

- Soerjomataram I, Jemal A, và c.s.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209–49.
- Kajitani T, et al (1981).** The general rules for the gastric cancer study in surgery and pathology. Part I. Clinical classification. *Jpn J Surg.* 11:127–39.
 - Noh SH, Hyung WJ, Cheong JH.** Minimally invasive treatment for gastric cancer: approaches and selection process. *J Surg Oncol.* 2005; 90(3):188–93; discussion 193–194.
 - Chen, J., Zhao, G. & Wang, et al (2020).** Analysis of lymph node metastasis in early gastric cancer: a single institutional experience from China. *World J Surg Onc* 18, 57
 - Li X, Liu S, Yan J, Peng L, Chen M, Yang J, và c.s.** The Characteristics, Prognosis, and Risk Factors of Lymph Node Metastasis in Early Gastric Cancer. *Gastroenterol Res Pract.* 2018; 2018: 6945743.
 - Wang Z, Ma L, Zhang XM, Zhou ZX.** Risk of lymph node metastases from early gastric cancer in relation to depth of invasion: experience in a single institution. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(13):5371–5.
 - Bausys R, Bausys A, Vysniauskaite I, Maneikis K, Klimas D, Luksta M, và c.s.** Risk factors for lymph node metastasis in early gastric cancer patients: Report from Eastern Europe country- Lithuania. *BMC Surg.* 2017;17(1):108.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỦA BỆNH NHÂN RÒ KHỚP ỨC ĐÒN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Huệ¹, Phạm Tuấn Cảnh^{1,2}, Nguyễn Nhật Linh¹,
Hoàng Thị Hoà Bình², Đới Xuân An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật (PT) của bệnh nhân (BN) rò khớp ức đòn tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương (BV TMH TW). **Đối tượng:** 23 BN được chẩn đoán và phẫu thuật lấy đường rò khớp ức đòn tại BV TMH TW từ 01/2017 đến 08/2023. **Phương pháp:** Mô tả chùm ca bệnh. **Kết quả:** Lý do vào viện gặp nhiều nhất sưng đau quanh lỗ rò 15/23 (65,2%), lỗ rò bên trái chủ yếu 14/23 (60,9%), triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất: tiết dịch qua lỗ rò 18/23 (78,7%), Siêu âm (SA): tỷ lệ phát hiện 13/18 (72,2%), 23/23 (100 %) đường rò đi về phía khớp ức đòn và tận hết ở gần khớp ức đòn khi PT, chiều dài đường rò trong PT: 13-32mm, trung bình 22,2mm, biểu mô đường rò chủ yếu là biểu mô lát tầng sừng hoá tỷ lệ 12/19 (63,2%), biến chứng sau PT: nhiễm trùng 1/23 (4,3%), theo dõi sau PT không có BN tái phát, 18/23 (78,7%) có kết quả PT tốt. **Kết luận:** PT lấy đường rò khớp ức đòn cho kết quả tốt, lấy hết đường rò, không tái phát.

Từ khóa: Rò khớp ức đòn, rò bẩm sinh vùng khớp ức đòn, xoang nang bì khớp ức đòn bẩm sinh, rò nang bì bẩm sinh ở vùng ngực trước.

SUMMARY

TO EVALUATE THE OUTCOME OF FISTULA RESECTION SURGERY OF THE STERNOCLAVICULAR JOINT AREA AT THE NATIONAL OTOLARYNGOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcome of fistula resection surgery of the sternoclavicular joint area at the National Otolaryngology Hospital. **Subjective:** 23 patients with congenital fistulas of the sternoclavicular joint area who underwent surgical resection at the National Otolaryngology Hospital from January 2017 to August 2023. **Method:** case series. **Result:** The most common reason to go to the hospital is abscess formation 15/23 (65.2%). The left fistula is main 14/23 (60.9%). The most common clinical symptom is discharge of pus or secretion from fistular orifice 18/23 (78.7%). Ultrasound detects fistula 13/18 (72.2%). 23/23 (100%) the fistula ended in the sternoclavicular joint area. The lengths of the fistula varied from 13 mm to 32 mm with an average of 22,2 mm. Histopathological analysis showed that the fistula was lined mainly by stratified squamous epithelium 19/12 (63.2%). Complications after surgery with infection is 1/23 (4.3%). Recurrence was not observed in the cases by following-up of 1 year to 7 years. 18/23 (78,7%) has good surgery result. **Conclusion:** Fistula resection surgery of the sternoclavicular joint area has good results, removed the fistula, and has not recurrence.

Keywords: Congenital cutaneous fistulas at the sternoclavicular joint, congenital fistulas of the sternoclavicular joint area, congenital sternoclavicular dermoid sinuses, congenital dermoid fistulas of the anterior chest region.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò khớp ức đòn (congenital cutaneous fistulas at the sternoclavicular joint) là đường rò bẩm sinh đặc trưng là một lỗ nhỏ ở da (lỗ rò da) ở phần cổ thấp, hoặc ngang mức xương đòn gần khớp ức đòn, xuất hiện ngay khi sinh ra, đường rò đi từ lỗ rò da đi xuyên qua cơ bám da cổ về phía khớp ức đòn, không xuyên vào bao

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huệ

Email: huenguyen2083@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

khớp.^{1,2,3} Vị trí ổ rò thường gặp bên trái theo Yang 83%,³ theo Ohno M 6/7 bệnh nhân.¹ Biểu hiện lâm sàng là ổ rò da bầm sinh ở phần cổ thấp, hoặc ngang mức xương đòn gần khớp ức đòn, thường tiết dịch trong, có lúc đục hoặc bã đậu. Đường rò thường sưng đau hoặc áp xe tái đi tái lại nhiều lần. Theo Yang tỷ lệ nhiễm trùng là 71,6%.³ Phẫu thuật lấy hết đường rò được thực hiện để tránh nhiễm trùng và tái phát.^{1,3,4,5,6,7}

Rò khớp ức đòn là bệnh hiếm gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Ở Việt Nam, chúng tôi chưa thấy báo cáo nào về bệnh lý này.

Do đó chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả PT của bệnh nhân rò khớp ức đòn tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật của của bệnh nhân rò khớp ức đòn được PT tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 2017-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán và PT lấy đường rò khớp ức đòn tại BV TMH TW từ tháng 01/2017 đến tháng 8/2023 (hồi cứu từ 01/2017 – 06/2022, tiến cứu từ 07/2022 - 08/2023).

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN có lỗ nhỏ trên da (ổ rò) bầm sinh ở phần cổ thấp, hoặc ngang mức xương đòn gần khớp ức đòn.

- BN được PT thấy đường rò đi về phía khớp ức đòn và tận hết ở gần khớp ức đòn cùng bên.

- BN được theo dõi, khám lại sau PT tại thời điểm kết thúc lấy số liệu.

- BN (và/ hoặc người nhà) đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không khám lại hoặc không theo dõi được BN sau PT.

- Cách thức phẫu thuật không mô tả rõ hướng đi của đường rò.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh

- Phương pháp lấy mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu/các biến số trong nghiên cứu

- Tuổi, giới; lý do vào viện (tiết dịch qua ổ rò, sưng đau quanh ổ rò, khối quanh ổ rò); vị trí ổ rò (bên trái hay bên phải, vùng cổ thấp hay ngang mức khớp ức đòn).

- Triệu chứng lâm sàng: Sốt; tiết dịch qua ổ rò; khối quanh ổ rò, sờ thấy thừng rò

- Siêu âm: kích thước, tính chất (đường giảm âm hay đám giảm âm, hay phổi hợp đám +

đường giảm âm), đường rò ở gần hay đi về phía khớp ức đòn.

- Đánh giá kết quả PT của các BN trên: Hướng đi đường rò, chiều dài đường rò, mô bệnh học đường rò: Loại biểu mô đường rò, biến chứng: Chảy máu, nhiễm trùng

+ Đánh giá kết quả PTt: Khám lại vào thời điểm kết thúc lấy số liệu, hoặc bất cứ thời điểm nào xuất hiện triệu chứng tái phát của bệnh (sưng đau, chảy dịch, rò mủ, ổ rò tại vị trí PT).

+ Sẹo sau PT: sẹo đẹp (sẹo nhỏ, phẳng, nằm trên nếp nhăn da), sẹo xấu (sẹo lồi, sẹo quá phát, co rút).

+ Kết quả PT: Tốt: Không tái phát, sẹo đẹp; Trung bình: Không tái phát, sẹo xấu; Kém: Có tái phát.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu được sự cho phép của lãnh đạo BV TMH TW, được giám sát thực hiện bởi Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng Khoa học Kỹ thuật của BV TMH TW.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

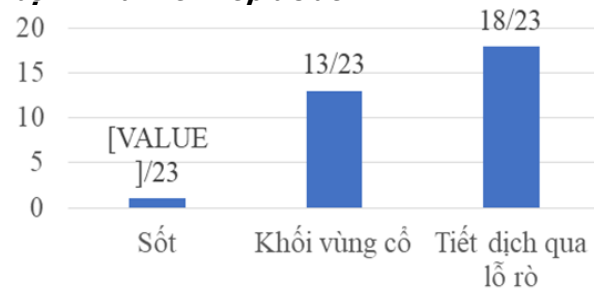
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới. Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu là 62,9 tháng. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất 0-5 tuổi tỷ lệ 14/23 (60,9%), nhỏ nhất là 9 tháng (2 BN), lớn nhất là 30 tuổi (1BN). BN nam chiếm chủ yếu tỷ lệ 16/23 (69,6%).

3.1.2. Lý do vào viện. Lý do vào viện chủ yếu là sưng đau quanh ổ rò, chiếm tỷ lệ 15/23 (65,2%).

3.1.3. Vị trí ổ rò khớp ức đòn. Vị trí hay gặp rò khớp ức đòn là bên trái chiếm 14/23 (60,8%), Trái/Phải là 14/9, trong đó bên trái hay gặp vị trí ổ rò ở ngang mức xương đòn 12/14, bên phải chỉ gặp ổ rò ở vùng cổ thấp.

3.1.4. Một số triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân rò khớp ức đòn



Hình 3.1: Một số triệu chứng lâm sàng của BN rò khớp ức đòn

Nhận xét: Triệu chứng gặp nhiều nhất khi

khám lâm sàng bệnh nhân rò khớp ức đòn là tiết dịch qua lỗ rò chiếm 18/23 (78,3%), tiếp đến là khối vùng cổ 13/23 (56,5%) trong đó 10/23 (43,5%) đang có nhiễm trùng (sưng, nóng, đỏ, đau) quanh lỗ rò vào viện điều trị trước PT.

3.1.5. Kết quả siêu âm vùng cổ ở bệnh nhân rò khớp ức đòn. Chỉ có 18/23 BN được siêu âm (SA) vùng cổ, trong đó tỷ lệ cao 13/18 (72,2%) phát hiện có dấu hiệu nghi ngờ rò khớp ức đòn như đám giảm âm vùng khớp ức đòn hay đường giảm âm mảnh đi về phía khớp ức đòn, tỷ lệ khá cao 5/23 (21,7%) không phát hiện được dấu hiệu gì khi SA vùng cổ.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân rò khớp ức đòn

3.2.1. Hướng đi đường rò trong phẫu thuật. Lỗ rò nằm ở vị trí khớp ức đòn đường rò đi ngang về phía khớp ức đòn tỷ lệ cao hơn 12/23 (52,2%), lỗ rò nằm ở vùng cổ thấp đường rò đi xuống về phía khớp ức đòn tỷ lệ thấp hơn 11/23 (47,8%).

3.2.2. Chiều dài đường rò trong phẫu thuật. Đường rò có chiều dài ngắn từ 13 - 32 mm, trung bình là 22,2 mm

3.2.3. Mô bệnh học đường rò sau phẫu thuật. Chỉ có 19/23 BN được làm xét nghiệm mô bệnh học sau phẫu thuật. Kết quả mô bệnh học của đường rò cho thấy biểu mô lát tầng sừng hoá chiếm chủ yếu 12/19 (63,2%), biểu mô trụ giả tầng 7/19 (36,8%).

3.2.4. Biến chứng sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng sau PT thấp, không có BN chảy máu sau PT, chỉ có 1/23 (4,3%) BN bị nhiễm trùng vết mổ sau PT.

3.2.5. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật
Các BN đều được theo dõi tái phát sau phẫu thuật với thời gian ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 7 năm, trong đó số BN có thời gian theo dõi dưới 5 năm chiếm 20/23 (87,0%).

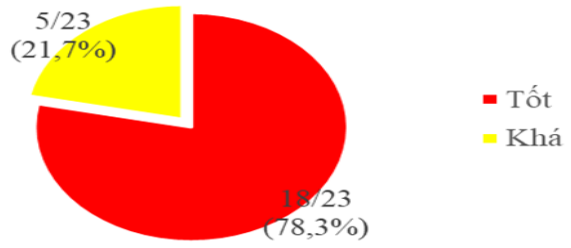
3.2.6. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật. Không có BN nào có dấu hiệu tái phát sau phẫu thuật.

3.2.7. Đánh giá sẹo sau phẫu thuật
Bảng 3.1: Đánh giá sẹo sau PT

Đánh giá	Sẹo đẹp		Sẹo xấu		N
	Ức đòn	Cổ thấp	Ức đòn	Cổ thấp	
n	7	11	5	0	23
%	35,7	42,8	21,4	0	100%

Nhận xét: Sẹo xấu chỉ xuất hiện ở vùng cạnh khớp ức đòn tỷ lệ 5/23 (21,7%), sẹo đẹp tỷ lệ chủ yếu 18/23 (78,3%) xuất hiện ở cả vùng cạnh khớp ức đòn và vùng cổ thấp.

3.2.8. Kết quả phẫu thuật



Hình 3.2: Kết quả PT

Nhận xét: Kết quả PT tốt (không tái phát, sẹo đẹp) chiếm tỷ lệ chủ yếu 18/23 (78,3%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

4.1.1. Tuổi và giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 0-5 tuổi chiếm tỷ lệ 14/23 (60,9%), nhỏ nhất là 9 tháng (2 BN), lớn nhất là 30 tuổi (1 BN), là khá tương đồng với các tác giả khác. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 62,9 tháng tuổi (5,24 tuổi) có cao hơn so với các tác giả khác, do trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN 30 tuổi nên kéo theo tuổi trung bình tăng lên. Theo M Ohno tuổi trung bình là 2,3 tuổi trong đó nhỏ nhất là 6 tháng tuổi, lớn nhất là 9 tuổi¹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số BN nam gặp 2,3 lần BN nữ. Kết quả của M Ohno cũng giống nghiên cứu của chúng tôi (nam/nữ là 5/2)¹. Nhưng so với các tác giả khác kết quả của chúng tôi tương đối khác, tỷ lệ nam/nữ theo Yang là 40/48³, theo Huang 4/6⁷. Chúng tôi nhận thấy nếu số lượng BN trong lô nghiên cứu không đủ lớn thì thường có sự chênh lệch nhau giữa hai giới.

4.1.2. Lý do vào viện. Lý do vào viện hay gặp nhất là sưng đau quanh lỗ rò tỷ lệ 15/23 (65,2%). Sưng, nóng, đỏ, đau vùng cổ tái đi tái lại nhiều lần khiến BN phải nhiều lần vào viện điều trị là gánh nặng về kinh tế cho cả BN, gia đình và xã hội, vì vậy đó là lý do thường gặp nhất khiến BN tới bệnh viện để phẫu thuật giải quyết nhiễm trùng và tránh tái phát. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các tác giả Huang, Willaert, Numajiri, Yang, Ohno^{1,3,4,5,7}.

4.1.3. Vị trí lỗ rò khớp ức đòn. Trong nghiên cứu của chúng tôi vị trí hay gặp lỗ rò khớp ức đòn là bên trái chiếm tỷ lệ 14/23 (60,8%), Trái/Phải là 14/9, trong đó ở bên trái hay gặp vị trí lỗ rò ở ngang mức xương đòn 12/14, ở bên phải chỉ gặp lỗ rò ở vùng cổ thấp. Kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả khác tuy rằng tỷ lệ gặp lỗ rò da bên trái của chúng tôi là 60,8%, thấp hơn so với các tác giả khác. Tỷ lệ lỗ rò bên trái: theo M Ohno là

6/7 (85,7%)¹, theo Yang là 73/88 (83%)³, còn các tác giả khác thì 100% gặp bên trái theo Willaert 8/8 (100%)⁴, theo Huang 10/10 (100%)⁷,

4.1.4. Một số triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân rò khớp ức đòn. Khi thăm khám lâm sàng triệu chứng gặp nhiều nhất là tiết dịch qua lỗ rò chiếm tỷ lệ 18/23 (78,3%). Vì khi vào viện để PT thường BN ở giai đoạn nhiễm trùng ổn định giúp cho tỷ lệ thành công cao hơn nên khi chúng tôi thăm khám lâm sàng tỷ lệ triệu chứng gặp cao nhất là tiết dịch qua lỗ rò 18/23 (78,3%), cao hơn một số tác giả, theo Yang 41/88 (46,6%)³. Tuy vậy chúng tôi vẫn còn gặp tỷ lệ khá cao khối vùng cổ 13/23 (56,5%), trong đó 10/23 (43,5%) đang có nhiễm trùng (sưng, nóng, đỏ, đau) quanh lỗ rò, phải điều trị nội khoa trước mổ. Việc điều trị nội khoa các BN bị nhiễm trùng ngay trước mổ làm cho thời gian ổn định nhiễm trùng ngắn, dẫn đến tỷ lệ biến chứng trong và sau PT sẽ cao hơn, khả năng tái phát sau mổ cũng cao hơn.

Triệu chứng sốt chỉ gặp ở 1/23 (4,3%) BN, điều này chứng tỏ bệnh cảnh lâm sàng của rò khớp ức đòn cũng có đợt nhiễm trùng vùng cổ tái đi tái lại giống rò xoang lê nhưng không rầm rộ như rò xoang lê, và rò khớp ức đòn có lỗ rò nguyên phát còn rò xoang lê thường không có lỗ rò nguyên phát. Những đặc điểm lâm sàng trên giúp phân biệt rò khớp ức đòn và rò xoang lê.

4.1.5. Kết quả siêu âm vùng cổ ở bệnh nhân rò khớp ức đòn. Trong nghiên cứu này không phải tất cả các BN đều được SA vùng cổ. Có tỷ lệ 18/23 (78,3%) BN được SA vùng cổ để phát hiện ra dấu hiệu nghi ngờ rò khớp ức đòn như đám giảm âm vùng khớp ức đòn, hay đường giảm âm đi về phía khớp ức đòn. Hosokawa báo cáo 2 trường hợp rò khớp ức đòn thì cả 2 trường hợp đều phát hiện được đám giảm âm đi về phía khớp ức đòn, kết thúc ở khớp ức đòn và không đi vào bao khớp². Ohno có tỷ lệ 3/7 BN phát hiện được dấu hiệu nghi ngờ đường rò trên SA¹, Huang có tỷ lệ 3/10⁷, Willaert có tỷ lệ 2/10⁴.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân rò khớp ức đòn

4.2.1. Hướng đi đường rò trong phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi PT thấy lỗ rò nằm ở vị trí khớp ức đòn, đường rò đi ngang về phía khớp ức đòn chiếm tỷ lệ cao hơn 12/23 (52,2%), lỗ rò da nằm ở vùng cổ thấp đường rò đi xuống về phía khớp ức đòn chiếm tỷ lệ thấp hơn 11/23 (47,8%). Nói chung đường rò có hướng đi xuống hoặc đi ngang tùy vị trí lỗ rò nhưng đều đi về phía khớp ức đòn và tận hết ở khớp ức đòn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng

tương đồng với các tác giả như Yang, Ohno, Huang, Willaert, Numajiri, Hosokawa, Baskovic đường rò đều đi về phía khớp ức đòn và tận hết ở khớp ức đòn^{1,2,3,4,5,6,7}. Đây là đặc điểm quan trọng trong PT giúp chẩn đoán xác định bệnh.

4.2.2. Chiều dài đường rò trong phẫu thuật. Đường rò có chiều dài ngắn từ 13 - 32 mm, trung bình là 22,2 mm. Chiều dài đường rò trong nghiên cứu của chúng tôi có lớn hơn của các tác giả khác, tuy nhiên không có khác biệt nhiều. Theo Ohno chiều dài đường rò từ 6-22 mm, trung bình 13 mm¹. Theo Yang chiều dài đường rò 11,36±3,17 mm³. Theo Huang chiều dài đường rò từ 5-22 mm, trung bình 11 mm⁷. Theo Willaert chiều dài đường rò từ 10-20 mm⁴. Nói chung chiều dài đường rò của BN rò khớp ức đòn tương đối ngắn, trung bình < 25 mm, điều này cho thấy việc PT lấy hết toàn bộ đường rò thường không quá phức tạp, ít biến chứng xảy ra trong và sau PT.

4.2.3. Mô bệnh học đường rò sau phẫu thuật. Trong đề tài 23 BN nghiên cứu chỉ có 19/23 BN được làm xét nghiệm mô bệnh học sau PT. Kết quả mô bệnh học của đường rò cho thấy biểu mô lát tầng sừng hoá chiếm tỷ lệ chủ yếu 12/19 (63,2%). Kết quả của chúng tôi tỷ lệ gặp biểu mô lát tầng có thấp hơn so với các tác giả khác nhưng biểu mô lát tầng vẫn chiếm ưu thế hơn so với biểu mô trụ. Yang hầu như gặp biểu mô lát tầng sừng hoá với tỷ lệ là 85/88 (96,6%)³. Ohno gặp 5/7 (71,4%) biểu mô lát tầng sừng hoá¹. Các tác giả khác chỉ gặp biểu mô lát tầng sừng hoá với thành phần phụ thuộc da như tuyến bã, tuyến mồ hôi, nang lông^{2,4,5,6,7}.

4.2.4. Biến chứng sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng sau PT thấp, không có BN chảy máu sau PT, chỉ có 1/23 (4,3%) BN bị nhiễm trùng (NT) vết mổ sau phẫu thuật, đây là BN phải chích rạch áp xe ngay trước PT và phải nằm viện điều trị 15 ngày trước PT. Do phẫu thuật ngay sau khi chích rạch áp xe nên nguy cơ NT vết mổ cao hơn các BN khác, BN này đã bị nhiễm trùng vết mổ sau khi PT 5 ngày. BN này đã được điều trị kháng sinh 1 tuần sau khi NT vết mổ xuất hiện, sau đó vết mổ khô và ổn định. Nghiên cứu của các tác giả khác như Yang, Ohno, Huang, Willaert, Numajiri, Hosokawa, Baskovic không có biến chứng sau PT^{1,2,3,4,5,6,7}. Vì vậy cần để vết chích rạch áp xe có thời gian ổn định dài, tránh nguy cơ biến chứng NT sau mổ.

4.2.5. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật. Các bệnh nhân đều được theo dõi tái phát sau PT với thời gian ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 7 năm, trong đó số bệnh nhân có thời

gian theo dõi dưới 5 năm chiếm 20/23 (87,0%), do tháng 07/2022 chúng tôi thu thập được BN cuối cùng, sau đó không thu thập được thêm BN nào đủ tiêu chuẩn lựa chọn, nên thời gian theo dõi ngắn nhất 1 năm. Như vậy thời gian theo dõi BN sau PT là tương đối dài có BN tới 7 năm sau PT.

4.2.6. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật.

Không có BN nào có dấu hiệu tái phát sau phẫu thuật ở nhóm BN nghiên cứu. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với hầu hết các tác giả. Numajiri theo dõi sau PT 11 tháng⁵, Baskovic theo dõi sau PT 2 năm⁶ đều không có BN tái phát. Các tác giả khác như Ohno, Huang, Willaert cũng theo dõi BN sau PT mặc dù không đề cập tới thời gian theo dõi nhưng cũng không có BN nào tái phát. Riêng Yang có tỷ lệ rất nhỏ 1/88 (1,1%) BN bị tái phát sau PT, BN này đã được PT lại sau đó và theo dõi sau PT lần 2 không tái phát³.

4.2.7. Đánh giá sẹo sau phẫu thuật.

Sẹo xấu (sẹo lồi, quá phát) chỉ xuất hiện ở vùng cạnh khớp ức đòn tỷ lệ 5/23 (21,7%), sẹo đẹp chiếm tỷ lệ chủ yếu 18/23 (78,3%) xuất hiện ở cả vùng cạnh khớp ức đòn và vùng cổ thấp. Tỷ lệ gặp sẹo lồi, quá phát sau PT ở nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi là 5/23 (21,7%) gần tương đương với tỷ lệ sẹo quá phát sau PT của tác giả Willaert là 2/8 (25%) [4], và thấp hơn hẳn so với tác giả Yang với tỷ lệ sẹo lồi, sẹo quá phát sau PT là 6/88 (6,82%)³. Baskovic báo cáo 1 ca bệnh theo dõi sau PT thấy có sẹo quá phát nhẹ⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi sẹo lồi, quá phát chỉ gặp ở vùng khớp ức đòn, trên những BN bị sưng đau quanh lỗ rò và phải chích áp xe nhiều lần, mà không gặp ở vùng cổ thấp, ngoài nguyên nhân do cơ địa sẹo lồi, có thể do vùng khớp ức đòn là nơi dễ kích thích tạo sẹo lồi, sẹo quá phát hơn vùng cổ, còn do NT vùng cổ tái lại nhiều lần để lại sẹo xấu.

4.2.8. Kết quả phẫu thuật. Kết quả PT tốt (không tái phát, sẹo đẹp) chiếm tỷ lệ chủ yếu 18/23 (78,3%), kết quả PT trung bình (không tái phát, sẹo xấu) chiếm 5/23 (22,7%), không có BN nào có kết quả PT kém (tái phát sau PT). Như vậy càng chứng tỏ rò da khớp ức đòn tuy là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý đường rò bẩm sinh khác, nhưng chiều dài đường rò ngắn, đầu tận đường rò ở nông, không xuyên vào bao khớp, PT không quá phức tạp, khả năng lấy triệt để đường rò cao nên tỷ lệ tái phát sau PT rất thấp hầu như không có, dẫn tới kết quả tốt sau khám lại là cao, chứng tỏ hiệu quả điều trị tốt.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm chung của đôi tượng

NGHIÊN CỨU

- Rò khớp ức đòn là bệnh hiếm gặp, 7 năm nghiên cứu số lượng BN là 23.

- Lý do vào viện gặp nhiều nhất là sưng đau quanh lỗ rò, tỷ lệ 15/23 (65,2%).

- Lỗ rò bên trái chủ yếu 14/23 (60,9%).

- Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất: tiết dịch qua lỗ rò 18/23 (78,7%).

- SA: tỷ lệ phát hiện 13/18 (72,2%).

5.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật rò khớp ức đòn

- PT: 100% đường rò đi về phía khớp ức đòn và tận hết ở gần khớp ức đòn mà không đi xuyên vào bao khớp

- Chiều dài đường rò trong PT: 13-32mm, trung bình 22,2mm

- Biểu mô đường rò chủ yếu là biểu mô lát tầng sừng hoá tỷ lệ 12/19.

- Biến chứng sau PT: NT 1/23 (4,3%).

- Theo dõi sau PT không có BN tái phát, kết quả sẹo đẹp 18/23 (78,7%).

- Kết quả PT: Tốt 18/23 (78,7%)

VI. KIẾN NGHỊ

Rò khớp ức đòn là bệnh hiếm, tuy đường rò ngắn, tỷ lệ tái phát sau PT thấp, nhưng BN thường đến viện khi đã sưng đau nhiều lần, dẫn tới để lại sẹo xấu sau PT, do đó BN cần được phát hiện và điều trị sớm khi chưa sưng đau, đảm bảo hiệu quả về PT và thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ohno M, Kanamori Y, Tomonaga K, et al. (2015). Congenital cutaneous fistula at the sternoclavicular joint - not a dermoid fistula but the remnant of the fourth branchial (pharyngeal) cleft? Otorhinolaryngol, 79(12), 2120e3.
2. Hosokawa T, Yamada Y, Takahashi H, et al. (2017). Congenital dermoid fistulas of the anterior chest region (CDFACR): usefulness of sonography for complete resection. Elsevier Inc. ^[SEP]
3. Yang G, He T. (2021). The Congenital Sternoclavicular Sinus: a Single- institution Retrospective Study of 88 Patients. BioMed Central Ltd, Orphanet Journal of Rare Diseases, Vol. 16, Issue 1.
4. Willaert A, Bruninx L, Hens G, et al. (2015). Congenital sternoclavicular dermoid sinus. Int J ^[SEP]Pediatr Otorhinolaryngol, 81:65e, 7.
5. Numajiri T, Nishino K, Uenaka M, et al. (2008). Congenital ^[SEP]dermoid fistula of the anterior chest region. Acta Derm ^[SEP]Venereol, 88(5):538e, 40. ^[SEP]
6. Baskovic M, Kljenak A. (2020). Unusual presentation of congenital dermoid fistula of the anterior chest region. J Cutan Aesthet Surg, 13:183, 4.
7. Huang S L, Zhang B, Chen L S, et al. (2016). Fourth branchial cleft deformity with skin orifice: a series of 10 cases. Pubmed.Gov, 7; 51(10), 776-779.