

KẾT QUẢ TIÊM KEO TRỰC TIẾP QUA DA TRƯỚC PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ DỊ DẠNG TĨNH MẠCH VÙNG ĐẦU MẶT CỔ

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Thân Văn Sỹ¹

TÓM TẮT

Mục đích: nghiên cứu này nhằm đánh giá sự an toàn, thành công về mặt kỹ thuật và kết quả phẫu thuật của điều trị dị dạng tĩnh mạch (DDTM) bằng phương pháp tiêm keo (n-butyl-2-cyanoacrylate) trực tiếp qua da kết hợp với phẫu thuật cắt bỏ khối dị dạng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mười bảy bệnh nhân (BN) (9 nam, 8 nữ; tuổi trung vị 21 tuổi, đã trải qua 18 thủ thuật tiêm keo trực tiếp qua da kết hợp phẫu thuật được đưa vào nghiên cứu. Tính an toàn, thành công về mặt kỹ thuật và lâm sàng đã được đánh giá hồi cứu. **Kết quả:** Nút tắc thành công về mặt kỹ thuật đạt được ở 16 BN, 2 ổ dị dạng còn lại đạt được tắc >80% thể tích. Đường kính tổn thương trung bình là $42,55 \pm 20,6$ mm, thể tích ổ DDTM đạt 56,6 ml, trong đó có 15 ổ có đường kính < 5cm. Triệu chứng sưng và đau sau tiêm keo xuất hiện ở hầu hết các bệnh nhân, không có biến chứng nào khác liên quan đến thủ thuật tiêm keo. 14 ổ dị dạng được phẫu thuật lấy bỏ hoàn toàn, 4 trường hợp lấy được một phần ổ dị dạng. Không có trường hợp nào phải phẫu thuật hoặc can thiệp lại sau mổ. Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là $29,7 \pm 17,1$ ml, với 3 trường hợp có lượng mất máu >50ml. Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ. Không có biến chứng nào sau phẫu thuật được ghi nhận. **Kết luận:** Tiêm keo trực tiếp qua da trước phẫu thuật là thủ thuật an toàn, hiệu quả, và có thể thực hiện được với các ổ DDTM vùng đầu mặt cổ. Cần thêm các nghiên cứu so sánh đối chiếu với các phương pháp điều trị khác, cũng như các kết quả nghiên cứu với thời gian dài hơn để đánh giá kết quả trung, dài hạn của phương pháp này.

Từ khóa: dị dạng tĩnh mạch, tiêm trực tiếp qua da, n-butyl-2-cyanoacrylate

SUMMARY

DIRECT GLUE INJECTION BEFORE SURGICAL EXCISION FOR THE TREATMENT OF VENOUS MALFORMATIONS OF THE HEAD AND NECK

Purpose: This study aimed to evaluate the safety, technical success, and surgical outcomes of treating venous malformations (VM) by direct glue injection (n-butyl-2-cyanoacrylate) combined with surgical excision of the VM. **Methods:** Seventeen

patients (patients) (9 men, 8 women; median age 21 years old, underwent 18 glue injection procedures) were included in the study. Safety, technical, and clinical success were evaluated retrospectively. **Result:** Technically successful occlusion was achieved in 16 patients; the remaining 2 VMs achieved occlusion >80% of the VM volume. The mean lesion diameter was 42.55 ± 20.6 mm, and the VM's volume was 56.6 ml, of which 15 VMs were <5cm. Swelling and pain after glue injection appeared in most patients; there were no other complications related to the glue injection. Total resection was achieved at 14 VMs. No case required additional surgery. The mean surgical blood loss was 29.7 ± 17.1 ml; three patients had blood loss > 50 ml. There were no cases requiring blood transfusion during and after surgery. No postoperative complications were noted. **Conclusion:** Preoperative direct percutaneous glue injection is safe, effective, and can be performed to treat VMs of the head and neck. More comparative studies with other treatment methods and longer-term results are needed to evaluate this method's medium and long-term effects.

Keywords: venous malformation, direct glue injection, n-butyl-2-cyanoacrylate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng tĩnh mạch (DDTM) đại diện cho loại dị tật mạch máu bẩm sinh phổ biến nhất, với tỷ lệ hiện mắc khoảng 1%[1]. Đây là những dị dạng cấu trúc, không gây ung thư của các tĩnh mạch được đặc trưng bởi các kênh giãn ra với một lớp nội mô và lớp cơ trơn không liên tục bao phủ mà không có kết nối bình thường với mạng lưới tĩnh mạch hệ thống[2].

Các lựa chọn điều trị bảo tồn, bao gồm thuốc chống viêm không steroid và quần áo nén, có thể được chỉ định cho DDTM khi các triệu chứng nhẹ. Tuy nhiên, khi các triệu chứng xấu đi, liệu pháp xâm lấn thường sẽ cần phải được thực hiện. Tiêm xơ là phương pháp điều trị xâm lấn chính và có thể giúp giảm triệu chứng, nhưng việc phối hợp nhiều phương pháp điều trị là cần thiết để đạt được đáp ứng lâu dài[3].

Cắt bỏ khối dị dạng đơn thuần có thể được chỉ định cho các tổn thương khu trú, kích thước nhỏ, nhưng đôi khi khó khăn với các tổn thương lớn, lan toả, đặc biệt là khi khối dị dạng tĩnh mạch khá mềm và lẫn với các mô xung quanh[4]. Tiêm keo (n-butyl-2-cyanoacrylate - NBCA) trực tiếp qua da vào ổ DDTM là một phương pháp tiếp cận cho thấy hiệu quả, giúp khu trú tổn thương và tăng khả năng phẫu thuật

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

cắt bỏ hoàn toàn[5]. Tuy nhiên, cho tới nay chưa có nhiều nghiên cứu báo cáo về kỹ thuật này tại Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm làm nổi bật được tính an toàn, hiệu quả của phương pháp tiêm keo trực tiếp qua da kết hợp với phẫu thuật trong điều trị DDTM vùng đầu mặt cổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng. Từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 06 năm 2020, 17 bệnh nhân (9 nam và 8 nữ), độ tuổi trung vị là 21 tuổi, với 18 ổ DDTM vùng đầu mặt cổ được thực hiện kỹ thuật bơm keo trực tiếp qua da trước phẫu thuật. Những bệnh nhân này được chuyển đến từ Trung tâm Tạo hình - Hàm mặt vì đau, sưng, hồi hộp, ù tai hoặc do biến dạng thẩm mỹ. Tất cả các trường hợp này đều được tiến hành phẫu thuật lấy bỏ ổ dị dạng sau 1 lần bơm keo trực tiếp qua da.

Phương pháp nghiên cứu. Can thiệp lâm sàng không đối chứng. Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật lấy bỏ khối DDTM vùng đầu mặt cổ được tiến hành chụp mạch và bơm keo trực tiếp qua da trước phẫu thuật.

Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp mạch số hóa xóa nền Philips Allura Xper FD20 (Philips, Best, Hà Lan), Philips Affiniti 30 (Philips Medical Systems, Bothell, WA, Hoa Kỳ); keo sinh học và lipiodol.

Kỹ thuật: - Tiêm trực tiếp: tiến hành chọc trực tiếp kim (kích thước từ 20 - 22G, chiều dài 2,5 - 5cm) vào ổ dị dạng, dưới hướng dẫn máy siêu âm. Chụp ổ dị dạng cản quang được thực hiện để phân loại và đánh giá hình thái, lưu lượng của ổ DDTM. Tiếp đó, keo sinh học pha với lipiodol (tỷ lệ 1:4 - 1:8) được bơm vào ổ dị dạng có kiểm soát dưới màn tăng sáng cho đến khi hỗn hợp keo bao phủ hoàn toàn ổ dị dạng. Kỹ thuật ép tĩnh mạch dẫn lưu trong phần mềm dưới da bằng tay có thể được áp dụng đối với các ổ dị dạng có tĩnh mạch dẫn lưu kích thước lớn hoặc dòng chảy với tốc độ cao khi kiểm tra bằng thuốc cản quang.

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 MRI: kích thước, hình ảnh của ổ dị dạng mà phân loại 4 hình thái theo Puig[1].

- Thành công kỹ thuật của thủ thuật thuyên tắc được định nghĩa là thuyên tắc hoàn toàn tổn thương nhằm mục tiêu cắt bỏ phẫu thuật. Thành

công kỹ thuật của quy trình phẫu thuật được xác định là cắt bỏ hoàn toàn tổn thương thuyên tắc.

- 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 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Với tổng số 17 BN, tuổi trung vị là 21. Nhóm bệnh nhân từ nhóm bệnh nhân từ 15-60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,6%. Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ giới trong nhóm nghiên cứu. 18 ổ dị dạng được điều trị (một BN có 2 ổ dị dạng), trong đó có 6 ổ type 1 (chiếm 33,3%) và 12 ổ type 2 (chiếm 66,7%) theo phân loại Puig. Có 9 bệnh nhân đã từng được điều trị trước đây, trong đó tiêm xơ có 6 BN chiếm 35,3%, phẫu thuật có 2 BN chiếm 11,8%, tỷ lệ chưa can thiệp trước điều trị chiếm 47,1%.

Trong số 17 BN, vùng má là vị trí hay gặp DDTM nhất với 8 BN (47,1%), tiếp đến là môi (3/17), trán, cổ, hàm dưới (2BN mỗi vị trí), ổ mắt và thái dương gặp với tần suất bằng 1. Kích thước trung bình của khối DDTM 42,55 ± 20,6 mm, với thể tích trung bình là 56ml, trong đó 15 ổ dị dạng có đường kính < 5cm (83,3%).

Số lượng keo NBCA nguyên chất trung bình được sử dụng là 1,9 ml (0.5 - 10ml), với thể tích hỗn hợp NBCA và lipiodol được sử dụng trung bình là 14.4ml (1 - 55ml). Sự liên quan giữa kích thước ổ DDTM và số lượng NBCA sử dụng được trình bày ở bảng 1. Kích thước ổ càng lớn thì số lượng keo thuyên tắc càng tăng tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Bảng 1. Liên quan giữa kích thước DDTM và số lượng NBCA sử dụng

Kích thước ổ	Trung bình	GTNN	GTLN	P*
≤5 cm	1,5 ± 1,06	0,5	4	0,64
>5cm	2,1 ± 1,63	0,5	4	

Liên quan giữa số lượng kim chọc và kích thước ổ dị dạng được trình bày ở bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng 1 kim trong nút mạch chiếm cao nhất, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước khối DDTM và số lượng kim cần sử dụng.

Bảng 2. Liên quan giữa kích thước ổ và số lượng kim chọc

	1 kim		2 kim		3 kim		P*
	n	%	n	%	n	%	
≤ 5 cm	8	61,54	5	38,46	0	0	0,45
>5cm	4	80	1	20	0	0	

Về kết quả nút tắc DDTM: 16 ổ DDTM (88,9%) được nút tắc hoàn toàn ổ dị dạng, chỉ 2 ổ DDTM (11,1%) được nút tắc gần hoàn toàn (>80%, do tắc kim trong quá trình bơm keo).

Sau tiêm keo: có triệu chứng sưng và đau đều xuất hiện sau 17 thủ thuật tiêm keo qua da. Không có trường hợp nào bị chảy máu, nhiễm trùng, di trú vật liệu nút mạch hoặc các triệu chứng thiếu máu, hoại tử da, tổn thương thần kinh sau can thiệp.

Phần lớn các bệnh nhân đều được phẫu thuật sau tiêm keo từ 1 - 7 ngày, ngoại trừ 1 trường hợp được phẫu thuật ngay sau tiêm keo (5,6%). 14 BN (77,8%) được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn ổ dị, 4 BN được phẫu thuật lấy một phần ổ dị dạng (22,2%). Không có nào được phẫu thuật từ 2 lần trở lên. Mức độ mất máu trung bình trong phẫu thuật là $29,7 \pm 17,1$ ml. Chỉ có 3 BN biểu hiện chảy máu trong phẫu thuật >50ml. Liên quan giữa mất máu và mức độ nút tắc ổ dị dạng được trình bày ở bảng 3. Mức độ mất máu ít hơn khi tổn thương được nút tắc hoàn toàn, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nút tắc hoàn toàn và không hoàn toàn (bảng 2). Không có biến chứng nào đáng kể sau phẫu thuật được ghi nhận.

Bảng 3. Liên quan mức độ mất máu và mức độuyên tắc

Đặc điểm	Tắc hoàn toàn	Không tắc hoàn toàn	P
Lượng máu mất trong mổ	$28,5 \pm 16,03$	$37,5 \pm 30,4$	0,673

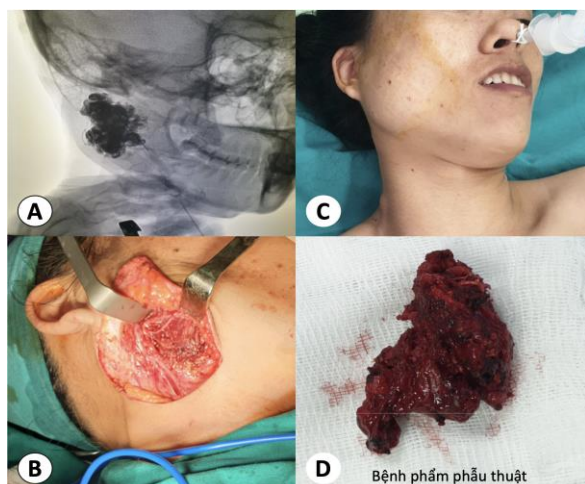
IV. BÀN LUẬN

Phương pháp tiêm xơ qua da và cắt bỏ ổ DDTM đơn thuần đều là những kỹ thuật đã được áp dụng để điều trị DDTM[3,6]. Tuy nhiên, các biện pháp này có tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn tổn thương thấp hơn do chảy máu, và khó xác định ranh giới khối dị dạng. Việc tiêm keo trực tiếp qua da trước phẫu thuật được cho là an toàn và khả thi về mặt kỹ thuật đối với điều trị DDTM ở nhiều vị trí khác nhau, nhưng vẫn chưa có nhiều nghiên cứu áp dụng với vùng đầu mặt cổ. Khi khối keo được đổ đầy vào ổ dị dạng, ngoài việc gây tắc mạch tránh chảy máu, ổ dị dạng sẽ trở nên cứng hơn, và dễ dàng tách biệt với phần

mềm lân cận khi tiến hành phẫu thuật. Phương pháp này đã được mô tả bởi Tieu et al.[7] trong điều trị DDTM vùng đầu và cổ ở trẻ em. Cơ sở lý luận cho cách tiếp cận kết hợp như được mô tả bởi Tieu, et al. đối với VM ở đầu và cổ là để hạn chế biến chứng của gây mê khi phải tiêm xơ nhiều lần ở trẻ em so với việc có khả năng loại bỏ hoàn toàn ổ dị dạng chỉ sau 1 lần can thiệp và phẫu thuật[7]. Ngoài ra, khi sử dụng keo sinh học, chúng ta cũng có thể giảm thiểu, hoặc thậm chí tránh được các biến chứng tại chỗ và toàn thân như các tổn thương da, tắc mạch không mong muốn và độc tính toàn thân của việc của việc tiêm xơ[3].

Theo nghiên cứu của Hannara Park và cộng sự[8], vị trí DDTM vùng đầu mặt cổ được chia thành 9 vùng giải phẫu bao gồm: Da đầu, trán, ổ mắt, mũi, má, môi, khoang miệng, lưỡi, cằm và cổ. Theo tác giả này thì vùng má và vùng môi có tỷ lệ DDTM cao hơn các vùng khác, có thể đây là những vùng chiếm tỷ lệ thể tích cơ thể lớn hơn những vùng còn lại nên tỷ lệ DDTM vùng đầu mặt cổ thường gặp hơn các vùng khác. Các kết quả này cũng tương tự như kết quả của chúng tôi.

Theo nghiên cứu của Hannara Park và cộng sự[8], kích thước khối DDTM trên cộng hưởng từ dưới 5cm chiếm tỷ lệ 60,8%, trên 5cm chiếm 39,2%, ranh giới khối DDTM được xác định rõ chiếm 55,4%, ranh giới không rõ chiếm 44,6%, qua đó kết quả điều trị theo các phương pháp tiêm xơ, phẫu thuật, kết hợp giữa tiêm xơ và phẫu thuật đạt kết quả tốt cho các nhóm đạt tỷ lệ là G1 là 30%, G2A 27,3%, G2B 20%, G3 là 11,1%. Như vậy nhóm G3 đạt kết quả điều trị thấp nhất ở nhóm BN có DDTM kích thước lớn và giới hạn không rõ ràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân loại kích thước và ranh giới khối dị dạng tĩnh mạch theo phân loại của Goyal et al, nhóm G1 chiếm tỷ lệ lớn nhất 72,22%, nhóm G2A chiếm 27,78%, nhóm G2B và nhóm G3 không ghi nhận trường hợp nào. Như vậy, giới hạn ổ DDTM trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu là rõ ràng và nhóm có kích thước nhỏ dưới 5cm chiếm tỷ lệ cao nhất. Đặc điểm kích thước ổ DDTM có rất có ý nghĩa trong thủ thuật tiêm keo, với những ổ dị dạng nhỏ chúng tôi thường sử dụng một kim và kim sử dụng thường là kim bướm, do kim bướm có dây nối liền với kim nên kiểm soát rất tốt khi bơm hỗn hợp keo vào ổ dị dạng, và đầu kim cố định trong ổ dị dạng tốt hơn so với kim Angiocath. Với các ổ DDTM lớn chúng tôi thường sử dụng trên một kim để đạt hiệu quả xuyên tắc tối đa.



Hình 1. Bệnh nhân nữ 46 tuổi. Tiêm keo ổ DDTM vùng má phải (A) và khối dị đã tiêm keo trước phẫu thuật (B). Phẫu trường sau bóc tách khối DDTM (C). Khối DDTM đại thể sau khi bóc tách (D)

Theo Stefan Puig và cộng sự[1], nhóm bệnh nhân thuộc type 1 chiếm tỷ lệ 30%, thuộc type 2 và 37%, thuộc type 3 là 21% và thuộc type 4 là 12%. Như vậy kết quả đối với nhóm thuộc type 1 và type 2 của chúng tôi cho kết quả tương tự với nghiên cứu này, có sự khác biệt ở nhóm thuộc type 3 và type 4 có thể giải thích là do đặc điểm bệnh lý DDTM của nhóm bệnh nhân nghiên cứu và số lượng BN nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều.

Lượng keo sử dụng để bơm tắc ổ dị dạng cũng được các tác giả đánh giá. Theo nghiên cứu của Rush H Chewning[5], kích thước trung bình của khối DDTM trong nhóm nghiên cứu là $3,0 \pm 1,8 \times 2,9 \pm 2,0 \times 5,7 \pm 4,7\text{cm}$, khối lượng trung bình keo sinh học NBCA sử dụng trung bình là 2,7ml (khoảng 0,2 – 20ml). Như vậy, khối lượng keo trung bình được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn, sự khác biệt này có thể giải thích là do kích thước ổ dị dạng trong nhóm nghiên cứu của Rush H Chewning lớn hơn của chúng tôi và nghiên cứu này áp dụng cho ổ dị dạng nằm ở cả tứ chi, thân mình[5]. Ngược lại, trong nghiên cứu của Wibeke Uller (2018), với kích thước trung bình ổ dị dạng là 90 cm^3 , lớn hơn so với kích thước trung bình của chúng tôi là 56 cm^3 , nhưng khối lượng keo trung bình được sử dụng là 2,1ml cũng tương đương với nhóm nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này có thể giải thích là do tỷ lệ pha loãng hỗn hợp keo n-BCA/Lipiodol trong nghiên cứu của Uller loãng hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, nên số lượng keo được sử dụng sẽ giảm đi.

Rush H Chewning[5], đã tiến hành tiêm keo tiền phẫu cho 63 bệnh nhân DDTM vùng đầu mặt cổ, các chi và thân mình với tỷ lệ keo lấp đầy ổ dị dạng là 100%, phẫu thuật cắt bỏ thành công khối DDTM đã tiêm keo là 94%.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, cũng cho kết quả tương tự với mức độ thuyên tắc hoàn toàn ổ dị dạng chiếm tỷ lệ rất cao là 88,89% và 02 trường hợp keo không lấp được hết ổ dị dạng chiếm tỷ lệ 11,11%, trường hợp tiêm keo không nút tắc được hoàn toàn ổ dị dạng là do ổ DDTM nằm ở vùng ổ mắt-mũi và lan vào trong vùng hậu nhãn cầu nên chỉ thuyên tắc được một phần ổ dị dạng và một trường hợp DDTM vùng cổ có tĩnh mạch dẫn lưu về tĩnh mạch cảnh nên chúng tôi tiến hành ép tĩnh mạch cảnh bằng tay trong quá trình bơm keo, không thấy keo trào vào tĩnh mạch dẫn lưu, siêu âm kiểm tra thấy keo đã lấp gần đầy ổ dị dạng nên dừng bơm keo để tránh keo trào về tĩnh mạch cảnh. Chúng tôi đánh giá keo đã nút tắc hoàn toàn ổ dị dạng trên siêu âm và keo đã trào một phần vào tĩnh mạch dẫn lưu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các tai biến sau tiêm keo bao gồm: đau và sưng khối DDTM sau tiêm keo chiếm tỷ lệ 94,44%, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng tụ máu, liệt thần kinh, nhiễm trùng, loét da, keo trào ra ngoài ổ dị dạng và trào về gây tắc tĩnh mạch hệ thống. Không trường hợp nào ghi nhận các tai biến về kỹ thuật như: chọc kim không vào ổ dị dạng, keo trào ra ngoài ổ dị dạng trong quá trình bơm, keo trôi qua tĩnh mạch dẫn lưu về các tĩnh mạch hệ thống gây tắc. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, thành công về mặt kỹ thuật đạt kết quả rất cao với tỷ lệ thuyên tắc hoàn toàn ổ dị dạng là 88,89%, không ghi nhận tai biến về kỹ thuật như thuyên tắc không đúng vị trí, keo trào ra ngoài ổ dị dạng hay trào vào tĩnh mạch gây tắc tĩnh mạch hệ thống, nhiễm trùng, tụ máu, liệt thần kinh hay loét da sau thủ thuật. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới[5,7,9].

Trong nghiên cứu của Rush H Chewning[5], thể tích máu mất trung bình trong phẫu thuật là $131 \pm 10\text{ml}$, có 01 trường hợp cần truyền máu sau phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Uller (2018)39 và Polites (2019)40, ghi nhận số lượng máu mất trung bình trong quá trình phẫu thuật ít hơn với số lượng và 75ml, 50ml và 0-10ml, không ghi nhận trường hợp nào phải truyền máu trong và sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy lượng máu mất ước tính trung bình trong phẫu thuật là $29,7 \pm 17,07$.

Như vậy, lượng máu mất trong phẫu thuật của chúng tôi là ít hơn so với báo cáo nghiên cứu của các tác giả [5,7,9], qua đó chứng minh được hiệu quả về lượng máu mất trong phẫu thuật điều trị bệnh lý DDTM bằng phương pháp tiêm keo.

Tuy nhiên, cũng cần phải thừa nhận rằng, cỡ mẫu còn nhỏ và là nghiên cứu hồi cứu, không kiểm soát được tính không đồng nhất của các bệnh nhân DDTM cũng như các phương pháp điều trị trước đó, chính là những hạn chế của nghiên cứu này. Ngoài ra, tỷ lệ theo dõi, cũng như đánh giá tái phát trung và dài hạn sau phẫu thuật chưa được đề cập tới. Hy vọng ở các nghiên cứu tiếp theo trong tương lai sẽ có nhiều nghiên cứu đánh giá phương pháp này với số mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn, và có đối chiếu với các phương pháp điều trị khác.

V. KẾT LUẬN

Tiêm keo trực tiếp qua da trước phẫu thuật là thủ thuật an toàn, hiệu quả, và có thể thực hiện được với các ổ dị dạng tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ. Cần thêm các nghiên cứu so sánh đối chiếu với các phương pháp điều trị khác, cũng như các kết quả nghiên cứu với thời gian dài hơn để đánh giá kết quả trung, dài hạn của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Puig S, Casati B, Staudenherz A, Paya K.** Vascular low-flow malformations in children: current concepts for classification, diagnosis and therapy. *Eur J Radiol.* Elsevier; 2005;53:35–45.

2. **Mulliken JB, Glowacki J.** Classification of pediatric vascular lesions. *Plast Reconstr Surg.* 1982;70:120–1.
3. **Bowman J, Johnson J, McKusick M, Gloviczki P, Driscoll D.** Outcomes of sclerotherapy and embolization for arteriovenous and venous malformations. *Semin Vasc Surg.* Elsevier; 2013. p. 48–54.
4. **Roh Y-N, Do YS, Park KB, Park HS, Kim Y-W, Lee B-B, et al.** The results of surgical treatment for patients with venous malformations. *Ann Vasc Surg.* Elsevier; 2012;26:665–73.
5. **Chewning RH, Monroe EJ, Lindberg A, Koo KS, Ghodke BV, Gow KW, et al.** Combined glue embolization and excision for the treatment of venous malformations. *CVIR Endovasc.* SpringerOpen; 2018;1:1–8.
6. **Cahill AM, Nijs ELF.** Pediatric vascular malformations: pathophysiology, diagnosis, and the role of interventional radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol.* Springer; 2011;34:691–704.
7. **Tieu DD, Ghodke BV, Vo NJ, Perkins JA.** Single-stage excision of localized head and neck venous malformations using preoperative glue embolization. *Otolaryngol Neck Surg.* SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2013;148:678–84.
8. **Park H, Kim JS, Park H, Kim JY, Huh S, Lee JM, et al.** Venous malformations of the head and neck: a retrospective review of 82 cases. *Arch Plast Surg.* Thieme Medical Publishers, Inc.; 2019;46:23–33.
9. **Uller W, El-Sobky S, Alomari AI, Fishman SJ, Spencer SA, Taghinia AH, et al.** Preoperative embolization of venous malformations using n-butyl cyanoacrylate. *Vasc Endovascular Surg.* SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2018;52:269–74.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÂN TÍCH TẾ BÀO HỌC DỊCH RỬA KHOANG PHÚC MẠC TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Phạm Văn Bình¹, Nguyễn Đình Thạch¹, Trần Đình Tân¹
Phan Hữu Huỳnh¹, Phạm Vũ Minh Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phân tích tế bào học dịch rửa khoang phúc mạc và khảo sát mối liên quan của một số đặc điểm mô bệnh học với sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng giai đoạn II-III. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Thống kê thấy có 3% trường hợp hiện diện tế bào u ở dịch rửa

khoang phúc mạc và kỹ thuật áp nhuộm tế bào thường quy và kỹ thuật khối tế bào (cell – block) được thực hiện phổ biến (98,5%). Phương pháp chẩn đoán tế bào học được ứng dụng có mối liên quan với tình trạng dịch rửa khoang phúc mạc ($p < 0,05$). Tuy nhiên, khảo sát các đặc điểm giải phẫu bệnh chỉ ghi nhận yếu tố loại mô học – ung thư biểu mô tuyến chế nhầy ($p < 0,05$) có mối liên quan với tình trạng dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê). **Kết luận:** Tỷ lệ dịch rửa khoang phúc mạc dương tính trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng giai đoạn II-III tương đối thấp (3%) và yếu tố loại mô học (ung thư biểu mô tuyến chế nhầy) có mối liên quan với tình trạng dịch rửa khoang phúc mạc.

Từ khóa: Phân tích tế bào học; Dịch rửa khoang phúc mạc; Ung thư đại trực tràng.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023