên



Hình 3. Sau nút mạch

3. BÀN LUẬN

3.1. Lâm sàng

AVM thường có triệu chứng chảy máu âm đạo mức độ từ vừa đến nặng ở những phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, sau sinh hoặc sau những can thiệp ở tử cung [5]. Triệu chứng có thể xuất hiện từ từ hoặc đột ngột. Cơ chế chảy máu có thể do sự vỡ của lớp nội mạc mạch máu trong AVM khi nạo hút hoặc trong chu kì kinh [2]. Tất cả 4 bệnh nhân đều ra máu bất thường liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt, 2 trong số 4 bệnh nhân có triệu chứng băng kinh thiếu máu nặng phải truyền máu cấp cứu.

3.2. Hình ảnh của AVM

- Trên siêu âm thang xám 2D: Hình ảnh thường không đặc hiệu với các đặc điểm: cơ tử cung dày, có vùng hồi âm hỗn hợp trong cơ tử cung với nhiều cấu trúc dạng ống giãn ngoằn ngoèo, có thể có khối hồi âm hỗn hợp trong lòng tử cung và có thể nhầm lẫn với sót nhau [1],,[6].

- Siêu âm Doppler màu : Cho thấy một vùng tăng sinh mạch máu trong cơ tử cung với hình ảnh aliasing của một dòng chảy vận tốc cao [1], [2]. Trong trường hợp 1, các mạch máu giãn lớn, tăng sinh chủ yếu vùng đáy thân. Trong trường hợp 2 và trường hợp 3 cơ tử cung dày, các mạch máu tăng sinh trong cơ tử cung đoạn dưới và sẹo mổ. Với những đặc điểm hình ảnh rất nghi ngờ của một tổn thương AVM thực sự nên các bệnh nhân đã được chỉ định chụp mạch máu số hóa xóa nền.

- Chụp mạch máu số hóa xóa nền (DSA) là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán AVM và đồng thời cũng là một kĩ thuật điều trị xâm lấn do đó việc chỉ định DSA cũng cần được cân nhắc và thảo luận với bệnh nhân. Đặc điểm hình ảnh của AVM trên DSA là nhiều mạch máu giãn lớn từ ổ mạch máu dị dạng được lấp đầy nhanh và sớm hoặc một búi mạch máu bất thường sau khi tiêm thuốc cản quang [1], [2]. Các bệnh nhân trên được chụp DSA và cho thấy búi mạch máu bất thường lấp đầy thuốc sớm điển hình của một tổn thương AVM.

3.3. Điều trị AVM

Phụ thuộc vào 5 yếu tố chính: huyết động của bệnh nhân; kích thước và vị trí tổn thương; mức độ chảy máu; tuổi; nhu cầu sinh sản trong tương lai [2]. Tất cả 4 bệnh nhân vào trong tình trạng băng kinh thiếu máu, có nhu cầu bảo tồn tử cung, đều được can thiệp chụp và nút mạch điều trị để bảo tồn tử cung và ổn định sau nút mạch.

4. KẾT LUẬN

Thông nối động tĩnh mạch (AVM) trong cơ tử cung là một bất thường hiếm gặp có thể gây chảy máu nặng gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân. Hình ảnh của AVM trên siêu âm là tăng sinh mạch máu mức độ nhiều, các mạch máu ngoằn ngoèo giãn lớn và thường các mạch máu này chỉ khu trú trong cơ tử cung. Cần kết hợp bệnh cảnh và tiền sử của bệnh nhân với hình ảnh siêu âm để có thể nhận diện được tổn thương.

Chẩn đoán xác định AVM bằng chụp mạch máu số hóa xóa nền (DSA). Chụp mạch máu số hóa xóa nền và can thiệp nút mạch có chọn lọc là biện pháp điều trị hiệu quả đối với các trường hợp chảy máu âm đạo bất thường có AVM, đặc biệt đối với những phụ nữ trẻ cần bảo tồn tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Divya Sridhar, Robert L, Vogelzang. Diagnosis and Treatment of Uterine and Pelvic Arteriovenous Malformations. 2018.

2. Thangam ma Kati mada Annaiah, Sreejith Kodakkattil Sreenivasan. Uterine arteriovenous malformations: clinical implications. 2015.

3. Francisco Sellers, Ana Palacios-Marqués, Belen Moliner, and Rafael Bernabeu. Case report : Uterine Arteriovenous Malformation. 2013.

4. Polat P, Suma S, Kantarcy M, Alper F, Levent A.Colour

Doppler Ultrasound in the Evaluation of Uterine Vascular Abnormalities. Radiographics. 2022; vol 22, pp. 47–53.
5. Aziz N, Lenzi TA, Jeffrey RB Jr, Lyell DJ. Pospartum uterine arteriovenous fistula.Obs. Gynecol 2004; vol. 103, p. 8.
6. Hickey M, Fraser IS..Clinical implications of disturbances of uterine vascular morphology and function. Baillieres Best Pr. Res Clin Obs. Gynaecol 2000; vol 14, p. 51.