

BÁO CÁO CA BỆNH: NÚT MẠCH TUYẾN TIỀN LIỆT QUA ĐƯỜNG TRỰC TRÀNG

Trịnh Đình Hiệp¹, Phan Hoàng Giang^{2}, Nguyễn Huy Hoàng³
Nguyễn Thị Hương⁴, Trần Thị Thuý Hằng⁵, Nguyễn Minh Tuấn⁶
Đỗ Đào Vũ⁷, Vũ Đăng Lưu^{1,2}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ca nút động mạch tuyến tiền liệt (TTL) qua da đi đường trực tràng trong trường hợp động mạch TTL bị tắc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trường hợp tắc động mạch chậu trong hai bên, do đó không thể tiếp cận động mạch TTL tại Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân (BN) cao tuổi, nhiều bệnh nền nên không thể sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi. Chúng tôi áp dụng phương pháp tiếp cận động mạch TTL trong nhu mô bằng kim chiba 22G đi qua trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm. Sau khi tiếp cận động mạch nuôi tuyến, sử dụng vật liệu gây tắc: Keo, hạt và lipodol - còn. **Kết quả:** Kỹ thuật thành công với thời gian can thiệp ngắn khoảng 30 phút liều chiếu tia thấp. Các triệu chứng IPSS, Qmax, PVR, PV cải thiện rõ rệt tương ứng IPSS giảm từ 32 còn 8 điểm, dòng tiểu cao nhất Qmax tăng từ 5 mL/s tăng lên 16 mL/s, lượng nước tiểu tồn dư PVR giảm từ 50mL còn 20mL, thể tích TTL từ PV giảm từ 114g còn 75g sau 6 tháng. Không xảy ra biến chứng lớn nào. **Kết luận:** Nút động mạch TTL qua trực tràng là cách tiếp cận mới, khá an toàn và hiệu quả. Cần nghiên cứu số lượng lớn, thời gian kéo dài hơn.

Từ khoá: Trực tràng; Nút mạch; Nút động mạch qua trực tràng.

¹Bộ môn Chẩn đoán Hình ảnh, Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai

³Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

⁴Trung tâm Thận tiết niệu - Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai

⁵Khoa Hoá sinh, Bệnh viện 19-8 Bộ Công an

⁶Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai

⁷Trung tâm Phục hồi Chức năng, Bệnh viện Bạch Mai

*Tác giả liên hệ: Phan Hoàng Giang (phanhoanggiangcdha@gmail.com)

Ngày nhận bài: 03/4/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 16/4/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49.791>

CASE REPORT: TRANSRECTAL PROSTATIC ARTERY EMBOLIZATION

Abstract

Objectives: To evaluate the results of transrectal prostatic artery embolization in cases of prostate vessel obstruction. **Methods:** A study on a case of occlusion of the iliac arteries on both sides, making it impossible to access the prostate vessels at the Radiology Center, Bach Mai Hospital. The patient is elderly and has many underlying diseases; therefore, it is unable to use endoscopic methods. We applied an intrarectal prostatic vascular approach using a 22G chiba needle passed through the rectum under ultrasound guidance. After accessing the vessels that feed the gland, we use embolic materials: Glue, granules, and lipodol - alcohol. **Results:** The technique was successful with a short intervention time of about 30 minutes with a single low beam. Symptoms of IPSS, Qmax, PVR, and PV were optimally improved, corresponding to IPSS reduced from 32 to 8 points, the highest urine flow Qmax increased from 5 mL/s to 16 mL/s, residual urine amount of PVR reduced from 50mL to 20mL, Prostate volume from PV reduced from 114g to 75g after 6 months. No complications occurred. **Conclusion:** Transrectal prostatic artery embolization is a new approach that is quite safe and effective. More research needs to be done in large quantities and over a longer period of time.

Keywords: Transrectal; Embolization; Transrectal prostatic artery embolization.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính TTL là một tổn thương lành tính phát triển từ nhu mô tiền liệt tuyến. Tăng sinh lành tính TTL là một bệnh thường bắt đầu vào độ tuổi trung niên ở người đàn ông. Theo Trần Đức Thọ, ở Việt Nam có tới 86% nam giới mắc tăng sinh lành tính TTL ở độ tuổi từ 81 - 90. Theo Rubenstein, toàn cầu có khoảng 50% nam giới từ 50 tuổi bị tăng sinh lành

tính TTL, tỷ lệ này lên đến 75% ở những người 80 tuổi [1].

Cùng với sự tiến bộ của khoa học ngày càng có nhiều phương pháp điều trị tăng sinh lành tính TTL, trong đó có phương pháp nút mạch tiền liệt tuyến gây tắc mạch nuôi dưỡng TTL, khối u không được nuôi dưỡng và nhỏ đi, giảm hoặc mất các triệu chứng lâm sàng giúp cải thiện và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN [2].

Tuy nhiên, BN tăng sinh lành tính TTL thường gặp ở người cao tuổi, xơ vữa vôi hóa thành động mạch nói chung và động mạch TTL nói riêng thường hay gặp. Trong trường hợp này, việc tiếp cận động mạch TTL thực sự khó khăn đối với bác sĩ can thiệp. Khó khăn hơn nữa khi xơ vữa vôi hóa gây tắc hoàn toàn động mạch TTL hai bên, không hiện hình động mạch TTL khi chụp trên DSA, kèm không thấy nhánh cấp máu cho TTL từ động mạch chậu ngoài hai bên. Trường hợp này, tiếp cận để nút tắc động mạch cấp máu cho TTL qua đường nội mạch là điều không khả thi.

Trên cơ sở mục đích của nút mạch là nút tắc các nhánh mạch nuôi TTL kết hợp tiếp cận TTL thông qua đường trực tràng, nút tắc mạch TTL dưới hướng dẫn siêu âm TTL qua đường trực tràng được đề xuất như là giải pháp cứu vãn tình thế. Chúng tôi báo cáo trường hợp 01 BN được thực hiện theo phương pháp này khi động mạch chậu trong hai bên xơ vôi hóa gây tắc hoàn toàn từ vị trí trước tách nhánh động mạch TTL và không có nhánh cấp máu cho TTL từ động mạch chậu ngoài. Nghiên cứu được tiến hành nhằm: *Đánh giá kết quả ca nút động mạch TTL qua da đi đường trực tràng trong trường hợp động mạch TTL bị tắc.*

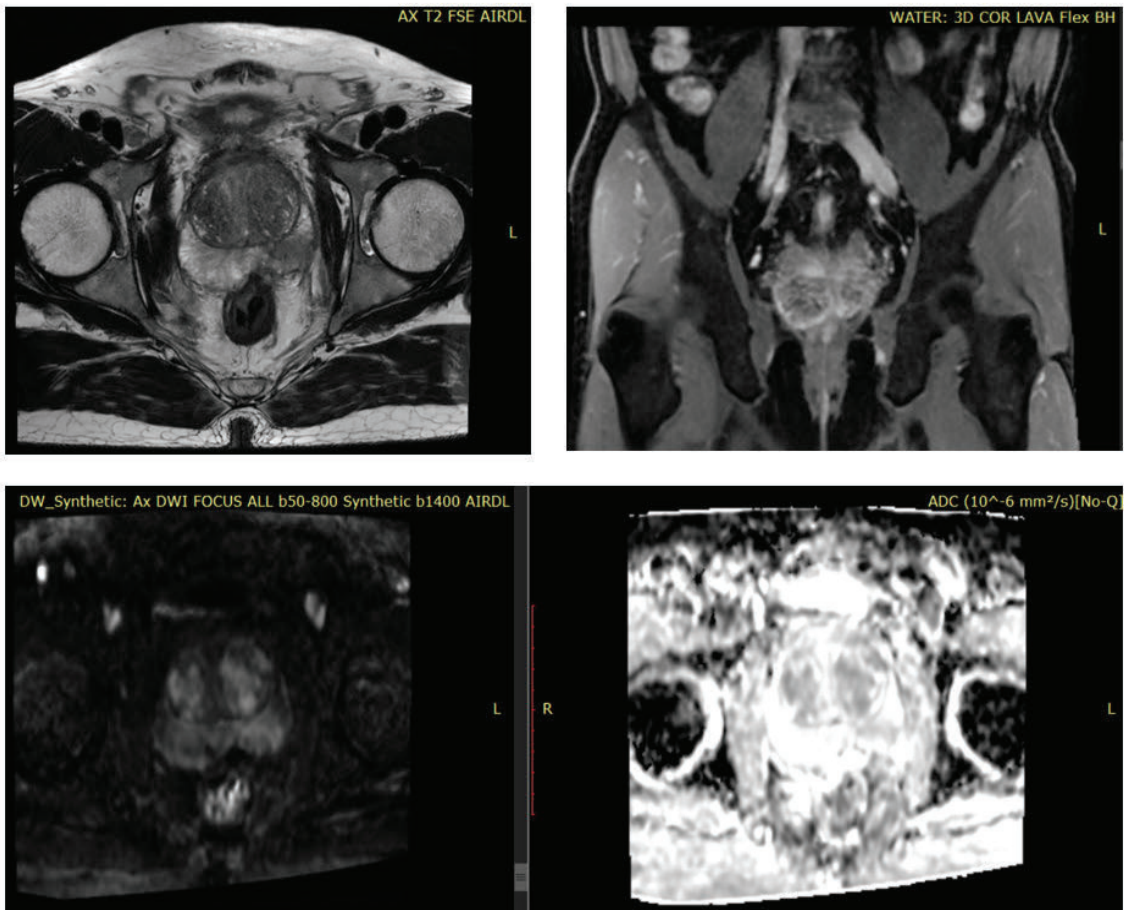
BÁO CÁO CA BỆNH

BN nam, 67 tuổi, vào viện với tình trạng tiểu khó, cảm giác tiểu không hết khoảng 1 tháng trước vào viện, tia nước tiểu yếu dần. BN không có tiểu buốt, không tiểu rất, nước tiểu vàng trong. BN có tiền sử mắc đái tháo đường điều trị thường xuyên, không có tiền sử viêm loét hậu môn trực tràng. Thời điểm BN nhập viện, các dấu hiệu sinh tồn đều trong giới hạn bình thường, IPSS 32 điểm. Xét nghiệm PSA toàn phần và PSA tự do lần lượt là 81,33 ng/mL và 16,76 ng/mL. Xét nghiệm máu và nước tiểu không thấy có dấu hiệu của nhiễm khuẩn toàn thân hay tiết niệu, không có dấu hiệu thiếu máu.

BN được chỉ định siêu âm ổ bụng, đo lưu lượng dòng tiểu, chụp MRI và sinh thiết TTL để chẩn đoán chính xác bệnh. Kết quả siêu âm cho thấy hình ảnh TTL tăng kích thước khoảng 114 g, thể tích nước tiểu tồn dư (PVR) khoảng 70mL, tăng sinh mạch, không thấy khối nốt khu trú. Đo lưu lượng dòng tiểu cho thấy tia tiểu yếu, Qmax 5 mL/s. Với MRI, hình ảnh cho thấy tuyến tiền liệt đầy lùi vào lòng bàng quang, các nốt tăng sinh vùng chuyển tiếp hai bên (PIRADS 1) và đám giảm tín hiệu vùng ngoại bên trái trên chuỗi

xung T2W, không phá vỡ vỏ bao, có phần hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, ngấm thuốc sau tiêm (nghĩ tới tổn thương viêm - PIRADS 2). Chẩn đoán chính xác được khẳng định bởi sinh thiết TTL, kết quả là tăng

sinh lành tính TTL. Sau đó được điều trị kháng sinh đường tiết niệu 30 ngày, các chỉ số PSA giảm và trở về bình thường (PSA toàn phần 8 ng/mL). Do đó cho thấy đây là tổn thương lành tính.



Hình 1. Hình ảnh MRI TTL của BN trước can thiệp.

Trên chuỗi xung T2W thấy có các nốt tăng sinh, ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm. Ngoài ra vùng ngoại vi trái có đám giảm tín hiệu trên chuỗi xung T2W, không tạo khối, không phá vỡ bao tuyến, hạn chế khuếch tán trên chuỗi xung DWI/ADC, ngấm thuốc sau tiêm (nghĩ tới tổn thương viêm).

BỆNH VIỆN BẠCH MAI
TRUNG TÂM GIẢI PHẪU BỆNH
TẾ BÀO HỌC

Mã ID:

PHIẾU XÉT NGHIỆM SINH THIẾT

Họ và tên: Tuổi: 67 Giới tính: Nam Số BP:
Địa chỉ: Ngày gửi: 14/07/23 Ghi chú:
Viện/khoa: Khoa Cấp cứu Số giường: Bác sỹ gửi:
Chẩn đoán lâm sàng: U tuyến tiền liệt
Vị trí lấy BP: U tiền liệt tuyến Phương pháp nhuộm: HE, PAS

KẾT QUẢ

Nhận xét đại thể:

Nhận xét vi thể:

*Xét nghiệm và chẩn đoán mô bệnh học bằng 2 phương pháp HE và PAS:
Các mảnh cắt mô tuyến tiền liệt thấy tăng sinh cả 3 thành phần xơ, cơ, tuyến. Các tuyến giãn rộng, chứa nhiều kết thể, tế bào tuyến nhân nhỏ, đều nhau.*

Chẩn đoán mô bệnh học:

Quá sản lành tính tuyến tiền liệt.

Bàn luận:

Hình 2. Phiếu xét nghiệm sinh thiết.

BN được chẩn đoán quá sản lành tính TLT và được chỉ định nút động mạch TTL dưới DSA. Trong quá trình can thiệp, tiến hành chụp động mạch chậu trong trái thấy tắc hoàn toàn gốc động mạch TTL bên trái, tiếp tục chụp động mạch chậu trong phải song cũng thấy tắc hoàn toàn gốc động mạch TTL. Tiến hành chụp đánh giá động mạch chậu ngoài hai bên, tuy nhiên không thấy nhánh cấp máu cho TTL. Tình huống này xảy ra khiến cuộc can thiệp vào bế tắc khi không thể tiếp cận động mạch cấp máu TTL qua đường nội mạch.

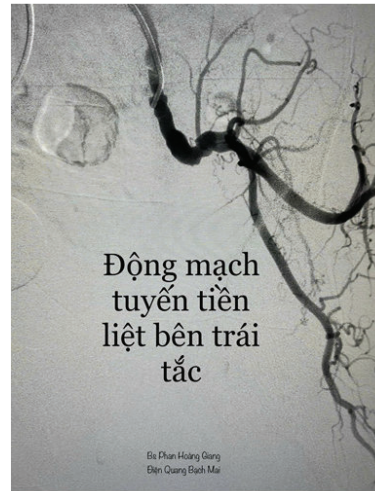
Nhận thấy siêu âm qua đường trực tràng có thể tiếp cận rất gần TLT đồng thời có thể thấy động mạch trên siêu âm Doppler, chúng tôi quyết định tiến hành tiếp cận nút mạch TTL qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm, đồng thời đánh giá mạch TTL trên DSA. Sau khi tiếp cận được cuống trên động mạch TTL bên trái bằng kim chiba 22G dưới siêu âm doppler. Ngoài việc thấy máu đỏ tươi chảy ra từ đốc kim chiba, động mạch TTL được xác định bằng chụp trên máy can thiệp mạch. Sau đó chúng tôi tiến hành bơm lipiodol-cồn tụyet

đôi để quan sát tốt dưới DSA, tiếp tục bơm bằng hạt embozene 400 mcm gây tắc hoàn toàn động mạch TTL. Cuối cùng chúng tôi bơm hỗn hợp keo:

Lipiodol với tỷ lệ 1:4 để gây tắc hoàn toàn cuống động mạch TTL để tránh tái phát. Tương tự như vậy đối với cuống trên của động mạch TTL bên phải.



A



B

Hình 3. Gốc động mạch TTL phải (A) và trái (B) tắc hoàn toàn trên chụp DSA.



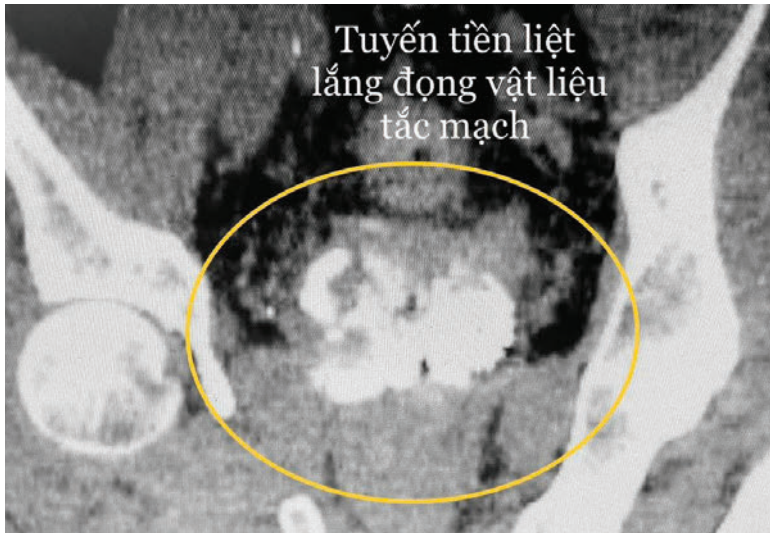
A



B

Hình 4. Máu đỏ tươi của động mạch chảy ra khi kim chiba tiếp cận vào động mạch TTL trong nhu mô (A). Chụp động mạch TTL cho thấy nhu mô TTL ngấm thuốc (B).

Ngay sau can thiệp, chụp kiểm tra dưới CLVT cho thấy lắng đọng vật liệu can thiệp trong tuyến.



Hình 5. TTL lắng đọng vật liệu can thiệp trên CLVT.

BN sau can thiệp có đau vùng hậu môn trực tràng, không tiểu máu, không khó thở, được hẹn tái khám sau can thiệp 2 tháng.

Sau 2 tháng, triệu chứng của BN cải thiện rõ rệt, IPSS còn 8 điểm (trước can thiệp IPSS 32 điểm). Kết quả siêu âm qua ngả bụng cho thấy thể tích tuyến còn khoảng 75 mL, giảm khoảng 35% so với trước can thiệp. Lưu lượng dòng tiểu Qmax là 16 mL/s, cải thiện 250% so với trước can thiệp.

BÀN LUẬN

Tăng sinh lành tính TTL là bệnh lý phổ biến và đặc trưng của nam giới. Triệu chứng điển hình của tăng sinh lành tính TTL thường xảy ra ở độ tuổi 60 -70 tuổi. Hơn 40% nam giới cao tuổi có triệu chứng đặc trưng của tăng sinh TTL.

Để đánh giá xác định bệnh và tình trạng tắc nghẽn đường tiểu của BN, cần phối hợp các phương pháp thăm

khám và cận lâm sàng [3]. BN thường vào viện với các triệu chứng bí tắc, kích thích đường tiết niệu, gây ảnh hưởng tới sinh hoạt của BN, mức độ ảnh hưởng được đo lường bằng thang điểm IPSS [4]. Mức độ tắc nghẽn dòng chảy được đánh giá thông qua đo lưu lượng dòng chảy, còn siêu âm, MRI giúp giá đặc điểm nhu mô của tuyến cũng như kích thước tuyến. Ngoài ra, xét nghiệm PSA sẽ góp phần đánh giá

tính chất lành tính và ác tính của u. Song, sinh thiết TTL vẫn là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán phì đại lành hay ác tính của TTL.

Có nhiều phương pháp điều trị tăng sinh lành tính TTL. Các phương pháp xâm nhập tối thiểu được phát triển để điều trị tăng sinh lành tính TTL là liệu pháp vi sóng qua niệu đạo và cắt nội soi laser, nhưng phương pháp cắt bỏ TTL (có thể nội soi qua niệu đạo hoặc mổ mở) vẫn được chỉ định như một phương pháp tối ưu [5]. Những năm gần đây, phương pháp điều trị tăng sinh lành tính TTL bằng nút mạch ngày càng được lựa chọn bởi hạn chế được nguy cơ do phẫu thuật hay thủ thuật ở vùng này, BN sớm quay trở lại sinh hoạt bình thường sau can thiệp [6].

Tuy nhiên, do độ tuổi của BN chủ yếu thuộc nhóm cao tuổi, xơ vữa vôi hóa thường gặp, tỷ lệ xơ vữa vôi hóa động mạch tăng theo tuổi. Do đó, với trường hợp hẹp tắc hoàn toàn động mạch TTL, việc can thiệp nội mạch tiếp cận nhánh động mạch TTL để nút mạch chọn lọc là không khả thi.

Nút mạch TTL qua đường trực tràng là một kỹ thuật cải tiến của siêu âm TTL qua đường trực tràng và nút mạch TTL trên DSA. Kỹ thuật này có các bước chuẩn bị gần tương tự như chuẩn bị dụng cụ để sinh thiết TTL. Thông

qua đầu dò, tiến hành đâm kim tiếp cận động mạch tuyến dựa trên siêu âm Doppler màu, từ đó tiến hành bơm thuốc cản quang động thời đánh giá mạch máu trên DSA.

Vật liệu nút mạch tương tự như can thiệp nút mạch TTL qua đường nội mạch, bao gồm các loại hạt vi cầu. Thêm vào đó, hỗn hợp lipiodol - còn tuyệt đối được sử dụng bơm vào nhu mô tuyến để gây xơ hóa tuyến, nhằm làm giảm kích thước tuyến.

Đây có thể là một phương pháp tiếp cận mới cho những trường hợp động mạch TTL bị hẹp tắc do xơ vữa, không tiếp cận được động mạch TTL theo can thiệp nội mạch đơn thuần. Đặc biệt là các ổ phình mạch, giả phình của động mạch TTL. Để tiếp cận động mạch TTL hai bên qua đường nội mạch khá khó do động mạch TTL có góc xuất phát khả dạng, được gấp khúc, xơ vữa, bàng hệ... Trong khi đó, tiếp cận qua đường trực tràng lại khá gần và đơn giản, thậm chí dễ hơn kỹ thuật sinh thiết 12 mảnh. Kỹ thuật này chỉ dùng kim chiba 22G nhỏ hơn kim sinh thiết 16G, chỉ đi vào mạch máu 2 lần so với 12 lần của sinh thiết TTL. Vì thế được đánh giá nhẹ nhàng, hậu phẫu đơn giản hơn cả sinh thiết TTL.

Đây là kỹ thuật cứu cánh khi can thiệp nội mạch thất bại, không tiếp cận được động mạch TTL hai bên.

BN của chúng tôi có triệu chứng lâm sàng giảm rõ rệt, chất lượng cuộc sống cải thiện rõ ràng sau can thiệp nút mạch TTL 2 tháng, không có biến chứng gì được ghi nhận. Lưu lượng dòng tiểu của BN cải thiện 250%, thể tích tuyến giảm 35% sau can thiệp. Đây là kết quả tốt đối với một kỹ thuật cải tiến còn rất mới.

KẾT LUẬN

Nút mạch TTL qua đường trực tràng là kỹ thuật cải tiến rất mới, bước đầu mang lại hiệu quả tốt cho BN. Kỹ thuật này hứa hẹn là một lựa chọn hiệu quả trong trường không thể tiếp cận động mạch TTL qua đường nội mạch nói chung và xơ vữa vôi hóa gây hẹp gốc động mạch TTL.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về mặt đạo đức và được sự cho phép của BN. Dữ liệu thu thập phục vụ nghiên cứu và không có mục đích nào khác. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Transurethral microwave thermotherapy of the prostate (tumt): Overview, other procedures, relevant anatomy. Published online August 17, 2023. Accessed October 16, 2023. <https://emedicine.medscape.com/article/1950546-overview?form=fpf>.

2. Choi SY, et al. Impact of changing trends in medical therapy on surgery for benign prostatic hyperplasia over two decades. *Korean J Urol.* 2012; 53:23-28.

3. Geavlete B, et al. Bipolar plasma enucleation of the prostate vs open prostatectomy in large benign prostatic hyperplasia cases - a medium term, prospective, randomized comparison. *BJU Int.* 2013; 111:793-803.

4. Phan Hoàng Giang, Nguyễn Xuân Hiền, Phạm Minh Thông. Đánh giá hiệu quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp nút động mạch tuyến tiền liệt. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2016; số đặc biệt tháng 8/2016.

5. Francisco C Carnevale, et al. Transurethral resection of the prostate versus original and perfected prostate artery embolization due to benign prostatic hyperplasia: Preliminary results of a single center, prospective, urodynamic-controlled analysis. *Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe.* 2015.

6. Wang, et al. Prostatic arterial embolization for the treatment of lower urinary tract symptoms due to large (> 80mL) benign prostatic hyperplasia: Results of midterm follow-up from Chinese population. *BMC Urology.* 2015; 15:33.