

# PHẪU THUẬT CẮT RỘNG BƯỚU SARCOM SỤN VÙNG CHẬU

## BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ XEM LẠI Y VẤN

TS. BS. Lê Văn Thọ\*, ThS. BS. Ngô Viết Nhuận\*\*

### TÓM TẮT

Bướu xương vùng chậu thường được phát hiện khi đã phát triển lâu, có kích thước lớn, bên cạnh đó giải phẫu vùng chậu rất phức tạp nên việc đảm bảo bờ phẫu thuật trong phẫu thuật cắt rộng bướu vùng chậu là thách thức với các phẫu thuật viên. Trước thập niên 70, bướu xương ác tính vùng chậu đa số được điều trị bằng phẫu thuật tháo nửa chậu. Tuy nhiên, hiện nay, với sự phát triển của các phương tiện hình ảnh học giúp khảo sát tỉ mỉ tổn thương; các phương pháp điều trị tân hỗ trợ như: hóa trị và xạ trị giúp giới hạn rõ bờ tổn thương, bên cạnh đó các phương pháp tái tạo từ đơn giản đến phức tạp giúp phục hồi khớp háng, phẫu thuật cắt rộng bướu trong bướu xương ác tính vùng chậu đã dần thay thế phẫu thuật tháo nửa chậu, góp phần cải thiện rõ rệt chức năng cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi báo cáo 1 trường hợp sarcom sụn vùng chậu mu và ổ cối được điều trị tại Khoa Bệnh học Cơ- Xương- Khớp BV CTCH bằng phẫu thuật cắt rộng bướu, tái tạo ổ cối. Qua theo dõi 6 tháng sau mổ, kết quả ban đầu cho thấy: (1) kết quả về ung thư học: chưa phát hiện tái phát bướu tại chỗ; (2) kết quả chức năng chi: tốt, bệnh nhân có thể đi chống chân toàn bộ; (4) biến chứng: chưa biến chứng nào được ghi nhận.

Từ khóa: sarcom sụn, cắt rộng bướu

### PELVIC RESECTIONS FOR CHONDROSARCOMA

#### A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

### ABSTRACT

The complexity of pelvic anatomy and the extent of tumor growth makes treatment of patients of primary bone sarcomas in the pelvis difficult in terms of local control. Before the 1970s, most tumors in the bony pelvis were surgically treated with hindquarter amputation. Currently, improved techniques for clinical imaging, adjuvant treatments and development of reconstruction techniques make limb-salvage surgery alternatives to hemipelvectomy. One case of chondrosarcoma of pubis and acetabulum was treated at the Department of Orthopaedics Oncology, Hospital for Traumatology & Orthopaedics with wide resection and reconstruct the acetabulum. With the follow-up period of 6 months after surgery, the results show: (1) oncological results: no local recurrence; (2) function result: full weight bearing; (3) no complications were observed.

Key words: chondrosarcoma, wide resection

\* TS – Phó Trưởng Khoa Bệnh Học Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình TPHCM

\*\* ThS – Giảng viên Bộ môn Chấn Thương Chính Hình-PhCN, Đại học Y Dược TPHCM

## MỞ ĐẦU

Bướu xương vùng chậu thường được phát hiện khi đã phát triển lâu, có kích thước lớn, bên cạnh đó giải phẫu vùng chậu rất phức tạp nên việc đảm bảo bờ phẫu thuật trong phẫu thuật cắt rộng bướu vùng chậu là thách thức với các phẫu thuật viên. Trước thập niên 70, bướu xương ác tính vùng chậu đa số được điều trị bằng phẫu thuật tháo nửa chậu. Tuy nhiên, hiện nay, với sự phát triển của các phương tiện hình ảnh học giúp khảo sát tỉ mỉ tổn thương; các phương pháp điều trị tân hỗ trợ như: hóa trị và xạ trị giúp giới hạn rõ bờ tổn thương, bên cạnh đó các phương pháp tái tạo từ đơn giản đến phức tạp giúp phục hồi khớp háng, phẫu thuật cắt rộng bướu trong bướu xương ác tính vùng chậu đã dần thay thế phẫu thuật tháo nửa chậu, góp phần cải thiện rõ rệt chức năng cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này chúng tôi báo cáo 1 trường hợp sarcom sụn vùng cành chậu mu và ổ cối được điều trị tại Khoa Bệnh học Cơ- Xương- Khớp BV CTCH bằng phẫu thuật cắt rộng bướu, tái tạo ổ cối.

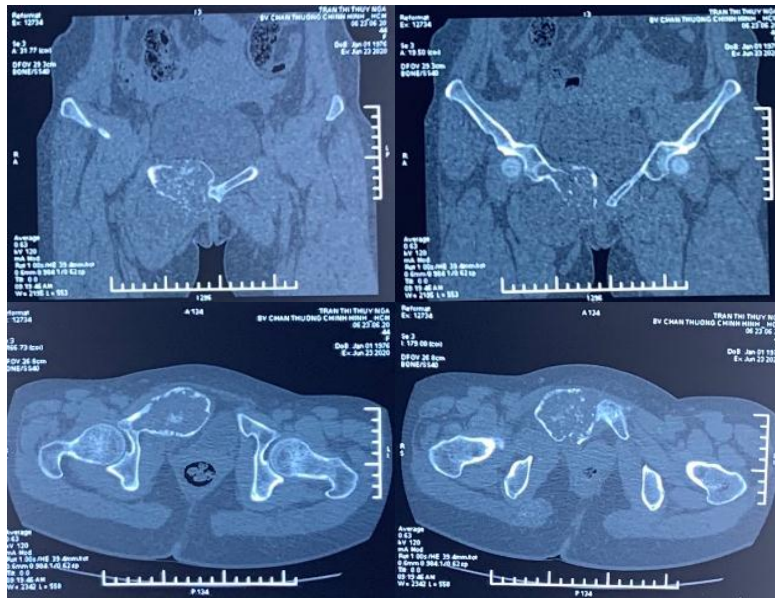
## CA LÂM SÀNG

BN nữ 48 tuổi phát hiện khối bướu vùng háng (P) khoảng 4 năm, không đau, không giới hạn vận động. Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân thấy bướu phát triển nhanh nên đến khám. Thăm khám lâm sàng phát hiện khối bướu vùng chậu bên lan xuống mặt trong đùi (P), kích thước khoảng 14x15cm, ấn không đau, mật độ cứng, không di động. Khớp háng (P) không giới hạn tầm vận động. Bệnh nhân không có triệu chứng về đường tiêu hóa và tiết niệu.

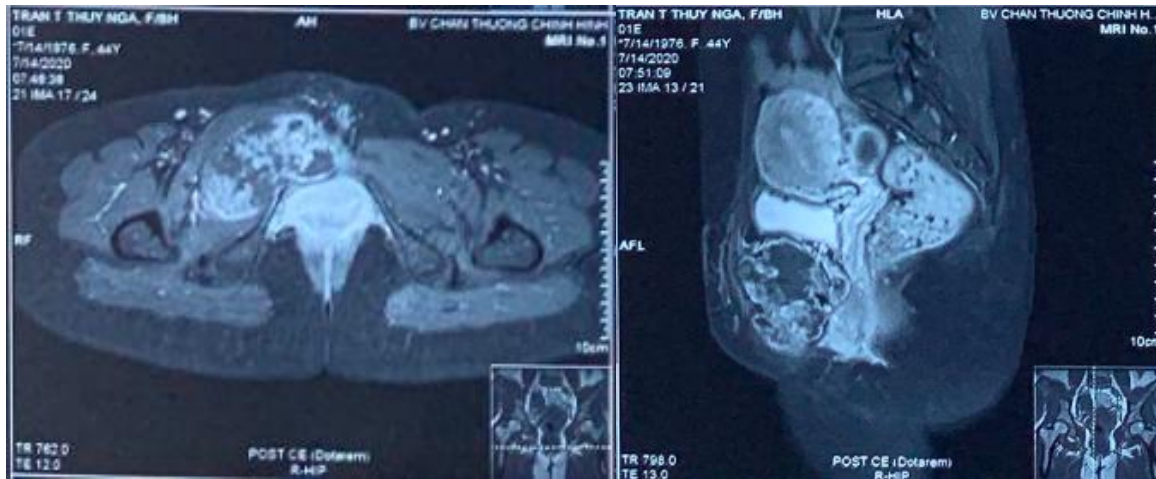
Khảo sát hình ảnh học về Xquang: tổn thương hủy xương có giới hạn không rõ vùng cành ngồi mu, chậu mu (P). Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính: tổn thương lan đến sát khớp mu và bờ trên trong ổ cối; bên trong tổn thương ngấm canxi. Hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy tổn thương lan ra phía sau, nằm sát bàng quang và phần phụ.



Hình ảnh Xquang: tổn thương hủy xương vùng cành ngồi mu, chậu mu (P)

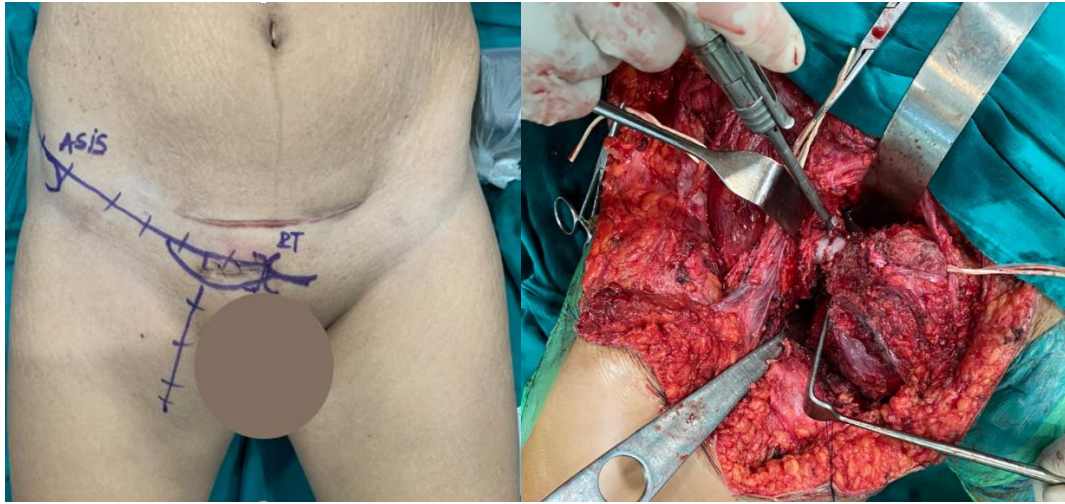


Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính: tổn thương hủy xương có hình ảnh ngấm canxi, lan đến sát khớp mu và bờ trên trong ổ cối



Hình ảnh cộng hưởng từ: tổn thương lan ra phía sau, nằm sát bang quang và phần phụ

Bệnh nhân được mổ sinh thiết, chẩn đoán giải phẫu bệnh: sacom sụn biệt hóa rõ. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt rộng bướu bao gồm: cánh ngồi mu, chậu mu (P), bờ trên trong ổ cối (P) và một phần cánh ngồi mu, chậu mu (T). Vùng ổ cối được tái tạo bằng vùng xương ụ ngồi (P).



Hình ảnh trong mổ



Hình ảnh Xquang sau mổ 9 tháng

Sau phẫu thuật 9 tháng, vết mổ khô sạch, bệnh nhân đi lại chống chân (P) hoàn toàn. Hình ảnh Xquang kiểm tra cho thấy bờ trên trong của khớp háng (P) được tái tạo và cố định vững bằng nẹp vít.



Hình ảnh lâm sàng sau mổ 9 tháng

## BÀN LUẬN

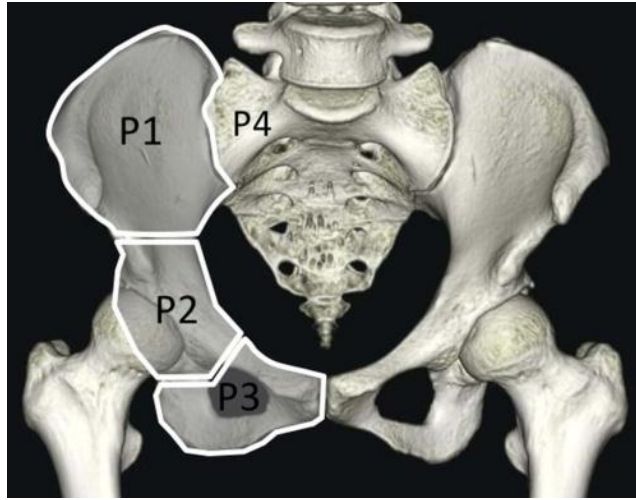
Trước đây, tháo nửa chậu thường là phẫu thuật ưu tiên hàng đầu trong điều trị các bướu xương nguyên phát ác tính vùng chậu. Tuy nhiên với sự phát triển của các phương pháp điều trị tân hỗ trợ như: hóa trị, xạ trị; sự phát triển của các phương tiện hình ảnh học giúp khảo sát tổn thương; bên cạnh đó các phương pháp tái tạo từ đơn giản đến phức tạp giúp phục hồi khớp háng, các phẫu thuật bảo tồn chi đã dần được áp dụng rộng rãi nhằm nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

Khi lựa chọn phẫu thuật bảo tồn chi để điều trị bướu xương nguyên phát ác tính, phẫu thuật viên cần đảm bảo bờ phẫu thuật đủ rộng để hạn chế tối đa tỉ lệ tái phát bướu tại chỗ nhưng cũng không gây tổn thương các cấu trúc giải phẫu lân cận. Điều này đặc biệt quan trọng khi tổn thương nằm ở vùng chậu – nơi tập trung nhiều cấu trúc quan trọng như: bó mạch thần kinh đùi, thần kinh tọa, bàng quang, trực tràng. Để đạt được 2 tiêu chí trên, việc khảo sát tỉ mỉ tổn thương trước mổ dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ rồi sau đó đưa ra kế hoạch phẫu thuật chi tiết rất quan trọng.

Ca lâm sàng của chúng tôi, một trường hợp sarcom sụn biệt hóa rõ vùng cánh ngồi mu chậu mu. Sarcom sụn biệt hóa rõ là bướu xương ác tính có tốc độ phát triển chậm, không nhạy với hóa trị và xạ trị nên phẫu trị là phương pháp điều trị cốt lõi. Khi khảo sát hình ảnh học, chúng tôi nhận thấy bướu xuất phát từ vùng cánh chậu mu, một phần cánh ngồi mu (P), lan đến khớp mu và bờ trên trong ổ cối để đảm bảo bờ phẫu thuật đủ rộng, chúng tôi lên kế hoạch cắt xương ở 3 vị trí: bờ trên trong ổ cối cách tổn thương 1cm; cánh ngồi mu (P); cánh ngồi mu và chậu mu (T) kèm khớp mu. Ngoài ra, tổn thương còn lan ra phía sau và xuống dưới, nằm sát bàng quang, phần phụ và nhóm cơ khép đùi (P), chúng tôi lên kế hoạch cắt bướu sát các nội tạng quan trọng cũng như cắt bướu kèm nhóm cơ khép, cơ thon, cơ lược đùi (P).

Bên cạnh đó, để tránh tổn thương các cơ quan quan trọng khi cắt rộng bướu, chúng tôi thực hiện một số thao tác: bóc lộ phẫu trường rộng rãi với đường mổ chậu bẹn mở rộng, bao gồm đường mổ chính xuất phát từ gai chậu trước trên (P) đến khớp mu, kết thúc ở cánh chậu mu (T) và đường rạch dọc khoảng 8cm vuông góc với đường mổ chậu bẹn; bóc lộ và đánh dấu các cấu trúc giải phẫu quan trọng như: thần kinh bì đùi ngoài, bó mạch thần kinh đùi, dây chằng tròn; bóc tách mặt sau tổn thương nhẹ nhàng nhằm tránh tổn thương bàng quang, phần phụ sau đó tán gạc kĩ lưỡng để bảo vệ các cơ quan này; sử dụng mài cao tốc cắt xương giúp giảm nguy cơ tổn thương các cấu trúc giải phẫu lân cận cũng như rơi vãi mô bướu.

Sau khi cắt rộng bướu xương ác tính vùng chậu, việc tái tạo khuyết hồng rất quan trọng nhằm giúp bệnh nhân sớm phục hồi chức năng. Tác giả Enneking chia phẫu thuật cắt bướu xương chậu thành 4 nhóm: nhóm 1 – tổn thương vùng cánh chậu, không lan đến ổ cối; nhóm 2 – tổn thương vùng ổ cối; nhóm 3 – tổn thương vùng cánh ngồi mu, chậu mu; nhóm 4 – tổn thương vùng xương cùng hoặc khớp cùng chậu. Trong bảng phân loại này, tổn thương nhóm 1 hoặc 3 không ảnh hưởng đến khớp háng và độ vững của khung chậu nên không cần tái tạo, ngược lại tổn thương nhóm 2 hoặc 4 cần phải tái tạo. Tuy nhiên các tổn thương xương vùng chậu thường được phát hiện khi đã có kích thước lớn nên đa số nằm trong 2 nhóm theo phân loại Enneking như: 1 + 2 hoặc 2 + 3.



Bảng phân loại của Enneking về cắt bướu xương vùng chậu

Ca lâm sàng của chúng tôi, tổn thương xuất phát từ vùng cánh chậu mu, một phần cánh ngồi mu (P), lan đến khớp mu và bờ trên trong ổ cối nên thuộc nhóm 2 và 3 theo phân loại Enneking. Tổn thương lan đến ổ cối nhưng không ảnh hưởng đến vùng chịu lực chính là trần ổ cối mà chỉ xâm lấn vùng trên trong của ổ cối nên chúng tôi chỉ tái tạo lại vùng này bằng phần xương vùng ụ ngồi (P)

## KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn chi vùng chậu dần dần được áp dụng rộng rãi cho sự phát triển của các phương pháp điều trị tân hỗ trợ, các phương tiện hình ảnh học cũng như các phương pháp phẫu thuật tái tạo hiện đại. Tuy nhiên phẫu thuật cắt bướu vùng chậu vẫn còn là thách thức lớn với các phẫu thuật viên vì cấu trúc giải phẫu vùng chậu phức tạp và tổn thương thường lớn khi điều trị. Qua một trường hợp lâm sàng sarcom sụn vùng cánh ngồi mu, chậu mu được điều trị bảo tồn chi bằng phẫu thuật cắt rộng bướu và tái tạo ổ cối tại BVCTCH bước đầu cho kết quả tốt và có thể được sử dụng, giúp nâng cao chất lượng sống cho các bệnh nhân.