

quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, pp.

4. **Gwin S, Branscum P, Taylor L, Cheney M**, et al, (2020). "Associations Between Depressive Symptoms and Religiosity in Young Adults", *J Relig Health*, 59 (6), pp. 3193 - 3210.

5. **Katon W, von Korff M, Ciechanowski P, Russo J**, et al, (2004). "Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes", *Diabetes Care*, 27 (4), pp. 914 - 920.

6. **Kessler R C, Bromet E J**, (2013). "The epidemiology of depression across cultures", *Annu Rev Public Health*, 34 pp. 119 - 138.

7. **Kikuchi Y, Iwase M, Fujii H, Ohkuma T**, et al, (2015). "Association of severe hypoglycemia with depressive symptoms in patients with type 2 diabetes: the Fukuoka Diabetes Registry", *BMJ Open Diabetes Res Care*, 3 (1), pp. e000063.

8. **MR Shafiepour D, R Bidaki D, E Hasibi M**, et al, (2016). "The prevalence of depression and related factors in diabetic patients referred to Rafsanjan diabetes center", *JOHE*, 5 pp. 135 - 142.

9. **Pashaki M S, Mezel J A, Mokhtari Z, Gheshlagh R G**, et al, (2019). "The prevalence of comorbid depression in patients with diabetes: A meta-analysis of observational studies", *Diabetes Metab Syndr*, 13 (6), pp. 3113 - 3119.

10. **Moulton C D, Pickup J C, Ismail K**, (2015). "The link between depression and diabetes: The search for shared mechanisms", *The lancet Diabetes & endocrinology*, 3 (6), pp. 461 - 471.

11. **Stearns M, Nadorff D K, Lantz E D, McKay I T**, (2018). "Religiosity and depressive symptoms in older adults compared to younger adults: Moderation by age", *Journal of affective disorders*, 238 pp. 522 - 525.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BƯỚU ĐẠI BÀO XƯƠNG ĐẦU GẦN XƯƠNG ĐÙI

VĂN ĐỨC MINH LÝ, CAO THỈ  
*Bệnh viện Chợ Rẫy*

*Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

### TÓM TẮT

*Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật và khả năng bảo tồn khớp háng các trường hợp bấu đại bào xương đầu gần xương đùi.*

*Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 8 trường hợp bấu đại bào xương vùng đầu gần xương đùi điều trị nội trú tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 08/2015 - 04/2018. Trong đó có 3 trường hợp dọa gãy cần kết hợp xương (KHX) dự phòng, 2 trường hợp tái phát nhanh chóng sau KHX lần đầu ở nơi khác chuyển đến, các trường hợp còn lại độ X quang IC kèm gãy bệnh lý. Phẫu thuật cắt rộng bấu thay khớp háng thực hiện trên 3 trường hợp,*

*trong đó 2 trường hợp được cắt rộng bấu thay khớp thì đầu và 1 trường hợp bấu tái phát sau khi nạo bấu KHX thất bại. Các trường hợp còn lại đều được mổ nạo bấu ghép xương KHX. Đánh giá kết quả chức năng theo bảng điểm của Enneking (1993).*

*Kết quả: Sau thời gian theo dõi trung bình 3 năm, các trường hợp nạo bấu ghép xương, KHX đều đạt kết quả lành xương và điểm chức năng tốt - rất tốt, 2 trường hợp lành xương tốt đã lấy dụng cụ KHX. Biến chứng trật khớp háng nhân tạo trên 1 trường hợp đã được mở nắn thành công. Một trường hợp bấu kèm bọc phình mạch xương tái phát nhanh chóng, hủy xương tiến triển phải phẫu thuật tháo khớp háng.*

*Kết luận: Chúng tôi nhận thấy rằng với các khối u đại bào xương đầu gần xương đùi có thể mổ nạo bấu ghép xương KHX thành công các trường hợp dọa gãy, X quang độ IA-B; các trường hợp độ X quang IC kèm gãy bệnh lý hoặc*

---

Chịu trách nhiệm: Cao Thỉ  
Email: caothibacsi@ump.edu.vn  
Ngày nhận: 21/4/2021  
Ngày phản biện: 20/5/2021  
Ngày duyệt bài: 22/5/2021

tái phát sau nạo bướt cần cắt rộng bướt thay khớp háng thì đầu.

**Từ khóa:** Bướt đại bào xương, khớp háng, tái phát, bảo tồn khớp háng.

#### SUMMARY

#### THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GIANT CELL TUMOR AT PROXIMAL FEMUR

**Objective:** To evaluate the results of surgical treatment and hip joint salvage on patients of giant cell tumor at proximal femur.

**Materials and methods:** The study consisted of 8 cases of giant cell tumor at proximal femur from August 2015 to May 2018 at Orthopedic Department, Cho Ray hospital. Three cases had impending fracture need prophylaxis fixation, the other cases had Xray level IC (Lodwick classification) combine pathologic fracture. Two recurrent cases were transferred to Cho ray hospital after primarily fixation at another hospital. Wide resection and hip replacement were done on 3 cases. The tumor curettage combined with bone graft and osteosynthesis were performed on 4 cases. Enneking scores (1993) was used to evaluate functional outcomes.

**Results:** After average 3 years follow up, general functional outcomes are good, patients can obtain usefully functional lower limb in their daily activities. One case suffered hip disarticulation due to rapid recurrence.

**Conclusions:** It is suggested that with the giant cell tumor at proximal femur, a combination of tumor resection by curettage, bone graft and osteosynthesis in case of impending fracture or wide resection and hip arthroplasty in case of pathologic fracture can obtain acceptable outcomes.

**Keywords:** Giant cell tumor, hip, recurrence, hip joint salvage.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướt đại bào xương được xếp vào loại bướt giáp biên ác, là một trong 3 loại bướt xương hay gặp nhất<sup>[1,2]</sup>. Bướt thường xảy ra ở lứa tuổi người trưởng thành, vị trí đầu trên xương đùi tuy ít gặp nhưng do vị trí giải phẫu học quan trọng, vai trò chức năng chịu trọng lực phần dưới cơ thể nên việc điều trị các bướt đại bào xương vị trí này giữ vai trò hết sức quan trọng trong bảo vệ sự toàn vẹn cơ thể, thẩm mỹ và chức năng cho bệnh nhân.

Đối với các trường hợp bướt hủy xương vùng đầu trên xương đùi mới phát hiện hay tái phát sau phẫu thuật nạo bướt trước đó, vấn đề đặt ra là phẫu thuật cắt rộng khối u tạo hình khớp háng hay cố gắng nạo bướt bảo tồn khớp

háng cho bệnh nhân. Ở các nước phát triển, thay khớp nhân tạo chuyên dụng sau khi cắt bỏ khối u đã được giới thiệu và đưa vào từ những năm 1980<sup>[3,4]</sup>. Tuy nhiên ở Việt Nam vì các điều kiện kinh tế và trang thiết bị chưa đáp ứng đủ, các khớp chuỗi dài nhân tạo chuyên biệt (megaprothesis) cho tái tạo khớp háng sau khi cắt rộng khối u vị trí này chưa được ứng dụng và triển khai rộng rãi. Do đó, vấn đề đặt ra là với các tổn thương bướt đại bào xương vị trí này, với các đặc điểm lâm sàng - hình ảnh học như thế nào thì có thể nạo bướt bảo tồn khớp háng thật, giai đoạn nào cần phải phẫu thuật triệt để hơn như cắt rộng khối u, tạo hình khớp háng.

#### SỐ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Số liệu, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Số liệu: Các bệnh nhân bướt xương đầu gần xương đùi điều trị nội trú tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn từ tháng 08/2015 - 04/2018 đã được phẫu thuật sinh thiết chẩn đoán, có kết quả là bướt đại bào xương. Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu khi có đầy đủ dữ kiện lâm sàng - hình ảnh học - giải phẫu bệnh và quá trình phẫu thuật điều trị, theo dõi đánh giá kết quả tái khám.

##### 2. Các bước tiến hành nghiên cứu

Tiếp cận bệnh nhân nhập viện, tiến hành thăm khám và thực hiện cận lâm sàng cần thiết phục vụ cho công việc chẩn đoán và điều trị khối bướt xương đầu gần xương đùi. Thu thập các dữ liệu nghiên cứu theo mẫu vào hồ sơ nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu bướt xương và tổn thương dạng bướt đầu gần xương đùi. Đây là nghiên cứu tiền cứu, mô tả.

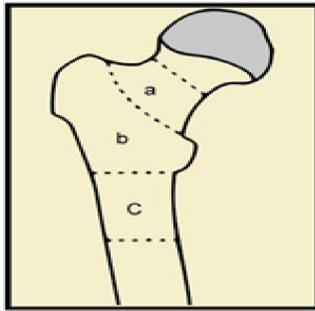
##### 2.1. Khảo sát các đặc điểm lâm sàng

Ghi nhận các chỉ số như tuổi, giới, tình trạng khối u, biến dạng ở đầu gần xương đùi, lý do bệnh nhập viện và mốc thời gian từ có triệu chứng đến khi thăm khám, bên chi tổn thương ...

##### 2.2. Khảo sát các đặc điểm hình ảnh học trên Xquang qui ước

Vị trí tổn thương: Trên hình ảnh Xquang qui ước, xác định vị trí tổn thương theo phần vùng như sau: cổ xương đùi, máu chuyên, cổ - máu chuyên, đầu trên xương đùi.

Hình thái tổn thương xương: Áp dụng phân độ hủy xương theo Lodwick gồm 3 độ I, II và III (1).

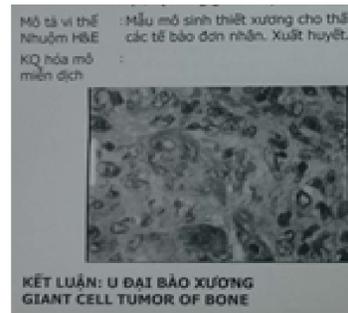


Hình 1. Phân vùng tổn thương bướu xương vùng cổ - máu chuyển xương đùi

“Nguồn: Mujahid J. Khattak, 2018”<sup>[9]</sup>

### 2.3. Sinh thiết - Giải phẫu bệnh

Sinh thiết khối u có hũy xương được thực hiện thường quy, trước khi tiến hành điều trị chính thức. Đối với các tổn thương lan rộng từ cổ đến máu chuyển xương đùi: sinh thiết theo đường mỡ Watson - Jones. Ngược lại, các tổn thương xương chỉ khu trú vùng cổ xương đùi, có thể sinh thiết qua đường mỡ lồi trước vào khớp háng (đường mỡ Smith - Peterson).



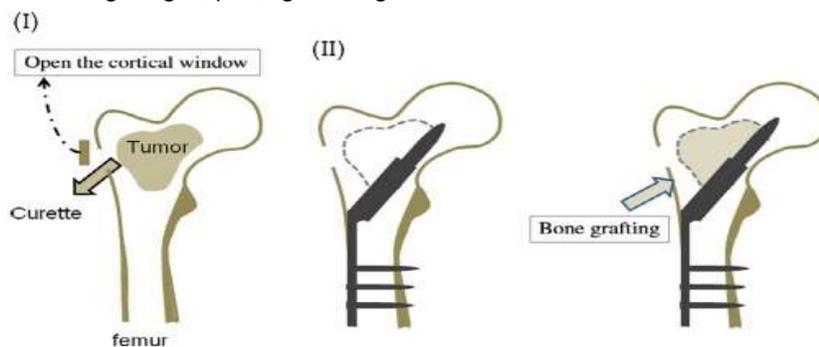
Hình 2. Kết quả sinh thiết trường hợp bướu đại bào xương gây bệnh lý

### 2.4. Phẫu trị

**Phẫu thuật cắt nạo bướu + kết hợp xương (KHX) + ghép xương:** Áp dụng cho các trường hợp có độ quang IA-B, có chỉ định bảo tồn khớp háng. Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn, kê mông bên bị tổn thương, sử dụng màn tăng sáng hỗ trợ. Đường mỡ phía ngoài qua đỉnh máu chuyển lớn xương đùi cắt cân mạc, tiếp tục bộc lộ đến vùng cổ máu xương đùi, mở rộng cửa sổ xương để quan sát rõ bên trong tổn thương, sau đó nạo bằng muỗng nạo rồi bơm rửa nước muối sinh lý, hút sạch cho đến khi không còn thấy mô bướu trên đại thể. Đốt nhiệt bề mặt tổn thương sau nạo để tăng thêm hiệu quả nạo bướu.

**KHX điều trị gãy và dự phòng gãy xương bệnh lý (GXBL):** Phẫu thuật cố định được chỉ định cho những bệnh nhân có GXBL, phẫu thuật phòng ngừa được áp dụng cho những trường hợp dọa gãy bệnh lý với điểm Mirel  $\geq 9$ . Các phương tiện dùng trong KHX dự phòng và điều trị GXBL đầu gần xương đùi trong nghiên cứu là nẹp vít (nẹp DHS, nẹp vít khóa), đinh nội tủy có chốt.

**Ghép xương, lấp khuyết hồng:** Sau khi nạo bướu, KHX, xương ghép lấp lại khuyết hồng và thúc đẩy quá trình lành xương. Các loại xương ghép sử dụng là xương ghép tự thân, xương ghép đồng loại đông khô và xương tổng hợp dạng khoáng.



Hình 3. Hình minh họa các bước phẫu thuật nạo bướu, ghép xương, kết hợp xương<sup>[5]</sup>

**Phẫu thuật cắt rộng khối u, thay khớp háng:** Áp dụng cho các trường hợp gãy xương bệnh lý, Xquang độ IC trở lên hoặc bunion tái phát. Đường mổ theo dọc theo trục của chi, cắt bỏ nguyên khối gồm vết sẹo mổ sinh thiết cùng với khối u. Bờ phẫu thuật cách xa từ 1 - 2cm đối với trục dọc và 0,5 - 1cm đối với chiều ngang so với kích thước trên phim Xquang. Sinh thiết kiểm tra bờ mặt cắt xa xương đùi có còn sót mô bunion hay không.

**2.5. Phương pháp theo dõi và đánh giá kết quả**

Kế hoạch tái khám định kỳ mỗi tháng trong 3 tháng đầu. Các mốc thời gian để lượng giá kết quả là: 1 - 3 - 6 - 12 - 24 tháng, lần theo dõi cuối và tổng kết kết quả điều trị. Điểm số chức năng được tính theo Hệ thống đánh giá chức năng các phẫu thuật tái tạo sau cắt bunion của Enneking (1993).

Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị dựa vào tổng hợp các tiêu chí sau:

Về mặt bệnh học: Khả năng cắt bunion triệt để, bunion không tái phát hoặc tái phát ở mức độ

tại chỗ hay tiến triển xa ...

Khả năng tái tạo sau cắt bunion: Ghép xương và lành xương ghép, cố định xương gãy, dụng cụ thay thế ổn định, tạo hình khớp háng...

Điểm số chức năng đạt được sau cắt bunion bunion.

Biến chứng xảy ra và ảnh hưởng kết quả điều trị.

**KẾT QUẢ**

Theo số liệu trong nghiên cứu bunion xương và tổn thương dạng bunion của chúng tôi có 50 ca bệnh nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 8/2015 - 5/2018, trong đó có 8 trường hợp là bunion đại bào xương (BĐBX), chiếm tỉ lệ 16%.

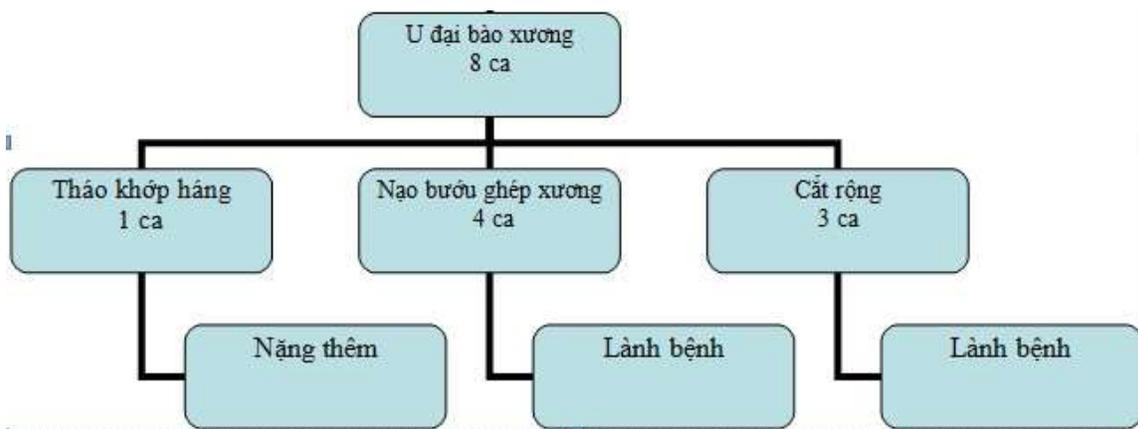
**1. Đặc điểm lâm sàng - hình ảnh học**

Có 3 trường hợp dọa gãy cần KHX dự phòng, các trường hợp còn lại độ Xquang IC kèm gãy bệnh lý, có 2 trường hợp bunion tái phát được chuyển đến chúng tôi sau bunion KHX lần đầu ở cơ sở khác.

Bảng 1. Dữ liệu dân số nghiên cứu

STT	Họ tên	Tuổi	Giới	GPB	Độ Xquang	GXBL/dọa gãy
1	FU LI M.	1975	nam	BĐBX	IC	GXBL
2	TRAN KHE E.	1960	nam	BĐBX	IC	GXBL
3	TRAN CHI S.	1990	nam	BĐBX	IC	Dọa gãy
4	NGUYEN TAN TH.	2000	nam	BĐBX	IC	GXBL
5	TRAN VAN H.	1993	nam	BĐBX	IC	Dọa gãy
6	NGUYEN THI THANH H.	1997	nữ	BĐBX	IB	Dọa gãy
7	NGUYEN VAN L.	1966	nam	BĐBX	IC	GXBL
8	PHAN DINH L.	1979	nam	BĐBX	IC	GXBL

Các hình thức phẫu thuật và kết quả điều trị



Sơ đồ 1. Các hình thức phẫu thuật điều trị và kết quả điều trị

### 3. Phẫu thuật nạo bướu ghép xương, KHX

Thực hiện thành công trên 4 trường hợp trong đó có 1 trường hợp gãy bệnh lý, X quang độ IC, bướu ở giai đoạn III theo Campanacci; 2 trường hợp lành xương tốt đã lấy dụng cụ KHX. Các trường hợp này đều giữ được khớp háng thật. Trong nghiên cứu chung cũng có 1 trường hợp bọc xương xuất huyết kèm bướu đại bào kích thước khối u rất lớn, tổn thương hủy xương tạo hốc tiến triển đến chỏm xương đùi; do bệnh nhân còn trẻ tuổi, trong nỗ lực bảo tồn khớp háng đã được mổ nạo bướu ghép xương. Tiến triển liền xương đạt được trong thời gian 2 năm đầu sau đó khoảng thấu quang xuất hiện lại. Sau 3 năm theo dõi người bệnh không đau khớp háng, phục hồi chức năng hoàn toàn nên đang cân nhắc bảo tồn khớp háng tiếp tục trường hợp này.

### 4. Phẫu thuật cắt rộng u tái tạo khớp háng

Thực hiện trên 3 trường hợp, trong đó 2 trường hợp độ X quang IC được cắt rộng bướu

thay khớp thì đầu và 1 trường hợp bướu tái phát sau khi nạo bướu KHX thất bại. Quy trình phẫu thuật bao gồm hai bước chính là cắt bỏ toàn bộ khối u và tái tạo khớp háng nhằm bảo đảm PHCN chi thể. Một trường hợp biến chứng trật khớp nhân tạo sau mổ được mổ nắn trật lại. Các trường hợp còn lại ổn định, tiến triển hồi phục tốt, bướu không tái phát.

### 5. Biến chứng

Một trường hợp bướu kèm bọc phình mạch xương tái phát nhanh chóng, hủy xương tiến triển phải phẫu thuật tháo khớp háng. Trường hợp này bệnh nhân được mổ KHX gây liên máu chuyển xương đùi + sinh thiết, bướu tái phát nhanh chóng sau mổ, kết quả sinh thiết lần đầu không phù hợp. Chúng tôi sinh thiết lại, GPB là bướu đại bào kèm bọc phình mạch xương. Trên lâm sàng bướu tái phát nhanh, hủy xương tiến triển đến 1/3 giữa đùi bung nẹp vít DHS, bướu dọ xuất huyết ra da, mất chức năng chi. Phẫu thuật cắt triệt để được chọn lựa.



Hình 4. Phẫu thuật tháo khớp háng trên bệnh nhân bướu đại bào xương tái phát

Biến chứng trật khớp háng nhân tạo xảy ra ở ngày hậu phẫu thứ 2 sau mổ cắt rộng khối u, thay khớp háng trên bệnh nhân BDBX gây bệnh lý cổ xương đùi. Biến chứng này liên quan chính đến kỹ thuật mổ tạo hình lại khớp háng. Bệnh nhân được mổ chỉnh lại tư thế shell phần ổ cối, nắn lại khớp háng. Theo dõi tiếp sau 1 năm, bệnh hồi phục, đi lại tốt và không bị trật lại.



Hình 5. Biến chứng trật khớp nhân tạo sau cắt khối u thay khớp háng

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm về khối u

#### 1.1. Về đại thể

Tất cả các trường hợp đều có tổn thương thực thể trong xương vùng đầu gần xương đùi, nhưng sự biểu hiện ra ngoài da lại khác nhau. Khối u tiến triển dần trong xương gây đau, có thể hạn chế chức năng chi nhưng không biểu hiện “u” ra bên ngoài da.

#### 1.2. Về vi thể - bản chất mô học

2 trường hợp bướu đại bào xương kèm tổn thương mô học khác là bọc xương xuất huyết và bọc phình mạch xương. Tổn thương mô học phối hợp này thuộc nhóm tổn thương dạng bướu, có ảnh hưởng nhiều đến quá trình chẩn đoán và kết quả điều trị, dự hậu. Theo một số tác giả, có những khó khăn trong chẩn đoán, phân loại các bướu xương và tổn thương dạng bướu; thậm chí còn nhiều tranh luận, bàn cãi. Bởi vì bản chất các tế bào trung mô biệt hóa thành bướu rất đa năng và quá trình tạo xương rất động; việc phân định rạch ròi ranh giới, nguồn gốc tạo mô, các tổn thương phối hợp, tính chất lành ác... trong cùng một tổn thương

đôi lúc bị chồng lấp, chưa thể phân định rõ ràng. Các bướu đại bào xương không chỉ nguồn gốc tạo mô chưa được biết rõ, mà xác định bản chất lành ác của bướu vẫn có nhiều ý kiến khác nhau giữa các tác giả. Như đa số các tác giả thống nhất với phân loại “bướu giáp biên ác”, vẫn còn có phân loại khác như “bướu xương lành tính tấn công” thậm chí là “bướu tân sinh lành tính tấn công” [1,2].

#### 2. Đặc điểm về hình ảnh học trên Xquang qui ước

Về vị trí tổn thương trên phim Xquang, tổn thương đầu gần xương đùi chiếm tỷ lệ cao nhất. Đầu gần xương đùi trong nghiên cứu chúng tôi được tính từ vùng dưới mấu chuyển lên đến vùng cổ - chỏm xương đùi, đây là những vị trí gây khó khăn trong việc nạo loại bỏ tổn thương và ghép xương cũng như cố định sau ghép xương các trường hợp tổn thương hủy xương khối lớn. Phần lớn các trường hợp Xquang đã ở giai đoạn IC, bướu phá hủy xương tiến triển nhiều trên lâm sàng gây gãy xương bệnh lý hay dọa gãy ở mức độ cần phải KHX dự phòng tất cả các trường hợp.



Hình 6. Tổn thương hủy xương khối lớn toàn bộ vùng đầu gần xương đùi trường hợp bướu đại bào kèm bọc xương xuất huyết

### 3. Phẫu thuật điều trị

Việc điều trị các bunion đại bào quanh khớp ở người trẻ vẫn tiếp tục là một trong những lãnh vực tranh luận nhất trong ngành ung bướu học chỉnh hình. Đối với nhóm giáp biên ác như BDBX vị trí đầu gần xương đùi, có nhiều luận điểm khác nhau về phương thức điều trị. Phẫu thuật bảo tồn lại khớp háng bằng cách cố gắng nạo bướu ghép xương có phải phù hợp với mọi mức độ sang thương xương ở vị trí này? Trong một số báo cáo liên quan, hầu hết các tác giả nhận định rằng phẫu thuật nạo bướu tuy cho tỷ lệ tái phát tại chỗ cao hơn, nhưng kết quả chức năng tốt hơn so với cắt bỏ<sup>[3,6]</sup>.

Wijsbek và Gracia trong nghiên cứu chuyên sâu về điều trị các BDBX đầu gần xương đùi với 24 bệnh nhân từ năm 1974 - 2012, trong đó 10 BN được mổ bảo tồn khớp háng bằng nạo bướu có hoặc không ghép xương hỗ trợ; thay khớp háng toàn phần 9 BN và thay khớp nhân tạo chuyên dụng 5 trường hợp, trong đó 11 ca có GXBL đều được mổ thay khớp. Kết quả tái phát ở 5 BN mổ thay khớp toàn phần và 3 BN mổ

nạo bướu bảo tồn khớp háng. Trong 10 ca bảo tồn khớp háng có 6 ca thành công chỉ với 1 lần mổ duy nhất, 3 ca cần thay lại bằng khớp háng toàn phần và 1 ca thay khớp háng chuyên dụng. Như vậy chỉ có 25% các ca giữ lại được khớp háng tự nhiên và 60% BN không có GXBL được bảo tồn khớp háng thành công<sup>[10]</sup>. Tuy nhiên, trong nghiên cứu chúng tôi vẫn mổ nạo bướu, bảo tồn khớp háng thành công trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi bướu đại bào xương Xquang giai đoạn IC kèm gãy bệnh lý, bướu đã ở giai đoạn III theo Campanacci. Trường hợp này khi mổ sinh thiết chúng tôi quan sát thấy không có nhiều mô bướu đại bào trong vị trí khối u, tổn thương hủy xương tạo hốc trống giống với sang thương lành tính của tổn thương giả bướu hơn, do đó chúng tôi quyết định mổ nạo bướu ghép xương, KHX bảo tồn khớp háng trường hợp này và kết quả thành công. Chúng tôi nhận thấy rằng nạo bướu là khâu rất quan trọng, việc có nạo loại bỏ được hết mô bướu hay không là một trong các yếu tố chính quyết định khả năng tái phát sau này.



Hình 7. Bảo tồn khớp háng thành công bướu đại bào xương Xquang độ IC, gãy bệnh lý

Theo Andreas Mavrogenis trong nghiên cứu xem xét lại bướu đại bào xương một cách hệ thống thì nhận thấy chỉ riêng nạo đã là phương pháp điều trị chuẩn cho bướu đại bào xương, nhưng nạo có liên quan đến nguy cơ tái phát tại chỗ tương đối cao, lên đến 35 - 40%. Để giảm nguy cơ tái phát tại chỗ, nhiều loại thuốc bổ trợ tại chỗ như phenol và toàn thân như bisphosphonates, interferon alpha... đã được báo cáo, với các kết quả khác nhau về kết quả, chức năng và biến chứng cho bệnh nhân<sup>[7]</sup>.

Xét trường hợp tái phát sau nạo bướu: Bệnh nhân nam, 44 tuổi, chúng tôi tiếp nhận lại trường hợp này khi BN bị tái phát lại sau 4 tháng được mổ nạo bướu, ghép xương và KHX ở một đơn vị khác. Khi tra cứu lại hình ảnh lúc trước mổ thì thấy bướu đã ở giai đoạn tấn công (IC), gãy bệnh lý. Chúng tôi không cố gắng nạo bướu bảo tồn khớp háng tiếp vì bướu đã xâm lấn ra "ngoài khoang". Trường hợp này được xử trí cắt rộng lại khối u, lấy bỏ toàn bộ đầu gần xương đùi mang bướu, thay khớp háng nhân tạo. Kết quả hồi phục tốt sau 1 năm theo dõi.



Hình 8. Bướu đại bào xương tái phát sau mổ nạo bướu ghép xương

Abdulrazak và Paulo Silva trong các báo cáo trường hợp ca lâm sàng BDBX cổ xương đùi khuyến cáo rằng BDBX cổ xương đùi nên được cắt bỏ theo nguyên tắc cắt rộng khối u và thay khớp chuyên dụng. Các tác giả nhấn mạnh sự cần thiết của việc cắt bỏ hoàn toàn khối u để ngăn ngừa tổn thương tái phát<sup>[4,5]</sup>. Nghiên cứu của Mkandawire cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ có tương quan với giai đoạn phẫu thuật Enneking và loại phẫu thuật được thực hiện. Tỷ lệ tái phát cục bộ sau khi cắt nạo khối u là từ 29% - 75%, sau khi cắt rộng khối u từ 0% - 6%. Đối với BDBX trên các bệnh nhân trẻ tuổi, tác giả đã ủng hộ việc cắt/nạo trong khoang, ghép xương và cố định bằng các dụng cụ như nẹp DHS. Đây là nỗ lực để bảo tồn đầu xương đùi của bệnh nhân. Thay toàn bộ khớp háng ở một người bệnh trẻ tuổi được coi là có rủi ro do khả năng cao phải phẫu thuật chỉnh sửa lại sớm<sup>[6]</sup>.

#### KẾT LUẬN

Các bướu đại bào xương đầu gần xương đùi kết hợp 2 yếu tố chính là bản chất mô học vẫn là bướu giáp giáp biên ác với tỉ lệ tái phát cao cùng với vị trí giải phẫu học quan trọng, vai trò chức năng chịu trọng lực phần dưới cơ thể nên việc phẫu thuật điều trị cần cân nhắc kĩ lưỡng, chọn lựa loại hình phẫu thuật phù hợp. Các trường hợp độ Xquang IC kèm gãy bệnh lý hoặc tái phát sau nạo bướu nên được chủ động cắt rộng bướu thay khớp háng nhằm đạt được hiệu quả cắt nạo bướu triệt để, hạn chế tỉ lệ tái phát và khả năng di căn sau này. Đối với bệnh nhân trẻ tuổi, các trường hợp bướu còn giới hạn trong khoang (độ IA - B) thì có thể xem xét mổ nạo bướu ghép xương KHX bảo tồn khớp háng thật cho bệnh nhân. Khả năng nạo bướu triệt để là yếu tố chủ chốt giúp ngăn ngừa, hạn chế bướu tái phát.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Chí Dũng (2003). "Bướu đại bào xương", chương 5 "Bướu giáp giáp biên ác", Sách "Bướu xương: Lâm sàng - Hình ảnh Y học - Giải phẫu

bệnh và điều trị", trang 141 - 156. Nhà xuất bản Y học, chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.

2. Nguyễn Văn Thắng (2000). "Nghiên cứu đặc tính bướu đại bào xương (qua đổi chiếu lâm sàng - xquang - giải phẫu bệnh 135 trường hợp)". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Chuyên đề Chấn thương Chỉnh hình, tập 4, trang 308 - 316.

3. Văn Đức Minh Lý, Cao Thị (2019). "Phẫu thuật bảo tồn khớp háng điều trị các bướu xương vùng cổ - mấu chuyển xương đùi". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Chuyên đề Ngoại khoa, tập 23 (số 2), trang 131 - 137.

4. Abdulrazak S, Marzouki A, Bah ST, et al (2019). "Giant cell tumour of the femoral neck: Failure of curettage-cavity filling cementation with screw fixation, a case report". Trauma Case Reports, 22.

5. Paulo Silva, Rogério Andrade do Amaral, Leandro Alves de Oliveira (2016). "Giant cell tumor of femoral neck: Case report". Rev Bras Ortop, 51 (6), 739 - 743.

6. Puri A, Agarwal M (2007). "Treatment of giant cell tumor of bone: Current concepts"; Indian J Orthop, 41(2): 101 - 108.

7. Mavrogenis AF, Igoumenou VG, Megaloikononimos PD, et al (2017). "Giant cell tumor of bone revisited". SICOT Journal, PubMed Central, 3 (54).

8. Mkandawire NC (2005). "Giant cell tumour of the neck of femur treated by total hip replacement". Malawi Medical Journal, 17 (1), 21 - 28.

9. Mujahid Khattak Jamil, Umair Ashraf, et al (2018). "Surgical management of metastatic lesions of proximal femur and the hip". Ann Med Surg (Lond), Published online 2018, 36, 90 - 95.

10. Wijsbek AE, Vazquez-Gracia BL, et al (2014). "Giant cell tumor of the proximal femur: is joint-sparing management ever successful". The Bone and Joint Journal, vol. 96-B(1), 127 - 131.