

3. Kim Y. J., Ketter R., Steudel W. I., Feiden W. (2007), "Prognostic significance of the mitotic index using the mitosis marker anti-phosphohistone H3 in meningiomas". Am J Clin Pathol, 128 (1), pp. 118-25.
4. Li X., Zhao J. (2009), "Intracranial meningiomas of childhood and adolescence: report of 34 cases with follow-up". Childs Nerv Syst, 25 (11), pp. 1411-7.
5. Madsen C., Schröder H. D. (1997), "Ki-67 immunoreactivity in meningiomas--determination of the proliferative potential of meningiomas using the monoclonal antibody Ki-67". Clin Neuropathol, 16 (3), pp. 137-42.
6. Mukherjee S., Ghosh S. N., Chatterjee U., Chatterjee S. (2011), "Detection of progesterone receptor and the correlation with Ki-67 labeling index in meningiomas". Neurol India, 59 (6), pp. 817-22.
7. Ostrom Q. T., Gittleman H., Fulop J., Liu M., Blanda R., et al. (2015), "CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2008-2012". Neuro Oncol, 17 Suppl 4 (Suppl 4), pp. iv1-iv62.
8. Roser F., Samii M., Ostertag H., Bellinzona M. (2004), "The Ki-67 proliferation antigen in meningiomas. Experience in 600 cases". Acta Neurochir (Wien), 146 (1), pp. 37-44; discussion 44.

## THAY KHỚP KHUYẾT MEGAPROTHESIS CHO TRƯỜNG HỢP KHÔNG PHẢI UNG THƯ XƯƠNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Trần Quyết<sup>1,2</sup>, Trần Trung Dũng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hữu Mạnh<sup>1,2</sup>  
Vũ Đức Việt<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quốc Trung<sup>2</sup>, Trần Đại Hiệp<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Điều trị khuyết xương vùng khuỷu vẫn còn là một thách thức rất lớn trong chấn thương chỉnh hình nhằm phục hồi hình thể và chức năng của khớp khuỷu. Việc tái tạo xương khuyết là rất khó khăn do sự phức tạp về cơ sinh học của khớp khuỷu và phần mềm che phủ khu vực này rất kém, vì vậy thay khớp khuỷu megaprothesis có thể coi là giải pháp tối ưu nhất trong những trường hợp này. **Ca lâm sàng:** Chúng tôi giới thiệu 1 ca lâm sàng thay khớp khuỷu megaprothesis điều trị khuyết xương do di chứng chấn thương rất hiếm gặp. Bệnh nhân nữ 35 tuổi bị khuyết xương 3cm đầu xa xương cánh tay, mất vững hoàn toàn khớp khuỷu, không tự gấp duỗi chủ động được khuỷu tay. Thang điểm đánh giá chức năng khớp khuỷu Mayo [1] trước mổ đạt mức kém với 45 điểm, thời gian theo dõi sau mổ là 13 tháng. Kết quả sau mổ biên độ khớp khuỷu gấp chủ động đạt 130 độ, duỗi chủ động 0 độ, sấp căng tay chủ động 90 độ, ngửa căng tay chủ động đạt 70 độ, thang điểm đánh giá chức năng khớp khuỷu Mayo đạt mức xuất sắc với 95 điểm. Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng với kết quả sau phẫu thuật. **Kết luận:** Kết quả của chúng tôi cho thấy thay khớp khuỷu megaprothesis là một lựa chọn rất hiệu quả với những trường hợp khuyết xương rộng vùng khuỷu do di chứng chấn thương. Tuy nhiên để có kết quả tốt nhất cần có sự chuẩn bị trước mổ kỹ lưỡng. **Từ khóa:** Thay khớp khuỷu toàn phần, thay khớp khuỷu Megaprothesis, di chứng chấn thương, không ung thư xương.

### SUMMARY

#### MEGAPROSTHESIS ELBOW REPLACEMENT FOR NON-BONE CANCER: A RARE CLINICAL CASE REPORT

**Introduction:** Treatment of elbow bone defects is still a huge challenge in orthopedic in order to restore the shape and function of the elbow joint. Bone defect reconstruction is very difficult due to biomechanical complexity of the elbow joint and the poor coverage tissue of this area, so mega-prosthesis can be considered the most optimal solution in these cases. **Case report:** We present a clinical case of mega-prosthesis elbow replacement for treatment of bone defects due to very rare traumatic sequelae. 35-year-old female patient with a 3cm bone defect at distal humerus, the elbow joint was completely unstable and could not be active flexion and extension. The Mayo elbow function assessment scale pre-surgery was poor at 45 points. The post-operative follow-up time was 13 months, range of elbow flexed motion was 130 degrees, patient was maximally extended, the forearm pronation and supination were 90 and 70 degrees, respectively. The Mayo score is excellent with 95 points. The patient was completely satisfied with the postoperative results. **Conclusion:** Our results show that mega-prosthesis elbow replacement is a very effective option for cases large elbow bone defects due to trauma sequelae. However, careful preoperative preparation is required for the best outcome.

**Keywords:** Total elbow replacement, elbow megaprosthesis, traumatic sequelae, non-bone cancer.

### I. GIỚI THIỆU

Đối với các trường hợp khuyết xương ở vị trí thân xương có thể sử dụng allograft để tái tạo lại đoạn xương khuyết, nhưng trong các trường hợp khuyết xương liên quan đến vùng khớp thì

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>2</sup>Viện Khoa học Sức khỏe - Trường Đại học VinUni

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết

Email: quyetttran.bs@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024

megaprothesis có thể coi là giải pháp tối ưu nhất. Theo y văn thì vật liệu megaprothesis bắt đầu xuất hiện từ những năm 1940 với chỉ định chính là điều trị khuyết xương do u xương [2]. Sự ra đời của khớp nhân tạo megaprothesis có thể coi là giải pháp cứu cánh cho rất nhiều trường hợp khuyết xương rộng vùng khớp khuỷu việc phẫu thuật tái tạo xương khuyết cho khớp khuỷu là rất khó khăn do sự phức tạp về cơ sinh học của khớp khuỷu, phần mềm che phủ khớp kém hơn nữa lại rất gần với các mạch máu và thần kinh quan trọng. Đối với những trường hợp này thì khớp khuỷu nhân tạo megaprothesis là giải pháp tối ưu nhất giúp phục hồi hình thể và chức năng cho khớp khuỷu [3]. Báo cáo của chúng tôi giới thiệu một ca lâm sàng khuyết xương rộng vị trí đầu xa xương cánh tay do di chứng chấn thương khiến bệnh nhân mất vững hoàn toàn khớp khuỷu và không thể tự gấp duỗi chủ động khuỷu tay. Bệnh nhân được tiến hành thay khớp khuỷu megaprothesis bản lề có đoạn bù xương khuyết. Thời gian theo dõi là 13 tháng sau mổ với kết quả cải thiện hình thể và chức năng của khớp khuỷu rất tốt.

**II. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG**

Bệnh nhân nữ 35 tuổi. Tiền sử chấn thương khuỷu trái 15 năm, đã được mổ 2 lần trước đó. Lần 1 là kết hợp xương, sau đó bị khớp giả đầu xa xương cánh tay. Lần 2 mổ kết hợp xương, ghép xương và gỡ dính khuỷu. Sau lần mổ thứ 2 này cho đến nay khuỷu tay của bệnh nhân vẫn không thể tự gấp duỗi chủ động được. Bệnh nhân đến với chúng tôi trong tình trạng: khuỷu tay trái mất vững hoàn toàn, không thể tự gấp duỗi chủ động khớp khuỷu bằng tay bệnh, sấp cẳng tay 70 độ, ngửa 60 độ. Điểm chức năng khớp khuỷu theo thang điểm Mayo được 45 điểm, ở mức kém, ảnh hưởng nặng nề đến sinh hoạt và chất lượng cuộc sống. Trên phim xquang và CT 3D trước mổ có hình ảnh dính hoàn toàn khớp cánh tay trụ thành 1 khối, khuyết xương đầu xa xương cánh tay.

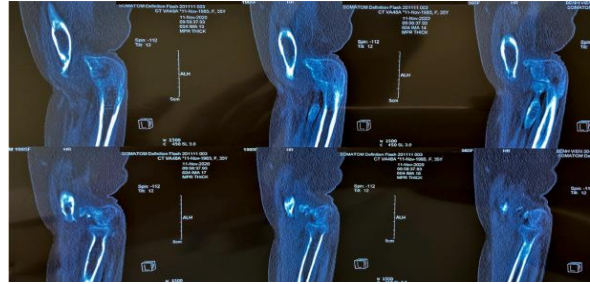


**Hình 1: Dính hoàn toàn khớp khuỷu, khuyết xương đầu xa xương cánh tay trên X-quang trước mổ**



**Hình 2: Dính hoàn toàn khớp khuỷu, khuyết xương đầu xa xương cánh tay trên phim CT**

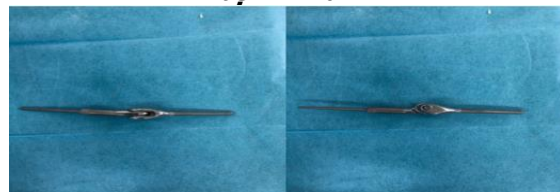
Chúng tôi quyết định thay khớp khuỷu megaprosthesis loại bản lề liên kết. Thiết kế 3D cá thể hóa dựa vào phim chụp cắt lớp vi tính của bệnh nhân, có phần nổi bù xương cho khuyết đoạn đầu xa xương cánh tay, bằng vật liệu hợp kim Titan do hãng Chunli Medical, Bắc kinh, Trung Hoa sản xuất. Trước mổ chúng tôi có in nhựa 3D xương tổn thương tương đương với kích thước xương thật của bệnh nhân để tính toán thuận lợi nhất cho cuộc mổ.



**Hình 3: Hình ảnh dính hoàn toàn khớp khuỷu và khuyết đoạn xương cánh tay trên phim chụp CT**



**Hình 4. Mô hình nhựa in 3D trước mổ với kích thước và tổn thương tương tự với xương của bệnh nhân và mô hình khớp nhân tạo bằng nhựa in 3D với các thông số tương đương với khớp nhân tạo thật của bệnh nhân**



**Hình 5: Khớp khuỷu nhân tạo**

### **Megaprothesis có đoạn bù xương khuyết cho đầu xa xương cánh tay của bệnh nhân**

Bệnh nhân được gây mê toàn thân. Đặt garo hơi, nằm nghiêng 90 độ, tay để trên giá đỡ bọc lộ mặt sau khớp khuỷu. Chúng tôi rạch da mặt sau khớp khuỷu theo sẹo cũ bóc tách phần mềm xơ dính, bóc lộ thần kinh trụ, vén thần kinh sang bên. Bộc lộ vị trí khuyết xương đầu xa xương cánh tay, lóc tách từ vị trí này đến điểm bám gân tam đầu, xẻ đôi gân tam đầu giữ lại điểm bám và bóc lộ khớp khuỷu thấy: khớp khuỷu dính hoàn toàn thành một khối, đầu xa xương cánh tay khuyết 1 đoạn khoảng 3 cm. Chúng tôi tiến hành tạo hình đầu xa xương cánh tay, doa ống tuỷ xương cánh tay, xẻ đôi gân tam đầu sát điểm bám, tạo hình đầu trên xương trụ và doa ống tuỷ xương trụ. Sau đó tiến hành đặt cấu phần khớp nhân tạo có xi măng vào lòng tuỷ xương cánh tay và xương trụ. Kiểm tra ngay sau khi lắp khớp nhân tạo thấy biên độ khớp khuỷu: gấp 120 độ, duỗi 0 độ, sấp 80 độ, ngửa 70 độ. Chúng tôi chủ động chuyển giường thần kinh trụ ra trước, khâu khép gân tam đầu, sau đó đóng vết mổ theo giải phẫu.



**Hình 6:** Hình ảnh khớp khuỷu megaprothesis sau phẫu thuật của bệnh nhân

Sau mổ bệnh nhân được tập gấp – duỗi thụ động từ ngày thứ 2, tập sấp – ngửa thụ động từ ngày thứ 5. Tập chủ động từ ngày thứ 10. Tập chịu lực từ ngày thứ 14.

Bệnh nhân được hẹn khám lại định kỳ 2 tuần 1 lần. Lần khám lại gần nhất là 13 tháng sau mổ. Sẹo mổ liền hoàn toàn. Biên độ khớp khuỷu: gấp chủ động 130 độ, duỗi chủ động 0 độ, sấp chủ động căng tay 90 độ, ngửa chủ động 70 độ. Điểm chức năng Mayo đạt mức xuất sắc với 95 điểm, bệnh nhân có thể trở lại với sinh hoạt thường ngày hoàn toàn bình thường.

### **III. BÀN LUẬN**

Vật liệu megaprothesis bắt đầu xuất hiện từ những năm 1940 [2], nhưng thuật ngữ “megaprothesis” lần đầu tiên được sử dụng tại Hội thảo quốc tế về thiết kế và ứng dụng vật liệu nhân tạo trong bệnh lý khối U, tổ chức tại Mayo

Clinic năm 1981 [4]. Chỉ định cho việc sử dụng cho khớp megaprothesis vẫn đang được bàn luận nhưng đa phần các tác giả ủng hộ việc sử dụng vật liệu này trong các trường hợp như: Sau phẫu thuật loại bỏ khối u xương vùng quanh khớp, các trường hợp mất đoạn xương dài hoặc chất lượng xương rất kém không thể áp dụng các phương pháp phẫu thuật khác, điều trị khuyết xương do di chứng chấn thương hoặc không liền xương sau mổ nhiều lần [5],[7]. Trong đó có thể thấy chỉ định thay khớp megaprothesis sau phẫu thuật loại bỏ u xương quanh khớp vẫn là phổ biến nhất. Ngoài ra megaprothesis cũng có thể sử dụng trong trường hợp thay lại khớp khi lần thay khớp trước đó thất bại [6]. Các tác giả đều cho rằng những trường hợp trên đều khuyết 1 đoạn xương hoặc chất lượng xương quanh khớp cũng như mô mềm xung quanh rất kém nên việc sử dụng các phương pháp khác khó mang lại hiệu quả, thay khớp megaprothesis có thể coi là giải pháp tốt nhất để phục hồi giải phẫu và chức năng của khớp. Bệnh nhân của chúng tôi sử dụng khớp khuỷu megaprothesis cá thể hoá dựa trên các thông số xương được đo trên CT 3D của bệnh nhân trước mổ.

Các báo cáo về thay khớp khuỷu megaprothesis chủ yếu là cho các trường hợp sau loại bỏ u xương vùng khuỷu, rất ít các báo cáo áp dụng cho khuyết xương do di chứng chấn thương [3],[9],[10]. Bệnh nhân của chúng tôi là ca bị di chứng nặng nề sau chấn thương gây khuyết 1 đoạn xương dài 3cm đầu xa xương cánh tay. Phương án sử dụng Allograft cũng được tính đến nhưng nguy cơ không liền mảnh ghép và nguy cơ nhiễm trùng rất cao vì phần mềm của bệnh nhân này không tốt do trải qua nhiều lần phẫu thuật, hơn nữa khớp khuỷu của bệnh nhân này bị dính hoàn toàn thành 1 khối nên Allograft không thể giúp phục hồi lại chức năng cho khớp khuỷu. Vì vậy, theo chúng tôi thay khớp khuỷu megaprothesis có đoạn bù xương khuyết là giải pháp tốt nhất giúp phục hồi chức năng khớp khuỷu và giảm thiểu tối đa biến chứng phẫu thuật cho bệnh nhân này.

Rất nhiều tác giả trên thế giới cũng khẳng định rằng với các khuyết xương rộng vùng quanh khớp khuỷu việc phẫu thuật tái tạo xương khuyết cho khớp khuỷu là rất khó khăn do sự phức tạp về cơ sinh học của khớp khuỷu, phần mềm che phủ khớp kém hơn nữa lại rất gần với các mạch máu và thần kinh quan trọng. Đối với những trường hợp như vậy thì khớp khuỷu nhân tạo megaprothesis là giải pháp tối ưu nhất giúp phục hồi hình thể và chức năng cho khớp khuỷu và

giảm thiểu biến chứng trong phẫu thuật so với các phương pháp khác [3],[9],[10].

Các tác giả cũng cho rằng thay khớp khuỷu megaprothesis là vật liệu tái tạo rất tin cậy và hiệu quả trong điều trị các khuyết xương lớn xung quanh khớp khuỷu, giúp giảm đau và phục hồi chức năng cho khớp khuỷu một cách tốt nhất. Tỷ lệ biến chứng khi sử dụng khớp megaprothesis cũng thấp hơn so với các trường hợp ghép xương và các vật liệu tổng hợp khác [3]. Rodolfo Capanna và cộng sự báo cáo 36 trường hợp thay khớp khuỷu megaprothesis. Trong đó 31 ca được thay khớp sau khi cắt bỏ khối u xương và 5 bệnh nhân thay lại khớp do thất bại từ lần thay khớp khuỷu đầu tiên [3]. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 25 tháng, điểm Mayo sau mổ trung bình là 77,08 điểm, số điểm khá về mặt chức năng của khớp khuỷu. Bệnh nhân của chúng tôi theo dõi đến thời điểm hiện tại (sau mổ 13 tháng) vẫn chưa ghi nhận biến chứng xa nào như lỏng chuôi, nhiễm trùng hay tổn thương thần kinh. Chỉ có 1 biến chứng sớm là tổn thương thần kinh quay tạm thời nhưng đã hồi phục hoàn toàn sau 2 tháng. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi bệnh nhân này trong tương lai vì các biến chứng như lỏng chuôi thường diễn ra sau 1 thời gian theo dõi dài.

Mặc dù là phương án rất tốt giúp phục hồi hình thể và chức năng cho những trường hợp khuyết xương rộng hoặc tổn thương nặng vùng khuỷu nhưng tỷ lệ biến chứng sau thay khớp khuỷu megaprothesis cũng được nhiều tác giả báo cáo. Các tác giả cho rằng vì những bệnh nhân này tổn thương xương và phần mềm vùng khuỷu rất nặng nề nên nguy cơ có thể gặp các biến chứng sau mổ như lỏng khớp nhân tạo, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh quay, trụ. Rodolfo Capanna báo cáo thay khớp khuỷu megaprothesis ở 36 bệnh nhân thì có 6 ca gặp biến chứng trong đó có 2 ca tổn thương thần kinh quay không hồi phục, 1 ca tổn thương tạm thời thần kinh quay, 1 ca tổn thương thần kinh trụ, 1 ca lỏng khớp và 1 ca nhiễm trùng sâu phải loại bỏ implant [3]. Bệnh nhân của chúng tôi gặp 1 biến chứng sớm đó là tổn thương thần kinh quay, sau mổ ngày thứ 2 biểu hiện mất duỗi cổ tay và mất duỗi các ngón tay, tuy nhiên không ảnh hưởng đến quá trình gấp duỗi khớp khuỷu. Những triệu chứng của tổn thương thần kinh quay không còn sau 2 tháng phẫu thuật, bệnh nhân đã gấp duỗi cổ tay và các ngón tay hoàn toàn bình thường. Biến chứng này của chúng tôi xảy ra do căng giãn quá mức thần kinh quay sau khi lắp khớp nhân tạo vì trước mổ phần mềm bị

co rút lâu ngày. Biến chứng tổn thương thần kinh quay sau thay khớp khuỷu rất ít khi gặp, các tác giả trên thế giới cũng ít gặp biến chứng này. T.Waitzenegger và P. Mansat chỉ ra 2 nguyên nhân gây ra tổn thương thần kinh quay là do sự rò rỉ xi măng qua xương gây nóng hoặc kích thích thần kinh quay và nguyên nhân nữa là do sự căng giãn hoặc co rút của phần mềm [8].

Về đường mổ và cách bóc tách chúng tôi vẫn đi vòng lượn phía sau mỏm khuỷu tránh điểm tỳ, bộc lộ thần kinh trụ, bảo vệ thần kinh trong quá trình mổ và chủ động chuyển giường thần kinh ra trước sau khi đã thao tác xong cấu phần khớp. Điều này giúp giảm biến chứng liên quan đến thần kinh trụ.

Ca mổ của chúng tôi đều tùy biến theo tổn thương mà bộc lộ giúp cho quá trình tiếp cận dễ dàng nhất. Ở bệnh nhân này thì khớp khuỷu bị dính hoàn toàn thành 1 khối, ko còn thấy khe khớp và khuyết 1 đoạn đầu xa xương cánh tay. Vì vậy chúng tôi bộc lộ đến ổ khuyết xương sau đó từ vị trí này bóc tách đến sát điểm bám gân tam đầu và xẻ đôi gân tam đầu nhưng vẫn giữ lại được điểm bám gân. Gân tam đầu là cấu trúc giải phẫu quan trọng nhất trong cơ chế duỗi khuỷu, chúng tôi bảo tồn được điểm bám gân này nên giúp bệnh nhân có thể tập phục hồi chức năng ngay sau mổ, sớm trở lại với sinh hoạt thường ngày.

Ca lâm sàng này của chúng tôi bị tổn thương nặng nề xương và phần mềm vùng khuỷu nên có rất nhiều nguy cơ trong phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi có sự chuẩn bị trước mổ rất kỹ lưỡng giúp giảm thiểu tối đa nguy cơ trong và biến chứng sau phẫu thuật. Việc chụp CT3D và đo đạc các thông số cắt xương trước khi mổ là bắt buộc, thiết kế khớp cá thể hoá theo tổn thương cũng dựa trên các thông số đo trên CT 3D. Chúng tôi cũng in nhựa 3D tổn thương xương giống với tổn thương thật của bệnh nhân để giúp cho việc tính toán trước mổ một cách thuận lợi và chính xác nhất. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi cố gắng bảo vệ phần mềm tối đa vì giữ được càng nhiều phần mềm thì sẽ giảm được nguy cơ nhiễm trùng và phân tán 1 phần tải lực lên khớp nhân tạo, từ đó giảm được 1 phần nguy cơ lỏng khớp. Ngoài tổn thương tạm thời thần kinh quay sau phẫu thuật thì ca mổ của chúng tôi không có bất kỳ biến chứng nào đến thời điểm hiện tại, biên độ vận động của khớp khuỷu cải thiện rất tốt, bệnh nhân trở lại với sinh hoạt thường ngày và hoàn toàn hài lòng với kết quả.

#### IV. KẾT LUẬN

Thay khớp khuỷu megaprothesis là giải pháp

tối ưu nhất giúp phục hồi hình thái giải phẫu và chức năng khớp khuỷu trong các trường hợp khuyết xương rộng vùng khuỷu do di chứng chấn thương. Sau phẫu thuật vẫn có thể gặp những nguy cơ như nhiễm trùng, lỏng khớp nhân tạo hoặc tổn thương thần kinh. Vì vậy, để có kết quả tốt và giảm thiểu tối đa biến chứng cần có kế hoạch chuẩn bị trước mổ một cách rất kỹ lưỡng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Mayo Elbow Performance Score" (2006), Journal of Orthopaedic Trauma. 20(7), S127.
2. Reinhard Windhager, Markus Schreiner, Kevin Staats et al (2015), Megaprotheses in the treatment of periprosthetic fractures of the knee joint: indication, technique, results and review of literature, International Orthopaedics (SICOT).
3. Rodolfo Capanna, Francesco Muratori, Francesco R. Campo, Modular Megaprosthesis Reconstruction for Oncological and Non-oncological Resection of the Elbow Joint 47, 2016. Suppl 4, S78-S83.
4. Anthippi Gkavardina and Panagiotis Tsagozis (2014), The Use of Megaprotheses for Reconstruction of Large Skeletal Defects in the Extremities: A Critical Review, The Open Orthopaedics Journal, 2014, 8, 384-389.
5. Hattori H, Mibe J, Yamamoto K (2011). Modular megaprosthesis in metastatic bone disease of the femur. Orthopedics; 34(12): e871-6.
6. Höll S, Schlomberg A, Gosheger G, et al (2012). Distal femur and proximal tibia replacement with megaprosthesis in revision knee arthroplasty: a limb-saving procedure. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J Esska; 20(12): 2513-8.
7. Lundh F, Sayed-Noor AS, Brosjö O et al (2014). Megaprosthesis reconstruction for periprosthetic or highly comminuted fractures of the hip and knee. Eur J Orthop Surg Traumatol Orthopedic Traumatol; 24(4): 553-7.
8. T. Waitzenegger, P. Mansat, P. Guillonc et al (2015). Radial nerve palsy in surgical revision of total elbow arthroplasties: A study of 4 cases and anatomical study, possible aetiologies and prevention. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research 101, 903-907.
9. Xiaodong Tang, MD et al (2009), Custom-made prosthesis replacement for reconstruction of elbow after tumor resection, Journal of Shoulder and Elbow Surgery Board of Trustees, 18, 796-803.
10. S. A. Hanna, L. A. David, W. J. S. Aston et al (2007), Endoprosthesis replacement of the distal humerus following resection of bone tumours, Vol. 89-B.

## VIÊM PHỨC MẠC DO THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY Ở TRẺ EM BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lương Thành Đạt<sup>1</sup>, Trần Quang Lộc<sup>2,3</sup>, Nguyễn Thành Đạt<sup>1</sup>, Tạ Xuân Trường<sup>1</sup>, Nguyễn Sinh Cung<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

Thủng dạ dày tá tràng là nguyên nhân hiếm gặp gây viêm phúc mạc ở trẻ em. Đây là một bệnh cấp cứu ngoại khoa nếu bị bỏ qua có thể đe dọa tính mạng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp của một bé trai 10 tuổi có biểu hiện đau bụng cấp tính và có dấu hiệu viêm phúc mạc. Phẫu thuật nội soi thấy một lỗ thủng dạ dày ở phía trước hang - môn vị. Bệnh nhân được khâu lỗ thủng dạ dày qua nội soi bằng 02 mũi rời. Bệnh nhân sau phẫu thuật ổn định, không có biến chứng hậu phẫu. **Từ khóa:** Thủng ổ loét dạ dày ở trẻ em, viêm phúc mạc, phẫu thuật nội soi

#### SUMMARY

**PERITONITIS DUE TO PERFORATED GASTRIC ULCER IN CHILDREN: CASE REPORT**  
Perforated gastric ulcer is a particularly rare cause

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thành Đạt

Email: drdatbvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024

of peritonitis in children. This is a surgical emergency that, if ignored, can be life-threatening. We report a case of a 10-year-old boy who presented with acute abdominal pain and signs of peritonitis. Laparoscopic surgery revealed a gastric perforation in front of the antrum - pylorus. The patient had the gastric perforation sutured endoscopically with two separate stitches. The patient was stable after surgery, with no postoperative complications.

**Keywords:** Perforated gastric ulcer in children, peritonitis, laparoscopic surgery

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh loét dạ dày tá tràng ít gặp ở trẻ em nhưng có thể gây thủng hoặc xuất huyết tiêu hóa. Loét tá tràng hay gặp hơn loét dạ dày, với tỷ lệ 18:4,1 và yếu tố nguy cơ chính ở trẻ em là nhiễm H. pylori, thứ phát sau các thuốc như thuốc chống viêm không steroid, corticosteroid, hiếm khi do hội chứng Zollinger Ellison, liên quan đến căng thẳng, sau bỏng hoặc chấn thương<sup>1</sup>. Biến chứng thủng xảy ra ở ít hơn 9% số ca loét dạ dày - tá tràng và có thể phổ biến hơn ở trẻ lớn hơn 7 tuổi. Độ tuổi trung bình của bệnh loét dạ dày - tá tràng thủng ở trẻ em là 14,2 tuổi<sup>1,2</sup>. Loét dạ dày thủng gây tràn khí ổ bụng và viêm