

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ NÚT MẠCH PHỐI HỢP BƠM TRỰC TIẾP Ở DỊ DẠNG THÔNG ĐỘNG TÍNH MẠCH VÙNG ĐẦU MẶT CỔ TRƯỚC PHẪU THUẬT

Evaluate the safety and effectiveness of ercutaneous direct puncture glue embolization accompanying with endovascular embolization of cervicofacial arteriovenous malformation prior to extirpation

Lê Nguyệt Minh, Lê Thanh Dũng*, Dư Đức Thiện*, Nguyễn Đình Minh*, Vũ Hoài Linh*, Nguyễn Mậu Định*, Nguyễn Duy Hùng*, Đỗ Ngọc Linh**, Bùi Văn Giang***, Nguyễn Duy Huê**

SUMMARY

Objects: Evaluate the safety and effectiveness of percutaneous direct puncture glue embolization accompanying with endovascular embolization of cervicofacial arteriovenous malformation prior to extirpation.

Subjects and method: Clinical trial without control, achieved in 16 patients in a period from August 2008 to April 2012 at Vietduc Friendship Hospital.

Results: 16 patients was carried out endovascular for facial AVM embolization accompanying percutaneous direct puncture embolization, mostly in the age of 20 to 40 (66.5%). There are 20 times of pre-operative embolization, achieving 80% almost occlusion (>80%), extirpation in 94% of cases, hemostatic effect achieved in 88.2%. The length of hospital stay of patients who had one time of embolization and extirpation is 11,9 days.

Conclusion: Percutaneous direct puncture accompanying with endovascular glue embolization is a safe and effective procedure, which reduces surgical bleeding and achieves the ability of total extirpation, avoids recurrence.

Keyword: arteriovenous malformation, endovascular embolization, percutaneous direct puncture, glue.

*Khoa Chẩn đoán hình ảnh,
Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức
** Khoa Phẫu thuật hàm mặt -
Tạo hình, Bệnh viện Việt Đức
*** Khoa Chẩn đoán hình ảnh,
Bệnh viện Xanh Pôn

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng thông động tĩnh mạch (AVM) là bất thường mạch máu bẩm sinh hiếm gặp chiếm tỉ lệ 0,44% trẻ em [5], do tồn tại sự thông thương bất thường giữa động mạch và tĩnh mạch, dẫn đến các tĩnh mạch bị động mạch hóa giãn ngoằn ngoèo tạo thành búi, gọi là ổ dị dạng (nidus).

Biểu hiện lâm sàng của loại dị dạng mạch này nếu không được điều trị qua 4 giai đoạn: giai đoạn 1 – im lặng; giai đoạn 2 – mở rộng; giai đoạn 3 – phá hủy (đau liên tục, thiếu dưỡng, loét, chảy máu); giai đoạn 4 – mất bù (suy tim) [6]. Tổn thương phát triển và lan rộng ngày càng nhanh theo thời gian, gây biến dạng vùng mặt, đau và loét vùng da tương ứng, làm giảm chất lượng cuộc sống, có thể dẫn tới tử vong do chảy máu không cầm, đây là loại bất thường bẩm sinh, nên phẫu thuật lấy bỏ hoàn toàn ổ dị dạng thông động – tĩnh mạch kèm theo tạo hình là phương pháp điều trị lý tưởng. Tuy nhiên phẫu thuật vào ổ dị dạng mạch gặp nhiều khó khăn do BN thường đến viện muộn, nhiều mạch máu giãn, tốc độ dòng chảy lớn, ổ dị dạng lan rộng vào tổ chức cơ và xương xung quanh, nguy cơ chảy máu ồ ạt và tái phát nhanh khi không thể lấy hết tổn thương. Chúng tôi tổng kết kinh nghiệm gây tắc 16 khối dị dạng thông động – tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ trước phẫu thuật bằng phương pháp tiêm trực tiếp dung dịch keo sinh học từ năm 2008 đến nay tại Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

BN được chẩn đoán xác định dị dạng thông động tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính mạch máu và cộng hưởng từ), có chỉ định phẫu thuật và được nút mạch tiền phẫu có phối hợp bơm trực tiếp vào ổ dị dạng tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 8/2008 đến tháng 4/2012.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng.

Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp mạch số hóa xóa nền Speed Heart (Shimadzu); máy siêu âm Logiq 500; ống thông 5F, vi ống thông 2.7F; kim luồn; vật liệu nút mạch: keo sinh học và Lipiodol.

Kỹ thuật

- Chụp mạch: chụp chọn lọc các nhánh động mạch cảnh trong và cảnh ngoài, hệ mạch đốt sống và dưới đòn hai bên để đánh giá các nhánh động mạch cấp máu của ổ dị dạng.

- Nút mạch: sử dụng hệ thống đồng trục đưa vi ống thông 2.7 F vào các nhánh động mạch cấp máu sát ổ dị dạng và bơm dung dịch keo pha Lipiodol để gây tắc mạch.

- Tiêm trực tiếp: tiến hành chọc trực tiếp vào ổ dị dạng, dưới hướng dẫn máy siêu âm và bơm dung dịch keo có kiểm soát dưới màn tăng sáng cho đến khi tắc hoàn toàn ổ dị dạng.

- Chụp kiểm tra sau nút mạch.

Chỉ tiêu đánh giá

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử điều trị, giai đoạn lâm sàng.

- Đặc điểm ổ dị dạng trên chụp mạch: kích thước, số cuống mạch cấp máu, hệ mạch cấp máu, phân loại 4 hình thái ổ dị dạng theo Cho [3].

- Mức độ gây tắc ổ dị dạng: tắc hoàn toàn (100%), tắc gần hoàn toàn > 80% và tắc < 80%.

- Biến chứng sau can thiệp gây tắc ổ dị dạng.

- Hiệu quả cầm máu trong mổ được chia làm 3 mức độ: không chảy máu, còn chảy máu nhưng không phải truyền máu, chảy máu phải truyền máu.

- Số lần can thiệp và phẫu thuật, thời gian điều trị trong bệnh viện.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tổng số 16 BN trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 30,4± 11,4, BN nhỏ tuổi nhất là 7, nhiều tuổi nhất là

52, độ tuổi hay gặp nhất là 20 - 40 (chiếm 66,5%). Nam chiếm ưu thế trong nghiên cứu (14 BN chiếm 87,5%).

Giai đoạn lâm sàng: 13 BN ở giai đoạn mở rộng (chiếm 81,2%), 3 BN còn lại ở giai đoạn phá hủy (18,8%). Không có BN ở giai đoạn 1 và 4.

Trong 16 BN, có 7 người đã điều trị nhiều lần

(43,8%), trong đó 2 BN đã được mổ thắt động mạch cảnh ngoài, nhưng tái phát nhanh sau 3 năm.

2. Đặc điểm ổ dị dạng

Diện tích ổ dị dạng trung bình là 37,2± 47,8cm², lớn nhất là 170cm² và nhỏ nhất 7cm².

Bảng 1. Phân bố số lượng cuống mạch nuôi và kích thước tổn thương

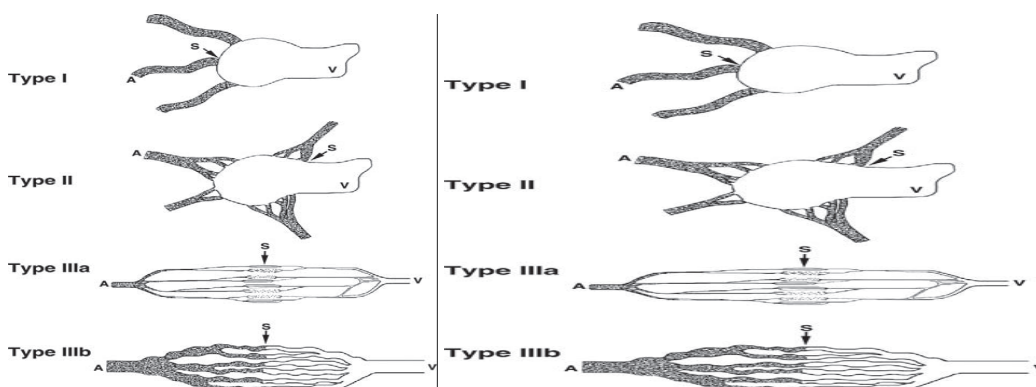
	Số ổ dị dạng	Tỉ lệ %	Diện tích ổ dị dạng
Số cuống mạch nuôi < 4	7	43,75	10,4 ± 3,1
Số cuống mạch nuôi ≥ 4	9	56,25	58,0 ± 56,3
Giá trị p	0.804		0,035

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về số lượng cuống mạch cấp máu cho ổ dị dạng với p > 0,05. Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm có số cuống mạch nuôi ít hơn 4 và từ 4 cuống trở lên với p < 0,05.

Bảng 2. Phân bố các hệ mạch cấp máu cho ổ dị dạng

Hệ mạch cấp máu	Số ổ dị dạng				Tỉ lệ %
	cùng bên	đối bên	hai bên	tổng số	
Động mạch cảnh ngoài	6	2	8	16	100%
Động mạch cảnh trong	2	0	2	4	25%
Động mạch đốt sống	2	0	0	2	12,5%
Động mạch dưới đòn	2	0	0	2	12,5%

Tất cả các ổ dị dạng đều được cấp máu từ một hoặc nhiều nhánh của động mạch cảnh ngoài cùng bên và cả hai bên. Có 2 BN được cấp máu bởi các nhánh mạch bên đối bên do động mạch cảnh ngoài cùng bên đã bị thắt trong lần phẫu thuật trước. Nhánh động mạch cảnh trong cấp máu cho ổ dị dạng là động mạch mắt, khi tổn thương nằm ở vùng trán, mắt và mũi. Động mạch đốt sống và động mạch dưới đòn cấp máu cho ổ dị dạng vùng cổ. Cấu tạo các ổ dị dạng bao gồm các động mạch nuôi giãn và phần đầu của tĩnh mạch dẫn lưu về, được chia làm 4 loại [3].



Hình 1. Phân loại hình thái ổ dị dạng theo Cho và cộng sự [3]

Nghiên cứu có 10 ổ dị dạng loại IIIb (chiếm 62,5%), 4 ổ dị dạng loại II (chiếm 25%), loại I và loại IIIa chỉ có 1 trường hợp (chiếm 6,25%).

3. Vật liệu nút mạch

Tất cả 20 lần nút mạch chúng tôi đều sử dụng chất gây tắc vĩnh viễn - keo sinh học (Histoacryl) pha với Lipiodol (100%). Có một BN được gây tắc động mạch đốt sống bằng dù (Amplatzer vascular plug -AVP) và bóng chẹn (Goldbalt).

Nồng độ Histoacryl trong dung dịch keo dao động trong khoảng từ 20-50%.

4. Đánh giá hiệu quả gây tắc ổ dị dạng

Bảng 3. Phân bố số lần can thiệp và phẫu thuật

	Can thiệp mạch trước phẫu thuật	Tỉ lệ %	Phẫu thuật	Tỉ lệ %
Một lần	13	81,25	15	93,75
Hai lần	2	12,50	1	6,25
Ba lần	1	6,25	0	0

13 BN chỉ nút mạch tiền phẫu 1 lần (chiếm 81,25%). Duy nhất 1 trường hợp có 3 lần can thiệp nút tắc mạch do tổn thương lớn, có nhiều cuống mạch cấp máu (7 cuống mạch), buộc phải phẫu thuật 2 lần, trong đó lần can thiệp đầu tiên chỉ gây tắc được 60% ổ dị dạng, lần thứ hai sau 5 ngày gây tắc toàn bộ ổ dị dạng, tuy nhiên phẫu thuật để lại một nửa ổ tổn thương để bảo tồn tuyến mang tai và sụn vành tai, phẫu thuật lần 2 sau 3 năm, có nút tắc mạch trước, giúp lấy triệt để hoàn toàn khối dị dạng và không thấy tái phát.

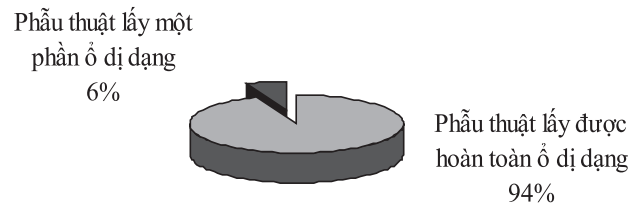
Bảng 4. Phân bố mức độ gây tắc ổ dị dạng

Mức độ gây tắc ổ dị dạng	Số lần can thiệp	Tỉ lệ %
Tắc hoàn toàn (100%)	11	55,0
Tắc gần hoàn toàn (> 80%)	5	25,0
Tắc < 80%	4	20,0
Tổng số	20	100

Có 11 lần nút mạch loại bỏ được hoàn toàn ổ dị dạng chiếm tỉ lệ 55%, tắc gần hoàn toàn ổ dị dạng

(>80%) là 5 BN, chiếm 25%. Còn lại 4 lần nút mạch ổ dị dạng gây tắc < 80%, trong đó có 3 trường hợp được nút mạch lần 2 sau 4-7 ngày (lần 2 đạt kết quả nút tắc 95-100% đảm bảo phẫu thuật an toàn), 1 trường hợp còn lại chỉ gây tắc được 70% ổ dị dạng phải dừng thủ thuật vì luồng thông động – tĩnh mạch lớn, chất tắc mạch trôi về tĩnh mạch cảnh trong.

Biểu đồ 1. Hiệu quả phẫu thuật sau nút mạch



Kết quả lấy bỏ hoàn toàn ổ dị dạng cho 14 BN trong 1 lần phẫu thuật, 1 BN do tổn thương lan rộng vùng tai và quanh tai, được phẫu thuật lần 2 (cách 4 năm) để lấy toàn bộ tổn thương và tạo hình. Duy nhất 1 BN buộc phải để lại phần ổ dị dạng trong hốc mắt, tiếp giáp với ¼ trên trong nhãn cầu (6%).

Bảng 5. Biến chứng của can thiệp nút tắc mạch

Biến chứng sau can thiệp	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Đau	8	40,0
Khó há miệng	1	5,0
Nhìn đôi	1	5,0

8 trường hợp có biểu hiện đau vùng tổn thương sau khi nút mạch chiếm 40% trong tổng số 20 lần can thiệp, tất cả các trường hợp đều đáp ứng tốt với thuốc giảm đau thông thường (paracetamol). Khó há miệng gặp ở một trường hợp tổn thương ở má sau nút (5%). Nhìn đôi gặp ở 1 trường hợp (5%), do keo trào ngược vào một nhánh nhỏ của động mạch mắt.

Bảng 6. Đánh giá hiệu quả cầm máu trong mổ

Hiệu quả cầm máu trong mổ	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Không chảy máu	8	47,0
Còn chảy máu	7	41,2
Cần truyền máu	2	11,8

Trong số 17 lần phẫu thuật, 15 trường hợp không chảy máu hoặc chảy máu không đáng kể (chiếm 88,2%), chỉ có 2 trường hợp cần truyền máu trong mổ, đó là trường hợp nút tắc được 70% ổ dị dạng và trường hợp ổ dị dạng quá lớn, mặc dù đã tắc được 95% ổ dị dạng, BN sau mổ hồi phục nhanh và ra viện sau 7 ngày. Thời gian nằm viện ít nhất là 5 ngày, dài nhất là 58 ngày (trường hợp can thiệp mạch 3 lần, mổ 2 lần). Trong nhóm 13 BN chỉ can thiệp và phẫu thuật 1 lần, thời gian nằm viện trung bình là 11,9 ngày.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhóm đối tượng nghiên cứu có 66,5% BN trong độ tuổi 20-40, phù hợp với các nghiên cứu khác [6]. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu ở giai đoạn 2 và 3 là giai đoạn tổn thương phát triển nhanh về kích thước, khiến BN phải đến viện, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu nhiều tác giả [1], [2]. Trong số 16 BN có 43,8% đã từng điều trị nhiều lần, không có nút mạch trước mổ, tái phát nhanh sau phẫu thuật, gây khó khăn cho việc tiếp cận ổ dị dạng bằng đường nội mạch.

2. Đặc điểm ổ dị dạng

Tất cả các ổ dị dạng đều được cấp máu bởi động mạch cảnh ngoài một hoặc hai bên, phù hợp nghiên cứu của các tác giả. Động mạch mắt là nhánh nối giữa hệ mạch cảnh trong và cảnh ngoài, là nhánh tham gia cấp máu cho ổ dị dạng vùng trán, giữa hai mắt và mũi. Động mạch đốt sống và động mạch dưới đòn cùng bên hoặc cả hai bên có thể tham gia cấp máu cho ổ dị dạng khi tổn thương lớn nằm ở vùng cổ, gáy. Kích thước ổ dị dạng càng lớn, số cuộn mạch chính cấp máu cho tổn thương càng nhiều ổ dị dạng. Tuy nhiên không có sự tương quan chặt chẽ giữa hai yếu tố này, vì diễn biến của ổ dị dạng không đơn thuần phụ thuộc số cuộn mạch nuôi mà còn phụ thuộc kích thước các cuộn mạch cấp máu, cũng như kích thước luồng thông động - tĩnh mạch. Phân loại hình thái ổ dị dạng cho thấy thành phần chính cấu tạo nên ổ dị dạng, nghiên cứu chủ yếu là loại IIIb (62,5%) bao gồm các tiểu động mạch và tiểu tĩnh mạch giãn ngoằn ngoèo tạo thành búi. Loại hay gặp thứ hai là loại II (25%) ổ dị dạng chính là phần đầu của tĩnh mạch dẫn lưu duy nhất. Loại I ít gặp trong

nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Cho [3]. Loại IIIa chỉ có một trường hợp do các mạch máu trong ổ dị dạng không giãn, can thiệp đường nội mạch đơn thuần đã đủ gây tắc.

3. Vật liệu nút mạch

Nhiều dụng cụ và vật liệu nút mạch đã được phát triển trong hơn 30 năm qua, nhưng chỉ một số ít loại có khả năng lấp đầy và tắc hoàn toàn ổ dị dạng thông động - tĩnh mạch. Đặc điểm lý tưởng của chất gây tắc loại dị dạng mạch này gồm có tính cản quang, có thể lặp lại nhiều lần, có tính lỏng đủ để lấp đầy các mạch máu trong ổ dị dạng, gây tắc vĩnh viễn và không gây phản ứng phụ lên các mô xung quanh, không có nguy cơ gây ung thư hóa. Các vật liệu gây tắc mạch vĩnh viễn như cuộn kim loại (coil), dù kim loại (AVP), bóng chỉ đạt hiệu quả gây tắc ở các cuộn động mạch, không làm tắc được các cuộn mạch nhỏ; hạt nút mạch PVA không phù hợp với các tổn thương có cuộn mạch với lưu lượng lớn. Hiện nay vật liệu đang được sử dụng để điều trị ổ dị dạng động - tĩnh mạch là hai loại chất lỏng có gây dính và không gây dính. Loại không gây dính vào thành mạch (ethylene vinyl alcohol copolymer - Onyx) nên khó kiểm soát hơn, cũng đã được FDA chấp nhận tháng 7/2005 cho hiệu quả tốt nhưng giá thành cao nên phần lớn chỉ được sử dụng điều trị các dị dạng động - tĩnh mạch trong não. Nghiên cứu chúng tôi sử dụng keo sinh học (N-butyl cyanoacrylate – Histoacryl), là chất gây dính đã được FDA chấp nhận dùng trong can thiệp thần kinh từ tháng 9/2000 [8].

Cấu trúc đơn phân của Cyanoacrylat gồm 2 nhóm: nhóm carbon A mang gốc cyano và este, nhóm carbon B mang điện tích dương. Khi tiếp xúc với các điện tích âm (gốc hydroxyl của nước, các thành phần của máu), chúng sẽ dính với đơn phân carbon nhóm B, khi đó, carbon nhóm A bị tích điện âm và sẽ tiếp tục gắn kết carbon nhóm B của đơn phân khác, và quá trình trùng hợp bắt đầu. Cyanoacrylat được trộn cùng với một chất cản quang (hay dùng nhất là Lipiodol), theo các tỉ lệ khác nhau từ 1:1 đến 1:4 (keo/lipiodol). Thời gian trùng hợp của n-BCA phụ thuộc tỉ lệ pha với lipiodol. Tuy nhiên không thấy nghiên cứu nào thông báo về sự khác biệt có ý nghĩa về tổn thương thành mạch hay tái thông giữa các tỉ lệ pha khác nhau [8]. Chỉ một trường

hợp chúng tôi sử dụng dù kim loại (AVP) và bóng để làm tắc động mạch đốt sống, vì nguy cơ trôi keo sinh học gây nhồi máu tiểu não. Như đã nói, đây là loại vật liệu chỉ làm tắc các cuống động mạch, không gây tắc được ổ dị dạng.

4. Hiệu quả gây tắc ổ dị dạng

Trước đây, phương pháp điều trị duy nhất với dị dạng động - tĩnh mạch là thắt các cuống mạch trong phẫu thuật, do đó với các tổn thương nhiều cuống mạch nuôi như thế, việc chảy máu dữ dội thường dẫn tới thất hoàn toàn động mạch cảnh ngoài bên tổn thương mà vẫn không thể lấy bỏ hết tổn thương do các cuống mạch từ các nhánh đối bên và từ hệ động mạch khác không thể thắt được (động mạch đốt sống hay động mạch mắt). Với mục đích loại bỏ dòng máu trong ổ dị dạng, lý tưởng là gây tắc các nhánh cấp máu ở càng gần ổ dị dạng, bảo vệ được các nhánh mạch nuôi tổ chức lành, do đó càng hạn chế được sự thiếu máu của vùng không tổn thương. Tuy nhiên, có rất nhiều lý do khiến điều kiện lý tưởng đó không thực hiện được như một ổ dị dạng lớn thường có nhiều nhánh mạch nuôi, ngoằn ngoèo hoặc khi tổn thương được cấp máu bởi nhánh động mạch mắt (thuộc động mạch cảnh trong), việc cố gắng tiếp cận những nhánh mạch này có thể gây co thắt, có thể bị trào ngược vật liệu nút mạch vào động mạch cảnh trong gây nhồi máu não; hoặc khi các nhánh mạch chính đã bị thắt do phẫu thuật trước đó không thể tiếp cận được bằng đường nội mạch. Mặt khác, việc nút tắc cuống mạch ở cách xa ổ dị dạng không chỉ gây thiếu máu rộng tổ chức xung quanh, làm nặng thêm tình trạng tại chỗ (đau, loét, thiếu dưỡng) mà luồng thông động - tĩnh mạch không được loại bỏ sẽ tiếp tục lấy máu ở các động mạch khác, làm các nhánh mạch này nhanh chóng giãn ra và ổ dị dạng tái phát. Trước khi có phương pháp bơm keo trực tiếp vào ổ dị dạng, các phương pháp can thiệp tắc mạch chỉ có giá trị cầm máu hoặc giảm nhẹ triệu chứng, ít khi được coi là phương pháp hỗ trợ điều trị triệt để [7].

Phương pháp gây tắc ổ dị dạng có phối hợp bơm trực tiếp qua da đã khắc phục được các khó khăn trên. Với cấu tạo của ổ dị dạng có thể là phần đầu tĩnh mạch dẫn lưu, các tiểu tĩnh mạch giãn hoặc gồm nhiều động mạch và tĩnh mạch giãn thành búi

ngoằn ngoèo, chúng tôi sử dụng máy siêu âm giúp định vị chính xác nhánh mạch máu chưa bị tắc trong ổ dị dạng và bơm dung dịch keo. Phương pháp này giúp gây tắc chính xác các luồng thông động - tĩnh mạch mà không làm tổn hại các mô xung quanh. Với phương pháp gây tắc mạch tiền phẫu này, các phẫu thuật viên lấy bỏ ổ dị dạng cùng các luồng thông động - tĩnh mạch, mà không hoặc rất ít chảy máu (88%), lấy bỏ được hoàn toàn ổ dị dạng ở 94% số BN. Đây là kết quả lý tưởng cho những BN mang loại tổn thương mạch máu này.

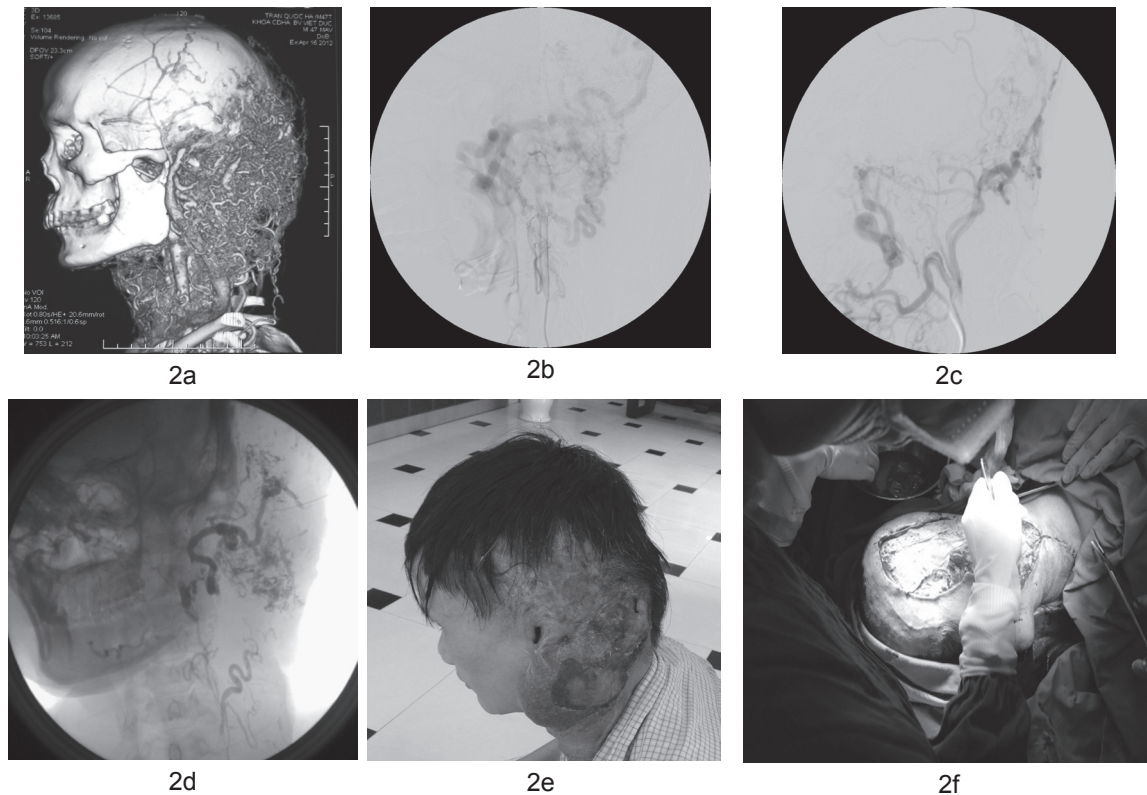
Với mục đích cầm máu trước mổ phương pháp là an toàn, ít biến chứng. Đau là biến chứng thường gặp (40%), nhưng dễ kiểm soát với các thuốc giảm đau và chống viêm. Các biến chứng còn lại như khó há miệng (do đau vùng má) và nhìn đôi do biến chứng trào ngược vật liệu nút mạch vào nhánh động mạch nuôi (động mạch mắt), do lúc này ổ dị dạng đã tắc được một phần, tốc độ dòng chảy trong ổ dị dạng giảm, bơm keo vào áp lực lớn có thể gây trào ngược vật liệu nút mạch, tuy nhiên BN được hồi phục hoàn toàn sau 2 tháng. Phẫu thuật được thực hiện sau nút mạch trong thời gian 24 - 48 giờ, ít chảy máu, lấy bỏ hết tổn thương, BN hồi phục nhanh và rút ngắn được thời gian điều trị, giảm thời gian nằm viện do không tái phát.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp gây tắc ổ dị dạng động - tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ bằng đường nội mạch phối hợp với tiêm trực tiếp vào ổ dị dạng qua da là phương pháp an toàn, hiệu quả cầm máu tốt, giúp phẫu thuật triệt để, tránh tái phát, tăng khả năng chữa khỏi hoàn toàn, giảm thời gian nằm viện và chi phí xã hội.

BỆNH ÁN MINH HỌA

BN nam 47 tuổi, có khối dị dạng động tĩnh mạch lớn ở vùng tai và thái dương bên trái, đã mổ thắt động mạch cảnh trong trái cách 12 năm. Khối tiếp tục to dần lên, loét gây mất da và chảy máu, lan tỏa nửa đầu mặt và vùng cổ bên trái (giai đoạn 3 theo Schobinger).



Hình 2. a. Hình chụp CLVT mạch máu thấy toàn bộ ổ dị dạng gồm các mạch máu giãn ngoằn ngoèo thành búi mạch khổng lồ vùng tai và cổ bên trái. b,c. Chụp chọn lọc các hệ mạch cấp máu cho ổ dị dạng. (b) ĐM đốt sống trái, (c) ĐM cảnh ngoài phải. (d) Bơm trực tiếp hỗn hợp keo và Lipiodol vào trong ổ dị dạng, đọng thuốc trong các nhánh mạch tổn thương. (e) Hình ảnh ổ dị dạng vùng cổ bên trái trước phẫu thuật. (f) Phẫu thuật lấy bỏ hoàn toàn khối dị dạng, cầm máu tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P. S. Bhandari, et al., (2008), "Management strategy for facial arteriovenous malformations", *Indian J Plast Surg.* 41(2): p. 183-9.
2. W. L. Chen, et al., (2009), "A multidisciplinary approach to treating maxillofacial arteriovenous malformations in children", *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 108(1): p. 41-7.
3. S. K. Cho, et al., (2006), "Arteriovenous malformations of the body and extremities: analysis of therapeutic outcomes and approaches according to a modified angiographic classification", *J Endovasc Ther.* 13(4): p. 527-38.
4. M. H. Han, et al., (1999), "Craniofacial arteriovenous malformation: preoperative embolization with direct puncture and injection of n-butyl cyanoacrylate", *Radiology.* 211(3): p. 661-6.
5. Raul Mattassi, et al., (2009), ed. ^eds. *Hemangiomas and Vascular Malformations: An Atlas of Diagnosis and Treatment.* Springer: Milan. 336.
6. P. Redondo, (2007), "[Vascular malformations (I). Concept, classification, pathogenesis and clinical features]", *Actas Dermosifiliogr.* 98(3): p. 141-58.
7. P. Redondo, (2007), "[Vascular malformations (II). Diagnosis, pathology and treatment]", *Actas Dermosifiliogr.* 98(4): p. 219-35.
8. R. J. Rosen, et al., (2004), "The use of cyanoacrylate adhesives in the management of congenital vascular malformations", *Semin Intervent Radiol.* 21(1): p. 59-66.
9. C. W. Ryu, et al., (2007), "Percutaneous direct puncture glue embolization of high-flow craniofacial arteriovenous lesions: a new circular ring compression device with a beveled edge", *AJNR Am J Neuroradiol.* 28(3): p. 528-30.

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp gây tắc ổ dị dạng động tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ bằng đường nội mạch có phối hợp tiêm trực tiếp trước phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng, tiến hành trên 16 bệnh nhân (BN) trong thời gian từ tháng 8/2008 đến tháng 4/2012, tại Bệnh viện Việt Đức.

Kết quả: tổng số 16 BN được nút tắc ổ dị dạng bằng đường nội mạch có phối hợp bơm trực tiếp ổ dị dạng qua da, nằm trong độ tuổi 20-40 là chủ yếu (66,5%), có 20 lần can thiệp trước phẫu thuật, tắc gần hoàn toàn ổ dị dạng đạt (80%), phẫu thuật lấy bỏ hoàn toàn ổ dị dạng đạt 94%, hiệu quả cầm máu trong mổ đạt 88,2%. Thời gian nằm viện trung bình với các BN can thiệp và phẫu thuật 1 lần là 11,9 ngày.

Kết luận: phương pháp gây tắc ổ dị dạng bằng đường nội mạch phối hợp với tiêm trực tiếp ổ dị dạng bằng keo sinh học là phương pháp an toàn, hiệu quả, làm giảm nguy cơ chảy máu trong mổ, đem lại khả năng lấy bỏ toàn bộ tổn thương, tránh tái phát cho BN.

Từ khóa: dị dạng động – tĩnh mạch, gây tắc mạch nội mạch, tiêm trực tiếp qua da, keo sinh học.

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **PGS TS. Phạm Minh Thông**