

với đội ngũ can thiệp- phẫu thuật viên mạch máu nhiều kinh nghiệm. Các nghiên cứu trên thế giới cũng chứng minh vai trò và ưu điểm tuyệt đối của hybrid so sánh với phẫu thuật hoặc can thiệp đơn thuần với các tổn thương nhiều tầng [7]. Chính vì vậy, phẫu thuật Hybrid hiện nay chỉ triển khai được ở những bệnh viện lớn, có phòng mổ Hybrid với đội ngũ y bác sỹ chuyên sâu về mạch máu. Việc phối hợp các ưu điểm trên đã cho phép bác sĩ xử lý được các thương tổn khó, phức tạp đôi khi không thể thực hiện được nếu phẫu thuật hoặc can thiệp truyền thống. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả phục hồi lưu thông mạch máu của Hybrid có tỷ lệ biến chứng thấp hơn phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân [8]. Ưu thế lớn của can thiệp là tránh các biến chứng do mở ngực, mở xương ức, gây mê, chạy máy tim phổi...

## V. KẾT LUẬN

Phối hợp phẫu thuật và can thiệp nội mạch (Hybrid) đã mở ra một hướng đi mới với những ưu điểm nổi trội và kết quả sớm rất tốt cho các bệnh nhân có tổn thương đa tầng của bệnh ĐM chi dưới. Tuy nhiên vẫn cần các nghiên cứu chuyên sâu để theo dõi bệnh nhân lâu dài để phát hiện có thêm các phát hiện mới. Hiện nay, phẫu thuật Hybrid hiện nay vẫn đang gặp nhiều khó khăn như chi phí y tế còn cao, tâm lý của người bệnh nên việc lựa chọn và giải thích bệnh nhân hợp lý, cải thiện chế độ bảo hiểm giúp phương pháp điều trị này sẽ đem lại nhiều kết quả tốt hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### 1. Khuyến cáo 2010 của hội tim mạch học Việt

- Nam về chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch chi dưới.** Khuyến cáo 2010 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, 163-192
- Rooke, T. W., Hirsch, A. T., Misra, S., Sidawy, A. N., Beckman, J. A., Findeiss, L. K.,... & Zierler, R. E.** (2011). 2011 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (updating the 2005 guideline) a report of the American college of cardiology foundation/American heart association task force on practice guidelines. Journal of the American College of Cardiology, 58(19), 2020-2045.
  - Fowkes FG, Housley E, Riemersma RA, et al** (1992). Smoking, lipids, glucose intolerance, and blood pressure as risk factors for peripheral atherosclerosis compared with ischemic heart disease in the Edinburgh Artery Study. Am J Epidemiol, 135, 331-40
  - Antoniou GA, Sfyroeras GS, C.Karathanos.** Hybrid endovascular and open treatment of severe multilevel lower extremity arterial disease. Eur J Vasc Endovasc Surg 2009; 38:616-622.
  - Nguyễn Duy Thăng và Đoàn Quốc Hưng** (2016). Kết quả điều trị bệnh động mạch chi dưới bằng phẫu thuật phối hợp với can thiệp mạch máu một thì (Hybrid) tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2014-2015. Tạp chí Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, số 15, tháng 11/2016.
  - Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG;** TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). TASC II: J.Vasc. Surgery: 2007;45:S1-S68
  - P.-S. Aho, M. Venermo.** Hybrid procedures as a novel technique In the treatment of critical limb ischemia. Scandinavian Journal of Surgery 101: 107-113, 2012
  - Áp dụng kỹ thuật Hybrid trong điều trị bệnh lý mạch máu phức tạp** (2017). Truy cập tại: <https://www.fvhospital.com/tin-suc-khoe/ap-dung-ky-thuat-hybrid-trong-dieu-tri-benh-ly-mach-mau-phuc-tap/>

## ĐIỀU TRỊ PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG – CHẬU BẰNG KỸ THUẬT CAN THIỆP NỘI MẠCH BẢO TỒN ĐỘNG MẠCH CHẬU TRONG

Lâm Văn Nút<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Thao<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thời gian gần đây sự ra đời của can thiệp nội mạch cụ thể là đặt ống ghép nội mạch (hay EVAR) đã mang lại nhiều ưu điểm như giảm đáng kể lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, tỉ lệ nhập viện lại cũng như tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân phòng động

mạch chủ bụng. Tuy nhiên phòng động mạch chủ bụng có kèm phòng động mạch chậu gặp trong hơn 40% các trường hợp làm khó khăn trong việc điều trị mà không ảnh hưởng đến tưới máu vùng chậu. Vì vậy bảo tồn động mạch chậu trong EVAR là một vấn đề cần quan tâm và cần nhắc. **Phương pháp:** nghiên cứu trường hợp lâm sàng. **Kết quả:** Bệnh nhân nam 61 tuổi nhập viện vì đau bụng được chẩn đoán phòng động mạch chủ bụng chậu kèm nhịp chậm xoang, tăng huyết áp, đái tháo đường loại 2. Qua khảo sát bệnh nhân có phòng động mạch chủ bụng dưới thận dạng thoi đường kính lớn nhất 5.5cm, phòng động mạch chậu 2 bên đường kính lớn nhất 3cm. Bệnh nhân được đặt bit tắc động mạch chậu trong phải, đặt

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 5.2.2024

Stent graft có nhánh bảo tồn động mạch chậu trong trái. Sau mổ Stent graft thông tốt, động mạch chậu trong trái thông tốt, không có dấu hiệu rò, các chức năng ổn định và không có triệu chứng của thiếu máu vùng chậu. Bệnh nhân được xuất viện sau ba ngày, tái khám sau 1 tuần với các chỉ số ổn định và cải thiện triệu chứng. **Kết luận:** Bảo tồn động mạch chậu trong lựa chọn tốt nhất để giảm nguy cơ thiếu máu vùng chậu. Tuy nhiên còn cần nhắc giữa nguy cơ và lợi ích cũng như tay nghề phẫu thuật viên hay điều kiện của trung tâm thực hành. **Từ khóa:** Bảo tồn động mạch chậu trong, stent graft, EVAR

## SUMMARY

### INTERNAL ILIAC ARTERY PRESERVATION STRATEGIES IN THE ENDOVASCULAR TREATMENT OF AORTOILIAC ANEURYSMS

**Background:** Recently, the development of specific endovascular interventions, such as endovascular aneurysm repair (EVAR), has brought many advantages such as significantly reducing blood loss, surgical time, rehospitalization rates, as well as mortality rates for patients with abdominal aortic aneurysms. However, abdominal aortic aneurysms accompanied by iliac artery aneurysms, which occur in over 40% of cases, can make treatment difficult without affecting blood supply to the pelvic area. Therefore, preserving the iliac artery in EVAR is an issue that needs attention and consideration.

**Methods:** Case report. **Results:** A 61-year-old male patient was admitted to the hospital with abdominal pain and was diagnosed with abdominal aortic aneurysm with accompanying slow pulse, high blood pressure, and type 2 diabetes. Upon examination, the patient was found to have an infrarenal abdominal aortic aneurysm with a maximum diameter of 5.5 cm and bilateral iliac artery aneurysms with maximum diameters of 3 cm. The patient underwent right iliac artery occlusion and a stent graft was placed with a preserved left iliac artery branch. After the procedure, the stent graft was patent, the left iliac artery was open, there was no evidence of leakage, the functions were stable, and there were no symptoms of ischemia in the pelvic region. The patient was discharged after three days and re-evaluated after one week with stable indicators and improved symptoms. **Conclusions:** Preserving the internal iliac artery is the best option to reduce the risk of ischemia in the pelvic region. However, there should be a consideration between the risks and benefits as well as the skill of the surgeon and the conditions of the practice center.

**Keywords:** internal iliac artery preservation, EVAR

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây phồng động mạch chủ bụng chỉ được điều trị thông qua mổ hở với nhiều biến chứng, đặc biệt ở những bệnh nhân có bệnh mạn tính đi kèm. Tuy nhiên thời gian gần đây sự ra đời của can thiệp nội mạch cụ thể là đặt ống ghép nội mạch (hay EVAR) đã mang lại nhiều ưu điểm như giảm đáng kể lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, tỉ lệ nhập viện lại cũng như tỉ lệ

tử vong. Dù vậy EVAR cũng có những hạn chế của nó như cần giải phẫu phù hợp đầu gần, đầu xa và khoảng không gian để bám tối thiểu từ 10-15mm. Có khoảng 20% phồng động mạch chủ kéo dài đến chỗ chia động mạch chậu và phồng một hay cả 2 động mạch chậu có thể chiếm đến 40% trong phồng động mạch chủ bụng<sup>1,2</sup>. Do đó trong EVAR người ta thường bít tắc một động mạch chậu trong hoặc cả hai để có thể đủ độ dài cho đầu xa bám vào, ngăn chặn rò vào thành ống ghép. Hiện tại nhiều báo cáo có tiên lượng dài hạn cho vấn đề này tốt, tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ rò thấp tuy nhiên nó không thể ngăn chặn hoàn toàn biến chứng do thiếu máu vùng chậu gây ra. Có nhiều biến chứng liên quan đến thiếu máu vùng chậu và tỉ lệ thay đổi ở nhiều nghiên cứu như đau cánh hồi ở mông 28-42%, liệt dương 17-24%, nặng hơn là thiếu máu đại tràng 3.4%, thiếu máu tủy sống 0.1-0.3%, hiếm hơn có đau thần kinh tọa, bong tróc da bìu, loét cụt... thậm chí tử vong<sup>3</sup>. Do đó bảo tồn động mạch chậu trong trong EVAR là vấn đề cần thiết để ngăn chặn cũng như phòng ngừa biến chứng.

## II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân Bùi Văn R, nam, sinh năm 1960, nhập viện vì đau bụng quanh rốn 1 tuần, đau âm ỉ, lan sau lưng, không liên quan bữa ăn, uống thuốc giảm đau có giảm sau đó đau lại, ăn uống, trung, đại tiện bình thường, đau liên tục làm bệnh nhân thấy khó chịu nên đến khám tại bệnh viện địa phương. Tại đây bệnh nhân được thăm khám, siêu âm bụng, chẩn đoán phồng động mạch chủ bụng dưới thận và chuyển bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiền căn: tăng huyết áp không rõ điều trị và không theo dõi thường xuyên, đái tháo đường loại 2 mới chẩn đoán và điều trị thuốc uống.

Lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, huyết áp hai tay đều nhau và huyết áp lúc nhập viện 120/70mmHg (Đang dùng thuốc hạ áp Diovan + Betalock); mạch tứ chi rõ; đau âm ỉ vùng bụng quanh rốn, bụng mềm, không điểm đau, khối đập theo nhịp mạch ngang rốn chiều ngang khoảng 5cm, dấu Debake (+).

Cận lâm sàng: Công thức máu, các chỉ số sinh hóa trong giới hạn bình thường; đường huyết dao động từ 130-230mg%. Điện tâm đồ, siêu âm tim, siêu âm động mạch cảnh: bình thường, X quang phổi: xơ đáy phổi trái. Chụp cản cắt lớp vi tính dựng hình mạch máu (CTA): phồng dạng thoi động mạch chủ bụng dưới chỗ chia động mạch thận kéo dài đến động mạch chậu 2 bên, đường kính d# 5.5cm, có huyết khối

bám thành 1.2cm, không thấy dấu thoát mạch.



**Hình 1: CTA dựng hình mạch máu trước mổ**

Chẩn đoán: phồng động mạch chủ bụng dưới thận đường kính 5.5cm, tăng huyết áp, nhịp chậm xoang, đái tháo đường loại 2.

Điều trị: bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định huyết áp, đường huyết, lên chương trình phẫu thuật

**Tường trình phẫu thuật:** Bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản. Chọc kim luồn sheath 6F vào động mạch đùi trái, đi dây dẫn 0.035 cùng ống thông 5F từ động mạch chậu trái sang động mạch chậu trong phải, thay long sheath 6F dài 45cm, làm tắc động mạch chậu trong phải bằng Amplatzer 8mm. Chọc kim luồn sheath 7F vào động mạch đùi phải, đi dây dẫn 0.035 từ động mạch chậu phải sang trái. Qua long sheath 6F từ đùi trái dùng Snare lấy dây dẫn từ động mạch đùi phải ra ngoài động mạch đùi trái. Tiếp tục đi dây dẫn Lander quist từ động mạch đùi trái lên đến động mạch chủ ngực xuống, chụp động mạch chậu chung - chậu ngoài - chậu trong trái, ghi nhận túi phồng hình thoi lớn động mạch chậu chung trái, đánh dấu động mạch chậu chung, chậu ngoài và động mạch chậu trong trái; đưa Stent graft động mạch chậu có nhánh động mạch chậu trong (kích thước = 14x12x53mm) vào động mạch chậu chung trái, bung Stent graft có nhánh động mạch chậu trong cách chỗ xuất phát động mạch chậu trong 15mm, sau đó đặt stent phủ Bentley kích thước # 8x57mm nối chậu trong của stent graft vào động mạch chậu trong trái. Sau can thiệp chụp kiểm tra thấy động mạch chậu trong và ngoài trái nằm đúng vị trí, bắt thuốc tốt, không rò.



**Hình 2: Đặt Stent graft có nhánh vào động**

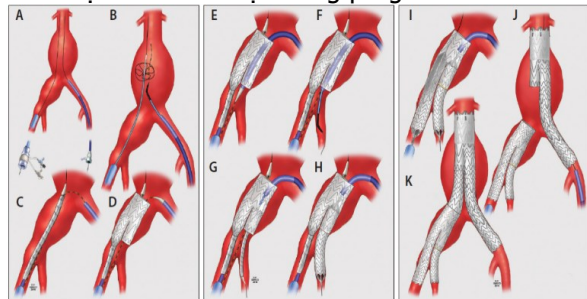
**mạch chậu trong trái**



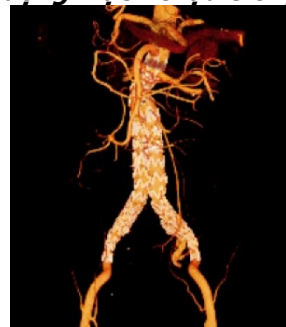
**Hình 3: Chụp kiểm tra Stent graft sau đặt**

Thay long sheath 18F bên đùi phải lên đến động mạch chậu chung phải, Long sheath 16F từ đùi trái lên đến động mạch chậu ngoài trái. Tiếp tục đưa thân chính Stent graft 23x13x100mm từ sheath 18F đến bờ trên đốt sống lưng 2, pigtail 5F từ sheath 16F lên đến đốt sống lưng 1-2. Chụp động mạch chủ bụng ghi nhận túi phồng động mạch chủ bụng- chậu 2 bên, bung Stent graft ngay dưới động mạch thận trái. Nối chân ngắn xuống Stent graft động mạch chậu trái bằng Stent graft kích thước # 93x15x100mm; nối xuống động mạch chậu ngoài phải bằng stent 15x13x120mm và stent 15x10x93mm. Nong stent.

Sau khi đặt stent chụp động mạch chủ bụng - chậu kiểm tra, stent nằm đúng vị trí, không rò, các động mạch thận, chậu ngoài 2 bên, đặc biệt động mạch chậu trong trái bắt thuốc rất tốt, không rò. Dùng can thiệp, rút - dụng cụ, đóng chỗ chọc dò 2 bên bệnh bằng proglide.



**Hình 4: Các bước đặt Stent graft có nhánh động mạch chậu trong**



**Hình 5: CTA dựng hình mạch máu sau mổ 1 tuần**

Bệnh nhân hậu phẫu ổn, xuất viện sau 3 ngày hậu phẫu.

Tái khám sau 1 tuần bệnh nhân hết đau bụng, sinh hiệu ổn, CTA kiểm tra SG thông tốt, động mạch chậu trong phải bít tắc hoàn toàn, động mạch chậu trong trái thông tốt, không dấu hiệu rò stent.

### III. BÀN LUẬN

Trên thế giới, tử vong cũng như biến chứng khi bít tắc động mạch chậu trong là một vấn đề tranh cãi. Theo nghiên cứu của Manis Mehta và cs thực hiện năm 2001 trên 154 bệnh nhân có bít tắc 1 hay cả 2 động mạch chậu trong thì chỉ ghi nhận đau cách hồi mông 12%, không ghi nhận hoại tử mông, thiếu máu ruột hay tử vong<sup>4</sup>. Nhưng ở chiều ngược lại một nghiên cứu mới hơn thực hiện năm 2008 của Rayt và cs nghiên cứu ở cỡ mẫu lớn hơn 634 bệnh nhân, tổng hợp từ 18 nghiên cứu nhỏ ghi nhận biến chứng đáng kể của việc bít tắc 1 hay cả 2 động mạch chậu trong ở bệnh nhân can thiệp phồng động mạch chủ bụng: đau cách hồi mông 28%, rối loạn cương 17%<sup>5</sup>. Vì vậy bảo tồn dòng chảy động mạch chậu trong là một vấn đề cần quan tâm, khuyến cáo về thực hành lâm sàng của Mỹ và châu Âu cũng ghi nhận bảo tồn tối thiểu một trong hai động mạch chậu trong là tiêu chuẩn trong EVAR.

Tỉ lệ tử vong cũng như biến chứng do thuyên tắc động mạch chậu trong ở nước ta những năm gần đây không được thống kê cụ thể, tuy nhiên thuyên tắc động mạch chậu trong đặc biệt là hai động mạch chậu trong sẽ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như tiên lượng lâu dài ở một số nhóm người nếu không được đánh giá kỹ lưỡng trước đó. Bệnh nhân có mạch máu và bàng hệ vùng chậu nghèo nàn, bệnh nhân trẻ năng động, bệnh nhân có cung lượng tim giảm...là một ví dụ sẽ tiến triển triệu chứng khi ta thuyên tắc động mạch chậu trong. Cũng cần nhớ rằng động mạch chậu trong cũng cung cấp một phần việc tưới máu tùy nên cần cẩn thận ở bệnh nhân có phồng động mạch chủ ngực bụng đã can thiệp nội mạch đặt ống ghép vùng ngực hay sửa chữa động mạch chủ vùng ngực mà không cấm lại động mạch đốt sống trước đây.

Ở bệnh nhân phồng động mạch chủ bụng dưới thận kèm phồng lớn động mạch chậu 2 bên, không đủ không gian đầu xa để đặt 2 chân của ống ghép do đó chúng ta cần phải đặt đầu xa vào động mạch chậu ngoài. Thông thường chúng ta thuyên tắc động mạch chậu trong hai bên với một khoảng cách thời gian 1 đến 2 tuần

để cơ thể có thể thích ứng.<sup>6</sup>Với ca bệnh của chúng tôi cần tiến hành sớm và bảo vệ dòng chảy động mạch chậu trong một bên do bệnh nhân có triệu chứng, nguy cơ tim mạch khi có tăng huyết áp, nhịp chậm xoang và đái tháo đường loại 2. Ngăn ngừa những biến chứng do thiếu máu vùng chậu gây nên.

Nhiều năm qua, có nhiều kỹ thuật được phát triển để bảo tồn động mạch chậu trong trong phồng động mạch chủ bụng, bao gồm: Bell-bottom, Parallel endo – grafts, phẫu thuật hay can thiệp tạo cầu nối động mạch chậu ngoài – trong, kỹ thuật Hybrid, kỹ thuật EVAS và sử dụng Stent graft động mạch chậu có nhánh (IBDs). Mỗi kỹ thuật đều có những ưu, nhược điểm riêng, tuy nhiên chúng tôi chọn IBDs cho bệnh nhân này vì sự phù hợp giải phẫu những ưu điểm mà nó mang lại: tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ can thiệp lại thấp, tỉ lệ rò thấp, an toàn. IBDs giống như Stent graft bình thường tuy nhiên chứa một lỗ nhỏ cho nhánh của động mạch chậu trong, nó thường được sử dụng ở những túi phồng có kích thước lớn cùng với kỹ thuật phức tạp hơn nên phải được xem xét kỹ lưỡng trước khi thực hiện.

Kể từ khi được thực hiện, Stent graft có nhánh cho động mạch chậu trong đã được quan sát và có tỉ lệ thành công từ 85% đến 96.3%, thậm chí 100% ở những nghiên cứu nhỏ<sup>3</sup>. Tỉ lệ thành công sau 5 năm 88-91.4% và tỉ lệ tắc nhánh ghi nhận 1.2-12.2%<sup>3,7</sup>. Tỉ lệ rò thay đổi chủ yếu là loại 2 : 0-15.8%, loại 1 : 7.14%, loại 1 có thể xảy ra đến 5% tuy nhiên can thiệp lại cho kết quả tốt.<sup>3</sup>

Chỉ định đặt stent nhánh có thể thay đổi tùy nhà sản xuất hoặc thiết bị do đó cần phải cá nhân hóa cho từng bệnh nhân.

Tham khảo dưới đây về việc điều kiện có thể tạo stent nhánh:

- Có đường tiếp cận động mạch chậu/ đùi.
- Đường kính động mạch chậu chung  $\geq$  16-17mm ở phần đầu gần.
- Chiều dài giữa động mạch chủ và chỗ chia > 50mm.
- Động mạch chậu ngoài: dài >10-20mm, đường kính 6.5-8 đến 11-25mm.
- Động mạch chậu trong: dài >10mm, đường kính 5-6.5 đến 11-13.5mm.

Khuyến nghị chọn lựa bảo tồn động mạch chậu trong với stent nhánh<sup>8</sup>:

- Tiêu chuẩn vàng chọn lựa bệnh nhân là có động mạch chậu chung >30mm, mặc dù cũng có thể chỉ định ở đường kính nhỏ hơn miễn sao giải phẫu phù hợp.

- Nên xem xét ở:
  - + Bệnh nhân có chất lượng cuộc sống cao, người trẻ, người hoạt động nhiều.
  - + Bệnh nhân có nguy cơ cao của triệu chứng thiếu máu vùng chậu.
  - + Bệnh nhân đã can thiệp nội mạch động mạch chủ ngực – bụng trước đây.
  - + Bệnh nhân đã bị tắc các nhánh bàng hệ đối bên.

Ở bệnh nhân của chúng tôi sau khi được đo đặc cẩn thận phù hợp với tất cả yêu cầu, bệnh nhân được lên chương trình can thiệp.

Tóm lại trong tất cả các trường hợp, tốt nhất chúng ta nên bảo tồn động mạch chậu trong để gia tăng chất lượng cuộc sống, hoạt động thể lực cũng như tình dục và ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm do thiếu máu vùng chậu gây ra. Chúng ta nên chỉ nên xem xét việc thuyên tắc động mạch chậu trong khi dự kiến nó có thể kéo dài thời gian cuộc mổ, tổn nhiều thuốc cản quang, mất nhiều kinh phí bệnh nhân không thể chi trả hay kĩ thuật hiện tại của phẫu thuật viên, phòng mổ không cho phép.

#### IV. KẾT LUẬN

Bảo tồn động mạch chậu trong trong EVAR luôn là một vấn đề cần nhắc giữa nguy cơ và lợi ích. Với một giải phẫu phù hợp, một sự phối hợp và tay nghề cẩn thận của phẫu thuật viên, bảo tồn động mạch chậu trong trong EVAR sẽ sớm trở thành một quy trình thường quy, an toàn, hiệu quả, là lựa chọn tốt nhất trong EVAR, nâng EVAR trong nước lên một tầm cao mới.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pua U, Tan K, Rubin B B.** Iliac branch graft in the treatment of complex aortoiliac aneurysms: early results from a North American institution. *Journal of vascular and interventional radiology* : JVIR. 2011;22(4):542-9.
2. **Zhang, Ma TGW, Jia X, Liu X.** Novel-Designed Iliac Branch Stent Graft for Internal Iliac Artery Reconstruction during Aneurysm Repair. *Annals of Vascular Surgery Annals of Vascular Surgery.* 2015;29(2):189-196.
3. **Duvnjak S.** Endovascular treatment of aortoiliac aneurysms: From intentional occlusion of the internal iliac artery to branch iliac stent graft. *World Journal of Radiology.* 2016;8(3):275-280.
4. **Mehta, Veith M, J F, Takao O, Jacob C.** Unilateral and bilateral hypogastric artery interruption during aortoiliac aneurysm repair in 154 patients: A relatively innocuous procedure. *Journal of Vascular Surgery Journal of Vascular Surgery.* 2001;33(2):27-32.
5. **Rayt HS, J. BM, V. LK, G. FN.** Buttock Claudication and Erectile Dysfunction After Internal Iliac Artery Embolization in Patients Prior to Endovascular Aortic Aneurysm Repair. *Cardiovasc Intervent Radiol CardioVascular and Interventional Radiology.* 2008;31(4):728-734.
6. **Chaikof EI, L. DR, K. EM, M. JB, A. LW.** The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *Journal of vascular surgery.* 2018; 67(1):2-77.
7. **A K, J HR, J HP, R BJ.** Endovascular aneurysm repair with preservation of the internal iliac artery using the iliac branch graft device. *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery.* 2010;39(3):285-94.
8. **Robalo C, Sousa J, Mansilha A.** Internal iliac artery preservation strategies in the endovascular treatment of aortoiliac aneurysms. *Int Angiol.* Oct 2018;37(5): 346-355. doi: 10.23736/ s0392-9590.18.04004-x

## ĐỐI CHIẾU KẾT QUẢ SIÊU ÂM HẠCH NÁCH VỚI KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH SAU MỔ TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Hồng Khoa<sup>1</sup>, Mai Tiến Đạt<sup>1</sup>, Trần Nguyên Tuấn<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư vú được coi là bệnh lý toàn thân, đặc biệt khi hạch nách bị xâm lấn, di căn. Khi đó việc điều trị không còn là tại chỗ tại vùng mà đó là sự kết hợp điều trị đa mô thức. Siêu âm khảo sát hố nách nhằm tìm và mô tả các đặc điểm của các nhóm hạch

nách cũng rất quan trọng trong tiên đoán hạch nách di căn, góp phần xếp loại giai đoạn lâm sàng để định hướng cho việc điều trị ban đầu. Bên cạnh đó giá trị to lớn của siêu âm không chỉ đánh giá các tổn thương ở vú mà còn đánh giá tình trạng hạch cũng như góp phần quan trọng để lựa chọn bệnh nhân thực hiện sinh thiết hạch gác cửa trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này đánh giá tỷ lệ di căn hạch nách trên những bệnh nhân có kết quả siêu âm hạch nách bình thường hoặc không nghi ngờ khả năng di căn bằng cách đối chiếu kết quả siêu âm hạch nách trước mổ và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Xác định một số yếu tố liên quan dự báo tình trạng di căn hạch nách của các bệnh nhân ung thư vú còn mổ được, nhất là lựa chọn bệnh nhân để sinh

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyên Tuấn

Email: trannguyentuan151097@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024