

NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP CẮT TỬ CUNG TRONG ĐIỀU TRỊ THÔNG NỔI ĐỘNG TĨNH MẠCH TRÊN PHỤ NỮ MÃN KINH

BS. CKII Nguyễn Văn Hưng, BS. CKI Phạm Mỹ Hoàng Vân

Bệnh viện Từ Dũ

TÓM TẮT

Dị dạng động tĩnh mạch tử cung là một tình trạng hiếm gặp nhưng đe dọa tính mạng, chiếm 1 – 2% chảy máu âm đạo ở ạt¹. Dị dạng động tĩnh mạch tử cung ít gặp hơn sau khi mãn kinh. Tình trạng này có thể được chẩn đoán bằng siêu âm Doppler, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính và chụp động mạch vùng chậu.

Chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhân hậu mãn kinh bị dị dạng động tĩnh mạch tử cung sau chấn thương vùng bụng trước đó 3 tuần, đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ tử cung vì xuất huyết âm đạo. Thật thú vị, không khó để kẹp và cắt các mạch giãn và chúng tôi đã có thể thực hiện cắt bỏ tử cung bán phần một cách an toàn với lượng máu mất trong phẫu thuật không đáng kể. Phẫu thuật cắt bỏ tử cung đã thành công. Sau phẫu thuật 10 ngày bệnh nhân quay trở lại tái khám với ghi nhận trên siêu âm, không thấy hình ảnh bất thường về mạch máu. Như vậy có thể xem, phẫu thuật cắt tử cung là một lựa chọn điều trị tương đối an toàn trên bệnh nhân sau mãn kinh có thông nổi động – tĩnh mạch gây xuất huyết tử cung bất thường.

GIỚI THIỆU

Thông nổi động – tĩnh mạch là dạng bệnh hiếm gặp nhưng có thể đe dọa tính mạng do xuất huyết âm đạo bất thường. Đây là sự thông nổi bất thường giữa động và tĩnh mạch mà không có mạng lưới mao mạch xen kẽ². Bệnh cảnh

điển hình của thông nổi động – tĩnh mạch có thể gây tình trạng xuất huyết tử cung đột ngột, ngất quãng và ồ ạt, thậm chí có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Chẩn đoán kịp thời và điều trị thích hợp sớm có thể làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do bệnh. Những tiến bộ trong kỹ thuật hình ảnh như siêu âm Doppler màu, chụp dựng hình mạch máu cắt lớp hoặc MRI đã tăng tỷ lệ phát hiện bệnh.

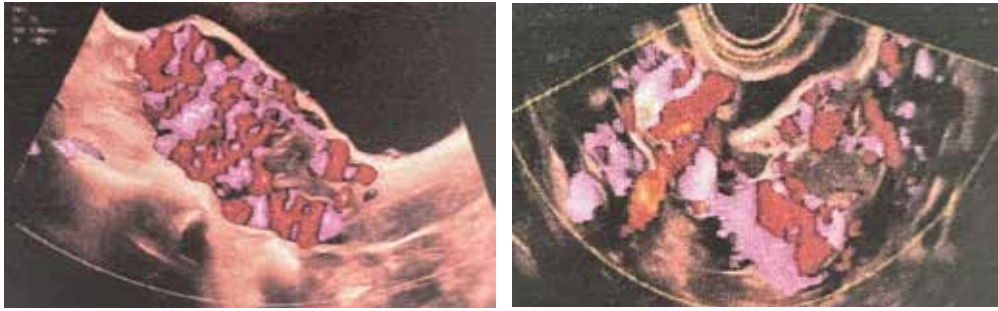
TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhân nữ 67 tuổi mãn kinh 18 năm được chuyển đến bệnh viện chúng tôi với tình trạng chảy máu tử cung bất thường với khối u nghi ngờ từ bệnh viện tuyến tỉnh. Có tiền sử sanh thường 7 lần và không có tiền căn nạo sảy trước đó. Khám tổng quát và xét nghiệm cận lâm sàng về cơ bản là bình thường, bệnh nhân có thiếu máu cơ tim điều trị ổn. Bệnh nhân trải qua 1 lần mổ ruột thừa và 1 lần mổ triệt sản đều trên 10 năm) (Hình 1, Hình 2).

Để loại trừ bệnh lý bất thường nội mạc tử cung, bệnh nhân được chỉ định nạo sinh thiết tử cung từng phần tại phòng mổ với đội ngũ bác sĩ gây mê hồi sức sẵn sàng can thiệp. Trong quá trình nạo sinh thiết tại phòng mổ, máu chảy ra ào ạt khi phẫu thuật viên chỉ mới đưa ống hút số 5 vào lòng tử cung, thủ thuật lập tức dừng lại và cầm máu bằng chèn gạc và Tranexamic acid 1 g. Kết quả giải phẫu bệnh sau đó chúng tôi ghi nhận chỉ là máu đông. Những ngày sau

đó, bệnh nhân ổn, ghi nhận chỉ ra ít huyết âm đạo. Chúng tôi quyết định hội chẩn rộng để đưa hướng điều trị tiếp theo trên bệnh nhân này. Hướng điều trị thuyên tắc mạch máu được đặt ra, tuy nhiên với tình trạng tăng sinh mạch máu khắp vùng chậu và cả hai vách chậu thì thuyên

tắc mạch là không khả thi và gây tổn kém cho bệnh nhân. Chúng tôi quyết định cắt tử cung với sự hỗ trợ của bác sĩ chuyên ngành mạch máu. Trong phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận toàn bộ tử cung là búi mạch máu tăng sinh nhiều, ngoằn ngoèo. Có 2 búi mạch máu dị dạng xuất phát từ



Hình 1. Hình ảnh siêu âm Doppler cao thấy tăng sinh mạch máu cơ tử cung nhiều xâm lấn 2 vách chậu.

Khám vùng chậu của bà ấy nhận thấy tử cung to hơn bình thường, phần phụ không bất thường. Siêu âm vùng chậu cho thấy có sự tăng sinh mạch máu cơ tử cung nhiều, đặc biệt xâm lấn 2 vách chậu, có khả năng kèm thông nối động tĩnh mạch, không thấy hình ảnh nội mạc và cơ tử cung bình thường (hình 1). Giả thuyết đặt ra có sự thông nối động tĩnh mạch hoặc u tăng sinh nguyên bào nuôi. Xét nghiệm Beta hCG âm tính. Bệnh nhân được chụp MRI vùng bụng chậu để loại trừ nguyên nhân Sarcom cơ tử cung. Kết quả MRI cho thấy ứ máu tử cung với kích thước 2 x 3,5 cm, dị dạng động tĩnh mạch toàn bộ thân tử cung và vùng chậu hai bên (ghi nhận hoại tử chỏm xương đùi hai bên).



Hình 2. Hình chụp MRI mạch máu cho thấy có sự dị dạng mạch máu vùng chậu.

bó mạch thận lan đến bó mạch thất lưng buồng trứng 2 bên, kích thước khoảng 15 x 3 cm (Hình 3, Hình 4).

THẢO LUẬN

Dị dạng động tĩnh mạch (thông nối động tĩnh mạch – AVM) là một nguyên nhân hiếm gặp gây chảy máu âm đạo bất thường, có thể đe dọa tính mạng. Dị dạng động – tĩnh mạch tử cung thường xảy ra ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, phổ biến nhất là sau các biến chứng của thai kỳ³. Tình trạng này rất hiếm gặp ở phụ nữ sau mãn kinh, và chỉ có một vài báo cáo tồn tại trong tài liệu. Dị dạng động – tĩnh mạch tử cung mắc phải phổ biến hơn dị dạng động – tĩnh mạch bẩm sinh và thường do điều trị, dẫn đến tử việc nong và nạo trước đó, phẫu thuật tử cung, hoặc phá thai; tình trạng này cũng có thể là kết quả của chấn thương tử cung trực tiếp, khối u ác tính tử cung, bệnh nguyên bào nuôi⁴.

Ở bệnh nhân này tiền căn sinh thường 7 lần, không tiền sử nong nạo trước đó. Một lần mổ triệt sản cách đây 20 năm và mổ ruột thừa cách đây 10 năm. Đây không là yếu tố nguy cơ. Chỉ duy nhất 1 lần trước khi bệnh nhân ra huyết

âm đạo là 2 tuần trước đó, bệnh nhân có bị té xe, có đập vùng hông và vùng bụng xuống đất, Bệnh nhân có chụp X-quang được ghi nhận tổn thương mô mềm, sau đó bệnh nhân có bầm một vùng phía bụng vùng hạ vị. Đến thời điểm bệnh nhân ra huyết âm đạo và đi khám, thì chúng tôi không còn thấy dấu hiệu này trên bệnh nhân. Như vậy có thể xem như bệnh nhân này bị AVM mắc phải sau chấn thương vùng bụng.

Siêu âm có thể xem là chẩn đoán hình ảnh đầu tay trong phát hiện và chẩn đoán sớm AVM tử cung do có sự tăng sinh mạch máu bất thường và đảo chiều dòng chảy, hoặc dòng chảy vận tốc tâm thu lớn⁵. MRI cho thấy sự hiện diện của khoảng trống dòng chảy trong vùng dị dạng mạch máu, chụp mạch MR cung cấp chi tiết về mạch máu cung và chảy đi.

Lựa chọn cho điều trị AVM có thể là phẫu thuật hoặc thuyên tắc mạch. Theo như báo cáo của Yokomine và cộng sự², cũng như báo cáo của Emi Sato và cộng sự (2015)⁶, ông đã quan sát thấy sự phát triển nhanh chóng của các mạch máu phụ và trong lần thuyên tắc mạch lần thứ hai, mặc dù họ cố xử lý các mạch nuôi dồi dào không chỉ từ động mạch chậu trong mà còn



Hình 3. Hình ảnh tăng sinh thành búi mạch máu trong phẫu thuật.



Hình 4. Tử cung và hai phần phụ sau phẫu thuật cắt tử cung.



Tiến hành kẹp và cắt cẩn thận 2 búi mạch máu ở bó mạch thất lưng buồng trứng 2 bên. Đoạn dưới tử cung tăng sinh mạch máu rất nhiều nên quyết định chỉ cắt tử cung bán phần và 2 phần phụ. Cuộc phẫu thuật diễn ra trong 200 phút và mất 100 ml. Tình trạng hậu phẫu bệnh nhân ổn. Kết quả giải phẫu bệnh: Dị dạng mạch máu buồng trứng. Khoảng 10 ngày sau đó bệnh nhân nhập viện trở lại với chúng tôi với tình trạng đau bụng nhưng không có xuất huyết âm đạo, nghi do bán tắc ruột. Siêu âm hình ảnh phụ khoa bình thường, không ghi nhận tăng sinh mạch máu như trước, và bệnh nhân xuất viện 3 ngày sau đó.

từ động mạch chậu ngoài và động mạch buồng trứng nhưng vẫn không thể bịt kín mọi động mạch nuôi dưỡng có thể. Và bệnh nhân phải cắt tử cung cấp cứu 3 ngày sau đó do chảy máu ồ ạt.

Trên bệnh nhân này chúng tôi nhận thấy bệnh nhân làm nông, việc thuyên tắc mạch là khó và chi phí rất cao, đôi khi không giải quyết triệt để và lặp lại tình trạng ra huyết âm đạo. Do đó, lựa chọn cắt tử cung được đặt ra. Và chúng tôi tiến hành phẫu thuật tương đối dễ dàng với lượng máu mất rất ít 100 ml.

KẾT LUẬN

Thông nối động – tĩnh mạch là bệnh lý hiếm gặp, có thể gây xuất huyết tử cung nghiêm trọng đe dọa tính mạng. Mặc dù một số tác giả trước đây cho rằng việc cắt tử cung có thể gây mất máu lớn thay vì thuyên tắc mạch. Tuy nhiên,

việc điều trị thuyên tắc mạch không phải lúc nào cũng thực hiện được, và ghi nhận có sự tái phân bố mạch máu sau đó làm cho việc thuyên tắc lại khó khăn, chi phí lớn và không phải lúc nào cũng thành công. Do đó, chúng tôi cho rằng cắt tử cung có thể là một lựa chọn có thể chấp nhận được, tương đối an toàn sau mãn kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cura M et al. Arteriovenous malformations of the uterus. *Acta Radiologica*, 2009. 50(7): p. 823 – 829.
2. Yokomine D et al. Successful management of uterine arteriovenous malformation by ligation of feeding artery after unsuccessful uterine artery embolization. *J Obstet Gynaecol Res*, 2009. 35(1): p. 183 – 8.
3. Goyal S et al. Acquired uterine arteriovenous malformation developing in retained products of conception: a diagnostic dilemma. *J Obstet Gynaecol Res*, 2014. 40(1): p. 271 – 4.
4. Aiyappan SK, U Ranga and S Veeraiyan. Doppler Sonography and 3D CT Angiography of Acquired Uterine Arteriovenous Malformations (AVMs): Report of Two Cases. *J Clin Diagn Res*, 2014. 8(2): p. 187 – 9.
5. Timmerman D et al. Color Doppler imaging is a valuable tool for the diagnosis and management of uterine vascular malformations. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2003. 21(6): p. 570 – 7.
6. Sato E et al. A case with life – threatening uterine bleeding due to postmenopausal uterine arteriovenous malformation. *BMC Womens Health*, 2015. 15: p. 10.