

ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN SỐNG VÙNG CÙNG CỤT. CA LÂM SÀNG VÀ QUAN ĐIỂM CỦA Y VĂN

Phạm Trọng Thoan*
Nguyễn Ngọc Quyên*
Phan Trọng Hậu*
Nguyễn Việt Tiến*

TÓM TẮT

Quan điểm điều trị u nguyên sống vùng cùng cụt là phẫu thuật cắt rộng khối u kết hợp với xạ trị. Trong đó mục đích của phẫu thuật là cắt toàn bộ hoặc gần toàn bộ khối u, tạo thuận lợi cho xạ trị kết hợp. Do triệu chứng lâm sàng rất mơ hồ, chẩn đoán thường chậm trễ nên việc điều trị phẫu thuật luôn gặp nhiều khó khăn do khối u phát triển quá lớn, xâm lấn nhiều phần mềm xung quanh. Bên cạnh đó, mặc dù khối u rất nhạy cảm với xạ trị, nhưng bản thân kỹ thuật này có nguy cơ cao, làm thường tổn thứ phát cấu trúc thần kinh bao quanh vùng cùng cụt, đó là một trở ngại lớn trong thực hành điều trị u nguyên sống. Các dữ liệu trong y văn về hiệu quả và an toàn trong điều trị u nguyên sống còn rất giới hạn. Trong báo cáo này, xin giới thiệu một ca lâm sàng và tham khảo kiến thức y văn trong điều trị u nguyên sống vùng cùng cụt, góp phần tìm hiểu sâu thêm về loại tổn thương này.

Từ khóa: U nguyên sống vùng cùng cụt; Quan điểm y văn.

TREATMENT OF SACRAL CHORDOMA. CASE REPORT AND REVIEW LITERATURE

Pham Trong Thoan
Nguyen Ngoc Quyen
Phan Trong Hau
Nguyen Viet Tien

SUMMARY

Optimal therapy of chordoma is a combined approach of surgical resection followed by radiation for residual disease. The goals of surgery are obtain total or maximal resection, and "shape" any residual disease so that it is favorable for radiation. Given the difficult locations and large sizes of these tumors, potential morbidity from these surgeries is high. Chordomas respond best to high doses of radiation, but nearby neurologic structures limit doses that can be delivered. The data on efficacy and safety of treatments for chordoma is limited because of the rarity of disease. Current reports in the literature are exclusively case report, improve knowledge in the practice .

* Key words: Sacral chordoma; Review literature.

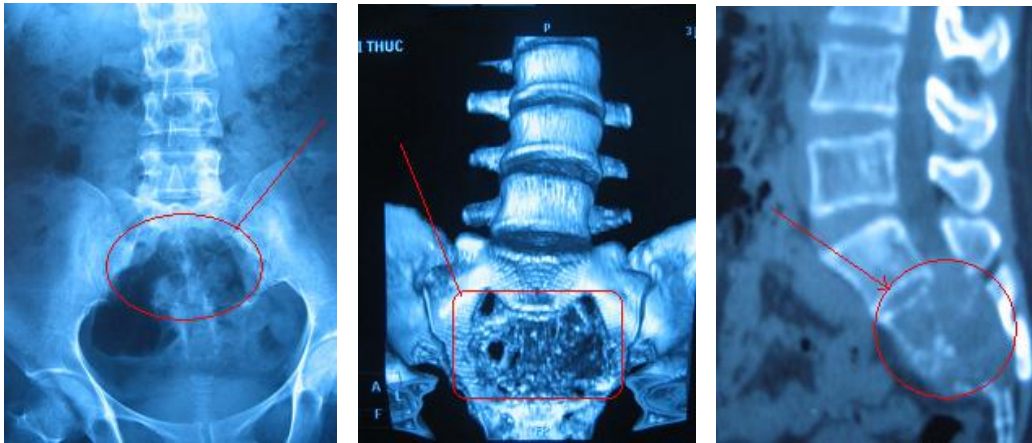
* Bệnh viện TWQĐ 108

Phản biện khoa học: GS. TS. Vũ Hùng Liên

ĐẶT VẤN ĐỀ

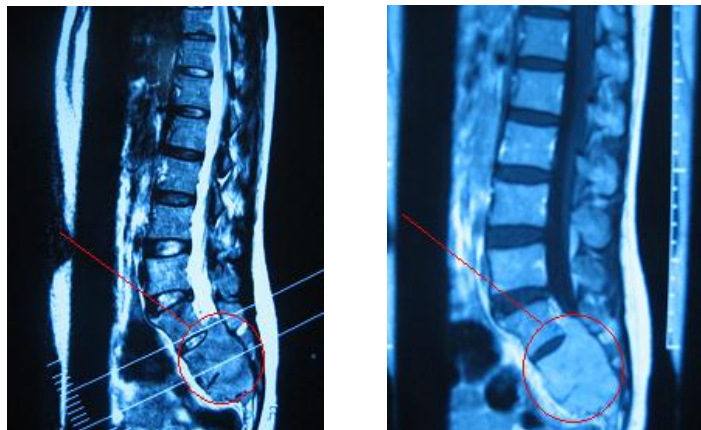
U nguyên sống là một loại ung thư có độ ác tính thấp, khối u phát triển từ phần tồn dư của mào sống. Phần lớn u nguyên sống thường ở vùng cùng cụt và vùng nền sọ, ít thấy ở vùng thân đốt khác. U nguyên sống có độ ác tính thấp, ít di căn và chủ yếu phát triển xâm lấn tại chỗ nhưng do triệu chứng lâm sàng thường rất mơ hồ và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác, tỷ lệ mắc bệnh thấp nên chẩn đoán thường muộn, điều trị vẫn gặp nhiều khó khăn [1, 2, 6]. Chúng tôi giới thiệu ca lâm sàng:

Bệnh nhân (BN) nữ, 38 tuổi bị bệnh từ tháng 6 - 2007, biểu hiện đau âm ỉ, liên tục vùng cột sống thắt l- ng và vùng cù ng cụt, nằm nghỉ đỡ đau ít. Từ tháng 2 - 2008, đau lan xuống hai chân và mông, xuất hiện tiểu tiện khó, đi lại khó khăn. Thăm khám trực tràng thấy khối u vị trí vùng tr- óc x- óng cù ng, ranh giới rõ, bề mặt gồ ghề, kích th- óc xác định không rõ.



Hình ảnh tổn th- óng trên X quang và CT (đánh dấu).

Trên hình ảnh MRI, khối u phát triển từ ngang đĩa đệm S1 - S2, có tín hiệu không đồng nhất trên T2W, giảm tín hiệu đồng nhất trên T1W, ranh giới rõ, chiếm phần mềm sau mông, kích th- óc khối u 6,6 x 3,7 x 6,6 cm.



Tr-ớc phẫu thuật BN đ-ợc sinh thiết và chụp mạch nút mạch. Nút hoàn toàn nhánh cấp máu cho khối u, nhánh từ các nhánh bên của động mạch chậu trong trái, phẫu thuật cắt toàn bộ khối u. Rạch da theo hình chữ U, lật vạt da lên trên. Bộc lộ cấu trúc phía sau, u phá huỷ đến tận khớp cùng chậu bên phải.

Luồn tay bóc tách trực tràng tr-ớc x-ơ cùng. Cắt cung sau S1 thấy khối u lan lên tận bờ sau thân đốt S1, ranh giới khá rõ. Lấy bỏ toàn bộ khối x-ơ cùng và khối u. Sau khi cắt, để lại khoảng trống lớn phía sau trực tràng. Khâu đóng phần màng cứng bị cắt bỏ. Mở rộng đ-ờng mổ, bóc tách lấy vạt cơ mông lớn cuống liền hai bên. Xoay hai vạt cơ trám đầy tổn khuyết. Khám sau mổ BN đi lại đ-ợc bình th-ờng, tê bờ ngoài bàn chân hai bên, tiểu khó nh-ng tự chủ. BN đ-ợc xạ trị theo phác đồ. Sau 4 tháng, kiểm tra thấy BN đi lại bình th-ờng, không rối loạn cơ vòng.

BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng u nguyên sống vùng cùng chậu th-ờng nghèo nàn và không đặc hiệu. Đau là triệu chứng th-ờng gặp, khu trú ở vùng cùng chậu, có thể đau theo rễ thần kinh nh-ng rất mơ hồ, hay bị nhầm với các bệnh lý khác. Từ khi khởi phát đến khi chẩn đoán xác định bệnh kéo dài khoảng 1 năm [1, 2, 6].

Các tác giả đều thực hiện sinh thiết khối u bằng kim nhỏ d-ới h-ớng dẫn của CT, làm giải phẫu bệnh lý tr-ớc khi phẫu thuật cắt trọn khối u. Theo Shunzo Osaka: sinh thiết khối u bằng kỹ thuật mổ mở thông th-ờng, cần xem xét kỹ l-ớng kết quả chụp MRI có đối quang từ cho BN sau phẫu thuật, sinh thiết thấy khối u tràn theo đ-ờng mổ ra tổ chức da. Nh- vậy, không thực hiện phẫu thuật cắt rộng, lấy trọn vẹn khối u và nguy cơ tái phát tại chỗ tăng cao [10].

Nhiều tác giả thực hiện cắt bỏ toàn bộ khối u qua đ-ờng mổ lối sau khi tổn th-ơng ngang mức S3 và d-ới tổn th-ơng đó. Đối với tổn th-ơng trên mức S3, th-ờng kết hợp hai đ-ờng tr-ớc và sau. Lối vào tr-ớc bộc lộ rõ ràng các cấu trúc có nguy cơ tổn th-ơng và có thể khống chế động mạch chậu trong, khắc phục nh-ợc điểm của lối vào sau đơn thuần. Đây là một phẫu thuật lớn, thời gian mổ kéo dài, mất nhiều máu, hậu phẫu gặp nhiều khó khăn [1, 2].

Sau khi cắt toàn bộ khối u, có hay không nên đặt dụng cụ cố định đảm bảo tính bền vững của cấu trúc khung chậu. Gunterberg và CS khi nghiên cứu về cơ sinh học vùng khung chậu trên 15 xác thấy: sau khi cắt bỏ x-ơ cùng chậu ngang đĩa S1-S2 làm giảm 30% tính bền vững của cấu trúc khung chậu và giảm 50% sau cắt bỏ x-ơ ngang thân S1. Khi cấu trúc bị suy giảm > 50%, khung chậu bị mất vững và cần phải cố định dụng cụ tăng c-ờng.

Một vấn đề sau cắt bỏ toàn bộ khối u là khuyết hổng lớn cấu trúc x-ơ ở phía sau khung chậu. Những biến chứng có thể xảy ra nh- nhiễm khuẩn, viêm rò, rối loạn chức năng bàng quang nếu không phẫu thuật phục hồi tổn khuyết này. Stenner và Gunterberg gặp 4 BN bị nhiễm khuẩn nặng khi không thực hiện phẫu thuật phục hồi tổn khuyết. Vạt da cơ mông to cuống liền đ-ợc nhiều tác giả trên thế giới sử dụng để trám độn khuyết hổng sau cắt bỏ trọn vẹn khối u nguyên sống vùng cùng chậu, kết quả rất tốt. Nh-ng do cơ mông to là cơ đóng vai trò quan trọng nhất trong vận động duỗi của khớp háng, nên sau khi tạo hình phủ bằng vạt cuống liền hình đảo chức năng khớp háng có thể bị ảnh h-ởng, leo cầu thang khó khăn, khó đứng thẳng ng-ời lên từ t- thế đang cúi. Các biến chứng này không gặp khi đi lại trên đ-ờng phẳng và sẽ đ-ợc bù trừ bằng sự phì đại của cơ khoeo và cơ khép lớn [4, 7]. Xạ trị kết hợp sau cắt toàn bộ khối u đ-ợc khá nhiều tác giả ủng hộ, tuy nhiên kết quả còn hạn chế và không có bằng chứng rõ ràng.

Tóm lại, u nguyên sống vùng cùng chậu là một loại ung th-ít gặp, tốc độ tiến triển chậm. Phẫu thuật cắt rộng rãi lấy trọn vẹn khối u đóng vai trò quan trọng trong tăng khả năng sống và giảm thiểu nguy cơ tái phát tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bruno Fuchs*. Operative management of sacral chordoma. J Bone Joint Surg (Am) 2005, 87, pp.2211-2216.
2. *Christopher A. Hulen*. Oncologic and functional outcome following sacrectomy for sacral chordoma. J Bone Joint Surg (Am). 2006; 88, pp.1532-1539.
3. *Gary L. Gallia, MD*. Spinal pelvic reconstruction after total sacrectomy for en bloc resection of a giant sacral chordoma. J Neurosurg Spine 3. 2005, 3, pp.501-506.
4. *Hiroshi Furukawa, MD*. Gluteus maximus adipomuscular turnover or sliding flap in the surgical treatment of extensive sacral chordomas. Plast Reconstr Surg. 2000, 105, p.1013.
5. *Minoru Doita, MD*. Total sacrectomy and reconstruction sacral tumors. Spine. 2003, 28, pp.296-301.
6. *Narayan Sundaresan, MD*. Chordomas. Clin Orthop Relat Res.1986, 204, pp.135-142.
7. *Poh-Koon Koh, MBBS, MRCS*. The gluteus maximus muscle flap for reconstruction sacral chordoma defect. Ann Plast Surg. 2004, 53, p.1.
8. *Saad Khairi, Md*. Chordoma. Current treatment options in neurol. 2002, 4, pp.167-173.
9. *S. A. Hanna MRCS*. Sacral chordoma. Clin Orthop Relat Res. 2008, pp.237-242.
10. *Shunzo Osaka*. Clinical significance of a wide excision policy for sacrococcygeal chordoma. J Cancer Res Clin Oncol. 2006, 132, pp. 213 - 218.