

VAI TRÒ CỦA TẮC MẠCH MÁU TRƯỚC MỔ

TRONG PHẪU THUẬT BƯỚU XƯƠNG VÙNG CHẬU: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

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

TÓM TẮT

Điều trị phẫu thuật các bướu xương ở vùng khung chậu từ nạo bướu ghép xương đến cắt rộng bướu có rất nhiều thách thức, trong đó vấn đề chảy máu trong mổ vừa ảnh hưởng đến phẫu trường vừa nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân. Để kiểm soát vấn đề này, tại BVCTCH TP HCM, chúng tôi đã phối hợp tắc mạch máu chung quanh tổn thương trước phẫu thuật cắt bướu. Trong nghiên cứu này chúng tôi báo cáo 1 trường hợp bướu nguyên bào sụn vùng cánh chậu được điều trị tại Khoa Bệnh học Cơ- Xương- Khớp BV CTCH bằng phẫu thuật nạo bướu ghép xương sau tắc mạch máu trước mổ. Thời gian phẫu thuật: 3 giờ. Lượng máu mất trong mổ: 1000ml. Bệnh nhân được truyền 1 đơn vị máu trong mổ và 1 đơn vị máu sau mổ. Huyết động của bệnh nhân trong giai đoạn hậu phẫu ổn. Kết quả bước đầu cho thấy tắc mạch máu trước mổ trong phẫu thuật bướu xương vùng chậu là thủ thuật an toàn, giúp kiểm soát vấn đề chảy máu trong phẫu thuật.

Từ khóa: bướu xương vùng chậu, tắc mạch máu trước mổ

MỞ ĐẦU

Bướu xương vùng chậu bao gồm bướu lành tính như bọc xương phòng máu, bướu đại bào xương đến những bướu ác tính như sarcom sụn. Những tổn thương này có thể được phát hiện tình cờ hoặc bệnh nhân đến thăm khám vì đau hay gãy xương bệnh lý. Mặc dù có rất nhiều phương pháp điều trị nhưng phẫu thuật cắt bướu cùng với các trị liệu tân hỗ trợ và hỗ trợ vẫn quan trọng nhất. Vùng chậu có đặc điểm giải phẫu phức tạp với các mạch máu và thần kinh quan trọng, bên cạnh đó tổn thương thường có kích thước lớn, vị trí tổn thương nằm sâu nên việc phẫu thuật bướu xương vùng chậu là một thách thức đối với các phẫu thuật viên. Để hạn chế tình trạng chảy máu trong mổ tạo thuận lợi cho thao tác cắt bướu, tái tạo khuyết hồng xương và giảm truyền máu trong và sau mổ, tắc mạch máu trước mổ đối với các bướu xương vùng chậu đã được sử dụng rộng rãi.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu một trường hợp bướu nguyên bào sụn vùng cánh chậu được tắc mạch máu trước mổ sau đó phẫu thuật nạo bướu, mài cao tốc, ghép xương và xi măng tại BV CTCH.

CA LÂM SÀNG

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

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

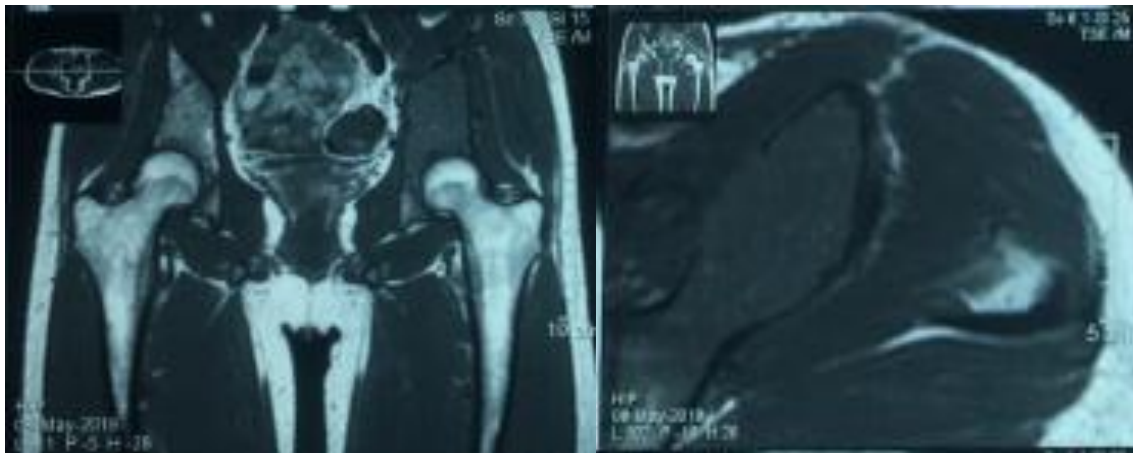
Tác giả liên lạc: Ngô Viết Nhuận Điện thoại: 0934114697 Email: ngonhuan@gmail.com

BN nam 18 tuổi than đau vùng háng (T) khoảng 4 tháng, điều trị nội khoa không giảm, đau ngày càng tăng nên đến khám tại Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình. Thăm khám lâm sàng phát hiện ấn đau vùng tam giác Scarpa, tầm vận động chủ động và thụ động bình thường.

Khảo sát hình ảnh học về Xquang phát hiện tổn thương hủy xương vùng cánh chậu Trái lan xuống trần ổ cối, bờ rõ, không có đường viền xương đặc, bên trong tổn thương có hình ảnh ngấm calci, không có phản ứng màng xương. Hình ảnh Cộng hưởng từ phát hiện tổn thương phá hủy vỏ xương bên trong của xương cánh chậu, tuy nhiên chưa phát hiện khối xâm lấn phần mềm.



Hình ảnh Xquang trước mổ

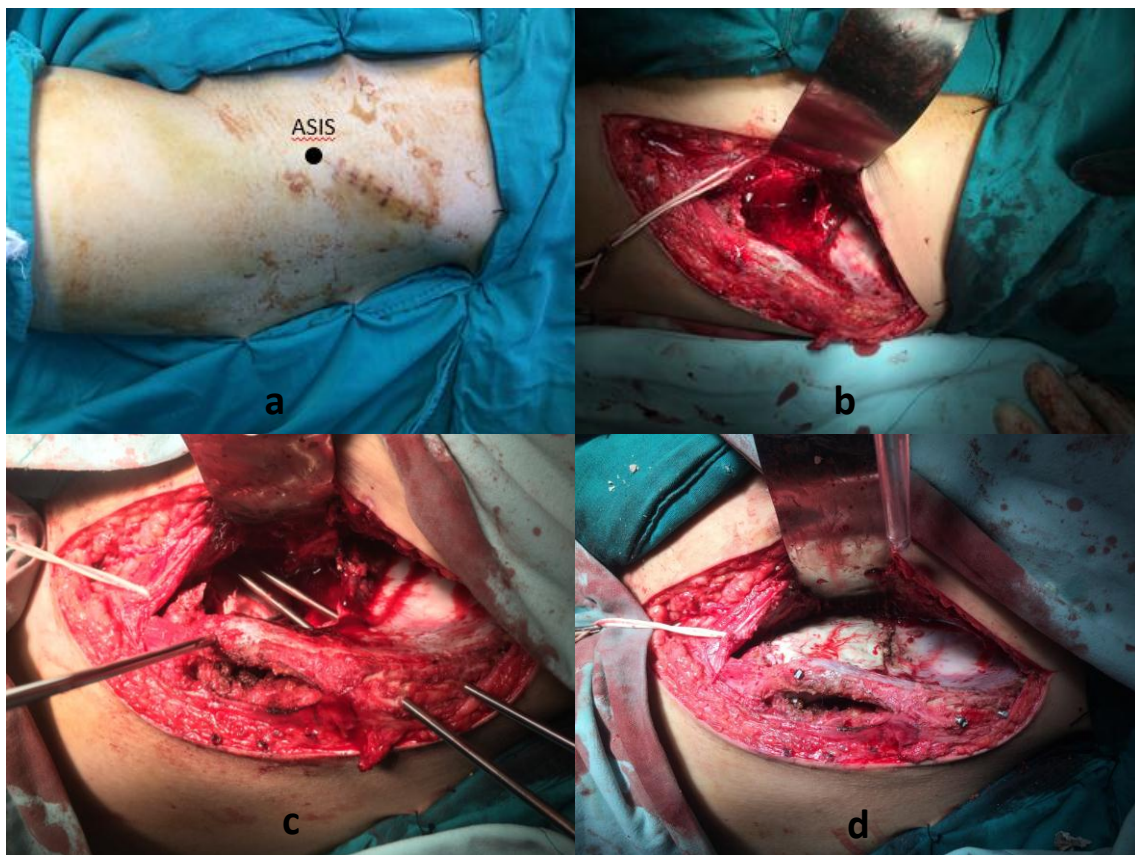


Hình ảnh Cộng hưởng từ

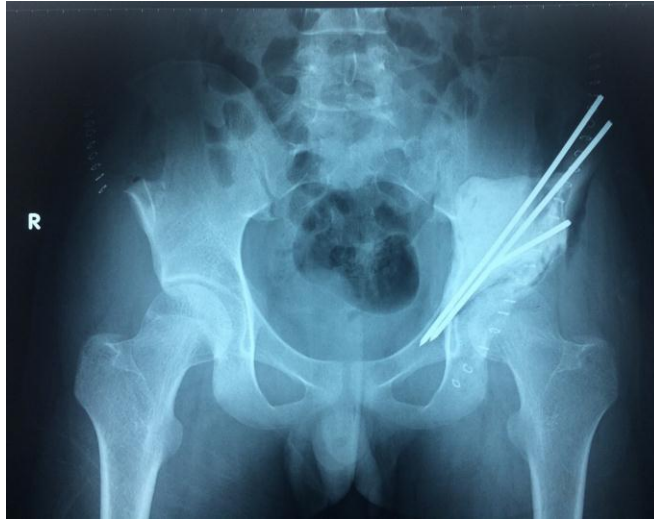
Bệnh nhân được mổ sinh thiết, chẩn đoán giải phẫu bệnh: bướu nguyên bào sụn. Bệnh nhân được tắc mạch máu trước phẫu thuật sau đó phẫu thuật nạo bướu, mài cao tốc, ghép xương tự thân và xi măng.



Hình ảnh giường mạch máu của tổn thương trước (a) và sau (b) tắc mạch



Hình ảnh trong mổ: (a) bệnh nhân nằm ngửa, kê mông trái. (b) hình ảnh tổn thương sau nạo và mài cao tốc. (c) ghép xương tự thân ở trần ổ cối và xuyên đinh Kirschner. (d) hình ảnh sau khi đỡ xi măng



Hình ảnh Xquang sau mổ

Thời gian phẫu thuật: 3 giờ. Lượng máu mất trong mổ: 1000ml. Bệnh nhân được truyền 1 đơn vị hồng cầu lỏng trong mổ và 1 đơn vị hồng cầu lỏng sau mổ. Tình trạng huyết động của bệnh nhân hậu phẫu ổn. Không ghi nhận đau hoặc nhiễm trùng ở vùng da nơi luồn kim tắc mạch.

Sau phẫu thuật 12 tháng, vết mổ khô sạch, chưa phát hiện bướu tái phát, bệnh nhân đi lại chống chân Trái bình thường.

BÀN LUẬN

Điều trị bướu xương vùng chậu, dù lành tính hay ác tính, bướu nguyên phát hay ung thư di căn xương, phẫu thuật cắt bướu vẫn đóng vai trò rất quan trọng bên cạnh các trị liệu tân hỗ trợ. Vùng chậu với đặc tính giải phẫu phức tạp có nhiều mạch máu và thần kinh quan trọng cũng như tổn thương có thể nằm sâu nên việc tiếp cận và bộc lộ tổn thương khó khăn. Ngoài ra bướu xương vùng chậu đôi khi chỉ được phát hiện khi tổn thương đã phát triển rất lớn về kích thước, đây cũng là một thách thức với các phẫu thuật viên. Bên cạnh đó, bướu xương dù lành tính hay ác tính đều có hiện tượng tăng sinh mạch máu chung quanh và ở giương tổn thương nên việc cầm máu rất khó thực hiện triệt để cho đến khi cắt hết tổn thương. Chính vì vậy, phẫu thuật bướu xương vùng chậu thường chảy máu rất nhiều. Theo nghiên cứu của Kawai và cộng sự, phẫu thuật cắt rộng bướu xương vùng chậu mất trung bình 3000ml máu (1500ml đến 7000ml) [4]. Cũng theo tác giả, lượng máu mất càng nhiều thời gian phẫu thuật càng kéo dài ($p < 0.0001$) [4]. Tác giả giải thích máu chảy nhiều ảnh hưởng đến phẫu trường, gây khó khăn cho thao tác cắt bướu ngoài ra còn ảnh hưởng đến bờ phẫu thuật.

Nhằm mục đích giảm lượng máu mất trong phẫu thuật bướu xương vùng chậu, các tác giả đã sử dụng phương pháp tắc mạch máu trước mổ và đã ghi nhận nhiều kết quả khích lệ [5, 6, 7]. Barton và cộng sự báo cáo lượng máu mất trung bình trong mổ giảm từ 6800ml xuống còn 750ml sau khi tắc mạch vùng bướu [1]. Năm 2016, Jha

và cộng sự cũng cho kết quả báo cáo tương tự, ngoài ra tác giả còn nhấn mạnh thời gian phẫu thuật trung bình được rút ngắn hơn 40 phút [3].

Theo Barton lượng máu mất trong mổ trung bình khoảng 1000ml nếu phẫu thuật trong vòng 3 ngày sau tắc mạch máu, nhưng tăng lên đến 2200ml nếu phẫu thuật từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 7 [1]. Tác giả cho rằng các mạch máu đã tắc có khả năng tái thông cũng như các mạch máu tăng sinh sẽ phát triển theo thời gian do đó phẫu thuật nên được thực hiện trong vòng 48 giờ sau tắc mạch máu. Chính vì vậy cần có sự lên kế hoạch chu đáo và phối hợp nhịp nhàng giữa phẫu thuật viên và bác sĩ mạch máu để thủ thuật tắc mạch máu trước mổ cho kết quả tốt nhất.

Chúng tôi báo cáo một ca bướu nguyên bào sụn vùng cánh chậu Trái, tổn thương lớn từ vùng mào chậu lan đến trần ổ cối. Bướu nguyên bào sụn là bướu giáp biên ác, khả năng tái phát cao do đó khi nạo bướu phải kết hợp mài cao tốc. Khi nạo tổn thương sẽ ảnh hưởng đến hệ thống mạch máu ở giường tổn thương, do đó việc cầm máu sẽ rất khó khăn cho đến khi lấy hết được mô bướu về đại thể. Ngoài ra tổn thương rất lớn, lan đến khớp háng nên sau nạo bướu phải tái tạo lại mặt khớp đặc biệt là vùng trần ổ cối để hạn chế tình trạng thoái hóa khớp sau này. Chính vì những khó khăn đó chúng tôi quyết định tiến hành tắc mạch máu trước mổ tại bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM rồi phẫu thuật sau 2 ngày. Kết quả lượng máu mất trong mổ: 1000ml và bệnh nhân chỉ phải truyền 2 đơn vị hồng cầu lắng.

Mặc dù tắc mạch máu trước mổ là một thủ thuật tương đối an toàn nhưng cũng có các báo cáo về biến chứng: tổn thương động mạch đùi tại vị trí luồn kim, tổn thương các động mạch không nuôi bướu, nhiễm trùng và hội chứng sau tắc mạch [1]. Bệnh nhân xuất hiện hội chứng sau tắc mạch thường than phiền: sốt, mệt và đau. Ngoài ra trong suốt quá trình thực hiện thủ thuật, thần kinh ngồi và thần kinh đùi cũng có thể bị tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có biến chứng nghiêm trọng nào được ghi nhận. Bệnh nhân có than mệt, đau nhẹ và được điều trị bằng thuốc giảm đau, truyền dịch và theo dõi.

KẾT LUẬN

Qua một trường hợp lâm sàng bướu nguyên bào sụn được tắc mạch máu trước mổ sau đó phẫu thuật nạo bướu mài cao tốc ghép xương và xi măng tại BVCTCH bước đầu cho kết quả chấp nhận giúp giảm lượng máu mất trong mổ, tạo điều kiện cho thao tác nạo bướu và tái tạo khuyết hồng xương cũng như giảm lượng máu truyền trong và sau mổ. Tuy nhiên cần tiếp tục nghiên cứu với số lượng ca nhiều hơn và so sánh, đối chiếu với các phẫu thuật trước đây được thực hiện không có tắc mạch máu trước mổ để có thể đánh giá chính xác hiệu quả của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barton, P. P., Waneck, R. E., Karnel, F. J., Ritschl, P., Kramer, J., & Lechner, G. L. (1996). Embolization of bone metastases. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 7(1), 81-88.

2. Gupta, P., & Gamanagatti, S. (2012). Preoperative transarterial embolisation in bone tumors. *World journal of radiology*, 4(5), 186.
3. Jha, R., Sharma, R., Rastogi, S., Khan, S. A., Jayaswal, A., & Gamanagatti, S. (2016). Preoperative embolization of primary bone tumors: A case control study. *World journal of radiology*, 8(4), 378.
4. Kawai, A., Kadota, H., Yamaguchi, U., Morimoto, Y., Ozaki, T., & Beppu, Y. (2005). Blood loss and transfusion associated with musculoskeletal tumor surgery. *Journal of surgical oncology*, 92(1), 52-58.
5. Kwon, J. H., Shin, J. H., Kim, J. H., Gwon, D. I., Yoon, H. K., Ko, G. Y., ... & Song, H. Y. (2010). Preoperative transcatheter arterial embolization of hypervascular metastatic tumors of long bones. *Acta Radiologica*, 51(4), 396-401.
6. Owen, R. J. (2010, June). Embolization of musculoskeletal bone tumors. In *Seminars in interventional radiology* (Vol. 27, No. 02, pp. 111-123). © Thieme Medical Publishers.
7. Swinburne, N. C., Patil, V. V., Bercu, Z. L., Tabori, N. E., Kim, E., Patel, R. S., ... & Fischman, A. M. (2015). Preoperative embolization of bone tumors for decreased blood loss at resection: a multicenter review of technique and safety. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 2(26), S135.