

U MÁU TRONG CƠ Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP

Nguyễn Thị Dung^{1,2,✉}, Nguyễn Thị Diệu Thuý^{1,2}, Nguyễn Thị Hà^{1,2}
Hoàng Văn Đức¹, Ngô Thị Huyền Trang², Phạm Văn Dương^{1,2}
Lương Thị Liên², Trần Duy Mạnh², Trần Văn Anh²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

U máu trong cơ (IMH) là khối u máu lành tính được phát hiện trong cơ xương. Đây là một tổn thương hiếm gặp nếu xét đến toàn bộ các loại u máu lành tính. Watson và McCarthy ước tính rằng IMH chỉ chiếm 0,8% trong số tất cả các khối u máu lành tính. Nhiều trong số những tổn thương này được coi là khối u bẩm sinh từ từ gây ra các triệu chứng. Mặc dù bất kỳ cơ nào cũng có thể bị ảnh hưởng, nhưng hầu hết các khối u máu trong cơ đều nằm ở chi dưới, đặc biệt là các cơ đùi và rất hiếm gặp ở chi trên. Đau mạn tính và sờ thấy khối u là những triệu chứng phổ biến nhất. Do các đặc điểm lâm sàng không điển hình của bệnh, nên chẩn đoán chính xác rất khó khăn. Chúng tôi báo cáo một trẻ nữ 16 tháng tuổi có đau và hạn chế vận động khớp háng phải. Chẩn đoán hình ảnh cho thấy hình ảnh tổn thương đặc trưng không đều xương cánh chậu bên phải, có mất liên tục vỏ xương, thâm nhiễm vào cấu trúc cơ thất lưng chậu, cơ mông bé bên phải. Kết quả giải phẫu bệnh của vùng cơ tổn thương được xác định là u máu tuýp mao mạch. Bệnh nhân được điều trị giảm đau, phối hợp với tập phục hồi chức năng. Điều này giúp cho bệnh nhân có được dáng đi, tư thế đúng, tăng tầm vận động khớp háng và bảo tồn tầm vận động khớp gối, cổ chân phải.

Từ khóa: U máu trong cơ, u máu trong cơ tuýp mao mạch, cộng hưởng từ, dị dạng mạch máu trong cơ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U máu trong cơ (IMH), là một khối u mạch máu lành tính hiếm gặp thường xảy ra ở cơ xương.⁴ Mô tả đầu tiên vào năm 1972 của Allen và Enzinger, dựa trên bệnh học, đã chia IMH thành 3 nhóm phụ, theo kích thước mạch máu chiếm ưu thế trong tổn thương gồm: loại mạch máu nhỏ, mạch máu lớn và loại hỗn hợp.⁵ U máu trong cơ thường xảy ra ở người trẻ tuổi, trong đó 80% đến 90% xuất hiện trước 30 tuổi.² Đau mạn tính đặc biệt là khi vận động và sờ thấy khối u là những triệu chứng phổ biến nhất. Chẩn đoán xác định IMH rất khó và đáng ngạc nhiên là một số bài báo đã chỉ ra rằng hơn 90% IMH

bị chẩn đoán nhầm.² Việc chẩn đoán nhầm IMH là ác tính có thể xảy ra do thiếu các triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình ảnh đặc trưng.

Để chẩn đoán chính xác IMH, có thể sử dụng kết hợp nhiều phương pháp, bao gồm X-quang, MRI, CT và PET/CT. Tuy nhiên, chẩn đoán xác định dựa trên xét nghiệm mô bệnh học sau phẫu thuật hoặc sinh thiết.⁴ Khi bị chẩn đoán nhầm là khối u ác tính có thể dẫn tới việc mất cơ do phẫu thuật cắt bỏ tích cực gây ra suy giảm chức năng vận động. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh đau khớp háng được chẩn đoán IMH với mục đích giúp các bác sĩ lâm sàng có cách tiếp cận đúng đắn đau khớp ở trẻ nhỏ. Ca lâm sàng có ý nghĩa đối với các bác sĩ nhi khoa, chẩn đoán hình ảnh, ung bướu, phục hồi chức năng và ngoại khoa trong việc đưa ra chẩn đoán chính xác và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Dung

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenthidung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 20/09/2024

Ngày được chấp nhận: 14/10/2024

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

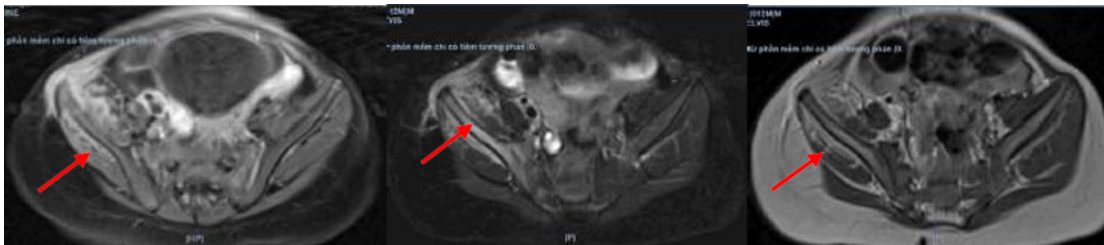
Bệnh nhân nữ, 16 tháng tuổi, không có tiền sử chấn thương trước đó. Bệnh diễn biến trước vào viện 6 tháng, trẻ xuất hiện quấy khóc, đau khi nằm nghiêng phải, đi lại khó khăn, hạn chế vận động khớp háng phải. Khớp háng không sưng, không nóng đỏ. Trẻ không sốt, không gầy sút cân. Trẻ đã được đi khám ở bệnh viện khác, được xét nghiệm đánh giá các chỉ số viêm (Bạch cầu: 10,9 G/L, Neu: 33%, Lym: 52%; CRP: 0,2 mg/dl) và chụp cộng hưởng từ. Trẻ được chẩn đoán viêm xương tủy, điều trị Ceftriaxon + Vancomycin 1 ngày (dị ứng Vancomycin). Sau đó chuyển sang điều trị Ceftriaxon + Levofloxacin 8 ngày. Kết quả không cải thiện nhiều, trẻ được chuyển sang Cefotaxime + Linezolid 13 ngày. Kết thúc đợt điều trị, tình trạng đau, hạn chế vận động khớp háng của trẻ ít cải thiện. Trẻ được ra viện, kê đơn ngoại trú Ciprofloxacin uống. Trong vòng 3 tháng sau đó, trẻ tái khám 3 lần và tiếp tục điều trị đơn ngoại trú bằng Ciprofloxacin. Sau 4 tháng điều trị, triệu chứng lâm sàng của trẻ cải thiện chậm. Trẻ chưa tự đứng được, còn đau vùng háng phải, đau tăng lên khi vận động, giảm khi trẻ nằm yên, khớp háng không sưng nóng đỏ. Kết quả chụp cộng hưởng từ cho thấy tổn thương xương cánh chậu phải, tổ chức cơ xung quanh, phần mềm vùng bẹn phải, theo dõi viêm, tổn thương không thay đổi đáng kể so với phim chụp trước đó 3 tháng. Xét nghiệm đánh giá chỉ số viêm không thấy bất thường (Bạch cầu: 11 G/L, Neu: 24%, Lym: 66%; CRP: 0,73 mg/dl).

Trẻ đến khám với chúng tôi, qua khám lâm sàng ghi nhận khớp háng phải không sưng, da bề mặt không nóng đỏ, hạn chế tầm vận động chủ động và thụ động khớp háng phải, không hạn chế tầm vận động khớp gối, cổ chân phải, đứng và đi khó khăn, trẻ có tư thế gập háng để chống đau, cần bám vịn khi đứng

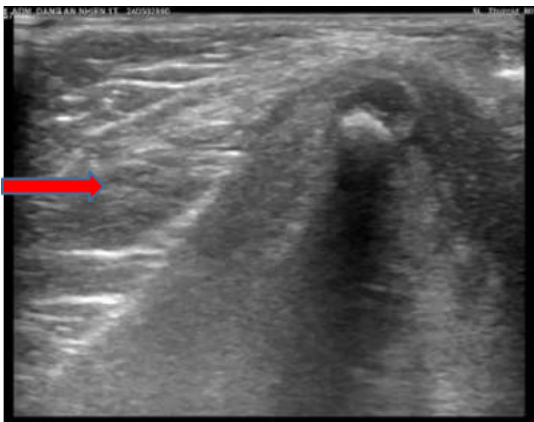
(Hình 1). Xét nghiệm đánh giá tình trạng viêm không thấy bất thường (Bạch cầu: 6,8 G/L, Neu: 25%, Lym: 59%; CRP: < 0,06 mg/dl). Vì lâm sàng bệnh nhân không có biểu hiện sốt, không sưng, nóng, đỏ, tại khớp bị đau. Ngoài ra, các xét nghiệm đánh giá chỉ số viêm từ khi bệnh nhân đi khám lần đầu tới hiện tại đều bình thường. Thêm vào đó, bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh mạnh kéo dài theo hướng nhiễm khuẩn xương khớp nhưng triệu chứng lâm sàng và tổn thương trên phim chụp hầu như không cải thiện. Do đó, chúng tôi định hướng nguyên nhân đau khớp của bệnh nhân do các bệnh lý không viêm (khối u, chấn thương, bệnh tự miễn...) hơn là do viêm xương khớp nhiễm khuẩn. Vì vậy, chúng tôi đã không điều trị kháng sinh mà chỉ dùng thuốc giảm đau cho bệnh nhân. Cùng với đó chúng tôi đi tìm nguyên nhân đau khớp cho bệnh nhân. Chúng tôi mời bác sĩ chẩn đoán hình ảnh hội chẩn lại phim chụp cộng hưởng từ trước đó của bệnh nhân: Có hình ảnh tổn thương phần mềm trong cơ thắt lưng chậu, cơ mông bé và xương cánh chậu phải có thâm nhiễm tổ chức xung quanh, nghi nhiều đến tổn thương phần mềm **(Hình 2)**. Siêu âm khớp háng không thấy hình ảnh bất thường khớp háng 2 bên **(Hình 3)**. Siêu âm có độ nhạy không cao trong việc đánh giá tổn thương của khớp háng do khớp nằm sâu. Xquang khung chậu cho thấy đặc xương khu trú cánh chậu phải **(Hình 4)**. Trẻ được chỉ định thêm chụp cắt lớp vi tính khớp háng để đánh giá tốt hơn các tổn thương về xương, kết quả cho thấy hình ảnh đặc xương không đều xương cánh chậu bên phải, có mất liên tục vỏ xương ở bờ trước ngoài và thâm nhiễm vào cấu trúc cơ thắt lưng chậu, cơ mông bé bên phải và phần mềm phía trước gai chày trước trên cần loại trừ Lymphoma **(Hình 5)**.



Hình 1. Hình ảnh bệnh nhân chưa thể tự đứng, đau nhiều chân phải khiến cử động bất thường



Hình 2. Cộng hưởng từ: Hình ảnh đám tổn thương phần mềm trong cơ thắt lưng chậu, cơ mông bé và cánh xương chậu phải có thâm nhiễm tổ chức xung quanh (Mũi tên màu đỏ)



Hình 3. Siêu âm phần mềm xung quanh tổn thương (Mũi tên đỏ)

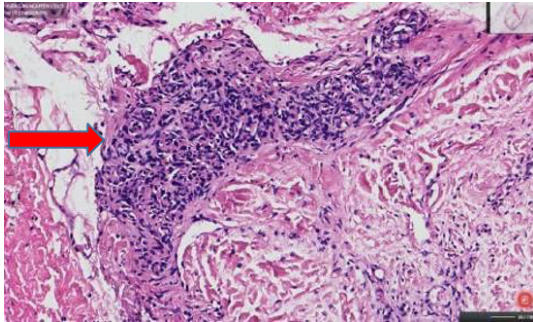
Hình 5. Cắt lớp vi tính: Hình ảnh tổn thương đặc xương không đều xương cánh chậu bên phải, có mất liên tục vỏ xương ở bờ trước ngoài và thâm nhiễm vào cấu trúc cơ thắt lưng chậu, cơ mông bé bên phải và phần mềm phía trước gai chậu trước trên. (Mũi tên xanh)



Hình 4. X-quang: Hình ảnh đặc xương khu trú cánh chậu phải (Mũi tên đỏ)

Chúng tôi quyết định sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh cho kết quả: Sinh thiết mô cơ cho thấy mô u tăng sinh các cấu trúc mao mạch nhỏ, đứng thành các đảo, ngăn cách nhau bởi mô đệm xơ, các mạch máu được lót bởi tế bào nội mô lạnh tính. Không thấy tế bào

ác tính (**Hình 6**). Sinh thiết mô xương: với các mảnh cắt vi thể cho thấy mô xương có đứt gãy



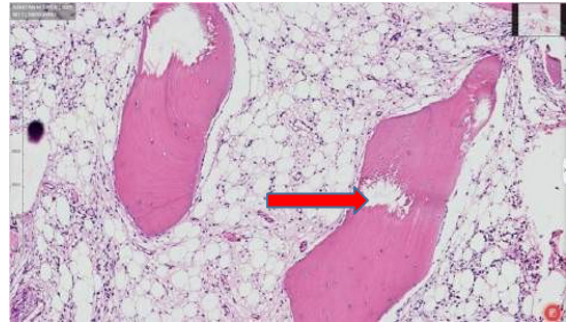
Hình 6. Giải phẫu bệnh mô mềm quanh tổn thương: Sinh thiết cho thấy mô u tăng sinh các cấu trúc mao mạch nhỏ, đứng thành các đảo, ngăn cách nhau bởi mô đệm xơ. Các mạch máu được lót bởi tế bào nội mô lành tính. Không thấy tế bào ác tính. (Mũi tên đỏ)

Chúng tôi tổ chức hội chẩn đa chuyên khoa gồm bác sĩ nhi khoa, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh, ung bướu, cơ xương khớp, ngoại khoa, phục hồi chức năng, nhằm đưa ra chẩn đoán chính xác và kế hoạch điều trị cho bệnh nhân này. Kết luận trẻ được chẩn đoán u máu trong cơ tuýp mao mạch vùng cơ chậu, cơ mông bé. Bệnh nhân được điều trị giảm đau chống viêm khi cần, tập phục hồi chức năng. Trẻ tập vận động có trợ giúp: hướng dẫn tập tăng tầm vận động khớp háng phải, bảo tồn tầm vận động khớp gối, cổ chân phải. Sau 2 tuần điều trị bệnh nhân đỡ đau háng phải, đứng không cần vịn và đi lại được 1 - 2 bước. Chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân tái khám lại mỗi 3 tháng để theo dõi tiến triển của khối u.

IV. BÀN LUẬN

U máu trong cơ (IMH) là một khối u lành tính hiếm gặp ở cơ xương, chiếm chưa đến 1% trong số tất cả các loại u máu.⁶ U máu trong cơ thường xảy ra ở người trẻ tuổi, trong đó 80% đến 90% xuất hiện trước 30 tuổi.² Nghiên cứu hồi cứu trong vòng 20 năm của Sabri Yilmaz và

vi thể, một số vùng vôi hoá, không thấy viêm hạt, không thấy tế bào ác tính (**Hình 7**).



Hình 7. Giải phẫu bệnh mô xương cạnh tổn thương: Các mảnh cắt vi thể cho thấy mô xương có đứt gãy vi thể, một số vùng vôi hoá, không thấy viêm hạt, không thấy tổn thương ác tính. (Mũi tên đỏ)

cộng sự về IMH ở trẻ em cho độ tuổi trung bình là 8,1 tuổi (dao động từ 1 ngày đến 19 tuổi). Ca bệnh của chúng tôi được chẩn đoán xác định khá sớm khi trẻ 16 tháng.

Biểu hiện lâm sàng thường gặp là khối u không đau phát triển rất chậm. Tuy nhiên chúng có thể gây đau mạn tính, đặc biệt là sau khi vận động. Hiếm khi, chúng có thể dẫn đến suy giảm chức năng hoặc biến dạng. Các biểu hiện lâm sàng có thể bao gồm đau, sờ thấy khối u, sưng mô mềm, thay đổi màu sắc da khu trú và ít gặp hơn là các triệu chứng thần kinh thứ phát do chèn ép bó dây thần kinh. Các triệu chứng này có thể xuất hiện trong nhiều năm trước khi được chẩn đoán.⁷ Bệnh nhân của chúng tôi mất 6 tháng để đi đến được chẩn đoán xác định, trẻ biểu hiện triệu chứng từ khi 10 tháng tuổi, giai đoạn trẻ đang tập đi, trẻ gặp khó khăn trong việc vận động của khớp háng tương ứng với tổn thương thuộc cơ thắt lưng chậu và cơ mông bé các cơ này đều tham gia vào vận động của khớp háng. Đau thường trầm trọng hơn khi vận động cơ bị ảnh hưởng do giãn mạch và tăng lưu lượng máu khu vực, dẫn đến sưng và đau chèn

ép. Nghiên cứu của Jordan Orly và cộng sự trên 66 trường hợp người lớn cho thấy 88,9% không biểu hiện triệu chứng đau.⁸ Tuy nhiên, theo Keiichi Muramatsu cho thấy triệu chứng đau xảy ra ở 60% các trường hợp và ở trẻ em tần suất này có thể cao hơn.² Có thể thấy biểu hiện lâm sàng đau phụ thuộc vào vị trí u ảnh hưởng tới chức năng của cơ và sự tiến triển của khối u.

Chẩn đoán xác định là rất khó và một số bài báo cho rằng hơn 90% IMH bị chẩn đoán sai trước đó. Ở những bệnh nhân nhỏ tuổi, chúng có thể dễ dàng bị chẩn đoán là khối u ác tính vì chúng phát triển nhanh chóng.² Bệnh nhân của chúng tôi bị chẩn đoán nhầm là viêm xương tủy và đã được điều trị kháng sinh 4 tháng liên tục, sau khi chụp MRI lần 2 đánh giá sau điều trị cho thấy tổn thương thay đổi không đáng kể so với trước điều trị sau đó bệnh nhân đã đến khám tại bệnh viện chúng tôi. Thăm dò chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán IMH. Tuy nhiên, do tính hiếm và phức tạp của IMH nên không có một phương pháp chẩn đoán hình ảnh nào được xem là tiêu chuẩn. Thay vào đó, một cách tiếp cận toàn diện kết hợp nhiều phương thức chẩn đoán khác nhau thường được sử dụng. Chụp cộng hưởng từ (MRI) được coi là thăm dò hình ảnh có giá trị nhất để chẩn đoán IMH. Nó cung cấp hình ảnh chi tiết của các mô mềm, cho phép hình dung bản chất mạch máu của khối u và mức độ lan rộng của nó trong cơ.⁹ Trên hình ảnh MRI, u mạch máu trong cơ thường xuất hiện dưới dạng các vùng có cường độ từ cao đến trung bình trên cả xung T1 và T2. U mạch máu trong cơ thường được tăng cường bởi gadolinium, cho thấy tổn thương sung huyết so với môi trường cơ xung quanh.² Siêu âm cũng có thể hữu ích, đặc biệt trong sàng lọc ban đầu và đánh giá các đặc điểm của tổn thương, chẳng hạn như kích thước và sự tăng sinh mạch máu. Chụp cắt lớp vi tính (CT) nếu có phản ứng màng xương xảy ra như mô tả của một số tác giả. Nó có thể gợi ý một khối u xương xâm lấn như

Ewing sarcoma hoặc u nguyên bào thần kinh. Những điều này xảy ra thường xuyên hơn ở trẻ em.¹⁰ Bệnh nhân của chúng tôi được chụp MRI phát hiện tổn thương phần mềm và xương cánh chậu vì vậy bệnh nhân đã được chỉ định chụp thêm CT để đánh giá rõ hơn tổn thương xương, và qua hình ảnh CT mất liên tục vỏ xương và thâm nhiễm phần mềm bác sĩ chẩn đoán hình ảnh khuyến cáo chúng tôi cần loại trừ tổn thương Lymphoma. Chụp động mạch không phải là một xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán xác định và dường như nó quá xâm lấn đối với trẻ nhỏ. Cuối cùng, chẩn đoán xác định IMH dựa trên kết quả mô bệnh học từ sinh thiết, đặc biệt khi chẩn đoán hình ảnh không rõ ràng. Về mặt mô bệnh học, khối u có thể được phân thành ba loại: loại mạch máu nhỏ, mạch máu lớn và loại hỗn hợp. Bệnh nhân của chúng tôi thuộc tuýp mạch máu nhỏ.⁵ Do tỷ lệ hiếm gặp của IMH và để chẩn đoán nhầm nên sự hợp tác giữa bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình, bác sĩ ung thư, bác sĩ nhi khoa và các chuyên gia khác có thể cần thiết để chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị chính xác. Điều này đã được thực hiện có hiệu quả đối với bệnh nhân của chúng tôi khi tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa.

Có nhiều phương pháp điều trị cho u máu trong cơ có triệu chứng. Các lựa chọn bao gồm điều trị bảo tồn, corticosteroid toàn thân, thuyên tắc mạch, xạ trị và cắt bỏ bằng phẫu thuật.¹¹ Mỗi trường hợp cần cân nhắc kỹ lưỡng các đặc điểm riêng biệt của tổn thương và mức độ suy giảm chức năng của bệnh nhân. Theo dõi tiến triển khối u vẫn là một lựa chọn đầu tiên đối với các IMH không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ. Do bản chất tự giới hạn của hầu hết các u máu trong cơ và kết quả khác nhau với các liệu pháp xâm lấn, nên không cần can thiệp phẫu thuật trừ khi có chỉ định bắt buộc.¹¹ Chỉ định can thiệp được đưa ra khi khối u phát triển nhanh, đau không kiểm soát được, suy giảm chức năng nghiêm trọng, hoại tử da tại chỗ, giảm tiểu cầu,

biến dạng thẩm mỹ và nghi ngờ ác tính.⁷

Tất cả các phương pháp điều trị bảo tồn như corticosteroid toàn thân, thuyên tắc mạch, xạ trị và xơ hóa đều có tỷ lệ tái phát cao.⁹ Phương pháp điều trị triệt để cho IMH là phẫu thuật cắt bỏ, nhưng việc cắt bỏ hoàn toàn có thể là một thách thức do tổn thương xâm lấn tại chỗ vào các mô xung quanh.⁴ Theo Enzinger và Sharon có 18% bệnh nhân bị tái phát, trong khi một số tác giả khác báo cáo tỷ lệ tái phát lên tới trên 50%. Rõ ràng điều trị phải hướng đến mục tiêu phẫu thuật triệt để.² Tuy nhiên Picci và cộng sự cho rằng phương pháp phẫu thuật từ sớm là chưa cần thiết do khả năng tự khỏi của u máu.¹²

Vì vậy, lựa chọn phương pháp điều trị cần cá thể hóa trên từng bệnh nhân. Do tính chất thâm nhiễm của IMH, khi phẫu thuật cần phải cắt bỏ vượt quá giới hạn của khối u để ngăn ngừa tái phát, không khuyến cáo cắt bỏ một phần vì nguy cơ tái phát cao. Bệnh nhân của chúng tôi có khối u tại cơ mông bé và cơ thắt lưng chậu nơi có nhiều cấu trúc quan trọng nằm gần đó, thêm vào đó tình trạng mất cơ có liên quan trực tiếp đến giảm chức năng vận động của khớp háng. Triệu chứng đau khi vận động của bệnh nhân kiểm soát được bằng thuốc giảm đau. Vì vậy, sau khi hội chẩn đa chuyên khoa, bệnh nhân của chúng tôi được điều trị bảo tồn dùng thuốc giảm đau khi cần kết hợp tập phục hồi chức năng. Sau 2 tuần, bệnh nhân có sự cải thiện tích cực, trẻ có thể đứng và đi được 1 - 2 bước. Bệnh nhân vẫn được khám và theo dõi định kỳ để đánh giá tiến triển của khối u. Bệnh nhân được khám lại sau 2 tháng, trẻ vận động khớp háng tốt hơn, trẻ tự đi lại được, đáng đi tập thể dục. Sau 4 tháng trẻ đi lại tốt hơn, trẻ có thể chạy chậm được, còn tập thể dục khi đi lại. Trẻ được hẹn khám lại sau 6 tháng để đánh giá triệu chứng lâm sàng và tiến triển của khối u.

V. KẾT LUẬN

U máu trong cơ (IMH) là khối u lành tính

hiếm gặp nhưng có thể gây ra những khó khăn trong việc thực hiện chức năng của cơ bị ảnh hưởng. Việc chẩn đoán IMH là một thách thức, rất dễ chẩn đoán nhầm với bệnh ác tính. Khi một tình trạng đau mạn tính không đáp ứng với điều trị thông thường, thì khối u mô mềm trong cơ nên được nghĩ tới trong đó có u máu trong cơ. Khám lâm sàng kết hợp với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh là cần thiết, trong đó MRI là công cụ quan trọng trong việc chẩn đoán và đánh giá IMH. Tuy nhiên để chẩn đoán xác định cần dựa trên mô bệnh học qua sinh thiết hoặc sau phẫu thuật. Phương pháp điều trị bảo tồn vẫn là lựa chọn đầu tiên, vì các tổn thương này có thể tự thoái triển theo thời gian và các liệu pháp can thiệp có thể được xem xét trên cơ sở từng trường hợp cụ thể. Với nhiều khó khăn và thách thức từ việc chẩn đoán tới điều trị, đòi hỏi bác sĩ lâm sàng cần hội chẩn đa chuyên khoa để có thể chẩn đoán đúng và đưa ra điều trị phù hợp nhất cho từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kale US, Ruckley RW, Edge CJ. Cavernous haemangioma of the parapharyngeal space. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006; 58(1): 77. doi:10.1007/BF02907748.
2. Muramatsu K, Ihara K, Tani Y, Chagawa K, Taguchi T. Intramuscular hemangioma of the upper extremity in infants and children. *J Pediatr Orthop.* 2008; 28(3): 387-390. doi:10.1097/BPO.0b013e318168d17c.
3. Cavernous Hemangioma of Striated Muscle: Review of the Literature and Report of Two Cases - PMC. Accessed September 11, 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1450618/>.
4. Gao C, Wang H, Liu H. Intramuscular Hemangioma of the Triceps Brachii Muscle: A Case Report. *Int Med Case Rep J.* 2024; 17:31-34. doi:10.2147/IMCRJ.S441846.
5. Yilmaz S, Kozakewich H, Alomari A,

Fishman S, Mulliken J, Chaudry G. Intramuscular capillary-type hemangioma: radiologic-pathologic correlation. *Pediatr Radiol.* 2014; 44. doi:10.1007/s00247-014-2876-5.

6. Garefis K, Nikolaidis V, Kipriotou A, Tigkiropoulos K, Vlahodimos A, Markou K. A Rare Clinical Report of Intramuscular Hemangioma of the Middle Scalene Muscle. *Ear Nose Throat J.* 2023; 102(6): 359-361. doi:10.1177/01455613211003834.

7. Vakilha M, Farhan F, Samiei F, Shariat S. Intramuscular hemangioma of the forearm Report of a case.

8. Orly J, Bisdorff A, Fraissenon A, et al. Intramuscular capillary-type hemangioma: Diagnosis, treatment, and outcomes. A French multicentric retrospective study of 66 cases. *Eur J Radiol.* 2023; 165: 110962. doi:10.1016/j.ejrad.2023.110962.

9. Aloyouny AY, Mehanny MS, Albagieh

HN, Alfaleh WM, Mansour SM, Mobarak FA. Intramuscular hemangioma in the zygomaticus muscle: A rare case report presentation and diagnosis. *Int J Surg Case Rep.* 2020; 74: 42-45. doi:10.1016/j.ijscr.2020.07.068.

10. Kudawara I, Yoshikawa H, Araki N, Ueda T. Intramuscular haemangioma adjacent to the bone surface with periosteal reaction. Report of three cases and review of the literature. *J Bone Joint Surg Br.* 2001; 83(5): 659-662. doi:10.1302/0301-620x.83b5.11697.

11. Wierzbicki JM, Henderson JH, Scarborough MT, Bush CH, Reith JD, Clugston JR. Intramuscular Hemangiomas. *Sports Health.* 2013; 5(5): 448-454. doi:10.1177/1941738112470910.

12. Picci P, Sudanese A, Greggi T, Baldini N. Intramuscular hemangioma in infancy: diagnostic and therapeutic considerations. *J Pediatr Orthop.* 1989; 9(1): 72-75. doi:10.1097/01241398-198901000-00014.

Summary

INTRAMUSCULAR HEMANOCEMA IN CHILDREN: A RARE CASE REPORT

Intramuscular hemangioma (IMH) is a benign hemangioma found within skeletal muscle. It is a rare lesion when considering all types of benign hemangiomas. Watson and McCarthy estimated that IMH accounts for only 0.8% of all benign hemangiomas. Many of these lesions are considered congenital tumors that gradually become symptomatic. Although any muscle can be affected, most intramuscular hemangiomas are located in the lower extremities, particularly the thigh muscles, and are extremely rare in the upper extremities. Chronic pain and palpable mass are the most common symptoms. Due to the atypical clinical features of the disease, accurate diagnosis is challenging. We report a case of a 16-month-old female presenting with pain and limited mobility of the right hip joint. Diagnostic imaging revealed an irregular bony lesion in the right iliac fossa, with cortical discontinuity and infiltration into the right iliopsoas and gluteus minimus muscles. Histopathological examination of the affected muscle tissue confirmed a capillary type hemangioma. The patient was treated with analgesics in combination with rehabilitation therapy. This approach permitted the patient to achieve proper gait and posture, increase hip joint range of motion, and preserve the range of motion in the right knee and ankle joints.

Keywords: Intramuscular hemanocema, intramuscular capillary-type hemangioma, Magnetic Resonance Imaging, Intramuscular venous malformation.