

U XƠ VÒM MŨI HỌNG: ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NÚT MẠCH TIỀN PHẪU

PHẠM HỒNG ĐỨC, PHẠM MINH THÔNG, HOÀNG ĐỨC HẠ
Bệnh viện Bạch Mai
TRẦN CÔNG HOAN, Bệnh viện Việt Đức

TÓM TẮT

Mục đích: Phân tích đặc điểm hình ảnh u xơ vòm mũi họng (UXMVMH) trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và chụp DSA, và bước đầu đánh giá hiệu quả của phương pháp nút mạch tiền phẫu trong điều trị phẫu thuật UXMVMH.

Đối tượng và phương pháp: Thời gian từ tháng 1/2005 đến tháng 7/2009, chúng tôi tiến hành chụp mạch và nút mạch tiền phẫu cho 16 bệnh nhân UXMVMH tại khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Bạch mai. Vật liệu gây tắc đều bằng hạt nhựa PVA (Polyvinyl Alcohol). Các đặc điểm của tổn thương đều được phân tích trên chụp CLVT và chụp mạch DSA.

Kết quả: UXVMH là khối giàu mạch (100%), xuất phát từ vòm mũi họng và cửa mũi sau (56,25%), phá hủy xương thành xoang hàm (68,75%); được cấp máu bởi động mạch hàm trong (100%) và một bên từ động mạch cảnh ngoài (81,25 %). Tắc mạch trước mổ UXMVMH không có biến chứng nặng, thời gian can

thiệp ngắn thường dưới 1 giờ (62,50%), tắc hoàn toàn chiếm tới 87,5%. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối (100%), chỉ cần truyền 1 đơn vị máu (87,5%).

Kết luận: CLVT và chụp mạch giúp đánh giá toàn diện tổn thương trước can thiệp. Phương pháp gây tắc mạch là phương pháp an toàn, cho hiệu quả gây tắc mạch cao, tạo điều kiện phẫu thuật dễ dàng loại bỏ hoàn toàn khối và giảm đáng kể lượng máu mất trong mổ.

SUMMARY

Purpose: Analyse characteristics of juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA) on CT and DSA, and initially evaluate the effectiveness of the pre-surgical embolization.

Methods: 16 patients with JNA underwent angiography and presurgical embolization in Radiology of Bachmai Hospital, from Janvier 2006 to July 2009. All of patients were embolized by PVA (Polyvinyl alcohol). Characteristics of lesions were analyzed on CT and DSA.

Results: JNA have hypervascular lesion (100%), arising from naso-pharyngeal area posterior nasal aperture (68.75%), destroying sinusal maxillary bone (81.25%); supplying by internal maxillary artery (100%) and unilateral side from the external carotid artery (81.25%). Presurgical embolization of JNA have without serious complications, short-time intervention often under 1 hour (62.50%), total embolization accounted for 87.5%. Surgical removal completely of all lesions (100%), only need to a unit of blood tranfusion (87.5%).

Conclusion: CT and DSA helped capture a comprehensive review of lesions before treatment. Embolization have a safe method, with hight occlusion, enabling easy surgery to remove all lesions and significantly reduce blood loss during surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ mạch vòm mũi họng (UXMVMH) là loại u hiếm gặp, lành tính, gặp hầu hết ở trẻ trai tuổi trung bình từ 14 đến 18 tuổi nên còn được gọi là u xơ mạch vòm mũi họng ở trẻ thiếu niên [3]. Cấu trúc vi tính (CLVT) là phương pháp rất tốt để chẩn đoán bệnh. Có nhiều phương pháp điều trị UXMVMH như tia xạ, liệu pháp hormon..., nhưng phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị tốt nhất [4], tuy nhiên phẫu thuật đơn thuần rất khó khăn do nguy cơ chảy máu nhiều và do sự xâm lấn của khối u. Phương pháp chụp mạch số hóa xóa nền (digital subtraction angiography: DSA) được thực hiện nhằm xác định các nguồn mạch nuôi, nguồn gây chảy máu. Và sau đó tiến hành can thiệp nội mạch gây tắc các mạch máu nuôi u tiên phẫu, giúp hạn chế mất máu trong mổ và giảm thiểu biến chứng trong mổ, cho phép cắt bỏ hoàn toàn khối u và hạn chế khả năng tái phát. Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh UXMVMH trên chụp CLVT và chụp DSA, và bước đầu đánh giá hiệu quả của phương pháp nút mạch tiên phẫu trong điều trị phẫu thuật UXMVMH.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian từ tháng 1/2005 đến tháng 7/2009, chúng tôi tiến hành chụp mạch và nút mạch tiên phẫu cho 16 bệnh nhân của Bệnh viện Tai -Mũi-Họng Trung ương được xác định là UXMVMH bằng giải phẫu bệnh.

Tất cả bệnh nhân này đều được CLVT và chụp mạch sau đó tiến hành can thiệp mạch tại khoa Chẩn đoán hình ảnh -Bệnh viện Bạch mai. Vật liệu gây tắc đều bằng hạt nhựa PVA (Polyvinyl Alcohol).

Phân tích hình ảnh tổn thương trên chụp CLVT và chụp mạch DSA gồm: đặc điểm vị trí, khả năng xâm lấn xương, mức độ tăng sinh mạch, nguồn nuôi và số cuộn nuôi. Kết quả tắc được đánh giá về tỷ lệ tắc, số mạch nuôi được gây tắc, thời gian can thiệp, biến chứng do gây tắc, khả năng lấy bỏ tổn thương và số lượng máu đơn vị máu phải truyền trong phẫu thuật. Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 15.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- 16 trường hợp UXMVMH đều gặp ở nam giới (chiếm 100%); tuổi gặp nhiều nhất từ 13-24 tuổi (75 %), độ tuổi trung bình là 18 ± 4,67.

Các dấu hiệu của UXMVMH trên CLVT: Các đặc điểm tổn thương chủ yếu gồm ở vòm mũi họng và cửa mũi sau chiếm 9/16 trường hợp (56.25%) (bảng 1). Dấu hiệu phá hủy xương thành xoang chiếm 11/16 trường hợp (68,75%) (bảng 2). Khối UXMVMH ngấm thuốc cản quang mạnh sau tiêm gặp ở 16/16 trường hợp (100%).

Bảng 1: Vị trí xuất phát u trên CLVT

Vị trí chân bám khối u	Số BN	Tỷ lệ %
Vòm mũi họng + Cửa mũi sau	9	56,25
Hố chân bướm hàm	4	25,00
Không xác định	3	18,75
Tổng	16	100

Bảng 2: Dấu hiệu phá hủy xương thành xoang, hốc mắt trên CLVT.

Dấu hiệu phá hủy xương	Số BN	Tỷ lệ %
Xương thành xoang	11/16	68,75
Xương hốc mắt	2/16	12,50
Mòm chân bướm	2/16	12,50
Không	5/16	31,25

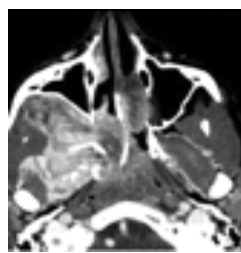
Hình ảnh trên phim chụp mạch UXMVMH: Khối giàu mạch, tăng sinh và giãn các mạch nuôi chiếm 100% các trường hợp. Nguồn mạch nuôi khối UXMVMH (bảng 3), chủ yếu là một bên của cảnh ngoài (81.25%). Số cuộn mạch lớn nuôi: UXMVMH thường được nuôi dưỡng bởi 1 cuộn mạch có 8/16 trường hợp (chiếm 50%), hai cuộn 4/16 trường hợp (25%), trên hai cuộn (25%).

Bảng 3: Hệ mạch cấp máu cho khối UXMVMH trên phim chụp mạch

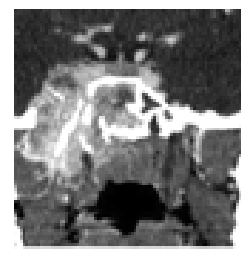
Hệ mạch	Cảnh ngoài		Cảnh trong		Cảnh ngoài-cảnh trong	Tổng
	Một bên	Hai bên	Một bên	Hai bên		
Số lượng	13	3	3	0	3	16
Tỷ lệ %	81,25	18,75	18,75	0	18,75	100

Kết quả gây tắc mạch UXMVMH tiên phẫu: Mức độ gây tắc hoàn toàn có 14/16 trường hợp (87,50%), tắc trên 70 % khối u có 2/16 trường hợp (12,50%). Thời gian hoàn thành một trường hợp can thiệp tắc mạch tiên phẫu: dưới 60 phút có 10/16 trường hợp (62,50%), 60-90 phút có 6/16 trường hợp (37,50%). Các biến chứng trong và sau thủ thuật đều là những biến chứng nhẹ gồm có đau có 3/16 trường hợp (18,75%), nôn có 2/16 trường hợp (12,50%). Số lượng đơn vị máu phải truyền trong phẫu thuật, có 14 bệnh nhân phải truyền một đơn vị (87.5%), còn lại 2 trường hợp mỗi trường hợp phải truyền lần lượt là 2 và 3 đơn vị máu (6.25%).

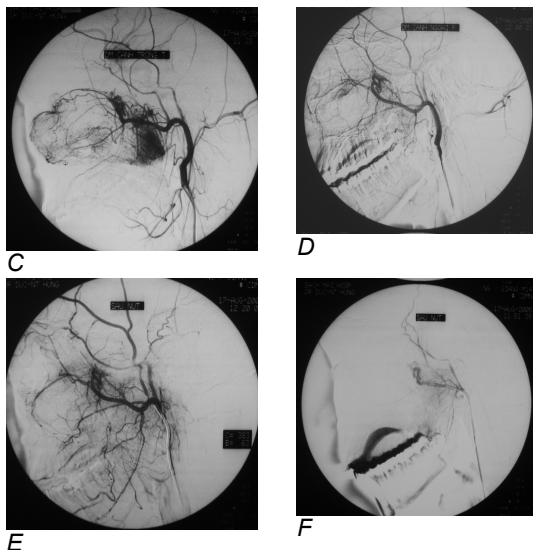
UXMVMH được cắt bỏ hoàn toàn sau can thiệp nút mạch tiên phẫu là 16/16 trường hợp (chiếm 100%).



A



B



Hình 1. Nam 14 tuổi. CLVT cắt ngang (a) và đứng ngang (b) có tiêm cản quang vùng vòm mũi họng, thấy có tổn thương ngấm thuốc mạnh vị trí hố chẩm bướm phải, phá hủy xương và phát triển vào xoang bướm. Chụp DSA tư thế nghiêng động mạch cảnh trong phải (c) và trái (d) thấy tổn thương tăng sinh mạch, chủ yếu là các nhánh của động mạch hàm trong phải. Chụp kiểm tra sau nút chọn lọc động mạch hàm trong hai bên (e,f) thấy tắc gần hoàn toàn mạch tăng sinh.

BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, chỉ gặp UXMVMH ở nam giới và bệnh chủ yếu ở độ tuổi dậy thì và giai đoạn đầu của độ tuổi trưởng thành, tuổi trung bình là $18 \pm 4,67$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, với giả thuyết là bệnh có sự liên quan đến hormon sinh dục nam (androgen) [6][7].

Nghiên cứu các dấu hiệu của UXMVMH trên CLVT, kết quả về vị trí và mức độ ngấm thuốc cũng tương tự như các tác giả khác, ngoại trừ dấu hiệu xâm lấn nội sọ, theo Nguyễn Quang Trung gặp 3/46 trường hợp (chiếm 6,5%) [7], Choremis gặp 5,6 % [1], có lẽ do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít nên chưa gặp trường hợp nào u xâm lấn nội sọ. Khối UXMVMH bản chất là một khối u lành tính, nhưng lại có hình thái như một khối u ác tính do tính chất xâm lấn rộng, phá hủy xương và giàu mạch của khối u. Thăm khám lâm sàng chỉ quan sát được một phần nhỏ của khối u, phần lớn hơn được ví như “phần chìm của tảng băng” thì không quan sát thấy do u xâm lấn vào phần mềm xung quanh. Do vậy, phải dựa vào chụp CLVT để đánh giá một cách toàn diện khối UXMVMH để có được chiến lược can thiệp với hiệu quả cao nhất (H.1a,b).

Nghiên cứu trên chụp mạch số hóa, các tổn thương đều có hình thái giàu mạch, các mạch nuôi u giãn to, tăng sinh, cũng tương tự nghiên cứu của Mistry [1] (H.1c,d). Khối được cấp máu bởi hệ động mạch cảnh ngoài một bên chiếm 81,25 %. Trong đó, động mạch nuôi u đều là nhánh của động mạch hàm trong (100%), động mạch hầu lên chỉ chiếm 25 %. Nhờ xác định được số ổ động mạch chính nuôi u mà chúng ta có thể đưa ra chiến lược phù hợp cho việc gây tắc các mạch nuôi sau

đó. Trong trường hợp u có nhiều ổ động mạch nuôi thì ưu tiên gây tắc động mạch hàm trong đầu tiên, vì đây thường là động mạch chính nuôi khối u.

Chúng tôi sử dụng hạt PVA (Polyvinyl Alcohol) có kích cỡ nhỏ từ 250-350 μ m, nhằm gây tắc sâu các nhánh nhỏ trong khối. Hiệu quả gây tắc mạch khá cao, tắc mạch hoàn toàn chiếm 87,50% (H.1e,f). Một số tác giả khác như Choremis [1] chỉ dùng Gelfoam cũng cho thấy hiệu quả gây tắc mạch rất cao. Tuy nhiên, Gelfoam là vật liệu gây tắc mạch tạm thời chỉ sau một thời gian ngắn (khoảng 24 giờ) nó sẽ tự tiêu nên sau nút mạch bệnh nhân phải được mổ ngay. Ngược lại, PVA là vật liệu tắc vĩnh viễn, phải sau ít nhất một tuần khối u đã được nút mạch mới có mạch mới tăng sinh, do vậy sau gây tắc mạch bằng PVA không cần phải phẫu thuật ngay mà có thể phẫu thuật trị hoãn sau một vài ngày, thậm chí sau một vài tuần.

Thời gian hoàn thành một trường hợp can thiệp thường không kéo dài, mất khoảng 60 phút (chiếm 62,5%), do bệnh xuất hiện ở những người trẻ tuổi, các mạch máu không hẹp do xơ vữa, không xoắn vặn, gấp khúc nên thủ thuật được thực hiện khá thuận lợi, giảm đáng kể thời gian can thiệp. Theo Mistry, thời gian trung bình để hoàn thành một ca phẫu thuật trong nhóm tắc mạch tiến phẫu là 2,9 giờ (trung bình 1,8-3,6 giờ), còn trong nhóm không được nút mạch tiến phẫu là 3,5 giờ (trung bình 3,2-4,1 giờ) [6].

Về biến chứng do can thiệp, kết quả nghiên cứu chúng tôi đều là những biến chứng nhẹ, cũng tương tự như các tác giả khác như Choremis [1], Giavrogliou [4] và Elasmour [2]. Các biến chứng chủ yếu bao gồm đau vùng hàm mặt, nôn, sốt nhẹ hay mất ngủ và tự mất đi sau vài ngày. Biến chứng như liệt các dây thần kinh sọ, nhồi máu não do vật liệu tắc mạch qua vòng nối cảnh trong - ngoài, có thể phòng ngừa được bằng cách tránh gây tắc mạch nguy hiểm này hoặc phải bơm các hạt PVA có kích cỡ lớn hơn lỗ mà mạch này có thể bị tắc. Tuy vậy, các biến chứng như sốt, liệt không hoàn toàn dây thần kinh sọ thường đáp ứng tốt với liệu pháp Corticoid, triệu chứng mất đi sau vài ngày [1].

Trong phẫu thuật, phải truyền 1 đơn vị máu (chiếm 87,50%), tương tự như kết quả nghiên cứu của Giavrogliou [4]. Theo Siniluoto [8] thấy lượng máu mất trong phẫu thuật đã giảm từ 1510 ml máu ở nhóm không được tắc mạch trước mổ xuống còn 510 ml ở nhóm được nút mạch trước mổ, lượng máu phải truyền giảm từ 4 đơn vị xuống còn 1,5 đơn vị, kết quả này cũng tương tự như của tác giả Li [5]. Như vậy, phương pháp gây tắc mạch trước mổ làm giảm đáng kể lượng máu mất trong mổ đây là hiệu quả lớn nhất của phương pháp, hiệu quả này đã được rất nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và nhấn mạnh.

KẾT LUẬN

Khối UXMVMH là những khối giàu mạch (chiếm 100%), thường xuất phát từ vòm mũi họng và cửa mũi sau (68,75%), thường có phá hủy xương thành xoang (81,25%); được cấp máu bởi động mạch hàm trong (100%) và một bên từ động mạch cảnh ngoài (81,25 %).

Phương pháp gây tắc mạch bằng PVA trước mổ UXMVMH là phương pháp an toàn, không có biến chứng nặng, thời gian can thiệp ngắn thường dưới 1 giờ (62,50%). Hiệu quả gây tắc mạch cao (tắc hoàn toàn chiếm tới 87,5%), tạo điều kiện phẫu thuật dễ dàng loại

bỏ hoàn toàn khối và giảm đáng kể lượng máu mất trong mổ, chủ yếu chỉ cần truyền 1 đơn vị máu (87,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choremis J, and Frenkiel S. (1998), "Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma in a 16 Year-Old Male: Diagnosis and Surgical Treatment". *MJM* 1998, page 22-27.

2. Elasmfour A, Khafagy Y. (2003), "Preoperative embolization of nasopharyngeal angiofibroma: a report of 34 cases". (Egypt- 20 October).

3. Francis B, Quinn Jr and Ryan (2007), "Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma". Grand Rounds Presentation, UTMB, Dept. of Otolaryngology.

4. Giavroglou C. and Constantinidis J. (2007), "Angiographic evaluation and embolization of juvenile nasopharyngeal angiofibroma".

5. Li JR, Shan XZ, Wang L (1998), "Evaluation of

the effectiveness of preoperative embolization in surgery for nasopharyngeal angiofibroma." *Eur Arch Otorhinolaryngol.* page 255(8), 430-2.

6. Mistry Rajesh C, Gupta Shaikat, Gupta Sameer (2005), "Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: A single institution study". Department of Head and Neck services, Tata Memorial Hospital. *Ernest Borges Road, Parel, Mumbai, India.* 42(1), page 35-39.

7. Nguyễn Quang Trung (2002), "Bước đầu nghiên cứu u xơ mạch vòm mũi họng tại viện tai mũi họng (từ tháng 1/1992 đến tháng 7/2002)". *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú khóa XXIII chuyên ngành tai mũi họng. Đại học Y Hà Nội.*

8. Siniluoto TM, Tikkakoski TA, Jokinen KE. (1993), "Value of pre-operative embolization in surgery for nasopharyngeal angiofibroma." *J Laryngol Otol*, 107(6), page 514-21.