

5. **Nguyen, A.T.L., et al.**, Knowledge, preference, and willingness to pay for hepatitis b vaccination services among woman of reproductive age in Vietnam. *BioMed research international*, 2019. **2019**.
6. **Nguyen, L.H., et al.**, Feasibility and willingness to pay for dengue vaccine in the threat of dengue fever outbreaks in Vietnam. *Patient preference and adherence*, 2018. **12**: p. 1917.
7. **Poulos, C., et al.**, Mothers' preferences and willingness to pay for HPV vaccines in Vinh Long Province, Vietnam. *Social science & medicine*, 2011. **73**(2): p. 226-234.
8. **Kjaer, T.**, A review of the discrete choice experiment-with emphasis on its application in health care. 2005.

## U NỘI MÔ MẠCH MÁU DẠNG BIỂU MÔ CỦA XƯƠNG CỘT SỐNG: BÁO CÁO NHẬN MỘT TRƯỜNG HỢP.

Trần Phan Ninh<sup>1,3</sup>, Nguyễn Văn Sang<sup>2,3</sup>, Hoàng Ngọc Thạch<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

U biểu mô mạch máu dạng biểu mô (EHE) là một khối u mạch máu hiếm gặp được mô tả có đặc điểm mô học giữa u máu và sarcoma mạch máu. U nội mô mạch máu dạng biểu mô nguyên phát của xương rất hiếm gặp, tỷ lệ mắc EHE như một khối u xương nguyên phát được báo cáo là dưới 1%. **Case lâm sàng:** Chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ nam 7 tuổi bị u nội mô mạch máu dạng biểu mô ở xương đốt sống với đầy đủ dữ liệu, bao gồm lâm sàng, hình ảnh (X-quang, chụp cắt lớp vi tính [CT], cộng hưởng từ [CHT], xạ hình xương), thông tin phẫu thuật, mô bệnh học, và liệu pháp hỗ trợ sau phẫu thuật. Mục đích của nghiên cứu này là tóm tắt các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của u nội mô mạch máu dạng biểu mô, để hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chính xác. **Kết luận:** U nội mô mạch máu dạng biểu mô tại xương là một loại ung thư mạch máu rất hiếm gặp và không có đặc điểm hình ảnh đặc hiệu. Việc phát hiện sớm bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X quang, MSCT, MRI, xạ hình xương giúp chẩn đoán sớm và nâng cao hiệu quả điều trị.

**Từ khóa:** U nội mô mạch máu dạng biểu mô, xương cột sống, cộng hưởng từ.

### SUMMARY

#### EPITHELIOD HEMANGIOENDOTHELIOMA OF SPINE: A CASE REPORT

Epithelioid hemangioendothelioma (EHE) has been described as a rare vascular bone lesion with histological features between hemangioma and high-grade angiosarcoma. EHE of the bone is an extremely uncommon lesion, with the incidence of EHE as a primary bone tumor being reported to be less than 1%. **Case report:** We report a 7-year-old male case with epithelioid hemangioendothelioma of the spine, with the complete data, including clinical, imaging (X-

ray, computed tomography [CT], and magnetic resonance imaging [MRI], bone scan), surgical, histopathological information, and the adjuvant therapy following the surgery. The aim of this study is to summarize its clinical and imaging features in order to guide the correct diagnosis and treatment. **Conclusion:** EHE of the bone is a very rare malignant vascular neoplasm with no specific radiographic imaging features. Early detection by imaging methods such as X-ray, MSCT, MRI, bone scan helps to diagnose early and improve treatment efficiency.

**Keywords:** Epithelioid hemangioendothelioma. Spine. Magnetic resonance imaging

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U biểu mô mạch máu dạng biểu mô (EHE) là một khối u mạch máu hiếm gặp được mô tả có đặc điểm mô học giữa u máu và sarcoma mạch máu. Nó được Dail và Liebow mô tả lần đầu tiên vào năm 1975 như là một loại ung thư biểu mô tế bào phế nang [1]. Weiss và cộng sự lần đầu tiên mô tả như một khối u mạch máu của xương và mô mềm năm 1982 [2]. Nó thường gặp ở mô mềm như phổi, màng phổi, lách, tim, gan, xương. U nội mô mạch máu dạng biểu mô nguyên phát của xương rất hiếm gặp, chỉ chiếm 1% các khối u nguyên phát của xương. Những khối u này có thể không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ. Triệu chứng đau cục bộ là biểu hiện thường gặp nhất của u nội mô mạch máu dạng biểu mô ở cột sống. Theo phân loại u xương năm 2020 của WHO, EHE xương được định nghĩa là ung thư ác tính cấp độ thấp đến trung bình. EHE của xương có thể thường gặp ở các xương dài của chi, xương trục, và các xương của bàn tay và bàn chân [3]. Tuy nhiên, hầu hết chúng đều được công bố dưới dạng báo cáo case bệnh vì tỷ lệ nhiễm thấp. Ngoài ra, EHE có thể dễ bị chẩn đoán nhầm là đa u tủy, u di căn, v.v. do các đặc điểm hình ảnh và lâm sàng không đặc hiệu trong thực hành lâm sàng.

Ở đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ nam 7 tuổi với đầy đủ dữ liệu, bao gồm lâm

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

<sup>2</sup>Bệnh viện E

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Thái Nguyên.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phan Ninh.

Email: ninh98@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 5/11/2021

Ngày duyệt bài: 15/11/2021

sàng, hình ảnh (X-quang, chụp cắt lớp vi tính [CLVT], cộng hưởng từ [CHT], xạ hình xương), thông tin phẫu thuật, mô bệnh học, điều trị bổ trợ sau phẫu thuật.

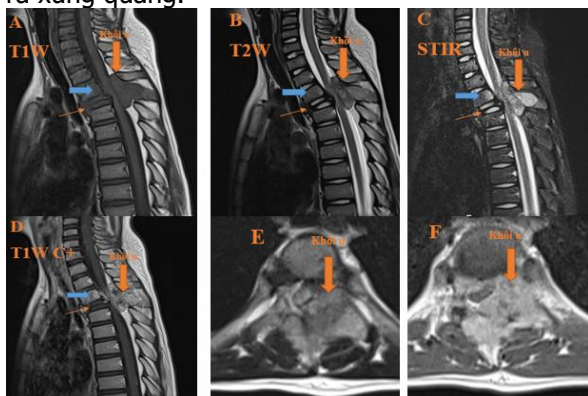
**II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Phương pháp mô tả case lâm sàng tại bệnh viện Nhi Trung ương tháng 10 năm 2021 và nhìn lại y văn về chẩn đoán và điều trị bệnh u nội mô mạch máu dạng biểu mô ở xương đốt sống.

**III. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG**

Trẻ nam 7 tuổi, vào viện Nhi Trung ương vì đau lưng mãn tính và yếu hai chân cách 1 tháng, chân trái yếu hơn chân phải, bệnh nhân đau nhiều hơn khi cúi xoay người. Đại tiểu tiện tự chủ. Trẻ không có tiền sử chấn thương.

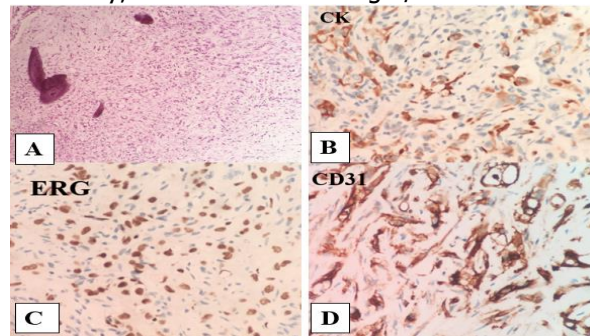
Bệnh nhân được chụp CHT cột sống cổ- ngực và cột sống thắt lưng có tiêm thuốc đối quang từ (Hình 1). Trên phim chụp CHT cột sống ngực phát hiện 2 tổn thương ở đốt sống T3-T4, khối lớn phát triển từ đốt sống T4 kích thước khoảng 37x23x30mm, tổn thương giảm tín hiệu trên T1W, tăng nhẹ tín hiệu không đồng nhất trên T2W, tăng tín hiệu không đồng nhất trên chuỗi xung STIR, sau tiêm thuốc đối quang từ tổn thương ngấm thuốc mạnh và không đồng nhất, tổn thương làm xẹp nặng đốt sống T4 làm gập góc cột sống ngực, khối tổ chức phát triển từ cung sau đốt sống T4 xâm lấn ra xung quanh, chủ yếu ở bên trái, khối phát triển ra trước vào khoang mỡ sau tủy sống gây chèn ép tủy ngực ngang mức, đường kính trước sau ống sống còn lại khoảng 4.3mm, kèm phù tủy ngực ở vị trí tương ứng trên đoạn dài khoảng 25mm. Tổn thương ở đốt sống T3 nhỏ đường kính khoảng 15mm, nằm trong thân đốt sống, chưa xâm lấn ra xung quang.



**Hình 1.** Phim chụp CHT có tiêm thuốc đối quang từ: 02 tổn thương ở thân đốt sống T3 (đầu mũi tên xanh), T4 (đầu mũi tên cam), khối lớn ở T4 làm xẹp nặng đốt sống T4 (mũi tên

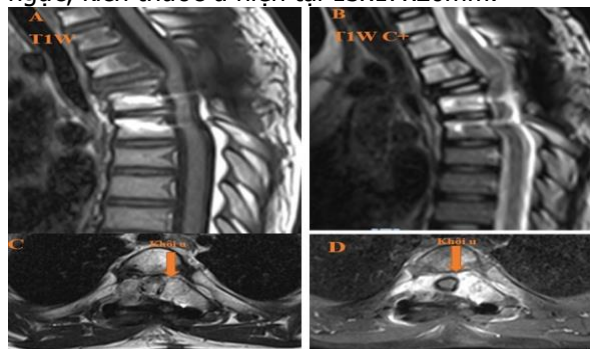
mảnh cam), khối tổ chức phát triển từ cung sau đốt sống T4, phát triển ra xung quanh, có phần phát triển vào trong ống sống, chèn ép tủy ngực và phù tủy ngực tương ứng. Hình A, T1Wsagital cho thấy tổn thương giảm tín hiệu; Hình BC sagital T2W, STIR cho thấy tổn thương tăng tín hiệu không đều; Hình D, T1WC+sagital cho thấy khối ngấm thuốc mạnh sau tiêm. Hình E, F, T1W trước và sau tiêm, hướng axial cho thấy khối xâm lấn xung quanh, chèn ép tủy ngực tương ứng.

Sau đó, bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ một phần khối u ở đốt sống T4 để giải ép tủy ngực và làm giải phẫu bệnh và cố định đốt sống từ T2-3, T5-6. Trên tiêu bản mô bệnh học (Hình 2): Các mảnh cắt vi thể lấy vào mô u thấy các tế bào u dạng biểu mô với nhân lớn, tăng sắc, một số đa hình thái, hạt nhân rõ, hiếm nhân chia, bào tương rộng ưa toan, có không bào trong bào tương (dạng nhẵn), có không bào chứa hồng cầu, sắp xếp thành dây, dải, ổ. Mô đệm u có vùng tăng sinh xơ. Nhuộm hóa mô miễn dịch, các tế bào ung thư dương tính với CD31, ERG, SATB2, INI1 nhân, CK, KI67 (+) <5%, âm tính với S100, kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh là u nội mô mạch máu dạng biểu mô (EHE). Sau phẫu thuật bệnh nhân triệu chứng đau giảm, không có biến chứng trong phẫu thuật và quá trình hậu phẫu, sau đó bệnh nhân được đánh giá lại CHT cột sống ngực thấy tổn thương giảm không đáng kể, giảm chèn ép tủy ngực, CHTCSTL và CLVT ngực bụng không phát hiện tổn thương khác. Xạ hình xương không thấy tổn thương thứ phát ở các vị trí khác. Bệnh nhân được chỉ định xạ trị ngoài với liều 54Gy, chia 25 mũi từ tháng 1/ 2021.

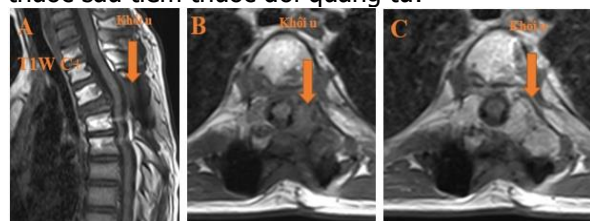


**Hình 2.** Hình ảnh mô bệnh học: Các tế bào u dạng biểu mô với nhân lớn, tăng sắc, một số đa hình thái, hạt nhân rõ, hiếm nhân chia, bào tương rộng ưa toan, có không bào trong bào tương (dạng nhẵn), sắp xếp thành dây, dải, ổ. Mô đệm u có vùng tăng sinh xơ. Nhuộm hóa mô miễn dịch, các tế bào ung thư dương tính với CK hình B, ERG hình C, CD31 hình D.

Sau đó, bệnh nhân được kiểm tra lại định kỳ bằng chụp CHT cột sống ngực, CHTCSTL và CLVT ngực bụng (Hình 3 và Hình 4). Hiện tại sau 14 tháng, bệnh nhân không đau, đi lại hoạt động bình thường, tổn thương vẫn còn nhưng giảm kích thước đáng kể, không còn chèn ép tủy ngực, kích thước u hiện tại 13x17x20mm.



**Hình 3.** Phim chụp CHT có tiêm thuốc đối quang tử sau phẫu thuật 8 tháng, đã điều trị xạ trị: Hình A,B: hướng sagittal trước và sau tiêm thuốc đối quang tử, hình C,D hướng axial trước và sau tiêm thuốc đối quang tử cho thấy: Khối giảm kích thước (mũi tên cam), không còn chèn ép tủy, khối từ cung sau đốt sống T4, còn ngấm thuốc sau tiêm thuốc đối quang tử.



**Hình 4.** Phim chụp CHT có tiêm thuốc đối quang tử sau phẫu thuật 14 tháng, đã điều trị xạ trị: Hình A chuỗi xung T1W C+ sagittal, hình B, C hướng axial T1W trước và sau tiêm thuốc đối quang tử cho thấy khối giảm kích thước (mũi tên cam), còn ngấm thuốc đối quang tử sau tiêm, không thấy dấu hiệu chèn ép tủy, còn khối ở cung sau đốt sống T4.

#### IV. BÀN LUẬN

U nội mô mạch máu dạng biểu mô là khối u mạch máu ác tính điển hình gặp với các đặc điểm mô hoặc giữa u máu và sarcom mạch máu, phát triển từ tế bào nội mô hoặc tiền nội mô mạch máu [1]. U nội mô mạch máu dạng biểu mô ở xương rất hiếm gặp, chỉ chiếm <1% u xương ác tính, thường gặp nhất ở xương chi, sau đó là cột sống [4]. Thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau và có thể sờ thấy khối [5]. Các triệu chứng thần kinh phụ thuộc vào vị trí của

khối u. U nội mô mạch máu dạng biểu mô của xương có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, tuổi hay gặp từ 20-30 tuổi [5]. Nó phổ biến ở nam hơn nữ với tỷ lệ nam: nữ: 2:1. Nhưng trong nghiên cứu của Kerry và cộng sự chỉ ra rằng tỷ lệ nam nữ gần như ngang nhau. Cơ chế bệnh sinh của EHE chưa rõ ràng, tuy nhiên các nghiên cứu di truyền gần đây chỉ ra rằng đột biến gen góp phần hình thành khối u.

Về mặt chẩn đoán hình ảnh: không có dấu hiệu hình ảnh đặc hiệu:

- **XQ:** hình ảnh không đặc hiệu, có thể xuất hiện như một tổn thương tiêu xương, với các tổn thương nhỏ thì bờ đều, tổn thương lớn thì bờ không đều và tổn thương dạng thâm [5], [6]. Nó biểu hiện đơn độc trong 60% các trường hợp và tổn thương đa ổ trong 40% trường hợp. Do đó khi chẩn đoán là u nội mô mạch máu dạng biểu mô thì được khuyến cáo cần khảo sát toàn bộ hệ xương.

- **CLVT:** mặc dù không có tác dụng chẩn đoán, nhưng được dùng để đánh giá mức độ phá hủy xương và đánh giá tổn thương ở các cơ quan khác [2], [5], [6]. Thấy rõ các tổn thương tiêu xương, xâm lấn xung quanh.

- **CHT:** hình ảnh u nội mô mạch máu dạng biểu mô trên MRI không đặc hiệu, chúng thường giảm tín hiệu trên T1W, tăng nhẹ tín hiệu trên T2W. Ở bệnh nhân của chúng tôi trên phim chụp cộng hưởng từ tiêm thuốc đối quang tử cho thấy tổn thương giảm tín hiệu trên T1W, tăng nhẹ tín hiệu không đồng nhất trên T2W, tăng tín hiệu trên STIR, sau tiêm tổn thương ngấm thuốc mạnh và không đồng nhất, tổn thương chèn ép tủy ngực và gây phù tủy ngực tương ứng [2], [4], [5], [6].

Do đặc điểm hình ảnh không điển hình, chẩn đoán phân biệt được đặt ra dựa vào tuổi của bệnh nhân. Ở bệnh nhân lớn tuổi, tổn thương đa ổ cần được phân biệt với: di căn, lymphoma, đa u tủy xương. Ở bệnh nhân trẻ, tổn thương đa ổ cần được phân biệt với u hạt tế bào ái toan (Langerhans), loạn sản xơ xương. Những tổn thương đơn ổ cần chẩn đoán phân biệt với loạn sản xơ xương hoặc các loại sarcoma như Sarcoma Ewing, sarcoma xương, sarcoma sợi [7].

- **<sup>18</sup>F-FDG-PET/CT:** Trong những năm gần đây, <sup>18</sup>F-FDG-PET/CT được coi là một công cụ đầy hứa hẹn để chẩn đoán và đánh giá khối u ác tính nguyên phát. Sự gia tăng hấp thu FDG trong EHE của xương và mô mềm đã được báo cáo. Hình ảnh PET/CT cho thấy nhiều vùng tăng cường hoạt động hấp thu FDG và hầu hết các

vùng này tương ứng với các tổn thương tiêu xương trên CT.

Chẩn đoán xác định dựa vào kết quả giải phẫu bệnh bằng bệnh phẩm sau phẫu thuật hoặc sinh thiết [3].

- **Điều trị:** Chưa có hướng dẫn điều trị tiêu chuẩn của EHE cột sống do tỷ lệ hiếm gặp và diễn biến lâm sàng đa dạng. Các phương pháp điều trị EHE cột sống là phẫu thuật, xạ trị, hóa chất [4], [5], [6], [8]. Hiệu quả điều trị còn nhiều tranh cãi, cần đánh giá toàn bộ trước khi điều trị. Đa phần các tác giả đều cho rằng phẫu thuật loại bỏ toàn bộ tổn thương là tốt nhất, thường dùng nạo vét hoặc phẫu thuật lạnh; trong trường hợp không lấy hết được tổn thương hoặc ở các vị trí khó thì sẽ phối hợp với xạ trị và điều trị hóa chất. Bệnh nhân của chúng tôi đã được phẫu thuật cắt bỏ một phần u, sau đó được điều trị xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật, hiện tại kích thước tổn thương giảm, bệnh nhân đi lại được bình thường, không đau.

## V. KẾT LUẬN

U nội mô mạch máu dạng biểu mô EHE ở xương là tổn thương ác tính hiếm gặp, thường không có triệu chứng đặc hiệu, đa phần được phát hiện tình cờ. Triệu chứng thường gặp nhất là đau ở vị trí tổn thương, phụ thuộc vào mức độ chèn ép. Tổn thương đa ổ gặp ở 40% trường hợp. Do đó việc sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh tầm soát toàn thân cho tất cả các

bệnh nhân u nội mô mạch máu dạng biểu mô được đặt ra. U được điều trị tốt bằng phẫu thuật loại bỏ toàn bộ tổn thương ở giai đoạn sớm, có thể phối hợp với xạ trị và hóa chất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee Y.J., Chung M.J., Jeong K.C. và cộng sự. (2008). Pleural epithelioid hemangioendothelioma. Yonsei Med J, **49(6)**, 1036–1040.
2. Albakr A., Schell M., Drew B. và cộng sự. (2017). Epithelioid hemangioendothelioma of the spine: case report and review of the literature. J Spine Surg, **3(2)**, 250–259.
3. Epelboym Y., Engelkemier D.R., Thomas-Chausse F. và cộng sự. (2019). Imaging findings in epithelioid hemangioendothelioma. Clin Imaging, **58**, 59–65.
4. Das J.M., Louis R., Sunilkumar B.S. và cộng sự. (2017). Primary epithelioid hemangioendothelioma of the dorsal spine: A review. Neurology India, **65(5)**, 1180.
5. Chen P.-K., Lin Q.-T., Feng Y.-Z. và cộng sự. (2020). Epithelioid hemangioendothelioma of spine: A case report with review of literatures. Radiology Case Reports, **15(12)**, 2687–2692.
6. Zeng Y., Leng X., Chen P. và cộng sự. (2020). Imaging Diagnosis of Epithelioid Hemangioendothelioma in Thoracic Vertebrae and Liver. The Annals of Thoracic Surgery, **109(6)**, e407–e410.
7. O'Shea B.M. và Kim J. (2015). Epithelioid hemangioma of the spine: Two cases. Radiol Case Rep, **9(4)**, 984.
8. Siltumens A.P., Smith N.L., Sharain R.F. và cộng sự. (2019). Treatment of lumbar vertebra epithelioid hemangioma with radiation therapy: a case report. Journal of Medical Case Reports, **13(1)**, 308.

## HÌNH ẢNH SIÊU ÂM DOPPLER XUYÊN SỌ Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO DO VỠ DỊ DẠNG THÔNG ĐỘNG-TÍNH MẠCH NÃO

Võ Hồng Khôi<sup>1,2</sup>, Lê Hồng Ninh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả hình ảnh siêu âm Doppler xuyên sọ (TCD) trong chẩn đoán dị dạng thông động-tĩnh mạch não (AVM) ở bệnh nhân chảy máu não do vỡ dị dạng thông động-tĩnh mạch não. **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là dị dạng thông động-tĩnh mạch não có biến chứng chảy máu có làm siêu âm Doppler xuyên sọ được điều trị tại Bệnh

viện Bạch Mai từ 10/2019 đến 07/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân AVM vỡ là 43±14,7 tuổi, tỷ lệ nam/nữ = 1,27/1. Bệnh nhân vào viện vì buồn nôn, nôn chiếm tỷ lệ 97,2%, đau đầu chiếm 94,4%, liệt nửa người chiếm 50%. TCD phát hiện động mạch nuôi ổ dị dạng so với phương pháp chụp mạch đạt 65%. Nguồn cấp máu cho ổ dị dạng từ động mạch não giữa chiếm 52,78%. Ổ dị dạng được nuôi bằng 1 đến 3 cuống nuôi (chiếm 91,67%), ổ dị dạng có một tĩnh mạch dẫn lưu duy nhất chiếm 72,2% và là những ổ dễ vỡ. Tỷ lệ phát hiện được dị dạng thông động mạch não giữa trên siêu âm Doppler xuyên sọ chiếm 89,47%. Siêu âm Doppler xuyên sọ có tỷ lệ phát hiện ổ dị dạng có kích thước trung bình và lớn lần lượt là 93,75% và 100%. Tốc độ dòng chảy bên nuôi ổ dị dạng của động mạch não giữa có tốc độ tăng hơn bên đối diện. **Kết luận:** Độ tuổi hay gặp nhất của các

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh Viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 13.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2021

Ngày duyệt bài: 15.11.2021