

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

VĂN ĐỨC MINH LÝ

**NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ CÁC BƯỚU
XƯƠNG VÀ TỔN THƯƠNG DẠNG BƯỚU
ĐẦU GẦN XƯƠNG ĐÙI**

Chuyên ngành: Chấn thương Chỉnh hình và tạo hình

Mã số: 62720129

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thành phố Hồ Chí Minh – Năm 2021

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS. TS. CAO THỈ

2. PGS. TS. LÊ CHÍ DŨNG

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường

Họp tại: **ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

Vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện khoa học Tổng hợp TP.HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP.HCM

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

Nghiên cứu về bướu xương nói chung và các bướu xảy ra ở đầu gần xương đùi nói riêng là một lĩnh vực chuyên khoa rất sâu và cần thiết trong ngành Chấn thương Chỉnh hình. Tại Việt Nam, mặc dù đã có một số công trình nghiên cứu về bướu xương tại các bệnh viện nhưng đều tập trung vào một số bệnh lý cụ thể như: “bướu đại bào xương, sarcôm tạo xương, ung thư di căn xương, loạn sản sụn...”. Tương tự theo y văn trên thế giới, các nghiên cứu và báo cáo về bướu xương cũng thường chỉ tập trung nghiên cứu cá thể một loại bệnh nào đó.

Trong khi đó, vùng đầu gần xương đùi có tầm quan trọng đặc biệt về vị trí giải phẫu học, góp phần đảm nhiệm sinh cơ học khớp háng, vai trò chức năng quan trọng trong việc chịu trọng lực phần dưới cơ thể, đảm nhận việc đi lại, chạy nhảy, leo trèo, cân bằng tư thế.... Bướu xương và tổn thương dạng bướu là một trong các bệnh lý có thể gặp ở sang thương nguyên phát hoặc tổn thương thứ phát sau chấn thương vùng này. Các nghiên cứu chuyên sâu về bướu xương vị trí này hiện nay còn ít, tập trung vào một kỹ thuật mổ hay cá thể một loại bướu, sang thương nào đó. Vì đây là vùng chịu trọng lực đặc biệt; tầm quan trọng ảnh hưởng đến chức năng đi lại của chi dưới và sự thẩm mỹ, toàn vẹn của hình dáng cơ thể nên cần có nghiên cứu đánh giá cụ thể, hệ thống hóa lại các đặc điểm của các loại bướu xương và tổn thương dạng bướu vùng đầu gần xương đùi cũng như các phương pháp phẫu thuật điều trị tương ứng.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh và mối liên quan các bướu xương và tổn thương dạng bướu đầu gần xương đùi.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị các bướu xương và tổn thương dạng bướu đầu gần xương đùi theo các phương pháp hiện tại.

2. Tính cấp thiết của đề tài

Đặc điểm của các bướu xương vùng đầu gần xương đùi là gây tạo hay hủy xương vùng cổ mẫu chuyển xương đùi, tổn thương lan rộng đe dọa gãy hay gãy xương bệnh lý thật sự gây đau nên ảnh hưởng nhiều đến chức năng đi lại do vậy tác động không nhỏ lên khả năng lao động và chất lượng sống của bệnh nhân. So với các vị trí hay xảy ra bướu xương trên cơ thể, các bướu xương và tổn thương dạng bướu đầu gần xương đùi có đặc điểm gì nổi bật và riêng biệt? Việc chẩn đoán và điều trị các bướu xương vị trí này trước giờ được thực hiện ra sao và mang lại kết quả như thế nào? Theo y văn thì **chưa có** nghiên cứu nào cho thấy một bức tranh tổng thể về phân bố các loại bướu và các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh cũng như phương pháp điều trị các bướu xương và tổn thương dạng bướu vùng này. Do vậy đề tài thật sự cần thiết và không trùng lặp, có ý nghĩa khoa học và thực tiễn.

3. Những đóng góp mới của luận án

- Đề tài khá công phu với cỡ mẫu tương đối lớn về loại tổn thương này. Kết quả nghiên cứu cho thấy bức tranh khá toàn cảnh các loại bướu thường gặp vùng này với một số đặc điểm về lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh đặc trưng, góp phần giúp chẩn đoán bệnh. Điều trị phẫu thuật mang lại kết quả khả quan về chức năng và chất lượng sống.
- Kết quả và kết luận của luận án có ý nghĩa khoa học và đóng góp cho chuyên ngành Chấn thương Chỉnh hình: hệ thống và áp dụng các phương pháp điều trị cho từng loại bướu xương vùng đầu gần xương đùi.

4. Bố cục luận án

Luận án có 148 trang, 45 bảng, 4 biểu đồ, 3 lưu đồ, 5 sơ đồ, 81 hình. Có 99 tài liệu tham khảo bao gồm 20 tài liệu tiếng Việt, 79 tài liệu tiếng Anh gồm: Mở đầu 2 trang, Tổng quan tài liệu: 36 trang, Đối tượng và PPNC 27 trang, Kết quả 33 trang, Bàn luận 48 trang, Kết luận 2 trang.

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu ứng dụng đầu trên xương đùi và sinh cơ học khớp háng

Vùng đầu trên (đầu gần) xương đùi được giới hạn từ chỏm đến cổ xương đùi qua vùng liên mấu chuyển đến nơi tiếp nối 1/3 trên thân xương đùi. Chỏm xương đùi được bao bởi một lớp sụn khớp, lớp sụn này cũng có tác dụng như một “bức tường thành” ngăn chặn các tế bào bào xương xâm lấn qua cấu trúc khớp đối xứng còn lại.

Khớp háng có vai trò quan trọng trong các hoạt động hằng ngày cũng như các hoạt động thể dục thể thao liên quan đến chi dưới như chạy, nhảy, đá cũng như sự truyền lực của cơ thể lên chi trên. Việc giữ lại khớp háng nói riêng cũng như sự toàn vẹn của chi dưới nói chung không những bảo đảm sự toàn vẹn chi thể về mặt thẩm mỹ, mà còn có ý nghĩa tâm sinh lý vô cùng quan trọng đối với người bệnh. Trước đây, phẫu thuật (PT) tháo khớp háng hoặc nửa khung chậu đối với các tổn thương ác tính lớn đầu gần xương đùi là phương pháp (PP) điều trị kinh điển. Cả hai PT này để lại tàn phế về mặt chức năng và sang chấn tâm lý nặng nề cho người bệnh.

1.2. Tổng quan về bướu xương vùng đầu gần xương đùi

1.2.1. Đại cương, xuất độ bướu xương đầu gần xương đùi

Đầu gần xương đùi là một trong các vị trí xảy ra phổ biến nhất của các sang thương xương lành tính như bọc xương, bọc phình mạch xương, nghịch sản sụn ở trẻ em và người trưởng thành cũng như các tổn thương ác tính phổ biến nhất ở vị trí này như các sarcôm xương nguyên phát, các khối u di căn do carcinôm.

1.2.2. Các phương tiện giúp chẩn đoán và điều trị bướu xương

a) *Các đặc điểm lâm sàng bướu xương*: một khối u sờ thấy hoặc khối sưng có thể là dấu hiệu đầu tiên của khối bướu xương (BX); tuy nhiên, đau dai dẳng hoặc gia tăng là dấu hiệu phổ biến nhất. Nếu bướu xảy ra ở gần khớp háng sẽ gây sưng và đau khớp háng, có thể có tuần hoàn bàng hệ, gãy xương bệnh lý (GXBL) và mất chức năng chi.

b) Hình ảnh học các bướu xương

- Xquang qui ước: là phương tiện chẩn đoán hình ảnh học (HAH) thường qui, giúp ích cho chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt; đánh giá mức độ lành/ ác, tấn công/không tấn công; xác định vị trí và tính chất xâm lấn. Có 2 phân độ Xquang thường được sử dụng phổ biến là độ Xquang theo Lodwick và độ Xquang theo Hudson và có sự tương quan rõ rệt giữa độ Xquang và độ mô học của bướu xương.
- Xquang cắt lớp điện toán (CT Scan): cho biết đặc tính và mức độ phát triển lan rộng của bướu trong xương, tủy xương, ngoài xương, gãy xương vì thế... giúp ích phân giai đoạn bướu và chọn lựa loại phẫu thuật.
- Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI): Cho biết đặc tính của bướu và mức độ lan rộng trong mô mềm, giúp đánh giá sự phát triển tại chỗ của khối bướu.

Cùng với CT scan, MRI chủ yếu nhằm phân giai đoạn là khâu không thể thiếu trong điều trị bướu xương; thứ yếu là phát hiện và định tính bướu, theo dõi sau điều trị.

c) Giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch

Sinh thiết (ST) – giải phẫu bệnh (GPB) giúp chẩn đoán loại bướu và độ mô học của bướu, giữ vai trò chính yếu trong chọn lựa phương pháp điều trị. Trong khi đó, kỹ thuật hóa mô miễn dịch (HMMD) được sử dụng cho các trường hợp ung thư tế bào tròn, sarcôm tế bào hình thoi và trong một số carcinôm di căn xương mà kết quả GPB chưa định danh rõ ràng nên rất cần thiết cho việc chẩn đoán xác định trước khi điều trị.

1.2.3. Chẩn đoán gãy xương bệnh lý và các yếu tố tiên đoán

Thang điểm Mirels là một hệ thống tính điểm có trọng số để định lượng nguy cơ bị gãy xương bệnh lý dựa trên đặc điểm kết hợp 4 yếu tố nguy cơ qua hình ảnh Xquang và lâm sàng như: vị trí giải phẫu học, tính chất, kích thước của tổn thương và đau; trong đó yếu tố vị trí GPH đặc biệt nhấn mạnh đến vị trí vùng **quanh máu chuyển** giữ vai trò chịu lực đặc

biệt của vùng đầu gần xương đùi. Mỗi trong số 4 biến được cho điểm từ 1 - 3 tùy thuộc vào các đặc điểm được tìm thấy và tổng điểm ≥ 9 có chỉ định kết hợp xương (KHX) dự phòng.

1.2.4 Nguyên tắc điều trị bướu xương

Phẫu thuật: có vai trò quan trọng điều trị bướu xương, ngoài việc cắt bỏ khối bướu ra khỏi cơ thể, phẫu thuật còn giúp phục hồi lại khuyết hổng cơ thể ở vị trí khối bướu vừa cắt bỏ. Tùy thuộc bản chất mô học của khối bướu như lành tính – giáp biên ác – ác tính nguyên phát hay tổn thương xương do di căn mà chọn lựa hình thức cắt bỏ mô bướu thích hợp. Ngoài phẫu thuật là phương pháp điều trị ngoại khoa chính yếu, còn có các phương pháp điều trị hỗ trợ sau:

Hóa trị: Cũng như đối với các loại ung thư khác, hóa trị có vai trò đặc biệt trong điều trị các bệnh lý ác tính hệ Cơ – Xương – Khớp (CXK). Do đặc điểm kém biệt hóa, tăng trưởng nhanh nên các tế bào ung thư các bướu có độ ác cao nhạy với các thuốc kháng ung thư.

Xạ trị: Là biện pháp sử dụng tia xạ để làm tổn thương các tế bào ung thư và ngăn chúng phát triển, thường kết hợp với PT nếu khối bướu nhạy xạ trị. Xạ trị đặc biệt hữu ích cho sarcôm sụn vì không đáp ứng hóa trị.

1.3. Các phương pháp cắt nạo bướu: phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản nhằm mục đích cắt bỏ hết mô của bướu xương và tổn thương dạng bướu. Các phương pháp phẫu thuật bướu xương thông dụng như sau:

1.3.1. Nạo bướu: nạo bướu, còn được gọi là cắt trong tổn thương. Đường mổ cắt qua vỏ bao và lấy bỏ tổn thương. Phẫu thuật cắt trong tổn thương áp dụng cho các tổn thương dạng bướu và các bướu lành xương.

1.3.2. Phẫu thuật cắt trọn khối bướu: phẫu thuật với bờ cắt trọn áp dụng cho các bướu lành. Loại bướu điển hình phù hợp cho loại phẫu thuật này là bướu sụn xương.

1.3.3. Phẫu thuật cắt rộng khối bướu

Cắt bỏ khối bướu trong khoang cùng vỏ bao giả và vùng phản ứng nhưng giữ lại một phần của khoang. Đường mổ này nằm trong mô bình thường xung quanh tổn thương. PT này còn gọi là cắt “trộn khối”, áp dụng cho các bướu độ ác thấp nhưng không đủ cho các bướu độ ác cao vì có thể để sót các tổn thương nhảy cóc trong phần được chừa lại của khoang.

1.3.4. Phẫu thuật cắt triệt để hay cắt rộng tận gốc

Phẫu thuật này lấy bỏ bướu cùng toàn bộ khoang chứa bướu, áp dụng cho các sarcom độ ác cao. Đối với các bướu ác đầu trên xương đùi, phẫu thuật cắt triệt để có 2 hình thức là tháo khớp háng hay tháo nửa khung chậu được lựa chọn tùy thuộc vào vị trí tổn thương, độ xâm lấn mô mềm và đặc điểm giải phẫu bệnh của mô bướu.

1.4. Các phương pháp lắp khuyết hồng, tái tạo cấu trúc xương sau cắt bỏ bướu

Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản để loại bỏ hết bướu xương. Sau đó, cần tái tạo lại phần cấu trúc xương bị lấy bỏ bằng cách ghép xương, kéo dài cal hoặc thay khớp nhân tạo... Các phương thức tái tạo cấu trúc sau cắt bỏ khối bướu xương thường được áp dụng là:

1.4.1. Ghép xương trong bướu xương

Sau khi cắt bướu và tổn thương dạng bướu, cần phải lấp đầy lỗ xương khuyết hồng hoặc mất đoạn cũng như tạo điều kiện cho xương được tái tạo. Ghép xương là một phương cách thường được sử dụng để đạt được mục đích nói trên. Các loại xương ghép có thể sử dụng:

- Xương ghép tự thân: xương mào chậu (xương xóp - vỏ), xương mác...
- Xương ghép đồng loại đông khô, xương tổng hợp dạng khoáng.

1.4.2. Kết hợp xương dự phòng và điều trị gãy xương bệnh lý

Phẫu thuật cố định cho những bệnh nhân gãy xương bệnh lý được chỉ định để giảm đau, ngăn ngừa biến chứng thần kinh và duy trì khả năng đi

lại. Bên cạnh đó, phẫu thuật cố định dự phòng còn được áp dụng cho những trường hợp dọa GXBL khi điểm Mirels ≥ 9 nhưng cũng có tác giả khuyến cáo nên KHX dự phòng trong những trường hợp hủy xương do di căn của đầu gần xương đùi khi điểm Mirels ≥ 8 .

1.4.3. Sử dụng xi măng xương lấp khuyết hổng

Xi măng xương là vật liệu tổng hợp được cơ thể dung nạp tốt, chịu lực nén ép lớn và có khả năng diệt tế bào bướu còn sót lại sau nạo bướu nên được dùng trong lấp các khuyết hổng khối lớn sau nạo bướu xương.

1.5. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam và thế giới

Các tổn thương xương lành tính và ác tính vùng quanh khớp háng vẫn còn là một thách thức trong chẩn đoán và điều trị trong ngành Ung bướu học Chính hình trên thế giới. Có nhiều báo cáo trong y văn thể hiện quan điểm chưa thống nhất việc điều trị phẫu thuật hay không phẫu thuật, PT bảo tồn khớp háng hay thay khớp nhân tạo của các tác giả trong nước và trên thế giới. Ở các nước phát triển, khớp háng nhân tạo tái tạo chuyên biệt cho vị trí này sau khi cắt bỏ khối bướu đã được đưa vào từ những năm 1980. Tuy nhiên ở Việt Nam, kỹ thuật chưa được ứng dụng phổ biến và triển khai rộng rãi đều các tuyến bệnh viện chuyên khoa sâu.

Chương 2:

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả dọc, tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân bướu xương và tổn thương dạng bướu đầu gần xương đùi điều trị nội trú tại thời điểm nghiên cứu, có thể thăm khám, chẩn đoán và phẫu thuật điều trị thích hợp tại bệnh viện.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- *Thời gian*: từ tháng 08/2015 - 04/2018.
- *Địa điểm*: Địa điểm nghiên cứu chính là Khoa Chấn thương Chỉnh hình (CTCH) - Bệnh viện (BV.) Chợ Rẫy.

2.4. Cỡ mẫu

2.4.2. Tiêu chí chọn mẫu

- *Tiêu chí đưa vào*: Bệnh nhân được xác định có sang thương trong xương đầu gần xương đùi nguyên phát hoặc di căn; mới được phát hiện hoặc được chẩn đoán, xử trí từ cơ sở y tế khác chuyển đến. Bệnh nhân được thăm khám, chẩn đoán và phẫu thuật điều trị thích hợp tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu.
- *Tiêu chí loại ra*: Bệnh nhân có vấn đề tâm thần kinh, không theo dõi được, không đủ dữ kiện yêu cầu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Đây là một bệnh tương đối ít gặp, tuy nhiên để đảm bảo được số liệu thống kê có tính thuyết phục cho một nghiên cứu khoa học, chúng tôi chọn cỡ mẫu tối đa có thể được các trường hợp thu thập trên lâm sàng.

2.5. Quy trình nghiên cứu

2.5.1. Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh các bướu xương đầu gần xương đùi

Tiếp cận, chẩn đoán bệnh nhân bướu xương: với các biểu hiện lâm sàng như sưng đau hoặc biến dạng ở khu vực đầu gần xương đùi kết hợp với đặc điểm tuổi, giới, vị trí khối bướu... công việc chẩn đoán và điều trị khối bướu xương và tổn thương dạng bướu (TTDB) vùng đầu gần xương đùi xuất phát từ khâu tiếp nhận đầu tiên.

- Về lâm sàng (LS): ghi nhận triệu chứng, tình trạng khối bướu đại thể...
- Về hình ảnh học (HAH): xác định tổn thương xương trên X-quang qui ước, áp dụng phân độ theo Lodwick: gồm 3 độ I (A, B, C), II, III.

- Sinh thiết – Giải phẫu bệnh: sinh thiết mở khối bướu xương được thực hiện thường quy trong nghiên cứu, trước khi tiến hành điều trị chính thức. Khi phẫu thuật điều trị, sinh thiết được thực hiện lần 2 để kiểm tra đối chiếu với kết quả lần đầu (sinh thiết chẩn đoán).

2.5.2 Phương pháp điều trị bướu lành, bướu ác và giáp biên ác

Chọn lựa phương pháp điều trị dựa theo bảng phân loại Enneking cải tiến của PGS. Lê Chí Dũng như tóm tắt sau đây:

- Giai đoạn 1: Bướu lành không hóa ác —» Theo dõi. Có thể nạo bướu.
- Giai đoạn 2: Bướu lành đôi khi hóa ác —» Để yên, theo dõi hoặc Cắt trọn bướu.
- Giai đoạn 3: Bướu giáp biên ác —» Cắt rộng bướu.
- Giai đoạn I: Bướu ác thấp —» Cắt rộng bướu.
- Giai đoạn II: Bướu ác cao —» Cắt triệt để bướu hoặc hóa trị kèm cắt rộng bướu.
- Giai đoạn III: Bướu ác đã có di căn xa —» Như giai đoạn I / II hoặc điều trị tạm bợ.

Phẫu trị: Phẫu thuật điều trị được thực hiện theo nguyên tắc sau: nạo/cắt bỏ khối bướu và lấp lại khuyết hổng ở vị trí khối bướu vừa cắt bỏ. Các phương pháp cắt nạo bướu áp dụng là:

- Bướu: nạo bướu (muỗng nạo, mài cao tốc), cắt trọn, cắt rộng, đoạn chi, tháo khớp (tháo khớp háng, tháo nửa khung chậu).
- Lấp khuyết hổng: ghép xương tự thân, đồng loại xương khoáng tổng hợp, xi măng xương...

KHX điều trị gãy và dự phòng gãy bệnh lý:

Phẫu thuật cố định được chỉ định cho những trường hợp có GXBL, phẫu thuật phòng ngừa còn được áp dụng cho những trường hợp dọa gãy

bệnh lý với điểm Mirels ≥ 9 . Các trường hợp điểm 8 điểm cân nhắc, xem xét thêm nhiều yếu tố liên quan để quyết định KHX dự phòng hay không.

Chọn lựa dụng cụ KHX dựa vào 2 yếu tố chính là hình thái, cấu trúc xương hiện hữu, hình thể học xương đùi; sự hủy xương ảnh hưởng đến đầu gần xương đùi ra sao và loại sang thương của mỗi người bệnh. Các loại phương tiện cố định dùng trong nghiên cứu là: nẹp nén ép động (nẹp DHS), nẹp vít khóa, đinh nội tủy chốt (đinh Gamma, đinh đùi dài có chốt), khớp háng nhân tạo.

2.5.3. Phương pháp theo dõi và đánh giá kết quả:

Kế hoạch tái khám định kỳ mỗi tháng trong 3 tháng đầu, sau đó mỗi 2 - 3 tháng tùy tình trạng sức khỏe và điều kiện đi lại của bệnh nhân. Các mốc thời gian để lượng giá kết quả là: 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm, 2 năm, lần theo dõi cuối và tổng kết kết quả điều trị. Chụp X-quang thường qui mỗi lần tái khám.

Đánh giá kết quả chức năng theo Hệ thống đánh giá chức năng các phẫu thuật tái tạo sau cắt bỏ của Enneking (1993). Các đánh giá khác trong mỗi lần theo dõi tái khám:

- Mặt bệnh học: bước tái phát, di căn xa: không, có: thời điểm xảy ra.
- Sự lành xương: tốt, khá, trung bình, kém.
- Biên chứng xương ghép: tiêu xương, không lành, gãy lại.
- Khối xương – xi măng: khít khao, thấu quang, hủy xương tiến triển.
- Biên chứng: không, có: loại biến chứng gì và xử trí ra sao.

2.5.4 Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Kế hoạch thu nhập dữ liệu và xử lý số liệu:

- Lưu trữ các dữ kiện lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh.
- Tổng kết những ghi nhận về lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh.
- Nhập số liệu bằng Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng Stata 13.

2.6. Y đức trong nghiên cứu

Đảm bảo tính bí mật các thông tin cá nhân cần thiết và đảm bảo quyền lợi người tham gia nghiên cứu bằng cách giải thích rõ ràng trước khi tiến hành nghiên cứu. Đề cương đã được trình và đã được thông qua trước Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh ngày 12/12/2016.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh

3.1.1. Các đặc điểm về lâm sàng

- Tỷ lệ nam và nữ trong mẫu nghiên cứu là tương đương nhau với tỷ lệ lần lượt là 52% và 48%. Nhóm tuổi từ 21 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 40%. Đa số bệnh nhân nhập viện vì do đau vị trí khối bướu.
- Tỷ lệ 50% bệnh nhân (BN) trong mẫu nghiên cứu có thời gian từ khi có triệu chứng tới thời điểm khám là 4 tuần.
- Gần $\frac{1}{2}$ BN có khối u biểu hiện ra dưới da (chiếm 48%). Trong số 24 BN có khối u biểu hiện ra ngoài da, có 70,8% BN có khối u với mật độ chắc, 16,7% khối u mật độ cứng và còn lại 12,5% mật độ mềm.
- Về giới hạn của khối u: giới hạn không rõ chiếm đa số với tỷ lệ 87,5%; 12,5% bệnh nhân có khối u có giới hạn rõ.

3.1.2. Các đặc điểm về hình ảnh học

- Về vị trí tổn thương trên phim X-quang, tổn thương đầu trên xương đùi chiếm nhiều nhất 42%, kế đến là vị trí cổ - mấu chuyển; mấu chuyển và cổ xương đùi với tỷ lệ lần lượt là 32%, 18% và 8%.
- Hầu hết các trường hợp BN có tổn thương xương kiểu hủy xương chiếm 94%, tổn thương kiểu tạo xương chiếm tỷ lệ thấp là 6%. Ở những

bệnh nhân có tổn thương kiểu hủy xương, hủy xương kiểu khối (đơn) chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,1%; kế đến là kiểu phối hợp mỗi ăn - thâm nhiễm 23,4%; kiểu hủy xương khối – mỗi ăn là 17,0% và thấp nhất là kiểu hủy xương mỗi ăn (đơn) và thâm nhiễm (đơn) với tỷ lệ cùng là 4,3%.

- Bệnh nhân có kết quả phân độ X-quang theo Lodwick thì độ IB chiếm cao nhất với 31,9%; kế đến là độ II chiếm 25,5%; độ III chiếm 23,4%; còn lại là IC và IA với tỷ lệ lần lượt là 14,9% và 4,3%.
- Hơn ½ bệnh nhân có GXBL chiếm 58%; 34% bệnh nhân có dọa gãy và 8% không GXBL. Điểm Mirels trung bình ở nhóm bệnh nhân có dọa gãy là $9,29 \pm 1,05$ điểm.

3.1.3. Các đặc điểm về sinh thiết - giải phẫu bệnh

- Tất cả các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết. Trong đó, 88% bệnh nhân được sinh thiết thì đầu, tỷ lệ bệnh nhân được mổ sinh thiết 1 lần và 2 lần chiếm tỷ lệ tương đương nhau là 48% và 50%, chỉ có 1 bệnh nhân được sinh thiết thực hiện 3 lần. Đa số các trường hợp cho kết quả phù hợp chẩn đoán LS – HAH - GPB chiếm 96%.
- Có gần 1/3 BN có thực hiện hóa mô miễn dịch chiếm 26%, trong đó tất cả bệnh nhân thực hiện đều có kết quả mới có ý nghĩa chẩn đoán.

3.1.4 Chẩn đoán theo loại bướu và giai đoạn bướu

- Có 30% bệnh nhân tổn thương dạng bướu, 28% bệnh nhân bướu ác di căn, 18% bệnh nhân bướu ác nguyên phát, 16% bệnh nhân bướu giáp biên ác và 8% bướu lành không hóa ác.
- Trong các loại mô phân mô rõ, tỷ lệ mô tủy chiếm 28,6%; kế đến là mô xương và mô sợi chiếm tỷ lệ bằng nhau 14,3%. Tỷ lệ mô sụn và mạch máu chiếm thấp nhất. Ngoài ra, chiếm tỷ lệ tương đối lớn là nguồn gốc tạo mô chưa rõ 33,3%.

3.2. Các đặc điểm về phẫu thuật điều trị

3.2.1. Kết quả các phương pháp phẫu thuật nạo bấu

- Hơn 2/3 bệnh nhân phẫu thuật bấu bằng nạo bấu; 15,1% phẫu thuật cắt rộng; 6,1% tháo khớp háng và 9,1% bệnh nhân cắt trọn khối bấu.
- Về nạo bấu, đa số thực hiện nạo bằng muông nạo chiếm 95,6%.

3.2.2. Kết quả các phương pháp lắp khuyết hồng, tái tạo cấu trúc xương

- Trong 18 BN ghép xương: hơn $\frac{3}{4}$ BN ghép tự thân chiếm 77,8%.
- Về phương tiện bổ sung: 66,7% bệnh nhân có xương khoáng tổng hợp; 33,3% còn lại là dùng xi măng lắp khoảng trống.
- Về phương pháp cố định: dùng nẹp DHS chiếm 46,4%; đinh chốt chiếm 25%, nẹp vít khóa 10,8% và khớp háng nhân tạo là 17,8%.

3.2.3. Kết quả các phương pháp điều trị bấu lành và TTDB

- Trong nhóm các bấu lành có 3 trường hợp bấu sụn xương được mổ cắt trọn khối bấu, một trường hợp bấu lành mạch máu cổ xương đùi được mổ nạo bấu ghép xương, kết hợp xương.
- Trong nhóm tổn thương dạng bấu có một trường hợp loạn sản sụn nhiều nơi điều trị bảo tồn; các trường hợp còn lại tất cả đều được điều trị bảo tồn khớp háng bằng phương pháp nạo bấu, ghép xương và KHX dự phòng hoặc điều trị GXBL.

3.2.4. Kết quả các phương pháp điều trị bấu ác, giáp biên ác

- Nhóm giáp biên ác: cắt rộng khối bấu thay khớp cho 2 bệnh nhân Xquang độ IC kèm GXBL và 1 bệnh nhân bấu tái phát sau khi nạo bấu KHX thất bại. Có 4 bệnh nhân bảo tồn được khớp háng bởi mổ nạo bấu ghép xương KHX thành công, 2 bệnh nhân lành xương tốt đã lấy dụng cụ KHX. Một trường hợp bấu đại bào kèm bọc phình mạch xương tái phát nhanh chóng, hủy xương tiến triển phải phẫu thuật tháo khớp háng.
- Nhóm bấu ác chiếm 46%; phẫu thuật cắt khối bấu, thay khớp háng hoặc KHX nâng đỡ chất lượng cuộc sống thực hiện trên các trường hợp đáp ứng hóa trị liệu; các trường hợp còn lại như bệnh ung thư giai đoạn cuối quá chỉ định phẫu thuật chuyển điều trị hóa chất kết hợp giảm nhẹ.

3.2.5. Kết quả điều trị chung trên toàn mẫu

- Về các kết cuộc điều trị: tính chung cả bướu lành và bướu ác có 58% bệnh nhân lành bệnh. Tuy nhiên, có 20% BN không giảm bệnh, 6% BN diễn biến nặng thêm và 16% bệnh nhân tử vong do tiến triển bệnh ung thư.
- Về kết quả đánh giá chức năng chung theo Enneking: 48% BN có chức năng Rất tốt với điểm số chức năng cao từ 27 - 30 điểm sau điều trị. Chiếm 40% BN có kết quả chức năng Kém; tỷ lệ bệnh nhân có chức năng phân loại mức Rất tốt là 48%, Tốt là 10% và Khá chỉ chiếm 2%.
- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa nhóm có phẫu thuật điều trị và nhóm không phẫu thuật điều trị sau sinh thiết. Cụ thể, ở nhóm không được mổ điều trị tiếp sau ST có tỷ lệ tử vong là 35,2% cao hơn nhóm có mổ điều trị (6,07%) và tỷ lệ lành bệnh cũng thấp hơn rõ rệt (11,8%) so với nhóm được mổ điều trị tiếp tục (81,9%) (Biểu đồ 3.1).
- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa nhóm bướu ác và nhóm bướu lành. Cụ thể, tỷ lệ lành bệnh ở nhóm bướu lành rất cao chiếm 96,3%, cao hơn so với tỷ lệ lành bệnh ở nhóm bướu ác là 13%. Trong khi đó, tỷ lệ tử vong ở nhóm bướu ác là 34,8%, ở bướu lành 0%.

3.2.6. Các biến chứng trong quá trình điều trị phẫu thuật

- Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng trong mổ là 3,03% (1 ca gãy tách dọc đầu trên xương đùi); 15,15% bệnh nhân có biến chứng sau mổ (gồm ngắn chi, gãy xương đùi dưới nếp, trật khớp háng nhân tạo). Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng muộn là 21,2% (gồm trôi vít, hủy xương tiến triển, ngắn chi, can lệch, bướu tái phát).

3.2.7. Các kết quả về thời gian theo dõi

- Thời gian theo dõi trung vị của nhóm bướu lành là dài hơn so với thời gian được ghi nhận ở nhóm bướu ác. Cụ thể 50% BN trong nhóm bướu lành theo dõi bình thường tới tháng thứ 24; trong khi đó, 50% BN trong nhóm bướu ác còn theo dõi được tới tháng thứ 18, tỉ lệ sống còn toàn bộ ở

tháng 12 là 30% và duy trì mức đó theo thời gian, đường sống còn Kaplan - Meier giảm dần theo thời gian và ổn định sau 1 năm theo dõi.

3.3. Mối liên quan giữa loại bướu với các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh

3.3.1. Mối liên quan giữa loại bướu với các đặc tính nền của dân số nghiên cứu

- Có sự khác biệt về nhóm tuổi ở hai nhóm bướu ác và nhóm bướu lành. Tỷ lệ BN ở nhóm tuổi 41 - 60 tuổi và nhóm cao tuổi > 61 tuổi là nhiều ở nhóm bướu ác tỷ lệ lần lượt là 43,5% và 39,1%, trong khi đó nhóm tuổi dưới 40 được ghi nhận là nhiều hơn ở nhóm bướu lành (66,7%).
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhập viện do GXBL ở hai nhóm bướu ($p < 0,05$). Trong đó, tỷ lệ nhập viện do GXBL được tìm thấy ở nhóm bướu ác là 73,9% cao hơn so với nhóm bướu lành (25,9%).

3.3.2. Mối liên quan giữa loại bướu với đặc điểm đại thể về khối bướu

- Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loại bướu với biểu hiện ra dưới da, mật độ và độ giới hạn của khối bướu ($p > 0,05$).

3.3.3. Mối liên quan giữa loại bướu với các đặc điểm về hình ảnh học

- Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loại bướu với vị trí tổn thương xương trên phim Xquang, cũng như với hình thái tổn thương xương và gãy xương bệnh lý ($p > 0,05$).
- Có sự khác biệt về độ X-quang theo Lodwick và kiểu hủy xương với loại bướu với $p < 0,001$. Nhìn chung, các độ X-quang độ II và độ III chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm bướu ác so với nhóm bướu lành, ngược lại các X-quang độ IA, IB và IC chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm bướu lành.
- Tỷ lệ hủy xương kiểu khối đơn được ghi nhận toàn bộ ở nhóm bướu lành có hủy xương. Các kiểu hủy xương mối ăn – thâm nhiễm và khối – mối ăn cũng có tỷ lệ cao hơn ở nhóm bướu ác so với nhóm bướu lành.

3.3.5. *Mối liên quan giữa loại bướu với các đặc điểm giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch*

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa loại bướu với số lần giải phẫu bệnh, mổ điều trị và hóa mô miễn dịch ($p < 0,05$). Tỷ lệ giải phẫu bệnh ≥ 2 lần hay tỷ lệ có thực hiện mổ điều trị ở nhóm bướu ác là thấp hơn so với nhóm bướu lành.

3.3.6. *Mối liên quan giữa loại bướu với điều trị*

- Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loại bướu với PT bướu, kiểu nạo bướu, ghép xương và phương tiện cố định ($p > 0,05$).

- Trong 7 ca bướu ác, 4/7 ca được điều trị nạo bướu, trong khi đó ở nhóm bướu lành có 19/26 ca được điều trị nạo bướu. Tỷ lệ nạo bướu ở nhóm bướu ác thấp hơn so với nhóm bướu lành nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.3.7. *Mô tả điểm số chức năng theo thang đo Enneking qua các thời điểm*

Bảng 3.32. Mô tả điểm số chức năng theo thang đo Enneking qua các thời điểm

Điểm số thang đo chức năng	Thời điểm 1 tháng n = 48	Thời điểm 3 tháng n = 31	Thời điểm 6 tháng n = 21	Thời điểm 12 tháng n = 27	Thời điểm 24 tháng n = 21	Giá trị P phân tích độc
Đau	2,14 $\pm$ 1,25	3 $\pm$ 1,88	4,05 $\pm$ 1,12	4,11 $\pm$ 1,58	4,62 $\pm$ 0,59	$p < 0,001$
Chức năng	2,39 $\pm$ 1,16	2,87 $\pm$ 1,38	4,14 $\pm$ 1,01	4,18 $\pm$ 1,52	4,61 $\pm$ 0,67	$p < 0,001$
Cảm nhận chủ quan	2,25 $\pm$ 1,14	2,84 $\pm$ 1,46	4,33 $\pm$ 1,02	3,96 $\pm$ 1,40	4,38 $\pm$ 0,92	$p < 0,001$
Trợ giúp	0,48 $\pm$ 1,22	1,38 $\pm$ 1,89	3,33 $\pm$ 2,01	4,11 $\pm$ 1,83	4,76 $\pm$ 0,88	$p < 0,001$
Khả năng đi bộ	1,35 $\pm$ 1,34	2,19 $\pm$ 1,81	3,76 $\pm$ 1,26	3,85 $\pm$ 1,66	4,76 $\pm$ 0,54	$p < 0,001$
Dáng đi	1,67 $\pm$ 1,53	2,19 $\pm$ 1,64	3,62 $\pm$ 1,36	3,93 $\pm$ 1,57	4,29 $\pm$ 1,01	$p < 0,001$
Tổng điểm	10,17 $\pm$ 6,10	14,29 $\pm$ 8,61	23,05 $\pm$ 6,39	24,07 $\pm$ 9,05	27,52 $\pm$ 3,46	$p < 0,001$

- Các chức năng theo thang điểm Enneking với điểm càng cao thể hiện chức năng càng tốt. Nhìn chung các điểm chức năng thành phần đều có sự thay đổi về tăng điểm số trung bình lần lượt qua các thời điểm theo dõi và các thay đổi điểm số thành phần và điểm số tổng theo thời gian đều có ý nghĩa thống kê.

Chương 4: BÀN LUẬN

Với 50 trường hợp BN đầy đủ dữ kiện, chúng tôi phác họa đặc điểm chính về LS – HAH – GPB, mối liên quan bướu lành - ác cũng như kết quả PT điều trị các bướu xương và TTDB đầu gần xương đùi như sau:

4.1. Kết quả về các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh

4.1.1. Đặc điểm về dân số nghiên cứu

- Độ tuổi TB trong NC là 44,08, nhóm tuổi > 40 chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), điều này cũng phù hợp với tỷ lệ cao các bệnh carcinôm di căn xương so với các NC khác.
- **Lý do nhập viện:** Đau và gãy xương bệnh lý là lý do nhập viện chính. Đặc điểm chung các bướu xương và tổn thương dạng bướu là gây sưng, nổi u, đau; nếu ở gần khớp sẽ gây sưng và đau khớp, ảnh hưởng chức năng chi... Tính chất đau của khối bướu và GXBL mất chức năng chi là các lý do chính yếu đưa người bệnh đến khám và nhập viện điều trị.
- **Các đặc điểm về khối bướu:** tất cả các trường hợp đều có tổn thương thực thể trong xương vùng đầu gần xương đùi, nhưng sự biểu hiện ra dưới da lại khác nhau. Khối bướu tiến triển dần trong xương gây đau, có thể hạn chế chức năng nhưng không biểu hiện “u” ra dưới da.

Nakamura nhận thấy rằng trong NC các tổn thương lành tính vị trí này thì những BN có triệu chứng phàn nàn về cơn đau tái phát hoặc có kiểu dáng đi bất thường do khối bướu cũng được xem xét điều trị phẫu thuật.

4.1.2. Các đặc điểm về hình ảnh học

Xquang quĩ wóc: nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về độ Xquang theo Lodwick và kiểu hủy xương với loại bướu với $p < 0,001$. Về kiểu hủy xương, tỷ lệ hủy xương kiểu khối nhiều ở nhóm bướu lành hơn so với nhóm bướu ác. Các kiểu hủy xương mỗi ăn – thâm nhiễm và khối – mỗi ăn cũng có tỷ lệ nhiều hơn ở nhóm bướu ác so với nhóm bướu lành.

Bảng 4.1. Tần suất phân bố theo mỗi tương quan giữa độ Xquang và độ mô học, dự hậu của bướu xương

Lodwick	Chúng tôi (số ca, %)	Độ mô học (Lê Chí Dũng)
IA	2 (4,3%)	Bướu lành, không hóa ác Tổn thương dạng bướu
IB	15 (31,9%)	Bướu lành, đôi khi hóa ác
IC	7 (14,9%)	Bướu giáp biên ác
II	12 (25,5%)	Bướu ác, độ ác thấp
III	11 (23,4%)	Bướu ác, độ ác cao

4.1.3. Các đặc điểm giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch

Tất cả các trường hợp trong NC đều có kết quả ST – GPB. Trong tổng số 50 BN, số lần sinh thiết mở 1 lần và 2 lần có tỷ lệ tương đương nhau. Đối với các trường hợp được ST chẩn đoán (sinh thiết lần 1) thì đầu, khi mổ điều trị chúng tôi đều ST lại lần 2 để kiểm tra đối chứng. Kết quả GPB giữa 2 lần sinh thiết của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều. Tỷ lệ bệnh nhân có thực hiện HMMD là 26%, trong đó tất cả các trường hợp thực hiện HMMD đều có kết quả mới có ý nghĩa quyết định chẩn đoán cuối cùng. Kết quả GPB cuối cùng (sau HMMD nếu có chỉ định) phù hợp chẩn đoán lâm sàng chiếm 96% các trường hợp.

Xếp loại theo nguồn gốc tạo mô: nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung với các BX vị trí vùng quanh khớp háng với sự xuất hiện chưa phải đầy đủ tất cả các mặt bướu có thể xảy ra các vị trí khác. So sánh với xuất độ theo tạo mô của 2815 bướu xương chung trên cơ thể người theo thống kê của tác giả Lê Chí Dũng, chúng tôi có tỷ lệ tương quan như bảng sau:

Bảng 4.2. So sánh xuất độ theo tạo mô các bướu xương đầu gần xương đùi và chung trên cơ thể.

Tạo mô	Chúng tôi Tỷ lệ (%)	Lê Chí Dũng Tỷ lệ (%)
Mô sụn	4,8	41,2
Mô xương	14,3	29
Mô tủy	28,5	5,8
Mô bào	0	3,1
Mô sợi	9,5	2,9
Mạch máu	4,8	1,0
Chưa rõ (Bướu đại bào xương)	38,1	14,3

4.2. Kết quả về điều trị

4.3.1. Kết quả phẫu thuật cắt nạo bướu

Nạo bướu chiếm tỷ lệ cao nhất, đa số thực hiện nạo bướu theo bằng muông nạo (95,6%). Theo Kundu nạo bướu là một trong những lựa chọn điều trị phổ biến nhất đối với các khối bướu xương lành tính và các tổn thương dạng bướu. Phẫu thuật cắt trọn khối bướu được thực hiện cho tất cả 3 trường hợp bướu sụn xương, hai trường hợp cắt hết khối bướu 1 thì, kết quả hồi phục tốt. Một trường hợp khối bướu lớn, sau cắt còn mô bướu nơi gốc khối u gây hạn chế động tác xoay ngoài.

Phẫu thuật cắt rộng khối bướu chiếm 15,1% các trường hợp trong NC gồm các trường hợp bướu giáp biên ác và bướu ác di căn. Phẫu thuật cắt triệt để thực hiện trên 2 trường hợp đó là 1 trường hợp bướu ác di căn và 1 trường hợp bướu giáp biên ác tiến triển nhanh phá hủy xương nhiều không còn khả năng bảo tồn chi. Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loại bướu với PT bướu ($p < 0,05$). Tỷ lệ cắt trọn hoặc nạo bướu là cao hơn ở nhóm bướu lành so với nhóm bướu ác. Trong khi đó, tỷ lệ cắt rộng hoặc tháo khớp háng được ghi nhận là cao hơn ở nhóm bướu ác so với bướu lành.

4.3.2. Kết quả phẫu thuật lấp khuyết hổng, tái tạo cấu trúc xương

Trong các phương pháp chính để tái tạo cấu trúc xương sau khi cắt rộng khối bướu, chúng tôi ưu tiên kỹ thuật ghép xương tự thân vì PT đơn giản, nguồn xương sẵn có, có thể kết hợp lấy xương cùng thì cuộc mổ. Theo Wang và cs trong nghiên cứu về xương ghép và các vật liệu thay thế sửa chữa khuyết hổng xương thì trong số tất cả các loại ghép có sẵn trên lâm sàng, xương ghép tự thân vẫn đang được coi là **tiêu chuẩn vàng** vì tất cả các đặc tính cần thiết trong quá trình tái tạo xương về cả 3 tác dụng: dẫn nhập, kích tạo xương và tạo xương mới.

KHX dự phòng và điều trị gãy bệnh lý: phẫu thuật cố định dự phòng vẫn được xem là **tiêu chuẩn vàng** trong điều trị đối với các bệnh nhân có nguy cơ GXBL do tổn thương di căn. Tất cả các trường hợp GXBL và dọa gãy trong nghiên cứu cần phải KHX cố định bên trong. Chúng tôi chọn lựa phương tiện cố định tùy thuộc vào đặc tính tổn thương xương mỗi trường hợp riêng biệt như kích thước khối bướu, độ vững vỏ ngoài mấu chuyển, tính chất đường gãy/dọa gãy....Đinh Gamma mang lại sự vững chắc, người bệnh có thể chống chân đi lại sớm hơn là các phương tiện như nẹp DHS và nẹp khóa đầu gần xương đùi.

Theo y văn, có nhiều báo cáo về việc chọn lựa phương tiện KHX gãy bệnh lý và dọa gãy vị trí này và chưa có sự thống nhất. Fu và cộng sự nhận thấy sử dụng đinh PFNA trong phẫu thuật điều trị khối bướu lành tính và tổn thương dạng bướu ở đầu gần xương đùi là an toàn, hiệu quả với ưu điểm là ổn định cơ học tốt và ít biến chứng sau phẫu thuật hơn.

4.3.3. Kết quả điều trị bướu lành và tổn thương giả bướu

Trong NC có 3 trường hợp bướu sụn xương được mổ cắt trọn khối bướu, các trường hợp còn lại tất cả đều được điều trị bảo tồn khớp háng bằng phương pháp nạo bướu, ghép xương và KHX dự phòng hoặc điều trị GXBL. Kết quả điều trị này cũng phù hợp với quan điểm điều trị các tổn thương lành tính vùng cổ - mấu chuyển xương đùi của các tác giả Erol,

Rahman, Shih, Wilke... Theo Perera thì việc xử trí các tổn thương lành tính phụ thuộc vào vị trí giải phẫu, triệu chứng, bệnh lý cần điều trị và sự phát triển tự nhiên của khối bướu. Trong hầu hết các trường hợp việc PT bao gồm cắt bỏ đơn giản hoặc nạo, mặc dù đôi khi cần phải thực hiện cắt bỏ hoàn toàn theo nguyên tắc tương tự như đối với các khối bướu ác tính.

4.3.4. Kết quả điều trị bướu ác, giáp biên ác

Trong nghiên cứu đa số các BN bướu ác có tình trạng nặng, ung thư tiến triển và mắc các bệnh kèm đặt ra vấn đề chọn lựa phương thức điều trị phẫu thuật hay không phẫu thuật, khả năng cắt bỏ hoàn toàn các khối bướu xương đùi thực hiện thay khớp hay chỉ cố định xương giúp giảm đau và nâng cao chất lượng cuộc sống. Các trường hợp được phẫu thuật điều trị mang lại kết quả lành bệnh và tử vong khác biệt rõ rệt với nhóm bệnh nhân nặng quá chỉ định phẫu thuật. Kết quả này cũng tương đồng với quan điểm của Guzik trong 2 nghiên cứu về kết quả điều trị bệnh nhân có tổn thương di căn xương đùi và các lợi ích do phẫu thuật mang lại. Tác giả nhận thấy rằng sau khi phẫu thuật, tất cả các BN đều được cải thiện về cuộc sống thoải mái do giảm đau.

4.3.5. Kết quả điều trị chung

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm số các thành phần của thang điểm Enneking đều có sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê theo thời gian và theo nhóm kết quả lâm sàng. Điểm số thành phần và tổng điểm chung ở nhóm lành bệnh tăng dần theo thời gian, trong khi đó nhóm tử vong có sự giảm dần điểm số và thời gian theo dõi kết thúc sớm trong vòng 1 năm theo dõi. Đối với nhóm có kết quả lâm sàng là không giảm, có sự tăng nhẹ điểm số thành phần tuy nhiên mất theo dõi sau 3 tháng nên không ghi nhận được thêm. So sánh chi tiết với kết quả điều trị của Choy trong NC phẫu thuật điều trị 19 trường hợp GXBL do di căn, kết quả có sự khác biệt do nghiên cứu chúng tôi tính cả các trường hợp lành tính, BN lành bệnh hoàn toàn nên điểm chức năng trung bình vượt trội hơn nghiên cứu của

Choy chỉ trong 19 trường hợp GXBL do di căn, chức năng hồi phục hạn chế. Không có nhiều nghiên cứu đồng nhất cỡ mẫu cả 2 loại bướu lành và bướu ác đầu gần xương đùi giống chúng tôi để so sánh kết quả.

4.3.6. Các biến chứng trong quá trình điều trị

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ BN có biến chứng liên quan phẫu thuật điều trị gồm biến chứng trong mổ là 0,02%; 11,1% BN có biến chứng sau mổ gồm ngắn chi, gãy xương đùi dưới nếp, trật khớp háng nhân tạo, các biến chứng này đã được xử trí kịp thời và kết quả hồi phục tốt. Tỷ lệ BN có biến chứng muộn là 14% gồm có lún chông ngắn xương, trôi vít, tiêu xương ghép, ngắn chi, cal lệch, hủy xương tiến triển bướu tái phát.

Về biến chứng trật khớp háng nhân tạo, Henderson nhấn mạnh rằng sự mất vững khớp háng là biến chứng phổ biến nhất sau khi cắt bỏ khối bướu đầu gần xương đùi, tạo hình khớp háng nhân tạo. Các tác giả khác như Puchner SE, Bischel Oliver, Puri Ajay ... cũng nhận định rằng trật khớp háng nhân tạo sau cắt khối bướu đầu gần xương đùi là một biến chứng thường gặp và nguyên nhân do nhiều yếu tố khác nhau như yếu hoặc thiếu các cơ chức năng, bao khớp bị cắt bỏ, tái tạo bề mặt khớp và sử dụng thiết kế bản lề xoay ở đầu gối.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, phân tích kết quả của 50 trường hợp bướu xương và tổn thương dạng bướu đầu trên xương đùi chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1. Về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh:

- Nhóm tuổi trung niên, lớn tuổi có tần suất mắc bệnh cao hơn, tỉ lệ nam : nữ tương đương nhau, tổn thương hủy xương chiếm đa số (94%).
- Gãy và dọa GXBL chiếm tỷ lệ cao (92%), điểm Mirels trung bình 9,3; tất cả các trường hợp đều cần KHX điều trị hay dự phòng, tỉ lệ gãy xương bệnh lý ở nhóm bướu ác cao hơn 11,2 lần so với nhóm bướu lành.

- Sinh thiết mở khối bướu đóng vai trò quan trọng. Hóa mô miễn dịch giúp xác định rõ bản chất mô học các trường hợp kết quả giải phẫu bệnh chưa rõ ràng. Tỷ lệ chẩn đoán phù hợp giữa lâm sàng – hình ảnh học – giải phẫu bệnh đạt tỷ lệ cao, chiếm 96% các trường hợp.

2. Về kết quả phẫu thuật điều trị:

- Phẫu thuật điều trị mang lại kết quả tốt hơn các trường hợp không được phẫu thuật điều trị sau sinh thiết cả về 2 mặt là tỷ lệ tử vong và tỷ lệ lành bệnh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0000$).
- Đối với nhóm bướu lành và TTDB với phẫu thuật cắt nạo khối bướu, ghép xương và KHX mang lại kết quả thành công, bảo tồn được khớp háng. Các bướu sụn xương được cắt trọn khối bướu mang lại kết quả tốt.
- Đối với nhóm giáp biên ác là bướu đại bào xương: các trường hợp có gãy bệnh lý, bướu xâm lấn mô mềm nên được phẫu thuật cắt rộng khối bướu, thay khớp háng. Đối với các trường hợp trẻ tuổi, tổn thương ra ngoài khoang, chưa gãy bệnh lý cần cân nhắc phẫu thuật bảo tồn khớp háng. Khâu nạo bướu là khâu rất quan trọng, quyết định khả năng tái phát.
- Đối với các bướu ác nguyên phát và di căn độ ác cao, phẫu thuật mang lại nhiều lợi ích về hiệu quả giảm đau, nâng cao chất lượng cuộc sống và phục hồi chức năng trong quãng đời còn lại của bệnh nhân.
- Kết quả chung theo phân loại: đánh giá kết quả 6 thang điểm chức năng riêng rẽ đều có sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê theo thời gian và theo nhóm kết quả lâm sàng. Điểm số thành phần và tổng điểm chung ở nhóm lành bệnh tăng dần theo thời gian, trong khi đó nhóm tử vong có sự giảm dần điểm số qua thời gian theo dõi. Ở nhóm bướu ác, tỉ lệ sống còn toàn bộ là 30% sau 12 tháng và ổn định trong thời gian theo dõi tiếp theo. Điểm kết quả trung bình theo thang điểm Hiệp hội bướu Cơ – Xương – Khớp (MSTS) thời điểm 24 tháng với 21 bệnh nhân còn đang theo dõi được là $27,52 \pm 3,46$; xếp loại Rất tốt.

KIẾN NGHỊ

- Thực hiện thường qui phẫu thuật cắt nạo khối bướu, ghép xương và kết hợp xương các trường hợp bướu lành và tổn thương dạng bướu đầu gần xương đùi. Nạo bướu thường qui kết hợp với mài cao tốc nhằm giảm tỉ lệ tái phát, nhất là trong trường hợp phẫu thuật điều trị bướu đại bào xương bảo tồn khớp háng ở bệnh nhân trẻ tuổi.
- Các phẫu thuật viên Chính hình - Ung bướu nên cân nhắc việc phẫu thuật thì đầu cắt rộng khối bướu tạo hình lại khớp háng cho các bướu giáp biên ác có gãy xương bệnh lý, xâm lấn mô mềm; các bướu ác đáp ứng tốt hóa xạ trị vị trí vùng cổ mấu chuyển - đầu gần xương đùi cũng như cũng như thường qui thực hiện việc kết hợp xương điều trị gãy xương bệnh lý nhằm nâng đỡ, cải thiện chất lượng cuộc sống các bệnh nhân ung thư di căn xương.

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ
CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Văn Đức Minh Lý, Cao Thi (2019), "Phẫu thuật bảo tồn khớp háng điều trị các bưôu xương vùng cổ - mấu chuyển xương đùi". *Tạp chí Y học Tp. HCM*, chuyên đề Ngoại khoa, tập 23 (số 1), trang 131 - 137.
2. Văn Đức Minh Lý, Cao Thi (2021), “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bưôu đại bào xương đầu gần xương đùi”. *Tạp chí Y Dược học (Bộ Y tế)*, chuyên đề Y học, số 23 - tháng 6/2021, trang 27-34.