

- Ramirez R, Flynn JM. Both bone forearm fractures in children and adolescents, which fixation strategy is superior - plates or nails? A systematic review and meta-analysis of observational studies. J Orthop Trauma. 2014; 28(1): e8-e14. doi: 10.1097/BOT.0b013e31829203ea
3. Flynn JM, Jones KJ, Garner MR, Goebel J. Eleven Years Experience in the Operative Management of Pediatric Forearm Fractures. J Pediatr Orthop. 2010; 30(4):313. doi: 10.1097/BPO.0b013e3181d98f2c
 4. Poutoglidou F, Metaxiotis D, Kazas C, Alvanos D, Mpeletsiotis A. Flexible intramedullary nailing in the treatment of forearm fractures in children and adolescents, a systematic review. J Orthop. 2020;20:125-130. doi:10.1016/j.jor.2020.01.002
 5. Tali MA, Dar IH, Sofi SA, Baba AN, Ganie IA. Evaluation of the functional results of intramedullary nailing in diaphyseal both bone forearm fractures in children. Int J Orthop Sci. 2019;5(3): 288-293. doi: 10.22271/ortho.2019.v5.i3e.1542
 6. Nguyễn Đức Phúc. Kỹ thuật mổ chấn thương - Chỉnh hình. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.2010: 271.
 7. Trịnh Văn Minh. Giải phẫu người Tập 1. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.2011:89-95.
 8. Trần Trung Dũng. Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi trên, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.2017:153.
 9. Bộ môn ngoại Trường Đại học Y Hà Nội. Bệnh học ngoại khoa chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.2021:359.
 10. Nguyễn Xuân Nghiên. Phục hồi chức năng. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.2008;103-104.

CAN THIỆP ĐIỆN QUANG ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG ĐƯỜNG MẬT SAU GHEP GAN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Đình Công¹, Nguyễn Văn Sang², Ngô Văn Hùng¹,
Nguyễn Văn Long¹, Hoàng Văn Hưởng¹

TÓM TẮT

Sự phát triển của kỹ thuật ghép gan từ người cho sống làm giảm tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân mắc bệnh gan giai đoạn cuối. Việc đảm bảo lưu thông mật-ruột đóng vai trò quan trọng trong sự sống sót của mảnh ghép. Các biến chứng đường mật làm tăng tỷ lệ suy mảnh ghép và thải ghép, trong đó biến chứng phổ biến nhất là hẹp đường mật. Hiện nay, can thiệp điện quang đã trở thành một phương pháp điều trị rộng rãi, hiệu quả và ít xâm lấn trong điều trị các biến chứng đường mật sau ghép gan. Chúng tôi mô tả một trường hợp lâm sàng trẻ nam 14 tuổi có biến chứng hẹp miệng nối mật ruột sau ghép gan từ người cho sống 3 tháng, đã được điều trị thành công bằng can thiệp điện quang tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Từ khóa: Ghép gan từ người cho sống, biến chứng đường mật, can thiệp điện quang.

SUMMARY

INTERVENTIONAL RADIOLOGY IN TREATMENT OF BILIARY COMPLICATIONS AFTER LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL: A CASE REPORT

The development of living donor liver transplantation technique has reduced the mortality

rate of patients with end-stage liver disease. Maintaining biliary-enteric circulation plays an essential role in graft survival. Biliary complications increase the rate of graft failure and rejection, of which the most common complication is biliary stricture. Currently, interventional radiology has become a widespread, effective, and minimally invasive treatment method in the treatment of biliary complications after liver transplantation. We report a case of a 14-year-old male child with biliary-enteric anastomotic stenosis complication three months after living donor liver transplantation, who was successfully treated with interventional radiology at Vietnam National Children's Hospital.

Keywords: Living donor liver transplantation, biliary complication, interventional radiology.

I. TỔNG QUAN

Tỷ lệ sống sót của bệnh nhi ghép gan hiện nay đạt khoảng 95% nhờ sự gia tăng các nguồn ghép tạng từ người cho sống¹. Tuy nhiên đi kèm với đó là sự gia tăng của các biến chứng mạch máu và đường mật sau phẫu thuật. Biến chứng đường mật là một trong những biến chứng chính, ảnh hưởng đến ¼ bệnh nhân ghép gan. Tỷ lệ gặp biến chứng đường mật ở nhóm ghép gan từ người cho sống khoảng 15-30%, cao hơn nhóm ghép gan từ người cho chết não hoặc chết tuần hoàn (10-15%)². Các biến chứng đường mật thường gặp là hẹp đường mật và rò mật, thường xảy ra trong 6 tháng đầu sau ghép. Kỹ thuật tái tạo đường mật đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa các biến chứng đường mật sau phẫu

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024

thuật. Thời gian thiếu máu cục bộ kéo dài, tiền sử rò mật, huyết khối động mạch gan là những yếu tố nguy cơ gây biến chứng đường mật.

Hiện nay có hai lựa chọn điều trị chính cho biến chứng đường mật: điều trị phẫu thuật và điều trị không phẫu thuật. Phẫu thuật tái tạo lại miệng nối là phương pháp điều trị triệt để tránh nguy cơ tái ghép gan; trong khi điều trị không phẫu thuật, bao gồm dẫn lưu đường mật qua da và can thiệp nội soi trong những năm gần đây đã trở thành một giải pháp thay thế hấp dẫn và ít xâm lấn. Tiến bộ trong chẩn đoán và can thiệp điện quang góp phần phát hiện sớm và điều trị các biến chứng đường mật sau ghép gan, cải thiện tỷ lệ sống của mảnh ghép và người bệnh, giảm nguy cơ tái ghép gan.

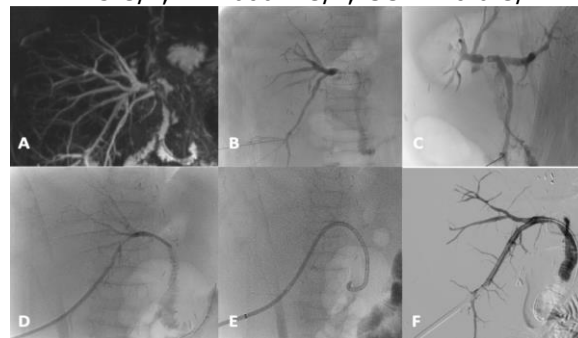
Trong bài báo này, chúng tôi mô tả một trường hợp lâm sàng trẻ nam, 14 tuổi, có biến chứng hẹp miệng nối mật ruột sau ghép gan 3 tháng tại Bệnh viện Nhi Trung ương, đã được điều trị bằng phương pháp dẫn lưu đường mật trong-ngoài cho hiệu quả cải thiện lâm sàng đáng kể sau can thiệp.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trẻ nam, tiền sử xơ gan/teo mật bẩm sinh đã được mổ ghép gan từ người cho sống lúc 14 tuổi. Bệnh nhi được ghép gan phải, tạo hình đường mật bằng phẫu thuật nối mật-ruột Roux-en-Y. Các biến chứng hậu phẫu gồm tụ dịch diện cắt gan, tụ máu dưới hoành phải; không có các biến chứng về mạch máu xảy ra trong thời kỳ hậu phẫu. 3 tháng sau ghép gan, trẻ xuất hiện vàng da tăng lên, đau bụng. Xét nghiệm thấy tăng bilirubin (toàn phần/trực tiếp 383.9/201.7 umol/L), tăng men gan (ALP 557.0 U/L, GGT 625.1 U/L, AST 126.6 U/L, ALT 57.1 U/L). Siêu âm, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ cho thấy giãn nhẹ một vài nhánh đường mật trong gan ghép, không thấy hẹp các mạch máu mảnh ghép. Sinh thiết gan có hình ảnh tổn thương viêm nhẹ, ứ mật mức độ vừa gợi ý biến chứng sau mổ có hẹp và giảm lưu thông đường mật; CD4 dương tính 1+ chưa đủ tiêu chuẩn thải ghép.

Chụp đường mật qua da thấy hình ảnh giãn đường mật trong gan, hẹp vị trí nối mật-ruột. Bệnh nhi được thực hiện nông miệng nối và đặt dẫn lưu pigtail trong – ngoài, các ống dẫn lưu được thay tăng dần về kích cỡ 8F, 10F và 12F với mục đích nông dài hạn miệng nối trong vòng 2 tháng. Chụp đường mật kiểm tra sau quá trình nông dài hạn thấy giảm mức độ giãn đường mật, thuốc cản quang lưu thông tốt qua miệng nối mật-ruột. Ống dẫn lưu sau đó được rút hoàn toàn, tình trạng lâm sàng và xét nghiệm của

bệnh nhân cải thiện đáng kể: bilirubin toàn phần/trực tiếp 89.5/51.7 umol/L; AST 52.9 U/L; ALT 27.3 U/L; ALP 606.7 U/L; GGT 110.6 U/L.



Hình 1. Trẻ nam, mổ ghép gan từ người cho sống lúc 14 tuổi, hẹp miệng nối mật-ruột sau 3 tháng

(A) Hình ảnh MRI gan mật có giãn nhẹ đường mật; (B,C) Chụp đường mật qua da dưới DSA thấy hình ảnh giãn đường mật trong gan, hẹp vị trí nối mật-ruột; (D,E) Bệnh nhi được nông miệng nối và đặt dẫn lưu pigtail trong – ngoài, các ống dẫn lưu được thay tăng dần về kích cỡ 8F, 10F và 12F trong 2 tháng; (F) Chụp đường mật kiểm tra sau quá trình nông dài hạn thấy giảm mức độ giãn đường mật, thuốc cản quang lưu thông tốt qua miệng nối mật-ruột.

III. THẢO LUẬN

Các biến chứng đường mật sau ghép gan có thể gặp như hẹp đường mật, rò mật và bilioma, trong đó biến chứng phổ biến nhất là hẹp đường mật. Tỷ lệ hẹp đường mật trong trường hợp ghép gan từ người cho sống là 28-32%³. Ở trẻ em, phẫu thuật tái tạo đường mật thường được sử dụng là phẫu thuật nối mật-ruột, do đó khó tiếp cận qua nội soi khi xảy ra biến chứng đường mật. Theo tác giả Laurence, kỹ thuật nối mật ruột Roux-en-Y liên quan đến tỷ lệ biến chứng đường mật thấp hơn đáng kể so với nối mật-mật (13.3% so với 28.2%, $p = 0.048$)⁴. Bệnh nhân bị biến chứng đường mật có tỷ lệ sống sót của mảnh ghép sau 1, 5 và 10 năm thấp hơn so với bệnh nhân không có biến chứng đường mật ($p=0.04$)⁴.

Các yếu tố nguy cơ của biến chứng đường mật sau ghép gan là kỹ thuật phẫu thuật, biến chứng động mạch, thiếu máu cục bộ của ống mật người cho, loại tạo hình đường mật và loại ghép gan. Rò mật tại miệng nối có thể liên quan đến biến chứng hẹp đường mật về sau⁵.

Trên lâm sàng, bệnh nhân hẹp đường mật có thể có biểu hiện vàng da, sốt và đau bụng. Ca bệnh chúng tôi mô tả có triệu chứng vàng da tăng dần kèm đau bụng dai dẳng. Xét nghiệm sinh hoá cho thấy hội chứng ứ mật, chẩn đoán

hình ảnh thấy giãn đường mật. Cũng có trường hợp bệnh nhân hẹp ống mật không có triệu chứng lâm sàng nhưng có hội chứng ứ mật trên đánh giá cận lâm sàng. Xét nghiệm mô bệnh học có thể gợi ý tắc nghẽn đường mật dựa vào dấu hiệu viêm quanh đường mật và tăng sinh tế bào ống mật. Chụp MRI gan mật cho phép đánh giá giải phẫu của ống mật, miệng nối và mảnh ghép để lập kế hoạch can thiệp, đặc biệt ở những bệnh nhi có hai đường nối mật ruột riêng biệt và ống mật không giãn⁶. Zemel và cộng sự (1988) đã chỉ ra siêu âm có giá trị hạn chế trong việc sàng lọc các biến chứng về đường mật⁷. Chụp đường mật xuyên gan qua da hoặc chụp đường mật ngược dòng qua nội soi phải được thực hiện ngay cả khi siêu âm không cho thấy giãn đường mật trong trường hợp vàng da hoặc nghi ngờ viêm đường mật với xét nghiệm chức năng gan bất thường hoặc sốt không rõ nguyên nhân. Cũng cần lưu ý rằng trong trường hợp ghép gan từ người cho sống, việc tái tạo đường mật thường được thực hiện bằng phương pháp nối mật-ruột, nên phương pháp nội soi ngược dòng gần như không thể thực hiện được và phương pháp xuyên gan qua da phải được chọn để chụp đường mật hoặc dẫn lưu đường mật. Vì đường mật nhạy cảm với giảm lưu lượng động mạch gan, khi xác định biến chứng đường mật cần đánh giá cẩn thận động mạch gan.

Phần lớn các trường hợp hẹp đường mật là hẹp tại miệng nối, tương tự như trong ca bệnh của chúng tôi. Ngoài ra có một tỷ lệ nhỏ hẹp đường mật ngoài miệng nối, được định nghĩa là hẹp liên quan đến ống gan chung gần miệng nối của người cho, ống gan phải/trái hoặc các nhánh trong gan, thường phức tạp, chiếm 5-10% các biến chứng đường mật⁸. Hẹp đường mật ngoài miệng nối cũng có thể liên quan đến không tương thích nhóm máu ABO hoặc huyết khối động mạch gan, thường ở nhiều vị trí và đòi hỏi nhiều lần thực hiện dẫn lưu và nong bóng. Liệu pháp steroid toàn thân có thể có hiệu quả trong một số trường hợp.

Hẹp miệng nối mật-ruột được điều trị bằng dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da, nong miệng nối bằng bóng hoặc nong dài hạn bằng dẫn lưu trong-ngoài. Việc nong bóng chỉ nên thực hiện khi ống thông không đi qua được chỗ hẹp hoặc sau khi nong dài hạn ít nhất 6 tháng vẫn còn hẹp >30% đường kính do việc nong bóng lặp đi lặp lại có thể gây ra chấn thương dẫn đến xơ hoá và sẹo khu trú. Những trường hợp hẹp đường mật <4 tuần sau ghép gan, việc nong bóng có thể làm tăng nguy cơ rò mật⁵. Tại bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi thực hiện

các kỹ thuật dẫn lưu đường mật đơn thuần, nong bằng bóng, nong dài hạn bằng dẫn lưu trong-ngoài tăng dần kích cỡ, nhận thấy việc nong dài hạn bằng dẫn lưu trong-ngoài kèm hoặc không kèm nong bóng cho hiệu quả cải thiện đáng kể biến chứng hẹp đường mật. Trong ca bệnh chúng tôi mô tả, bệnh nhi sau khi được rút dẫn lưu hoàn toàn, tình trạng lâm sàng, xét nghiệm máu và mức độ giãn đường mật được cải thiện rõ rệt.

Việc tiếp cận đường mật được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm sử dụng kim chọc 18G hoặc 21G tùy thuộc vào đường kính của ống mật. Khi sử dụng kim 18G, dây dẫn 0.035" được luồn vào để dẫn đường đặt dẫn lưu đường mật. Khi sử dụng kim chọc 21G cho các ống mật nhỏ, dây dẫn 0.018" được sử dụng để đặt hệ thống nong đồng trục 4F, sau đó luồn dây dẫn 0.035" và đặt dẫn lưu. Việc nong bóng nên được thực hiện khi có hẹp miệng nối mật-ruột hoặc hẹp đường mật đoạn gần. Bóng nong thường được sử dụng có đường kính 4-10mm, áp lực bóng đặt 8-12atm sau 3-10 phút. Đường kính bóng nong phù hợp với đường kính ống mật phía gan của vị trí hẹp. Sau thủ thuật nong, tiến hành chụp lại đường mật để đánh giá hiệu quả. Sau đó, một ống thông nhựa pigtail 8-12F được đặt vào để dẫn lưu trong-ngoài. Ống thông được sử dụng tăng dần về đường kính với mục đích nong rộng dần miệng nối mật ruột để đạt được cải thiện lưu thông mật ruột. Việc thay lần lượt các ống thông lớn hơn có kèm hoặc không kèm nong bằng bóng có thể thực hiện thường xuyên trong khoảng thời gian 1-6 tuần. Khi vị trí hẹp đã mở rộng trên chụp đường mật qua da và xét nghiệm cải thiện, dẫn lưu sẽ được rút hoàn toàn. Trong trường hợp tắc hoàn toàn miệng nối mật-ruột không luồn được guidewire cũng như catheter qua chỗ hẹp, thủ thuật này có thể thực hiện lại sau khi đường mật đã giảm phù nề sau dẫn lưu. Khi không thể đặt được dẫn lưu trong, cần đặt dẫn lưu ngoài để giảm áp lực đường mật và giảm biến chứng viêm đường mật⁶.

Thành công về mặt kỹ thuật được xác định khi thuốc cản quang lưu thông nhanh chóng từ ống mật xuống quai ruột, không có ứ đọng thuốc cản quang trong đường mật sau khi chụp. Thành công về mặt lâm sàng được định nghĩa là cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng bao gồm sốt và cải thiện kết quả xét nghiệm bao gồm nồng độ AST, ALT, bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, r-GTP và ALP trong huyết thanh. Ca bệnh của chúng tôi mô tả có sự giảm rõ rệt các triệu chứng lâm sàng, trẻ hết vàng da và đau bụng, các xét nghiệm men gan cũng

giảm đáng kể.

Nghiên cứu của tác giả Shibata (2017) trên 52 bệnh nhân hẹp miệng nối mật ruột sau ghép gan từ người cho sống, có thời gian theo dõi dao động từ 5-206 tháng (trung bình 100 tháng) cho thấy thành công về mặt lâm sàng được ghi nhận ở 43 trong số 52 bệnh nhân (83%). Rút hoàn toàn dẫn lưu đường mật đạt được ở 49/52 bệnh nhân (94%). Trong số 3 bệnh nhân không rút được ống dẫn lưu, có 2 bệnh nhân thực hiện phẫu thuật sửa chữa và 1 bệnh nhân được cấy ống dẫn lưu dưới da. Tỷ lệ tái thông tại thời điểm 1, 3, 5 và 10 năm sau khi đặt ống dẫn lưu đầu tiên lần lượt là 75%, 70%, 70% và 68%⁹. Báo cáo của tác giả Peregrin (2020) có 7/12 (58%) trường hợp đặt dẫn lưu trong-ngoài có thể rút hoàn toàn dẫn lưu sau 4-8 tuần¹⁰.

IV. KẾT LUẬN

Biến chứng hẹp đường mật là biến chứng thường gặp nhất ở bệnh nhi sau ghép gan. Các phương pháp can thiệp điện quang như dẫn lưu đường mật đơn thuần, nong đường mật bằng bóng hoặc nong dài hạn bằng đặt dẫn lưu trong-ngoài là các phương pháp xâm lấn tối thiểu và hiệu quả. Ở trẻ em, phương pháp nong dài hạn bằng đặt dẫn lưu trong-ngoài có hiệu quả và được ưu tiên hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen N TT.** Biliary Reconstruction in Pediatric Liver Transplantation: A Case Report of Biliary Complications and Review of the Literature. J

2. **Daniel K, Said A.** Early Biliary complications after liver transplantation: Early Biliary Complications After LT. *Clinical Liver Disease*. 2017;10(3):63-67.
3. **Sharma S, Gurakar A, Jabbour N.** Biliary strictures following liver transplantation: Past, present and preventive strategies. *Liver Transpl*. 2008;14(6):759-769.
4. **Laurence JM, Sapisochin G, DeAngelis M, et al.** Biliary complications in pediatric liver transplantation: Incidence and management over a decade. *Liver Transpl*. 2015;21(8):1082-1090.
5. **Seehofer D, Eurich D, Veltzke-Schlieker W, Neuhaus P.** Biliary Complications After Liver Transplantation: Old Problems and New Challenges. *American Journal of Transplantation*. 2013;13(2):253-265.
6. **Uller W, Wohlgemuth W, Hammer S, et al.** Percutaneous Treatment of Biliary Complications in Pediatric Patients After Liver Transplantation. *Fortschr Röntgenstr*. 2014;186(12):1127-1133.
7. **Zemel G, Zajko A, Skolnick M, Bron K, Campbell W.** The role of sonography and transhepatic cholangiography in the diagnosis of biliary complications after liver transplantation. *American Journal of Roentgenology*. 1988; 151(5):943-946.
8. **Lee HW, Shah NH, Lee SK.** An Update on Endoscopic Management of Post-Liver Transplant Biliary Complications. *Clin Endosc*. 2017; 50(5): 451-463.
9. **Shibata T.** Interventional radiology for post-transplant anastomotic complications. *HR*. 2017; 3(10):221.
10. **Peregrin JH, Kováč J, Prchlik M, et al.** Interventional Radiological Treatment of Paediatric Liver Transplantation Complications. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2020;43(5):765-774.

ĐÁNH GIÁ PHƯƠNG PHÁP ĐỐT NHIỆT U XƠ TỬ CUNG BẰNG SÓNG RFA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Dương Văn Vũ¹, Lê Thị Anh Đào^{1,2}, Nguyễn Duy Ánh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u xơ tử cung bằng sóng cao tần (RFA) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong 6 tháng. **Đối tượng và phương pháp:** Một nghiên cứu theo dõi dọc trong vòng sáu tháng ở các bệnh nhân u xơ tử cung có triệu chứng như chảy máu tử cung bất thường, đau vùng chậu, thiếu máu và mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản được điều trị bằng RFA. **Kết quả:** 18 bệnh nhân với 20 u xơ đủ tiêu

chuẩn đưa vào nghiên cứu. Kích thước u xơ trung bình là $4,6 \pm 1,3$ cm trong đó có 77,8% bệnh nhân có tình trạng thiếu máu. Thời gian đốt nhiệt sóng cao tần là $12,2 \pm 4,1$ phút. Kích thước khối u giảm 43,6% sau 1 tháng, 69,6% sau 3 tháng và 83,6% sau 6 tháng. Rối loạn kinh nguyệt và khó chịu vùng chậu được cải thiện đáng kể sau 1 tháng và 3 tháng. **Kết luận:** RFA có hiệu quả trong giảm kích thước u xơ và cải thiện các triệu chứng lâm sàng trong thời gian nghiên cứu.

Từ khóa: Đốt sóng cao tần, u xơ tử cung

SUMMARY

EVALUATION UTERINE FIBROIDS TREATMENT USING RADIO FREQUENCY ABLATION AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To evaluate the results of treatment of uterine fibroids by Radio Frequency Ablation (RFA)

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024