

điểm AOFAS trung bình là 93.¹

Sự khác biệt về kết quả chung giữa các nhóm liền xương và phục hồi giải phẫu khác nhau có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 4,86$, $p < 0,01$).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật KHX gãy kín ba mắt cá là phương pháp hiệu quả. 94,1% BN lành vết mổ kỳ đầu, kết quả chức năng của khớp cổ chân có 80% trường hợp đạt kết quả tốt, không có trường hợp nào có kết quả kém. Điểm AOFAS trung bình là $92,6 \pm 5,775$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Verhage SM, Krijnen P, Schipper IB, Hoogendoorn JM.** Persistent postoperative step-off of the posterior malleolus leads to higher incidence of post-traumatic osteoarthritis in trimalleolar fractures. Arch Orthop Trauma Surg. 2019; 139(3): 323-329. doi:10.1007/s00402-018-3056-0
- Thịnh VT, Mai DNL, Triều TMLT, Sơn NT, Thủy NX.** Kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, năm 2019. TCNCYH. 2022;149(1): 67-77. doi:10.52852/tcncyh.v149i1.388
- Elsoe R, Ostgaard SE, Larsen P.** Population-based epidemiology of 9767 ankle fractures. Foot

and Ankle Surgery. 2018;24(1):34-39. doi:10.1016/j.fas.2016.11.002

- Li Y, Luo R, Li B, et al.** Analysis of the epidemiological characteristics of posterior malleolus fracture in adults. J Orthop Surg Res. 2023;18(1): 507. doi:10.1186/s13018-023-04007-w
- Comadoll S, Paull TZ, Boike SC, Vang S, Moua GY, Nguyen MP.** Preoperative CT Scan is not Associated with Shorter Surgical Time or Improved Patient Outcomes for Trimalleolar Ankle Fractures. Iowa Orthop J. 2024;44(1):173-177.
- Nguyễn Bá Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm X quang khớp cổ chân ở người Việt Nam trưởng thành và kết quả điều trị gãy kín Dupuytren bằng phương pháp kết xương bên trong. Published online 2021.
- Burwell HN, Charnley AD.** The treatment of displaced fractures at the ankle by rigid internal fixation and early joint movement. J Bone Joint Surg Br. 1965;47(4):634-660.
- Ostrum RF, De Meo P, Subramanian R.** A critical analysis of the anterior-posterior radiographic anatomy of the ankle syndesmosis. Foot Ankle Int. 1995;16(3):128-131. doi:10.1177/107110079501600304
- Injuries about the ankle.** Accessed July 23, 2024. <https://hutaif-orthopedic.com/2513-en>
- Fraktur Dan Dislokasi Ankle | PDF.** Scribd. Accessed July 23, 2024. <https://id.scribd.com/doc/174479467/fraktur-dan-dislokasi-ankle>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC CẮT THẬN TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trần Huy Bình^{1,2}, Đỗ Trường Thành^{1,2,3},
Đặng Trần Thanh Liêm¹, Nguyễn Hoàng Diệu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phức mạc cắt thận triệt căn điều trị RCC tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2019-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 107 BN ung thư biểu mô tế bào thận được phẫu thuật nội soi sau phức mạc cắt thận triệt căn từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 6 năm 2024 tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $55,9 \pm 13,2$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Các triệu chứng khi vào viện: đau thắt lưng 55 BN (51,4%), đái máu đại thể 19 BN (17,76%), sờ thấy khối u 3 BN (2,85), xuất hiện đủ cả 3 triệu chứng có 2

BN (1,87%), phát hiện tình cơ u thận có 51 BN (47,7%). Triệu chứng toàn thân sốt, sụt cân, thiếu máu gặp ở 2 BN (1,9%), 11 BN (10,3%), 11 BN (10,3%). Khối u ở thận bên phải và trái tương ứng 49,5% và 50,5%. Trên cắt lớp vi tính (CLVT): kích thước trung bình $52,1 \pm 16,7$ mm, có 11,2% khối u có vôi hóa, 12,1% có hạch nghi ngờ di căn. Phân loại giai đoạn: cT1bN0M0 chiếm 56,1%, cT1aN0M0 chiếm 23,4%. Phân loại kết quả sau mổ: 88,8 tốt, 9,3% trung bình, 1,9% xấu. Giải phẫu bệnh: tế bào sáng 69 BN (64,5%), tế bào kỵ màu 31 BN (28,9%), tế bào ống nhú 5 BN (4,7%), Sarcoma thận 2 BN (1,9%). Theo dõi xa: 3 BN (2,9%) tử vong do ung thư, 3 BN (2,9%) tái phát tại chỗ, 1 BN (0,97%) di căn não và phổi. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào thận có thể không biểu hiện lâm sàng rõ rệt. Phẫu thuật nội soi sau phức mạc cắt thận triệt căn trong bệnh có thể thực hiện an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** Ung thư thận, Ung thư biểu mô tế bào thận, Phẫu thuật nội soi sau phức mạc, Phẫu thuật triệt căn.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Bình

Email: drtranhuybinhdkhb@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

RADICAL NEPHRECTOMY FOR THE TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with renal cell carcinoma (RCC) and to evaluate the outcomes of retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy for the treatment of RCC at VietDuc University Hospital during the period 2019-2024. **Material and method:** Retrospective case series 107 patients with RCC who underwent retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy from January 2019 to June 2024. **Results:** The average age in the study was 55.9±13.2 years. The male-to-female ratio was 1.5:1. Symptoms at hospital admission: lumbar pain 51.4%, gross hematuria 17.76%, palpable mass 2.85%, and 2 patients with three symptoms, 51 patients were asymptomatic (47.7%). Systemic symptoms such as fever, weight loss, and anemia were observed in 2 patients (1.9%), 11 patients (10.3%), and 11 patients (10.3%). Tumors were located in the right and left kidneys in 49.5% and 50.5% of cases, respectively. On computed tomography (CT), the average tumor size was 52.1±16.7mm, 11.2% calcified tumors, no renal vein thrombosis. Classification: cT1bN0M0 56.1% and cT1aN0M0 23.4%. According to Clavien-Dindo classification, 88.8% of patients had good, 9.3% moderate, and 1.9% poor. Long-term follow-up: 4 patients were lost to follow-up, 3 cancer-related deaths (2.9%), 3 local recurrences (2.9%), 1 patient (0.97%) with brain and lung metastases. **Conclusion:** Renal cell carcinoma may not have obvious clinical manifestations. Retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy for renal cell carcinoma can be performed safely and effectively.

Keywords: Renal cancer, Renal cell carcinoma, Retroperitoneal laparoscopic, Radical nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thận là u ác tính nguyên phát tại thận, RCC (renal cell carcinoma) chiếm 90% tăng sinh ác tính của thận, với tỉ lệ 2 - 3% tổng số các bệnh ung thư. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 60 - 70, với tỉ lệ nam gấp khoảng 1,5 lần nữ. Trong khoảng hai thập kỷ gần đây tỷ lệ mắc RCC hằng năm trên thế giới tăng khoảng 2%, năm 2018 tại châu Âu có gần 99200 ca mắc mới và 39100 ca tử vong liên quan đến ung thư thận. Yếu tố nguy cơ của RCC bao gồm hút thuốc, béo phì, tăng huyết áp, thói quen ăn uống, tiểu đường, phơi nhiễm với các chất gây ung thư.¹ Triệu chứng của ung thư thận rất đa dạng, bệnh thường phát hiện khi đã ở giai đoạn không còn sớm với triệu chứng đái máu, đau vùng thắt lưng và sờ thấy khối ở vùng thắt lưng. Việc chẩn đoán ung thư thận bằng các phương pháp cận lâm sàng như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao. Chẩn đoán mô bệnh học trước điều trị bằng sinh thiết kim dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CLVT

cho kết quả với độ nhạy và độ đặc hiệu cao giúp đưa ra chỉ định điều trị. Ung thư thận điều trị chủ yếu là phẫu thuật, trong đó cắt thận triệt căn vẫn là điều trị chuẩn đối với ung thư thận một bên. Có nhiều yếu tố quyết định lựa chọn phương pháp mổ ung thư thận. Trước đây phẫu thuật mở chiếm đa số nhưng cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật đặc biệt là ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị các bệnh lý tiết niệu nói chung và trong điều trị ung thư thận nói riêng mang lại nhiều kết quả khả quan. Năm 1991, Clayman là người đầu tiên thực hiện cắt thận qua nội soi và nó trở thành phương pháp điều trị chính cho ung thư thận giai đoạn sớm. Phẫu thuật nội soi, dù qua phúc mạc hay sau phúc mạc cũng cho kết quả tương tự với mổ mở trên phương diện ung thư học cho những tổn thương đến giai đoạn T3N0M0.² Ưu điểm của phẫu thuật nội soi gồm ít đau, thời gian nằm viện ngắn, nhanh bình phục, thẩm mỹ. Trong đó phẫu thuật nội soi sau phúc mạc còn có ưu điểm không can thiệp vào ổ bụng, giảm nguy cơ tai biến tổn thương tạng và tắc ruột dính sau mổ. Tại Việt nam vào những năm 2000 bắt đầu thực hiện phẫu thuật nội soi cắt ung thư thận và đã đạt được những kết quả khả quan.³ Xuất phát từ những lý do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu (NC) với mục đích mô tả đặc điểm của những bệnh nhân RCC và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận triệt căn điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận triệt căn điều trị RCC tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2019-2024.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán RCC giai đoạn <T3b, đường kính u lớn nhất ≤10cm. BN được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị RCC. Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu. Kết quả giải phẫu bệnh là RCC.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** BN sẽ được loại trừ khỏi NC nếu không thỏa mãn một trong số các tiêu chuẩn ở trên.

***Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu loạt ca bệnh.

***Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 6 năm 2024.

***Cỡ mẫu:** chọn mẫu thuận tiện

2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

– Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: tuổi, giới, đau thắt lưng, sờ thấy khối u vùng mạn sườn, thắt lưng, đái máu đại thể, khám tình cờ

phát hiện u thận, vị trí u, kích thước u, đặc điểm u trên siêu âm và CLVT.

– Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, biến chứng sớm sau mổ, loại tế bào u, hạch di căn. Kết quả xa sau mổ: thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống thêm toàn bộ.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi được sự đồng ý của bệnh nhân, bệnh viện hữu nghị Việt Đức, trường đại học Y Hà Nội, đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố trước đây, thông tin bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật điều trị cho 107 bệnh nhân RCC với giai đoạn ≤T3a.

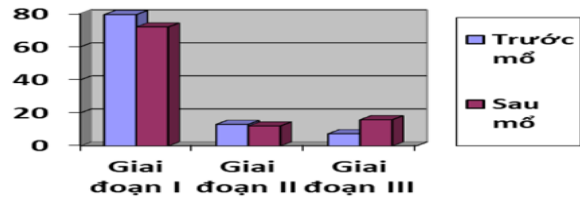
Độ tuổi trung bình là 55,9±13,2 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 60-70 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Tiền sử có 12 BN (11,21%) hút thuốc lá, 33 BN (30,84%) có các bệnh lý nền: Tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch.

Các triệu chứng khi vào viện bao gồm đau thắt lưng 55 BN (51,4%), đái máu đại thể 19 BN (17,76%), sờ thấy khối u 3 BN (2,85%), có 2 BN (1,87%) xuất hiện đủ cả 3 triệu chứng. Triệu chứng toàn thân sốt, sụt cân, thiếu máu gặp ở 2 BN (1,9%), 11 BN (10,3%), 11 BN (10,3%), 51 BN không có triệu chứng, phát hiện tình cờ u thận khi đi khám vì bệnh khác chiếm 47,7%.

Khối u ở thận bên phải và trái tương ứng 49,5% và 50,5%. Trên siêu âm kích thước trung bình khối u là 50,3±16,5mm, tính chất u tăng âm 41,1%, hỗn hợp âm 26,2%, giảm âm 19,6%, đồng âm với nhu mô thận 13,1%.

Trên cắt lớp vi tính: kích thước trung bình của u là 52,1±16,7mm, trước khi tiêm thuốc khối u tăng tỷ trọng và hỗn hợp tỷ trọng chiếm nhiều nhất tương ứng 30,8%; 28%. Sau tiêm các khối u bắt thuốc mạnh chiếm 83,2%, có 2 BN (11,2%) khối u có vôi hóa, có 26 BN (24,3%) khối u có hoại tử, chảy máu. Có 13 BN (12,1%) có hạch nghi ngờ di căn. Không có BN nào bị huyết khối tĩnh mạch thận. Kích thước khối u từ 4-7cm chiếm số lượng nhiều nhất với 57,01%. Giai đoạn I có số lượng BN nhiều nhất 85 BN (79,5%), giai đoạn cT1bN0M0 chiếm 56,1%, cT1aN0M0 chiếm 23,4%

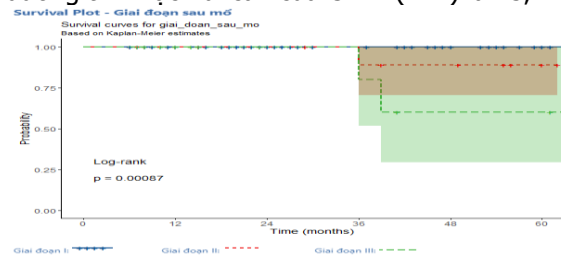
3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 88,8±38,1 phút. Có 7 BN chảy máu trong mổ với lượng trung bình 214±80,2ml chủ yếu từ diện phẫu tích và mạch sinh dục, có 1 BN (0,9%) chuyển mổ mở do dính. Thời gian nằm viện trung bình 5,68±1,77 ngày.



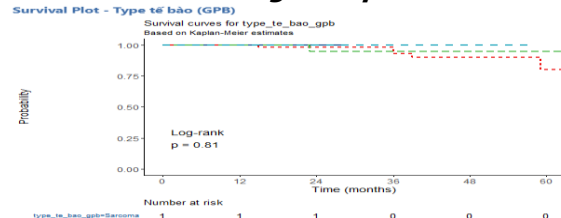
Biểu đồ 1: So sánh giai đoạn u trước và sau mổ

Biến chứng sau mổ gồm chảy máu 2 BN (1,9%), nhiễm trùng vết mổ 1 BN (0,9%). Phân độ biến chứng sau mổ theo Clavien và Dindo có 88,8% BN có kết quả tốt sau mổ, 9,3% kết quả trung bình, 1,9% kết quả xấu. Sau mổ giai đoạn T1 chiếm chủ yếu 77 BN (72%), có 8 BN (7,5%) chuyển từ giai đoạn I lên giai đoạn II và III, 1 BN (0,9%) chuyển từ giai đoạn II lên giai đoạn III.

Giải phẫu bệnh các loại tế bào ung thư gồm: Tế bào sáng 69 BN (64,5%), tế bào kỵ màu 31 BN (28,9%), tế bào ống nhú 5 BN (4,7%), Sarcoma thận 2 BN (1,9%). Sau mổ có 2 BN (1,9%) xác nhận có di căn hạch, giá trị dự đoán dương tính hạch di căn của CLVT (PPV) là 15,4%.



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn



Biểu đồ 3: Thời gian sống thêm không tái phát theo loại tế bào

Kết quả theo dõi xa sau mổ được khảo sát trên 103 BN do 4 BN bị mất liên lạc. Có 3 BN (2,9%) tử vong do ung thư, 3 BN (2,9%) tái phát tại chỗ, 1 BN (0,97%) di căn não và phổi, 2 BN xuất hiện tái phát tại chỗ và di căn (1 BN di căn phổi, 1 BN di căn đại tràng). Thời gian tái phát và di căn trung bình là 13,3±12,4 tháng. Thời gian sống thêm không tái phát (RFS) tại thời điểm 1 năm, 3 năm, 5 năm lần lượt là 100%, 93,8%, 86,2% với độ tin cậy 95%. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) tại thời điểm 1 năm, 3 năm, 5 năm là 100%, 96,2%, 94,3% với độ tin cậy 95%. RFS và OS giảm dần theo giai

đoạn khối u với $p < 0,05$. Theo loại tế bào và di căn hạch không thấy sự khác biệt về RFS và OS với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào thận là bệnh lý tăng sinh ác tính của tế bào thận chiếm tỷ lệ khoảng 3% tất cả các loại ung thư, tỷ lệ cao nhất gặp ở các nước phương Tây. RCC là tổn thương thường gặp nhất trong các khối u ở thận khoảng 90%, nhóm tuổi hay gặp nhất là 60-70 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1.¹ Trong NC của chúng tôi tuổi trung bình của các BN là $55,9 \pm 13,2$ tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 60-70 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Theo Đỗ Thị Thu Hiền năm 2018 báo cáo 160 BN RCC, có tuổi trung bình là $52,55 \pm 13,57$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,46.⁴ Báo cáo của Nguyễn Trung Hiếu năm 2014 với 84 BN có tuổi trung bình là $51,74 \pm 14,23$ tuổi, nam/nữ là 2,1.⁵ Một nghiên cứu khác trên 191 BN cho thấy độ tuổi trung bình là $52,6 \pm 13,4$, tỷ lệ nam/nữ là 1,41.⁶ Có thể thấy kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả trong nước. Theo Sandeep Anand Padala và Adam Barsouk thì tuổi trung bình của những BN RCC là 64 tuổi⁷ cao hơn kết quả của chúng tôi. Triệu chứng của RCC rất đa dạng, khi triệu chứng rõ ràng thì u đã ở giai đoạn muộn. Nhờ sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh tỷ lệ phát hiện u tinh cở ở giai đoạn sớm ngày càng tăng. Trong NC, các triệu chứng khi vào viện bao gồm đau thắt lưng 51,4%, đái máu đại thể 17,76%, sờ thấy khối u 2,85%, có 1,87% xuất hiện đủ cả 3 triệu chứng, số BN không có triệu chứng, phát hiện tình cờ RCC khi đi khám vì bệnh khác chiếm 47,7%. Theo Nguyễn Bửu Triều ghi nhận trước năm 1990 thì hầu như các BN vào viện đều ở giai đoạn muộn và gần như không có BN nào được phát hiện tình cờ.³ Năm 2023, Nguyễn Huy Hoàng tỷ lệ này là 50,3%.⁶ Thống kê của Konnak cho thấy số BN phát hiện tình cờ trong năm 1985 là 48% tại Hoa Kỳ và ở Pháp từ 17% của năm 1980 cũng tăng đến 48% trong năm 1991.⁷ Đau thắt lưng là triệu chứng thường gặp nhất và cũng là triệu chứng của nhiều bệnh: sỏi đường niệu, nhiễm khuẩn tiết niệu, u tuyến thượng thận, nang thận hay các bệnh lý tiêu hóa,... Những triệu chứng này khiến BN đi khám và với sự phát triển của khoa học kỹ thuật số lượng bệnh nhân phát hiện u thận tình cờ ngày một tăng. Triệu chứng toàn thân sốt, sụt cân, thiếu máu gặp ở 2 BN (1,9%), 11 BN (10,3%), 11 BN (10,3%) cao hơn kết quả của Nguyễn Huy Hoàng sụt cân là 3 BN (1,6%), sốt không rõ nguyên nhân là 1 BN (0,5%). Các triệu chứng

toàn thân không có khả năng dự báo di căn cũng như không có chống chỉ định phẫu thuật triệt căn.⁶ Kích thước u trung bình trong NC này trên siêu âm là $50,3 \pm 16,5$ mm, trên CLVT là $52,1 \pm 16,7$ mm, tỷ lệ bên phải và trái không có sự khác biệt, kích thước u từ 4-7cm chiếm số lượng nhiều nhất 57,1%. Kết quả này tương đồng với kết quả của Nguyễn Huy Hoàng với kích thước u trên siêu âm và CLTV lần lượt là $50,3 \pm 16,9$ mm, $51,8 \pm 17,9$ mm.^{6,10} Saika, T (2003) LRN cho 195 BN, kích thước u trung bình: $36,7 \pm 13,7$ mm. AK Hemal (2007) 132 BN RCC có kích thước trung bình là 68 mm.⁸ Tính chất u tăng âm 41,1%, hỗn hợp âm 26,2%, giảm âm 19,6%, đồng âm với nhu mô thận 13,1%. Trên cắt lớp vi tính (CLVT) trước khi tiêm thuốc khối u tăng tỷ trọng và hỗn hợp tỷ trọng chiếm nhiều nhất tương ứng 30,8%; 28%. Sau tiêm các khối u bắt thuốc mạnh chiếm 83,2%. Theo Nguyễn Trung Hiếu (2014) hình ảnh khối u thận tăng âm có tỷ lệ 56%, hỗn hợp âm 28%, giảm âm 14%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các tác giả trong nước.^{5,6} Trong NC của chúng tôi giai đoạn I có số lượng BN nhiều nhất 85 BN (79,5%), giai đoạn II có 14 BN (13,1%), giai đoạn III 8 BN (7,4%).

Thời gian trung bình phẫu thuật trong NC của chúng tôi là $88,8 \pm 38,1$ phút. Kể từ khi phẫu thuật nội soi cắt thận (LRN) triệt căn được áp dụng năm 1990 thời gian phẫu thuật được rút ngắn nhiều. Ban đầu Clayman thời gian mổ là 5-8 giờ.² Thời gian phẫu thuật giảm xuống trong các công bố gần đây còn 120 phút. Theo Hoàng Long khảo sát trên 17 BN LRN sau phúc mạc trung bình là $92,6 \pm 21,3$ phút¹⁰, Các kết quả này cho thấy thời gian phẫu thuật ngày càng được rút ngắn so với trước kia, điều này có được là do sự phát triển của khoa học kỹ thuật, các dụng cụ phẫu thuật ngày càng hiện đại hỗ trợ rất nhiều cho phẫu thuật viên, bên cạnh đó cũng phải kể đến kỹ năng mổ của các phẫu thuật viên ngày càng thuần thục. Chúng tôi có 7 BN (6,5%) chảy máu trong mổ với lượng trung bình $214 \pm 80,2$ ml chủ yếu từ diện phẫu tích và mạch sinh dục, có 1 BN (0,9%) chuyển mổ mở do dính. Biến chứng chảy máu trong mổ theo các NC của Ngô Đậu Quyền, Nguyễn Huy Hoàng với lượng máu mất lần lượt là 5,88% (500ml); 7,3% (137,5ml).^{3,6,10} Theo Saika, T (2003)⁸ và AK Hemal (2007)⁹ tỷ lệ biến chứng này là 3,6% (248ml), 7% (192ml) tương đương với chúng tôi. Tỷ lệ chuyển mổ mở của các NC cũng thấp tương tự nghiên cứu của chúng tôi mà nguyên nhân chủ yếu là dính và chảy máu. Phân độ biến chứng sau mổ có 88,8% bệnh nhân có kết quả

tốt sau mổ, 9,3% kết quả trung bình, 1,9% kết quả xấu, theo Nguyễn Huy Hoàng tỷ lệ kết quả phẫu thuật tốt chiếm 94,8%, trung bình 4,2%, kết quả xấu ở 2 BN (1,05%).⁶ Thời gian nằm viện của chúng tôi trung bình là $5,68 \pm 1,77$ ngày, kết quả này ngắn hơn nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền (2018) là $10,6 \pm 3,97$ ngày⁴. Trong NC này sau mổ giai đoạn T1 chiếm chủ yếu 77 BN (72%), có 8 BN (7,5%) chuyển từ giai đoạn I lên giai đoạn II và III, 1 BN (0,9%) chuyển từ giai đoạn II lên giai đoạn III. Khả năng chẩn đoán đúng giai đoạn của CLVT là 91,6%. Có 2 BN (1,9%) xác nhận có di căn hạch, giá trị dự đoán dương tính hạch di căn của CLVT (PPV) là 15,4%. Theo Nguyễn Huy Hoàng khả năng chẩn đoán đúng giai đoạn của CLVT trước mổ là 89,1%, 5 BN (2,6%) nghi ngờ di căn hạch trên CLVT, sau mổ xác nhận 1/5 BN có di căn hạch (PPV=20%). Tỷ lệ dự đoán đúng giai đoạn của CLVT theo Nguyễn Văn Thi là 83,16%.^{6,9} Như vậy khả năng dự đoán đúng giai đoạn của CLVT trong các nghiên cứu là tương đương nhau, tỷ lệ dự đoán hạch dương tính của CLVT tương đối thấp có thể do phẫu thuật không lấy hết được các hạch. Điều này đặt ra vấn đề cần cải tiến cách thức phẫu thuật. Các loại tế bào ung thư gồm: Tế bào sáng 69 BN (64,5%), tế bào kỵ màu 31 BN (28,9%), tế bào ống nhú 5 BN (4,7%), Sarcoma thận 2 BN (1,9%). Theo Đỗ Thị Thu Hiền tỷ lệ này là 56,9%; 22,5%; 15%; 3,7%. Theo Nguyễn Huy Hoàng tỷ lệ này là 64,9%; 25,7%; 5,8%; 4,1%.^{4,6,12} Như vậy dịch tế các loại tế bào gần như không có biến động qua các nghiên cứu. Thời gian sống thêm sau mổ giảm dần theo các năm, RFS tại thời điểm 1 năm, 3 năm, 5 năm lần lượt là 100%, 93,8%, 86,2%. OS tại thời điểm 1 năm, 3 năm, 5 năm là 100%, 96,2%, 94,3%. Theo tác giả Nguyễn Huy Hoàng⁶ RFS ở thời điểm 1, 3, 5 năm lần lượt là 99,5%; 97,2% và 97,2%. OS của cả nhóm NC tại thời điểm 1 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là: 100%, 98,04% và 98,04% tương đương với của chúng tôi. RFS và OS theo giai đoạn giảm dần theo giai đoạn. RFS 5 năm và OS 5 năm theo giai đoạn I, II, III lần lượt là 90,9%, 77,8%, 58,3% và 100%, 88,9%, 60%. Như vậy RFS và OS của các BN ở giai đoạn III thấp hơn đáng kể so với giai đoạn I và III ở các NC có thể do tỷ lệ xâm lấn vi mạch cao hơn, khối u có đặc điểm sarcomatoid cao hơn.⁶ Theo loại tế bào và di căn hạch NC của chúng tôi không thấy sự khác biệt về RFS và OS với $p > 0,05$. Capitanio (2008) khi so sánh giữa 3 type mô học phổ biến ccRCC, pRCC và chRCC, tác giả thấy rằng trên mô hình

đơn biến chRCC và pRCC có tiên lượng tốt hơn ccRCC. Tuy nhiên, khác biệt này sẽ không còn trên phân tích đa biến, đặc biệt là khi phân tầng theo giai đoạn khối u. Theo Nguyễn Huy Hoàng RFS_{5năm} giữa 3 nhóm lần lượt là 97,4%, 100% và 100% không có sự khác biệt với $p=0,2145$. OS_{5năm} của 3 nhóm lần lượt là 98,98%, 100%, 100% không có sự khác biệt với $p=0,7709$.⁶ Tuy nhiên trong NC của chúng tôi thời gian theo dõi chưa đủ dài để đưa ra cái nhìn toàn diện hơn về thời gian sống thêm theo di căn và loại tế bào.

V. KẾT LUẬN

RCC là một bệnh ác tính, các triệu chứng thường không rõ ràng và có thể trùng lặp với những bệnh khác của hệ tiết niệu. Việc khám sức khỏe định kỳ nên được thực hiện để phát hiện sớm RCC. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận triệt căn điều trị RCC là một phương pháp an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, et al.** European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2019 Update. *European Urology*. 2019;75(5):799-810.
2. **Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al.** Laparoscopic nephrectomy. *N Engl J Med*. 1991;324(19):1370-1371.
3. **Trương Thanh Tùng.** (2018). Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận trong điều trị u thận: Kinh nghiệm bước đầu tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Thanh Hóa, *Tạp chí Y Dược học quân sự*, số 2. 63-70.
4. **Padala SA, Barsouk A, Thandra KC, et al.** Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. *World J Oncol*. 2020;11(3):79-87.
5. **Hemal AK, Kumar A, Kumar R, Wadhwa P, Seth A, Gupta NP.** Laparoscopic versus open radical nephrectomy for large renal tumors: a long-term prospective comparison. *J Urol*. 2007;177(3):862-866.
6. **Nguyễn Huy Hoàng.** "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận triệt căn điều trị ung thư biểu mô tế bào thận tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức". (2023), luận văn tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.
8. **Saika T, Ono Y, Hattori R, et al.** Long-term outcome of laparoscopic radical nephrectomy for pathologic T1 renal cell carcinoma. *Urology*. 2003;62(6):1018-1023.
9. **Janetschek G, Jeschke K, Peschel R, Strohmeyer D, Henning K, Bartsch G.** Laparoscopic surgery for stage T1 renal cell carcinoma: radical nephrectomy and wedge resection. *Eur Urol*. 2000;38(2):131-138.
10. **Hoàng Long.** Kết quả điều trị phẫu thuật cắt u thận rộng rãi qua nội soi sau phúc mạc, (2012) *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. Số 5/2012:59-63.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT ĐA TẦNG LỖI TRƯỚC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ CÓ PHÙ TỦY TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Trung^{1,2}, Hoàng Gia Du¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng có kèm theo phù tủy cổ ngang mức bằng phương pháp cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt đa tầng lồi trước (ACDF) tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang 26 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng có kèm theo phù tủy cổ ngang mức được phẫu thuật bằng phương pháp hàn xương liên thân đốt đa tầng lồi trước trong thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 5/2022 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 26 bệnh nhân (15 nam, 11 nữ), tuổi trung bình 60,7 ± 11,19 (35-75 tuổi). Thoát vị đĩa đệm và phù tủy thường gặp vị trí đĩa đệm C4C5, chiếm 76,9%. 10 bệnh nhân được phẫu thuật ACDF 3 tầng. Điểm mJOA tăng từ 10,1 ± 2,68 lên 15,9 ± 2,02 điểm ($p < 0,001$) sau mổ, tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ trung bình (RR) 74,1±19,23%. RR tại thời điểm khám lại của nhóm bệnh nhân phù tủy 1 tầng cao hơn nhóm phù tủy 2 tầng ($p < 0,001$). Có mối tương quan trung bình giữa tỷ lệ hồi phục tại thời điểm khám lại và chiều dài đoạn phù tủy trên hình ảnh MRI trước mổ với $r = -0,45$, $p = 0,018$. **Kết luận:** Chiều dài đoạn phù tủy cổ trên MRI có ý nghĩa tiên lượng hồi phục sau phẫu thuật ACDF đa tầng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng có kèm theo phù tủy cổ.

Từ khóa: Chiều dài đoạn phù tủy, cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt đa tầng lồi trước.

SUMMARY

RESULT OF MULTILEVEL ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION (ACDF) IN MULTILEVEL HERNIATED CERVICAL DISCS PATIENTS WITH MEDULLARY HYPERINTENSE AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of multi-level anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) in treating cervical disc herniation with cervical cord medullary hyperintense at Bach Mai Hospital. **Method:** 26 patients diagnosed with cervical disc herniation with cervical cord medullary hyperintense underwent multi-level anterior cervical discectomy and fusion surgery at the Orthopedic and Spine Department at Bach Mai Hospital from October 2019 to May 2022. **Results:** The mJOA score improved

statistically significantly from 10.1 ± 2.68 to 15.9 ± 2.02 ($p < 0.01$), with a mJOA recovery rate of 74.11%. The mJOA recovery rate was higher in the group with single-level with cervical cord medullary hyperintense compared to the group with 2-level with cervical cord medullary hyperintense, and this difference was statistically significant. There is a negative correlation between the mJOA recovery rate and the length of cervical cord medullary hyperintense on MRI images, with an r-value of -0.45 and a p-value of 0.018. **Conclusion:** The presence of cervical cord medullary hyperintense on MRI significantly predicts recovery after multi-level ACDF surgery.

Keywords: the length of cervical cord medullary hyperintense, ACDF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý thường gặp ở người trung niên, trong đó hay gặp ở độ tuổi từ 51 - 60 trở lên.^{1,2} Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở Bắc Mỹ theo nghiên cứu của Kelsey là 5,5/100.000 người mỗi năm.³ Tại Việt Nam, nghiên cứu dựa trên phim cộng hưởng từ thực hiện trên cộng đồng của Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự có 0,05% dân số có tình trạng thoát vị cột sống cổ.⁴ Bệnh lý thoái hóa, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ tăng dần theo tuổi, những thay đổi cấu trúc cột sống cổ do thoái hóa xảy ra đơn độc ở 1 đĩa đệm chỉ chiếm từ 15 - 40% các trường hợp, trong khi đó 50 - 85% trường hợp xảy ra ở nhiều vị trí.^{5,6} Khi thoát vị đĩa đệm gây chèn ép tủy cổ sẽ có biểu hiện lâm sàng trong hội chứng chèn ép rễ hoặc chèn ép tủy cổ, một số trường hợp gây thay đổi tín hiệu tủy cổ tại vị trí chèn ép.⁷ Tỷ lệ tăng tín hiệu tủy cổ trên MRI xung T2 trung bình là 58 - 85% trên bệnh nhân có triệu chứng bệnh lý tủy cổ, ngược lại chỉ có 2,3% người bệnh không có triệu chứng tủy cổ có tăng tín hiệu tủy trên xung T2 MRI.⁷ Có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị, trong đó phẫu thuật lấy đĩa đệm và hàn xương liên thân đốt lồi trước (ACDF) là một trong những phương pháp giải phóng trực tiếp chèn ép thần kinh, đồng thời đảm bảo cấu trúc cột sống cổ vững. Đã có nhiều nghiên cứu phẫu thuật ACDF, tuy nhiên nghiên cứu tiến hành ở nhóm người bệnh có kèm theo tăng tín hiệu trong tủy do thoát vị đĩa đệm còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật ACDF đa tầng điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ có phù tủy tại bệnh viện Bạch Mai.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024