

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: ỨNG DỤNG DAO SIÊU ÂM TRONG PHẪU THUẬT CẮT BỎ TOÀN BỘ U MÁU THANH QUẢN Ở NGƯỜI LỚN QUA ĐƯỜNG MIỆNG

Nguyễn Trương Khương*, Lê Nhật Vinh**

TÓM TẮT

Bệnh nhân: Nữ, 40 tuổi

Chẩn đoán cuối cùng: u máu thanh quản

Triệu chứng: Khó thở, cảm giác có dị vật trong cổ họng, hắng giọng

Tiền căn: mổ thay van 2 lá cơ học đang sử dụng kháng vitamin K thường xuyên

Thuốc: Enoxaparin 4000 UI/0.4ml

Quy trình lâm sàng: cắt bỏ bằng dao siêu âm cho u mạch máu hầu-thanh quản qua soi treo thanh quản.

Đặt vấn đề: u máu là u lành tính tương đối hiếm gặp, phát triển chậm, có thể gây hoại tử, loét và nhiễm trùng dẫn đến tắc nghẽn đường thở hoặc xuất huyết. Các phương pháp điều trị vẫn chưa được thống nhất, bao gồm theo dõi tích cực, corticosteroid, liệu pháp tiêm chất làm xơ, điều trị bằng laser và phẫu thuật cắt bỏ.

Báo cáo trường hợp: Một người phụ nữ 40 tuổi có tiền sử 6 tháng liên tục hắng giọng và cảm giác có dị vật. 2 tháng gần đây bệnh nhân khó thở tăng dần. Bệnh nhân tự mua thuốc điều trị khó tiêu đau dạ dày ở tiệm thuốc tây, đến khi khó thở nặng hơn, bệnh nhân đến khám, nội soi thanh quản và chụp CT scan cho thấy một khối u lớn, không đều, chia thùy được bao phủ bởi niêm mạc tím sậm chiếm toàn bộ thanh môn, không quan sát được dây thanh. Bệnh nhân có tiền căn thay van 2 lá nhân tạo đang sử dụng kháng đông. Bệnh nhân được mở khí quản, sau đó gây mê toàn thân qua canuyn khí quản, u máu tiếp giáp với nắp thanh quản được làm giảm kích thước bằng dao điện lưỡng cực. Phần chân khối u được cắt bỏ bằng dao mổ siêu âm. Sau mổ theo dõi 2 tháng chưa thấy dấu hiệu tái phát.

Kết luận: Việc điều trị u mạch máu hầu họng còn gặp nhiều khó khăn. Điều quan trọng là lựa chọn các phương pháp điều trị xem xét các đặc điểm của phương pháp điều trị và mối quan hệ giải phẫu và chức năng giữa hemangioma và các cấu trúc xung quanh. Phương pháp dùng dao điện lưỡng cực kết hợp với phẫu thuật cắt bỏ bằng dao siêu âm qua soi treo thanh quản có thể là một phương pháp điều trị hiệu quả cho u mạch máu hầu họng.

Từ khóa: U máu thanh quản.

* Bệnh viện đa khoa quốc tế Nam Sài Gòn

**Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: BS.CKII. Lê Nhật Vinh; ĐT:0838030999; Email: drvinhtmh@gmail.com

Nhận bài: 4/8/2023.

Ngày nhận phản biện: 16/8/2023

Ngày nhận phản hồi: 26/8/2023.

Ngày duyệt đăng: 28/8/2023.

SUMMARY

ADULT GIANT HEMANGIOMA OF THE LARYNX: A CASE REPORT

Background: Hemangiomas are relatively rare, slow-growing benign tumors that can cause necrosis, ulceration and infection leading to airway obstruction or hemorrhage. Treatment approaches have not yet been agreed, including active monitoring, corticosteroids, injectable sclerotherapy, laser therapy, and surgical resection.

Case report: A 40-year-old woman with a 6-month history of persistent throat clearing and foreign body sensation. In the last 2 months, the patient's shortness of breath gradually increased. The patient bought himself medicine to treat indigestion and stomach pain at the pharmacy, when his breathing got worse, he went to the doctor, laryngoscopy and CT scan showed a large, irregular, lobulated tumor, covered by a dark purple mucosa occupying the entire glottis, the vocal cords are not visible. Patients with a history of prosthetic mitral valve replacement are on anticoagulation. The patient was tracheostomy, then general anesthesia through the tracheal cannula. Hemangiomas adjacent to the epiglottis were reduced in size by bipolar electrocautery. The base of the tumor was removed with an ultrasound scalpel. After 2 months of follow-up, there was no sign of recurrence.

Conclusion: The treatment of oropharyngeal hemangiomas still faces many difficulties. It is important to select treatments considering the characteristics of the treatment method and the anatomical and functional relationship between the hemangioma and surrounding structures. Bipolar electrocautery combined with translaryngoscopic ultrasound knife resection may be an effective treatment for oropharyngeal hemangiomas.

Keywords: Hemangiomas, laryngeal.

TỔNG QUAN

U máu là u lành tính tương đối hiếm gặp và phát triển chậm có nguồn gốc mạch máu [1-4]. Mặc dù những khối u này có thể xuất hiện ở bất cứ đâu trong cơ thể nhưng khoảng 60% nằm ở đầu và cổ [1-7]. Họng và thanh quản là những cấu trúc giải phẫu phức tạp, có nhiều hốc nhỏ chứa các mạch máu và dây thần kinh quan trọng và có mối quan hệ chức năng chặt chẽ với hô hấp, nuốt và phát âm. U máu có mô đệm mạch máu với lớp niêm mạc bên trên mỏng và dễ vỡ [5,8] và có thể dẫn đến hoại tử, loét, viêm và nhiễm trùng ở các cấu trúc liên quan, dẫn đến tắc nghẽn đường thở hoặc xuất huyết nghiêm trọng đe dọa tính mạng nếu thanh quản và khí quản bị ảnh hưởng [1,7].

Hầu hết các u mạch máu đều không có

triệu chứng ở giai đoạn đầu và việc theo dõi sát, thường xuyên có thể được cân nhắc đối với các tổn thương nhỏ không có triệu chứng, do đặc trưng lành tính và phát triển chậm [1-4,7,9]. Tuy nhiên, khi các khối u này tiến triển, chúng có thể gây ra các triệu chứng khác nhau tùy thuộc vào mức độ và vị trí của chúng, bao gồm cảm giác có dị vật ở hầu họng hoặc thanh quản, thay đổi giọng nói, khó nuốt, đờm có máu, ho ra máu và khó thở [1-3-6-7,10,11]. Điều trị u máu có triệu chứng nên được lựa chọn dựa trên tuổi của bệnh nhân và kích thước, mức độ lan rộng và vị trí ban đầu của tổn thương [1,4,7-10], nhưng vẫn còn gây tranh cãi, chủ yếu là do sự hiếm gặp của khối u này. Hơn nữa, không có sự so sánh khách quan nào về hiệu quả các phương pháp điều trị khác

nhau đã được báo cáo, bao gồm theo dõi tích cực, corticosteroid, thuốc chẹn beta, khâu cột u máu, liệu pháp xơ cứng, thuyên tắc mạch, phẫu thuật lạnh, điều trị bằng laser, phẫu thuật cắt bỏ bằng đường mổ xuyên cổ hoặc xuyên miệng, và xạ trị^[1-10]. Điều trị u mạch máu hầu họng là một thách thức vì sự phức tạp của các cấu trúc giải phẫu liên quan, các lựa chọn điều trị hạn chế, khả năng biến chứng nặng sau phẫu thuật, bao gồm xuất huyết đe dọa tính mạng và tắc nghẽn đường thở, và tỷ lệ tái phát cao^[5,11,12]. Do đó, mục đích điều trị không chỉ là cắt bỏ hoàn toàn u máu mà còn bảo tồn cấu trúc và chức năng giải phẫu^[1,6,9,13]. Các u mạch máu lan rộng, lan tỏa hoặc đa ổ ảnh hưởng đến hầu họng và thanh quản vẫn đặc biệt khó điều trị. U mạch máu hầu họng có triệu chứng có thể cần điều trị phối hợp, điều trị theo từng giai đoạn và phương pháp tiếp cận đa ngành. Trong báo cáo này, chúng tôi mô tả một u mạch máu ở hầu họng đã được điều trị thành công bằng sự kết hợp giữa dao điện lưỡng cực và dao siêu âm qua đường tiếp cận soi treo thanh quản mà không có biến chứng.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

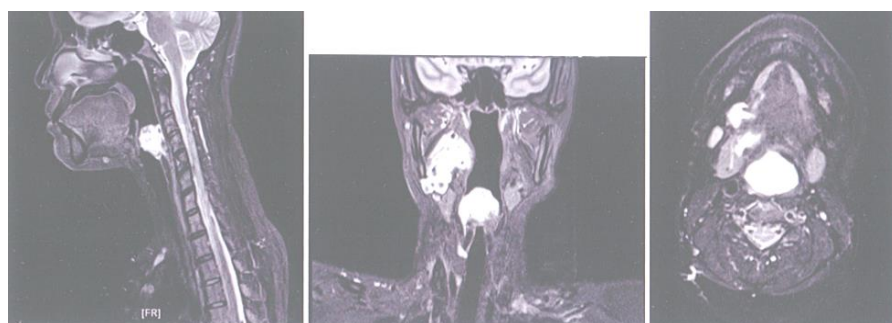
Một người phụ nữ 40 tuổi có bệnh sử 6 tháng liên tục hắng giọng và cảm giác có dị vật trong cổ họng, 2 tháng gần đây bệnh nhân khó thở tăng dần. Bệnh nhân nghĩ bị đau dạ dày nên tự mua thuốc điều trị viêm dạ dày ở tiệm thuốc tây, tuy nhiên bệnh ngày càng diễn tiến. Sau đó bệnh nhân đi khám tại bệnh viện ở Campuchia, phát hiện một khối u lớn che kín gần toàn bộ thanh môn. Bệnh nhân được giới thiệu đến Bệnh viện đa khoa quốc tế Nam Sài Gòn để đánh giá kiểm tra lại và điều trị. Bệnh nhân hoàn toàn không thay đổi giọng nói, không ho ra máu. Không có tiền sử hút thuốc hoặc uống rượu. Bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật thay van 2 lá nhân tạo,

đang sử dụng kháng đông thường quy.

Bệnh nhân được kiểm tra nội soi thanh quản ống mềm cho thấy một khối lớn, chia thùy với niêm mạc hơi xanh tím ở hạ hầu và che lấp gần toàn bộ thanh quản. Khối u liên quan đến màng hầu, nếp gấp thanh môn, nếp gấp hầu họng, không gian trước nắp thanh môn, bề mặt thanh quản của nắp thanh quản, và nếp gấp dây thanh âm giả ở bên phải và tiếp xúc với thành sau hầu, kéo dài đến sụn phễu ở bên phải. Không quan sát được toàn bộ thanh môn. Nội soi thanh quản cũng cho thấy khối u gây tắc nghẽn đường thở, bệnh nhân có triệu chứng khó thở nhẹ. Các dấu hiệu sinh tồn của anh ấy bao gồm độ bão hòa oxy và nhịp thở, đều bình thường. Không phát hiện bất thường ở khoang miệng, mũi họng, hầu họng. Khám thực thể vùng cổ bệnh nhân có một khối sưng ở vùng cổ (P). Tổng phân tích máu trong giới hạn bình thường, chụp cắt lớp vi tính cho thấy tổn thương chia thùy không đều kích thước 38x22x32 mm với mật độ mô mềm ở bên phải liên quan đến sụn phễu, nếp nắp thanh môn, nếp hầu thanh môn, khoảng trước thanh thiệt, bề mặt thanh quản của nắp thanh quản, thanh thất, và hầu hết không gian cận thanh môn. Dựa trên kết quả nội soi thanh quản và chụp cắt lớp vi tính, tổn thương nghĩ là u mạch máu vùng hạ hầu và thanh quản, ngoài ra bệnh nhân còn có thêm u máu ở vùng cổ (P).



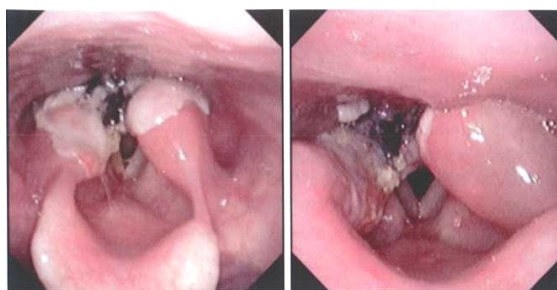
Hình 1. Nội soi thanh quản ống mềm, u máu ở ngay thanh môn, che lấp toàn bộ thanh môn



Hình 2,3,4. Hình ảnh MRI trước mổ, cho thấy 1 khối u máu ngay trên thanh môn, che lấp toàn bộ thanh môn, 1 u máu ở vùng cổ (P)

Bệnh nhân có tiền căn thay van nhân tạo, đang sử dụng kháng kết tập tiểu cầu. Sau khi hội chẩn với bác sĩ tim mạch, bệnh nhân được chuyển qua sử dụng kháng đông enaxaparin trước mổ, ngưng kháng kết tập tiểu cầu 7 ngày. Khi đến ngày mổ, bệnh nhân được cho ngưng enaxaparin trước phẫu thuật 12h. Trước nguy cơ biến chứng, bao gồm khó thở và chảy máu từ khối u khi đặt nội khí quản, chúng tôi đã lên kế hoạch thực hiện mở khí quản dưới gây tê tại chỗ, sau đó là cắt bỏ khối u dưới gây mê toàn thân. Sau đó, chúng tôi đã chọn đường tiếp cận để cắt bỏ khối u là soi treo thanh quản trực tiếp. Dao điện lưỡng cực và dao mổ siêu âm (Harmonic ACE, Ethicon, Johnson & Johnson, Bridgewater, NJ, USA) đã được sử dụng để cắt bỏ u máu và giảm thiểu chảy máu. Khối u ở hạ hầu và thanh quản có thể tiếp cận được dưới nội soi thanh quản treo. Khối u máu lớn được phát hiện chiếm trọn thanh môn, nếp gấp thanh thiệt, nếp gấp hầu họng, không gian trước thanh thiệt, bề mặt thanh quản của nắp thanh quản. Khối u dễ chảy máu khi chạm vào. U máu được đốt bằng dao điện lưỡng cực trên bề mặt và trên các vị trí dải xơ. Kích thước u máu khi quan sát qua nội soi thấy giảm dần rõ rệt, đến vị trí gốc khối u, bám vào sụn phễu (P) và nếp liên phễu. Dùng dao siêu âm cắt trọn gốc khối u, có

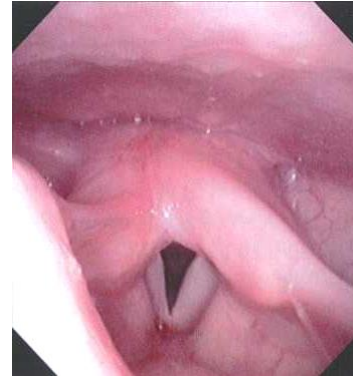
chảy máu ít khi cắt ở vị trí gốc khối u, và chỗ chảy máu được kiểm soát bằng dao điện lưỡng cực.



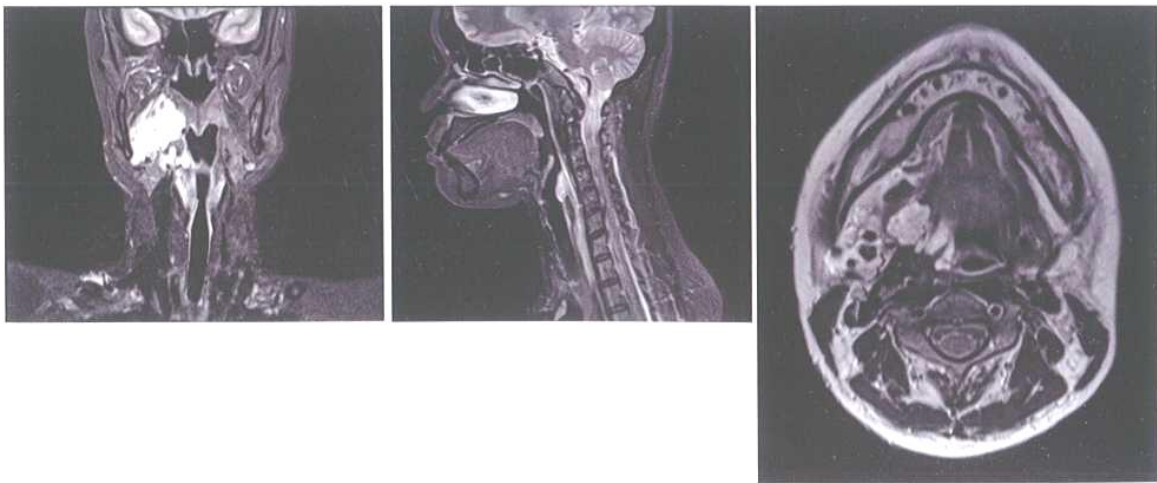
Hình 5,6. Nội soi thanh quản ống mềm kiểm tra sau mổ 2 ngày, 1 tuần

Giải phẫu bệnh xác nhận là u mạch máu với các mạch chứa phleboliths. Bệnh nhân ở lại bệnh viện sau khi phẫu thuật 1 tuần và được điều trị bằng thuốc kháng sinh, thuốc trào ngược và corticosteroid, để ngăn ngừa phù nề đường thở và được duy trì chế độ ăn kiêng với chất lỏng lạnh trong 2 tuần. Sau mổ bệnh nhân than đau họng và lưỡi, có khạc đờm nhưng không khó thở hoặc ho ra máu. Đã quan sát thấy phù nề vùng sụn thanh thiệt và sụn phễu do nhiệt. Các xét nghiệm vào ngày hậu phẫu thứ 2, bao gồm công thức máu toàn phần, nằm trong giới hạn bình thường (hemoglobin 14,4 g/dL [khoảng bình thường 14,0-18,0] và hematocrit 42,0% [khoảng bình thường, 38,0-52,0]). Soi thanh quản kiểm tra vào ngày hậu phẫu thứ 2 xác nhận rằng khối u

đã được cắt bỏ hoàn toàn và vị trí phẫu thuật gồm sụn thanh thiệt, sụn phễu còn phù nề. Nội soi thanh quản ống mềm kiểm tra sau mổ 1 tuần, vết mổ hồi phục tốt, không có bằng chứng xuất huyết, giảm phù nề sụn phễu và sụn nắp thanh thiệt rõ rệt. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 7, không có biến chứng và hồi phục tốt tại nơi mổ. Hình ảnh nội soi thanh quản được thực hiện 1 tháng sau phẫu thuật xác nhận khối u đã biến mất, dây thanh di động được bảo tồn và không có biến dạng.



Hình 7. Nội soi thanh quản ống mềm kiểm tra sau mổ 1 tháng



Hình 8,9,10. MRI sau mổ u máu thanh quản 1 tuần

BÀN LUẬN

Dị thường mạch máu thường do dị dạng bẩm sinh gây ra nhưng cơ chế bệnh sinh chính xác của chúng vẫn chưa được hiểu rõ^[1,2]. Các dị thường mạch máu được phân loại thành u máu và dị dạng mạch máu tùy theo biểu hiện lâm sàng và đặc điểm mô bệnh học^[1]. Theo kết quả mô bệnh học, u máu được chia thành các loại mao mạch, hang và hỗn hợp, trong đó loại hang là phổ biến nhất^[6]. U mạch máu cũng được phân loại nhóm ở trẻ sơ sinh và người lớn^[2,3,6-10]. U mạch máu ở trẻ sơ sinh bao gồm các giai đoạn tăng sinh, phát triển và

thường được chẩn đoán trong năm đầu tiên của cuộc đời. Hơn nữa, u máu ở trẻ sơ sinh có ưu thế là nữ giới, với hầu hết các tổn thương phát sinh từ hạ thanh môn và về mặt mô học thuộc loại mao mạch. Ngược lại, u mạch máu trưởng thành tiến triển chậm và hiếm khi tự thoái lui. U máu trưởng thành chiếm ưu thế ở nam giới, với hầu hết các tổn thương phát sinh từ thanh môn hoặc trên thanh môn và về mặt mô học thường thuộc loại hang, u máu ở hầu họng và thanh quản được xác định qua nội soi là một khối có niêm mạc hơi xanh bên trên^[2,3,9]. Đánh giá X.quang, chụp cắt lớp vi

tính và chụp cộng hưởng từ cung cấp thông tin hữu ích, bao gồm vị trí, kích thước và mức độ lan rộng của u máu và mối quan hệ của nó với các cấu trúc giải phẫu^[2,4,6]. Chụp động mạch không phải lúc nào cũng được thực hiện. Mặc dù nó không được thực hiện trong trường hợp này, nghiên cứu chụp mạch máu trước phẫu thuật với phương pháp điều trị kết hợp thuyên tắc mạch có thể hữu ích cho việc chẩn đoán phạm vi và đặc điểm mạch máu cũng như giảm tỷ lệ mắc bệnh trong và sau phẫu thuật đối với u máu lan rộng hoặc đa ổ và lập kế hoạch điều trị^[2]. Sinh thiết không được khuyến cáo khi nghi ngờ có u máu do nguy cơ chảy máu nặng^[2,11,13]. Tuy nhiên, vẫn chưa có sự đồng thuận về việc điều trị u máu liên quan đến hầu họng và thanh quản, và việc điều trị u máu lan rộng gặp nhiều khó khăn. Phương thức điều trị có thể được xác định theo tuổi của bệnh nhân, kích thước, mức độ và đặc điểm của tổn thương cũng như vị trí ban đầu để đạt được kết quả tốt bằng cách cắt bỏ hoàn toàn cũng như bảo tồn các cấu trúc bình thường và chức năng của chúng.^[1,2,6,9]

Điều trị nội khoa bằng corticosteroid hoặc thuốc chẹn beta có thể thích hợp để giảm triệu chứng^[1]. Corticosteroid theo lịch sử được coi là phương pháp điều trị đầu tiên đối với u mạch máu^[1]. Các trị liệu này làm u co lại, làm giảm các triệu chứng và đã được báo cáo là có tỷ lệ đáp ứng cao, với kết quả đặc biệt tốt ở bệnh nhi mắc u mạch máu ở trẻ sơ sinh^[1,3,6,7,9]. Khối u hồi phục hoặc tái phát xảy ra ở khoảng 30% bệnh nhân sau khi điều trị bằng corticosteroid^[1,3,6,7,9]. Vincristine có thể được xem xét cho các u mạch máu khó chữa và những u tái phát sau khi dùng corticosteroid^[1,14]. Chúng tôi dự đoán rằng đáp ứng với corticosteroid sẽ kém ở bệnh nhân của chúng tôi, dựa trên độ tuổi và

mức độ lan rộng của u mạch máu, nhưng sử dụng corticosteroid sau phẫu thuật để ngăn ngừa phù nề đường thở. Liệu pháp chẹn beta đã được báo cáo là có hiệu quả trong việc thu nhỏ u máu mà không có tác dụng hồi phục^[1], nhưng không được xem xét ở bệnh nhân của chúng tôi vì bệnh nhân đang điều trị thuốc tim mạch và kháng đông theo phác đồ của bác sĩ tim mạch. Xạ trị là một trong những lựa chọn điều trị, nhưng việc sử dụng nó chỉ giới hạn ở những bệnh nhân mà các phương pháp điều trị khác đã thất bại và những bệnh nhân u máu khó chữa hoặc đe dọa tính mạng vì nguy cơ ác tính liên quan đến bức xạ và tác dụng phụ^[3,6,7,9]. Hơn nữa, thỉnh thoảng có báo cáo về trường hợp biến đổi ác tính của u mạch máu^[2]. U máu ở hầu họng và thanh quản đã được điều trị bằng xạ trị với tổng liều 3000-4000 cGy trong 20 phân để làm giảm các triệu chứng của khối u còn sót lại ở bệnh nhân trưởng thành^[7].

Liệu pháp xơ hóa từ lâu đã được sử dụng như một phương pháp thay thế cho phẫu thuật cắt bỏ hoặc đóng vai trò hỗ trợ để điều trị các dị tật mạch máu^[11,15]. Các thuốc khác nhau đã được sử dụng, bao gồm cả thuốc chống ung thư (ví dụ, bleomycin), chất thẩm thấu (nước muối ưu trương hoặc salicylat), chất hóa học (rượu hoặc iốt), và chất tẩy rửa (natri morrhuate, polidocanol, natri tetradecyl sulfat và natri diatrizoate)^[1,11]. Liệu pháp làm xơ này đã được chứng minh là có hiệu quả hơn đối với các khối u nhỏ, những khối u có tốc độ máu chảy chậm^[15]. Liệu pháp làm xơ tại phòng khám là một phương pháp có khả năng hữu ích điều trị các tổn thương thanh quản có kích thước nhỏ đến trung bình để tránh sự cần thiết phải gây mê toàn thân^[15]. Bleomycin là một chất chống ung thư gây độc tế bào có tác dụng xơ cứng trực tiếp trên nội mạc

mạch máu, dẫn đến phản ứng viêm, hình thành huyết khối và xơ hóa, dẫn đến tắc nghẽn các mạch và làm khối u co lại^[1,11]. Khi bleomycin 1-2 mg/mL được tiêm vào trung tâm của u máu, bề mặt tại chỗ tiêm được ghi nhận trở nên nhợt nhạt^[1]. Tiêm nhiều lần và lặp đi lặp lại của bleomycin trong tổn thương tùy theo mức độ của khối u, nhưng không vượt quá tổng liều 8mg^[1]. Sử dụng bleomycin trong tổn thương như liệu pháp xơ hóa là khả thi và có hiệu quả cao. Tỷ lệ điều trị hoàn toàn trong 49% trường hợp, đặc biệt là đối với u máu nông hoặc cục bộ^[1]. Tuy nhiên, u mạch máu lớn và cuống u nằm sâu có thể đáp ứng kém với liệu pháp xơ hóa. Hơn nữa, bleomycin có liên quan có thể gây xơ dây thanh, thanh thất, thanh môn nên cuống khối u nằm gần các cấu trúc giải phẫu quan trọng này^[11]. Xơ phổi, ức chế miễn dịch và suy tủy, là những tác dụng phụ liên quan đến bleomycin, tuy rất hiếm gặp sau khi tiêm bleomycin vào u^[11]. Nếu tiêm nhiều hoặc nhiều mũi bleomycin trong u, nên theo dõi và đánh giá định kỳ các tác dụng phụ liên quan đến bleomycin^[11]. Những bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp xơ hóa đơn thuần cần được theo dõi lâu dài thường xuyên để phát hiện tái phát^[15]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, liệu pháp tiêm xơ với bleomycin là không phù hợp vì khối u hầu họng quá to và ăn sâu vào sụn phễu, có liên quan đến thanh môn (P). Liệu pháp xơ hóa bằng ethanol, một tác nhân gây xơ hóa mạnh, có hiệu quả trong việc kiểm soát dị dạng tĩnh mạch hoặc u máu lan rộng^[1,3,16]. Tuy nhiên, mở khí quản dự phòng được khuyến cáo cho các khối u ở vùng đầu và cổ không lồ vì tính an toàn khi can thiệp vào vị trí thanh môn và đường thở. Thuyên tắc hiệu quả hơn liệu pháp xơ cứng đối với

các tổn thương có tốc độ dòng máu chảy nhanh hoặc các tổn thương mạch máu có tính dẫn lưu cao^[15]. Thuyên tắc mạch thường có thể được thực hiện trước phẫu thuật như một liệu pháp kết hợp để giảm tỷ lệ chảy máu trong và sau phẫu thuật hơn là đơn trị liệu^[1,4]. Các u mạch máu bề mặt có kích thước nhỏ đến trung bình đã được điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật lạnh nội soi^[17]; tuy nhiên, hiệu quả điều trị của phẫu thuật lạnh đối với u mạch máu ở hầu họng và thanh quản vẫn chưa được hiểu rõ do thiếu các nghiên cứu gần đây. Hơn nữa, phẫu thuật lạnh, không dễ tiếp cận, đã được thay thế bằng điều trị bằng laser, ít xâm lấn hơn.

Phẫu thuật cắt bỏ không phải là phương pháp điều trị được lựa chọn đầu tiên cho u máu^[1], nhưng thường được xem xét trong các trường hợp sau: (1) u máu không đáp ứng với thuốc hoặc điều trị bảo tồn khác; (2) u máu liên quan đến các cấu trúc quan trọng có thể gây ra các triệu chứng nghiêm trọng; (3) xuất huyết nặng hoặc lặp đi lặp lại, nhiễm trùng và hoại tử u máu; và (4) cần phải phẫu thuật do các biến chứng hoặc biến dạng do điều trị trước đó gây ra^[1]. U mạch máu ở hầu họng và thanh quản được tiếp cận thông qua đường xuyên cổ truyền thống (phẫu thuật mở thông qua phẫu thuật mở hầu họng hoặc thanh quản)^[6], hoặc phương pháp xuyên miệng (phẫu thuật thanh quản hoặc phẫu thuật nội soi)^[2,5,8,10,11]. Phương pháp tiếp cận qua đường cổ đòi hỏi phải mở khí quản tạm thời, liên quan đến tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật, và có thời gian hồi phục tương đối dài^[6,10]. So với phương pháp xuyên cổ, phương pháp xuyên miệng có nhược điểm là phẫu trường hẹp, khó thao tác với dụng cụ phẫu thuật và hạn chế khả năng kiểm soát chảy máu quá nhiều, nhưng có ưu điểm là ít xâm lấn hơn và thời gian nằm

viện ngắn hơn^[5]. Với sự ra đời của các thiết bị phẫu thuật vừa cắt đốt vừa cầm máu, chẳng hạn như dao mổ siêu âm, dụng cụ LigaSure Small Jaw (Medtronic, Greenwood Village, CO, USA) và thiết bị Thunderbeat Open Fine Jaw (Olympus, Tokyo, Nhật Bản), sự an toàn và tính khả thi của phương pháp xuyên miệng đã tăng lên do cải thiện quá trình đông máu, cầm máu, đốt và bóc tách các mô đông máu với thời gian phẫu thuật rút ngắn^[5,6]. Dao mổ siêu âm sử dụng năng lượng siêu âm và có thể cắt mô và bóc tách bằng một lưỡi cong, cho phép đồng thời đông máu và cắt bỏ mô, do đó ngăn ngừa xuất huyết ổ ạt. Dao siêu âm được sử dụng tốt hơn ở chế độ cầm máu (công suất, 3W) so với chế độ cắt (công suất, 5W) khi điều trị u máu. Phẫu thuật bằng robot qua đường miệng là một lựa chọn điều trị phẫu thuật hiệu quả khác cho u mạch máu ở hầu và thanh quản nhưng việc sử dụng nó bị hạn chế do các thiết bị đắt tiền liên quan và tính sẵn có hạn chế^[2]. Vì vậy, phương pháp qua đường miệng được ưa chuộng hơn khi điều trị u máu vì ít xâm lấn, thời gian phục hồi ngắn và kết quả tốt^[5]. Tuy nhiên, nếu qua đường miệng không lấy được toàn bộ u hoặc có nguy cơ chảy máu khó kiểm soát thì nên tiếp cận đường cổ. U máu bao gồm nhiều mạch máu với lớp niêm mạc mỏng và dễ vỡ bên trên có thể gây chảy máu khó chịu trong quá trình phẫu thuật. Chảy máu trong phẫu thuật phải được dự phòng và kiểm soát tốt để phẫu trường rõ ràng và có được kết quả phẫu thuật tốt. Ở bệnh nhân của chúng tôi, u mạch máu liên quan đến hạ họng và thanh môn, chứa các bó mạch thần kinh và giàu mô mềm, đã được cắt bỏ bằng phương pháp đông máu và cắt bỏ bằng dao mổ siêu âm. Sau khi điều trị, bắt buộc phải theo dõi chặt chẽ để xác định tình trạng xuất huyết hoặc tắc nghẽn đường thở. Tái phát khối u

vẫn là một thách thức sau khi điều trị, mặc dù u mạch máu là u lành tính^[12]. Nguy cơ tái phát khối u tăng lên nếu việc cắt bỏ không hoàn toàn và nếu khối u lớn, lan tỏa hoặc đa ổ^[12]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, khối u máu lớn đã liên quan đến sụn phễu (P), thanh môn và hầu hết không gian cận thanh môn tiếp giáp với dây thanh, không dễ dàng tiếp cận, vì vậy bệnh nhân được coi là có nguy cơ tái phát cao. Cần theo dõi thường xuyên để phát hiện tái phát.

KẾT LUẬN

U mạch máu ở hầu họng và thanh quản là những khối u lành tính phát triển chậm cần điều trị thích hợp khi có triệu chứng. Điều trị u mạch máu hầu họng gặp nhiều thách thức vì hiếm gặp, phức tạp về mặt giải phẫu, lựa chọn điều trị hạn chế, nguy cơ xuất huyết đe dọa tính mạng và tắc nghẽn đường thở, và tỷ lệ tái phát cao. Kinh nghiệm của chúng tôi ở bệnh nhân này là dùng dao điện lưỡng cực làm xơ và co nhỏ từng phần khối u, sau đó dùng dao siêu âm cắt trọn gốc khối u, đã đạt được kết quả điều trị tốt với việc bảo tồn chức năng. Cắt bỏ bằng cách sử dụng các dụng cụ vừa cắt vừa đốt cầm máu có hiệu quả để giảm thiểu chảy máu khi u máu liên quan đến các khu vực có nhiều mạch máu và mô mềm. Khi lựa chọn chiến lược điều trị, điều quan trọng là phải xem xét các đặc điểm của các lựa chọn điều trị và mối quan hệ về mặt giải phẫu và chức năng giữa u máu và các cấu trúc xung quanh. Liệu pháp kết hợp một lần bao gồm dao điện lưỡng cực và phẫu thuật cắt bỏ bằng dao mổ siêu âm thông qua phương pháp xuyên miệng dựa trên vị trí giải phẫu của khối u có thể là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với u mạch máu hầu họng, giúp bảo tồn cấu trúc và chức năng bình thường của chúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zheng JW, Zhou Q, Yang XJ, et al. Treatment guideline for hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. *Head Neck*. 2010; 32(8): 1088-98
2. Wang WH, Tsai KY. Transoral robotic resection of an adult laryngeal haemangioma and review of the literature. / *Laryngol Otol*. 2015; 129(6): 614-18
3. Valls-Mateus M, Roman LS, Macho J, et al. Transoral ultrasonic surgery of pharyngolaryngeal giant hemangioma after ethylene-vinyl alcohol copolymer (Onyx) embolization. *Head Neck*. 2017; 39(6): 1239-42
4. Kawakami M, Hayashi I, Yoshimura K, et al. Adult giant hemangioma of the larynx: A case report. *Auris Nasus Larynx*. 2006; 33(4): 479-82
5. Kishimoto Y, Hirano S, Kato N, et al. Endoscopic KTP laser photocoagulation therapy for pharyngolaryngeal venous malformations in adults. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008; 117(12): 881-85
6. Wang X, Zhao X, Zhu w. Resection of a laryngeal hemangioma in an adult using an ultrasonic scalpel: A case report. *Oncol Lett*. 2015; 9(6): 2477-80
7. Huang CM, Lee KW, Huang CJ. Radiation therapy for life-threatening huge laryngeal hemangioma involving pharynx and parapharyngeal space. *Head Neck*. 2013; 35(4): E98-101
8. Lucioni M, Marioni G, Della Libera D, et al. Adult laryngeal hemangioma CO2 laser excision. A single institution 3-year experience (Vittorio Vene- to 2001-2003). *Acta Otolaryngol*. 2006; 126(6): 621- 26
9. Bannon R, Gohil R, Manickavasagam J. Laparoscopic instrument use in laryngeal surgery: Tran-soral resection of a supraglottic haemangioma. *J Laryngol Otol*. 2017; 131(9): 823-26
10. Aluffi Valletti P, Toso A, Gorris C, et al. Adult laryngeal ossified hemangioma: Difficulties in differential diagnosis. *J Craniofac Surg*. 2018; 29(8): e730- 32
11. Xu S, Yu Y, ElHakim H, et al. The therapeutic effect of the combination of intratumor injection of bleomycin and electroresection/electrocautery on the hemangiomas in hypopharynx and larynx through suspension laryngoscopy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2019; 128(6): 575-80
12. Chen WL, Yang ZH, Bai ZB, et al. A pilot study on combination compartmentalisation and sclerotherapy for the treatment of massive venous malformations of the face and neck. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008; 61(12): 1486-92
13. Martins RH, Lima Neto AC, Semenzate G, et al. Laryngeal hemangioma. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2006; 72(4): 574
14. Enjolras O, Brevière GM, Roger G, et al. [Vincristine treatment for

- functionand life-threatening infantile hemangioma]. Arch Pediatr. 2004; 11 (2): 99-107[in French]
15. Kamijo A, Hatsushika K, Kanemaru S, et al. Five adult laryngeal venous malformation cases treated effectively with sclerotherapy. Laryngoscope. 2013;123(11): 2766-69
 16. Orlando JL, Caldas JG, Campos HG, et al. Ethanol sclerotherapy of head and neck venous malformations. Einstein (Sao Paulo), 2014; 12(2): 181-86
 17. O'Neill JV, Snyder GG 3rd, Toomey JM. Cryosurgery of supraglottic cavernous hemangioma. Arch Otolaryngol. 1976; 102(1): 55
 18. Batta K, Goodyear HM, Moss C, et al. Randomised controlled study of early pulsed dye laser treatment of uncomplicated childhood haemangiomas: Results of a 1-year analysis. Lancet. 2002; 360 (9332): 521-27.
 19. Zeitels SM, Burns JA. Laser applications in laryngology: Past, present, and future. Otolaryngol Clin North Am. 2006; 39(1): 159-72.
 20. Park YM, Lim JY, Kang MS, et al. Treatment outcomes of angiolytic laser-assisted glottoplasty in patients with sulcus vocalis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2019; 128(5): 377-83.