

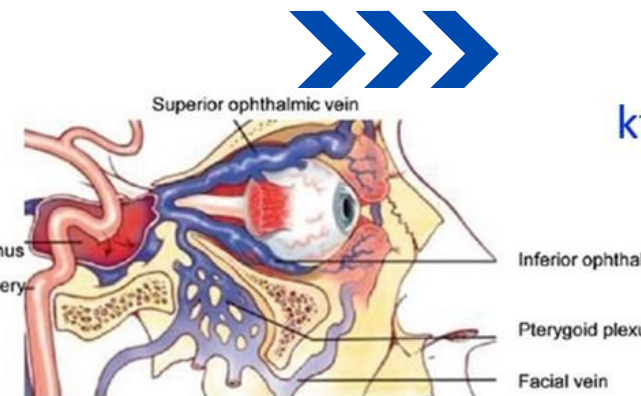


# CAN THIỆP ĐIỀU TRỊ RÒ ĐM CẢNH XOANG HANG VÀ DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO

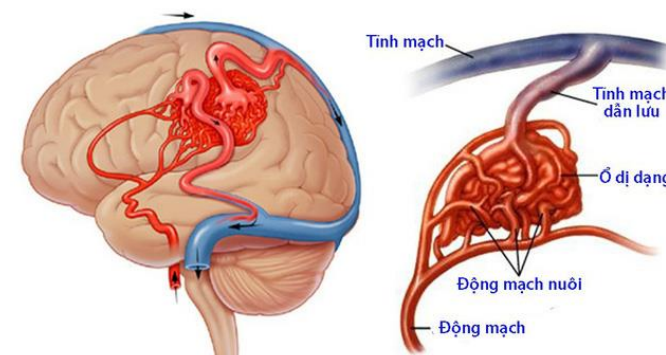
ThsBsCKII Nguyễn Văn Thảo

# NỘI DUNG

● Chẩn đoán rò ĐMC-XH



● Chẩn đoán dị dạng động TM não



● Trường hợp lâm sàng

● Kết luận

*Nội dung*

# Chẩn đoán rò ĐM cảnh xoang hang



## Lâm sàng

- Diễn hình lồi mắt, đỏ mắt, phù kết mạc ở mắt (do tĩnh mạch mắt giãn), ù tai theo mạch đập, nghe trên mi mắt có thể có âm thổi liên tục.
- Liệt vận nhãn: sụp mi, nhìn đôi, hạn chế vận động mắt (liệt III, IV, VI).
- Đau đầu, giảm thị lực tăng dần.
- Có thể có XHN, XHDN nhưng hiếm gặp hơn
- Tăng nhãn áp thứ phát

# Chẩn đoán rò ĐM cảnh xoang hang



## Hình ảnh học

**Siêu âm Doppler:** điển hình là TM mắt dẫn to, có hiện tượng thông nối động TM, TM mắt bị ĐM hóa.

**CT , MRI :-** Giãn tĩnh mạch mắt trên, lồi mắt.

-Phì đại các cơ vận nhãn, phù mắt

-Xoang hang phồng lên, ngấm thuốc không đối xứng của xoang hang với độ đậm đặc tương tự như động mạch cảnh trong và cao hơn xoang ngang.

**Chụp động mạch (DSA):** tiêu chuẩn vàng

-Sự chuyển hướng nhanh từ ĐM cảnh trong vào xoang hang

-Dãn lớn tĩnh mạch dẫn lưu.

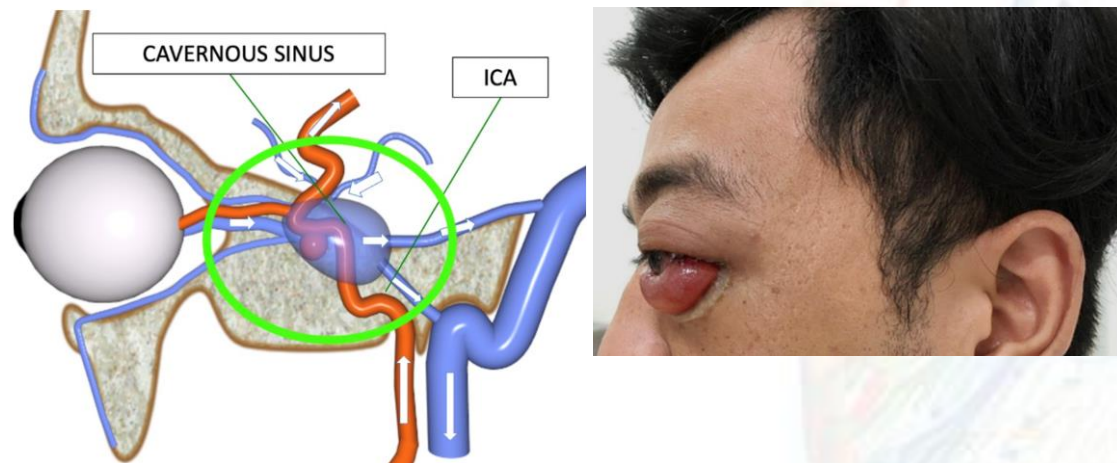
-Dòng chảy ngược từ xoang hang, phổ biến nhất là vào TM mắt trên

# Chẩn đoán rò ĐM cảnh xoang hang

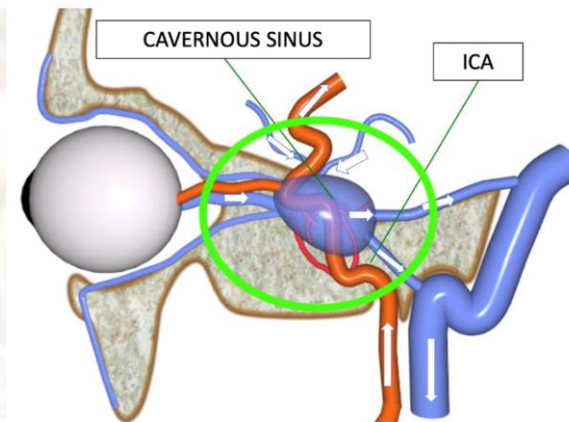


## Phân loại theo Barrow:

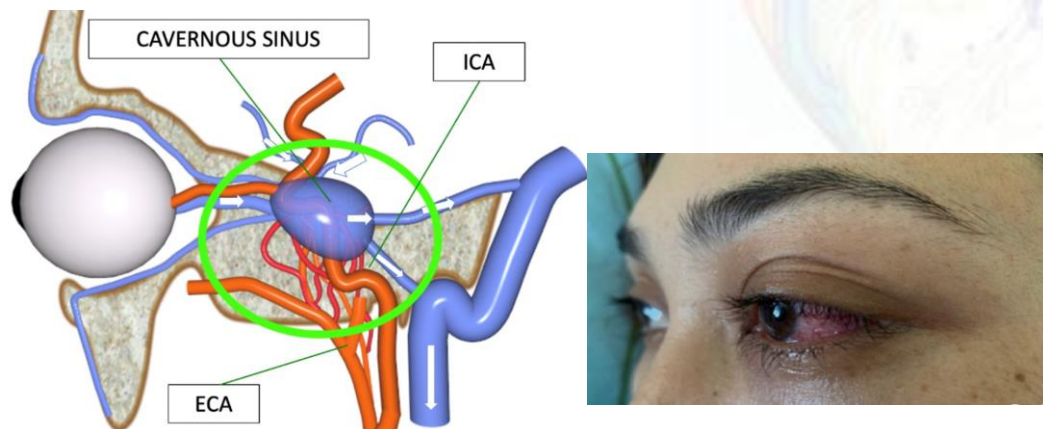
- Type A: rò trực tiếp từ động mạch cảnh trong vào xoang hang.



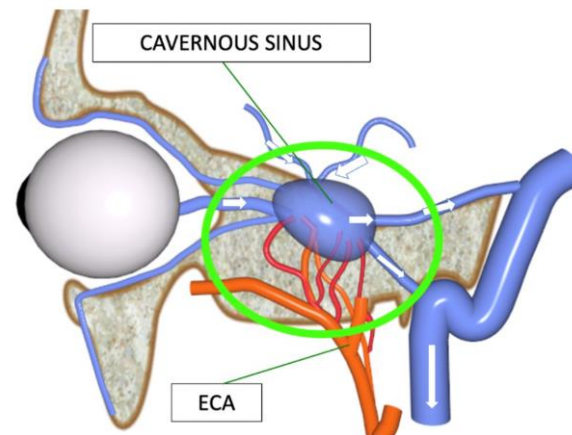
- Type B: rò gián tiếp từ các nhánh nhỏ của động mạch cảnh trong vào xoang hang.



- Type D: rò gián tiếp từ các nhánh nhỏ của động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài vào xoang hang.



- Type C: rò gián tiếp từ các nhánh nhỏ động mạch cảnh ngoài vào xoang hang.



# Chẩn đoán rò ĐM cảnh xoang hang



## Điều trị

**Mục tiêu:** bít lỗ rò để loại bỏ các triệu chứng

**Đè ép** → dòng thấp: đè ép ĐM cảnh cổ nhiều lần trong ngày trong 4-6 tuần thúc đẩy huyết khối tại lỗ rò.

**Can thiệp nội mạch:** thuyên tắc nội mạch với sự kết hợp của bóng, cuộn coil, stent hoặc chất gây tắc mạch lỏng. Tỷ lệ chữa khỏi cao với ít biến chứng nhất.

**Phẫu thuật** rò trực tiếp.

**Tia gamma knife:** rò gián tiếp

# Chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch não



## Lâm sàng

- ❖ **Chảy máu não:** thường gặp khoảng 50-70% người bệnh AVM tại thời điểm được chẩn đoán.
- ❖ **Động kinh**
- ❖ **Các triệu chứng khác (ít gặp hơn):**
  - Đau đầu mạn tính: 6-14%
  - Đau TK khu trú (thoáng qua, cố định hoặc tiến triển) do khối choán chỗ hoặc rối loạn huyết động: 3-10%

# Chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch não



## Hình ảnh học

❖ AVM kích thước  $> 3\text{cm}$   $\rightarrow$  dễ chuẩn đoán

Trên CT/MRI: thấy búi mạch giãn, teo nhu mô xung quanh (do hiện tượng cướp máu), vôi hóa, TM dẫn lưu.

❖ AVM kích thước nhỏ, kín đáo: chuẩn đoán dựa vào thì TM xuất hiện sớm thì ĐM trên CTA và TM giãn trên MRI

❖ DSA là tiêu chuẩn vàng

# Chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch não



## Phân loại theo Spetzler và Martin

Đặc điểm	Điểm
<b>Kích cỡ AVM</b>	
Nhỏ < 3 cm.	1
Trung bình 3 – 6 cm	2
Lớn > 6 cm	3
<b>Vùng não chức năng</b>	
Vùng não có chức năng	1
Vùng não ít chức năng	0
<b>Tĩnh mạch dẫn lưu</b>	
Nông	0
Sâu	1

Class	Spetzler-Martin Grade	Management
A	I & II	resection
B	III	multimodality treatment
C	IV & V	no treatment*

\* Exceptions for treatment of Class C AVMs include recurrent hemorrhages, progressive neurological deficits, steal-related symptoms, and AVM-related aneurysms.

# Chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch não



## Điều trị

**Mục tiêu** là loại bỏ hoàn toàn AVM ra khỏi vòng tuần hoàn--> tránh được nguy cơ XHN trong tương lai. Tuy nhiên, phải giảm thiểu được nguy cơ tai biến và biến chứng của việc điều trị.

❖ Các PP điều trị hiện nay:

- Vi phẫu sọ não
- Can thiệp nội mạch
- Xạ phẫu

➤ Phẫu thuật là PP triệt để nhất để loại bỏ hoàn toàn tổn thương. Tuy nhiên, có những tình huống phải phối hợp nhiều PP để có được kết quả tối ưu

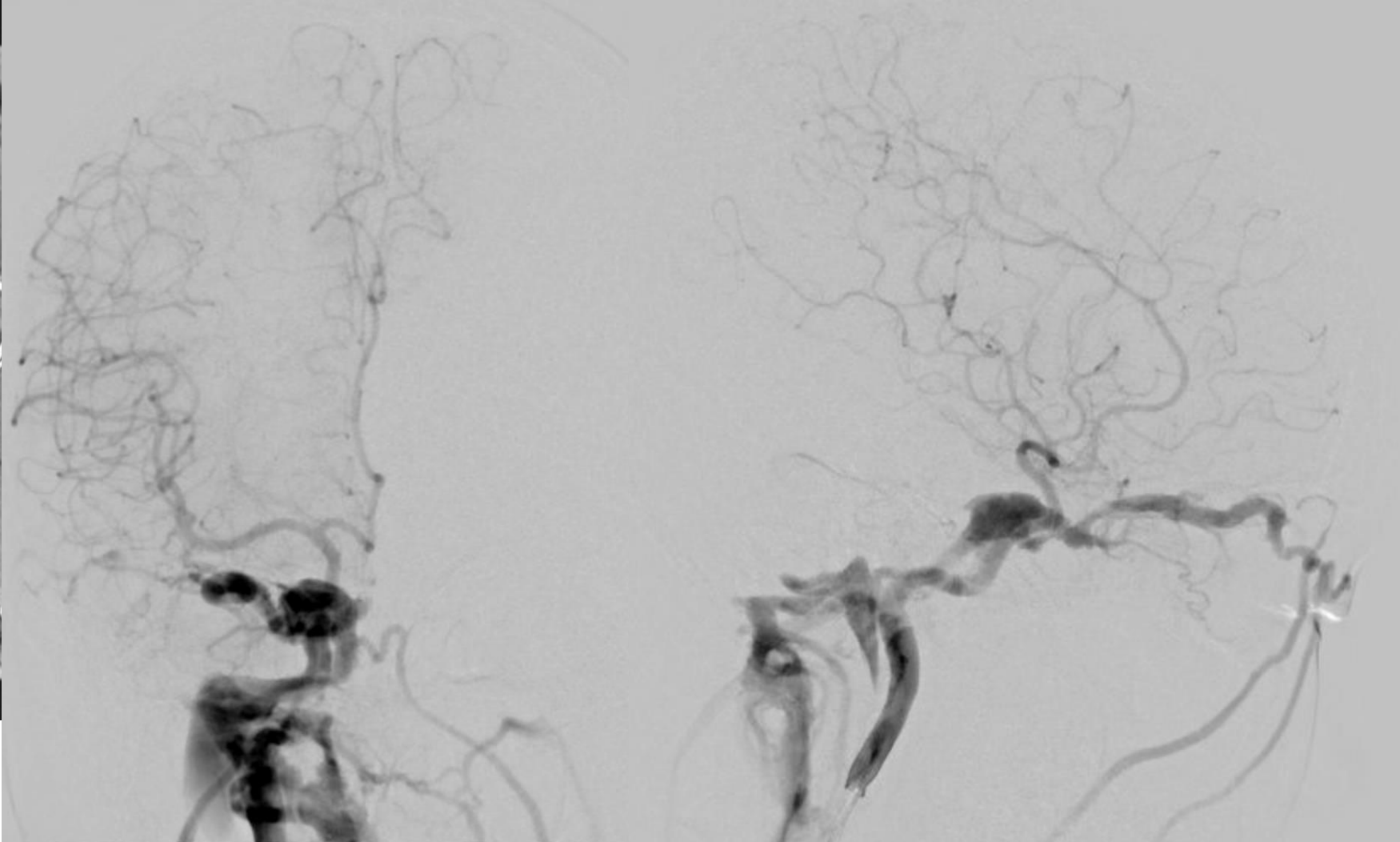
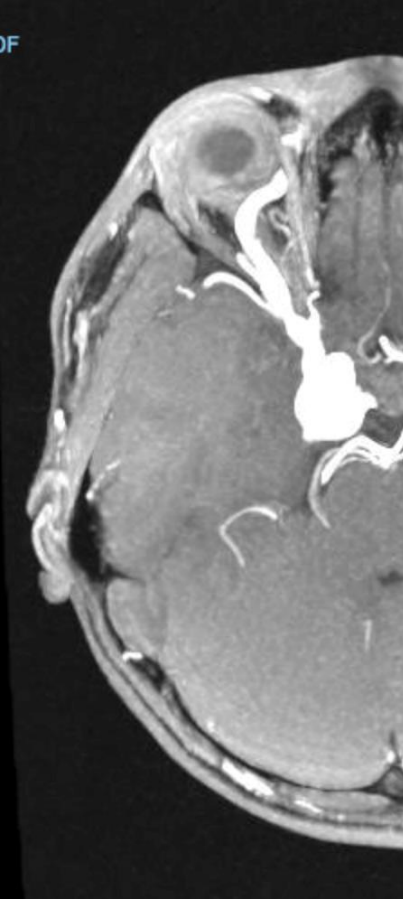
# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH trực tiếp



Bn nam, 22t sau TNGT 3 tuần → mắt (P) lồi mắt+ đỏ mắt



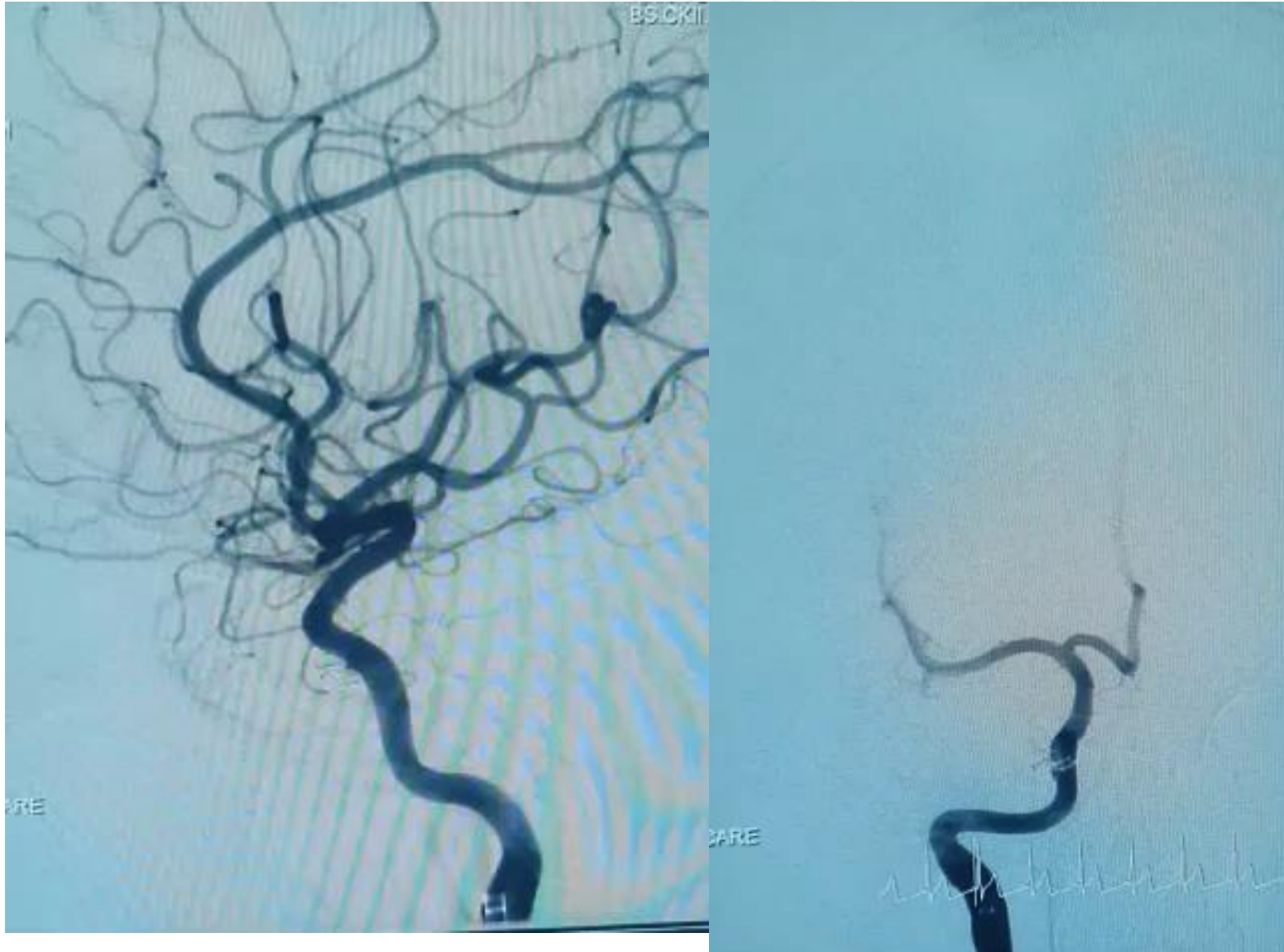
# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH trực tiếp



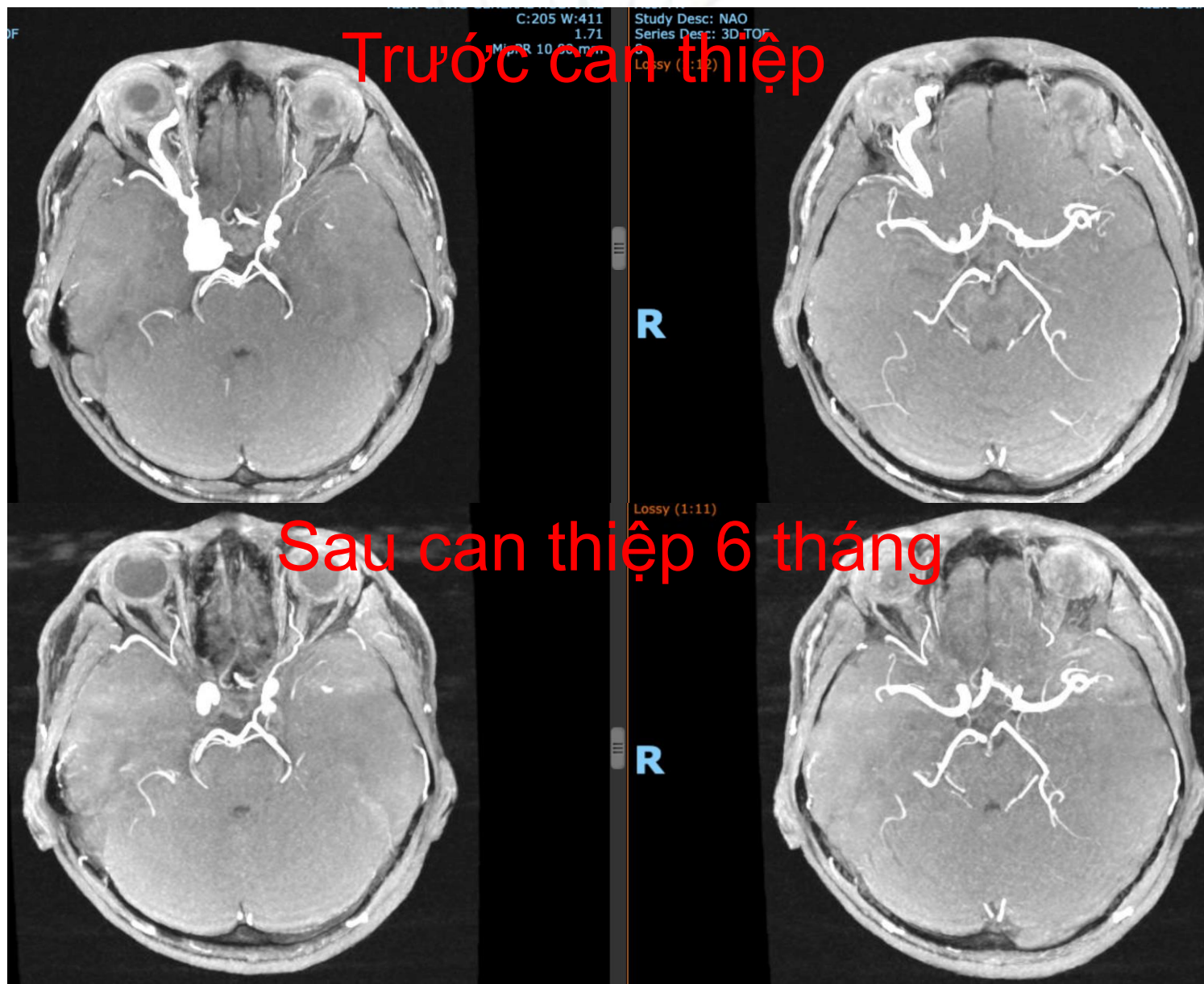
# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH trực tiếp



# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH trực tiếp



# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH trực tiếp



Trước can thiệp

Sau can thiệp 6 tháng

# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH gián tiếp

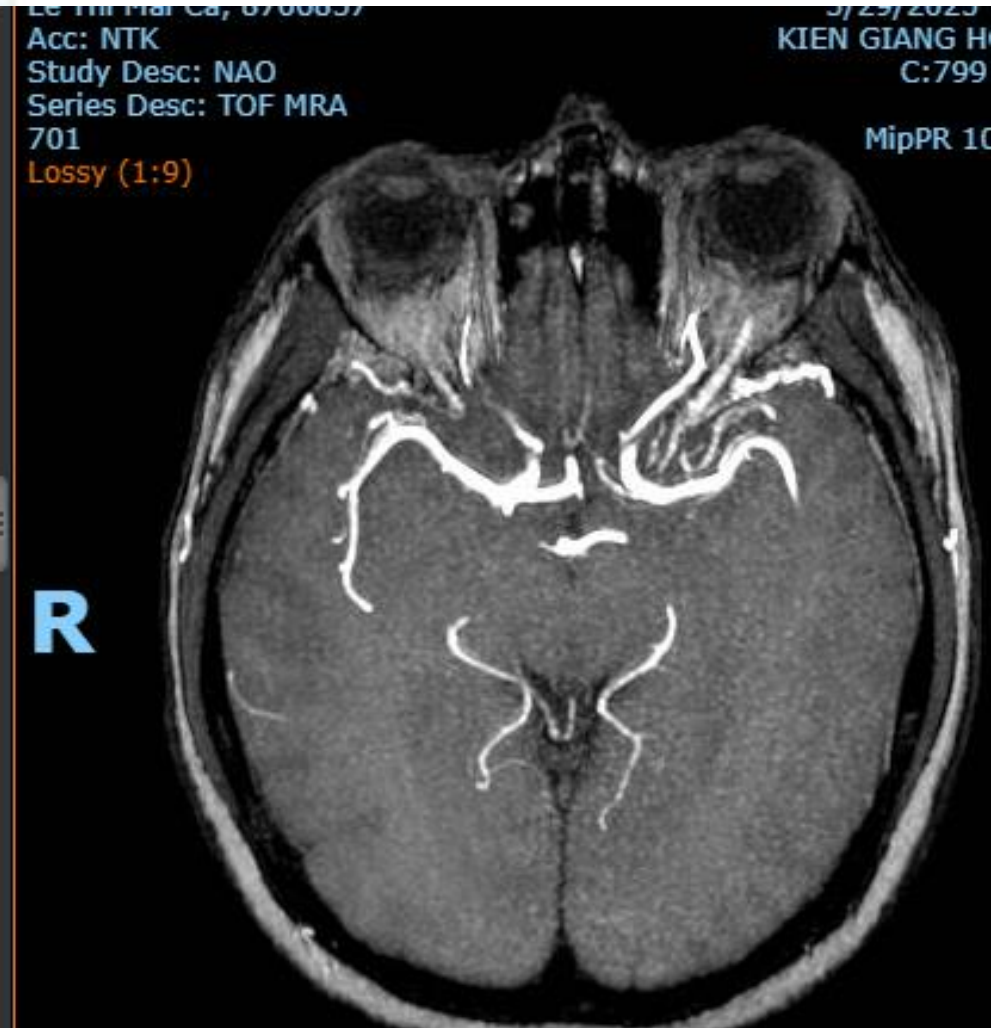
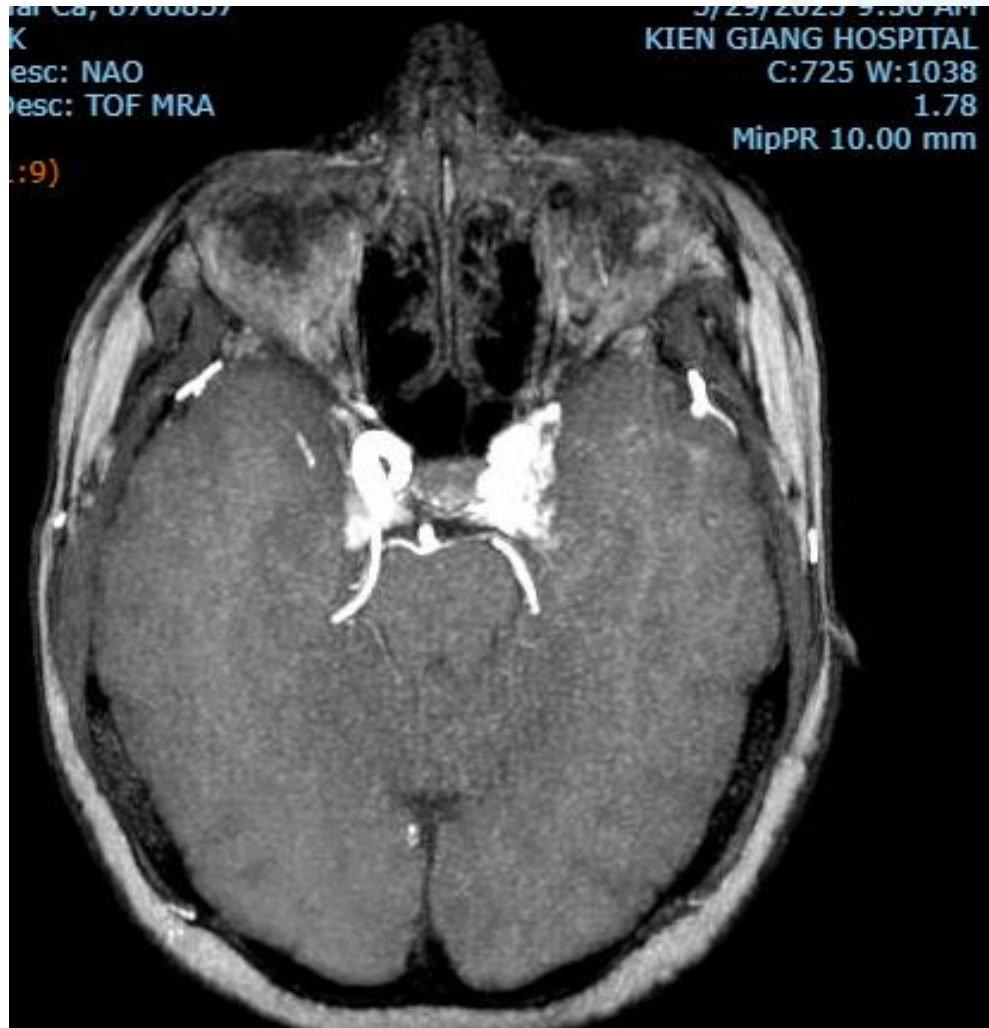


Bn nữ, nữ, 41t

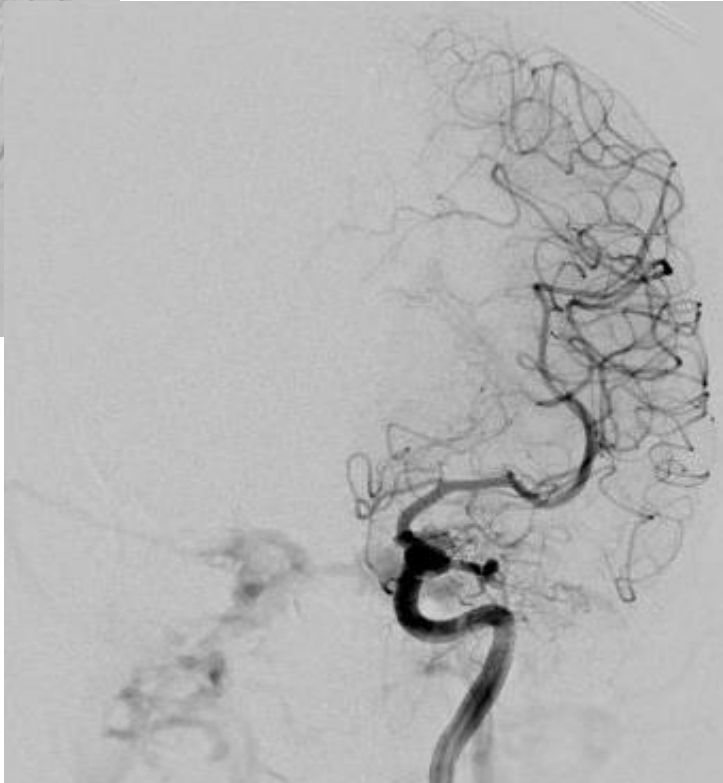
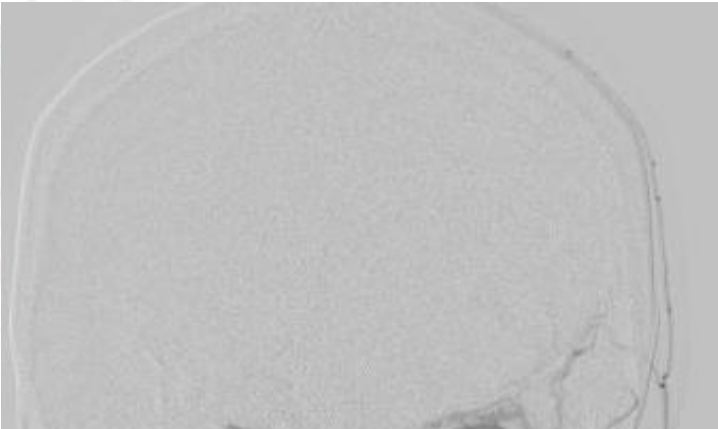
LDNV:đỏ mắt+nhìn mờ mắt (T) tăng dần



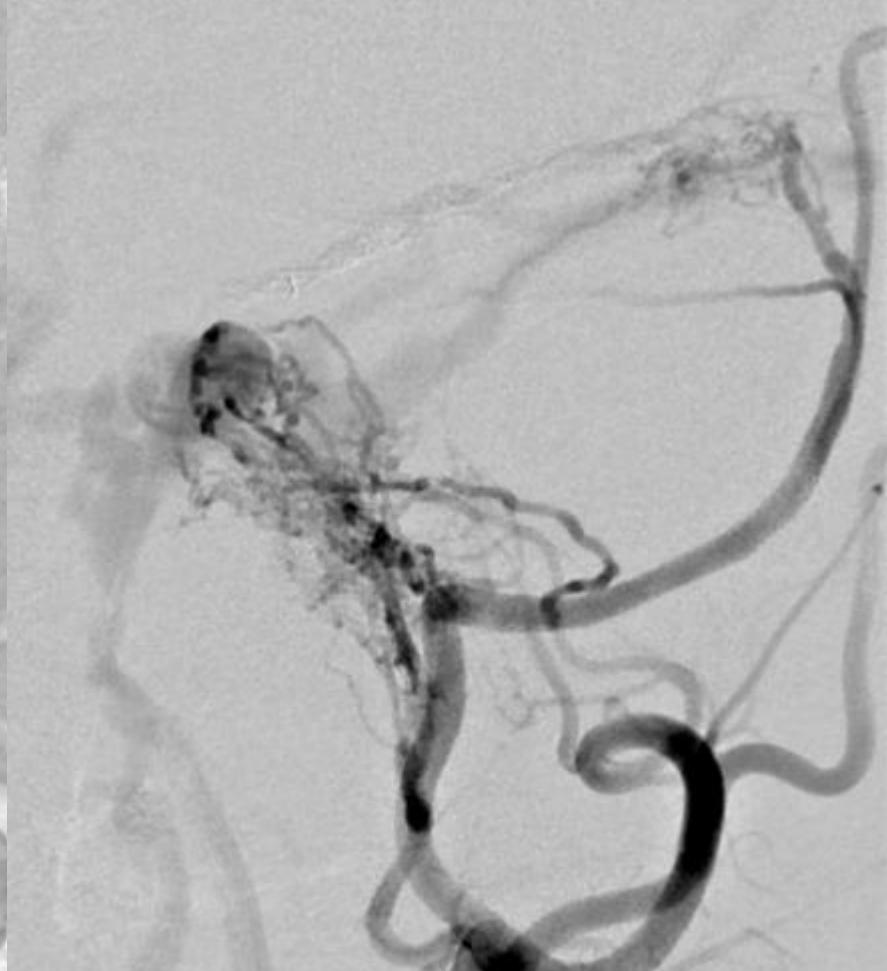
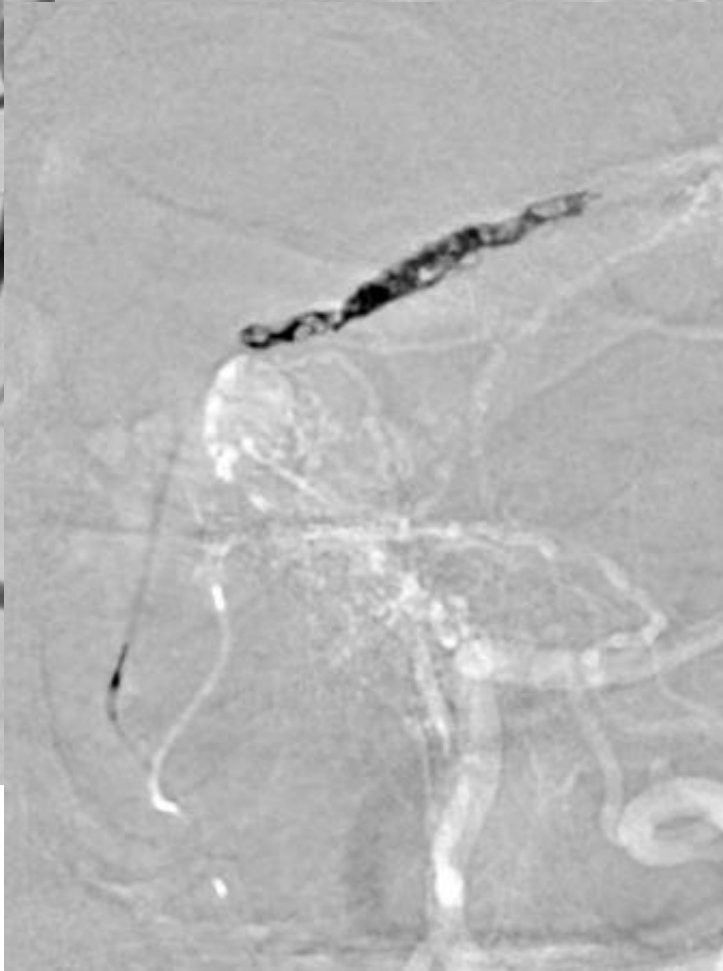
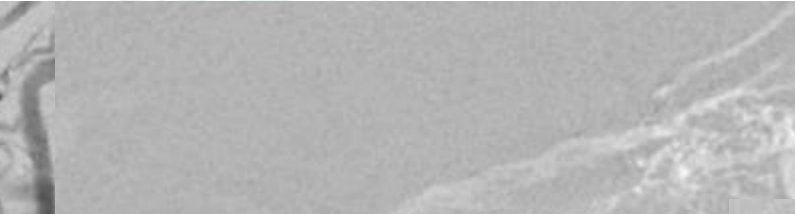
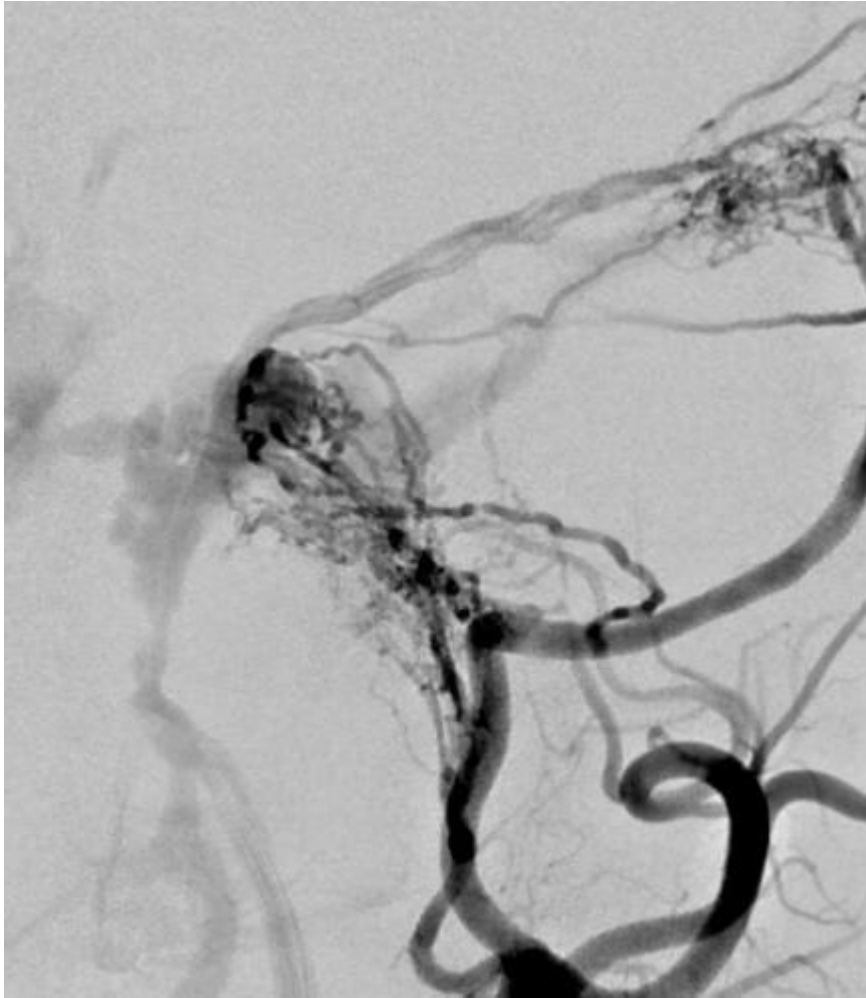
# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH gián tiếp



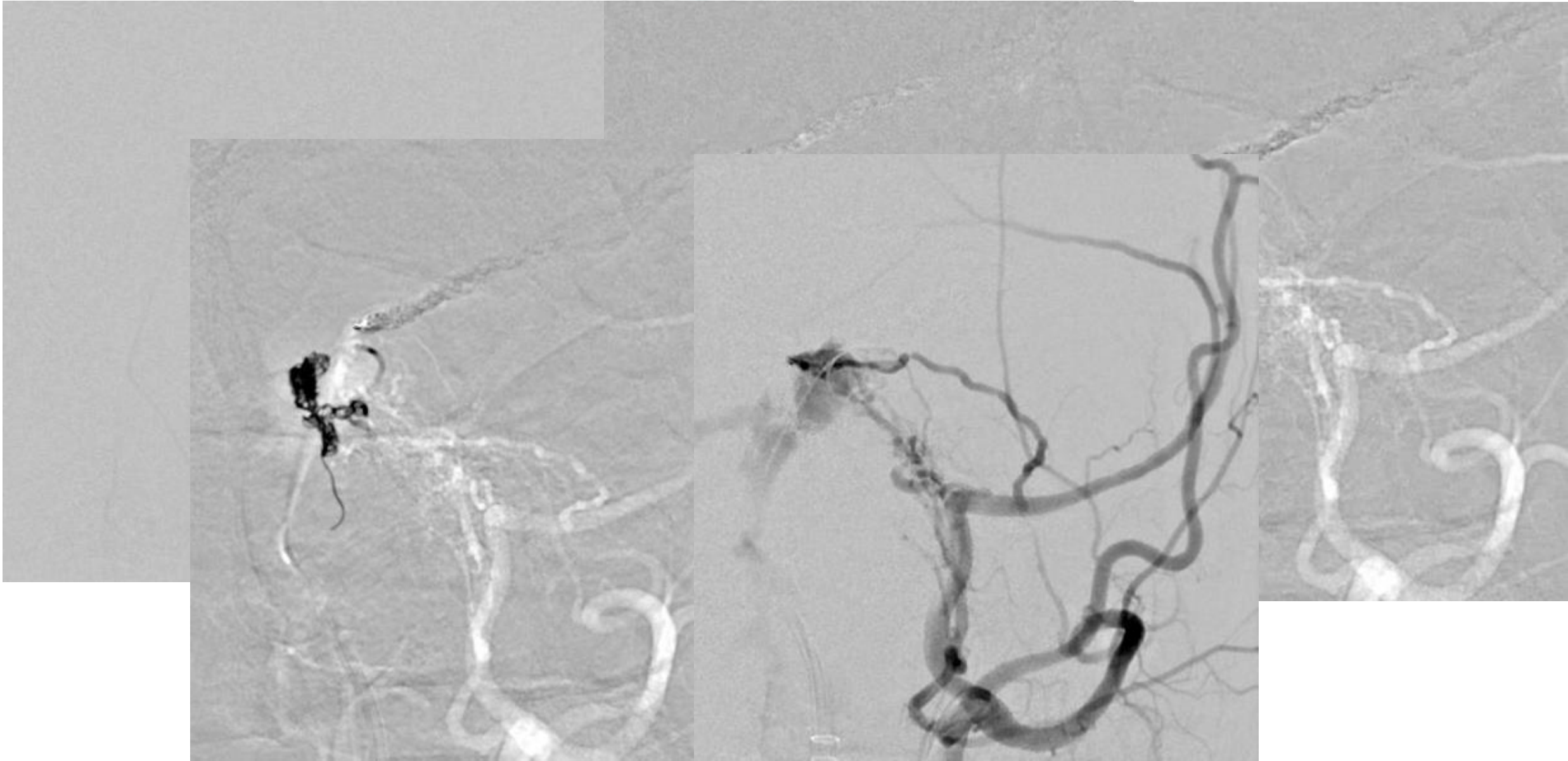
# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH gián tiếp



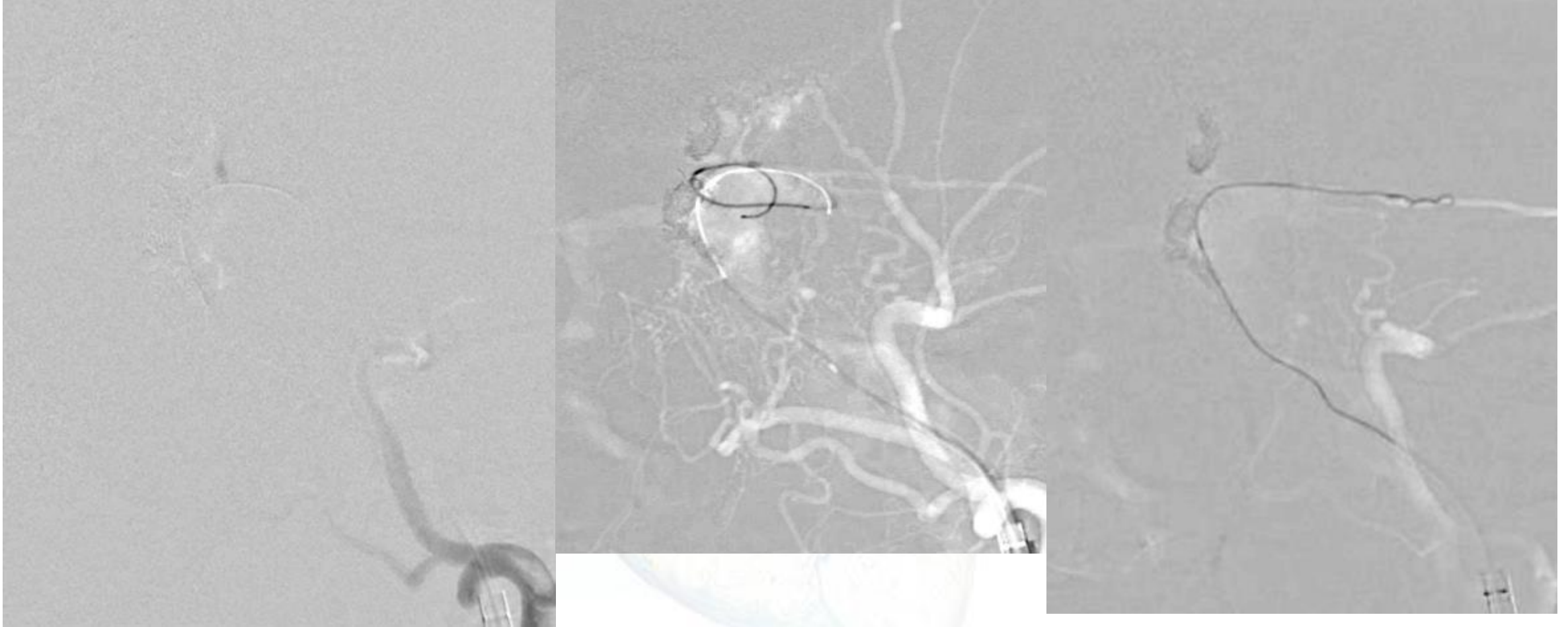
# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH gián tiếp



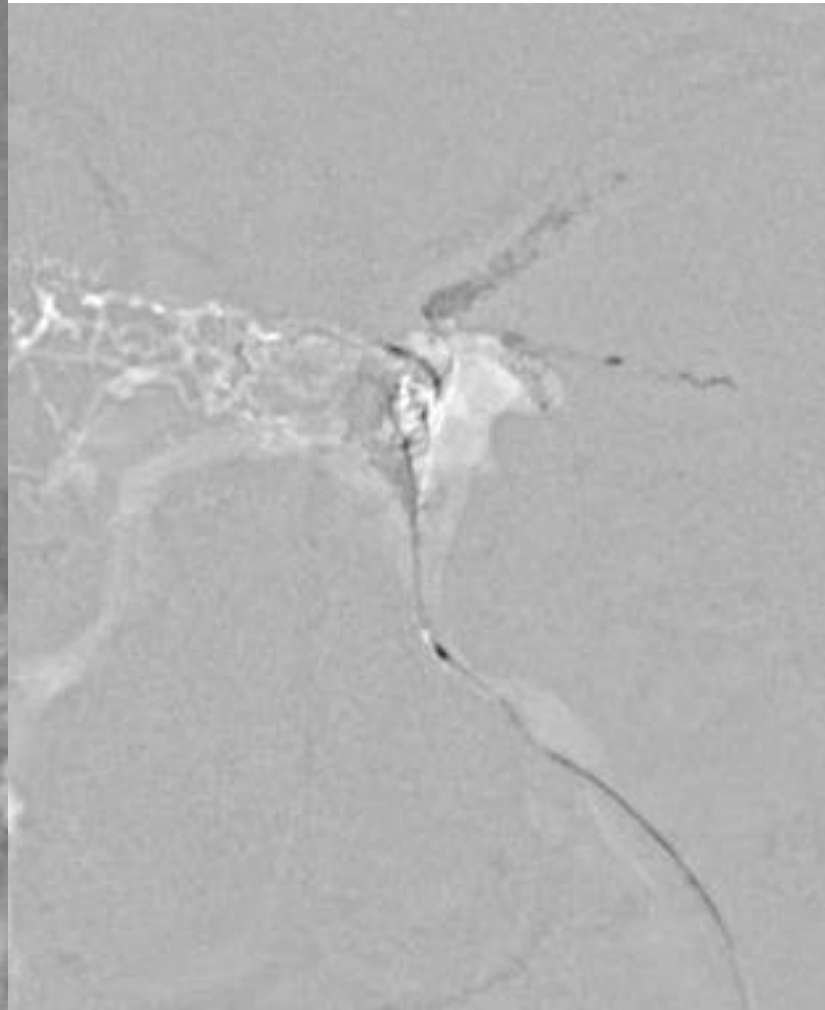
# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH gián tiếp



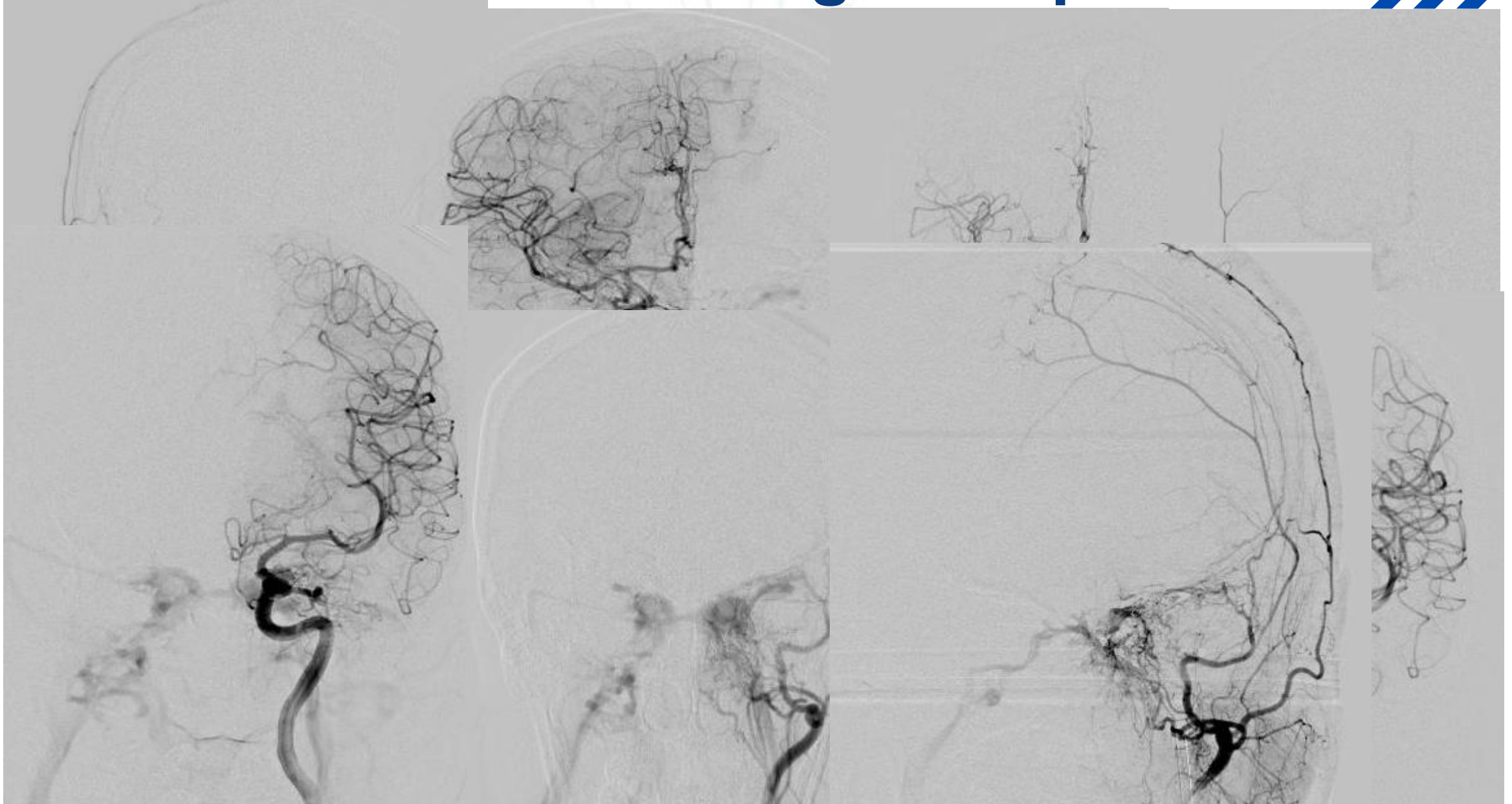
# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH gián tiếp



# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH gián tiếp



# Ca lâm sàng rò ĐMC-XH gián tiếp

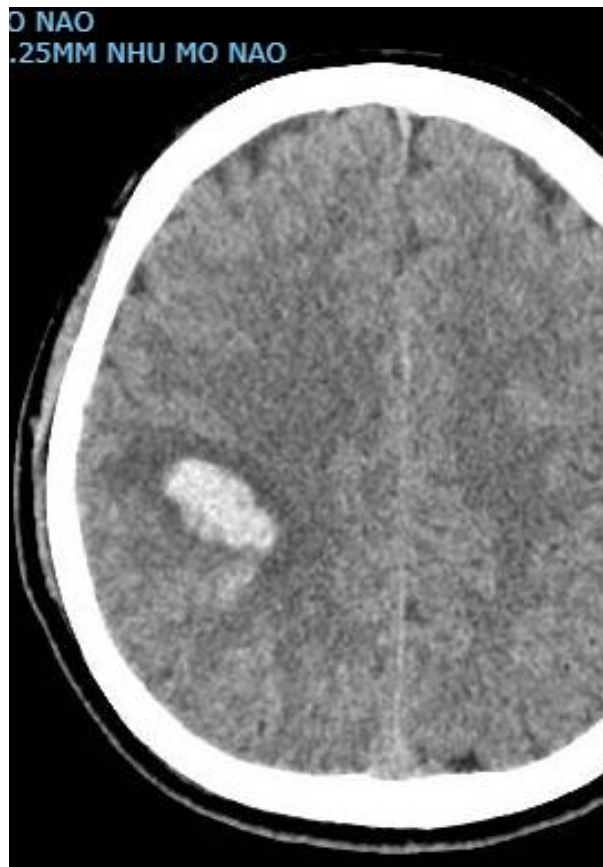


T

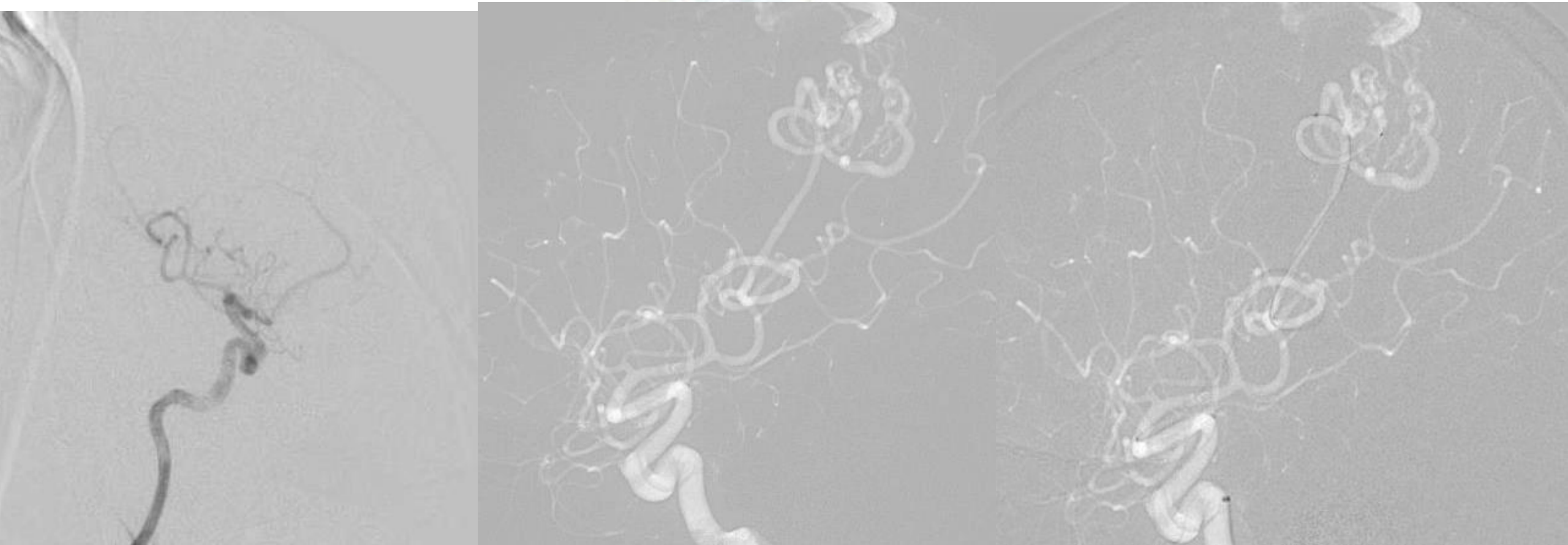
S

# Ca lâm sàng dị dạng thông động TM não >>>

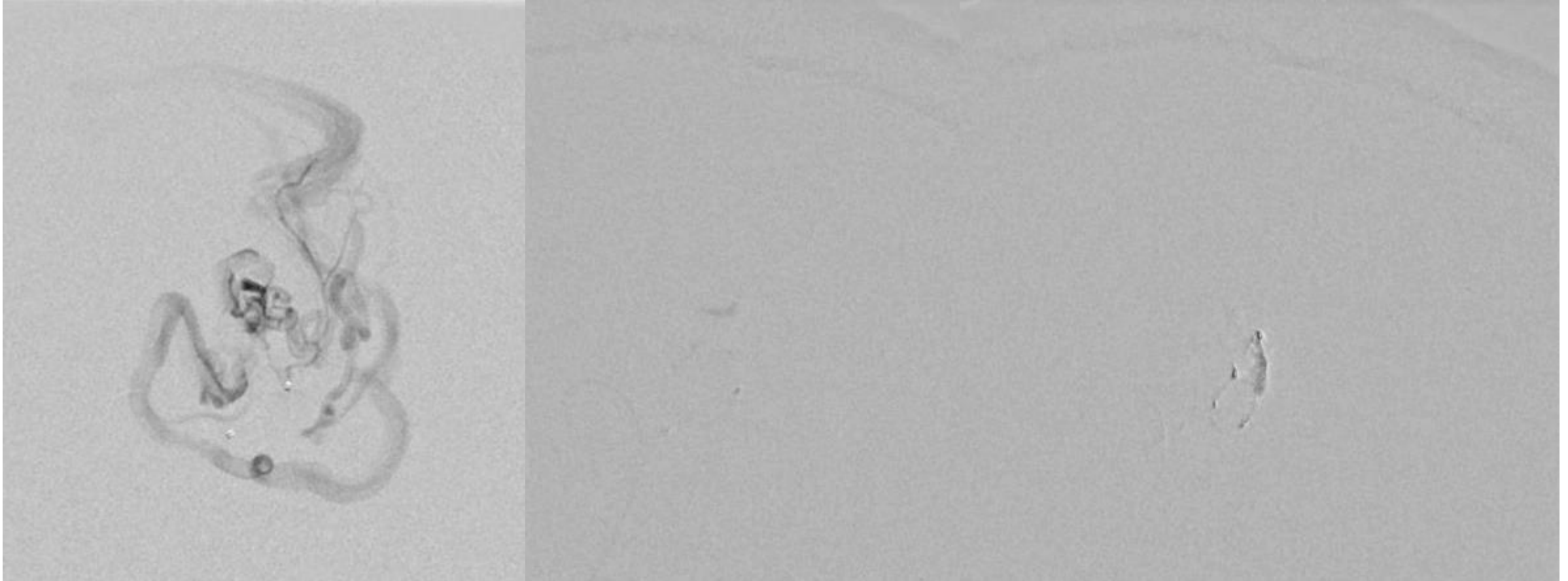
Bn nam, 41 tuổi, NV vì yếu 1/2 (T), 4/5



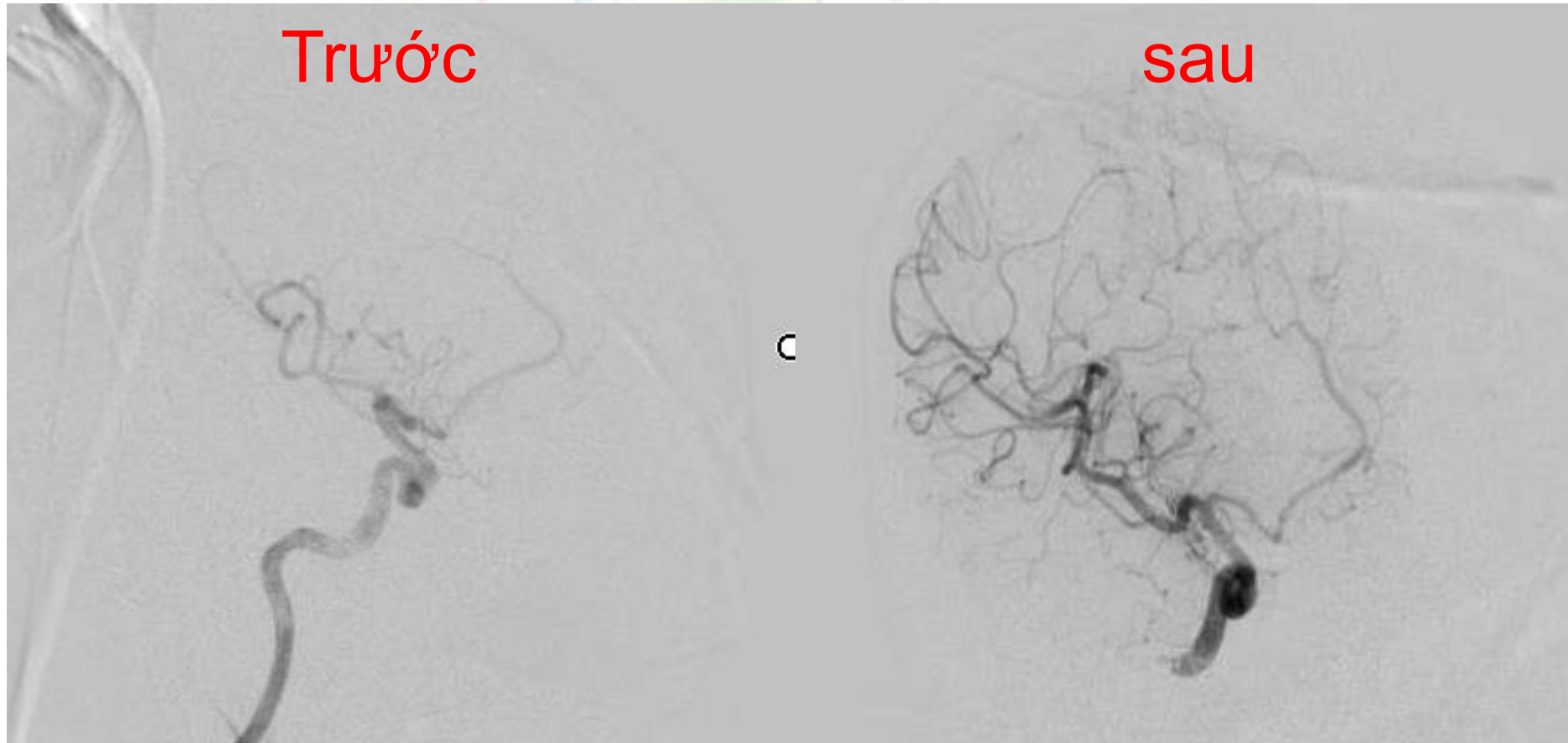
# Ca lâm sàng dị dạng thông động TM não >>>



# Ca lâm sàng dị dạng thông động TM não >>>



# Ca lâm sàng dị dạng thông động TM não >>>



# Kết luận



- Rò ĐMC-XH thể trực tiếp thường xảy ra sau chấn thương với các triệu chứng: ù tai, đỏ mắt và phù nề kết mạc, nhìn đôi...
- Rò ĐMC-XH(thể gián tiếp) có khi chỉ có triệu chứng đỏ mắt, sung huyết kết mạc kéo dài không đáp ứng với những điều trị nội khoa thông thường, dễ bị nhầm lẫn với một số bệnh lý nhãn khoa khác như: viêm kết mạc, glaucoma, viêm thượng củng mạc, viêm hoặc u hốc mắt...

# Kết luận



- ✓ Hình ảnh học: dẫn tĩnh mạch mắt trên là dấu gợi ý khả năng rò động mạch cảnh xoang hang.
- AVM chưa vỡ → dựa vào nhiều yếu tố để quyết định điều trị
- ✓ Can thiệp nội mạch là phương pháp an toàn, hiệu quả đối với SM I-II
- ✓ SM III-V: phối hợp giữa nhiều phương pháp điều trị



**CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE  
CỦA QUÝ ĐỒNG NGHIỆP**