

Báo cáo trường hợp lâm sàng: Khối u xương lành tính khổng lồ vùng cùng cột

A rare case of giant benign tumor of the sacrum: A case report

Nguyễn Khắc Linh, Phan Trọng Hậu, Nguyễn Minh Lý,
Triệu Triều Dương, Nguyễn Duy Thuý, Cao Hữu Từ

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Báo cáo trường hợp bệnh hiếm gặp, là một khối u xương lành tính có kích thước khổng lồ vùng xương cùng. Mô tả lâm sàng, hình ảnh học về khối u và chia sẻ một số kinh nghiệm điều trị phẫu thuật khối u rất phức tạp này. *Trường hợp lâm sàng:* Bệnh nhân nữ 25 tuổi có khối u xương khổng lồ vùng cùng cột từ thân đốt S2 trở xuống với kích thước 210 × 150 × 210mm chiếm chỗ toàn bộ vùng tiểu khung. Ca phẫu thuật đòi hỏi sự phối hợp của rất nhiều chuyên ngành phẫu thuật, đặc biệt là gây mê hồi sức. Cuộc mổ kéo dài hơn 10 tiếng cuối cùng đã cắt bỏ được toàn bộ khối u khổng lồ và hồi sức, chăm sóc tích cực điều trị hậu phẫu thành công. Giải phẫu bệnh xác định đây là tổn thương u xương lành tính phù hợp giữa sinh thiết và phẫu thuật. Bệnh nhân hồi phục sau mổ thuận lợi. Không ghi nhận thấy u tái phát trên phim chụp sau mổ 18 tháng theo dõi. Chất lượng sống cải thiện rõ, đi bộ và làm được công việc nhẹ nhàng được, tiểu tiện còn kém, hậu môn nhân tạo lưu thông, quan hệ tình dục được. *Kết luận:* Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u xương khổng lồ vùng cùng cột với 2 đường mổ phía trước và phía sau chỉ được áp dụng cho khối u rất phức tạp, kích thước rất lớn và được thực hiện tại bệnh viện có đủ mạnh tất cả các chuyên ngành phẫu thuật và gây mê hồi sức.

Từ khóa: Xương cùng, u xương lành tính.

Summary

A benign sacral tumor is a rare disease, especially with a giant tumor. We will present the clinical examination, imaging diagnosing images, and our experience in this case. *Case report:* We report a 25 years old female with a massive sacral tumor, which had been developing for ten years. Clinical examination showed a 210 × 150 × 210mm mass originating from S2 into the sacrum with organ displacement. The biopsy confirmed that was a benign tumor. The surgery lasted more than 10 hours, finally removed the entire giant tumor and resuscitation, intensive care, and successful post-operative treatment. The surgery was performed with the anterior and posterior approach to remove the tumor and preserve sacroiliac joints. After 18 months, her recovery was smooth. However, she still presented irreversible damages to the bladder and rectal sphincter functions. *Conclusion:* En block resection of the giant benign sacral tumor with the anterior and posterior approaches is only administrated for a massive and complicated mass,

Ngày nhận bài: 12/10/2022, ngày chấp nhận đăng: 10/11/2022

Người phản hồi: Nguyễn Khắc Linh, Email: linhnk.k45qy@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

which can only be performed in hospitals with advanced operating departments, anesthesiology, and aggressive supportive care.

Keywords: Sacrococcygeal bones, benign tumor.

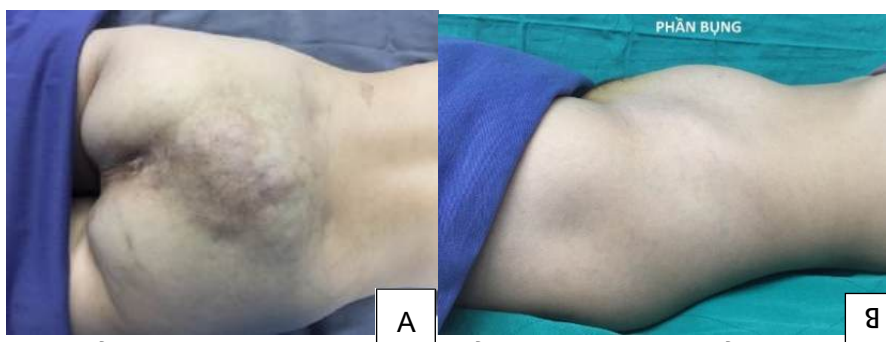
1. Đặt vấn đề

U xương cùng cụt lành tính chiếm 2% u xương lành tính nói chung, thường gặp ở trẻ em 10-20 tuổi [1, 2]. Bệnh tiến triển chậm, triệu chứng mơ hồ tại vùng có ít chức năng nên thường chẩn đoán muộn khi khối u có kích thước rất lớn. Những khối u kích thước nhỏ được chữa khỏi bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u. Với những khối u có kích thước khổng lồ đe dọa hệ động mạch, tĩnh mạch chậu, các đám rối thần kinh và các tạng nằm trong tiểu khung (trực tràng, bàng quang, niệu quản, tử cung, buồng trứng) phẫu thuật lấy bỏ hoàn toàn khối u thực sự là thách thức rất lớn. Mất máu trong khi trong thời gian phẫu thuật kéo dài buộc phải truyền bù với khối lượng lớn có thể dẫn tới rối loạn đông máu gây tử vong ngay sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, nhiều tai biến, biến chứng có thể gặp như gây tổn thương các tạng trong tiểu khung, nhiễm khuẩn nặng làm giảm hay mất chức năng các tạng này ảnh hưởng tới chất lượng sống của người bệnh. Để phẫu thuật thành công cần có

chiến thuật can thiệp hợp lý, sự phối hợp chặt chẽ giữa các nhóm phẫu thuật viên và bác sỹ gây mê hồi sức [3-6]. Báo cáo này giới thiệu phẫu thuật thành công trường hợp u xương cùng-cụt lành tính khổng lồ hiếm gặp và các kinh nghiệm rút ra trong quá trình điều trị.

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân (BN) nữ, 25 tuổi, cao 160cm, nặng 50kg, phát hiện bệnh khoảng 10 năm nay nhưng không được tiếp nhận điều trị ở các cơ sở y tế khi đi khám bệnh do u có kích thước quá lớn. Triệu chứng ban đầu và kéo dài nhiều năm là đau âm ỉ vùng cùng cụt. Tại thời điểm nhập viện BN tê bì và mất cảm giác da vùng yên ngựa, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ. Bệnh nhân không quan hệ tình dục được do khối u phát triển tới sát xương mu, không thăm khám âm đạo được. Khối u xương cùng lồi ra phía sau mặt độ cứng chắc, trên da có tuần hoàn bàng hệ (Hình 1). Khối u phát triển về phía trước đẩy lồi thành bụng vùng hạ vị. Vận động, cảm giác, phản xạ gân xương 2 chân bình thường.



Hình 1. Ảnh chụp người bệnh trước mổ cho thấy U phát triển ra phía sau, gây tuần hoàn bàng hệ trong da (A) và phát triển ra trước đẩy lồi thành bụng vùng hạ vị (B)



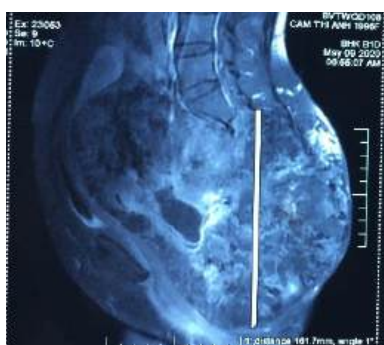
Hình 2. Hình ảnh chụp X-quang vùng xương chậu thẳng (A) và nghiêng (B)

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh X-quang thường, cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT) cho thấy u phá hủy xương cùng từ S2 trở xuống. Khối u có tỷ trọng đậm độ

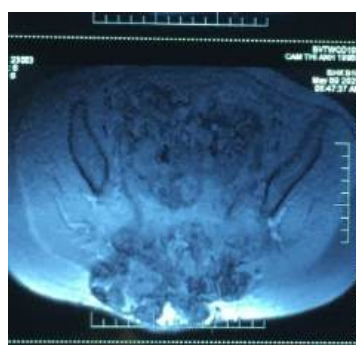
không thuần nhất trên X-quang và CLVT. Trên hình ảnh chụp CLVT có cản quang cho thấy khối u không ngấm thuốc cản quang, niệu quản bên phải bị đè đẩy khiến thận phải teo, ngấm thuốc hạn chế. Trên hình ảnh CHT khối u có ranh giới rõ, tín hiệu không đồng nhất, u đè đẩy các tạng trong vùng tiểu khung ra trước và xuống dưới tới sát xương mu. Không thấy hình ảnh xâm lấn của khối u vào các tạng xung quanh trên CHT và CLVT. Chụp động mạch số hoá xoá nền cho thấy các động mạch lớn trong tiểu khung không có bất thường và bị khối u đẩy ra hai bên. Khối u không có nguồn động mạch nuôi lớn. Nội soi bàng quang và trực tràng không thấy có bất thường.

Xạ hình xương: Hình ảnh tăng hoạt tính phóng xạ ở vùng cùng cụt, không phát hiện hình ảnh tăng hoạt tính phóng xạ bất thường, khu trú ở vị trí khác.

Sinh thiết: Nhận xét vi thể thấy mảnh sinh thiết có hình ảnh bề xương lành tính, quây xung quanh là mô liên kết xơ, không thấy hình ảnh ác tính.

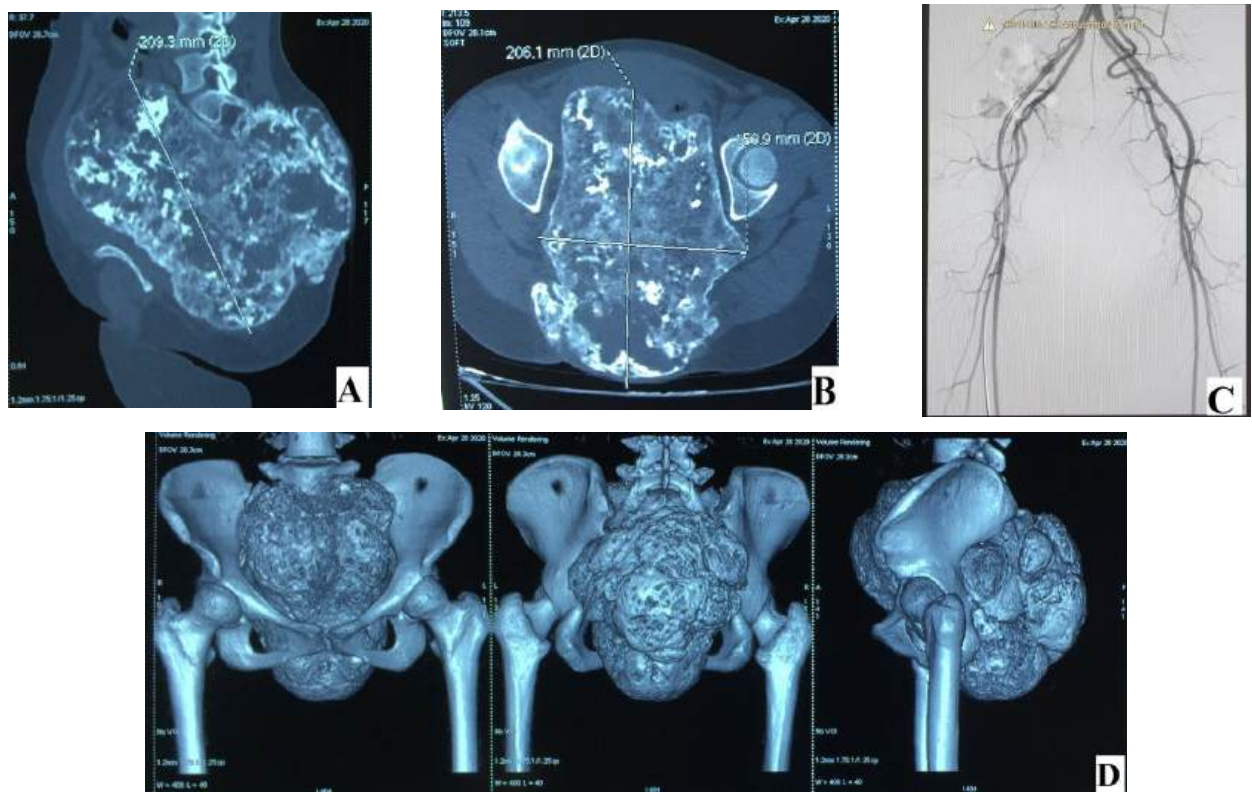


A



B

Hình 3. A: Hình ảnh tín hiệu không đồng nhất trong khối u trên phim cắt dọc cộng hưởng từ, B: Hình ảnh khối u trên cắt ngang cộng hưởng từ.



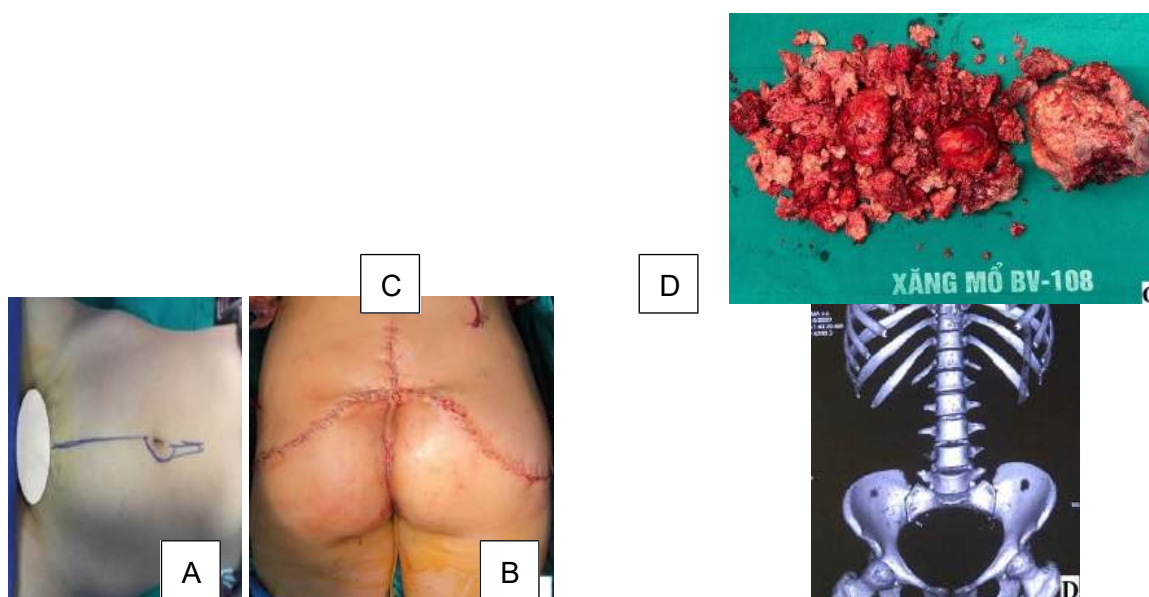
Hình 4. A, B: Hình ảnh khối u trên lát cắt sagital và coronal trên phim CT scanner: Hình ảnh khối u xương vùng cùng cột từ mức S2 trở xuống, kích thước 210 x 150 x 210mm; có cả hình ảnh tiêu hủy xương và vôi hóa, tăng đậm độ xương, ranh giới rõ, không thấy ngấm thuốc bất thường. Trục tràng, tử cung phần phụ, bàng quang bị đẩy ra trước, không thấy xâm lấn. Khối gây đè ép vào niệu quản bên phải khiến thận phải teo, ngấm thuốc hạn chế. Khối u có ranh giới rõ với các phần xung quanh. Không thấy hình ảnh hạch to vùng khung chậu. Tổn thương xương cùng cột hướng đến sarcoma sụn. C: Hình ảnh chụp dựng hình nguồn mạch của khối u. D: Hình ảnh dựng hình khối u trên phim CLVT.

BN được phẫu thuật ngày 3/2020, gây mê nội khí quản. Kíp phẫu thuật bao gồm BS phẫu thuật bụng, phẫu thuật mạch máu và phẫu thuật cột sống. BN được mổ theo hai lối. Thì mổ đầu phẫu thuật lối trước theo đường trắng giữa trên và dưới rốn, phẫu tích bóc lộ các mạch máu lớn, tách khối u khỏi các tạng trong ổ bụng và đục một phần khối u làm giảm thể tích khối u. Đường mổ phía sau vùng mông theo đường rạch da hình Mercedes. Đục lấy từng phần khối u làm nhỏ khối u ở phía sau và bóc lộ khớp cùng chậu hai bên. Cắt cung sau S1, bóc lộ rõ rễ S1. Các rễ thần kinh còn lại đi vào giữa khối u. Đục rời khối u qua khớp cùng chậu từ S2 và đục rời xương cùng ngang đĩa đệm S1-S2 lấy gọn phần khối u còn lại. Khớp cùng chậu S1 được bảo tồn nhằm giữ vững khớp cùng chậu. Trong quá trình phẫu thuật lấy u lối sau, huyết áp tụt phụ thuộc vào thuốc vận mạch. Nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng, BN được lật ngửa mở ổ bụng phát hiện nguyên nhân chảy máu là do rách tĩnh mạch chậu trong. Kiểm tra các tạng thấy có giáp thành đại tràng sigma do thao tác đục xương thô bạo nên quyết định cắt đoạn đại tràng Sigma, cắt ruột thừa và lau rửa ổ bụng. Làm hậu môn nhân tạo vùng mạn sườn bên phải. Đặt dẫn lưu và đóng ổ bụng. Sau đó, lật sấp bệnh nhân, mở vết thương vùng cùng cột. Bóc lộ cơ mông hai bên, cắt điểm bám của cơ mông, xoay chuyển vật cơ mông hai bên lấp đầy ổ khuyết hông do lấy u.

Thời gian phẫu thuật kéo dài gần 10 giờ. Khối u có trọng lượng 5,13kg. Bệnh nhân được truyền bù 11000ml máu, bao gồm: 3000ml máu tự thân lấy từ kĩ thuật truyền máu hoàn hồi, 8000ml khối hồng cầu. Xét nghiệm khí máu, công thức máu và đông máu ROTEM liên tục 15-30 phút/lần để điều chỉnh điện giải, thăng bằng kiềm toan và chức năng đông máu. Bệnh nhân được bù xen kẽ khối hồng cầu và các chế phẩm máu (huyết tương tươi, yếu tố VIII, tiểu cầu...) để điều chỉnh rối loạn đông máu bao gồm: 6000ml huyết tương tươi, 400ml tiểu yếu tố VIII, 2 đơn vị khối tiểu cầu (mỗi đơn vị chứa 3×10^9 tiểu cầu/ml).

Theo dõi sau mổ cho thấy số lượng máu chảy qua các dẫn lưu 1500ml/3 giờ. BN được phẫu thuật để kiểm tra và cầm máu. Không phát hiện thấy điểm chảy máu lớn ở trong ổ bụng và vùng mông. Khối lượng máu truyền trong mổ là 2000ml khối hồng cầu. Sau mổ lần 2, BN được điều trị thành công tình trạng rối loạn đông máu bằng ROTEM: 500ml huyết tương tươi và 2 đơn vị khối tiểu cầu.

Kiểm tra định kỳ cho thấy chi dưới BN vận động, cảm giác bình thường. Đau nhẹ khớp cùng chậu bên P không gây hạn chế BN khi đi bộ. Tiểu tiện không tự chủ, hậu môn nhân tạo hoạt động tốt. Từ tháng thứ 6 sau mổ, BN sinh hoạt bình thường.



Hình 5. A, B: Đường mổ phía trước và phía sau (hình Mercedes);
C: Khối u đã được cắt ra; D: Hình ảnh CLVT sau mổ cắt bỏ khối u

3. Bàn luận

Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u xương cùng cột lành tính có sự đồng thuận cao. Nguy cơ chảy máu khối lượng lớn và tổn thương các tạng lân cận luôn được đặt ra khi phẫu thuật các khối u có kích thước lớn. Đặc biệt với những khối u xương lành tính đến quá muộn khi đạt tới kích thước khổng lồ chiếm gần hoàn toàn không gian vùng tiểu khung, nguy cơ tử vong trong khi mổ hoặc ngay sau mổ do thời gian mổ kéo dài gây mất máu khối lượng rất lớn. Chính vì vậy vấn đề có nên phẫu thuật đã được đưa ra thảo luận. Quyết định phẫu thuật được đưa ra dựa trên đánh giá BN trẻ, sức khỏe tốt có dự báo chất lượng sống sẽ trở nên tồi tệ khi khối u chèn ép gây tắc ruột, tắc niệu quản và mức độ đau tăng do chèn ép thần kinh. Nguyên vọng có thể sinh hoạt tình dục và mong muốn có con của người bệnh cũng là yếu tố cân nhắc khi chỉ định phẫu thuật. Do tính chất rủi ro cao những phẫu thuật lấy khối u khổng lồ chỉ nên thực hiện ở cơ sở có đầy đủ cơ sở vật chất và đội ngũ bác sĩ bao gồm phẫu thuật viên cột sống, phẫu thuật viên bụng, phẫu thuật viên mạch máu và bác sĩ

gây mê, hồi sức phối hợp hoạt động tốt. Nhóm bác sĩ đã thảo luận các nguy cơ giả định trong mổ và các phương án xử trí trước khi mổ. Bệnh nhân được đánh giá toàn diện trước mổ cho thấy khối u không xâm lấn vào các tạng khi soi bàng quang, trực tràng và trên hình ảnh MRI và CT chụp vùng tiểu khung. Khối u đè đẩy các mạch máu lớn ra ngoài vi và không có nguồn nuôi lớn trên hình ảnh DSA. Đó là những điểm cộng khi cân nhắc chỉ định phẫu thuật.

Phẫu thuật lấy u được tiến hành trên hai đường tiếp cận qua ổ bụng và lồi sau đi trực tiếp vào khối u [7-10]. Phẫu thuật lấy u theo đường ổ bụng được tiến hành trước. Các mạch máu lớn, các tạng được phẫu tích và che chắn trước khi lấy u. Động mạch chậu trong được bảo tồn đảm bảo nguồn nuôi cho vật cơ mông. Phẫu thuật thì 2 theo lồi sau cắt cung sau S1 và S2 và phẫu tích các rễ thần kinh trước khi lấy u để bảo tồn tối đa chức năng thần kinh. Đánh giá trong mổ cho thấy không bảo tồn được rễ S2. Do đặc điểm khối u là khối xương cứng nên phải đục bỏ từng phần và thời gian lấy u kéo dài gây mất máu khối lượng lớn. Việc che chắn không đủ tốt, thao tác lấy u thô bạo và thiếu quan sát do đục xương từ

phía sau và trường mổ chảy máu nên các cạnh sắc nhọn của mảnh xương đã gây tổn thương tĩnh mạch chậu trong và thành đại tràng Sigma. Sự thiếu cẩn trọng dẫn tới phải đóng tạm thời vết mổ phía sau, mổ bụng lần 2 để cầm máu. Việc thay đổi tư thế trong khi mổ gây nguy hiểm cho người bệnh đặc biệt khi huyết động không ổn định, kéo dài thời gian phẫu thuật và tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Với mục đích loại bỏ nguy cơ thủng đại tràng thứ phát và dễ theo dõi chăm sóc sau mổ, đoạn đại tràng tổn thương đã được loại bỏ, đưa đầu trung tâm ra ngoài làm hậu môn nhân tạo. Do bảo tồn được đốt sống S1 và phần lớn khớp cùng chậu nên không cần thiết phải làm vững khớp cùng chậu bằng kết xương. Tạo hình xoay vật cơ mông hai bên lấp đầy khuyết hồng vùng lấy xương cùng cột giúp làm liền vết thương nhanh chóng và dự phòng ngăn ngừa thoát vị tạng trong ổ bụng ra phía sau [11-15].

Nguy cơ lớn nhất đối với phẫu thuật lấy khối u xương khổng lồ vùng cùng cột là điều chỉnh rối loạn đông máu, bù đủ máu để duy trì huyết áp là chìa khóa để phẫu thuật thành công và truyền máu hoàn hồi thông qua máy lọc Cell saver có thể thu hồi đáng kể lượng máu mất trong thời gian đục xương và rách tĩnh mạch chậu.

Sau mổ 18 tháng tổn thương không hồi phục chức năng cơ thắt bàng quang và trực tràng. Nhờ bảo tồn được rễ S1 hai bên bệnh nhân không có tổn thương vận động ở chi dưới.

5. Kết luận

U xương lành tính kích thước khổng lồ vùng xương cùng cột là bệnh lý rất hiếm gặp. Việc phẫu thuật cắt khối u xương như vậy với cách tiếp cận bằng lối vào phía trước và lối vào phía sau đã tạo điều kiện thuận lợi tối đa để cắt bỏ khối u và hạn chế các tai biến trong mổ. Đây là ca phẫu thuật vô cùng phức tạp, cần sự phối hợp của đa chuyên khoa và cần có sự chuẩn bị trước mổ tốt, đặc biệt là chuyên ngành gây mê hồi sức, chỉ được thực hiện tại các bệnh viện chuyên sâu.

Tài liệu tham khảo

1. Senne J et al (2021) *Demystifying sacral masses: A pictorial review*. Indian J Radiol Imaging 31(1): 185-192.
2. Llauger J et al (2000) *Primary tumors of the sacrum: Diagnostic imaging*. AJR Am J Roentgenol 174(2): 417-424.
3. Ahmed AT et al (2018) Management of Sacrococcygeal Chordoma: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. Spine (Phila Pa 1976) 43(19): 1157-1169.
4. York JE et al (1999) *Sacral chordoma: 40-year experience at a major cancer center*. Neurosurgery 44(1): 74-79; discussion 79-80.
5. Denaro L et al (2020) *Surgical management of chordoma: A systematic review*. J Spinal Cord Med 43(6): 797-812.
6. Schwab JH et al (2009) *The surgical management of sacral chordomas*. Spine (Phila Pa 1976) 34(24): 2700-2704.
7. Alyousef Z et al (2021) *Combined laparoscopic and posterior approach resection of large sacrococcygeal cystic teratoma*. Surg Case Rep 7(1): 20.
8. Wessell A et al (2018) *Surgical treatment of a type IV cystic sacrococcygeal teratoma with intraspinal extension utilizing a posterior-anterior-posterior approach: A case report*. Childs Nerv Syst 34(5): 977-982.
9. Angelini A and Ruggieri P (2013) *A new surgical technique (modified Osaka technique) of sacral resection by posterior-only approach: description and preliminary results*. Spine (Phila Pa 1976) 38(3): 185-192.
10. Genovese AM et al (2000) *Posterior approach in the treatment of sacrococcygeal chordoma: a rare, locally infiltrating, destructive and recurrent tumor. A case report and review of the literature*. Minerva Chir 55(6): 455-458.
11. Mett TR et al (2018) *Defect coverage using gluteal flaps*. Oper Orthop Traumatol 30(4): 236-244.

12. Koh PK et al (2004) *The gluteus maximus muscle flap for reconstruction of sacral chordoma defects*. Ann Plast Surg 53(1): 44-49.
13. Furukawa H et al (2000) *Gluteus maximus adipomuscular turnover or sliding flap in the surgical treatment of extensive sacral chordomas*. Plast Reconstr Surg 105(3): 1013-1016.
14. Borman H and T Maral (2002) *The gluteal fasciocutaneous rotation-advancement flap with V-Y closure in the management of sacral pressure sores*. Plast Reconstr Surg 109(7): 2325-2329.
15. Parkash S and Banerjee S (1986) *The total gluteus maximus rotation and other gluteus maximus musculocutaneous flaps in the treatment of pressure ulcers*. Br J Plast Surg 39(1): 66-71.