

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ DỊ DẠNG TĨNH MẠCH VÙNG ĐẦU MẶT CỔ BẰNG TIÊM CỒN TUYỆT ĐỐI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA DSA

Nguyễn Ngọc Cương^{1,✉}, Chu Hồng Sơn², Lê Tuấn Linh¹

¹Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Bác sĩ nội trú CDHA khoa 45, Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh của dị dạng tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ trên máy chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) và đánh giá hiệu quả của phương pháp gây xơ bằng cồn tuyệt đối. Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu với 25 bệnh nhân có tuổi trung bình 31,1. Dị dạng tĩnh mạch phân loại theo Puig năm 2003, có 9/25 tổn thuộc type I (36%), 15/25 thuộc type II (60%), 1/25 tổn thương thuộc type III (4%), 0/25 type IV. Tổng số lần can thiệp là 46 lần với lượng cồn tuyệt đối trung bình là $6,82 \pm 3,42$ ml/lần. 81,8% bệnh nhân sau can thiệp có tỷ lệ tắc ở dị dạng trên 50% và chỉ 4% số bệnh nhân có phần trăm tắc dưới 25%. Về lâm sàng, 96% bệnh nhân cải thiện tốt triệu chứng, 1 bệnh nhân (4 %) không có sự cải thiện về triệu chứng. Không có biến chứng nặng về lâm sàng. Kết luận: gây xơ ở dị dạng tĩnh mạch bằng cồn tuyệt đối là phương pháp an toàn và hiệu quả cho các dị dạng tĩnh mạch đầu mặt cổ.

Từ khóa: Đầu mặt cổ, dị dạng tĩnh mạch, cồn tuyệt đối, tiêm xơ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường mạch máu là bệnh lý tương đối thường gặp trong cộng đồng với tỷ lệ khoảng 1,5% dân số bao gồm u mạch máu và dị dạng mạch máu. Trong nhóm dị dạng mạch máu, dị dạng tĩnh mạch là phổ biến nhất, chiếm tới hai phần ba tổng số các trường hợp. Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ bệnh trong cộng đồng ước tính khoảng 1%.¹

Siêu âm và cộng hưởng từ đem lại nhiều thông tin, tính chất và kích thước tổn thương là công cụ không thể thiếu để chẩn đoán và tiên lượng điều trị.² Chụp mạch qua da thường được sử dụng để can thiệp, cung cấp những đặc tính quan trọng đặc biệt là đặc điểm dẫn lưu của dị dạng mạch nói chung và dị dạng tĩnh mạch nói riêng.³

Dị dạng tĩnh mạch có thể xuất hiện ở bất kỳ đâu trên cơ thể, trong đó vùng đầu mặt cổ chiếm tỷ lệ cao nhất với khoảng 40% - 53% tùy theo các nghiên cứu với biểu hiện lâm sàng đa dạng, thường gặp nhất dưới biểu hiện của một khối mềm, ấn lõm màu xanh tím hoặc không màu tùy vị trí, đôi khi có thể cứng chắc do huyết khối.^{4,5} Ngoài ra, đau cũng là một triệu chứng phổ biến có thể do huyết khối hoặc chèn ép và kích thích các thụ cảm thể thần kinh. Chỉ định điều trị có thể đặt ra khi có ảnh hưởng đến chức năng hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ.⁶ Có rất nhiều phương pháp điều trị dị dạng tĩnh mạch bao gồm theo dõi lâm sàng, dùng thuốc, băng chun, laser, phẫu thuật, tiêm xơ hoặc đôi khi là sự kết hợp của nhiều phương pháp. Tuy nhiên, việc điều trị dị dạng tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ hiện nay còn nhiều thách thức do vẫn chưa có sự thống nhất về phác đồ điều trị và hiệu quả của các phương pháp còn đang tranh cãi. Với ưu điểm về kinh tế, khả năng gây xơ tốt cũng

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Cương

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận: 26/09/2022

Ngày được chấp nhận: 03/11/2022

như tỷ lệ biến chứng thấp, tiêm xơ bằng cồn tuyệt đối là một phương pháp điều trị đáng được quan tâm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1 Đối tượng

Bao gồm 25 bệnh nhân đến khám vì các triệu chứng lâm sàng như thối mỷ, hạn chế chức năng, sưng, đau được chẩn đoán dị dạng tĩnh mạch phần mềm được khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 10/2020 đến 09/2022. Tất cả các bệnh nhân đều được thăm khám lâm sàng và bằng siêu âm đầu dò phẳng tần số cao (7 - 15Mhz) hoặc cộng hưởng từ sau đó được tiêm xơ sử dụng cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của DSA. Hình thái của ổ dị dạng

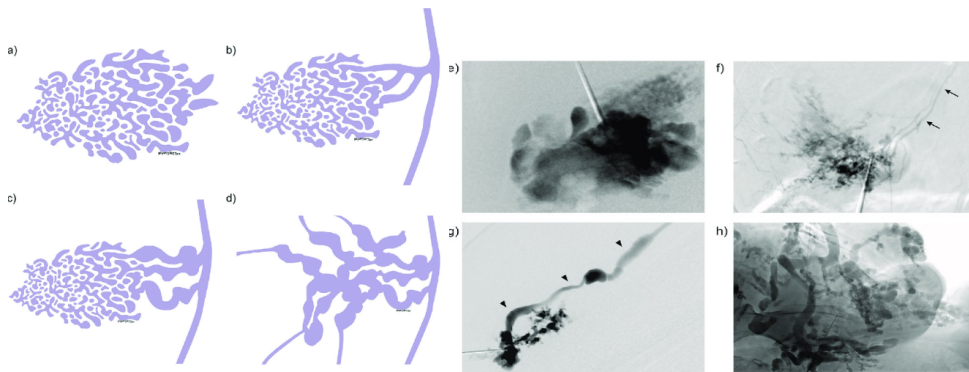
và các tĩnh mạch dẫn lưu được quan sát kỹ để đánh giá tĩnh mạch dẫn lưu về tuần hoàn bình thường của cơ thể, và được bác sỹ can thiệp nội mạch phân loại theo phân loại của Puig và cộng sự năm 2003:⁷

- Type I: dị dạng tĩnh mạch không có tĩnh mạch dẫn lưu vào hệ thống tĩnh mạch bình thường.

- Type II: dị dạng tĩnh mạch có hệ thống tĩnh mạch dẫn lưu có kích thước bình thường vào hệ thống tĩnh mạch bình thường.

- Type III: dị dạng tĩnh mạch có hệ thống tĩnh mạch dẫn lưu giãn rộng hoặc loạn sản vào hệ thống tĩnh mạch bình thường.

- Type IV: dị dạng tĩnh mạch có cấu trúc là các tĩnh mạch giãn hoặc loạn sản.



Hình 1. Phân loại dị dạng tĩnh mạch dựa vào hệ thống tĩnh mạch dẫn lưu⁵

Quy trình tiêm xơ

- Tiến hành tiếp cận ổ dị dạng bằng kim luồn 18 - 22G tùy vào độ sâu của ổ dị dạng dưới hướng dẫn của siêu âm. Khi thấy máu chảy qua kim, bơm thuốc cản quang chụp dưới DSA để đánh giá tính chất của ổ dị dạng và hệ tĩnh mạch dẫn lưu.

- Nếu thấy tĩnh mạch dẫn lưu đổ về tĩnh mạch lành trên phim chụp DSA tĩnh mạch, tĩnh

mạch này sẽ được ép bởi đầu dò siêu âm trong quá trình bơm cồn tuyệt đối vào ổ dị dạng để lượng cồn tuyệt đối nằm trong ổ dị dạng nhiều nhất. Tùy vào kích thước và tính chất của tổn thương, lượng cồn sử dụng sẽ khác nhau, tuy nhiên tối đa không quá 0,5 ml/kg cân nặng.

- Đối với dị dạng tĩnh mạch có phần nằm trong ổ mắt, bơm thuốc cản quang chụp xoá nền để đánh giá xem đường dẫn lưu tĩnh mạch.

Nếu tĩnh mạch dẫn lưu về tĩnh mạch mắt hoặc vào xoang hang thì lượng còn tuyệt đối bơm chậm và dùng liều thấp hơn với vị trí khác, tốc độ bơm và liều còn tuyệt đối dựa vào kinh nghiệm của bác sĩ can thiệp khi đối chiếu với lưu lượng tĩnh mạch dẫn lưu nhanh hay chậm.

Chỉ định tiêm xơ nhiều lần phụ thuộc vào:

1) Chiến lược từ đầu gây xơ một phần hay toàn bộ ổ dị dạng, nếu gây xơ một phần thì sẽ tiếp tục gây xơ ở các lần sau.

2) Phim chụp cộng hưởng từ thấy còn ổ dị dạng hoặc ổ dị dạng tái phát, gây triệu chứng.

Đánh giá hiệu quả:

Bệnh nhân sau khi tiêm xơ được theo dõi trong viện, nếu tình trạng ổn định có thể ra viện sau 1 ngày. Các biến chứng và kết quả tiêm xơ được đánh giá lại sau 1 tháng, tiếp tục điều trị nếu còn chỉ định. Khi ổ dị dạng không còn chỉ định tiêm (tắc hoàn toàn hoặc không thể can thiệp tiếp), bệnh nhân sẽ được đánh giá lại sau 3 tháng sau đợt tiêm xơ cuối cùng.

Kết quả điều trị được dựa trên các thông số:

- Tỷ lệ phần trăm thuyên tắc ổ dị dạng sau can thiệp, được chia thành độ I, $\leq 25\%$; độ II, 25 - 50%; độ III, 50 - 75%; độ IV, 75 - 100%.- Đáp ứng trên lâm sàng với 4 độ gồm:

+ Độ I: triệu chứng không thay đổi so với trước điều trị.

+ Độ II: mức độ cải thiện triệu chứng sưng và đau ít (giảm 1 - 2 điểm VAS).

+ Độ III: cải thiện đáng kể triệu chứng sưng, đau (mức độ đau giảm 3 - 4 điểm VAS) nhưng chưa hết hoàn toàn.

+ Độ IV: cải thiện hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn các triệu chứng, mức độ đau giảm > 4 điểm).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu và tiến cứu.

3. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp, áp dụng còn tuyệt đối như một chất gây xơ để điều trị dị dạng tĩnh mạch kích thước lớn vùng hàm mặt. Khi mà chỉ định mổ không còn, khối dị dạng gây biến dạng vùng mặt và gây đau cho người bệnh, có thể chèn ép vào đường thở hoặc gây cản trở ăn, uống. Còn tuyệt đối là chất gây xơ có tác dụng mạnh, giúp giảm số lần can thiệp cho người bệnh. Ngoài ra, còn tuyệt đối là một chất gây xơ rẻ tiền nhất trong các vật liệu gây xơ có trên thị trường, hiệu quả kinh tế nhưng tác dụng mạnh. Can thiệp tiến hành sau khi có hội chẩn đa chuyên khoa liên quan và được sự đồng ý của người bệnh sau khi đã giải thích đầy đủ lợi ích, nguy cơ. Đây là một phần của đề tài đã được Hội đồng bảo vệ Đề cương và Hội đồng chính thức của Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

III. KẾT QUẢ

1 Các đặc điểm cơ bản của bệnh nhân

Bảng 1. Các đặc điểm cơ bản của bệnh nhân về giới, tuổi và kích thước ổ dị dạng

	Đặc điểm	
	n	%
Giới	25	100
Nam	9	36
Nữ	16	64
Kích thước		
> 10cm	16	64
5 - 10cm	6	24
< 5cm	3	12
Tuổi	31,08 ± 18,68	

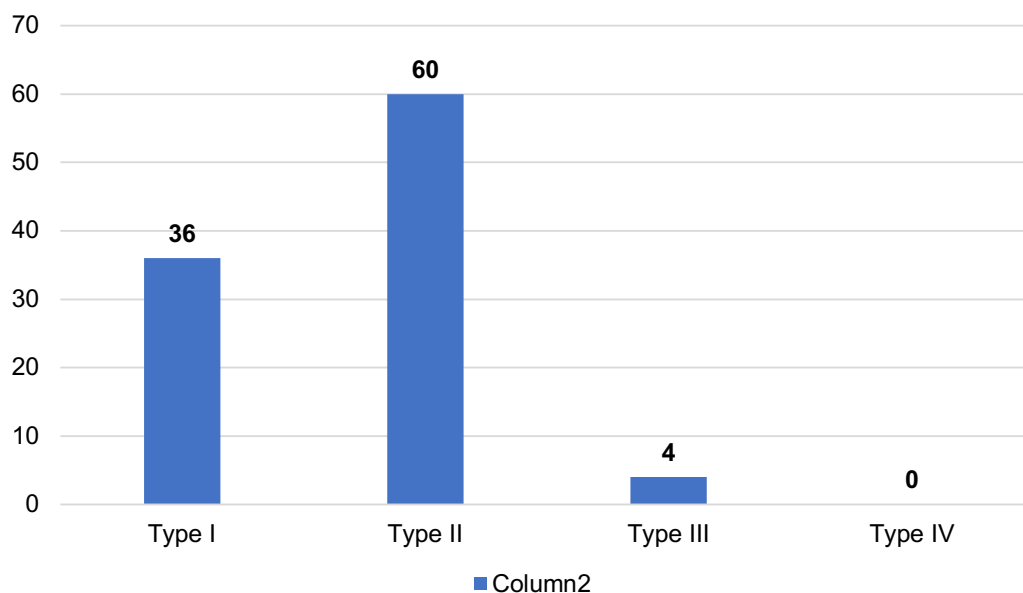
Tỷ lệ nam/nữ = 1/1,78. Ổ dị dạng kích thước lớn trên 10 cm chiếm tỷ lệ nhất với tỷ lệ 64%, ổ dị dạng kích thước nhỏ hơn 5cm chiếm tỷ lệ ít nhất với 12%, còn lại 24% là các ổ dị dạng kích thước từ 5 - 10cm. Tuổi trung bình là 31,08 ± 18,68 (lớn nhất là 68 tuổi, nhỏ nhất là 8 tuổi).

Bảng 2. Đặc điểm phân bố tổn thương

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chăm	1	4
Hốc mắt	3	12
Môi	1	4
Má - thái dương	11	44
Lưỡi	4	16
Cổ	1	4
Góc hàm	1	4
Lan tỏa	3	12

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dị dạng tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ có vị trí khá đa dạng với 25 tổn thương ở 8 vùng khác nhau. Trong đó, tổn thương vị trí vùng má - thái dương chiếm tỷ lệ cao nhất với 11/25 trường hợp (44%).

Lưỡi là vị trí thường gặp đứng thứ hai với 4/25 trường hợp (16%). Các dị dạng ở phần mềm vùng chăm, môi, cổ và góc hàm ít gặp với cùng tỷ lệ là 4%.



Biểu đồ 1. Biểu đồ thể hiện phần trăm các tuýp theo Puig và cộng sự

Khi tiến hành chụp mạch số hoá xoá nền, chúng tôi nhận thấy phần lớn các ổ dị dạng tĩnh mạch là các tổn thương thuộc type II với 15/25 tổn thương (chiếm 60 %), đứng thứ 2 là type

I với 9/25 tổn thương (36%), tiếp theo là tuýp III có 1/25 tổn thương (4%). Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp dị dạng tĩnh mạch nào thuộc type IV.

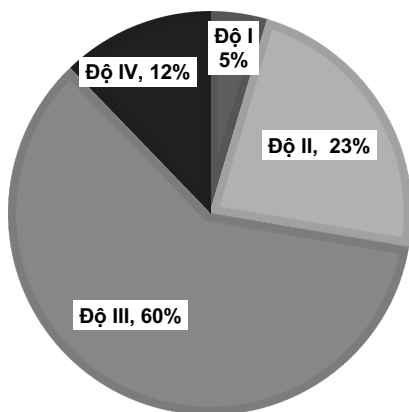
2 Đánh giá hiệu quả điều trị

Bảng 3. Số đợt và tổng liều tiêm xơ khối dị dạng

Chỉ số	Giá trị trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Độ lệch chuẩn	Tổng (n)
Số đợt tiêm xơ	1,84	1	7	1,55	46
Tổng liều cồn tuyệt đối (ml)	15,42	1	18	21,35	386
Liều trung bình	6,82	1	13,3	3,42	170,72

Tổng số đợt tiêm xơ mà chúng tôi đã thực hiện trong nghiên cứu là 46, trung bình $1,84 \pm 1,44$ lần/ tổn thương. Số đợt tiêm xơ ít nhất là 1 gặp ở 15/25 tổn thương (chiếm 60%), số lần

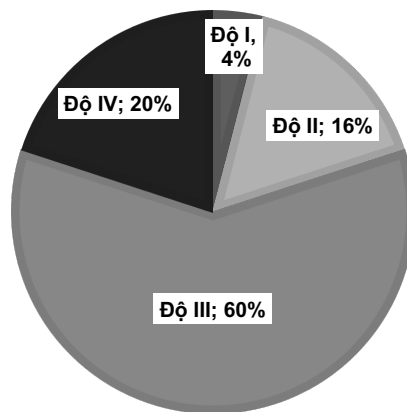
tiêm xơ nhiều nhất là 7 gặp ở 1/25 tổn thương (chiếm 4%). Liều trung bình cồn tuyệt đối được sử dụng là $6,82 \pm 3,42$ ml/lần, trong đó liều trung bình lớn nhất được sử dụng là 13,3ml/lần.



■ Độ I ■ Độ II ■ Độ III ■ Độ IV

Biểu đồ 2. Mức độ thuyên tắc sau can thiệp

Phần lớn số bệnh nhân sau can thiệp có mức độ thuyên tắc ở mức tốt với 59,1% trường hợp. Mức độ thuyên tắc rất tốt cũng chiếm tỷ lệ tương đối cao với 22,7% trường hợp. Chỉ có 12% trường hợp đáp ứng ở mức vừa và 4,5% trường hợp ở mức kém.



■ Độ I ■ Độ II ■ Độ III ■ Độ IV

Biểu đồ 3. Mức độ cải thiện lâm sàng sau can thiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân đáp ứng ở mức độ tốt và rất tốt với tỷ lệ lần lượt là 15/25 (60%) và 5/25 (20%). Có 4 trường hợp đáp ứng dừng ở mức vừa (16%) và 1 trường hợp đáp ứng kém với điều trị.

Bảng 4. Liên quan giữa số liều trung bình và loại dị dạng theo phân độ Dubois và Puig

Phân độ	Type I	Type II	Type III	Type IV	p
Liều trung bình (ml/lần)	5,72 ± 2,99	7,65 ± 3,61	4,50	0	0.337
Số lượng	9	15	1	0	

p: theo Anova test

Liều trung bình được sử dụng để điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cao nhất ở nhóm dị dạng tĩnh mạch type II là 7,65 ± 3,61ml/lần. Dị dạng tĩnh mạch type I cần liều trung bình là 5,72 ± 2,99 ml/lần và thấp nhất là ở type III là 4.50 ml/lần. Tuy nhiên, liều trung bình giữa các nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Dị dạng tĩnh mạch là bất thường mạch máu phổ biến nhất trong nhóm bệnh lý dị dạng mạch máu theo phân loại của hiệp hội nghiên cứu

bất thường mạch máu quốc tế (ISSVA) với tỷ lệ chiếm tới gần hai phần ba số trường hợp dị dạng mạch.⁸ Những tổn thương này là những dị dạng mạch máu “dòng chảy thấp” bao gồm các kênh mạch bất thường được lót bởi lớp nội mạc và một màng đáy mỏng, phát triển theo tuổi và không thoái triển.⁹ Với tỷ lệ chiếm khoảng 40% số trường hợp, đầu mặt cổ là vị trí thường gặp nhất của dị dạng tĩnh mạch.

Do ảnh hưởng nhiều mặt của dị dạng tĩnh mạch tới bệnh nhân bao gồm sưng, đau, hạn chế vận động, biến dạng giải phẫu gây ảnh hưởng thẩm mỹ, việc điều trị dị dạng tĩnh mạch

là rất cần thiết. Hiện nay việc điều trị dị dạng tĩnh mạch đặc biệt là vùng đầu mặt cổ còn gặp nhiều khó khăn do chưa có sự thống nhất về phác đồ điều trị, tuy nhiên liệu pháp gây xơ sử dụng các hóa chất tiêm qua da vẫn là phương pháp. Với ưu thế về tính khả dụng, đơn giản, chi phí thấp, là chất gây xơ rất hiệu quả nhờ cơ chế gây ra sự phá hủy của nội mạc, phản ứng viêm mạnh và hình thành huyết khối trong ổ dị dạng, còn tuyệt đối đang là chất được sử dụng rất phổ biến trên thế giới.

Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu của chúng tôi trên 25 bệnh nhân dị dạng tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ có chỉ định và được tiêm xơ điều trị dưới hướng dẫn DSA với độ tuổi trung bình là $31,08 \pm 18,68$, trong đó độ tuổi thấp nhất là 8 tuổi và cao nhất là 68 tuổi. Kết quả này tương đồng với kết quả của hầu hết các nghiên cứu khác về dị dạng tĩnh mạch phần mềm. Trong nghiên cứu của Akan và cộng sự năm 2018, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 30 với độ tuổi thấp nhất là 8 và lớn nhất là 68.¹⁰ Nghiên cứu của Lixin Su và cộng sự năm 2010, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 24.¹¹ Như vậy, các bệnh nhân vào viện khám và điều trị của dị dạng tĩnh mạch thường là nhóm trẻ tuổi. Điều này có thể được lý giải bởi dị dạng tĩnh mạch là bệnh lý bẩm sinh, không thoái triển mà thường phát triển tăng kích thước và triệu chứng cùng với quá trình phát triển của người bệnh.

Bệnh nhân nữ giới chiếm tỷ lệ đa số với 16/25 bệnh nhân (64%), tỷ lệ nam/nữ là 1/1,78. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ho Choi và cộng sự năm 2002 với tỷ lệ nam/nữ là 1/1.9.¹² Nghiên cứu về dị dạng tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ của chúng tôi có các vị trí khá đa dạng với 8 vị trí giải phẫu khác nhau, trong đó phần mềm dưới da và các cơ vùng má- thái dương là vị trí thường gặp nhất với 44% số trường hợp. Tổn thương ở lưỡi cũng chiếm tỷ lệ không nhỏ với 16% số trường hợp. Dị dạng tĩnh mạch có thể khu trú hoặc lan tỏa trong nhiều

khoang giải phẫu khác nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 8% số ca tổn thương phát triển tới nhiều hơn 1 vùng giải phẫu. Đáng chú ý, có ba bệnh nhân mà phần dị dạng lan từ trán, mi mắt và một phần nằm trong hốc mắt cả trong nón lẫn ngoài nón. Những bệnh nhân này chỉ định can thiệp vì biến dạng khuôn mặt và triệu chứng đau tức do máu dồn vào các khoang trong ổ dị dạng làm tăng áp lực. Nghiên cứu của Akan và cộng sự về dị dạng tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ năm 2017 cũng cho con số khá tương đồng với 30,76% tổn thương ở vùng má (chiếm tỷ lệ cao nhất) và sau đó là ở lưỡi với 23%. Cũng trong nghiên cứu của Akan, tỷ lệ dị dạng tĩnh mạch lan tỏa ở nhiều vùng giải phẫu chiếm tỷ lệ cao hơn với 15,4%.

Dựa theo phân loại của Puig và cộng sự, chúng tôi tiến hành phân loại dị dạng tĩnh mạch thành 4 type với sự khác nhau về hệ thống tĩnh mạch dẫn lưu. Theo đó, trong 25 tổn thương dị dạng tĩnh mạch, dị dạng type II là dị dạng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi với 60% số trường hợp. Dị dạng tĩnh mạch thuộc type I chiếm tỷ lệ cũng tương đối lớn với 9/25 tổn thương (36%), tiếp theo là tuýp III có 1/25 tổn thương (4%). Không có dị dạng type IV nào được ghi nhận trong quá trình nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Long Li và cộng sự năm 2010 với tỷ lệ tổn thương type II là 53,3%.¹³ Nghiên cứu của Puig và cộng sự năm 2003 cũng cho thấy rằng tổn thương tuýp II chiếm nhiều nhất 37%. Tuy nhiên, tỷ lệ giữa các nhóm nhìn chung thường thay đổi và không có sự cố định giữa các nhóm. Về hiệu quả điều trị:

Số lần tiêm trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,84 \pm 1,55$, nhiều nhất là 7 lần và ít nhất là 1 lần, số bệnh nhân được tiêm 1 lần chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 15 trường hợp (60%). Kết quả này cũng phù hợp với nhiều thông báo trên y văn với số lần tiêm trung bình từ 1.69 - 2.5 lần.^{4,14} Ngoài ra, tỷ lệ tiêm 1 lần cũng chiếm

phần lớn trong các báo cáo: 72,24% trong nghiên cứu của Rimon và cộng sự năm 2004, 57,4% trong nghiên cứu của Steiner và cộng sự năm 2016.⁵

Liều điều trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,82 \pm 3,42$ ml/lần, trong đó liều cao nhất lên tới 13,3 ml/lần. Nghiên cứu của Coletti và Ierardi năm 2010 sử dụng cồn tuyệt đối để tiêm xơ cho con số gần tương tự với 7,29 ml/lần.³ Nghiên cứu của Akan và cộng sự năm 2017 sử dụng cồn tuyệt đối để điều trị dị dạng vùng đầu mặt cổ cho con số cao hơn với liều trung bình là 10,99 ml/lần.¹⁰ Nhìn chung, cho tới nay vẫn chưa có sự thống nhất chung và chưa có nghiên cứu nào đưa ra được hướng dẫn chính xác về liều điều trị cũng như số lần và thời điểm kết thúc điều trị. Do mục tiêu của điều trị dị dạng tĩnh mạch là cải thiện tối ưu triệu chứng lâm sàng của người bệnh, mức độ hài lòng đối với kết quả quyết định phần lớn tới mục tiêu cũng như thời điểm kết thúc điều trị.

Khi so sánh liều điều trị trung bình của các nhóm dị dạng tĩnh mạch theo phân loại Puig, chúng tôi thấy rằng, dị dạng tĩnh mạch type II có liều điều trị lớn nhất là $7,65 \pm 3,61$ ml/lần, dị dạng type I có liều điều trị trung bình là $5,72 \pm 2,99$ ml/lần và thấp nhất là type III với 4,5 ml/lần. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trên thực tế, trong các nghiên cứu trên thế giới, dị dạng tĩnh mạch có hệ thống tĩnh mạch dẫn lưu (type II, III và IV) có xu hướng đáp ứng với điều trị kém hơn, cần nhiều đợt và liều điều trị hơn đặc biệt là dị dạng tĩnh mạch thuộc type III và IV - nhóm có tĩnh mạch dẫn lưu lớn. Tỷ lệ thất bại điều trị với nhóm này có thể lên tới 50% số trường hợp.¹⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi sau khi đánh giá và theo dõi sau điều trị, có tới 81,8% số bệnh nhân có phần trăm thuyên tắc dị dạng trên 50% (độ III và IV). Con số này khá tương đồng với con số 76,2% của Tenghui Zhan và cộng sự

năm 2020 trên 38 bệnh nhân dị dạng tĩnh mạch với 34,1% thuyên tắc độ IV và 42,1% thuyên tắc độ III. So sánh với kết quả nghiên cứu của S.Blaise và cộng sự sử dụng polidocanol với 42,1% số bệnh nhân thuyên tắc trên 50% và 57,9% có phần trăm thuyên tắc dưới 50%, con số của chúng tôi cao hơn đáng kể.¹⁶

Nghiên cứu của chúng tôi có 96% bệnh nhân có đáp ứng về triệu chứng lâm sàng, hầu hết ở mức rất tốt và tốt với tỷ lệ lần lượt là 20% và 60%, kết quả này tương đồng với kết quả của Chen và cộng sự năm 2016 với 88,89% đáp ứng mức tốt hoặc rất tốt. Kết quả nghiên cứu điều trị dị dạng tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ sử dụng cồn tuyệt đối của Akan và cộng sự năm 2017 cũng cho con số phù hợp với 83,33% bệnh nhân đáp ứng mức tốt và rất tốt.¹⁰

V. KẾT LUẬN

Phương pháp gây xơ sử dụng cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của chụp mạch số hóa xóa nền với kết quả bước đầu là một kỹ thuật hiệu quả để điều trị dị dạng tĩnh mạch đầu mặt cổ, nhất là những ổ dị dạng có kích thước rất lớn. Cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân đông hơn và theo dõi dài hơn để khẳng định hiệu quả của cồn tuyệt đối trong bệnh lý dị dạng tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vikkula M, Boon LM, Mulliken JB. Molecular genetics of vascular malformations. Published online 2001:9.
2. Behravesh S, Yakes W, Gupta N, et al. Venous malformations: clinical diagnosis and treatment. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2016; 6(6): 55769-55569.
3. Colletti G, Ierardi AM. Understanding venous malformations of the head and neck: a comprehensive insight. *Med Oncol*. 2017; 34(3): 42. doi:10.1007/s12032-017-0896-3.

4. Shireman PK, McCarthy WJ, Yao JST, Vogelzang RL. Treatment of venous malformations by direct injection with ethanol. *J Vasc Surg*. 1997; 26(5): 838-844. doi:10.1016/S0741-5214(97)70098-3.
5. Steiner F, FitzJohn T, Tan ST. Ethanol sclerotherapy for venous malformation. *ANZ J Surg*. 2016; 86(10): 790-795. doi:10.1111/ans.12833.
6. Enjolras O, Mulliken JB. The current management of vascular birthmarks. *Pediatr Dermatol*. 1993; 10(4): 311-313. doi:10.1111/j.1525-1470.1993.tb00393.x.
7. Legiehn G. Sclerotherapy with Adjunctive Stasis of Efflux (STASE) in Venous Malformations: Techniques and Strategies. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2019; 22: 100630. doi:10.1016/j.tvir.2019.100630.
8. Laor T, Burrows PE. Congenital anomalies and vascular birthmarks of the lower extremities. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 1998; 6(3): 497-519.
9. Baek HJ, Hong JP, Choi JW, Suh DC. Direct Percutaneous Alcohol Sclerotherapy for Venous Malformations of Head and Neck Region without Fluoroscopic Guidance: Technical Consideration and Outcome. *Neurointervention*. 2011; 6(2): 84-88. doi:10.5469/neuroint.2011.6.2.84
10. Akan H, Uzunkaya F, Soylu AI. Percutaneous Ethanol Sclerotherapy of Venous Malformations of the Oral Cavity and the Oropharynx. *Erciyes Tıp DergisiErciyes Med J*. 2017; 39(4): 183-188. doi:10.5152/etd.2017.17055.
11. Su L, Fan X, Zheng L, Zheng J. Absolute Ethanol Sclerotherapy for Venous Malformations in the Face and Neck. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68(7): 1622-1627. doi:10.1016/j.joms.2009.07.094.
12. Ho Choi Y, Hee Han M, O-Ki K, Hoon Cha S, Chang KH. Craniofacial Cavemous Venous Malformations: Percutaneous Sclerotherapy with Use of Ethanolamine Oleate. *J Vasc Interv Radiol*. 2002; 13(5):475-482. doi:10.1016/S1051-0443(07)61527-9.
13. Li L, Zeng XQ, Li YH. Digital subtraction angiography-guided foam sclerotherapy of peripheral venous malformations. *AJR Am J Roentgenol*. 2010; 194(5): W439-444. doi:10.2214/AJR.09.3416.
14. Rimon U, Garniek A, Galili Y, Golan G, Bensaid P, Morag B. Ethanol sclerotherapy of peripheral venous malformations. *Eur J Radiol*. 2004; 52(3): 283-287. doi:10.1016/j.ejrad.2003.09.010.
15. Puig S, Aref H, Chigot V, Bonin B, Brunelle F. Classification of venous malformations in children and implications for sclerotherapy. *Pediatr Radiol*. 2003; 33(2): 99-103. doi:10.1007/s00247-002-0838-9.
16. Blaise S, Charavin-Cocuzza M, Riom H, et al. Treatment of low-flow vascular malformations by ultrasound-guided sclerotherapy with polidocanol foam: 24 cases and literature review. *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg*. 2011; 41(3): 412-417. doi:10.1016/j.ejvs.2010.10.009.

Summary

ABSOLUTE ETHANOL SCLEROTHERAPY TREATMENT FOR HEAD AND NECK VENOUS MALFORMATIONS UNDER DSA GUIDANCE

This study aims to describe the radiologic features of head and neck venous malformation (VM) on digital subtraction angiography (DSA) and to assess the results of sclerotherapy with absolute ethanol. A total of 25 patients were recruited in this study. The average age was 31.1. Classification of VM according to Puig included: 9/25 type I (36%); 15/25 type II (60%); 1/25 type III, and no type IV was found. A total of 46 sessions of intervention were done with the average volume of absolute ethanol was 6.8ml per session. Good reduction of VM volume (i.e., a reduction of more than 50% VM) occurred in 81.8% of the patients, and 4% had reduction of VM less than 25%. Significantly improved clinical symptom was achieved in most of the patients (96%) with 1 patient (4%) had no improvement of clinical symptom. No major complication was found. Absolute ethanol sclerotherapy is safe and effective treatment for the VM of head and neck.

Keywords: Head and neck, venous malformation, absolute ethanol, sclerotherapy.