

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIÊM XƠ DỊ DẠNG TĨNH MẠCH DƯỚI HƯỚNG DẪN DSA

Evaluation the result of flouroscopy-guided sclerotherapy in treating superficial venous malformation

*Mai Thị Quỳnh**, *Lê Nguyệt Minh***, *Phạm Minh Thông**,
*Vũ Đăng Lưu**

SUMMARY

Objective: Describe characteristics imaging of superficial venous malformation (VM) on flouroscopy and evaluate effectiveness of foam sclerotherapy.

Methods: Prospective and retroprestive cohort from November 2015 till July 2019 on 17 patients with VM treated by flouroscopy-guided sclerotherapy with 21 lesions and 46 seasons sclerotherapy. Evaluating results of treatment based on improvement in symtoms (pain- Visual Analogue Score) and imaging (MRI- repeat MRI after last season for 6 months . There are 4 grade in improvement in imaging: excellent (reduction in size of lesion over 90 %), good (reduce 50 -90 %), average (10-50 %) and no reponse (less 10 %). Evaluating recurrence based on increasing pain score (VAS) or size in MRI. Using SPSS 20.0 to analyze and process data.

Results: 17 patients (7 males and 11 females) with VM were involved in our study. Patients were a mean of 26.5± 12.9 years old (range: from 6 to 59). Evaluated by digital subtraction angiography, the lesion were categorized into 4 types according to the venous drainage features. Of the 21 lesion: 3/21 had type I (14.3 %), 12/21 had type II (57.1 %); 2/21 had type III (9.5 %) and 4/21 had type IV (19 %). Total seasons are 46. 8/21lesions (38.1 %) achieved excellent response, 9/21 (42.9 %) achieved good response, 3/21 (14.3 %) achieved average response and 1 patient (4.8%) no response in magnetic resonance imaging in magnetic resonance imaging assessments. Mean VAS scores after treatment for 1 month: 1.4; 3 months: 0.9; 6 months: 1.1, min: 0, max: 5. The long- term recurrence rates with follow-up time from 1 to 2 years is: 3/4 patients had recurrence (75 %) include of 1 patients had increasing imaging and pain score, 2 patients just had only increase imaging in MRI.

Conclusion: Flouroscopy-guided sclerotherapy is a safe and effective procedure to reduce size and pain for patient with venous malformations that have symptoms. But the long – term recurrence rates is quite high.

Keywords: *venous malformation, sclerotherapy, flouroscopy-guided*

* Trường đại học Y Hà Nội

** Trung tâm Điện quang –
Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng tĩnh mạch là một loại dị dạng mạch máu hay gặp. Một dị dạng tĩnh mạch được định nghĩa là dị dạng đơn thuần có dòng chảy thấp và mạng lưới tĩnh mạch bất thường, không có van [1]. Dị dạng tĩnh mạch xuất hiện từ thời kỳ sơ sinh do sự phát triển bất thường từ thời kỳ bào thai và các triệu chứng phụ thuộc vào kích thước và vị trí liên quan. Màu sắc da phụ thuộc vào độ sâu của tổn thương, từ không có màu tới màu tím [2]. Tiến triển tự nhiên thường tăng kích thước chậm và khá ổn định theo thời gian, hình thái và kích thước thay đổi theo tư thế, chèn ép vào các cơ quan lân cận gây đau và hạn chế vận động. Dị dạng tĩnh mạch có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể, nhưng chủ yếu ở trong các mô mềm. Trong thập kỷ vừa qua, các chuyên gia về tĩnh mạch trên thế giới đã có những thống nhất về phân loại và chẩn đoán bằng siêu âm và cộng hưởng từ, tuy nhiên chỉ định và hiệu quả điều trị còn nhiều tranh cãi, trong đó quan trọng nhất là phương pháp tiêm xơ. Chỉ định điều trị có thể đặt ra khi có ảnh hưởng đến chức năng hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ [3].

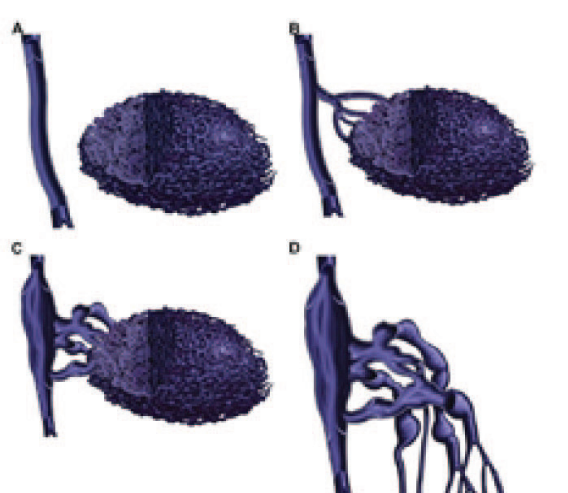
Tiêm xơ là phương pháp tiêm một chất gây kích ứng, là phương pháp đầu tay cho điều trị dị dạng tĩnh mạch, trong đó, cần tuyệt đối là chất được sử dụng phổ biến trong tiêm xơ qua da. Các biến chứng tại chỗ như hoại tử da loét hay tổn thương thần kinh cũng được nhắc đến. Từ sau khi sử dụng polidocanol (Lauromacron 400), các dị dạng tĩnh mạch được điều trị

nhiều hơn, giảm thiểu các biến chứng [3]. Cùng với sự phát triển của chụp mạch số hoá xoá nền và phân loại dị dạng tĩnh mạch của Puig năm 2003 [4], càng ngày càng có nhiều báo cáo trên thế giới đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm xơ dưới hướng dẫn máy chụp mạch. Tuy nhiên ở Việt Nam hiện chưa có báo cáo nào về phương pháp điều trị này. Do vậy, báo cáo này được thực hiện nhằm mục đích mô tả các đặc điểm về hình ảnh chụp mạch của các dị dạng tĩnh mạch và kết quả điều trị bằng phương pháp tiêm xơ tại trung tâm điện quang, bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Từ năm 2015 cho đến nay, chúng tôi thực hiện điều trị cho 17 trường hợp dị dạng tĩnh mạch dưới DSA. Tất cả bệnh nhân đến khám vì các triệu chứng lâm sàng như sưng, đau, hạn chế vận động, thẩm mỹ, nuốt khó, khó thở được thực hiện siêu âm bằng đầu dò phẳng tần số cao (7-15Mhz) để chẩn đoán và cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ để đánh giá kích thước và mức độ lan toả của tổn thương. Để đánh giá hình thái của ổ dị dạng và phân tuýp tổn thương, tất cả bệnh nhân này được chọc kim 18- 22G trực tiếp qua da vào tổn thương, bơm thuốc cản quang tan trong nước và tiến hành chụp mạch. Hình thái của ổ dị dạng và các tĩnh mạch dẫn lưu được quan sát kỹ để đánh giá tĩnh mạch dẫn lưu về tuần hoàn bình thường của cơ thể, và được bác sỹ can thiệp nội mạch phân loại theo phân loại của Puig và cộng sự [5].

- Tuýp I: dị dạng đơn độc không có tĩnh mạch dẫn lưu.
- Tuýp II: dị dạng dẫn lưu về tĩnh mạch bình thường
- Tuýp III: dị dạng dẫn lưu về tĩnh mạch loạn sản
- Tuýp IV: dị dạng là tĩnh mạch loạn sản



Hình 1. Phân loại dị dạng tĩnh mạch dựa vào hệ thống tĩnh mạch dẫn lưu [5]

Hỗn hợp bột- khí bơm vào ổ dị dạng được trộn theo kỹ thuật Tessari bằng cách sử dụng chạc ba nối với 2 bơm tiêm, với tỷ lệ thuốc- khí được xác định từng trường hợp cụ thể[6]. Bệnh nhân sau khi tiêm xơ được

theo dõi ít nhất 2 tiếng và ra viện trong ngày, theo dõi các biến chứng muộn và đánh giá kết quả tiêm xơ sau tiêm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau đợt tiêm xơ cuối cùng.

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân và tuýp tổn thương của các khối dị dạng tĩnh mạch

Đặc điểm bệnh nhân			Vị trí tổn thương	Triệu chứng ban đầu	Tuýp Puig
STT	Tuổi	Giới			
1	25	Nam	Dưới hàm	Sưng, đau	2
2	6	Nữ	Dưới hàm	Sưng, đau, thâm mỷ	1
3	29	Nữ	Má	Sưng, đau	2
4	29	Nữ	Dưới hàm	Sưng, đau, khó thở, khó nuốt (khi nằm nghiêng)	3
5	29	Nữ	Chăm	Sưng, đau	2
6	44	Nữ	Dưới hàm	Sưng, đau, thâm mỷ	2
7	14	Nam	Đùi	Đau, hạn chế vận động	4
8	21	Nam	Đùi	Đau, hạn chế vận động	2
9	18	Nữ	Cẳng chân	Đau, hạn chế vận động	4
10	16	Nam	Đùi	Đau, hạn chế vận động	2
11	32	Nữ	Thân	Đau	1
12	12	Nữ	Cẳng chân	Đau, hạn chế vận động	4
13	23	Nữ	Đùi	Đau, hạn chế vận động	2
14	27	Nữ	Chân	Đau	3
15	34	Nữ	Thân	Đau	2
16	22	Nam	Mông	Đau, hạn chế vận động	2
17	25	Nam	Mặt	Sưng, đau	2
18	55	Nữ	Chân	Đau	2
20	45	Nam	Lưng và ngực bên	Đau, tăng kích thước sau mổ	4
21	30	Nữ	Ngón tay	Sưng, đau	1
22	20	Nữ	Chân	Đau	2

Kết quả điều trị được dựa trên các thông số:

- Kích thước ổ dị dạng được đo trên MRI (trước và sau điều trị).
- Tỷ lệ % kích thước ổ dị dạng giảm so với kích thước ban đầu
- Điểm đau VAS – Visual Analog Scale trước và

sau khi điều trị.

- Tái phát: tăng kích thước tổn thương trên MRI hoặc tăng điểm đau VAS trên lâm sàng.

Phương pháp nghiên cứu mô tả can thiệp tiền cứu và hồi cứu, không có nhóm chứng.

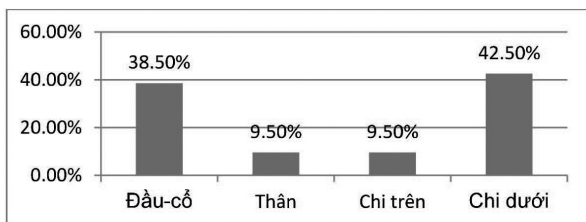
Sử dụng phần mềm SPSS20.0 để thống kê và mô tả các đặc điểm về tuổi của bệnh nhân, vị trí tổn thương, triệu chứng lâm sàng, số lần tiêm xơ, thời gian theo dõi, đánh giá kết quả điều trị dựa vào mức độ giảm kích thước (rất tốt: giảm >90% kích thước trước điều trị, tốt: giảm 50-90% , trung bình: giảm 10- 50%, không đáp ứng: giảm < 10% thương hoặc không giảm) và độ đau được thống kê bằng thuật toán mô tả, so sánh các giá trị trước và sau điều trị.

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 1. Biểu đồ thể hiện phần trăm các tuýp theo hệ thống phân loại Puig.

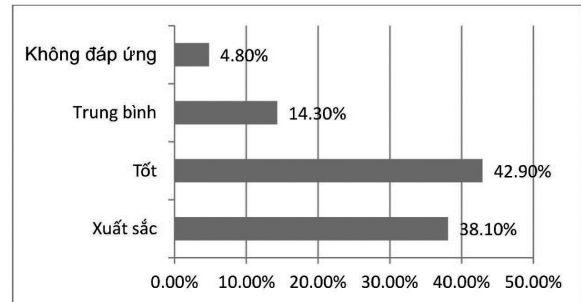
Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi tiến hành chụp mạch số hoá xoá nền, chúng tôi nhận thấy chiếm phần lớn là các tổn thương thuộc tuýp II với 12/21 tổn thương (chiếm 57.1 %), đứng thứ 2 là tuýp IV với 4/21 tổn thương (19%), tiếp theo là tuýp I có 3/21 tổn thương (14.3%) và đứng cuối cùng là tuýp III có 2/21 tổn thương (9.5%).



Biểu đồ 2. Biểu đồ thể hiện sự phân bố tổn thương theo vị trí giải phẫu

Nhận xét: Tổng số tổn thương là 21, trong đó các tổn thương ở chi dưới chiếm nhiều nhất với 9/21 tổn thương (42.9 %), hay gặp thứ hai là các tổn thương thuộc đầu- cổ với 8/21 tổn thương (38.5 %). Các tổn

thương thuộc chi trên và chi dưới được bắt gặp với tỷ lệ bằng nhau: 2/21 tổn thương (chiếm 9.5 %).



Biểu đồ 3. Mức độ cải thiện kích thước trước và sau điều trị

Nhận xét: Nhìn chung có sự giảm đáng kể kích thước tổn thương sau điều trị với 8/21 tổn thương (chiếm 38.1 %) có đáp ứng ở mức độ xuất sắc (tức kích thước giảm ≥ 90% so với trước điều trị), 9/21 (42.9 %) đáp ứng ở mức độ tốt (giảm 50 – 90%), 3/21 (14.3 %) đáp ứng ở mức độ trung bình (giảm 10- 50 %) và chỉ có duy nhất 1 trường hợp (4.8 %) không có đáp ứng (giảm 0 -10 %).

Bảng 2. Mức độ cải thiện điểm đau VAS [7]

Thời gian theo dõi	Giá trị trung bình (Mean)	Giá trị nhỏ nhất (Min)	Giá trị lớn nhất (Max)	Độ lệch chuẩn (SD)
1 tháng	1.4	0	5	1.5
3 tháng	0.9	0	4	1.3
6 tháng	1.1	0	4	1.6
Trên 6 tháng	1	0	2	1.4

Bảng 3. Số đợt tiêm xơ khối dị dạng

Giá trị trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung vị	Giá trị hay gặp nhất	Độ lệch chuẩn	Tổng (n)
2.19	1	7	1	1	1.7	46

Nhận xét: Tổng số đợt tiêm xơ mà chúng tôi đã thực hiện trong nghiên cứu là 46, trung bình 2.19 ± 1.7

lần/ tổn thương. Số đợt tiêm xơ ít nhất là 1 gặp ở 11/21 tổn thương (chiếm 52.4 %), số lần tiêm xơ nhiều nhất

là 7 gặp ở 1/21 tổn thương (chiếm 4.8 %). Nhìn chung chiếm phần lớn vẫn là các tổn thương chỉ cần tiêm 1 lần.

Bảng 4. Liên quan giữa số lần tiêm xơ với nhóm dị dạng theo phân loại Puig trên chạp mạch

	Số đợt tiêm xơ (n)						Tổng (n)	P Fisher –exact test
	1	2	3	4	5	7		
Tuýp I và II	10	3	0	0	1	1	15	0.03
Tuýp III và IV	1	1	2	1	1	0	6	
Tổng (n)	11	4	2	1	2	1	21	

Nhận xét: Tổn thương thuộc tuýp I và II (theo phân loại Puig) có 10/15 (chiếm 66.6 %) là chỉ cần tiêm 1 đợt, trong khi tổn thương thuộc tuýp III và IV chỉ có 1/6 (chiếm 16.7 %). Từ đó cho thấy các tổn thương thuộc tuýp I và II có xu hướng đáp ứng điều trị tốt hơn (biểu hiện bằng số lần tiêm xơ ít hơn) so với các tổn thương thuộc tuýp III và IV với $p = 0.03$ (< 0.05) có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95 %.

Biến chứng: Trong và ngay sau can thiệp, trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng nào. 100% bệnh nhân sau tiêm xơ có biểu hiện sưng, viêm tại chỗ với thời gian từ 1-7 ngày, 71.4 % tự khỏi mà không cần thuốc và 28.6 % cần dùng tới NSAIDS.

Trong quá trình can thiệp: 4/21 (19 %) bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng ho khan, tức ngực nhẹ ngay sau khi ngừng bơm hỗn hợp bọt- khí gây xơ. Các bệnh nhân đều trở về bình thường sau 1-2 giờ mà không cần điều trị gì.

• Tái phát sau thời gian dài

Trong số 4 bệnh nhân nghiên cứu hồi cứu với thời gian theo dõi từ 1-2 năm, hiện có 3/4 bệnh nhân (chiếm 75%) tái phát: trong đó có 2 bệnh nhân không có tăng điểm đau nhưng có sự tăng kích thước tổn thương trên hình ảnh cộng hưởng từ, 01 bệnh nhân vừa có tăng kích thước tổn thương vừa có tăng điểm đau VAS.

Như vậy cho thấy tỷ lệ tái phát dài hạn sau tiêm xơ là khá cao.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi với 17 bệnh nhân dị dạng tĩnh mạch có chỉ định điều trị tiêm xơ dưới hướng dẫn DSA, chủ yếu gặp bệnh nhân trong độ tuổi dậy thì và trưởng thành (độ tuổi trong thời kỳ sinh đẻ) từ 13- 45

tuổi (chiếm 88.2 %). Có 1 bệnh nhân nhi 6 tuổi, và duy nhất 1 bệnh nhân trên 59 tuổi. Tuổi trung bình: 26.5 Tuổi thấp nhất: 6, cao nhất: 59.

Giới tính: nữ giới chiếm đa số: 61.1 % và 38.9 % là nam.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới: Nghiên cứu của B.B. Lee trên 318 bệnh nhân với 40.8 % là nam, 59.2 % là nữ, độ tuổi trung bình 24.9 [49]. Nghiên cứu của Sarah Ventéjou và cộng sự trên 51 bệnh nhân có dị dạng mạch phần mềm cho thấy có 75 % các tổn thương dị dạng mạch có chứa receptor với androgen. Theo nghiên cứu khác của Duyka và cộng sự: receptor progesterone đã được xác định trong dị dạng tĩnh mạch, điều này giải thích vị sao các khối dị dạng mạch phát triển mạnh khi có sự thay đổi hormone [18] gây ra các triệu chứng đòi hỏi bệnh nhân phải nhập viện. Sự tìm thấy receptor progesterone trong khối dị dạng mạch cũng giải thích được vì sao dị dạng mạch có xu hướng gặp nhiều hơn ở nữ giới.

2. Đặc điểm của loại dị dạng theo phân loại trên DSA

Theo phân loại ISSVA về bất thường mạch máu, dị dạng tĩnh mạch thuộc nhóm bất thường của mạch máu có lưu lượng dòng chảy thấp, ít gây những biến chứng nặng nề về tuần hoàn, không có các tế bào tăng sinh, và không dễ dàng phát hiện ngay từ lúc mới sinh,

phát triển theo sự phát triển của cơ thể, không thấy ghi nhận thoái hoá ác tính, biến chứng hay gặp nhất là huyết khối, gây thiếu dưỡng mô xung quanh, ảnh hưởng thẩm mỹ. Có một số phân loại dị dạng tĩnh mạch trên lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ hoặc dựa trên hình ảnh chụp ổ dị dạng qua tiêm trực tiếp [8].

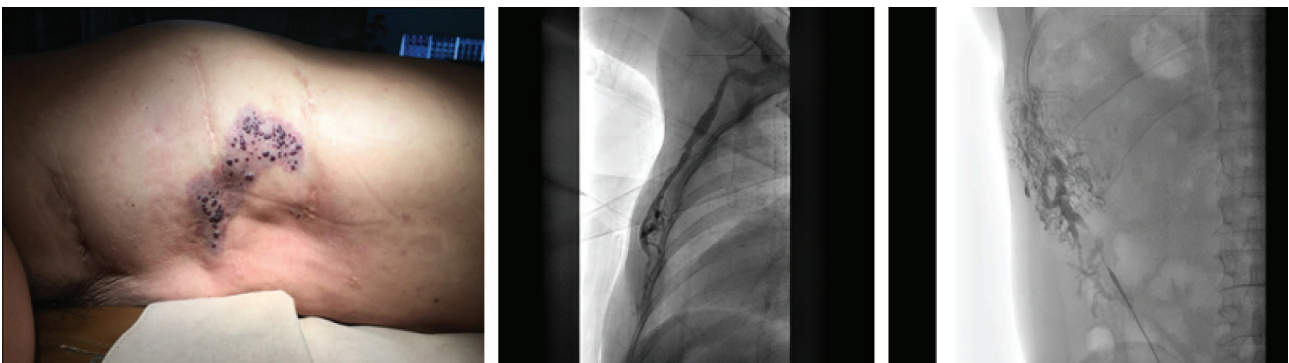


Theo tác giả Puig và cộng sự, 4 tuýp của dị dạng tĩnh mạch phân loại dựa trên sự khác biệt về tĩnh mạch dẫn lưu của ổ dị dạng. Phân loại dị dạng này phụ thuộc hoàn toàn vào việc chụp dưới máy chụp mạch và kinh nghiệm của người bác sĩ làm can thiệp mạch máu vì giải phẫu của hệ thống tĩnh mạch tại vị trí tổn thương thay đổi rất nhiều. Mặt khác, tiền sử can thiệp phẫu thuật góp phần làm thay đổi tính chất động học của tổn thương, có thể chia cắt một ổ dị dạng thành nhiều ổ khác nhau (hình 2), hoặc làm biến mất tĩnh mạch dẫn lưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuýp II chiếm đa số (57.1 %) (hình 1); tuýp I, dị dạng tĩnh mạch đơn độc không có tĩnh mạch ngoại vi dẫn lưu; tuýp II, dị dạng dẫn lưu về tĩnh mạch bình thường; tuýp III, dị dạng dẫn

lưu về tĩnh mạch giãn; và tuýp IV - dị dạng biểu hiện là giãn tĩnh mạch loạn sản [5]. Trong nghiên cứu của Puig và một số nghiên cứu gần đây về dị dạng tĩnh mạch trên máy chụp mạch không có sự khác biệt giữa các nhóm [5] [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có hai bác sĩ can thiệp đánh giá độc lập để thống nhất phân loại, tuy nhiên số lượng bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu còn ít, đó cũng là một hạn chế của nghiên cứu.

3. Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm xơ có kiểm soát dưới máy chụp mạch

Việc điều trị bằng tiêm xơ dưới hướng dẫn của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò rất quan trọng, kiểm soát vị trí tiêm, hạn chế các biến chứng do thoát thuốc gây xơ ra khỏi mạch máu cũng như các biến chứng liên quan đến thuốc gây xơ vào hệ tuần hoàn gây huyết khối trung tâm. Phân loại của Puig cũng được công nhận và sử dụng khá rộng rãi do giá trị thực tiễn của nó [10]. Phân loại này đem lại khả năng tiên lượng về khả năng đáp ứng điều trị cũng như các biến chứng có thể xảy ra [5]. Tuy nhiên, hiệu quả của phương pháp gây xơ vẫn còn rất nhiều tranh cãi và chỉ có một vài báo cáo và phụ thuộc vào yếu tố khác, như vị trí tổn thương trong khoang của cơ thể [1], [11]. Nghiên cứu của chúng tôi có 95.2 % trường hợp đều thu nhỏ kích thước tổn thương sau điều trị, 01 trường hợp không ghi nhận được thay đổi kích thước là trường hợp dị dạng ở vùng lưng, thuộc type IV, tổn thương tái phát sau phẫu thuật và không cải thiện giảm kích thước sau tiêm xơ. Trong số 17 bệnh nhân chỉ định điều trị vì đau, tất cả đều giảm được điểm đau ở các mức độ khác nhau (100%).



Gây xơ được coi là phương pháp ưu tiên hàng đầu cho loại dị dạng tĩnh mạch có triệu chứng [1], [10], với các loại chất gây xơ khác nhau được sử dụng tùy thuộc điều kiện của từng cơ sở, phổ biến nhất là cồn tuyệt đối, Ethibloc (hỗn hợp gồm cồn và đạm ngô), là loại chất gây xơ ít tổn kém, và rất hiệu quả. Polidocanol (tên thương mại Aetoxisclerol) là chất hoạt động bề mặt với cơ chế tác dụng tương tự với cồn tuyệt đối nhưng với độc tính ít hơn, đem lại hiệu quả điều trị tốt, và ít đau hơn [8].

Hiệu quả của phương pháp gây xơ được đánh giá dựa trên kích thước của tổn thương và triệu chứng quyết định điều trị. Tỷ lệ thành công của các phương

pháp điều trị cũng khác nhau tùy từng nghiên cứu, nghiên cứu tổng hợp trên Cochran cũng cho thấy các nghiên cứu có nhiều thiếu sót và không có đủ độ tin cậy để đưa ra được phương pháp điều trị nào tốt hơn phương pháp nào [8], trong đó phương pháp gây xơ bằng polidocanol vẫn được coi là phương pháp chọn lựa hàng đầu vì tính hiệu quả và kinh tế của nó [11].

V. KẾT LUẬN

Tiêm xơ dưới hướng dẫn máy chụp mạch là phương pháp an toàn làm giảm bớt kích thước và giảm đau cho bệnh nhân có dị dạng tĩnh mạch. Tuy nhiên tỷ lệ tái phát dài hạn còn khá cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dubois J., Soulez G., Oliva V.L., et al. (2001). Soft-Tissue Venous Malformations in Adult Patients: Imaging and Therapeutic Issues. *RadioGraphics*, **21(6)**, 1519–1531.
2. Buckmiller L.M., Richter G.T., and Suen J.Y. (2010). Diagnosis and management of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. *Oral Diseases*, **16(5)**, 405–418.
3. Nguyễn Hồng Hà, T.X.T, Trần Thị Thanh Huyền, Vũ Trung Trực, Bùi Mai Anh, Đào Văn Giang, Đỗ Thị Ngọc Linh (2013). Kết quả bước đầu điều trị tiêm xơ dị dạng tĩnh mạch bằng Polidocanol. *Y học Thực hành - Journal of Practical Medicine*, **869(5)**, 85-88.
4. Stefan Puig, Hussein Aref, Valerie Chigot, et al. (2003). Classification of venous malformations in children and implications for sclerotherapy. *Pediatric Radiology*, **33(2)**, 99–103.
5. Puig S., Aref H., Chigot V., et al. (2003). Classification of venous malformations in children and implications for sclerotherapy. *Ped Radiol*, **33(2)**, 99–103.
6. Li L., Zeng X.-Q., and Li Y.-H. (2010). Digital Subtraction Angiography-Guided Foam Sclerotherapy of Peripheral Venous Malformations. *American Journal of Roentgenology*, **194(5)**, W439–W444.
7. Pain rating scales. 4.
8. Behraves, S., et al., (2016). Venous malformations: clinical diagnosis and treatment. *Cardiovasc Diagn Ther*, **6(6)**, 557–569.
9. Li J., Chen J., Zheng G., et al. (2010). Digital Subtraction Angiography-Guided Percutaneous Sclerotherapy of Venous Malformations With Pingyangmycin and/or Absolute Ethanol in the Maxillofacial Region. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, **68(9)**, 2258–2266.
10. Jarrett, D.Y., M. Ali, and G. Chaudry (2013). Imaging of vascular anomalies. *Dermatol Clin*, **31(2)**, 251–66.
11. C.J., et al., van der V. (2014). Effectiveness of sclerotherapy, surgery, and laser therapy in patients with venous malformations: a systematic review. *Cardiovasc Intervent Radiol*, **37(4)**, 977–89.

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm hình ảnh của dị dạng tĩnh mạch (DDTM) trên chụp mạch và đánh giá kết quả điều trị bằng bột gây xơ.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu mô tả từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 7 năm 2019, có 17 bệnh nhân DDTM được điều trị bằng phương pháp gây xơ dưới máy chụp mạch số hoá xoá nền với 21 tổn thương và 46 đợt tiêm xơ. Đánh giá kết quả điều trị dựa vào sự cải thiện về lâm sàng (đau- thang điểm VAS) và sự cải thiện về hình ảnh (cộng hưởng từ – chụp đánh giá lại sau đợt tiêm xơ cuối cùng 6 tháng). Đáp ứng điều trị về mặt hình ảnh được phân thành 4 mức độ: đáp ứng xuất sắc: kích thước sau điều trị giảm trên 90% so với trước điều trị, đáp ứng tốt: giảm 50-90 %, đáp ứng trung bình giảm 10-50 %, không đáp ứng hoặc đáp ứng không đáng kể: dưới 10%. Đánh giá tái phát dựa vào tăng điểm đau VAS hoặc tăng kích thước trên hình ảnh cộng hưởng từ. Sử dụng SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

Kết quả: Có 17 bệnh nhân với độ tuổi từ 6 đến 59 (trung bình: 26.5 ± 12.9), trong đó có 7/17 nam (38.9%) và 11/17 nữ (61.1%). Các tổn thương dị dạng tĩnh mạch được phân loại theo đặc điểm của tĩnh mạch dẫn lưu. Tổng 21 tổn thương: 3/21 tổn thương thuộc tuýp I (19 %); 12/21 tổn thương thuộc tuýp II (57.1%); 2/21 tổn thương thuộc tuýp III (9.5 %) và 4/21 tổn thương thuộc tuýp IV (19 %). Tổng số đợt tiêm xơ là 46, số đợt tiêm xơ trung bình 2.19 ± 1.7 lần/ tổn thương. Mức độ giảm kích thước trên MRI: xuất sắc có 8/21 trường hợp (38.1 %), tốt có 9/21 trường hợp (42.9 %), trung bình có 3/21 trường hợp (14.3 %), không đáp ứng có 1 trường hợp (4.8 %). Điểm đau VAS trung bình sau điều trị 1 tháng: 1.4, 3 tháng: 0.9, 6 tháng: 1.1, nhỏ nhất là 0 và lớn nhất là 5. Tỷ lệ tái phát dài hạn với thời gian theo dõi từ 1- 2 năm có 3/4 bệnh nhân tái phát (75 %), trong đó 1/3 bệnh nhân vừa có tăng điểm đau VAS, vừa có tăng kích thước trên hình ảnh cộng hưởng từ, 2 bệnh nhân còn lại chỉ có tăng kích thước tổn thương trên hình ảnh. Không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng nào xảy ra trong và sau quá trình tiêm xơ.

Kết luận: Tiêm xơ dưới hướng dẫn DSA là phương pháp an toàn và hiệu quả, làm giảm bớt kích thước và giảm đau cho bệnh nhân dị dạng tĩnh mạch có triệu chứng. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát dài hạn còn khá cao.

Từ khoá: *dị dạng tĩnh mạch, tiêm xơ, DSA*

Người liên hệ: Mai Thị Quỳnh, Email: maiquynh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài 30.7.2019. Ngày chấp nhận đăng: 31.8.2019