

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rubenwolf P, Stein R.** Diagnostik und Therapie des Maleszensus testis--ein Update unter Berücksichtigung der Leitlinien [Diagnosis and management of the undescended testis--an update in the light of the current guidelines]. Aktuelle Urol. 2013;44(6):445-451.
2. **Wood HM, Elder JS.** Cryptorchidism and testicular cancer: separating fact from fiction. J Urol. 2009;181(2):452-461.
3. **You J, Li G, Chen H, Wang J, Li S.** Laparoscopic orchiopexy of palpable undescended testes experience of a single tertiary institution with over 773 cases. BMC Pediatr. 2020; 20(1):124.
4. **BRAGA, Luis H.; LORENZO, Armando J.; ROMAO, Rodriao LP.** Canadian Urological Association-Pediatric Urologists of Canada (CUA-PUC) guideline for the diagnosis, management, and followup of cryptorchidism. Canadian Urological Association Journal, 2017, 11.7: E251.
5. **Thái Minh Sâm.** Kỹ thuật kéo dài thừng tinh trong điều trị tinh hoàn ẩn thể cao. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2007.
6. **O'Kelly JA, Breen KJ, Amoateng R, Scanlon L, Redmond EJ, Kiely EA.** Assessment of referral patterns for boys with suspected undescended testes and identification of risk factors to aid diagnosis. Surgeon. 2022;20(4):e100-e104.
8. **Ritzén EM.** Undescended testes: a consensus on management. Eur J Endocrinol. 2008;159 Suppl 1:S87-S90.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG CẮT THỰC QUẢN DO UNG THƯ BIỂU MÔ CÓ HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đào Văn Minh¹, Nguyễn Xuân Hòa², Trần Hiếu Học¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đáp ứng của hoá xạ trị tiền phẫu ở nhóm người bệnh được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản do ung thư biểu mô tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017-2022 và đánh giá kết quả phẫu thuật ở nhóm người bệnh trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 40 bệnh nhân ung thư biểu mô thực quản 1/3 giữa-1/3 dưới được hóa xạ trị tiền phẫu sau đó là phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng không hoàn toàn lần lượt là 37,5%; 62,5%. Tỷ lệ đáp ứng ở các bệnh nhân có độ biệt hóa khác nhau là khác nhau và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Khoảng thời gian nghỉ sau kết thúc hóa xạ trị đến khi phẫu thuật ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng của bệnh nhân và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Thời gian mổ trung bình là $310,0 \pm 34,5$ phút, lượng máu mất trung bình $102,75 \pm 58,6$ ml. Số lượng hạch nạo vét trong toàn bộ cuộc phẫu thuật trung bình là $19,38 \pm 11,31$ hạch, ít nhất là 5 hạch, nhiều nhất là 69 hạch. Tỷ lệ R0 đạt 100%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 32,5%, trong đó biến chứng hô hấp chiếm 22,5%. Thời gian sống thêm trung bình: $48,4 \pm 4,8$ tháng. Tỷ lệ sống thêm trung bình ước tính 1 năm, 3 năm, 5 năm 76,9%; 61,9%; 51,1%. Mức độ xâm lấn, di căn hạch, độ biệt hóa mô bệnh học, ảnh hưởng đến thời gian sống thêm với $p < 0,05$.

Từ khóa: Hóa xạ trị tiền phẫu, ung thư thực quản, đáp ứng hoàn toàn.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC THORACOABDOMINAL ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER WITH PRE-OPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: Comment on the response to preoperative chemoradiotherapy in a group of patients undergoing minimally invasive surgery for esophageal cancer at Viet Duc Friendship Hospital from 2017 to 2022 and evaluate the surgical outcomes in this patient group. **Subject and methods:** A descriptive retrospective study was conducted on 40 patients with esophageal cancer located in the middle third to lower third of the esophagus who underwent preoperative chemoradiotherapy followed by minimally invasive surgery for esophageal cancer. **Results:** The rates of complete response and partial response were 37.5% and 62.5% respectively. The response rates in patients with different histological subtypes were statistically significant with a p-value < 0.05 . The duration of the interval between the end of radiotherapy and surgery had a significant impact on the response rate, with a statistically significant p-value of < 0.05 . The average duration of surgery was 310.0 ± 34.5 minutes, and the average blood loss was 102.75 ± 58.6 ml. The average number of lymph nodes harvested during the entire surgical procedure was 19.38 ± 11.31 , with a minimum of 5 nodes and a maximum of 69 nodes. The R0 resection rate was 100%. The postoperative complication rate was 32.5%, with respiratory complications accounting for

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đào Văn Minh

Email: daovaminh1992@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

22.5%. The average additional survival time was 48.4 ± 4.8 months. The estimated average survival rates at 1 year, 3 years, and 5 years were 76.9%, 61.9%, and 51.1%, respectively. The extent of invasion, lymph node metastasis, histological differentiation, and especially the response rate after radiotherapy significantly influenced the additional survival time with a p-value of <0.05.

Keywords: Preoperative chemoradiotherapy, esophageal cancer, pathologic complete response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh lý ác tính thường gặp của hệ tiêu hoá. Điều trị UTTQ chủ yếu dựa vào giai đoạn bệnh và thể trạng của bệnh nhân. Phẫu thuật, hóa trị, xạ trị là 3 phương pháp điều trị chủ yếu. Phẫu thuật cắt thực quản vẫn là nền tảng của liệu pháp điều trị ung thư thực quản hiện nay, tuy nhiên phẫu thuật đơn thuần thường đi kèm với tỷ lệ tái phát hoặc di căn cao với khả năng sống sót thấp ở những bệnh nhân ung thư thực quản tiến triển, tỷ lệ sống sót sau 5 năm dao động 15% đến 39%.¹ Ngày nay hóa xạ trị tiên phẫu sau đó là phẫu thuật nội soi cắt thực quản là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho UTTQ giai đoạn tiến triển. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã ứng dụng hóa xạ trị tiên phẫu sau đó là phẫu thuật nội soi cắt thực quản từ những năm 2017 tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về nhóm bệnh nhân này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau: *Nhận xét đáp ứng của hoá xạ trị tiên phẫu ở nhóm người bệnh được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản do ung thư biểu mô tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017-2022 và đánh giá kết quả phẫu thuật ở nhóm người bệnh trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 bệnh nhân ung thư biểu mô thực quản 2/3 dưới được hóa xạ trị tiên phẫu sau đó được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 7 năm 2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Ung thư biểu mô thực quản ngực 2/3 dưới. Được hoá xạ trị tiên phẫu. Được cắt thực quản bằng nội soi ngực bụng. Hồ sơ bệnh án đủ các thông tin cần thiết trong nghiên cứu. Được theo dõi sau mổ để đánh giá kết quả.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư biểu mô thực quản 2 vị trí trở lên. Ung thư biểu mô thực quản kèm theo 1 hoặc nhiều ung thư ở cơ quan bộ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt

ngang

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Thuận tiện (tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn)

- **Các biến số nghiên cứu:**

+ Đáp ứng điều trị: Đáp ứng lâm sàng, đáp ứng cận lâm sàng, đáp ứng toàn bộ, yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị.

+ Kết quả phẫu thuật: Kết quả sớm sau mổ, thời gian sống sau mổ, các yếu tố liên quan đến thời gian sống sau mổ.

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đáp ứng điều trị hóa xạ trị tiên phẫu

Bảng 1: Đáp ứng sau hóa xạ trị

Đáp ứng	Mất hoàn toàn	Mất 1 phần	Không thay đổi hoặc tiến triển
Triệu chứng lâm sàng	23(57,5%)	16(40%)	1(2,5%)
Nội soi	13(32,5%)	26(65%)	1(2,5%)
Chụp CLVT	19(47,5%)	20(50%)	1(2,5%)
Đáp ứng sau hóa xạ trị	13(32%)	26(65%)	1(2,5%)

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ trị là 13/40 trường hợp chiếm 32,5%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau phẫu thuật là 15/40 bệnh nhân chiếm 37,5%.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị

Đáp ứng	Yếu tố	Đáp ứng không hoàn toàn		Đáp ứng hoàn toàn		P
		n	%	n	%	
Tuổi	≤60	19	65,5	10	34,5	0,716
	>60	6	54,5	5	45,5	
Vị trí u	1/3 giữa	7	43,8	9	56,2	0,094
	1/3 dưới	18	75	6	25	
Chiều dài u	≤5cm	19	59,4	13	40,6	0,686
	>5cm	6	75	2	25	
T trước mổ	T2	4	67,7	2	33,3	1
	T3	18	60	12	40	
	T4	3	75	1	25	
Độ biệt hóa	Biệt hóa vừa	20	57,1	15	42,9	0,137
	Biệt hóa kém	5	100	0	0	
Thời gian nghỉ	≤42 ngày	13	50	13	50	0,04
	>42 ngày	12	85,7	2	14,3	

Nhận xét: Tuổi, vị trí u, chiều sài khối u, mức độ xâm lấn T trước mổ, độ biệt hóa không có mối liên quan đến đáp ứng điều trị. Khoảng thời gian nghỉ sau điều trị có ảnh hưởng đến tình trạng đáp ứng sau hóa xạ trị với p<0,05.

3.2. Kết quả phẫu thuật

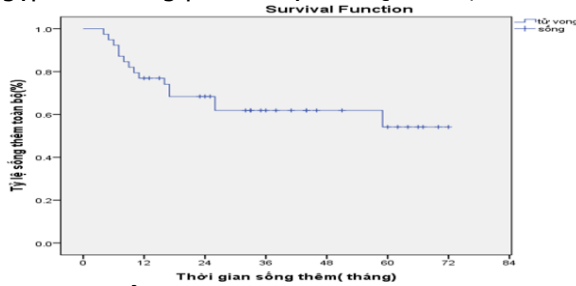
Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Các chỉ số	Giá trị trung bình (Min-Max)
Kết quả trong mổ	Thời gian phẫu thuật	310± 34,5% (250-420 phút)
	Số lượng máu mất	102,75±58,6% (50-300ml)
	Số hạch nạo vét được	19,4±11,3 hạch (5-69 hạch)
	Tai biến trong mổ	Không
Kết quả sau mổ	Thời gian nằm hồi sức	2,7±2,14 ngày (1-12 ngày)
	Thời gian rút dẫn lưu ngực	6,3±1,56 ngày (3-10 ngày)
	Thời gian nằm viện	12,6±4,6 ngày (9-38 ngày)
	Tử vong sau mổ	Không
	Diện cắt R0	100%

Bảng 4: Biến chứng sau mổ

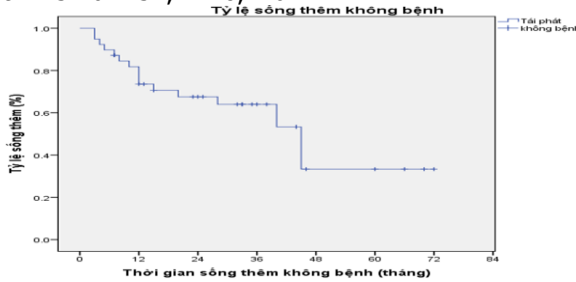
Biến chứng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hô hấp	Viêm phổi	3	7,5
	Tràn dịch màng phổi	4	10
	Xẹp phổi	2	5
	Tổng	9	22,5
Rò miệng nối		3	7,5
Tổn thương thanh quản quặt ngược		1	2,5
Rối loạn nhịp tim		0	0
Rò dưỡng chấp		0	0
Các biến chứng khác		0	0

Nhận xét: Hô hấp vẫn là biến chứng hay gặp nhất trong phẫu thuật UTTQ với 22,5%



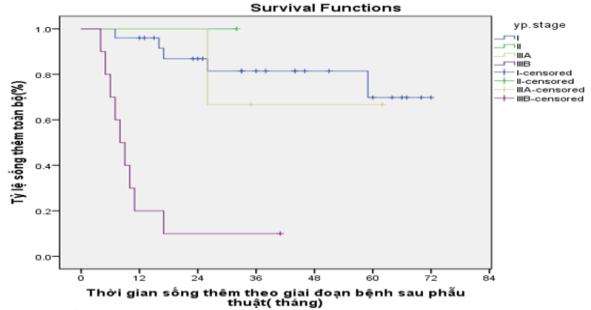
Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình: 48,4±4,8 tháng. Tỷ lệ sống thêm trung bình ước tính 5 năm 54,1±10,2%.



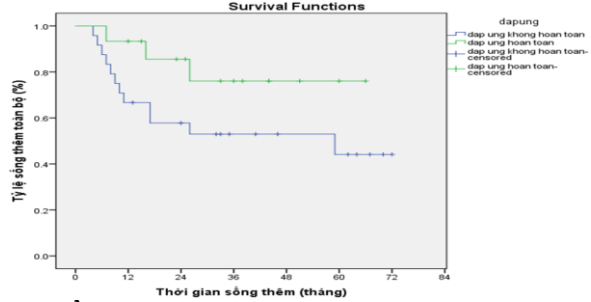
Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm không bệnh

Nhận xét: Thời gian sống không bệnh trung bình 41,3 ±4,8 tháng, tỷ lệ sống không bệnh ước tính 1 năm, 3 năm, 5 năm lần lượt là 81,7%; 64%; 33,3%.



Biểu đồ 3: Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình của nhóm giai đoạn I, II, IIIA, IIIB lần lượt là 60,3±4,7; 32; 50± 9,8; 11,8±4,9 tháng. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê p< 0,05



Biểu đồ 4: Thời gian sống thêm theo đáp ứng hóa xạ trị

Nhận xét: Thời gian sống trung bình sau mổ của nhóm bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn; đáp ứng không hoàn toàn lần lượt là 54,4± 5,9; 42,2± 6,2 tháng. Kết quả không có ý nghĩa thống kê p> 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đáp ứng điều trị hóa xạ tiên phẫu.

Trong số 40 bệnh nhân ở nghiên cứu của chúng tôi, có 23 bệnh nhân hết hoàn toàn các triệu chứng cơ năng sau khi được hóa xạ trị chiếm 57,5%, 16 bệnh nhân có giảm các triệu chứng so với trước khi điều trị, chỉ 1 bệnh nhân không thay đổi về triệu chứng. Kết quả ở nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với các kết quả đã công bố của các tác giả khác. Tác giả Nguyễn Thị Hà (2021)² nghiên cứu trên 44 bệnh nhân thấy rằng có 45.5% bệnh nhân không còn triệu chứng sau hóa xạ trị tiên phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,5%. Phạm Quang Anh³ thấy rằng

có 48,6% trường hợp đáp ứng hoàn toàn sau khi hóa xạ trị. Câu hỏi đặt ra với bệnh nhân sau khi điều trị hóa xạ trị tiền phẫu có đáp ứng hoàn toàn thì có cần thiết phải phẫu thuật cắt bỏ thực quản. Tác giả Carlo Castoro⁴ nghiên cứu trên 77 bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ trị, 39 bệnh nhân được phẫu thuật, 38 bệnh nhân được theo dõi và chỉ phẫu thuật khi phát hiện tái phát u, kết quả tỷ lệ sống sót chung 5 năm ở 2 nhóm này gần như không khác nhau ($p=0,99$). Tác giả Takashi Taketa⁵ nghiên cứu 61 bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn nhưng từ chối phẫu thuật, thời gian sống trung bình 5 năm và tỷ lệ sống không tái phát lần lượt là lần lượt là 58,1 ± 8,4 và 35,3 ± 7,6. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về giải phẫu bệnh của bệnh nhân là 37,5%, đáp ứng không hoàn toàn là 62,5%. Nghiên cứu của Phạm Quang Anh với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 54,3%, đáp ứng một phần 15%, không đáp ứng 1%.³ Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của các tác giả Susanne Warner⁶ (2014) là 34%. Tương tự như các tác giả khác, tuổi, vị trí kích thước u, T trước mổ, mô bệnh học không liên quan đến việc đáp ứng điều trị sau hóa xạ trị tiền phẫu, thời gian nghỉ sau điều trị mới là yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị. Shapiro và cộng sự⁷ nhận thấy rằng khoảng thời gian kéo dài sau hóa xạ trị đã làm tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và có thể cải thiện thời gian sống sót. Nên thực hiện việc cắt thực quản trong vòng 7-8 tuần sau hóa xạ trị tiền phẫu, đặc biệt ở những bệnh nhân phục hồi tốt và đáp ứng với hóa xạ trị.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 310,00 ± 34,5 phút, lượng máu mất trung bình cuộc mổ không đáng kể là 102,75 ± 58,6ml. Nghiên cứu của tác giả Guangyuan Liu⁸ với thời gian phẫu thuật (253,59 ± 47,51 so với 222,86 ± 42,86 phút), lượng máu mất trong mổ (164,55 ± 109,09 so với 146,19 ± 112,89 ml. Hóa xạ trị tiền phẫu đã trở thành tiêu chuẩn trong điều trị UTTQ giai đoạn tiến triển, tuy nhiên chúng ta biết rất ít số lượng và phạm vi tối ưu của hạch bạch huyết cần được loại bỏ sau khi điều trị hóa xạ. Hướng dẫn NCCN về điều trị UTTQ khuyến nghị rằng cần cắt bỏ ít nhất 15 hạch bạch huyết ở bệnh nhân UTTQ đã được điều trị tân bổ trợ trước phẫu thuật.⁹ Số lượng hạch nạo vét được trung bình của chúng tôi tương tự các tác giả khác với 19,4 ± 11,3 hạch. Tác giả Guangyuan Liu⁸ cho kết quả số hạch được cắt bỏ (18,36 ± 8,01 ở nhóm phẫu thuật sau nCRT so với 22,10 ± 12,03 ở nhóm phẫu thuật đơn thuần). Biến chứng hô hấp là một trong những biến chứng

thường gặp sau phẫu thuật cắt thực quản và được cho là nguyên nhân chính ở những trường hợp tử vong sau phẫu thuật thực quản. Biến chứng hô hấp của chúng tôi là 22,5%, tương tự các tác giả khác. Tác giả Surendran¹⁰ thấy rằng mức độ khó khăn gia tăng trong phẫu thuật bóc tách được thấy ở gần 55% bệnh nhân, với nhiều hơn một yếu tố gây ra khó khăn về mặt kỹ thuật ở 36% bệnh nhân. Yếu tố phổ biến nhất ảnh hưởng đến khó khăn trong phẫu thuật là xơ hóa dính do bức xạ. Thời gian sống thêm toàn bộ trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,4 ± 4,8 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm, 5 năm lần lượt là 76,9%; 68,4%; 61,9%; 54,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ảnh hưởng của mức độ xâm lấn T, tình trạng di căn hạch N, độ biệt hóa mô bệnh học hay giai đoạn bệnh đến thời gian sống sót của bệnh nhân là khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Sự an toàn của xạ trị và hóa trị liệu tân bổ trợ đã được khẳng định, việc cắt bỏ R0 và pCR là mục tiêu quan trọng của liệu pháp tân bổ trợ. Tuy nhiên, không phải tất cả các phương pháp điều trị tân bổ trợ đều có thể đạt được pCR. Một phần bệnh nhân vẫn không đạt được pCR sau hóa xạ trị tân bổ trợ. Mặc dù khả năng sống sót lâu dài kém hơn so với bệnh nhân pCR, nhưng nhóm bệnh nhân này vẫn có thể đạt được hiệu quả sống sót sau phẫu thuật tốt hơn so với phẫu thuật đơn thuần.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đáp ứng hóa xạ trị

- Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ trị tiền phẫu tương đối cao với 37,5%.

- Tỷ lệ đáp ứng không có mối liên quan đến các yếu tố tuổi, vị trí u, chiều dài, giai đoạn khối u.

- Khoảng thời gian nghỉ sau kết thúc hóa xạ trị đến khi phẫu thuật ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng của bệnh nhân và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

5.2. Kết quả phẫu thuật

- Thời gian mổ trung bình không khác so với phẫu thuật đơn thuần là 310,0 ± 34,5 phút.

- Số lượng hạch nạo vét trong toàn bộ cuộc phẫu thuật trung bình là 19,38 ± 11,31 hạch, ít nhất là 5 hạch, nhiều nhất là 69 hạch. Tỷ lệ R0 đạt 100%.

- Thời gian nằm viện trung bình: 12,63 ± 4,56 ngày

- Tỷ lệ biến chứng sau mổ không tăng so với phẫu thuật thông thường, đa số biến chứng vẫn liên quan đến hô hấp.

- Thời gian sống thêm trung bình: 48,4 ± 4,8 tháng. Tỷ lệ sống thêm trung bình ước tính 1 năm,

3 năm, 5 năm lần lượt là 76,9%; 61,9%; 51,1%.
- Mức độ xâm lấn, di căn hạch, độ biệt hóa mô bệnh học ảnh hưởng đến thời gian sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Herskovic A, Russell W, Liptay M, Fidler MJ, Al-Sarraf M.** Esophageal carcinoma advances in treatment results for locally advanced disease: review. *Annals of Oncology.* 2012;23(5):1095-1103. doi:10.1093/annonc/mdr433
2. **Nguyễn Thị Hà** (2021), Kết quả hóa xạ trị đồng thời tiên phẫu ung thư thực quản 1/3 giữa dưới giai đoạn II, III tại bệnh viện TWQĐ 108, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Phạm Quang Anh** (2021). Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời tiên phẫu ung thư biểu mô thực quản 1/3 giữa dưới, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
4. **Castoro C, Scarpa M, Cagol M, et al.** Complete Clinical Response After Neoadjuvant Chemoradiotherapy for Squamous Cell Cancer of the Thoracic Oesophagus: Is Surgery Always Necessary? *J Gastrointest Surg.* 2013;17(8):1375-1381. doi:10.1007/s11605-013-2269-3
5. **Taketa T, Correa AM, Suzuki A, et al.** Outcome of trimodality-eligible esophagogastric cancer patients who declined surgery after preoperative chemoradiation. *Oncology.* 2012;83(5):300-304. doi:10.1159/000341353
6. **Warner S, Chang YH, Paripati H, et al.** Outcomes of Minimally Invasive Esophagectomy in Esophageal Cancer After Neoadjuvant Chemoradiotherapy. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2014;97(2): 439-445. doi: 10.1016/j.athoracsur.2013.09.042
7. **Shapiro J, van Hagen P, Lingsma HF, et al.** Prolonged Time to Surgery After Neoadjuvant Chemoradiotherapy Increases Histopathological Response Without Affecting Survival in Patients With Esophageal or Junctional Cancer. *Annals of Surgery.* 2014;260(5):807. doi: 10.1097/SLA.0000000000000966
8. **Liu G, Han Y, Peng L, Wang K, Fan Y.** Reliability and safety of minimally invasive esophagectomy after neoadjuvant chemoradiation: a retrospective study. *J Cardiothorac Surg.* 2019;14:97. doi:10.1186/s13019-019-0920-0
9. **National Comprehensive Cancer Network.** Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. Version 3.2023 August 29-2023. In: *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology* [Internet].
10. **Surendran S, Midha G, Paul N, et al.** Feasibility, safety and oncological outcomes of minimally invasive oesophagectomy following neoadjuvant chemoradiotherapy for oesophageal squamous cell carcinoma – Experience from a tertiary care centre. *Journal of Minimal Access Surgery.* 2022;18(4): 545. doi:10.4103/jmas.jmas_242_21

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LẤY BỎ THÂN ĐỐT SỐNG DỊ TẬT, KẾT HỢP NẸP VÍT QUA CUỐNG LỐI SAU ĐIỀU TRỊ GÙ VẠO CỘT SỐNG DO DỊ TẬT NỬA THÂN ĐỐT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Anh Tú¹, Nguyễn Hoàng Long², Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy bỏ thân đốt dị tật, kết hợp nẹp vít qua cuống lối sau điều trị gù vẹo cột sống do dị tật nửa thân đốt sống. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 25 bệnh nhân được chẩn đoán gù vẹo cột sống do dị tật nửa thân đốt sống, được phẫu thuật lấy bỏ thân đốt sống dị tật, kết hợp nẹp vít qua cuống lối sau từ năm 2018 đến năm 2022 tại khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình khi phẫu thuật 9,16 ± 2,72 tuổi, thời gian theo dõi trung bình 23,48 ± 12,43 tháng. Thời gian phẫu thuật trung bình 196 ± 47 phút với lượng máu mất trung bình 426,7ml (50 - 1200ml). Góc vẹo vùng trung bình trước mổ 40,2 ± 10,63°, giảm còn 10,82 ± 6,09° sau mổ,

lần theo dõi cuối 12,81 ± 6,25°. Góc vẹo chính trung bình trước mổ 43,08 ± 10,52°, sau mổ 14,27 ± 6,25°, lần theo dõi cuối 17,05 ± 6,22°. Góc gù vùng trung bình trước mổ 29,74 ± 16,42°, sau mổ 10,29 ± 5,65°, lần theo dõi cuối 12 ± 6,06°. Số đốt sống hàn xương trung bình 3,6 ± 1,4. Không có biến chứng liên quan tổn thương thần kinh, có 1 trường hợp gặp biến chứng liên quan đến nẹp vít, 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, tất cả các trường hợp đều được xử lý thành công. **Kết luận:** Phẫu thuật lấy bỏ thân đốt dị tật, kết hợp nẹp vít qua cuống đối với bệnh nhân dị tật nửa thân đốt sống là phương pháp nắn chỉnh gù vẹo hiệu quả, bệnh nhân cần được phẫu thuật sớm để đạt kết quả nắn chỉnh tốt và bảo tồn được nhiều đơn vị vận động. **Từ khóa:** dị tật nửa thân đốt sống, gù vẹo cột sống bẩm sinh, lấy bỏ đốt sống dị tật.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF POSTERIOR HEMIVERTEBRA RESECTION WITH TRANSPEDICULAR INSTRUMENTATION FOR CONGENITAL SCOLIOKYPHOSIS AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: tunguyenanh1357@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024