

- O'Day J. Ocular adnexal lymphoproliferative disease: a series of 73 cases. *Clinical & Experimental Ophthalmology*. 2001;29(6):387-393. doi:10.1046/j.1442-9071.2001.d01-18.x
2. Khalil MO, Morton LM, Devesa SS, et al. Incidence of marginal zone lymphoma in the United States, 2001-2009 with a focus on primary anatomic site. *Br J Haematol*. 2014;165(1):67-77. doi:10.1111/bjh.12730
 3. Borie R, Wislez M, Thabut G, et al. Clinical characteristics and prognostic factors of pulmonary MALT lymphoma. *European Respiratory Journal*. 2009; 34(6): 1408-1416. doi: 10.1183/09031936.00039309
 4. Demirci H, Shields CL, Karatza EC, Shields JA. Orbital lymphoproliferative tumors: analysis of clinical features and systemic involvement in 160 cases. *Ophthalmology*. 2008;115(9):1626-1631, 1631.e1-3. doi:10.1016/j.ophtha.2008.02.004
 5. Rosado MF, Byrne GE, Ding F, et al. Ocular adnexal lymphoma: a clinicopathologic study of a large cohort of patients with no evidence for an association with Chlamydia psittaci. *Blood*. 2006; 107(2): 467-472. doi:10.1182/blood-2005-06-2332
 6. Fernández CA, Henry RK, Shields CL, et al. Ocular adnexal lymphoma: A single-institution retrospective study. *Saudi J Ophthalmol*. 2021; 35(3): 230-238. doi: 10.4103/1319-4534.343368
 7. Ma WL, Yao M, Liao SL, et al. Chemotherapy alone is an alternative treatment in treating localized primary ocular adnexal lymphomas. *Oncotarget*. 2017; 8(46): 81329-81342. doi:10.18632/oncotarget.18500
 8. Zucca E, Conconi A, Martinelli G, et al. Final Results of the IELSG-19 Randomized Trial of Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma: Improved Event-Free and Progression-Free Survival With Rituximab Plus Chlorambucil Versus Either Chlorambucil or Rituximab Monotherapy. *J Clin Oncol*. 2017;35(17): 1905-1912. doi:10.1200/JCO.2016.70.699

RÃNH GÓT RĂNG CỬA: MỘT BẤT THƯỜNG GIẢI PHẪU THƯỜNG ÍT ĐƯỢC CHÚ Ý ĐẾN

Hà Thu Hương¹, Nguyễn Thị Hồng Minh¹,
Phạm Thanh Hà¹, Vũ Ngọc Bảo¹

TÓM TẮT

Rãnh gót răng cửa là một bất thường về mặt hình thái hay gặp ở răng cửa hàm trên, thường sẽ liên quan đến một tổn thương nha chu riêng biệt hoặc các tổn thương kết hợp nội nha – nha chu. Mức độ trầm trọng của tổn thương thường phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như vị trí, kích thước (độ sâu, độ dài), và hình thái của rãnh gót răng. Y văn thế giới chưa có nhiều báo cáo đề cập đến rãnh gót răng cửa cũng như hướng xử trí phù hợp đối với các tình trạng bệnh lý liên quan. Nhưng ở Việt Nam, chưa có tác giả hay báo cáo nào đề cập về vấn đề này. Bài báo cáo này của chúng tôi sẽ tóm lược lại các kiến thức của y văn thế giới để đưa ra định nghĩa, bản chất và phân loại của rãnh gót răng cửa cũng như các hướng xử trí đối với các trường hợp bệnh lý liên quan. **Từ khóa:** Rãnh gót răng cửa, nội nha-nha chu, tổn thương nội nha-nha chu.

SUMMARY

PALATOGINGIVAL GROOVE: THE UNWARE ANOMALY

Palatogingival groove (PGG) is an anomaly in the maxillary anterior teeth, often accompanied by the area of bony destruction adjacent to the teeth with no carious or traumatic history. Related consequences involve periodontal destruction, separate or combined

endodontic and periodontic lesions. Disease severity and prognosis related to PGG depend on several factors, including location, range, depth, and type of groove. Literature shows several studies with proper management and favorable treatment outcome. In Vietnam, there is yet any study about PGG and its related problems. Our report will summarize the current literature to provide understandings of the characteristics, treatment, and prognosis of PGG to successfully manage the condition.

Keywords: Palatogingival groove, endodontic-periodontic, combined lesions

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rãnh gót răng cửa là một bất thường giải phẫu của răng cửa, được định nghĩa là một rãnh hoặc gờ lõm kéo dài từ điểm giao giữa gót răng cửa (cingulum) với rìa bờ viền (marginal ridge) ở phía bên chân răng, đi về phía chóp răng và có thể tận hết ở ngay lỗ chóp răng. Một số các thuật ngữ khác để chỉ bất thường này: rãnh lợi vòm miệng, rãnh tận vòm miệng, rãnh tận gót răng.

Rãnh gót răng cửa này có chiều dài và chiều sâu khá đa dạng. Đây có thể là nơi tích tụ các mảng bám, và với độ dài tính từ gót răng cho tới gần lỗ chóp răng nên rãnh này có xu hướng tạo thành một con đường cho vi khuẩn xâm nhập vào mô nha chu bên dưới, từ đó hình thành một ổ viêm khu trú. Tình trạng viêm nhiễm không được điều trị kịp thời sẽ dẫn tới các biến chứng nha chu như: mất bám dính, hình thành túi quanh răng và tiêu xương tiến triển. Bên cạnh

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thu Hương

Email: huonghathu037@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

đó, vi khuẩn cũng sẽ từ ổ viêm xâm nhập ngược vào tủy răng thông qua lỗ chóp răng, các ống ngà hoặc các ống tủy phụ, tạo nên một tổn thương kết hợp nội nha – nha chu.

Một tổn thương nội nha – nha chu sẽ được định nghĩa là một tình trạng kết hợp đồng thời giữa bệnh lý tủy răng và bệnh lý nha chu trên cùng một răng/ một vùng răng. Sự kết hợp này được đề cập đến lần đầu tiên bởi Simring và Goldberg vào năm 1964. Từ đó, thuật ngữ tổn thương nội nha – nha chu được sử dụng ngày càng rộng rãi để mô tả những tổn thương có tính chất viêm nhiễm, xuất hiện đồng thời cả ở mô nha chu và tủy răng. Các tổn thương phối hợp giữa nội nha và nha chu là một thách thức đối với bác sĩ điều trị khi phải đưa ra chẩn đoán chính xác và tiên lượng điều trị đối với răng/ các răng liên quan.

Hiện nay, y văn thế giới có rất ít các báo cáo đề cập đến rãnh gót răng cửa, và kiến thức về bất thường giải phẫu này cũng chưa được hệ thống hóa một cách hoàn chỉnh bởi đa số các báo cáo nói trên chỉ mô tả chùm ca bệnh. Tại Việt Nam, chúng tôi chưa tìm thấy báo cáo nào đề cập đến rãnh gót răng cửa, các kiến thức liên quan cũng chỉ là một phần rất nhỏ được nêu trong chuyên đề giải phẫu răng. Nhằm mục đích giúp các bác sĩ thực hành lâm sàng Răng – Hàm – Mặt ý thức được sự tồn tại, cũng như nắm được chẩn đoán và hướng xử trí đối với các tổn thương liên quan đến bất thường giải phẫu này, chúng tôi thực hiện một nghiên cứu tổng quan để tóm tắt lại khái niệm, các yếu tố dịch tễ của rãnh gót răng cửa, cơ chế bệnh sinh và biểu hiện lâm sàng của tổn thương nội nha – nha chu liên quan đến rãnh gót răng cửa

II. ĐỊNH NGHĨA RÃNH GÓT RĂNG CỬA VÀ PHÂN LOẠI

Rãnh gót răng cửa lần đầu tiên được mô tả bởi Black vào năm 1908. Đó là một bất thường trong quá trình phát triển của răng, với điểm bắt đầu ở gần gót răng, kéo dài từ điểm ranh giới men – ngà răng, theo chân răng hướng về phía chóp răng, với chiều dài và độ sâu rất đa dạng. Một số các thuật ngữ khác để chỉ bất thường này: rãnh lợi vòm miệng, rãnh tận vòm miệng, rãnh tận gót răng.



Hình 1: Hình ảnh của rãnh gót răng cửa

Rãnh gót răng cửa có thể được phân loại dựa theo vị trí của nó: ở phía gần, phía xa hoặc ở giữa. Nếu rãnh nằm ở phía gần thì sự tích tụ vi khuẩn và mảng bám sẽ diễn ra nhanh hơn, đồng thời việc làm vệ sinh cũng khó hơn, dẫn đến các tổn thương khu trú của mô nha chu. Một cách phân loại khác cũng thường được sử dụng, dựa theo độ sâu và độ phức tạp của rãnh, chia ra thành: loại nhẹ, loại vừa và loại phức tạp. Phân loại này có ý nghĩa trên lâm sàng nhiều hơn so với phân loại dựa trên vị trí của rãnh. Loại nhẹ để chỉ những vết hơi lõm trên bề mặt của men răng và tận hết tại ranh giới men ngà hoặc ngay sau điểm ranh giới men ngà. Loại vừa bao gồm những rãnh kéo dài hơn về phía chóp răng và có dạng như một vết nứt nông ở bề mặt chân răng. Các rãnh loại phức tạp sẽ là những khuyết lõm chạy suốt chiều dài của chân răng hoặc những rãnh này sẽ có các rãnh phụ tách ra từ chính nó. Sự phức tạp và độ sâu của các rãnh sẽ gây nên nguy cơ thông thương giữa tủy răng và hệ thống dây chằng nha chu. Trong một nghiên cứu mô học trên các răng bị nhổ do rãnh gót răng này, các vùng loạn sản ngà răng dường như có thông thương với khoảng dây chằng quanh răng ngay dưới rãnh. Một phân loại khác dựa trên độ sát của rãnh gót răng với buồng tủy, các rãnh này sẽ được phân loại thành: nông/ phẳng (rãnh sâu ít hơn 1mm); sâu (trên 1mm); và rãnh dạng ống, như một đường hầm kín. Gu và cộng sự cũng chia rãnh gót răng cửa làm ba type, dựa trên phân tích các răng đã nhổ trên microCT. Type I: rãnh ngắn, không đi quá 1/3 chiều dài chân răng. Type II: Rãnh kéo dài quá 1/3 chiều dài chân răng. Type III: rãnh dài quá 1/3 chiều dài chân răng và sâu, liên quan đến ống tủy răng.

Bảng 1: Các phân loại rãnh gót răng cửa

Phân loại	Đặc điểm
Vị trí của rãnh	Phía xa
	Phía gần
	Chính giữa
Độ dài và mức độ phức tạp	Nhẹ: vết hơi lõm trên bề mặt của men răng và tận hết tại ranh giới men ngà hoặc ngay sau điểm ranh giới men ngà
	Vừa: rãnh kéo dài hơn về phía chóp răng và có dạng như một vết nứt nông ở bề mặt chân răng
	Phức tạp: khuyết lõm chạy suốt chiều dài của chân răng hoặc những rãnh này sẽ có các rãnh phụ tách ra từ chính nó
Độ sâu và mức độ sát tủy răng	Nông/ phẳng: <1mm
	Sâu: >1mm
	Dạng ống

Hình thái trên microCT	Type I: rãnh ngắn, không đi quá 1/3 chiều dài chân răng
	Type II: Rãnh kéo dài quá 1/3 chiều dài chân răng
	Type III: rãnh dài quá 1/3 chiều dài chân răng và sâu, liên quan đến ống tủy răng

III. NGUỒN GỐC VÀ DỊCH TỄ HỌC LIÊN QUAN

Một số các nguyên nhân đã được đưa ra để giải thích cho sự phát triển bất thường giải phẫu này: (i) hậu quả của một thay đổi trong quá trình phát triển, có thể là sự gấp nếp của lớp biểu mô men răng bên trong và lớp vỏ biểu mô Hertwig; (ii) một biến thể của răng trong răng - dens invaginatus; (iii) biến đổi trong cơ chế di truyền; và (iv) sự hình thành thêm chân răng.

Số liệu báo cáo về rãnh gót răng cửa rất đa dạng. Everett là người đầu tiên đã tiến hành cuộc khảo sát lớn về dịch tễ của rãnh gót răng cửa. Kết quả của ông cho thấy rằng tỷ lệ lưu hành của bất thường này ít hơn 2%, và có 0.5% rãnh gót răng lan vào vùng chóp răng. Withers cũng báo cáo rằng tỷ lệ tồn tại của rãnh gót răng cửa trong 531 đối tượng được khám là 8.5%. Trong số đó, 2.33% của 2099 răng cửa hàm trên được khám có rãnh bất thường này. Đa số các rãnh này được phát hiện ở răng cửa bên, chiếm 93.8%. Trong nghiên cứu của Kogon và cộng sự, tỷ lệ xuất hiện của rãnh là 4.6%, với lần lượt tỷ lệ với răng cửa giữa hàm trên và răng cửa bên hàm trên là 5.6% và 3.4%. Một nửa số rãnh tận hết ở chân răng, và có 58% số rãnh kéo dài trên 5mm từ ranh giới men ngà.

Tuy nhiên, cũng có một số các tác giả khác cho ra tỷ lệ lưu hành của rãnh gót răng cửa này cao hơn hẳn so với những dữ liệu vừa nêu trên, như tác giả Storrer với tỷ lệ 9.58%, Hou với 18.1% và Al-Rasheed với 10.3%. Sự khác biệt giữa các kết quả này có thể do tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau hoặc phương thức thăm khám khác nhau (khảo sát răng đã nhổ so với khám lâm sàng), hoặc sự khác biệt về chủng tộc liên quan đến di truyền, ví dụ: tỷ lệ cao thường gặp ở nhóm người Mỹ gốc hoa và khá thấp ở nhóm người gốc Phi. Để xác định chính xác được tỷ lệ này trong dân số, cần những nghiên cứu lớn hơn với các quần thể dân tộc, chủng tộc riêng biệt.

IV. LIÊN QUAN GIỮA RÃNH GÓT RĂNG CỬA VÀ TỔN THƯƠNG NỘI NHA – NHA CHU

Al-Rasheed đã tìm hiểu mối liên quan giữa rãnh gót răng cửa và mô nha chu, dựa vào chỉ số mảng bám, chỉ số chảy máu và độ sâu túi lợi.

Tác giả này kết luận độ dài của rãnh về phía chóp răng có liên quan đến các bệnh lý về nha chu. Các bệnh này chủ yếu là viêm lợi khu trú, viêm nha chu có hoặc không kèm bệnh lý tủy răng. Một số bài báo cáo lâm sàng có đề cập đến rãnh gót răng này gây nên những tổn thương kết hợp giữa bệnh nha chu nguyên phát và bệnh lý tủy răng thứ phát.

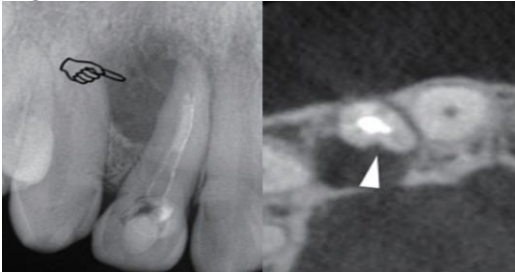
Một số các giả thiết đã được đưa ra để giải thích cho sự xuất hiện của tổn thương nội nha – nha chu này. Một số tác giả cho rằng việc xuất hiện đồng thời cả hai dạng bệnh lý này chỉ là trùng hợp về thời gian, trong khi một số khác tin rằng có sự liên quan giữa bệnh lý tủy răng và bệnh lý nha chu. Những tác giả ở về sau cho rằng, lỗ chóp răng, các ống tủy phụ, ống tủy bên và ống ngà có vai trò thông thương giữa các tổn thương nha chu và tủy. Vi khuẩn và các mô hoại tử có thể tích tụ dọc theo chiều dài của rãnh và dẫn lan rộng lên phía trên. Ngoài ra, các sản phẩm của quá trình viêm hoặc vi khuẩn từ túi nha chu bệnh lý cũng phát triển dọc bề mặt lõm của rãnh, làm trầm trọng thêm tình trạng nha chu và nhiễm khuẩn bề mặt chân răng, gây ra tủy hoại tử ngược dòng, cho dù rãnh gót răng này không kéo dài tới cuống và không quá sâu. Các lỗ tủy phụ và ống ngà sẽ là con đường dẫn vi khuẩn từ rãnh tới tủy răng. Peikoff khi đánh giá mô học đã phát hiện có rất nhiều các khoảng hở giữa ống tủy và rãnh gót răng. Tương tự, Gao khi sử dụng kính hiển vi điện tử để đo đạc, cũng phát hiện có những khoảng hở rộng 360µm giữa buồng tủy và rãnh, đồng thời cũng thấy một số các lỗ ống tủy phụ trên bề mặt rãnh, mỗi rãnh có từ 3-5 ống tủy phụ với đường kính dao động từ 15 đến 200µm. Ông kết luận rằng những ống tủy phụ này là con đường thông thương chính giữa tủy răng và mô nha chu, ở những răng có tồn tại rãnh gót răng.

V. CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ LIÊN QUAN ĐẾN RÃNH GÓT RĂNG CỬA

Trên lâm sàng, bệnh nhân có những bệnh lý liên quan đến rãnh gót răng thường có cơn đau âm ỉ từng cơn, hoặc cơn đau cấp tính, răng lung lay, đau khi gõ, có mủ ở túi lợi, có đường rò hoặc sưng nề lợi. Một số các trường hợp cá biệt không biểu hiện triệu chứng. Đa số các bệnh nhân không có tiền sử sâu răng, chấn thương răng, hoặc răng bị đổi màu. Thử nghiệm tủy có thể âm tính hoặc dương tính nếu có tổn thương nội nha - nha chu. Những trường hợp tổn thương tiến triển trên nền những rãnh sâu nhiều thường không đáp ứng với thử nghiệm tủy bằng nhiệt hoặc điện. Thăm khám trên miệng có thể

thấy các rãnh dạng phễu có tích tụ mảng bám và cao răng, kèm với sự mất liên kết biểu mô, hình thành túi lợi và chảy máu khi thăm khám. Thông thường, rãnh gót răng này sẽ tồn tại đối xứng cả hai bên nên khi thăm khám cần chú ý.

Trên Xquang, hình ảnh thấu quang hình giọt nước có thể được quan sát thấy với những trường hợp có tổn thương tủy nguyên phát và hình ảnh thấu quang hình quả lê được quan sát thấy ở phần trên của chân răng, kèm với sự giãn của các dây chằng nha chu. Trong một số những trường hợp, chúng ta có thể quan sát thấy những đường thấu quang cận tủy, có dạng một hoặc nhiều vạch tối đi dọc chiều dài của chân răng, song song hoặc chồng hình lên ống tủy răng. Nhiều tác giả cho rằng phim thường quy không hữu dụng trong chẩn đoán các bệnh lý liên quan đến rãnh gót răng, do sự chồng lấn hình ảnh. Việc xác định vị trí và kích thước của vùng tiêu xương, vị trí và độ sâu của rãnh cũng như sự liên quan giữa rãnh và tổn thương rất quan trọng, nhưng cũng rất khó khăn để xác định chính xác. Phim ba chiều dạng cắt lớp vi tính hình nón (CBCT) có thể cung cấp những dữ liệu chính xác, độ nhạy cao để đánh giá và lập kế hoạch điều trị, tuy nhiên, do nồng độ tia lớn nên CBCT chỉ nên được sử dụng đối với những trường hợp XQ thường quy không thể đưa ra những dữ liệu hữu ích và chính xác.



Hình 2: Tổn thương thấu quang dạng giọt nước và quả lê trên hình ảnh phim X quang cận chóp. Tổn thương thấu quang và hình ảnh rãnh trên phim CBCT

VI. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Trong quá khứ, nếu một răng có rãnh gót răng vừa có tổn thương nha chu, vừa có lỗ rò thì việc nhổ răng là phương án điều trị được đưa ra, do tiên lượng xấu. Tuy nhiên, hiện nay có một số các báo cáo lâm sàng cho thấy hiệu quả điều trị tốt các tổn thương kết hợp nội nha nha chu trên những răng có rãnh gót răng với kết quả sau điều trị là túi lợi và hình ảnh Xquang bình thường, nên việc điều trị bảo tồn ở thời điểm hiện tại lại được khuyến khích. Kế hoạch điều trị sẽ bao gồm các bước: (i) loại bỏ hoàn toàn vi

khuẩn, (ii) hàn vĩnh viễn rãnh gót răng để gián đoạn sự thông thương giữa mô nha chu và ống tủy, và (iii) tái tạo mô nha chu để tình trạng mô này về bình thường.

Năm 2003, Kerezoudis đã tóm tắt khái quát các bước điều trị một tổn thương nội nha – nha chu gây nên bởi rãnh gót răng: (i) loại bỏ mô hạt và các yếu tố kích ứng, (ii) cắt bỏ phần lợi viêm kèm trượt vạt về phía chóp răng, (iii) bộc lộ và làm phẳng rãnh có hoặc không kết hợp với tái tạo mô có hướng dẫn, (iv) tạo một phục hình ở vùng rãnh vừa can thiệp, và (v) chỉnh nha để kéo răng ra trước.

Bác sĩ điều trị phải cân nhắc giữa các phương pháp khác nhau để chọn được một kế hoạch điều trị triệt để với hiệu quả tối đa. Đầu tiên, bác sĩ phải xác định xem tủy răng có bị ảnh hưởng không, nếu có thì việc điều trị nội nha được khuyến cáo đầu tiên. Cần đặc biệt chú ý độ dày lớp ngà răng ở bề mặt của rãnh khá mỏng và sát với buồng tủy nên việc sử dụng các dụng cụ xoay khi tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy phải hết sức thận trọng.

VII. KẾT LUẬN

Rãnh gót răng cửa là một bất thường về mặt giải phẫu, và không phải trường hợp nào có bất thường này cũng sẽ dẫn đến tình trạng bệnh lý. Tuy nhiên, việc không phát hiện sớm bất thường này sẽ dẫn đến những tổn thương kết hợp nội nha – nha chu phức tạp. Để đạt được hiệu quả trong điều trị các tổn thương kết hợp này, bác sĩ cần nhận thức được sự tồn tại của bất thường này, cũng như nắm được nguyên tắc và lên kế hoạch điều trị cụ thể đối với từng chuyên khoa nội nha và nha chu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Prosthodontic and periodontic rehabilitation of a mobile tooth in esthetic zone.** Aeran, Himanshu & Jamil, Saba. (2016). Periodontics.
2. **Assaf ME, Roller N.** The cingulo-radicular groove: its significance and management--two case report. Compendium 1992;13:94, 96, 98.
3. **Hou G-L, Tsai C-C.** Relationship between palatoradicular grooves and localized periodontitis. J Clin Periodontol 1993;20:678–82. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1993.tb00715.x>.
4. **Kogon SL.** The Prevalence, Location and Conformation of Palato-Radicular Grooves in Maxillary Incisors. J Periodontol 1986;57:231–4.
5. **Naik M, de Ataide Ide N, Fernandes M, Lambor R.** Treatment of combined endodontic: periodontic lesion by sealing of palato-radicular groove using biodentine. J Conserv Dent. 2014 Nov;17(6): 594-7. doi: 10.4103/0972-0707.144613. PMID: 25506153; PMCID: PMC4252939.

6. **Sharma S, Deepak P, Vivek S, Ranjan Dutta S.** Palatogingival Groove: Recognizing and Managing the Hidden Tract in a Maxillary Incisor: A Case Report. *J Int Oral Health.* 2015 Jun;7(6): 110-4. PMID: 26124612; PMCID: PMC4479763.
7. **Simring M, Goldberg M.** The Pulpal Pocket Approach: Retrograde Periodontitis. *J Periodontol*

1964;35:22-48.

<https://doi.org/10.1902/jop.1964.35.1.22>.

8. **Withers JA, Brunsvold MA, Killoy WJ, Rahe AJ.** The Relationship of Palato-Gingival Grooves to Localized Periodontal Disease. *J Periodontol* 1981; 52:41-4. <https://doi.org/10.1902/jop.1981.52>.

PHẪU THUẬT TIM KẾT HỢP CẦU NỐI ĐỘNG MẠCH CHỦ - ĐỘNG MẠCH ĐÙI HAI BÊN: KẾT QUẢ NGẮN HẠN

Văn Hùng Dũng¹, Hồ Khánh Đức², Trần Đỗ Anh Vũ²,
Phạm Thanh Bình², Nguyễn Doãn Thái Hưng³, Châu Chí Linh¹,
Lê Hoàng Văn², Nguyễn Hoàng Huy², Nguyễn Minh Trung², Hoàng Niên Nhâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: bệnh van tim hoặc mạch vành kết hợp với bệnh mạch máu chủ-chậu tuy ít gặp nhưng rất nặng. Chúng tôi báo cáo kết quả ngắn hạn của 5 trường hợp phẫu thuật một thì cho bệnh tim và cầu nối ngoài giải phẫu động mạch chủ lên-động mạch đùi hai bên. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả 5 trường hợp phẫu thuật tim kết hợp cầu nối động mạch chủ lên-động mạch đùi hai bên một thì. **Kết quả:** 2 trường hợp thay van và 3 trường hợp bắc cầu mạch vành không tuần hoàn ngoài cơ thể đi kèm cầu nối động mạch chủ lên -hai động mạch đùi qua đường hầm trước phúc mạc. Ống ghép Dacron chữ Y với kích cỡ 14/7 được sử dụng. Trước phẫu thuật cả 4 đều ở phân loại Fontaine giai đoạn 4 và TASC II 3C/D. Chụp mạch máu cản quang thấy tắc hoàn toàn động mạch chủ-chậu. Không có tử vong và biến chứng trong thời kỳ hậu phẫu. Theo dõi đến 6 tháng và chụp lại CT cho thấy cầu nối thông tốt, bệnh nhân hết đau chi dưới và đi lại bình thường. **Kết luận:** Cầu nối ngoài giải phẫu động mạch chủ lên-động mạch đùi hai bên là một giải pháp hữu hiệu, dễ thực hiện và an toàn trong các trường hợp cần phẫu thuật tim cùng lúc với bệnh động mạch chủ-chậu cấp tính. **Từ khóa:** cầu nối động mạch chủ lên-hai động mạch đùi; bệnh động mạch chủ-chậu; bắc cầu động mạch vành

SUMMARY

COMBINED CARDIAC SURGERY AND EXTRA-ANATOMIC ASCENDANT AORTA-BIFEMORAL BYPASS: SHORT-TERM RESULTS

Background: Valvular or coronary artery disease associated with aorto-pelvic vascular disease is uncommon but very severe. We report the short-term results of 5 cases of single-stage surgery performed cardiac surgery and extra-anatomic ascendant aorta-

bifemoral shunt. Methods: retrospectively describe 5 cases of cardiac surgery combined with single-stage ascendant aorta-bifemoral artery bypass. **Results:** 2 case of valve replacement and 3 cases of coronary bypass without extracorporeal circulation accompanied by ascending aorta-bifemoral artery bypasses through the anterior peritoneal tunnel. Dacron Y-grafts with size 14/7 are used. Before surgery, all 4 were in Fontaine's classification stage 4 and TASC II grades 3C/D. Contrast angiography showed complete occlusion of the aorta-pelvis (just below the renal artery). There were no deaths or complications in the postoperative period. Follow-up up to 6 months and CT scan showed good patency of bypass, the patient no longer of pain in lower extremities and walking normally. **Conclusion:** Extra-anatomic ascendant aorta-bifemoral artery bypass is an effective, easy-to-implement, and safe solution in cases requiring cardiac surgery at the same time as an acute iliac aortic disease. **Keywords:** Extra-anatomic ascendant aorta-bifemoral bypass, aorto-pelvic vascular disease, coronary artery bypass

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý mạch máu ngoại biên ở người lớn tuổi đi kèm bệnh lý động mạch vành có thể gặp trong 21-72% số trường hợp [1]. Nặng nhất là tình trạng hẹp hoặc tắc ĐMC bụng-chậu đi kèm với hẹp mạch vành hoặc bệnh van tim cần can thiệp khẩn. Cầu nối động mạch chủ -động mạch đùi (Aorto-Femoral Bypass-AFB) đã được sử dụng trên lâm sàng từ thập niên 1950 cho việc điều trị tắc động mạch chủ (ĐMC)- động mạch chậu (aorto-iliac occlusive disease-AIOD). Tuy nhiên, nếu vừa phẫu thuật tim đồng thời với mở bụng để làm cầu nối động mạch chủ -động mạch đùi thì rất nặng nề, tỷ lệ tử vong cao [2, 3]. Một giải pháp khác nhẹ nhàng hơn là tận dụng mở ngực đường giữa để làm cầu nối ĐMC lên- ĐM đùi hai bên (Ascending Aorto-Bifemoral bypass-AABF). Chúng tôi báo cáo kết quả ngắn hạn của 5 trường hợp cầu nối động mạch chủ lên -hai động mạch đùi (AABF) kết hợp với phẫu thuật

¹Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bình Dân

³Bệnh viện quân đội 175

Chịu trách nhiệm chính: Văn Hùng Dũng

Email: vanhungdung@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024