

DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH THẬN: HÌNH THÁI LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHÂN 5 TRƯỜNG HỢP

HOÀNG LONG, VŨ NGUYỄN KHẢI CA, DƯƠNG ĐỨC HÙNG
Bệnh viện Việt Đức

TÓM TẮT

Dị dạng động - tĩnh mạch thận là một bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp bao gồm 2 loại tổn thương giải phẫu là thông động tĩnh mạch và phình động mạch. Tuy là bệnh lý bẩm sinh nhưng chủ yếu được phát hiện ở tuổi 20 - 40 và phần lớn là không biểu hiện triệu chứng. Chúng tôi báo cáo 5 trường hợp dị dạng động tĩnh mạch thận có triệu chứng ở người lớn gồm 1 nữ và 4 nam có độ tuổi từ 38 đến 57 điều trị tại khoa Tiết niệu bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2005 đến tháng 3/2006 nhằm mục tiêu đánh giá khả năng chẩn đoán

sớm các hình thái lâm sàng và áp dụng các phương pháp điều trị bệnh lý này. Hình thái lâm sàng biểu hiện khác nhau bao gồm 1 thông động - tĩnh mạch lớn ở rốn thận gây cao huyết áp và suy tim, 1 thông động mạch thất lưng - tĩnh mạch thận đi cùng với thông động - tĩnh mạch sinh dục hình thành khối phình mạch lớn sau phúc mạc và gây viêm tinh hoàn kéo dài, 2 phình động mạch thận ở trong và ngoài thận đã vỡ gây tụ máu lớn sau phúc mạc và 1 thông động - tĩnh mạch trong thận gây đái máu. Các dị dạng

động - tĩnh mạch thận có thể chẩn đoán được bằng siêu âm Doppler, CTScanner và khẳng định chẩn đoán bằng chụp động mạch thận. Can thiệp phẫu thuật trong 4 trường hợp đầu bằng cách cắt bỏ túi phình động mạch và sửa chữa thông động - tĩnh mạch. Chụp động mạch và nút mạch thận chọn lọc được chỉ định điều trị thông động - tĩnh mạch trong thận. Cả 5 trường hợp đều bảo tồn được hình thái và chức năng thận. Diễn biến tốt, kiểm tra sau 1 - 2 năm không gặp tái phát hoặc ảnh hưởng đến chức năng thận. Dị dạng động - tĩnh mạch thận có triệu chứng ở người lớn khi được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời có tiên lượng tốt, thận bên bệnh lý có khả năng bảo tồn được.

Từ khoá: Dị dạng động tĩnh mạch thận, Tụ máu sau phúc mạc

SUMMARY

Background: The renal arterio-venous abnormally is the rare congenital disorders including arterio-venous fistula and aneurysm. Almost of its are asymptomatic and clinical diagnosis is in age between 20-30. We would like to report our experience for earlier diagnosis and treatment

Materials and Methods: 5 case report, in adult patients, 4 males and 1 female, age from 38 to 57, hospitalized in Viet Duc hospital from 2005 to 2006

Results: One case with big arterio-venous fistula, hypertension and cardiac failure; one fistula of lumbar artery combined with spermatic artery to spermatic vein, become big retroperitoneal tumor and chronic orchitis; 2 cases intrarenal arterio-venous fistula rupture; 1 intra-parenchymal arterio-venous fistula caused hematuria. All were diagnosed by Doppler ultrasound, CT scans and confirmed by selective arteriography. Open surgery were performed in 4 cases to ablation of aneurysm or repair fistula. The kidney were preserved all of 5 cases. The following up is from 1 to 2 year.

Conclusion: If the early diagnosis of arterio-venous abnormally was performed, we could preserved the kidney and its function by interventional treatment or open surgery.

Keywords: Renal arterio-venous abnormally, retroperitoneal hematoma

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng động - tĩnh mạch thận bẩm sinh là tổn thương không thường gặp và phần lớn có thể biểu hiện khi ra đời nhưng thường là không rõ ràng. Tỷ lệ phát hiện bệnh cao nhất gặp ở lứa tuổi 30 - 40 và hiếm khi phát hiện được ở trẻ em. Tỷ lệ mắc chính xác của bệnh lý này còn chưa được biết và nhiều dị dạng mạch thận không biểu hiện triệu chứng và nhiều khi xuất hiện sau chấn thương, dậy thì hoặc có thai [1]. Tổn thương bệnh lý giải phẫu gồm 2 loại thông động - tĩnh mạch và phình động mạch, hiếm gặp trường hợp hai tổn thương trên kết hợp với nhau và được gọi là phình động - tĩnh mạch thận.

Những biểu hiện lâm sàng nghi ngờ của dị dạng mạch thận bao gồm cao huyết áp, phì đại thất trái,

suy tim, đái máu và đau bụng [9]. Siêu âm Doppler được sử dụng thường quy để phát hiện những bất thường của mạch thận và được kết hợp với CTScanner và chụp mạch để khẳng định chẩn đoán. Hiện nay, có nhiều phương pháp để điều trị những dị dạng mạch thận có triệu chứng như thắt mạch, cắt bỏ phình động - tĩnh mạch, khâu đóng trực tiếp đường thông động tĩnh mạch, cắt thận, gây tắc mạch chọn lọc và phục hồi qua đường nội soi mạch máu.

Chúng tôi báo cáo 5 trường hợp dị dạng động - tĩnh mạch thận có triệu chứng ở người lớn gồm 1 nữ và 4 nam có độ tuổi từ 38 đến 57, được điều trị tại khoa Tiết niệu bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2005 đến tháng 3/2006 nhằm mục tiêu đánh giá khả năng chẩn đoán sớm các hình thái lâm sàng và áp dụng các phương pháp điều trị bệnh lý này.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

1. Trường hợp 1. Bệnh nhân nữ 38 tuổi, vào viện tháng 1/2005 vì cao huyết áp điều nội khoa 2 năm không kết quả. Bệnh nhân không có tiền sử chấn thương, phẫu thuật và không có biểu hiện đái máu. Khám lâm sàng huyết áp 180/100mmHg, đau tức dưới sườn, sờ có rung miu vùng thận trái và nghe có tiếng thổi liên tục tăng lên ở thì tâm thu. Không có dấu hiệu suy tim. Xét nghiệm máu không biểu hiện suy thận. Chụp Xquang ngực thấy bóng thất trái to, siêu âm Doppler thấy có 1 động mạch thận trái tăng kích thước 14mm và tăng tốc độ dòng chảy Vp là 209cm/s, mạch máu vùng rốn thận giãn có phổ thông động - tĩnh mạch. Chụp CTScanner thấy tĩnh mạch thận trái giãn to và có 1 tĩnh mạch dẫn lưu bất thường từ cực trên, chức năng 2 thận còn tốt. Chụp động mạch thận thấy thông động - tĩnh mạch lớn trong rốn thận của nhánh động mạch phân thùy trước trên gây thiếu máu tương đối nửa trên thận trái. Với chẩn đoán thông động - tĩnh mạch thận nguyên phát vùng rốn thận trái gây tăng huyết áp, chưa ảnh hưởng đến chức năng thận, bệnh nhân được mổ tháng 2/2005. Trong mổ thấy động mạch thận trái đập, giãn to 15mm, tĩnh mạch thận trái giãn to, căng 35mm và có thông động - tĩnh mạch lớn 1cm giữa động mạch phân thùy trước trên và tĩnh mạch thận. Xử trí cặp động mạch thận, cắt thông động - tĩnh mạch, đóng kín 2 đầu động mạch và tĩnh mạch. Trong mổ truyền 500ml máu. Sau mổ huyết áp ổn định 130/80mmHg không dùng thuốc điều trị, khám bụng hết rung miu và thổi liên tục. Kiểm tra sau 2 năm, huyết áp 130/70mmHg không dùng thuốc điều trị, siêu âm thận bình thường.

2. Trường hợp 2. Bệnh nhân nam 38 tuổi, vào viện tháng 3/2005 với biểu hiện viêm tinh hoàn trái đã điều trị 1 tháng không đỡ kèm theo đau hố chậu và thắt lưng trái, không đái máu. Huyết áp không tăng, khám tinh hoàn trái to, chắc và đau, thừng tinh đau và có giãn tinh mạch tinh trái độ IV, sờ không có rung miu và nghe không có tiếng thổi vùng bụng trái. Siêu âm doppler thấy quanh rốn thận và cực dưới thận trái có cấu trúc nhiều mạch giãn 10mm với phổ động mạch nhưng giảm sức cản Vmax 11cm/s, không xác

định được nguồn gốc, động mạch thừng tinh trái giãn với V max là 12cm/s. Chụp CTScanner thấy có thận phụ bên trái, nhu mô và chức năng thận bình thường, Tĩnh mạch thận trái giãn to, tĩnh mạch tinh trái ở cao giãn to ngoài ngoèo thấy rõ ở thì động mạch, tĩnh mạch trong thừng tinh giãn to. Chụp động mạch thấy thân động mạch thắt lưng trên trái giãn to, có 2 nhánh dị dạng động - tĩnh mạch giãn to ngoài ngoèo thành đám sau phúc mạc vùng thắt lưng, tĩnh mạch dẫn lưu đám dị dạng giãn rất to và đổ vào thân tĩnh mạch thận trái. Bệnh nhân được chẩn đoán là thông động mạch thắt lưng - tĩnh mạch thận trái và được mổ tháng 3/2005. Tĩnh mạch thận trái giãn căng 18mm. Sau phúc mạc có khối giãn mạch lớn 12cm gồm nhiều cấu trúc mạch hình ống nằm sau dưới cuống thận, khối không đập nhưng giãn nở khi bóp. Từ khối có nhiều nhánh mạch liên quan đến bờ trái động mạch chủ bụng và mặt sau tĩnh mạch thận trái. Xử trí cắt 2 nhánh động mạch thắt lưng ở dưới động mạch thận đi vào khối, giải phóng khối mạch khỏi tĩnh mạch thận trái. Ở dưới hố chậu còn có khối phình mạch không đập đường kính 10mm do thông động mạch và tĩnh mạch sinh dục. Tiến hành cắt khối phình và khâu kín lỗ thông. Diễn biến sau mổ ổn định, hết đau bẹn bìu, thừng tinh còn to. Sau 1 tháng siêu âm bình thường. Kiểm tra sau 2 năm không có gì bất thường và bệnh nhân đã có thêm con. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy cấu trúc gồm nhiều động mạch và tĩnh mạch giãn, thành xơ dày mỏng không đều, có vùng tăng sinh mạch.

3. Trường hợp 3. Bệnh nhân nam 43 tuổi, vào viện tháng 3/2006 với lý do đau bụng thắt lưng phải. Bệnh nhân không có tiền sử đái máu, chấn thương hay tăng huyết áp. Khám lâm sàng thấy toàn trạng thiếu máu nặng, huyết áp 120/70mmHg, hố thắt lưng và nửa bụng phải căng đau, sờ không đập và nghe không có tiếng thổi. Xét nghiệm thiếu máu nặng: hồng cầu 1,59 tr, Hb 46 g/l, Ht 0,145 và suy thận với urê 21,4 mmol/l và creatinin 222 mmol/l. Siêu âm Doppler mạch thận 2 bên tốt. Chụp CTScanner thấy tụ máu sau phúc mạc lớn đẩy thận phải ra trước thông với 1 ổ máu tụ trong nhu mô thận 1/3 giữa đường kính 2,5cm làm mất liên tục bờ thận. Chức năng thận 2 bên tốt. Bệnh nhân được mổ cấp cứu với chẩn đoán mất máu nặng, tụ máu nguyên phát sau phúc mạc do vỡ phình mạch trong thận phải. Mở bụng dưới sườn phải lấy 1000 gam máu tụ sau phúc mạc ở mặt sau và cực dưới thận. Phình mạch trong nhu mô 1/3 giữa bờ ngoài thận phải đường kính 3cm đã vỡ, ở đáy có 1 động mạch cấp máu được máu cực bị đường kính 0,5cm và không xác định có thông với tĩnh mạch hay không. Cặp cuống thận, lấy máu tụ, khâu cổ túi phình và khâu ép kín 2 thành bên túi phình nhu mô thận. Trong mổ truyền 900 ml hồng cầu khối. Diễn biến sau mổ ổn định, xét nghiệm chức năng thận trở về bình thường, kiểm tra sau mổ 1 năm kết quả tốt.

4. Trường hợp 4. Bệnh nhân nam 49 tuổi không có tiền sử chấn thương, viêm nhiễm. Vào viện tháng 3/2006 vì xuất hiện đau dưới sườn phải 1 tuần kèm theo sốt trong 4 ngày và không đái máu. Khám khi vào có tình trạng thiếu máu vừa, huyết áp 120/70mmHg, sờ thấy khối 5cm dưới bờ sườn phải, không đập và nghe không có tiếng thổi. Xét nghiệm máu chức năng thận bình thường. Siêu âm Doppler phát hiện thấy khối rỗng âm cực trên thận phải kích thước 8,5 x 6,3 cm, bên trong có dòng máu chảy thay đổi theo nhịp tim và thông với 1 nhánh động mạch thận. CTScanner phát hiện khối máu tụ sau phúc mạc sau trên thận phải kích thước lớn 10x14x11cm, 1 phần nằm trong thận còn phần lớn nằm ngoài thận, đẩy thận ra trước và xuống dưới. Trong khối có ổ bất thường trong thì động mạch. Chụp động mạch thận thấy rõ hình ảnh túi phình lớn 3x4cm xuất phát từ nhánh động mạch cực trên thận phải đi vào tuyến thượng thận. Chẩn đoán tụ máu sau phúc mạc nguyên phát do vỡ phình động mạch cực trên thận phải ngoài thận. Không nút được mạch chọn lọc vì khối phình lớn nên chỉ định mổ lấy máu tụ sau phúc mạc và khâu cổ túi phình động mạch cực trên. Diễn biến sau mổ ổn định và kiểm tra sau 1 năm kết quả tốt.

5. Trường hợp 5. Bệnh nhân nam 57 tuổi không có tiền sử bệnh lý hoặc chấn thương. Vào viện tháng 1/2006 vì lý do đái máu xuất hiện 1 tháng kèm theo đau thắt lưng phải. Khám lâm sàng có tình trạng thiếu máu nặng, huyết áp ổn định. Khám bụng không có khối khu trú. Xét nghiệm có thiếu máu nặng: hồng cầu 2,13 Tr, Hb 48g/l, Ht 0,171. Đông máu bình thường và không suy thận. Siêu âm đài bể thận phải giãn do máu cực bể thận 2,2cm. CTScanner thấy thận phải không to, ngấm và bài tiết thuốc chậm, bể thận giãn và lấp đầy máu cực. Hình ảnh phình mạch trong thận nhiều khối ở 1/3 trên trong thì động mạch và có thông động - tĩnh mạch trong thận. Chụp động mạch thận chọn lọc thấy khối phình mạch lớn trong thận phải do thông động - tĩnh mạch lớn, các nhánh mạch giãn to, thuốc chụp thì động mạch sang tĩnh mạch sớm. Tiến hành nút chọn lọc từng nhánh mạch bệnh lý ở 1/3 trên và giữa thận. Chụp kiểm tra sau nút thấy các búi mạch giãn bị tắc và không còn thông động tĩnh mạch. Bệnh nhân ra viện ổn định, kiểm tra sau 1 năm kết quả tốt.

BÀN LUẬN

1. Hình thái lâm sàng.

Qua 5 trường hợp báo cáo, chúng tôi gặp cả 2 loại dị dạng mạch thận là thông động - tĩnh mạch và phình động mạch với các hình thái lâm sàng khác nhau.

1.1. Thông động - tĩnh mạch thận được Vorela mô tả lần đầu tiên năm 1928, tổn thương này là hiếm gặp, tỷ lệ mắc ngày càng tăng và cho tới năm 1994 đã có trên 200 trường hợp được báo cáo trong y văn [11]. Thể bẩm sinh là hiếm gặp, chiếm 30% với tỷ lệ mắc là 0,04%, trong đó chỉ có 25% là thông động - tĩnh mạch thận. Cho và Stanley [1] nghiên cứu 9500

chụp động mạch thận chỉ tìm thấy 4 trường hợp có nguồn gốc bẩm sinh. Nguyên nhân thông động tĩnh mạch thận bẩm sinh còn chưa được xác định rõ ràng nhưng chắc chắn là có nguồn gốc từ những dị dạng bẩm sinh phình động mạch trong nhu mô thận ăn mòn vào tĩnh mạch liền kề, diễn biến thường yên lặng và khi tăng kích thước sẽ biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Thông động - tĩnh mạch thận mắc phải thường gặp hơn chiếm 70% thường gặp thứ phát sau chấn thương, phẫu thuật thận, tạo hình mạch thận, viêm nhiễm trùng, ung thư thận và sau thủ thuật sinh thiết thận qua da [2,7].

50% thông động - tĩnh mạch thận có biểu hiện lâm sàng đái máu và tăng huyết áp. Bệnh nhân thường biểu hiện đái máu vi thể và một số có đái máu đại thể. Khi thận còn chức năng chẩn đoán nghi ngờ nếu xuất hiện đau tức bụng và nghe có tiếng thổi vùng dưới sườn, phát hiện có đái máu hoặc tăng huyết áp tâm trương nặng. Biểu hiện lâm sàng sau 1 năm có thể là nguyên nhân dẫn đến suy tim, đây là một biến chứng nặng của thông động - tĩnh mạch lớn khi mà lưu lượng dòng máu qua đường thông chiếm 20-50% lượng máu về tim. Dòng máu đi tắt qua nhu mô thận và quay trở lại tĩnh mạch nhanh chóng gây thiếu máu thận tương đối, ứ đọng dịch và làm tăng tiết chất trung gian hoạt mạch Renin. Thông động - tĩnh mạch thận lâu dài sẽ làm tăng lưu lượng máu về tim và để bù trừ cho dòng máu động mạch qua chỗ thông sẽ dẫn đến tăng cung lượng tim, tăng co mạch ở các giường mạch máu khác và hậu quả là suy tim và phì đại thất trái [5].

Trong báo cáo của chúng tôi có 3 trường hợp thông động tĩnh mạch biểu hiện 3 hình thái lâm sàng khác nhau. Bệnh nhân 1 là thông động mạch trước bể với tĩnh mạch thận trái ở ngay rốn thận có biểu hiện lâm sàng điển hình với huyết áp cao, khám thấy rung miu và có tiếng thổi dưới sườn trái. Bệnh nhân này được phát hiện tương đối sớm nên chưa có biểu hiện suy tim. Trường hợp 2 là thông giữa động mạch thắt lưng - tĩnh mạch thận trái và giữa động mạch - tĩnh mạch tinh tạo thành búi phình mạch lớn sau phúc mạc gây nên đau thắt lưng và viêm tinh hoàn kéo dài. Trường hợp 5 là thông động mạch phân thủy trước trên với tĩnh mạch trong nhu mô cực trên với biểu hiện đái máu kéo dài.

1.2. Phình động mạch thận bẩm sinh là hiếm gặp, chủ yếu phát hiện được là tổn thương mắc phải sau chấn thương, phẫu thuật thận hoặc sinh thiết thận qua da. Bản chất mô học và dấu hiệu lâm sàng của phình động mạch thận còn chưa rõ ràng mà phần lớn là không có biểu hiện lâm sàng. Nguy cơ vỡ phình mạch được đề cập đến như là 1 biểu hiện lâm sàng đầu tiên, tuy nhiên tỷ lệ gặp thấp. Gần đây, phình mạch thận dẫn đến tăng huyết áp thứ phát đã được nhấn mạnh do cơ chế giải phóng nhiều Renin hoạt mạch [6,8]. English nghiên cứu trên 62 bệnh nhân phình động mạch thận có biểu hiện cao huyết áp trong 75% trường hợp và chỉ có 6% biểu hiện triệu chứng, đặc biệt cần lưu ý đến dấu hiệu cao huyết áp

ở trẻ em [3]. Báo cáo của chúng tôi có 2 trường hợp phình động mạch trong và ngoài thận đều được phát hiện khi đã vỡ tạo thành khối máu tụ lớn sau phúc mạc và gây nên tình trạng thiếu máu cấp (bệnh nhân 3 và 4).

2. Chẩn đoán

Biểu hiện lâm sàng của cả 2 loại dị dạng mạch thận bẩm sinh đều không rõ ràng nên khi có dấu hiệu nghi ngờ thì có thể sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh để xác định bệnh. Siêu âm Doppler mạch được lựa chọn là phương pháp chẩn đoán không xâm lấn đầu tiên để phát hiện những bất thường mạch máu trong và ngoài thận. Siêu âm phân biệt được nang thận với 1 khối đặc có thể là tổn thương mạch bẩm sinh hoặc mắc phải. Nó có thể phát hiện được những khối dị dạng mạch có nhiều cấu trúc hình ống rỗng âm với huyết khối trong lòng cũng như cho thấy rõ động mạch và tĩnh mạch thận chính giãn to, tăng tốc độ dòng chảy động mạch là biểu hiện gia tăng dòng máu đến thận trong rò động - tĩnh mạch và xác định được bản chất mạch máu của tổn thương. Siêu âm còn đánh giá được vị trí và kích thước phình mạch, thấy được khối phình mạch đập khi có nguồn gốc từ động mạch, đồng thời đánh giá được tình trạng phân bố và cấp máu trong nhu mô thận 2 bên. Sự phát triển của siêu âm 3 bình diện cho biết vị trí, hướng liên quan không gian với các cấu trúc mạch khác. Mohaupt [10] nhận thấy siêu âm 3 bình diện có thể hiệu quả như chụp IRM trong định vị thông động - tĩnh mạch. Tuy nhiên, siêu âm khó phân biệt được giữa thông động - tĩnh mạch và phình mạch, khi đó chụp CTScanner động sẽ thấy rõ được thông động - tĩnh mạch.

Chụp CTScanner để đánh giá chức năng thận 2 bên. Khi chụp có thuốc cản quang ở thì sớm sẽ phát hiện được tổn thương thông động tĩnh mạch và phình động mạch đồng thời còn cho thấy nguồn gốc của khối máu tụ sau phúc mạc do vỡ phình động mạch trong và ngoài thận.

Hiện nay, chụp động mạch thận chọn lọc hoặc số hoá vẫn là phương pháp tốt nhất để khẳng định chẩn đoán những tổn thương mạch thận [4]. Có thể xác định rõ bản chất của dị dạng là thông động - tĩnh mạch hoặc phình động mạch hay kết hợp cả hai. Mặt khác còn cho biết nguồn gốc mạch tạo thành dị dạng. Trong thông động - tĩnh mạch có thể phát hiện được 2 loại tổn thương [1,9]:

- Thể thông động - tĩnh mạch có cấu trúc dạng ống với nhiều kênh mạch máu ngoằn ngoèo thấy rõ ở thì động mạch thường kết hợp với nhiều thông động - tĩnh mạch ở các mức độ khác nhau (bệnh nhân 2).

- Thể thông động - tĩnh mạch có dạng phình mạch thường đi kèm với túi phình kích thước khác nhau được cấp máu bởi 1 động mạch tăng kích thước và dẫn máu nhanh về 1 tĩnh mạch giãn rộng (bệnh nhân 1 và 5).

Chụp chọn lọc động mạch thận chẩn đoán chính xác vị trí, kích thước của khối phình mạch, xác định được động mạch cấp máu cho khối phình (bệnh nhân

4). Qua chụp mạch có thể kết hợp điều trị nút mạch chọn lọc trong những trường hợp có chỉ định Xquang can thiệp.

3. Áp dụng các phương pháp điều trị

Các dị dạng bẩm sinh mạch thận được chỉ định điều trị khi có biểu hiện lâm sàng. Chỉ định can thiệp đối với thông động tĩnh mạch khi có suy thận, suy tim, tăng huyết áp, đái máu và gia tăng dần kích thước lỗ thông. Nhiều tác giả nhận định rằng loại bỏ thông bằng phẫu thuật sẽ phục hồi lại huyết động bình thường và luôn là phương pháp điều trị tốt nhất [9]. Lựa chọn phẫu thuật bao gồm thắt động mạch nguyên nhân, cắt thận, sửa chữa ở trong hoặc ngoài cơ thể đối với những thông sâu trong nhu mô thận. Tiêu chuẩn vàng trong điều trị thông động - tĩnh mạch thận là bảo tồn được chức năng nhu mô thận và hết tận gốc các triệu chứng. Phình mạch được phẫu tích, đường ra tĩnh mạch được thắt từ bên trong của phình động - tĩnh mạch, đây là kỹ thuật đơn giản và hiệu quả nhất để sửa chữa tổn thương. Tuy nhiên, không phải luôn bảo tồn được thận, đôi khi cần thiết phải cắt bỏ 1 phần hoặc toàn bộ thận khi thông có kích thước lớn hoặc có tổn thương lan toả.

Thông động - tĩnh mạch thận còn được điều trị bằng gây tắc mạch qua da. Keo fibrin, coils và bóng được sử dụng để làm tắc đường thông. Điều trị tắc mạch có thể gây biến chứng tắc mạch phổi và các động mạch ngoại biên. Mặt khác, nút mạch còn gây nhồi máu thận và ảnh hưởng đến chức năng thận.

Những năm gần đây, kỹ thuật điều trị qua nội soi mạch máu đã phát triển và đem lại khả năng đặt stent trong điều trị thông động - tĩnh mạch thận. Phương pháp này sẽ đóng kín 1 cách đầy đủ đường thông với tỷ lệ biến chứng tối thiểu. Trong trường hợp phình mạch lớn và có nguy cơ tắc mạch trung tâm cao thì có thể sử dụng stent bao bọc đã được Sproue và Hamilton chứng minh lợi ích hoặc như Ferro [4] đã sử dụng lưới lọc tạm thời để giữ coil trong nút mạch những thông động - tĩnh mạch lớn. Gây tắc mạch hoặc đặt stent nội soi mạch máu có thể trở thành điều trị được chọn lựa đối với thông động - tĩnh mạch thận. Tuy nhiên, đối với trẻ em thì phẫu thuật sửa chữa mở vẫn được lựa chọn phụ thuộc vào tuổi và kích thước mạch, lý do vì đặt stent trong mạch máu đang phát triển có thể dẫn đến chít hẹp trong tương lai trong khi khâu phục hồi mạch máu rồi sẽ cho phép mạch máu tiết tục phát triển khi trẻ lớn.

Đối với phình động mạch thận, chỉ định phục hồi khi có nguy cơ vỡ hoặc có tăng huyết áp thứ phát. Một số tác giả cho rằng kích thước phình mạch trên 2cm cũng là 1 tiêu chuẩn để điều trị phẫu thuật. Một số nghiên cứu cho thấy không có sự liên quan giữa đặc tính của phình mạch với nguy cơ vỡ. Chỉ định phẫu thuật còn căn cứ vào tuổi bệnh nhân, các triệu chứng kết hợp và sự có mặt của tăng huyết áp nặng. Tất cả khối phình dưới 2cm ở người lớn không có triệu chứng đều không có chỉ định phục hồi phẫu thuật.

Trái lại khi đi kèm huyết khối tắc mạch hoặc tăng huyết áp nặng cần phải được phục hồi. Điều trị phẫu thuật bao gồm bắc cầu động mạch, khâu phình mạch đơn thuần hoặc cắt thận. Đối với những phình mạch lớn có triệu chứng nằm trong nhu mô thận, phẫu thuật phục hồi mạch thận được thực hiện ngoài cơ thể với truyền dịch lạnh bảo quản thận khi thời gian mổ trên 40 phút [3].

Điều trị can thiệp nội soi mạch máu thực hiện xen kẽ mổ mở với 2 phương thức chính là gây tắc mạch và đặt mảnh ghép trong lòng mạch. Klein đã thông báo 12 phình động mạch thận được điều trị thành công bằng Micro coil không có biến chứng, huyết áp cải thiện và kiểm soát được sau can thiệp. Mảnh ghép nội mạch được đặt qua gốc của phình động mạch thận. Can thiệp này cần phải có nhiều kinh nghiệm [3].

KẾT LUẬN

Dị dạng bẩm sinh động - tĩnh mạch thận có triệu chứng ở người lớn là bệnh lý hiếm gặp với các biểu hiện hình thái lâm sàng khác nhau. Bệnh lý này có thể chẩn đoán sớm bằng siêu âm Doppler và chụp mạch thận. Điều trị phẫu thuật phục hồi vẫn là phương pháp chính được chỉ định khi có triệu chứng lâm sàng. Các dị dạng mạch thận nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ có tiên lượng tốt, thận bệnh lý có khả năng bảo tồn được trong phần lớn các trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cho KF., Stanley JC. Non-neoplastic congenital and acquired renal arteriovenous malformations and fistula. *Radiology* 1978, 129: 333 - 343.
2. Crotty K., Orihuela E., Warren M. Recent advances in the diagnosis and treatment of renal arteriovenous malformation and fistulas. *J Urol* 1993, 150: 1355 - 1359.
3. English WP., Pearce JD., Craven TE., Wilson DB., Hansen KJ. Surgical management of renal artery aneurysms. *Journal of Vascular Surgery* 2004, 40: 53 - 60.
4. Ferro C., Rossi UG., Guadagni B., Pontremoli R. Application of Temporary Filter During Percutaneous Transcatheter Embolization with Macro Coils of High-flow Massive Renal Arteriovenous Fistula. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005, 30: 326 - 329.
5. Freeman MB., Andriole GL., Sicard JA., Anderson CB. Transluminal repair of large intrarenal arteriovenous fistulas. *Journal of Urology* 1988, 139: 1292 - 1295.
6. Henke PK., Cardneau JD., Welling TH., Jacob LA. Renal artery aneurysms: a 35 year clinical experience with 252 aneurysms in 168 patients. *Ann Surg* 2001, 234: 454 - 463
7. Lord RSA., Cherian SM., Ozmen J. Massive renal arteriovenous fistula presenting as a pulsatile abdominal mass. *Cardiovascular Surgery* 2000, Vol. 8, No. 2, pp. 164 - 166.
8. Martin RS III., Meacham PW., Ditesheim JA., Mulherin JL., Edwards WH. Renal artery aneurysm: selective treatment for hypertension and prevention of rupture. *Journal of Vascular Surgery* 1989, 9: 26 - 34.
9. Messing E., Kessler R., Kavaney RB. Renal arteriovenous fistulas. *Urology* 1976, 8: 101-107
10. Mohaupt MG., Perrig M., Vogt B. 3D ultrasound imaging: a useful noninvasive tool to detect AV fistulas in transplanted kidneys. *Nephrol Dial Transplant* 1999, 14: 940 - 943.