

Dị dạng động tĩnh mạch vùng tai: Nhân 8 trường hợp điều trị tại Khoa Phẫu thuật tạo hình và Hàm mặt, Bệnh viện Việt Đức

Auricular arterovenous malformation: 8 cases had treated in Department of Maxillofacial and Plastic Surgery, Viet Duc Hospital

Đỗ Thị Ngọc Linh*, Nguyễn Hồng Hà*,
Nguyễn Tài Sơn**

*Bệnh viện Việt Đức
**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Dị dạng động tĩnh mạch vùng tai là loại dị dạng động tĩnh mạch khá thường gặp trong các dị dạng động tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ, tuy nhiên việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn do diễn biến bất thường, nhiều biến chứng đe dọa tính mạng... và tỷ lệ tái phát sau điều trị cao. Mục đích của bài báo là tìm hiểu các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị, từ đó bước đầu nêu ra chỉ định điều trị cho loại bệnh lý này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ ghi chép các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, can thiệp điều trị, theo dõi kết quả điều trị và diễn biến bệnh. Nhóm 8 bệnh nhân được chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch vùng tai, được điều trị tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình và Hàm mặt, Bệnh viện Việt Đức từ 8/2007 đến tháng 7/2012. **Kết quả:** Tuổi trung bình 27 tuổi (18 - 47); Phân loại theo Schobinger: Giai đoạn II có 4 bệnh nhân, giai đoạn III có 4 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào thuộc giai đoạn I và giai đoạn IV. Tất cả các bệnh nhân đều được nút mạch trước phẫu thuật lấy bỏ khối dị dạng mạch, trong đó cắt một phần vành tai cho 5 bệnh nhân, cắt cụt toàn bộ vành tai cho 2 bệnh nhân, 1 bệnh nhân cần ghép vạt cơ lưng rộng sau cắt khối dị dạng. Chưa có bệnh nhân nào được tạo hình lại vành tai. Theo dõi sau điều trị thời gian trung bình 16 tháng: Có 2 (25%) bệnh nhân tái phát phải phẫu thuật lần 2, 1 bệnh nhân được nút mạch bổ sung, các bệnh nhân còn lại không cần can thiệp gì thêm. Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị. **Kết luận:** Dị dạng động tĩnh mạch vùng tai có biểu hiện lâm sàng điển hình. Các bệnh nhân ở giai đoạn I cần được theo dõi và đánh giá diễn biến bệnh định kỳ. Chỉ định can thiệp nên đặt ra đối với các bệnh nhân đang trong quá trình tiến triển sang giai đoạn II và III. Sự phối hợp giữa nút mạch và phẫu thuật có hiệu quả tốt trong việc kiểm soát bệnh. Chỉ định nút mạch đơn thuần có thể cân nhắc đối với một số trường hợp đặc biệt.

Từ khóa: Dị dạng động tĩnh mạch vùng tai, nút mạch, phẫu thuật cắt bỏ khối dị dạng.

Summary

Objective: To evaluate the symptoms and results after treatment of auricular arteriovenous malformation; preliminarily recommend the indications. **Subject and method:** This retrospective review of 8 patients with auricular arteriovenous malformation was based on medical records, imaging studies,

Ngày nhận bài: 21/11/2016, ngày chấp nhận đăng: 15/12/2016

Người phản hồi: Đỗ Thị Ngọc Linh, Email: Dongoclinh@yahoo.com - Bệnh viện Việt Đức

and photographs. Data were collected on natural history, progression, and outcome. *Result:* The median age at initial presentation was 27 years (range, 18 to 47 years), and by the Schobinger classification the were 4 patients in stage II and 4 patients in stage III. No patients had a Schobinger stage of I and IV. Mean follow-up time was 16 months (range, 1 to 33 months). All of 8 patients had embolization before resection. Two patients (25%) are improved, the others (75%) are controlled. Five patients (25%) had partial ear resection, two patients had total ear resection and one (12,5%) had needed latissimus dorsi flap transfer. No one had ear reconstruction. *Conclusion:* The auricular arteriovenous malformation is typical. Treatment consists of surveillance, embolization, and surgery. The authors recommend periodic evaluation for stage I auricular arteriovenous malformation and intervention if there is an evolution to stage II, III. Preoperative embolization and partial or total resection effectively control auricular and para-auricular arteriovenous malformation. Embolization can be palliative in children or in patients who are not psychologically prepared for amputation.

Keywords: Auricular arteriovenous malformation, embolization, resection.

1. Đặt vấn đề

Dị dạng động tĩnh mạch (AVM) vùng đầu mặt cổ là loại dị dạng tương đối hiếm gặp, tuy nhiên dị dạng động tĩnh mạch vùng tai lại là loại bệnh lý thường gặp thứ 2 trong nhóm bệnh lý này. Đây là loại bệnh lý dị dạng mạch máu có dòng chảy nhanh, loại khó điều trị nhất trong các dị dạng mạch máu, có thể gây ra nhiều biến chứng như chảy máu không cầm, suy tim đe dọa tính mạng ... và tỷ lệ tái phát sau điều trị cao [7]. Việc điều trị triệt để rất khó khăn, tuy nhiên nếu kết hợp giữa nút mạch trước phẫu thuật cho kết quả điều trị tốt hơn, ít gây tai biến sau phẫu thuật. Mục đích của bài báo là *Tìm hiểu các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị, từ đó bước đầu nêu ra chỉ định điều trị cho loại bệnh lý này.*

2. Đối tượng và phương pháp

Đối tượng nghiên cứu là 8 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán có dị dạng động tĩnh mạch vùng tai và được điều trị tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình và Hàm mặt, Bệnh viện Việt Đức từ tháng 8/2007 đến tháng 7/2012.

Phương pháp nghiên cứu là mô tả hồi cứu. Nghiên cứu dựa trên các triệu chứng lâm sàng (tuổi, giới, đặc điểm tổn thương, phân loại lâm sàng) và các triệu chứng cận lâm sàng (Doppler, cộng hưởng từ, chụp mạch), diễn biến bệnh sau điều trị và khi tái khám định kỳ sau điều trị 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm, 2 năm, 3 năm.

Đánh giá sau điều trị: Tốt (không tái phát); khá (bệnh có cải thiện); trung bình (bệnh ổn định,

không tốt hơn, không xấu đi); xấu (bệnh tái phát hoặc nặng hơn).

Phân loại giai đoạn bệnh theo Schobinger: Giai đoạn I (giai đoạn ngủ): Bệnh biểu hiện như u máu phẳng hoặc u mạch máu trong thời kỳ thoái triển; Giai đoạn II (giai đoạn tiến triển): Biểu hiện bằng khối ít nhiều đỏ và kích thước lớn, đập theo nhịp mạch, bao quanh là các tĩnh mạch giãn; giai đoạn 3 (giai đoạn phá hủy): Xuất hiện đau, loét, chảy máu, phá hủy xương; giai đoạn 4: Các biểu hiện như ở giai đoạn 3 và có kèm theo các biểu hiện mất bù của tim.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm lâm bệnh nhân

Tuổi, giới: Tuổi trung bình 26,6 (18 - 47), tỷ lệ nam/nữ là 6/2.

Nguyên nhân: 7 bệnh nhân có khối AVM vùng tai bẩm sinh, 1 bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng sau tai.

Can thiệp trước khi vào viện: Tất cả các bệnh nhân đã được can thiệp trước đó: 4 bệnh nhân đã được phẫu thuật trước khi đến khám tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình và Hàm mặt, Bệnh viện Việt Đức. Trong nhóm này có 2 bệnh nhân được phẫu thuật thắt động mạch cảnh ngoài nhưng không kết quả, khối dị dạng vẫn tiếp tục phát triển, sau đó 1 bệnh nhân đã được cắt cụt toàn bộ vành tai; 1 bệnh nhân được mổ thăm dò; 1 bệnh nhân được gây xơ và phẫu thuật cắt một phần vành tai nhưng khối dị dạng vẫn tồn tại và phát triển.

*Triệu chứng lâm sàng***Bảng 1. Các dấu hiệu thực thể (n = 8)**

Triệu chứng	Tai to	Nóng, đỏ	Đập	Rung	Thổi	Nghe kém
Số BN	7 (87,5%)	8 (100%)	8 (100%)	8 (100%)	7 (87,5%)	2 (25%)

Bảng 2. Các biểu hiện lâm sàng (n = 8)

Triệu chứng	Ngứa	Đau tai	Đau đầu	Chảy máu	Loét	Viêm
Số BN	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (25%)	4 (50%)	2 (25%)	2 (25%)

Bảng 3. Vị trí tổn thương ngoài tai (n = 8)

Vị trí tổn thương ngoài tai	Số bệnh nhân
Sau tai	8 (100%)
Da đầu	4 (50%)
Má	1 (12,5%)
Cổ	3 (37,5%)
Tuyến nước bọt mang tai	0 (0%)
Xương hàm dưới	0 (0%)
Các vị trí khác	0 (0%)

Triệu chứng cận lâm sàng

Siêu âm Dopler: Kết quả siêu âm cho thấy các khối dị dạng có phổ động mạch và tĩnh mạch dẫn lưu.

Chụp mạch: Động mạch tới chủ yếu các nhánh của động mạch thái dương nông, động mạch tai sau, động mạch cằm, ngoài ra là các nhánh của động mạch đốt sống, động mạch cảnh trong, động mạch hầu lên, thân động mạch giáp lưỡi mặt, nhánh của động mạch cằm bên đối diện. 3 bệnh nhân có khối dị dạng chiếm toàn bộ vùng vành tai, 5 bệnh nhân còn lại khối dị dạng nằm ở 2/3 trên và vùng sau tai.

Cộng hưởng từ cho thấy hầu hết các khối dị dạng làm biến dạng tai bên bệnh, sụn vành tai phì đại. Ngoài ra tổn thương là các khối tăng tín hiệu trên T1 và T2, khu trú vùng tai hoặc lan toả vùng da đầu sau tai, vùng cổ, vùng má. Các khối này không xâm lấn vào trong ống tai, không phát triển vào trong hộp sọ và không xâm lấn vào tuyến nước bọt mang tai.

*Phân loại giai đoạn***Bảng 4. Phân loại theo Schobinger (n = 8)**

Giai đoạn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giai đoạn I	0	0
Giai đoạn II	4	50
Giai đoạn III	4	50
Giai đoạn IV	0	0

3.2. Điều trị

Nút mạch: Tất cả các bệnh nhân đều được nút mạch bằng keo Histoacryl, 2 bệnh nhân bằng đường tiêm trực tiếp vào ổ dị dạng, 5 bệnh nhân bằng đường nội mạch vừa tiêm trực tiếp, 1 bệnh nhân bằng đường nội mạch đơn thuần.

Phẫu thuật: Được tiến hành sau nút mạch. 2 bệnh nhân được cắt bỏ toàn bộ vành tai, 1 bệnh nhân sau khi cắt bỏ khối dị dạng lớn vùng tai và sau tai được tạo hình che phủ bằng vật da cơ lưng to. 1 bệnh nhân có khối dị dạng rất lớn vùng tai, cổ và cằm được ghép da che phủ sau khi cắt khối dị dạng. Các bệnh nhân còn lại chỉ cắt bỏ khối dị dạng và bảo tồn một phần hoặc toàn bộ sụn vành tai. Không bệnh nhân nào phải truyền máu trong và sau mổ.

3.3. Kết quả sau điều trị

5/8 bệnh nhân có kết quả kiểm tra sau mổ tốt trên lâm sàng và siêu âm Dopler không còn khối dị dạng. 1 bệnh nhân có khối dị dạng rất lớn, lần 1 mổ cắt khối dị dạng, bảo tồn vành tai, sau 3 năm khối phát triển trở lại và gây chảy máu, chúng tôi tiến hành phẫu thuật lần 2 cắt bỏ toàn bộ vành tai và vùng sau tai, tạo hình che phủ bằng vật da cơ lưng to, kiểm tra sau mổ 2 tháng có kết quả tốt. 1 bệnh nhân sau khi cắt bỏ toàn bộ vành tai 2 năm thấy xuất hiện khối dị dạng lan tỏa vùng má và cổ cùng bên, được tiến hành nút mạch chọn lọc, kết quả khám lại sau điều trị tốt. 1 bệnh nhân được kiểm tra 15 tháng sau mổ còn ổ dị dạng nhỏ vùng vành tai, được tiếp tục theo dõi định kỳ. Trong các bệnh nhân bị cắt cụt vành tai, chưa có bệnh nhân nào được phẫu thuật tạo hình lại vành tai.

Bảng 5. Kết quả điều trị (n = 8)

Kết quả	Tốt	Khá	Trung bình	Kém
Số bệnh nhân	6 (75%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)

4. Bàn luận

Đây là loại bệnh lý tương đối hiếm gặp, trong y văn rất nhiều bài báo chỉ đề cập tới 1 trường hợp [3], [6]. Tuổi trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi tương đối trẻ và nam gặp nhiều hơn nữ. Kết quả này cũng tương tự như một số tác giả khác như L.Z. Zheng, với độ tuổi trung bình là 25,4 và tỷ lệ nam/nữ là 11/6 [9].

Biểu hiện lâm sàng của bệnh, giống như biểu hiện lâm sàng của các dị dạng động tĩnh mạch khác, rất điển hình: Khối vùng tai nóng, đỏ, đập theo nhịp mạch, rung, nghe có tiếng thổi, phì đại sụn vành tai. Chẩn đoán bệnh dựa trên các triệu chứng lâm sàng điển hình này và kết quả chụp mạch, cộng hưởng từ.

Trước đây, phương pháp thắt mạch hay được sử dụng để điều trị dị dạng động tĩnh mạch vùng tai, tuy nhiên các tổn thương này thường tái phát nặng hơn sau phẫu thuật [8]. Mặc dù hiện nay chưa có điều trị nào được coi là chuẩn vàng cho dị dạng động tĩnh mạch, hầu hết các tác giả đều cho rằng để điều trị triệt để loại bệnh lý này, phẫu thuật là biện pháp hữu hiệu nhất và phẫu thuật càng triệt để càng tốt, vì mỗi tổ chức nhỏ nào còn sót lại đều có thể dẫn đến tái phát [3], [4], [6]. Tuy nhiên, với khối dị dạng động tĩnh mạch vùng tai thì phẫu thuật triệt để đồng nghĩa với việc cắt cụt vành tai, đây là một vấn đề cần phải cân nhắc vì có nhiều bệnh nhân chưa chuẩn bị sẵn sàng cho phẫu thuật này. Theo Mulliken, các bệnh nhân ở giai đoạn I và II cần được theo dõi và đánh giá diễn biến bệnh định kỳ, chỉ tiến hành can thiệp phẫu thuật khi bệnh có xu hướng biến chuyển sang giai đoạn III, IV [8]. Tuy nhiên theo Liu [5], việc điều trị phẫu thuật ở các giai đoạn sớm của khối dị dạng động tĩnh mạch thường cho kết quả lâu dài tốt hơn.

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, kể cả các bệnh nhân có khối dị dạng mạch rất lớn vùng tai, thái dương, chẩm và vùng cổ, đều không cần phải truyền máu trong mổ. Một bệnh nhân chảy máu nhiều từ ổ dị dạng, vào viện được tiến hành nút mạch cấp cứu. Nút mạch làm giảm đáng kể thời gian phẫu thuật và hạn chế chảy máu trong mổ, tuy nhiên nút mạch không làm giảm được diện tích của khối dị dạng. Chất liệu nút mạch chúng tôi sử dụng là chất keo sinh học (Histoacryl - nCBA), sau khi được đưa vào lòng mạch sẽ làm đặc lòng mạch và có thể

gây phản ứng viêm, rò nếu không được lấy bỏ trong phẫu thuật. Vì thế chúng tôi đề nghị phẫu thuật càng sớm càng tốt kể từ khi nút mạch, thời gian chờ đợi tối đa là 72 giờ, và khi phẫu thuật lấy bỏ tối đa ổ dị dạng cùng các chất nút mạch.

Một số tác giả cho rằng có thể điều trị triệt để dị dạng động tĩnh mạch vùng tai bằng nút mạch đơn thuần [9], tuy nhiên theo chúng tôi, nút mạch chỉ làm giảm nhẹ triệu chứng, lùi giai đoạn bệnh trong một thời gian, nhưng không làm biến mất hoàn toàn khối dị dạng. Tuy nhiên nút mạch đơn thuần tỏ ra có hiệu quả trong một số trường hợp đặc biệt, khi muốn trì hoãn phẫu thuật: Các khối dị dạng lan tỏa rộng, bệnh nhân chưa chuẩn bị tâm lý cho việc cắt bỏ tai hoặc các bộ phận khác, trẻ em...

Tỷ lệ tái phát sau điều trị của chúng tôi là 25% (n = 2), đều gặp trên các bệnh nhân có dị dạng động tĩnh mạch giai đoạn III. Lần phẫu thuật đầu tiên, chúng tôi cố gắng giữ lại một phần sụn vành tai, chỉ cắt bỏ phần ổ dị dạng chính. Khối dị dạng tái phát sau 3 năm trên cả 2 bệnh nhân và sau phẫu thuật cắt cụt toàn bộ vành tai, hiện không thấy xuất hiện các dấu hiệu tái phát. Như vậy nếu bệnh nhân đồng ý, việc cắt bỏ triệt để khối dị dạng, bao gồm cả phần da đỏ quanh tai là rất quan trọng để giảm khả năng tái phát. Thậm chí có tác giả còn đề nghị việc cắt bỏ rộng rãi cả phần da lành xung quanh, như là đối với điều trị ung thư.

Việc tạo hình vành tai sau phẫu thuật cắt bỏ vành tai có thể được tiến hành 5 năm sau, khi các kết quả kiểm tra định kỳ cho thấy khối dị dạng đã được điều trị triệt để. Đeo tai giả là một giải pháp tạm thời trong thời gian này, hoặc là giải pháp vĩnh viễn nếu bệnh nhân không muốn phẫu thuật [8].

5. Kết luận

Dị dạng động tĩnh mạch vùng tai có biểu hiện lâm sàng điển hình. Việc điều trị bao gồm theo dõi định kỳ, nút mạch, phẫu thuật. Chỉ định nút mạch đơn thuần có thể cân nhắc đối với một số trường hợp: Các bệnh nhân chưa chuẩn bị cho việc cắt cụt tai, khối dị dạng mạch quá lớn không có khả năng phẫu thuật, trẻ em. Các bệnh nhân ở giai đoạn I cần được theo dõi và đánh giá diễn biến bệnh định kỳ. Chỉ định can thiệp phẫu thuật nên đặt ra đối với các bệnh nhân có khối dị dạng đang trong quá trình

tiến triển sang giai đoạn II, III. Sự phối hợp giữa nút mạch và phẫu thuật có hiệu quả tốt trong việc kiểm soát bệnh. Phẫu thuật nếu được tiến hành nên làm càng triệt để càng tốt để giảm nguy cơ tái phát.

Tài liệu tham khảo

1. Deffrennes D, Enjolras O, Salvan D, Herbreteau D (2004) *Traitement chirurgical des malformations vasculaires superficielles et des hémangiomes de la face*. Encycl Med Chir 45-146 - 43-250 - 46-235.
2. Jin Y, Lin X, Chen H, Hu X, Fan X, Li W, Ma G, Yang C, [Wang W](#) (2009) *Auricular arteriovenous malformations: potential success of superselective ethanol embolotherapy*. J Vasc Interv Radiol 20(6): 736-743.
3. [Kim KS](#) (2011) *Arteriovenous malformation in the pretragal region: Case report*. Head Neck 33(2): 281-285.
4. Kohout MP, Hansen M, Pribaz JJ, Mulliken JB (1998) *Arteriovenous malformations of the head and neck*. Plast Reconstr Surg 102: 643-654.
5. Liu AS, Mulliken JB, Zurakowski D, Fishman SJ, Greene AK (2010) *Extracranial arteriovenous malformations: Natural progression and recurrence after treatment*. Plast Reconstr Surg 125: 1185-1194.
6. Prasad KC, Prasad SC, [Shahul S](#) (2011) *Spontaneous Arteriovenous Malformation of the Ear*. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 63(1): 19-22.
7. Woo HJ, Song SY, Kim YD, [Bai CH](#) (2008) *Arteriovenous malformation of the external ear: A case report*. Auris Nasus Larynx 35(4): 556-558.
8. Wu JK, Bisdorff A, Gelbert F, Enjolras O, Burrows PE, Mulliken JB (2005) *Auricular arteriovenous malformations: Evaluation, management and outcome*. Plast Reconstruct Surg 115(4): 985-995.
9. Zheng LZ, Fan XD, Zheng JW, Su LX (2009) *Ethanol embolization of auricular arteriovenous malformations: Preliminary results of 17 cases*. AJNR Am J Neuroradiol 30(9): 1679-1684.

Hình ảnh minh họa

Bệnh nhân nam, 36 tuổi, dị dạng động tĩnh mạch tai trái, giai đoạn III, trước mổ và sau mổ cắt toàn bộ tai, tạo hình che phủ bằng vạt da cơ lưng rộng



