Hội thảo hàng năm Phòng chống Ung thư TP. Hồ Chí Minh lần thứ 27, năm 2024

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG BỆNH LÝ CỦA XƯƠNG DÀI DO DI CĂN XƯƠNG

Phạm Thanh Nhã[1], Lê Văn Thọ[1], Ngô Viết Nhuân[2]
[1] Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình, [2] Đại học Y Dược TPHCM

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Khi bệnh nhân ung thư sống lâu hơn, tần suất mà phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình đối mặt với di căn xương ngày càng tăng.
- Kết quả điều trị gãy xương bệnh lý tối ưu chỉ có thể đạt được khi chẩn đoán chính xác, lên kế hoạch phẫu thuật phù hợp và kết hợp với điều trị không phẫu thuật.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- Trình bày đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị các trường hợp gãy xương dài bệnh lý do di căn xương được phẫu thuật tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình từ 9/2023-9/2024.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh:
- Các trường hợp được chẩn đoán gãy xương bệnh lý của xương dài do di căn xương từ ung thư biểu mô, đa u tuỷ hoặc lymphoma được phẫu thuật tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình từ tháng 9/2023-9/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ:
- Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật không phù hợp với chẩn đoán.

Phương pháp nghiên cứu:
- Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Các bước thực hiện:
- Bước 1: Thu thập các biến số trước mổ gồm tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, tiến căn ung thư, đặc điểm X quang, đánh giá thang điểm đau VAS trước mổ và đánh giá chức năng bằng thang điểm ECOG.
- Bước 2: Thực hiện phẫu thuật gồm các biện pháp đóng đinh nội tuỷ có hoặc không kèm theo tăng cường xi măng, kết hợp xương nẹp vít có hoặc không kèm theo tăng cường xi măng và thay khớp bán phần có xi măng. Các biến số trong mổ gồm thời gian phẫu thuật và lượng máu truyền trong và sau mổ.
- Bước 3: Đánh giá kết quả sau mổ gồm các biến chứng, thang điểm đau VAS và thang điểm ECOG sau mổ 1 tháng.

KẾT QUẢ

- Có 20 trường hợp được bao gồm trong nghiên cứu.
- Tuổi trung bình 62,11 ± 9,04, thấp nhất là 43 tuổi và cao nhất là 80 tuổi.
- Giới: Nam/nữ = 9/11.
- Vị trí: đầu gần xương đùi (60%), thân xương đùi (20%), thân xương cánh tay (10%), thân xương chày (10%).
- Tiến căn ung thư nguyên phát: 50% bệnh nhân có tiến căn ung thư nguyên phát bao gồm ung thư vú (25%), đa u tuỷ (10%), ung thư phổi (5%), ung thư đại tràng (5%), ung thư bàng quang (5%).
- Triệu chứng lâm sàng: tất cả bệnh nhân đều trải nghiệm đau trước khi tai nạn, cơ chế chấn thương phổ biến nhất là đi lại và té (35%), trượt té (30%), thay đổi tư thế (15%), năng trái đưa hẩu (5%), không rõ cơ chế chấn thương (15%).
- Đặc điểm X quang: Huỷ xương (90%), hỗn hợp (5%), đặc xương (5%).
- Số lượng tổn thương trên xương gãy: tổn thương đơn độc (90%), nhiều tổn thương (10%).
- Đặc điểm giải phẫu bệnh: carcinoma không rõ nguyên phát (65%), đa u tuỷ (20%), carcinoma tuyến tử đường tiêu hoá (5%), carcinoma tuyến tử tuyến giáp (5%), melanoma (5%).
- Thang điểm VAS trước mổ: 7,42 ± 1,15.
- Thang điểm ECOG trước phẫu thuật: 3,63±0,88.

	Kết hợp xương đơn thuần	Kết hợp xương kèm xi măng	Thay khớp
Xương đùi	8	6	2
Xương chày	0	2	0
Xương cánh tay	1	1	0

	Kết hợp xương đơn thuần	Kết hợp xương kèm xi măng
Thời gian phẫu thuật	79,29 ± 23,17	114,23 ± 51,07
Lượng máu truyền trong và sau mổ	0	746,15 ± 837,27

- Thất bại dụng cụ: 4 trường hợp kết hợp xương đơn thuần ở đầu gần xương đùi.
- Thang điểm đau VAS sau mổ 1 tháng: 3,68 ± 1,04. Sự khác biệt so với điểm VAS trước mổ là có ý nghĩa thống kê.
- Thang điểm ECOG sau mổ 1 tháng: 2,32 ± 1,03. Sự khác biệt so với điểm ECOG trước mổ là có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

- Chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh. Trong đó, triệu chứng đau, cơ chế năng lượng thấp và tiến căn ung thư nguyên phát là thường gặp. Về hình ảnh học, bất kì tổn thương huỷ xương ở bệnh nhân trên 40 tuổi nên nghĩ ngờ di căn xương. Giải phẫu bệnh giúp khẳng định chẩn đoán.
- Điều trị phẫu thuật dựa trên 5 điểm mấu chốt: ung thư nguyên phát, số lượng tổn thương, vị trí di căn, khả năng đáp ứng với điều trị không phẫu thuật và dự đoán thời gian sống còn. Điều trị phẫu thuật giúp giảm đau và cải thiện chức năng. Thất bại dụng cụ thường ở đầu gần xương đùi khi kết hợp xương đơn thuần.
- Điều trị không phẫu thuật là nền tảng và luôn cần thiết.

KẾT LUẬN

- Di căn xương không phải án tử hình đối với bệnh nhân ung thư. Nhiều bệnh nhân sống lâu hơn và chất lượng cuộc sống tốt hơn khi được chẩn đoán sớm, kết hợp điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật phù hợp.
- Đối với gãy bệnh lý ở đầu gần xương đùi do di căn xương, phương pháp cắt bướu và kết hợp xương tăng cường xi măng hoặc thay khớp nên là phương pháp được chọn để tránh thất bại dụng cụ.

Tác giả liên hệ

Ths.Bs. Phạm Thanh Nhã – Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình
Email: bsphamthanhnha@gmail.com Điện thoại: 0353934796