

NỘI SOI CAN THIỆP TRONG GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Trịnh Đình Hy,

CH Pháp, GS thỉnh giảng Trường ĐHYD Huế

Tóm tắt

Nội soi can thiệp đóng một vai trò chủ chốt trong việc điều trị giãn tĩnh mạch thực quản, là lý do thứ nhì xuất huyết ống tiêu hóa trên và là lý do tử vong của 1/3 bệnh nhân bị xơ gan. Tỷ lệ tái phát xuất huyết tương đối cao và tùy thuộc chức năng gan, kích thước và thể dạng giãn tĩnh mạch. Cột thắt cao su là phương pháp tiêu chuẩn vàng (gold standard) hiện nay, hữu hiệu, gây ít biến chứng, và tương đối dễ thực hiện. Cột thắt cao su được chỉ định rộng rãi, trong khi chảy máu cấp tính, cũng như để dự phòng chảy máu, tiên phát hoặc thứ phát. Tiêm xơ bằng polidocanol (Aetoxisclerol®) chỉ còn được chỉ định khi không có phương tiện cột cao su, hoặc khi còn lại tĩnh mạch sau khi cột cao su. Trong trường hợp giãn tĩnh mạch dạ dày nơi thượng vị, tiêm cyanoacrylate (Histoacryl®) là phương pháp hữu hiệu nhất.

Abstract

INTERVENTIONAL ENDOSCOPY IN THE TREATMENT OF OESOPHAGEAL VARICES

Trịnh Đình Hy

L'endoscopie interventionnelle joue un rôle essentiel dans le traitement des varices oesophagiennes, lesquelles sont la deuxième cause d'hémorragie digestive haute, et responsables de la mortalité d'1/3 des patients cirrhotiques. La fréquence des récidives hémorragiques est relativement élevée, et dépend de la fonction hépatique, de la taille et de l'aspect endoscopique des varices. Actuellement, la méthode de référence (gold standard) est la ligature élastique, qui est efficace, à l'origine de peu de complications et relativement facile à réaliser. La ligature élastique est largement indiquée, aussi bien en période hémorragique aiguë, qu'en prophylaxie primaire ou secondaire. La sclérose des varices par le polidocanol (Aetoxisclerol®) est seulement indiquée en cas d'indisponibilité du matériel de ligature élastique, ou de persistance de varices après ligature. En cas de varices gastriques fundiques, l'injection de cyanoacrylate (Histoacryl®) constitue la méthode la plus efficace.

DOI : 10.34071/jmp.2011.1.4

Giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là do sự tăng áp của tĩnh mạch cửa (TMC) trên 12 mm Hg (bình thường < 5 mm), liên quan tới xơ gan và một số bệnh khác, gây giãn hệ thống tuần hoàn bàng hệ ở thực quản và cận thực quản.

Chảy máu do giãn TMTQ là lý do thứ nhì xuất huyết ống tiêu hóa trên, và là lý do tử

vong của 1/3 bệnh nhân bị xơ gan.

1. VAI TRÒ CỦA NỘI SOI CAN THIỆP

Nội soi can thiệp có thể đóng hai vai trò trong giãn tĩnh mạch thực quản :

- 1) Điều trị trong khi chảy máu cấp tính
- 2) Dự phòng chảy máu:

- *tiên phát* (primary prophylaxis), trước khi chảy máu lần đầu tiên,
- hoặc *thứ phát* (secondary prophylaxis), để phòng ngừa chảy máu trở lại.

Tỉ lệ tái phát xuất huyết (thường xảy ra từ 5 ngày tới 2 tuần sau) khá cao (30 - 60%), do đó dự phòng chảy máu trở lại là một điều vô cùng cần thiết, cũng như sự đánh giá rủi ro tái phát trên mỗi bệnh nhân.

Có 3 yếu tố ảnh hưởng vào sự tái phát:

1. Chức năng gan (xơ gan, theo phân loại Child A, B, C). Càng thuộc phân loại nặng (C), nguy cơ tái phát càng cao.

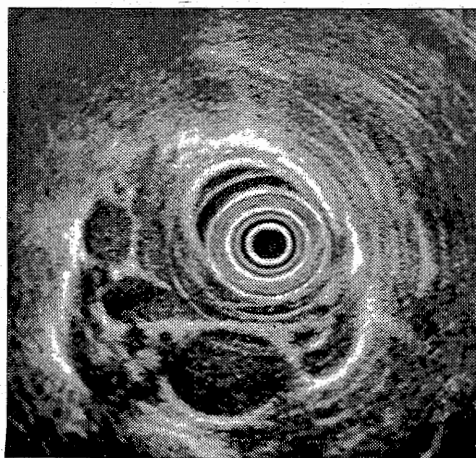
2. Kích thước TMTQ (xếp hạng 1, 2, 3).
Hạng 1 : tĩnh mạch nhỏ, xẹp khi bơm hơi;
hạng 2 : tĩnh mạch hơi nhô lên khi bơm hơi, < 1/3 đường kính, không sát nhau; hạng 3 : tĩnh mạch nhô lên rõ khi bơm hơi, > 1/3 đường kính, sát nhau. Càng xếp hạng cao (tĩnh mạch lớn), nguy cơ tái phát càng cao.

3. Thể dạng tĩnh mạch thực quản (nguy cơ tái phát cao khi có những vết đỏ, red color signs)

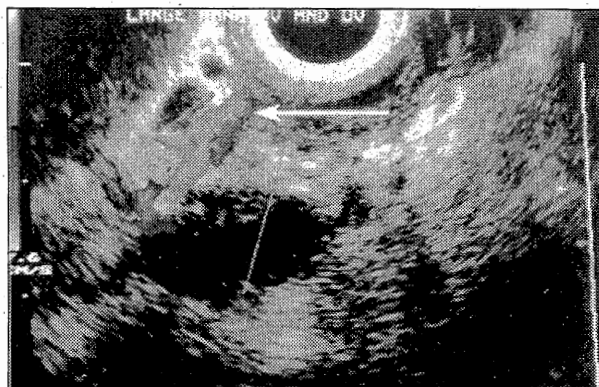
Người ta có nhiều cách phân loại giãn TMTQ: Dagradi, Japanese Research Society (JRS), North Italian Endoscopy Club (NIEC), để đánh giá nguy cơ chảy máu.

Nói tóm lại, có nhiều rủi ro chảy máu khi: chức năng gan kém, TMTQ giãn lớn và có vết đỏ.

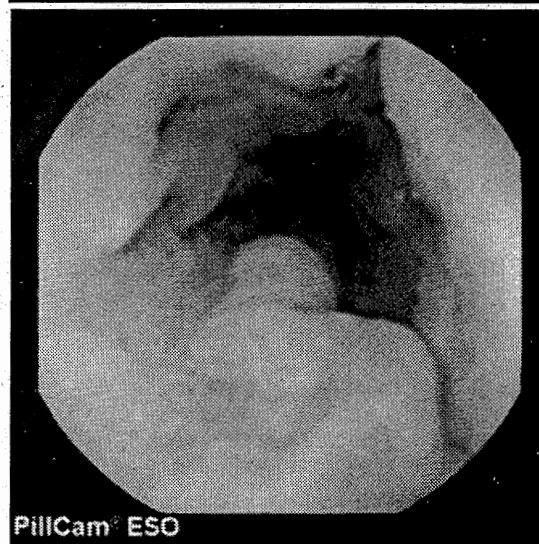
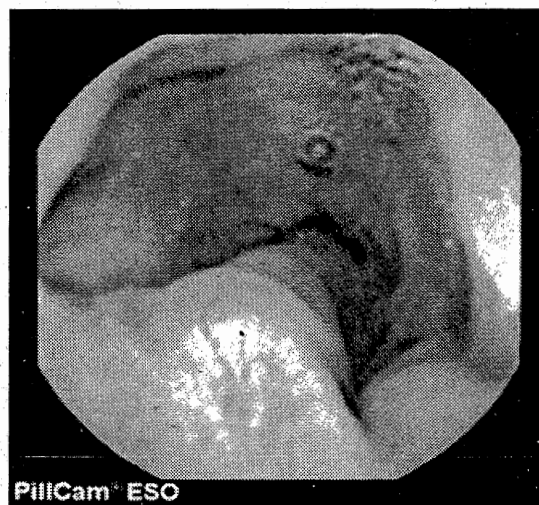
Hiện nay, ngoài nội soi, người ta còn có thể dùng: siêu âm nội soi (EUS) và video viên (nang), để chẩn đoán và đánh giá giãn TMTQ.



Hình 1. Hình giãn TMTQ trên siêu âm nội soi (EUS)



Hình 2. Hình TMTQ xuyên thủng (perforating veins) trên EUS dùng echo-Doppler



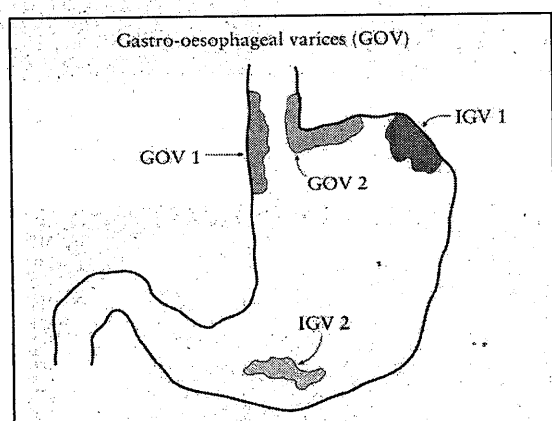
Hình 3. Hình giãn TMTQ trên video viên (nang)

Giãn tĩnh mạch dạ dày

Ngoài giãn TMTQ ra, một số bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch dạ dày (TMDD) hoặc tá tràng, hỗng tràng. Giãn tĩnh mạch dạ dày có

thể được phân loại như sau, theo SARIN :

- GOV1 : giãn TM thực quản + dạ dày phía bờ cong nhỏ
- GOV2 : giãn TM thực quản + thượng vị (thường là tâm - phình vị)
- IGV1 : giãn TM thượng vị
- IGV2 : giãn TMDD nơi khác



Hình 4. Phân loại giãn TMDD

So với giãn TM thực quản, giãn TM dạ dày ít khi gặp hơn và ít chảy máu hơn, nhưng khi chảy máu thì thường nặng hơn, và tỉ lệ tử vong cao hơn (45 – 55%)

Giãn tĩnh mạch tá tràng, hồng tràng: giãn tĩnh mạch ngoài những nơi thường gặp như thực quản, dạ dày, được gọi là lạc chỗ (ectopic).

Tỉ lệ giãn tĩnh mạch lạc chỗ là khoảng 1 – 3% các bệnh nhân bị tăng áp TMC do xơ gan, và 20 – 30 % các bệnh nhân bị tăng áp TMC ngoài gan. Chủ yếu là ở tá tràng và đầu hồng tràng, và ít khi chảy máu hơn so với TQ, DD.

Bệnh dạ dày do tăng áp TMC

Ngoài ra, tăng áp TMC còn có thể gây nên bệnh dạ dày sung huyết do tăng áp TMC (portal hypertensive gastropathy).

Bệnh này có thể nhẹ, dưới dạng “hình khảm” (mosaic) trên hình nội soi, hoặc nặng hơn, chảy máu từ từ, lan rộng.

2. CÁC PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI CAN THIỆP

2.1. Tiêm xơ giãn TMTQ

Là phương pháp xưa nhất (Crafoord, Freckner, 1939, dùng ống soi cứng), và sau đó trở thành phổ biến từ khi có ống soi mềm.

Kỹ thuật: dùng kim tiêm vào giữa hoặc bên cạnh TM chất polidocanol (Aetoxisclerol®) 1%, tiêm từ dưới lên trên, mỗi nơi 2 ml, tổng cộng không quá 50 ml, mỗi tuần 1 lần, cho đến khi các TM trở thành xơ hóa.

Tai biến : tỉ lệ có thể lên tới 20 %, hoặc tại chỗ: chảy máu, loét, hẹp, thủng (ít khi gặp), hoặc xa: nhiễm trùng huyết, dịch màng phổi

Do đó, tiêm xơ không được chỉ định như một phương pháp dự phòng *tiền phát* chảy máu.

2.2. Cột thắt cao su

Là phương pháp tương đối mới, khởi xướng bởi Stiegmann (1986).

Kỹ thuật: gắn vào ống soi một đầu nhựa có nhiều vòng cao su (4 – 6), cột từng búi TM một, từ dưới lên trên, chọn những nơi đang chảy máu, hoặc có dấu vết chảy máu, chọn những búi nhô lên và giãn nhất, hút hơi đủ mạnh để vòng cao su đứng tuột ra

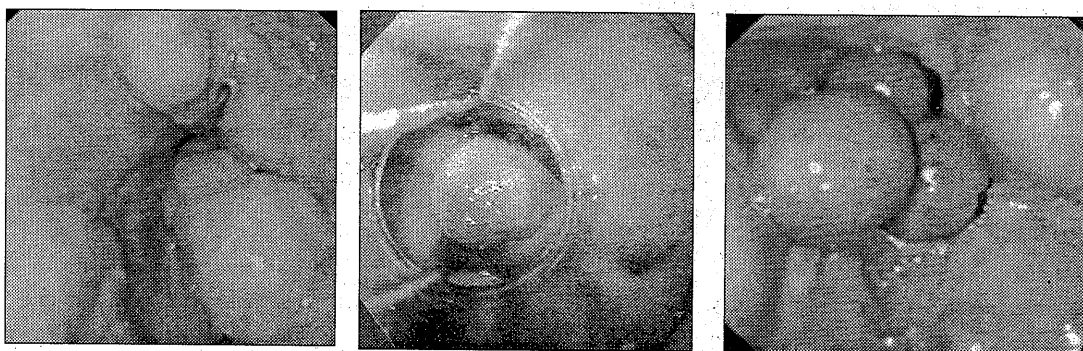
So sánh giữa tiêm xơ và cột thắt cao su giãn TMTQ :

Những nghiên cứu so sánh hai phương pháp cho thấy cột thắt cao su :

- cần ít lượt hơn để điều trị triệt căn giãn TMTQ
- giảm tỉ lệ tái phát chảy máu
- giảm tử vong do tái phát chảy máu, và tử vong tổng quát
- gây ít biến chứng hơn (2%), và đặc biệt hẹp thực quản

Do đó, chọn lựa hiện nay là nên cột thắt cao su hơn là tiêm xơ giãn TMTQ.

Tiêm xơ chỉ còn chỉ định là bổ túc cột cao su, khi còn lại TM không cột được nữa.



Hình 5. Hình nội soi cột thắt cao su giãn TMTQ

2.3. Tiêm keo cyanoacrylate (Histoacryl®)

Khởi xướng bởi Soehendra (1986), để điều trị giãn TM dạ dày. N-butyl-2-cyanoacrylate (Histoacryl*) là một chất keo lỏng trở thành cứng khi hòa với máu. Do đó nó bít lại TM giãn, và rút ra sau một thời gian.

Kỹ thuật:

- phải rất cẩn thận, vì chất keo dính chặt có thể làm hư luôn ống nội soi và gây tổn thương nếu bắn vào mắt

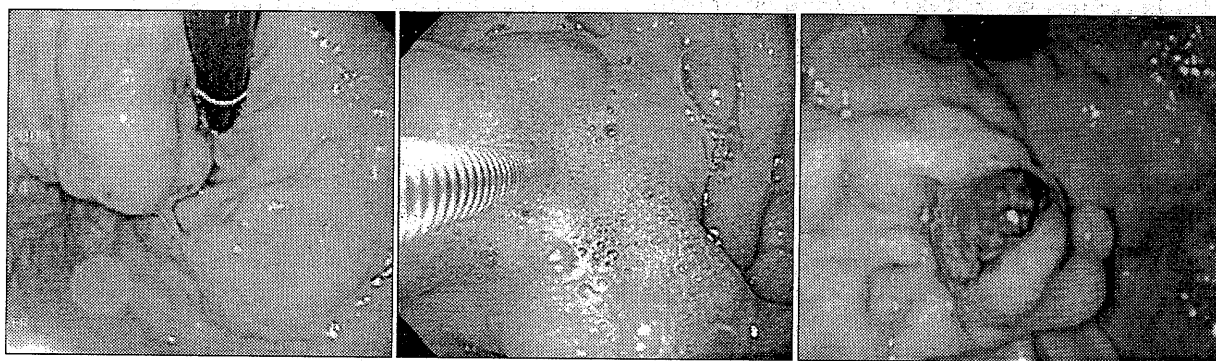
- sửa soạn: trong một ống tiêm, pha

Histoacryl 0, 5 ml với lipiodol 0,8 ml; bên cạnh, 2 ống lipiodol 2 ml, và nhiều ống nước cất

- dùng kỹ thuật “sandwich”: 1) bơm lipiodol vào kim tiêm và đầu ống thao tác, 2) tiêm Histoacryl + lipiodol vào TM, 3) tiêm thêm lipiodol vào TM, 4) rút kim ra và bơm rửa ngay kim tiêm bằng nước cất.

- tránh ghé đầu ống soi vào chỗ tiêm và hút nước trong khi soi

Tai biến tương đối ít: loét, tắc động mạch (embolization) phổi hoặc não.



Hình 6. Tiêm cyanoacrylate (Histoacryl®) trong giãn TMDD (hình cuối keo rút dần ra trong những tháng sau)

3. CHỈ ĐỊNH TRONG ĐIỀU TRỊ GIÃN TMTQ

3.1. Trong giai đoạn chảy máu cấp tính

1/ điều trị nội khoa: truyền máu, điều trị rối loạn đông máu, cho thuốc somatostatine hoặc octreotide, thuốc ức chế bơm proton

2/ nội soi can thiệp: cột vòng cao su. Nếu không có, tiêm sơ TMTQ

3.2. Dự phòng chảy máu

1/ bằng thuốc : chẹn beta (propranolol) hoặc nếu BN không chịu được thuốc này, nitrates

2/ bằng nội soi can thiệp : cột vòng cao su

3/ trong trường hợp thất bại : tạo shunt TM cửa-chủ trong gan (TIPS, transjugular intrahepatic portosystemic shunt), nhưng tỉ lệ biến chứng cao (bệnh não, encephalopathy)

3.3. Trường hợp đặc biệt của giãn TM dạ dày

Thường đi cùng với giãn TMTQ (GOV1, GOV2), nhưng cũng có thể biệt lập (IGV1, IGV2). Giãn TM dạ dày có thể xuất hiện sau khi tiêm xơ hoặc cột cao su giãn TMTQ.

- GOV1 (giãn TM thực quản + dạ dày phía bờ cong nhỏ) : thường gặp hơn, tiến triển tốt hơn và ít chảy máu lại (5%). Chỉ định **cột thắt cao su**

- GOV2 (giãn TM thực quản + thượng vị) : ít gặp hơn, tiến triển kém hơn và hay chảy máu lại hơn (20%). Chỉ định **tiêm Histoacryl®**

- IGV1 (giãn TM thượng vị) : ít gặp (loại trừ tắc TM lách do K hay viêm tụy), rủi ro chảy máu lại (50%) và tử vong cao, khó điều trị hơn. Chỉ định **tiêm Histoacryl®**.

4. KẾT LUẬN

- Điều trị giãn tĩnh mạch TQDD cần được sự cộng tác chặt chẽ của các khoa nội, ngoại, gây mê hồi sức, chẩn đoán hình ảnh, trong đó nội soi can thiệp đóng một vai trò chủ chốt.

- Cột thắt cao su là phương pháp tiêu chuẩn vàng (gold standard) hiện nay, vừa hữu hiệu, vừa gây ít biến chứng, và tương đối dễ thực hiện.

- Cột thắt cao su được chỉ định trong khi chảy máu cấp tính, cũng như dự phòng chảy máu, tiên phát hoặc thứ phát.

- Tiêm xơ bằng polidocanol (Aetoxisclerol®) chỉ còn được chỉ định khi không có phương tiện cột cao su, hoặc khi còn lại tĩnh mạch sau khi cột cao su.

- Trong trường hợp giãn tĩnh mạch dạ dày nơi thượng vị (GOV2, IGV), tiêm cyanoacrylate (Histoacryl®) là phương pháp hữu hiệu nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CARBONELL N., Prise en charge des varices oesophagiennes au cours de la cirrhose, 2006. <http://hepatoweb.com/congres/saintantoine2006/hepatocarbonell.pdf>
2. FUNAKOSHI N., Ligature élastique endoscopique versus béta-bloquant dans la prévention primaire des hémorragies digestives par rupture de varices oesophagiennes: résultats d'une méta-analyse, Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive, Vendredi 20 mars 2009. <http://www.snfge.org/01-Bibliotheque/0B-Conferences-Flash/2009/219/indexConf.asp#debut>
3. SARIN SK., SATAPATHY SK., Endoscopic management of oesophageal and gastric varices. http://www.bhj.org/journal/2002_4404_oct/therap_517.htm
4. SNFGE, Conférences de Consensus, Complications de l'hypertension portale chez l'adulte, Texte long, Paris, 4 et 5 décembre 2003. http://hepatoweb.com/dossierconsensus/CC_HTPtextelong.pdf