

TÁI TẠO VÙNG MÁ BẰNG VẠT ALT KÈM CÂN ĐÙI Ở BỆNH NHÂN DỊ DẠNG ĐỘNG - TĨNH MẠCH BIẾN CHỨNG NHIỄM TRÙNG SAU THUYỀN TẮC LẶP LẠI

Trần Văn Dương¹, Nguyễn Đình Long¹, Đào Hồng Ngọc², Nguyễn Đình Luân³

¹Khoa Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhân dân Gia Định, Thành phố Hồ Chí Minh

³Khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Nhân dân Gia Định, Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị dạng động - tĩnh mạch (arteriovenous malformation - AVM) vùng mặt là tổn thương mạch máu lưu lượng cao có thể gây viêm, đau hoặc biến dạng thẩm mỹ. Thuyên tắc mạch là phương pháp điều trị phổ biến, tuy nhiên trong các trường hợp tổn thương không còn đáp ứng điều trị nội khoa, cần chuyển hướng sang phẫu thuật để kiểm soát biến chứng và phục hồi tổ chức.

Ca bệnh: Bệnh nhân nữ 17 tuổi với tổn thương dị dạng mạch máu vùng má trái đã được điều trị thuyên tắc mạch nhiều lần. Tổn thương diễn tiến thành ổ áp-xe mạn tính, không đáp ứng điều trị kháng sinh. Phẫu thuật cắt bỏ phát hiện mô hoại tử xơ hóa lan rộng, ảnh hưởng đến các cơ vùng gò má. Khuyết hổng sau đó được tái tạo bằng vạt đùi trước ngoài tự do kèm dải cân đùi, neo vào cơ còn lại để phục hồi chức năng. Vạt sống hoàn toàn. Sau hai tháng, hình thể vùng mặt ổn định, chức năng miệng được bảo tồn.

Kết luận: Phẫu thuật cắt bỏ u kết hợp tái tạo bằng vạt ALT kèm cân đùi là giải pháp phù hợp trong các trường hợp dị dạng mạch máu vùng mặt tiến triển xơ hóa và nhiễm trùng sau thuyên tắc lặp lại, giúp phục hồi hiệu quả hình thể và chức năng vùng tổn thương.

Từ khóa: dị dạng động tĩnh mạch, thuyên tắc mạch, tái tạo vi phẫu, vạt đùi trước ngoài, cân đùi.

ABSTRACT

CHEEK RECONSTRUCTION USING A FREE ANTEROLATERAL THIGH FLAP WITH FASCIA LATA FOR AN ARTERIOVENOUS MALFORMATION COMPLICATED BY INFECTION AFTER REPEATED EMBOLIZATION

Tran Van Duong¹, Nguyen Dinh Long¹, Dao Hong Ngoc², Nguyen Dinh Luan³

Background: Facial arteriovenous malformation (AVM) is a high-flow vascular anomaly that may cause pain, inflammation, bleeding, or cosmetic deformity. Embolization is a widely used treatment method for facial AVMs; however, when conservative management fails, it becomes essential to transition to surgical intervention to manage complications and ensure the restoration of tissue integrity.

Case report: A 17-year-old female with a facial AVM of the left cheek and has undergone several embolization procedures for treatment. The lesion developed into a chronic abscess that did not respond to intravenous antibiotics. The surgical excision demonstrated significant fibrotic and necrotic tissue affecting the zygomatic musculature. The resulting defect was reconstructed using a free anterolateral thigh flap combined with vascularized fascia lata, anchored to the remaining facial musculature to restore dynamic support. The flap remained viable. At two-month follow-up, facial contour was stable and oral function was preserved.

Ngày nhận bài: 18/12/2025. Ngày chỉnh sửa: 20/01/2026. Chấp thuận đăng: 02/02/2026

Tác giả liên hệ: Trần Văn Dương. Email: drduong2001@yahoo.com. ĐT: xxxxx

Tái tạo vùng má bằng vạt ALT kèm cân đùi ở bệnh nhân dị dạng...

Conclusion: Surgical excision followed by reconstruction using an ALT flap with vascularized fascia lata represents an effective option for managing facial AVMs complicated by fibrosis and secondary infection after repeated embolization, providing reliable restoration of both form and function.

Keywords: facial arteriovenous malformation, embolization, microsurgical reconstruction, anterolateral thigh flap, fascia lata.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng mạch máu vùng đầu - mặt - cổ là nhóm bất thường mạch bẩm sinh; trong đó dị dạng động - tĩnh mạch (arteriovenous malformation - AVM) thuộc nhóm tổn thương lưu lượng cao theo phân loại ISSVA, có xu hướng tiến triển kéo dài và có thể gây đau, viêm, chảy máu hoặc biến dạng thẩm mỹ, cần can thiệp điều trị ở một số trường hợp [1,2]. Thuyên tắc mạch thường được sử dụng nhằm giảm tưới máu tổn thương và hỗ trợ kiểm soát triệu chứng. Tuy nhiên, khi can thiệp lặp lại nhiều lần, phương pháp này có thể dẫn đến thiếu máu mô, xơ hóa hoặc nhiễm trùng thứ phát [3-5].

Chúng tôi báo cáo một trường hợp u máu dị dạng mạch máu vùng má trái kéo dài, đã được thuyên tắc bốn lần nhưng diễn tiến thành ổ áp-xe mạn tính không đáp ứng điều trị kháng sinh. Tổn thương xơ hóa lan rộng làm cho việc cắt bỏ và tái tạo trở nên khó khăn. Vạt đùi trước ngoài (anterolateral thigh - ALT) kèm dải cân đùi được lựa chọn để tái tạo khuyết hổng trong trường hợp này.

Mục tiêu của bài báo là trình bày diễn tiến lâm sàng, kỹ thuật phẫu thuật và hiệu quả điều trị, đồng thời nhấn mạnh vai trò của phẫu thuật cắt bỏ triệt để và tái tạo bằng vạt vi phẫu ở bệnh nhân dị dạng mạch máu vùng mặt có biến chứng sau thuyên tắc mạch nhiều lần.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 17 tuổi nhập viện vì khối áp xe vùng má trái sưng đau kéo dài. Bệnh sử ghi nhận bệnh nhân đã được can thiệp thuyên tắc mạch 4 lần trong khoảng 4 năm tại nhiều cơ sở khác nhau; sau mỗi lần thuyên tắc tổn thương giảm tạm thời, sau đó tiếp tục tiến triển, lần thuyên tắc gần nhất tháng 4/2025. Khoảng 2 tháng sau can thiệp, vùng má trái bắt đầu sưng, nóng đỏ và căng tức; bệnh nhân điều trị nhiều nơi nhưng không cải thiện. Đến tháng 8/2025, tình trạng sưng đau tăng, kèm rỉ dịch hôi, bệnh nhân nhập viện; sau hội chẩn liên chuyên khoa, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật.

Lâm sàng ghi nhận vùng má trái sưng to, da căng đỏ; giữa tổn thương có một mảng hoại tử khô màu đen kích thước lớn, bề mặt sần và bờ không đều. Không thấy điểm rò dịch hay ổ mũ thoát ra ngoài (Hình 1).



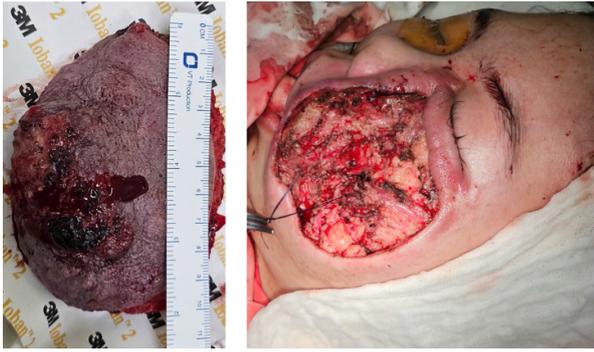
Hình 1: Hình ảnh u máu trước mổ

Cận lâm sàng hình ảnh: MRI trước mổ ghi nhận tổn thương mạch máu lưu lượng cao vùng má trái, kèm thay đổi viêm và vùng nghi hoại tử/ổ dịch phần mềm; tổn thương nằm sát tuyến mang tai nhưng không ghi nhận xâm lấn.

Phẫu thuật cắt u: Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ triệt để vùng tổn thương. Đầu tiên bệnh nhân được đánh dấu tổn thương trên da; để hạn chế chảy máu trong quá trình bóc tách, đặt hai vòng khâu viền bằng chỉ silk 3-0: vòng thứ nhất theo ranh giới tổn thương, vòng thứ hai cách ra ngoài khoảng 1,5 cm. Rạch da theo đường đánh dấu, bóc lộ mô mềm vùng tổn thương và tiến hành cắt lọc mô hoại tử, mô viêm và mô xơ hóa, đồng thời làm sạch ổ áp xe. Rạch da theo ranh giới tổn thương, tiến hành bóc tách chọn lọc mô mềm viêm và xơ hóa.

Tổn thương được xem xét và cắt bỏ từng phần, kích thước khối tổn thương khoảng 10 x 7 cm, lan sâu vào mô mềm vùng má giữa; một phần cơ gò má lớn và cơ gò má nhỏ bị xơ hóa được cắt bỏ chọn lọc. Kiểm tra tuyến mang tai sau mổ. Máu mất mức độ vừa, không cần truyền máu trong và sau mổ. Khuyết hổng sau cắt bỏ rộng và sâu, chiếm gần toàn bộ vùng má giữa (Hình 2).

Tái tạo vùng má bằng vạt ALT kèm cân đùi ở bệnh nhân dị dạng...



Hình 2: Hình ảnh khuyết hồng sau khi cắt bỏ u

Tái tạo: Khuyết hồng được tái tạo bằng vạt ALT kèm dải cân đùi từ đùi trái. Chúng tôi sử dụng máy Doppler cầm tay để xác định vị trí của nhánh xuyên trên da. Vạt được lấy với kích thước 11×8 cm kèm dải cân đùi khoảng 5 cm; bóc tách nhánh xuyên theo hướng ngược dòng đến cuống mạch chính là nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài, cuống gồm một động mạch và hai tĩnh mạch.

Tại vùng nhận, chuẩn bị động mạch mặt và hai tĩnh mạch mặt. Nối vi phẫu tận - tận được thực hiện dưới kính vi phẫu. Sau tái tưới máu, vạt hồng ấm, thời gian hồi hồng mao mạch tốt; không ghi nhận thiếu máu vạt kéo dài trong quá trình thao tác. Phần dải cân đùi có nuôi dưỡng được tạo hình dạng dải treo và đặt theo hướng trực kéo gò má - khóe miệng. Dải cân được khâu cố định vào phần cơ gò má còn lại và neo về vùng khóe miệng nhằm tăng nâng đỡ động, hỗ trợ vận động môi và hạn chế xệ, biến dạng muôn. Vạt được đặt không căng, đặt dẫn lưu dưới vạt; vùng cho vạt được khâu kín nguyên phát.

Hậu phẫu: Tổng thời gian phẫu thuật khoảng 5 giờ. Vạt được theo dõi sát theo phác đồ: mỗi 3 giờ trong 24 giờ đầu, mỗi 6 giờ trong ngày thứ hai và mỗi 12 giờ từ ngày thứ ba; các tiêu chí theo dõi gồm màu sắc, độ ấm, độ căng, thời gian hồi hồng mao mạch và tín hiệu Doppler. Sau mổ, bệnh nhân tiếp tục điều trị kháng sinh; cấy mũ ghi nhận Enterobacter sinh ESBL, do đó kháng sinh được điều chỉnh sang meropenem $1 \text{ g} \times 3$ lần/ngày phối hợp linezolid $600 \text{ mg} \times 2$ lần/ngày. Bệnh nhân được dùng aspirin 81 mg, 2 viên/ngày. Nuôi ăn qua sonde đến ngày thứ 5, nằm kê đầu cao trong những ngày đầu và vận động nhẹ nhàng. Từ sau ngày thứ 14, bệnh nhân được mang nẹp ép vùng mặt (dạng ôm từ cằm lên má trái bao phủ vạt) nhằm nâng đỡ và giảm phát triển độ dày vạt và xuất viện vào ngày thứ 21.

Tái khám sau hai tháng cho thấy vạt ổn định, không nhiễm trùng, hình dạng vùng mặt hài hòa; các cử động như cười, chu môi được bảo tồn. Vạt còn hơi dày nhưng đáp ứng tốt với liệu pháp băng ép sau 2 tháng. Bệnh nhân hài lòng với kết quả thẩm mỹ và chức năng (Hình 3).



Hình 3: Hình ảnh bệnh nhân 2 tháng sau phẫu thuật

III. BÀN LUẬN

3.1. Biến chứng của thuyên tắc mạch lặp lại

Thuyên tắc mạch là phương pháp hỗ trợ thường dùng trong điều trị các tổn thương mạch máu vùng đầu mặt cổ, giúp giảm tưới máu và hạn chế chảy máu trong mô. Tuy nhiên, khi thực hiện nhiều lần, nguy cơ tổn thương mô tăng lên đáng kể. Malik và cộng sự, trong báo cáo tổng quan gồm 204 bệnh nhân dị dạng mạch máu vùng đầu - mặt - cổ, ghi nhận tỷ lệ biến chứng chung khoảng 30% (61/204); khi phân theo vật liệu trong các chuỗi ca được tổng hợp, ethanol có tỷ lệ biến chứng khoảng 33%, Onyx khoảng 14% [4]. Bilbao và cộng sự tổng quan biến chứng thuyên tắc cho thấy tỷ lệ biến chứng dao động rộng tùy bệnh cảnh và kỹ thuật, với biến chứng nhẹ được báo cáo khoảng 2,2 - 25% và biến chứng nặng 0 - 6% trong các chuỗi ca lớn; đồng thời mô tả các

Tái tạo vùng má bằng vật ALT kèm cân đùi ở bệnh nhân dị dạng...

biến chứng mô mềm như thiếu máu mô, loét/hoại tử da và nguy cơ nhiễm trùng thứ phát khi gây tắc mạch quá mức hoặc trên nền mô đã tổn thương. Chính tình trạng thiếu máu kéo dài làm giảm khả năng đề kháng, có thể dẫn đến nhiễm trùng dai dẳng và giảm khả năng lành thương [3]. Như vậy, thuyên tắc nhiều lần dù giúp giảm dòng chảy, nhưng cũng dễ gây hoại tử mô và nhiễm trùng thứ phát nếu không được kiểm soát triệt để.

3.2. Thời điểm chuyển sang phẫu thuật cắt bỏ

Nhiều tác giả đồng thuận rằng thuyên tắc mặc dù rất hữu ích trong điều trị các bệnh u mạch dị dạng mạch máu, tuy nhiên vẫn cần chuyển sang phẫu thuật khi tổn thương còn sót, triệu chứng tái phát hoặc biến chứng mô mềm xảy ra [1,2].

Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có các chỉ định rõ ràng gồm: Triệu chứng tái phát dù đã thuyên tắc nhiều lần; Mô hoại tử và nhiễm trùng không đáp ứng điều trị kháng sinh; Không thể loại bỏ hoàn toàn tổn thương bằng can thiệp nội mạch

3.3. Vai trò của vật ALT kèm cân đùi trong nền mô xơ hóa

Khuyết hồng vùng má sau cắt bỏ tổn thương của dị dạng mạch máu kèm hoại tử - nhiễm trùng thường là khuyết hồng rộng, sâu và đặc biệt nền mô xung quanh đã xơ hóa, tưới máu kém sau can thiệp nội mạch lặp lại. Ở ca của chúng tôi, vùng cắt bỏ khoảng 10×7 cm, tổn thương ăn lan vào mô mềm vùng má giữa và ảnh hưởng một phần lớp cơ vùng gò má. Trong bối cảnh nền vết thương như vậy, mục tiêu tái tạo không chỉ dừng ở che phủ kín khuyết hồng, mà cần đồng thời bù thể tích, và tạo nâng đỡ động nhằm vừa cải thiện chức năng, vừa hạn chế sa mô và biến dạng muộn.

Vật tự do là lựa chọn tối ưu vì mang đến mô có tưới máu tốt cho vùng đã thiếu máu, mà trong đó, vật ALT là vật kinh điển trong tái tạo đầu mặt cổ nhờ tính linh hoạt, vùng da rộng và cuống mạch dài [6]. Hong và cộng sự cũng chứng minh ALT phù hợp với tái tạo vùng mặt nhờ độ mỏng – dễ chỉnh sửa và tỷ lệ biến chứng thấp [7]. Trần Thiết Sơn và cộng sự ghi nhận vật ALT “có nhiều ưu điểm, linh hoạt trong sử dụng và ít ảnh hưởng vị trí lấy vật” [8].

Điểm đặc biệt trong ca này là dải cân đùi kèm theo vật đóng vai trò thành phần nâng đỡ chủ động. Ở khuyết hồng má, nếu chỉ đặt một vật mô mềm đơn thuần, nguy cơ sa vật, nặng vật, kéo lệch khõe

miệng và giảm hiệu quả vận động môi có thể gặp, nhất là trên nền mô yếu và xơ hóa. Kuo và cộng sự đã mô tả tái tạo chức năng môi - má bằng vật ALT phối hợp cân có nuôi dưỡng, trong đó cân được sử dụng như dải treo quanh điểm giao cơ vùng khõe miệng (modiolus) và cải thiện hiệu quả vận động [9]. Các báo cáo khác về ALT kèm cân có nuôi dưỡng cũng cho thấy cân là một vật liệu phù hợp để tái lập lớp nâng đỡ trong tái tạo vùng mặt và các cấu trúc lân cận [10,11].

So với các lựa chọn khác, vật tại chỗ thường khó đạt được đồng thời yêu cầu mô đủ lớn và nền mô lành khi vùng má đã xơ hóa, viêm kéo dài; nguy cơ hoại tử mép vật và biến dạng kéo căng cũng cao hơn. Ghép mỡ không phù hợp ở giai đoạn còn ổ nhiễm trùng và khoang chết lớn, và chỉ là lựa chọn bổ sung ở thì muộn sau khi ổn định. Các vật cơ tự do (ví dụ gracilis) có thể cân nhắc khi mục tiêu chính là tái tạo vận động đặc hiệu theo hướng tái tạo thần kinh - cơ, nhưng trong bối cảnh khuyết hồng chủ yếu là mô mềm vùng má giữa kèm nhu cầu che phủ - thể tích - nâng đỡ động, vật ALT kèm cân cho phép đạt mục tiêu toàn diện hơn trong một thì.

Hạn chế: Bệnh nhân đã được thuyên tắc nhiều lần tại nhiều cơ sở khác nhau nên không thu thập đầy đủ hồ sơ về vật liệu và thông số can thiệp của từng lần thuyên tắc. Bên cạnh đó, thời gian theo dõi sau mổ hiện mới 2 tháng, chưa đủ để đánh giá ổn định lâu dài về thẩm mỹ và chức năng. Ngoài ra, vật còn dày ở giai đoạn sớm và dự kiến cần can thiệp làm mỏng vật/hạ mỡ ở thì sau; tuy nhiên bệnh do đã trở lại đi học và sẽ hẹn sẽ sắp xếp tái khám sau.

IV. KẾT LUẬN

Thuyên tắc mạch là phương pháp hữu ích trong kiểm soát u mạch dị dạng mạch máu vùng mặt, tuy nhiên nếu lặp lại nhiều lần có thể dẫn đến thiếu máu mô, xơ hóa và nhiễm trùng thứ phát. Trong các trường hợp tổn thương không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc có biến chứng hoại tử, nhiễm trùng, tiến hành phẫu thuật cắt bỏ triệt để và tái tạo sớm là chỉ định bắt buộc để kiểm soát ổ viêm.

Vật đùi trước ngoài kèm dải cân đùi là lựa chọn phù hợp để tái tạo khuyết hồng vùng má giúp phục hồi cả hình thể và chức năng trên nền mô xơ hóa. Trường hợp được trình bày cho thấy giá trị của việc chuyển hướng điều trị kịp thời và lựa chọn kỹ thuật vi phẫu phù hợp trong bối cảnh tổn thương phức tạp

Tái tạo vùng má bằng vạt ALT kèm cân đòn ở bệnh nhân dị dạng...

sau thuyên tắc. Đây là một hướng tiếp cận có thể tham khảo cho các trường hợp tương tự trong thực hành lâm sàng.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Tuyên ngôn Helsinki. Bệnh nhân đã được cung cấp đầy đủ thông tin và đồng ý cho sử dụng dữ liệu lâm sàng và hình ảnh trong báo cáo này. Danh tính của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Colletti G, Valassina D, Bertossi D, Melchiorre F, Vercellio G, Brusati R. Contemporary management of vascular malformations. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014; 72(3): 510-28.
2. Yakes WF, Rossi P, Odink H. How I do it. Arteriovenous malformation management. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1996; 19(2): 65-71.
3. Bilbao JJ, Martinez-Cuesta A, Urtasun F, Cosin O. Complications of embolization. *Semin Intervent Radiol.* 2006; 23(2): 126-42.
4. Malik MH, Jabal MS, Kobeissi H, Gupta R, Bilgin C, Brinjikji W. Embolization of arteriovenous malformations of head and neck: A systematic review. *Interv Neuroradiol.* 2025; 31(6): 852-858.
5. Takeuchi Y, Morishita H, Sato Y, Hamaguchi S, Sakamoto N, Tokue H, et al. Guidelines for the use of NBCA in vascular embolization devised by the Committee of Practice Guidelines of the Japanese Society of Interventional Radiology (CGJSIR), 2012 edition. *Jpn J Radiol.* 2014; 32(8): 500-17.
6. Song YG, Chen GZ, Song YL. The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. *Br J Plast Surg.* 1984; 37(2): 149-59.
7. Hong JP, Choi JW, Chang H, Lee TJ. Reconstruction of the face after resection of arteriovenous malformations using anterolateral thigh perforator flap. *J Craniofac Surg.* 2005; 16(5): 851-5.
8. Son TT, Nghija PT, Trong NH, Viet Dung PT, Hong Thuy TT, Runyan C. Reconstruction of radiation-induced damage in patients with facial hemangiomas using free anterolateral thigh flap. *JPRAS Open.* 2025; 43: 419-427.
9. Kuo YR, Jeng SF, Wei FC, Su CY, Chien CY. Functional reconstruction of complex lip and cheek defect with free composite anterolateral thigh flap and vascularized fascia. *Head Neck.* 2008; 30(8): 1001-6.
10. Joo YH, Cho KJ, Park JO, Kim MS. Usefulness of the anterolateral thigh flap with vascularized fascia lata for reconstruction of orbital floor and nasal surface after total maxillectomy. *Laryngoscope.* 2013; 123(9): 2125-30.
11. Sasaki K, Sasaki M, Oshima J, Aihara Y, Nishijima A, Sekido M. Free-flap reconstruction for full-thickness oral defects involving the oral commissure combined with oral modiolus reconstruction using a fascial sling. *Microsurgery.* 2020; 40(5): 553-560.