

triệu chứng mệt mỏi mạn tính ở bệnh nhân bao gồm: mức độ hoạt động bệnh mạnh, nhiều khớp bị biến dạng, bệnh không được kiểm soát tốt với các thuốc DMARDs kinh điển và thuốc DMARDs sinh học.

- Hội chứng mệt mỏi mạn tính là một biểu hiện ngoài khớp rất thường gặp trong VKDT, đặc biệt trong những đợt tiến triển bệnh và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Việc kiểm soát tốt sự tiến triển của bệnh với phác đồ điều trị trúng đích sẽ giúp cải thiện tiên lượng bệnh và giảm nguy cơ tàn phế cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hewlett Sarah, Kirwan John, Bode et** (2018), "The revised Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue measures and the Rheumatoid Arthritis Impact of Disease scale: validation in six countries", *Rheumatology*, 57(2), 300-308.
2. **Diniz Leonardo Rios, Balsamo** (2017), "Measuring fatigue with multiple instruments in a Brazilian cohort of early rheumatoid arthritis patients", *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(5), 431-437.
3. **Singh Harpreet, Arya** (2014), "Assessment of fatigue in rheumatoid arthritis (by functional assessment of chronic illness therapy-fatigue score) and its relation to disease activity and anemia", *Journal of Clinical Rheumatology*, 87-90.
4. **Strand Vibeke, Mease Philip, Burmester** (2009), "Rapid and sustained improvements in health-related quality of life, fatigue, and other patient-reported outcomes in rheumatoid arthritis patients treated with certolizumab pegol plus methotrexate over 1 year: results from the RAPID 1 randomized controlled trial", *Arthritis research therapy*, 11, 1-12.
5. **Chauffier Karine, Salliot Carine, Berenbaum Francis, et al.** (2012), "Effect of biotherapies on fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature and meta-analysis", *Rheumatology*, 51(1), 60-68.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT U XƯƠNG SƯỜN ÁC TÍNH NGUYÊN PHÁT VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Trần Văn Cửa¹, Nguyễn Thị Thúy Liễu², Lê Đức Hạnh¹,
Nguyễn Văn Khoa¹, Nguyễn Minh Tâm¹

TÓM TẮT

U xương sườn ác tính nguyên phát là một biến thể hiếm gặp của u xương ác tính, chiếm chưa đến 1-2% trong số tất cả các loại u xương ác tính. Hầu hết các loại u xương ác tính thường liên quan đến xương dài, phổ biến nhất là xương đùi, xương chày, xương sườn. Việc không tương ứng giữa khám lâm sàng và kết quả lâm sàng gây rất nhiều khó khăn trong chẩn đoán xác định. Ở đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp u xương ở xương sườn thứ 6 bên phải đã được phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi khối u, đồng thời tái tạo lại sự khiếm khuyết thành ngực bằng lưới titan. Kết quả giải phẫu bệnh lý cho thấy u xương sườn ác tính. Sau 6 tháng phẫu thuật bệnh nhân tái khám với tình trạng bệnh rất ổn định. **Từ khóa:** U xương sườn, u xương sườn ác tính nguyên phát, phục hồi thành ngực.

SUMMARY

A SURGICAL CASE REPORT OF PRIMARY MALIGNANT RIB OSTEOSARCOMA AND A LITERATURE REVIEW

¹Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

²Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Cửa

Email: drtranvancuaag@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

Primary malignant rib osteosarcoma is a rare variant of malignant bone tumors, accounting for less than 1-2% of all osteosarcomas. Most malignant bone tumors are commonly associated with long bones, particularly the femur, tibia, and ribs. The discrepancy between clinical examination and clinical outcomes presents significant challenges in establishing a definitive diagnosis. Here, we report a case of osteosarcoma in the right sixth rib, which was surgically treated with wide tumor excision and chest wall defect reconstruction using a titanium mesh. Histopathological examination confirmed a diagnosis of malignant rib osteosarcoma. Six months postoperatively, the patient was in a stable clinical condition at follow-up. **Keywords:** Rib tumor, primary malignant rib osteosarcoma, chest wall reconstruction.

I. TỔNG QUÁT

U thành ngực là một trong những bệnh lý u tân sinh ở vùng thành ngực bao gồm u mô mềm, u xương và u sụn xương. U xương ngực có thể u nguyên phát hay u thứ phát. U xương ngực nguyên phát chiếm 7% đến 8% trong tổng số các khối u xương và khoảng 10% khối u xương nguyên phát ở thành ngực^[3].

Tất cả khối u xương sườn ác tính cần phải chẩn đoán phân biệt bao gồm sarcoma Ewing, sarcoma xương, sarcoma sụn, u Askin và các tổn thương di căn ở xương sườn. Tổn thương lành tính chiếm khoảng một nửa trong tổng số các

khối u thành ngực nguyên phát^[5]. U xương sườn ác tính nguyên phát là một dạng u xương hiếm gặp. Bởi vì u xương ác tính hiếm gặp nên việc chẩn đoán và điều trị trở nên rất khó khăn. Khi có khối u xương sườn thì được xem như một dạng u xương ác tính cho đến khi bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh lý để chẩn đoán xác định.

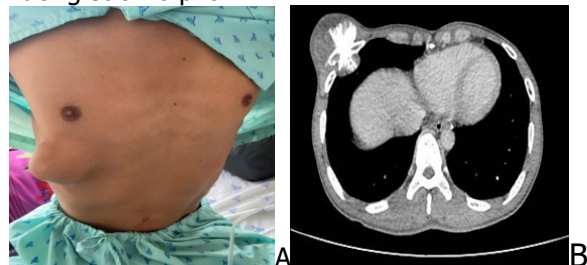
Xquang ngực là phương tiện đầu tiên để phát hiện khối u xương sườn cũng như tầm soát sự di căn ở phổi. Chụp cắt lớp vi tính (CLTV) lồng ngực là phương pháp chẩn đoán tiêu chuẩn với khả năng phát hiện bệnh 100% khi được thực hiện. CLVT lồng ngực giúp chẩn đoán chính xác vị trí u, đánh giá đặc điểm u, kích thước u và mức độ lan tỏa tới phổi, màng phổi, mô mềm, và sự hiện diện hay không của di căn phổi để có kế hoạch phẫu thuật cắt u và tái tạo thành ngực, theo dõi đáp ứng với hóa trị hoặc xạ trị

Phẫu thuật u xương sườn ác tính thường gặp nhiều khó khăn do u có khả năng xâm lấn vào các cơ quan lân cận, ngoài ra việc phục hồi sự khiếm khuyết của thành ngực trong và sau phẫu thuật cũng là một thách thức lớn cho phẫu thuật viên.

Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp u xương sườn ác tính nguyên phát đã được điều trị thành công và hồi cứu lại y văn.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

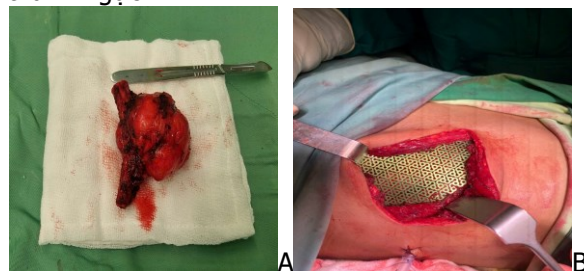
Bệnh nhân nam, 37 tuổi vào viện vì khối u thành trước ngực phải to dần. Bệnh nhân đã phát hiện khối u ở thành trước ngực trái cách đây khoảng 10 năm, vì khối u ngày càng to dần gây khó khăn trong sinh hoạt nên bệnh nhân nhập viện phẫu thuật. Khám lâm sàng: khối u vùng thành trước ngực phải tại vị trí cung trước xương sườn 6 với kích thước #5x6cm, sờ cứng, đau nhẹ, không di động. CLVT lồng ngực có can quang cho thấy hình ảnh hủy cung trước xương sườn 6 bên phải, không có viêm xơ xương, vùng chuyển tiếp rộng, phản ứng màng xương dạng tia nắng mặt trời; kết luận: theo dõi Sarcoma xương sườn 6 phải.



Hình 1. Hình ảnh khối u qua khám lâm sàng (A) và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (B)

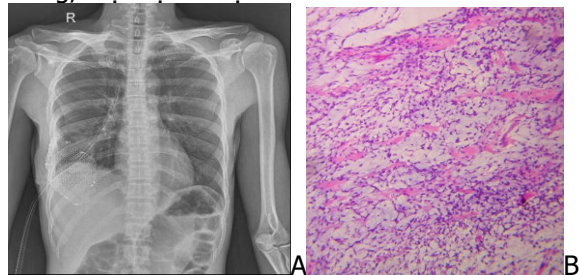
Chẩn đoán trước phẫu thuật: theo dõi Sarcoma xương sườn 6 phải và được phẫu thuật

theo phương pháp rạch da qua khối u dọc theo cung xương sườn 6 phải khoảng 10cm, mặt trước khối u không dính mô xung quanh còn vỏ bao, tách trọn mặt trước khối u. Mặt sau khối u dính chặt vào một phần màng phổi, một phần lấn vào trong khoang màng phổi phải. Tiến hành kiểm soát động mạch liên sườn 6 phải 2 đầu khối u, cắt 2 đầu xương sườn cách rìa khối u khoảng 2cm, bóc trọn khối u kèm theo một phần màng phổi phải gửi giải phẫu bệnh. Khâu cố định màng phổi phải để che phổi, tái tạo thành ngực bị khiếm khuyết bằng miếng lưới titan kích thước #10x8cm, dẫn lưu màng phổi và khâu phục hồi thành ngực.



Hình 2. Khối u xương sườn 6 đã cắt rời (A) và tái tạo thành ngực bằng lưới titan (B)

Bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ, được rút ống dẫn lưu màng phổi sau 3 ngày phẫu thuật và được cho xuất viện. Kết quả giải phẫu bệnh lý cho thấy Sarcoma xương sườn 6 phải, mặt cắt 2 đầu xương sườn không phát hiện tế bào u. Bệnh nhân được theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, hiện tại ổn định.



Hình 3: Hình ảnh Xquang ngực thẳng sau phẫu thuật (A) và kết quả giải phẫu bệnh lý (B)

III. BÀN LUẬN

Chẩn đoán. Bệnh nhân phát hiện khối u xương sườn cách đây 10 năm. Do khối u ban đầu có kích thước nhỏ và không gây triệu chứng, bệnh nhân không điều trị, dẫn đến khối u ngày càng phát triển, xâm lấn vào khoang màng phổi phải và gây khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày. Thăm khám lâm sàng ban đầu khả năng nghiêng về u xương sườn lành tính do khối u phát triển chậm và bệnh nhân gần như không có triệu

chứng tại chỗ hay toàn thân. Tuy nhiên, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực cho thấy hình ảnh hủy xương kèm phản ứng màng xương dạng tia nắng mặt trời, dấu hiệu gợi ý bản chất ác tính của khối u. Ngoài ra, kích thước khối u lớn hơn 5 cm cũng là một yếu tố quan trọng làm tăng nghi ngờ về khả năng ác tính, điều này làm cho việc chẩn đoán bản chất khối u trở nên phức tạp hơn. Sinh thiết bằng kim ở những khối u xương sườn lớn thường gặp nhiều khó khăn, đòi hỏi thực hiện nhiều lần nhưng độ chính xác thấp, đặc biệt đối với các u xương sườn nguyên phát.

Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh u thành ngực vẫn còn ít, đa số các trường hợp là u xương sườn, u xương ức ít gặp hơn. Tác giả Nguyễn Hoàng Bình, Trần Quyết Tiến đã báo cáo có 32 bệnh nhân được phẫu thuật u thành ngực tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong hơn 1 năm (2016). Tỷ lệ u ác tính chiếm 34,1%, u ác xương chiếm 18,6%, trong đó u xương sườn ác tính chỉ chiếm 4,4%^[4]. Chỉ định phẫu thuật khi khối u được chẩn đoán ác tính hay khối u có biến chứng loét, chảy máu, u gây đau cho bệnh nhân nhiều, u tiến triển.

Điều trị. Điều trị u xương sườn ác tính thì cần phải xác định rõ bản chất khối u trước phẫu thuật. Do chẩn đoán bản chất khối u trước phẫu thuật khó khăn nên việc phẫu thuật cắt trọn u xương sườn và cắt rộng 2 cm từ bờ u xương được nhiều tác giả trên thế giới chấp thuận. Một số báo cáo, các phẫu thuật viên đề nghị sinh thiết mẫu mô ở bờ cắt làm sinh thiết lạnh nhằm đảm bảo bờ cắt an toàn. Việc cắt bỏ rộng rãi nhằm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và tác động đáng kể đến sự sống còn của bệnh nhân. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm nói chung là 15% đến 20%, đối với những trường hợp không di căn thì tỷ lệ sống sót >50%^[5].

Một thách thức lớn trong phẫu thuật cắt u xương sườn ác tính nguyên phát là phục hồi lại sự khiếm khuyết của thành ngực nhằm đảm bảo sự ổn định, hỗ trợ tối ưu cho lồng ngực tránh tình trạng hô hấp nghịch đảo, đau, thoát vị hoặc tổn thương các cơ quan trong lồng ngực và cuối cùng đem lại kết quả thẩm mỹ tốt. Có nhiều phương pháp tái tạo thành ngực được báo cáo: chuyển vật cơ lưng rộng có cuống, Polytetrafluoroetylen, Polymethylmethacrylate, lưới và vít titan, ghép bằng vật liệu nhân tạo đúc tạo hình xương,... nhưng chưa có phương pháp nào được coi là tối ưu^[2]. Lưới titan có đặc tính cơ sinh học tuyệt vời giữa vật liệu cứng và vật liệu

dẻo uốn, việc dễ cắt và cố định bằng vít dễ dàng đem lại sự thích ứng tối ưu mà không cần dụng cụ chuyên dụng^[1]. Việc sử dụng lưới và vít titan tăng lên gần đây trong việc cố định ổ gãy xương sườn cũng như tái tạo các khiếm khuyết thành ngực sau khi cắt bỏ các khối u liên quan đến thành ngực đã giải quyết được một vấn đề nan giải trong suốt thời gian qua. Tác giả Nicola Tamburini và cộng sự đã tiến hành tái tạo thành ngực bằng lưới và vít titan cho 26 bệnh nhân, trong đó phổ biến nhất là u thành ngực nguyên phát hoặc thứ phát (38%) tiếp theo là ung thư phổi xâm lấn thành ngực (31%)^[6], không ghi nhận trường hợp tử vong. Tuy nhiên vẫn có tỉ lệ biến chứng như nhiễm trùng vết mổ, tràn khí màng phổi, chảy máu sau mổ.

Vai trò của hóa trị bổ trợ trong điều trị sarcoma xương sườn nguyên phát vẫn chưa rõ ràng.

IV. KẾT LUẬN

U xương sườn ác tính nguyên phát là một bệnh lý hiếm gặp. Chẩn đoán sớm rất quan trọng để cải thiện tiên lượng sống còn. Việc kết hợp khám lâm sàng, X-quang, CLVT lồng ngực, bao gồm kết giải phẫu bệnh lý là cần thiết để thiết lập chẩn đoán đúng. Phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi là phương pháp điều trị duy nhất có thể chữa khỏi bệnh và nên thực hiện càng toàn diện càng tốt. Bên cạnh đó tái tạo thành ngực trong hoặc sau phẫu thuật cắt u xương sườn rất quan trọng, nó đem lại kết quả hồi phục tốt và tránh những biến chứng nặng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Billè A, Okiror L, Karenovics W, et al. (2012). Experience with titanium devices for rib fixation and coverage of chest wall defects. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*;15(4): 588-595.
2. Girotti PNC and Bianchi F (2023). Chest wall reconstruction, prosthesis and allografts: a narrative review. *J Thorac Dis*;15(12): 7077-7087.
3. Incarbone M and Pastorino U (2001). Surgical treatment of chest wall tumors. *World journal of surgery* 25(2): 218-230.
4. Nguyễn Hoàng Bình, Lưu Hoài Nam, Vũ Hữu Vĩnh (2022). U xương sườn nguyên phát: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học của 45 trường hợp tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108;17.
5. Shah A. A. and D'Amico T. A. (2010). Primary chest wall tumors. *J Am Coll Surg*;3: 360-366.
6. Tamburini N, Grossi W, Sanna S, et al. (2019). Chest wall reconstruction using a new titanium mesh: a multicenters experience. *J. Thorac Dis*;11(8): 2072-1439.