

Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, chụp cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả điều trị giả phình động mạch hàm trong sau chấn thương sọ mặt

Quách Thị Cần*; Võ Thanh Quang*

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu 10 bệnh nhân (BN) nam, tuổi trung bình 23, được chẩn đoán xác định và can thiệp nội mạch phình động mạch hàm trong (PĐMHT) sau chấn thương tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW. Kết quả: nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông (6 BN); nội soi có hình ảnh đập theo nhịp mạch ở vách mũi xoang và có máu đen chảy ra từ khe giữa; chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cho thấy tất cả BN đều có hình ảnh vỡ thành sau xoang hàm cùng bên tổn thương và điều trị thành công bằng phương pháp can thiệp nội mạch, theo dõi không thấy có tái phát chảy máu mũi. Phương pháp can thiệp nội mạch hiệu quả và tương đối an toàn trong điều trị PĐMHT sau chấn thương.

* Từ khóa: Phình động mạch hàm trong; Can thiệp nội mạch; Đặc điểm lâm sàng, nội soi.

Clinical features, imaging of nasal endoscopy and computed tomography, endovascular embolization in managing internal maxillary arterial pseudoaneurysms post-trauma

SUMMARY

Retrospective study of series of 10 male patients (mean, 23 years) with internal maxillary arterial pseudoaneurysms, all treated with endovascular embolization, were reviewed.

Results: the main cause was traffic accident (6 patients). On the lesion side, CT revealed posterior wall of maxillary sinus fractures. Endovascular treatment was technically successful in all patients. No recurrence of bleeding was observed. Endovascular embolization is a safe choice in managing internal maxillary arterial pseudoaneurysms posttrauma

** Key words: Internal maxillary artery pseudoaneurysm; Endovascular embolization; Clinical, endoscopic features.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Giả PĐMHT sau chấn thương sọ mặt là bệnh lý hiếm gặp trên lâm sàng. Nhiều tác giả nước ngoài nghiên cứu về giả PĐMHT

sau chấn thương sọ mặt chủ yếu dưới hình thức báo cáo ca lâm sàng. Có nhiều nguyên nhân gây túi giả PĐMHT, nhưng nguyên nhân hàng đầu là do chấn thương vùng sọ mặt, tiếp theo là các nguyên nhân khác như:

* Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Phản biện khoa học: TS. Nghiêm Đức Thuận

do thầy thuốc gây nên trong lúc phẫu thuật hàm mặt, tai biến sau xạ trị khối u vùng đầu cổ... Từ trước tới nay, trong lĩnh vực cấp cứu tai mũi họng ít gặp trường hợp PĐMHT sau chấn thương, tuy nhiên, trong 2 năm 2009 - 2010, Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW đã tiếp nhận 10 BN mắc bệnh lý này, với các triệu chứng lâm sàng và tổn thương trên phim chụp CLVT mũi xoang rất đặc trưng, đồng thời, kỹ thuật chụp mạch kỹ thuật số hoá xóa nền cho phép khẳng định chẩn đoán. Đây là một bệnh lý mới xuất hiện, để góp phần tìm hiểu PĐMHT sau chấn thương nói riêng, cũng như bệnh lý chấn thương sọ mặt nói chung, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp CLVT và bước đầu đánh giá kết quả điều trị PĐMHT sau chấn thương sọ mặt.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

10 BN được chẩn đoán xác định và điều trị PĐMHT sau chấn thương tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Hồi cứu, mô tả, can thiệp.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn BN:* BN được chẩn đoán xác định giả PĐMHT sau chấn thương bằng phương pháp chụp mạch kỹ thuật số hoá xóa nền. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, ghi chép rõ ràng.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN có kèm theo các chấn thương ngoại khoa khác như: chấn thương sọ não, chấn thương ngực bụng...

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng.

- Tuổi và giới: tất cả BN đều là nam giới, tuổi trung bình 23.

- Nguyên nhân: trong 10 BN PĐMHT, 7 BN do tai nạn giao thông, 1 BN do xô xát và 2 BN do tai nạn lao động. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác về chấn thương sọ mặt: nam giới chiếm đa số, chủ yếu ở lứa tuổi thanh niên, nguyên nhân chính do tai nạn giao thông (> 80%), nghiên cứu của chúng tôi là 70% [5].

- Triệu chứng toàn thân: 6 BN có biểu hiện của hội chứng thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt... Đây là hậu quả của việc chảy máu kéo dài và tái phát. Trong bệnh lý túi giả phình mạch sau chấn thương, BN sẽ có triệu chứng chảy máu mũi với biểu hiện: đột ngột, số lượng nhiều, tự cầm và tái phát. Cả 6 BN trong nghiên cứu này đã được điều trị ở bệnh viện tuyến dưới và ở nhiều chuyên khoa khác nhau như: mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt... từ 7 - 21 ngày. Tuy nhiên, mới chỉ dừng lại ở mức độ nhét meche mũi trước hoặc mũi sau, nhưng không giải quyết được triệt để.

- Triệu chứng cơ năng (n = 10):

Bảng 1:

TRIỆU CHỨNG	CHẢY MÁU MŨI		ĐAU NHỨC VÙNG HÀM MẮT		TÊ BÌ VÙNG MÁ VÀ CHÂN RĂNG	
	1 bên	2 bên	1 bên	2 bên	1 bên	2 bên
Tần suất	7	3	6	3	6	1

Tất cả BN đều có triệu chứng chảy máu mũi, trong đó chảy máu mũi 1 bên và cùng bên chiếm đa số (7 BN), đây cũng là một đặc điểm lâm sàng đáng lưu ý trong bệnh lý giả phình động mạch sau chấn thương. Đau nhức mặt cũng thường gặp sau chấn thương. Về mặt giải phẫu, hố chân bướm hàm chứa đựng động mạch hàm trong và các nhánh của nó. Hệ thống thần kinh bao gồm thần kinh V₂ và các nhánh của nó, hạch chân bướm hàm và thần kinh Vidian. Tất cả cấu trúc trên đều ở trong một khe hẹp hình tháp nằm giữa thành sau của xoang hàm và chân bướm. Như vậy, ở đoạn có túi giả phình bị chèn ép gây ra những triệu chứng về thần kinh như đã mô tả ở trên. Triệu chứng này cũng có thể coi là một dấu hiệu gợi ý về mặt lâm sàng, cho phép nghi ngờ có tổn thương mạch máu sau chấn thương [3, 4, 6].

2. Hình ảnh nội soi hốc mũi và chụp CLVT.

** Hình ảnh nội soi hốc mũi:*

Thăm khám hốc mũi bằng nội soi ống cứng thấy 6 BN có hình ảnh vùng mồm móc và vách mũi xoang đập theo nhịp mạch và có máu đen chảy ra ở hốc mũi bên tổn thương và cả 10 BN đều có nhiều máu đọng ở khe giữa và sàn mũi. Đây là hình ảnh bệnh lý rất đặc trưng, chỉ gặp ở nghiên cứu này. Đối với những trường hợp chảy máu mũi do các nguyên nhân khác, qua nội soi thường thấy có điểm chảy máu rõ ràng hoặc chảy máu rỉ rả ở niêm mạc hốc mũi.

** Hình ảnh chụp CLVT mũi xoang:*

Vỡ thành sau xoang hàm đơn thuần: 1 BN (10%); vỡ phức tạp tầng giữa sọ mặt có vỡ thành trước và thành sau xoang hàm: 9 BN (90%).

Hình ảnh chụp CLVT mũi xoang cho thấy, tất cả BN đều có hình ảnh vỡ thành sau xoang hàm, biểu hiện rõ nhất trên các couple cắt ngang. Đây cũng là hình ảnh đáng lưu ý. Về giải phẫu của hố chân bướm hàm, ranh giới liên quan của nó là chân bướm ở phía sau, ngành lên của xương khẩu cái ở phía trước giữa và thành sau xoang hàm ở phía trước bên, đồng thời hố chân bướm hàm chứa đựng động mạch hàm trong và các nhánh của nó. Như vậy, tổn thương vỡ thành sau xoang hàm có liên quan mật thiết đến tổn thương động mạch hàm trong [5]. Theo Siddharth và một số tác giả nước ngoài khác, tổn thương vỡ thành sau xoang hàm do chấn thương là một trong những nguyên nhân hay gặp nhất gây giả PĐMHT [8]. Như vậy, sự phối hợp giữa triệu chứng lâm sàng, nội soi và biểu hiện trên phim chụp CLVT với tổn thương vỡ thành sau xoang hàm cho phép người thầy thuốc nghĩ đến tổn thương PĐMHT sau chấn thương. Đây cũng là cơ sở định hướng cho chỉ định chụp hệ mạch cảnh xóa nền để chẩn đoán và điều trị cho BN. Có như vậy, tổn thương PĐMHT mới được chẩn đoán xác định và can thiệp đúng, không bị bỏ sót.

3. Kết quả điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch.

Chất liệu can thiệp: PVA: 9 BN (90%); keo sinh học: 1 BN (10%). Kết quả: không tái phát.

Hiện có nhiều tác giả dùng phương pháp can thiệp bằng nội soi mũi xoang hoặc theo đường ngoài và can thiệp nội mạch. Tuy nhiên, trong thực tế chúng tôi nhận thấy, can thiệp bằng phẫu thuật trong trường hợp chấn thương rất khó khăn và dễ gây ra tai biến, vì sau chấn thương, các mốc giải phẫu đã bị di lệch nhiều, thêm vào đó, hiện tượng phù nề hoặc tụ máu sau chấn thương cũng làm cho việc tiếp cận để thắt động mạch hàm trong khó khăn hơn. Do đó, chúng tôi lựa chọn phương pháp can thiệp nội mạch đối với những BN PĐMHT sau chấn thương. Kết quả chụp mạch số hoá xóa nền cho thấy, tất cả BN đều có tổn thương PĐMHT và được can thiệp nội mạch để bít túi phình. Sau can thiệp, theo dõi thấy không có

chảy máu mũi tái phát. Michelle và Thomas nghiên cứu trên 2 nhóm BN chảy máu mũi sau do nhiều nguyên nhân khác nhau. Một nhóm được thắt động mạch hàm trong, một nhóm can thiệp nội mạch nút động mạch hàm trong, tác giả kết luận: “Mặc dù thắt động mạch hàm trong cho tỷ lệ thành công cao hơn can thiệp nội mạch, nhưng tai biến lại chiếm tỷ lệ cao hơn” [6]. Điều đó cho thấy tính an toàn của phương pháp can thiệp nội mạch. Luo và CS can thiệp nội mạch cho 11 BN giả PĐMHT, kết quả nút mạch thành công 100%, theo dõi không thấy chảy máu tái phát hoặc xuất hiện các di chứng hoặc biến chứng như: liệt thần kinh khu trú, giảm cảm giác, loét tử da vùng mặt... [5]. Kết quả can thiệp nội mạch trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự. Đối chiếu với kết quả điều trị, cho thấy vai trò của nội soi và chụp CLVT mũi xoang đối với định hướng điều trị rất quan trọng. Những thương tổn phát hiện trên nội soi hốc mũi kết hợp với hình ảnh tổn thương vỡ thành sau xoang hàm và vùng chân bướm trên phim chụp CLVT giúp cho bác sỹ lâm sàng định hướng chẩn đoán và có chỉ định can thiệp nội mạch kịp thời. Thêm vào đó, hình ảnh chụp CLVT còn giúp bác sỹ chẩn đoán hình ảnh định hướng đúng vị trí thương tổn ở bên nào, vùng nào để tiến hành can thiệp nội mạch đúng vị trí, phù hợp với nghiên cứu của Lou và một số tác giả khác về bệnh lý giả PĐMHT [4, 5].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 10 BN PĐMHT sau chấn thương, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Nguyên nhân hay gặp nhất do tai nạn giao thông. Triệu chứng lâm sàng nổi bật là chảy máu mũi (100%) và tê bì vùng mặt cùng bên tổn thương (6 BN).

Hình ảnh tổn thương dưới nội soi: vùng mềm móc và vách mũi xoang đập theo nhịp mạch và có máu đen chảy ra (8 BN), vỡ thành sau xoang hàm trên phim chụp CLVT (100%).

Phương pháp can thiệp nội mạch cho kết quả thành công 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McCollum C.H, Wheeler W.G, Noon G.P, DeBakey M.E. Aneurysm of the extracranial carotid artery. Twenty-one years' experience. Am J Surg. 1976, 137, pp.196-200.
2. D'orta J.A, Shatney C.H. Post-traumatic pseudoaneurysm of the internal maxillary artery. J Trauma. 1982, 22, pp.161-164.
3. Krishnan D.G, Marashi A, Malik A. Pseudoaneurysm of internal maxillary artery secondary to gunshot wound managed by endovascular technique. J Oral Maxillofac Surg. 2004, 62, pp.500-502.
4. Luo C.B, Teng M.M.H, Lirng J.F, Chang F.C, Chen S.S, Guo W.Y, Chang C.Y. Endovascular embolization of intractable epistaxis. J Chin Med Assoc. 2000, 63, pp.205-212.
5. Luo C.B, Teng M.M, Chang F.C, Chang C.Y. Role of CT and endovascular embolization in managing pseudoaneurysms of the internal maxillary artery. J Chin Med Assoc. 2006, 69 (7), pp.310-316.
6. Michelle M.C, Thomas A. Tami. Comparison of internal maxillary artery ligation versus embolization for refractory posterior epistaxis. Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Otolaryngology. Head and Neck Surgery. 1996, 2.
7. Rogers S.N, Berirne M.P.J, Nixon T.E. Traumatic aneurysm of the maxillary artery: the role of interventional radiology. Int J Oral Maxillofac Surg. 1995, 24, pp.336-339.

8. *Siddharth K. Karanth, Mukund Jagannathan, S.G. Mahesh, Maksud Devale.* Internal maxillary artery pseudoaneurysm in a case of mandibular fracture case report. *Indian of plastic surgery.* 2007, 40 (1), pp.51-53.