

Kết hợp liệu pháp xơ hóa và phẫu thuật tạo hình trong điều trị dị dạng tĩnh mạch vùng môi dưới - nhận xét 2 ca lâm sàng

Combined percutaneous sclerotherapy and plastic surgery for the treatment of lower lip venous malformation: Report of two clinical cases

Trần Quyết Tiến, Lâm Thảo Cường

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Trong nhóm bệnh lý dị dạng mạch máu thì dị dạng tĩnh mạch là dị dạng phổ biến nhất. Tổn thương thường xuất hiện ở vùng ngoại biên, nhất là đầu và cổ. Khi dị dạng mạch máu xuất hiện tại vùng môi thường dẫn đến những vấn đề về thẩm mỹ và chức năng. Việc điều trị các loại dị dạng này cần có sự kết hợp đa mô thức. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp dị dạng mạch máu lớn vùng môi dưới được điều trị thành công bằng liệu pháp tiêm xơ kết hợp phẫu thuật tạo hình. Trong 2 trường hợp đã được điều trị thành công. Liệu pháp xơ hóa dị dạng được thực hiện trước sau đó mới phẫu thuật giúp nâng cao hiệu quả điều trị và giảm thiểu mất máu trong quá trình phẫu thuật. Sau phẫu thuật, chức năng và thẩm mỹ được cải thiện rõ rệt. *Kết luận:* Dị dạng mạch máu vùng môi thường gây ảnh hưởng về chức năng sinh lý và thẩm mỹ. Kết hợp đa mô thức trong điều trị dị dạng mạch máu nên được thực hiện nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Dị dạng mạch máu, liệu pháp xơ hóa, phẫu thuật tạo hình.

Summary

Venous malformation is considered the most common congenital vascular anomaly. The most common region is the head and neck region involving the lips. Venous malformation of the lips always leads to cosmetic and functional issues. A multidisciplinary approach is recommended in the treatment of this malformation. In this report, we describe two cases of large venous malformation in the lower lip that were successfully treated by plastic surgery followed by percutaneous sclerotherapy. In our two-case presentation, sclerotherapy was performed prior to plastic surgery to improve the efficiency and reduce excessive bleeding, which resulted in significantly improved appearance and physical function. *Conclusion:* Venous malformations of the lips always result in cosmetic and functional problems. A multidisciplinary approach is recommended in the treatment of this malformation.

Keywords: Venous malformation, sclerotherapy, plastic surgery.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 12/9/2020, *ngày chấp nhận đăng:* 3/10/2020

Người phản hồi: Lâm Thảo Cường, Email: lamthaocuong.md@gmail.com - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

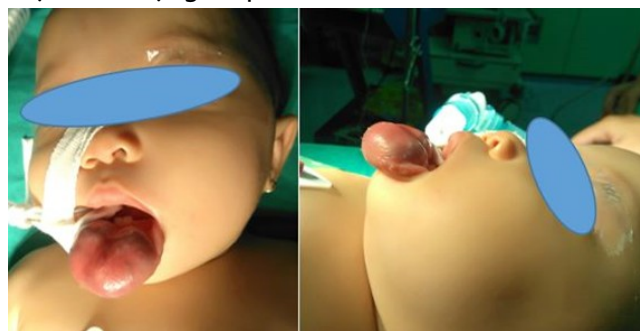
Dị dạng tĩnh mạch là loại thương tổn thường gặp nhất trong bệnh lý bất thường mạch máu bẩm sinh với tần suất 1:5,000 - 10,000 [1]. Gần 40% các trường hợp thương tổn dị dạng tĩnh mạch xảy ra ở vùng đầu mặt cổ và môi gây mất thẩm mỹ và suy giảm chức năng sinh lý [2]. Xơ hoá được xem là giải pháp hiệu quả và an toàn cho những bệnh nhi dị dạng tĩnh mạch [3]. Nhiều tác nhân gây xơ hoá được sử dụng bao gồm: Dung dịch cồn tuyệt đối, bleomycin, polidocanol, sodium tetradecyl sulphate và keo sinh học. Trong đó, cồn tuyệt đối được xem là loại tác nhân xơ hoá mạnh và phù hợp cho những tổn thương dị dạng tĩnh mạch, với hiệu quả trực tiếp trên lớp tế bào nội mô mạch máu, gây biến tính protein, kích hoạt kết dính tiểu cầu và gây tắc mạch máu [4]. Trong thực hành lâm sàng, đối với những tổn thương dị dạng tĩnh mạch vùng môi, liệu pháp xơ hoá được khuyến cáo phối hợp với nhiều phương pháp khác, trong đó có can thiệp ngoại khoa để cải thiện chức năng và thẩm mỹ vùng môi [5]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo hai trường hợp dị dạng tĩnh mạch vùng môi dưới được điều trị thành công bằng liệu pháp xơ hoá kết hợp với phẫu thuật tạo hình.

2. Trường hợp lâm sàng

2.1. Trường hợp bệnh nhân 1

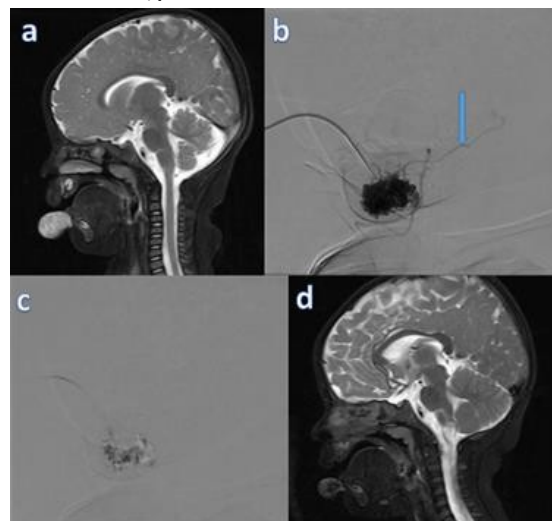
Bệnh nhân nữ, 13 tháng tuổi nhập viện với một khối lớn vùng niêm mạc môi dưới. Khối này ban đầu có kích thước nhỏ 5 × 5mm nhưng tăng dần kích thước gây biến dạng vùng môi dưới. Khối thương tổn màu tím đỏ, mềm, đè xẹp và gây lộ niêm mạc miệng vùng môi dưới (Hình 1). Không ghi nhận mạch đập và nhiệt độ tại khối dị dạng không khác biệt so với vùng mô xung quanh. Siêu âm Doppler ghi nhận hình ảnh mạch máu giãn, dòng chảy lưu lượng thấp. Cộng hưởng từ hạt nhân xác định tín hiệu bất thường vùng mô ở môi dưới, kích thước đo trên 3 chiều lần lượt là 30 × 26 × 22mm. Thương tổn giảm tín hiệu trên chuỗi xung T_1 , tăng tín hiệu trên chuỗi xung T_2 , bắt thuốc chậm và không đồng nhất sau khi tiêm thuốc cản từ. Không ghi nhận động mạch cấp máu cho ổ dị dạng. Dựa vào những đặc

điểm trên, thương tổn được xác định là dị dạng tĩnh mạch lưu lượng thấp.



Hình 1. Hình ảnh bệnh nhân trước can thiệp

Thủ thuật tiêm xơ dị dạng thực hiện tại phòng can thiệp mạch, bệnh nhân được gây mê nội khí quản, chọc kim bướm 22G trực tiếp vào ổ dị dạng dưới hướng dẫn siêu âm. Bơm thuốc cản quang vào ổ dị dạng, chụp xác định hình thái dị dạng và ước tính lượng cồn tuyệt đối sẽ dùng (Hình 2b). Tiêm cồn tuyệt đối vào ổ dị dạng, chụp kiểm tra sau 15 phút để đánh giá sự giảm thể tích ổ dị dạng, ghi nhận ổ dị dạng giảm kích thước đáng kể (Hình 2c). Bệnh nhân được theo dõi và xuất viện trong vòng 24 giờ sau can thiệp.



Hình 2. Hình ảnh MRI và chụp mạch: (a) Hình ảnh MRI ghi nhận tín hiệu bất thường ở môi dưới, tăng tính hiệu trên chuỗi xung T_2 ; (b) Tiêm thuốc cản quang xác định liều lượng cồn tuyệt đối cần tiêm; (c) 15 phút sau khi tiêm cồn tuyệt đối, thể tích khối dị dạng giảm đáng kể. (d) Hình ảnh MRI 3 tháng sau can thiệp, tổn thương giảm > 50% thể tích và không bắt tín hiệu trên chuỗi xung T_2 .

Ba tháng sau can thiệp, kết quả chụp cộng hưởng từ ghi nhận khối dị dạng giảm trên 50% thể tích và không còn tín hiệu trên chuỗi xung T₂, phần lớn khối thương tổn chuyển thành mô xơ (Hình 2d). Phẫu thuật tạo hình được thực hiện tại phòng mổ với gây mê nội khí quản. Đường mổ 3cm mặt trong vùng môi dưới. Quá trình phẫu tích, ghi nhận khối dị dạng xơ hoá, chắc và dễ dàng bóc tách. Sau khi loại bỏ phần mô xơ, vùng mô được khâu lại với chỉ Cagut 4.0 (Hình 3a). Lượng máu mất trong mổ không đáng kể. Diễn biến hậu phẫu thuận lợi và bệnh nhân được xuất viện sau ba ngày điều trị.



Hình 3. Hình ảnh sau phẫu thuật tạo hình: (a) Tạo hình môi. (b) Toàn bộ khối dị dạng xơ hoá; (c) Hình ảnh lâm sàng sau 3 tháng; (d) Vết mổ ở tiền đình miệng.

2.2. Trường hợp lâm sàng 2

Bệnh nhân nam, 14 tháng tuổi, có một khối ở môi dưới, tương tự như ở bệnh nhân trên. Khối này cũng xuất hiện sau khi sinh với một nốt nhỏ màu tím ở môi dưới, dần tăng kích thước và trở thành một khối dẫn đến các vấn đề về thẩm mỹ và chức năng (Hình 4a). Chẩn đoán dị dạng tĩnh mạch được xác định dễ dàng thông qua thăm khám lâm sàng, siêu âm Doppler và chụp cộng hưởng từ hạt nhân. Phương pháp điều trị được thực hiện tương tự như bệnh nhân đầu tiên. Ba tháng sau khi điều trị xơ hoá bằng cồn tuyệt đối, thể tích khối dị dạng đã giảm

đáng kể (Hình 4b) và phẫu thuật tạo hình đã mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân (Hình 4c, d).



Hình 4. (a) Dị dạng mạch máu môi dưới trước can thiệp; (b) Hình ảnh lâm sàng 3 tháng sau can thiệp tiêm xơ; (c) Phẫu thuật tạo hình; (d) Hình ảnh lâm sàng 3 tháng sau phẫu thuật.

3. Bàn luận

Kể từ khi bảng phân loại bất thường mạch máu bẩm sinh được đề xuất bởi Hiệp hội Nghiên cứu các bất thường mạch máu (ISSVA), việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý dị dạng mạch máu và u máu đã trở nên rõ ràng hơn. Trong phân loại này, dị dạng tĩnh mạch là dị tật mạch máu bẩm sinh với lưu lượng dòng chảy thấp cùng với dị dạng mao mạch và bạch mạch. Việc chẩn đoán dị dạng tĩnh mạch ở các vị trí giải phẫu nông thường dễ dàng được thực hiện bằng các bước thăm khám lâm sàng, siêu âm Doppler và chụp cộng hưởng từ [6]. Tuy nhiên, để chẩn đoán toàn diện hơn và có được chiến lược điều trị thích hợp, chụp cản quang tĩnh mạch được khuyến cáo để xác định hình thái và đặc điểm cụ thể của tổn thương. Dựa trên hình dạng của các tĩnh mạch dẫn lưu trên, Puig và cộng sự đã phân chia dị dạng tĩnh mạch thành bốn loại: Loại I (dị dạng tĩnh mạch khu trú, không có dẫn lưu tĩnh mạch), loại II (dị dạng tĩnh mạch có nhánh tĩnh mạch dẫn lưu về tĩnh mạch bình thường), loại III (nhánh tĩnh mạch dẫn lưu

về tĩnh mạch giãn) và loại IV (dị dạng tĩnh mạch có tăng sinh tĩnh mạch) [7]. Trên thực tế, liệu pháp xơ hoá có thể được sử dụng điều trị cho thương tổn loại I và II với nguy cơ biến chứng thấp. Đối với loại III và IV, nguy cơ biến chứng sau can thiệp cao hơn do tác nhân xơ hoá có thể đi vào hệ thống tĩnh mạch và dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng khác nhau như tăng áp lực động mạch phổi và tắc mạch phổi [8]. Hai trường hợp được nêu ở trên là thương tổn dị dạng tĩnh mạch loại II; do đó, liệu pháp xơ hoá được thực hiện một cách an toàn.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị dị dạng tĩnh mạch, từ phương pháp xâm lấn đến phương pháp xâm lấn tối thiểu. Một số phương pháp phổ biến hiện nay được sử dụng bao gồm: Liệu pháp xơ hoá, laser nội mạch, phẫu thuật cắt bỏ và điều trị thuyên tắc. Mỗi phương pháp đều có ưu điểm và nhược điểm riêng. Tuy nhiên, phần lớn các tác giả đều đồng thuận rằng, việc lựa chọn phương pháp điều trị nên được cá thể hóa tùy thuộc vào loại, mức độ lan rộng và vị trí của thương tổn. Ở vùng đầu và cổ, một số trường hợp dị dạng tĩnh mạch lớn và nông có thể ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng sinh lý của bệnh nhân. Do đó, đơn trị liệu pháp là không đủ để đạt được kết quả điều trị mong đợi. Để nâng cao hiệu quả điều trị, việc phối hợp đa chuyên khoa nên áp dụng ngay khi bắt đầu quá trình điều trị [4], [9].

Trong các trường hợp can thiệp của chúng tôi, sự kết hợp giữa liệu pháp xơ hoá và phẫu thuật tạo hình đã mang đến một số điểm tích cực. Ưu điểm đầu tiên là liệu pháp xơ hoá trước phẫu thuật tái tạo giúp làm giảm lượng máu mất trong mổ. Thực tế rằng, ba tháng sau khi điều trị xơ hoá bằng cồn tuyệt đối, những tổn thương dị dạng tĩnh mạch vùng môi đã giảm kích thước đáng kể và mô thương tổn đã trở thành mô xơ, giới hạn rõ ràng với các mô xung quanh. Do đó, việc cắt bỏ tổn thương có thể được thực hiện dễ dàng mà không bị mất máu nhiều so với phẫu thuật đơn thuần (Hình 3a, b). Ưu điểm thứ hai là liệu pháp xơ hoá có thể làm giảm tỷ lệ tái phát so với phẫu thuật đơn thuần. Cồn tuyệt đối là một chất gây xơ rất mạnh, có thể phá hủy lớp nội mô, gây biến tính protein, thúc đẩy quá trình kết

tập tiểu cầu và cuối cùng dẫn đến tắc các mạch máu. Những tác dụng này có thể tiêu huỷ toàn bộ tổn thương dị dạng mạch máu. Ưu điểm thứ ba là phẫu thuật tạo hình với một vết mổ nhỏ giúp cải thiện về mặt thẩm mỹ sau khi thực hiện liệu pháp xơ hoá. Các mô tĩnh mạch bất thường sau khi xơ hoá vẫn là một khối xơ, có thể gây ra các vấn đề về thẩm mỹ và chức năng. Phẫu thuật mở thông qua một vết mổ nhỏ giúp tái tạo lại hình dạng vùng môi mà không để lại vết sẹo mất thẩm mỹ. Sau 3 tháng theo dõi, chức năng thẩm và sinh lý đã có những cải thiện như mong đợi (Hình 3c, d).

Mặc dù việc sử dụng dung dịch cồn tuyệt đối đã được chứng minh là hiệu quả và an toàn trong điều trị dị dạng tĩnh mạch, việc sử dụng chất này cũng như các tác nhân gây xơ hoá khác đòi hỏi sự cẩn trọng và tuân theo những nguyên tắc nhất định để tránh các biến chứng [10]. Đầu tiên, cần đảm bảo rằng cồn tuyệt đối chỉ được tiêm vào tổn thương vì sự rò rỉ của tác nhân này vào các mô xung quanh có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng, chẳng hạn như hoại tử da hoặc niêm mạc. Do đó, thủ thuật chọc kim nên được thực hiện với hướng dẫn siêu âm trực tiếp [8]. Thứ hai, phải thực hiện chụp cản quang tổn thương dị dạng tĩnh mạch trước khi tiêm cồn để xác định loại dị dạng và ước tính liều lượng cồn tuyệt đối cần dùng. Quá liều cồn tuyệt đối có thể đưa đến các biến chứng như tắc mạch phổi hoặc tăng áp lực động mạch phổi [4].

4. Kết luận

Dị dạng tĩnh mạch vùng môi luôn dẫn đến các vấn đề về thẩm mỹ và chức năng. Cách tiếp cận đa chuyên khoa đã được khuyến cáo trong điều trị dị tật này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liệu pháp xơ hoá đã được thực hiện trước khi phẫu thuật tạo hình để cải thiện hiệu quả và giảm lượng máu mất, với kết quả cải thiện đáng kể về thẩm mỹ và chức năng sinh lý.

Tài liệu tham khảo

1. Boon LM, Mulliken JB, Enjolras O, Vikkula M (2004) *Glomovenous malformation (glomangioma) and venous malformation: Distinct clinicopathologic*

- and genetic entities*. JAMA Dermatology 140(8): 971-976.
2. Buckmiller L, Richter G, Suen J (2010) *Diagnosis and management of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck*. Oral Diseases 16(5): 405-418.
 3. Leung M, Leung L, Fung D, Poon W-I, Liu C, Chung K, Tang P, Tse S, Fan T-w, Chao N et al (2014) *Management of the low-flow head and neck vascular malformations in children: The sclerotherapy protocol*. Eur J Pediatr Surg 24(01): 97-101.
 4. Zheng JW, Mai HM, Zhang L, Wang YA, Fan XD, Su LX, Qin ZP, Yang YW, Jiang YH, Zhao YF et al (2013) *Guidelines for the treatment of head and neck venous malformations*. Int J Clin Exp Med 6(5): 377-389.
 5. Ryu JY, Lee JS, Lee JW, Choi KY, Yang JD, Cho BC, Lee S-J, Lee JM, Huh S, Chung HY (2015) *Clinical approaches to vascular anomalies of the lip*. Arch Plast Surg 42(6): 709-715.
 6. Lee BB, Bergan J, Gloviczki P, Laredo J, Loose DA, Mattassi R, Parsi K, Villavicencio JL, Zamboni P (2009) *Diagnosis and treatment of venous malformations. Consensus document of the international union of phlebology (IUP)-2009*. International angiology: A journal of the International Union of Angiology 28(6): 434-451.
 7. Puig S, Aref H, Chigot V, Bonin B, Brunelle F (2003) *Classification of venous malformations in children and implications for sclerotherapy*. Pediatric radiology 33(2):99-103.
 8. Lee BB, Baumgartner I, Berlien HP, Bianchini G, Burrows P, Do YS, Ivancev K, Kool LS, Laredo J, Loose DA et al (2013) *Consensus Document of the International Union of Angiology (IUA)-2013. Current concept on the management of arterio-venous management*. International angiology: A journal of the International Union of Angiology 32(1): 9-36.
 9. Ahmad S (2019) *Efficacy of percutaneous sclerotherapy in low flow venous malformations - a single center series*. Neurointervention 14(1): 53-60.
 10. Orlando JL, Caldas JGMP, Campos HGdA, Nishinari K, Krutman M, Wolosker N (2014) *Ethanol sclerotherapy of head and neck venous malformations*. Einstein (São Paulo) 12: 181-186.