

Nội soi khớp cổ chân điều trị nang xương phình mạch thân xương sên: Nhân một trường hợp

Hoàng Minh Thắng^{1,2}, Nguyễn Mộc Sơn^{1,2}, Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Nguyễn Mạnh Khánh²

1. Trường Đại học Y Hà Nội, 2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Từ khóa:

Nội soi khớp cổ chân, nang xương phình mạch, thân xương sên.

Địa chỉ liên hệ:

Hoàng Minh Thắng,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0936 292 786
Email: dminhthang09@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/5/2020

Ngày duyệt: 15/6/2020

Ngày chấp nhận đăng:

22/6/2020

Tóm tắt

Nang xương phình mạch thân xương sên là tổn thương lành tính, hiếm gặp. Lấy u, ghép xương tự thân là biện pháp điều trị được nhiều tác giả ghi nhận. Tiếp cận u thân xương sên gặp khó khăn do phẫu trường chật hẹp, nguồn mạch nuôi nghèo nàn và gần như toàn bộ bề mặt thân xương sên là sụn khớp. Nội soi khớp cổ chân lấy u, ghép xương tự thân trong điều trị nang xương phình mạch thân xương sên là một bước tiến, nhiều ưu điểm, khắc phục được những khó khăn nêu trên, tuy nhiên là một kỹ thuật khó. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nang xương phình mạch khổng lồ chiếm toàn bộ thân xương sên, được phẫu thuật lấy u, ghép xương tự thân qua nội soi khớp cổ chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả sau mổ tốt, không tái phát sau 32 tháng theo dõi.

Arthroscopic curettage and bone grafting of aneurysmal bone cyst of the talar body: A case report

Hoang Minh Thang^{1,2}, Nguyen Moc Son^{1,2}, Vu Truong Thinh^{1,2}, Nguyen Manh Khanh²

1. Hanoi Medical University, 2. Viet Duc University Hospital

Abstract

Talus aneurysm bone cysts are benign, rare. Tumor removal and bone grafting has been reported by many authors. Open approach to talus body is difficult due to the narrow surgical area, blood supply and almost surface of talus is articular cartilage. Ankle arthroscopic for tumor removal, autologous bone grafting in treatment of talus aneurysm bone cysts is an advantage but difficult technique, overcoming the difficulties mentioned above. We report a case of a giant aneurysm bone cyst that occupies the entire body of the talus, treatment with ankle arthroscopic tumor removal, autologous bone grafting at Vietduc University Hospital, good result, no reccurent after 32 months of follow-up.

Keywords: Ankle arthroscopic, aneurysm bone cyst, talus body.

I. Đặt vấn đề

Nang xương phình mạch là u lành tính được mô tả lần đầu tiên bởi Jaffe và Lichtenstein (1942) [1]. Nang xương phình mạch xương sên hiếm gặp, cho tới nay ít hơn 30 báo cáo được tìm thấy trên PubMed [2]. Tiếp cận u thân xương sên khó khăn do phẫu trường chật hẹp, mạch nuôi nghèo nàn và gần như toàn bộ bề mặt thân xương sên là sụn khớp [3]. Nhiều hướng tiếp cận khác nhau được mô tả: trước ngoài, trước trong, qua xoang xương sên, đục mắt cá trong [4]. Phẫu thuật mổ mở tồn tại nhiều nhược điểm: tổn thương phần mềm liên quan nguồn cấp máu xương sên, tổn thương sụn khớp. Nội soi khớp cổ chân khắc phục được những nhược điểm nêu trên: xâm lấn tối thiểu, bảo tồn tối đa sụn khớp. Chúng tôi báo cáo trường hợp nang xương phình mạch khổng lồ chiếm toàn bộ thân xương sên, được phẫu thuật lấy u, ghép xương tự thân hoàn toàn qua nội soi khớp cổ chân. Kết quả sau mổ tốt, không tái phát sau 32 tháng theo dõi.

II. Trường hợp lâm sàng

Người bệnh nam 27 tuổi, không có tiền sử chấn thương, khám bệnh vì đau cổ chân trái kéo dài 1 năm, đi lại khó khăn. Lâm sàng: đau cổ chân trái khi tỳ đè, biên độ cổ chân bình thường, không sưng, nóng, đỏ. X-quang: ổ khuyết xương lớn chiếm gần toàn bộ thân xương sên trái. Kết quả cắt lớp vi tính: nang xương lớn chiếm toàn bộ thân xương sên, chưa phá hủy vỏ xương. Chụp cộng hưởng từ: khối u giảm tỉ trọng trên T1, tăng tỉ trọng trên T2, có vách, mức dịch-dịch.

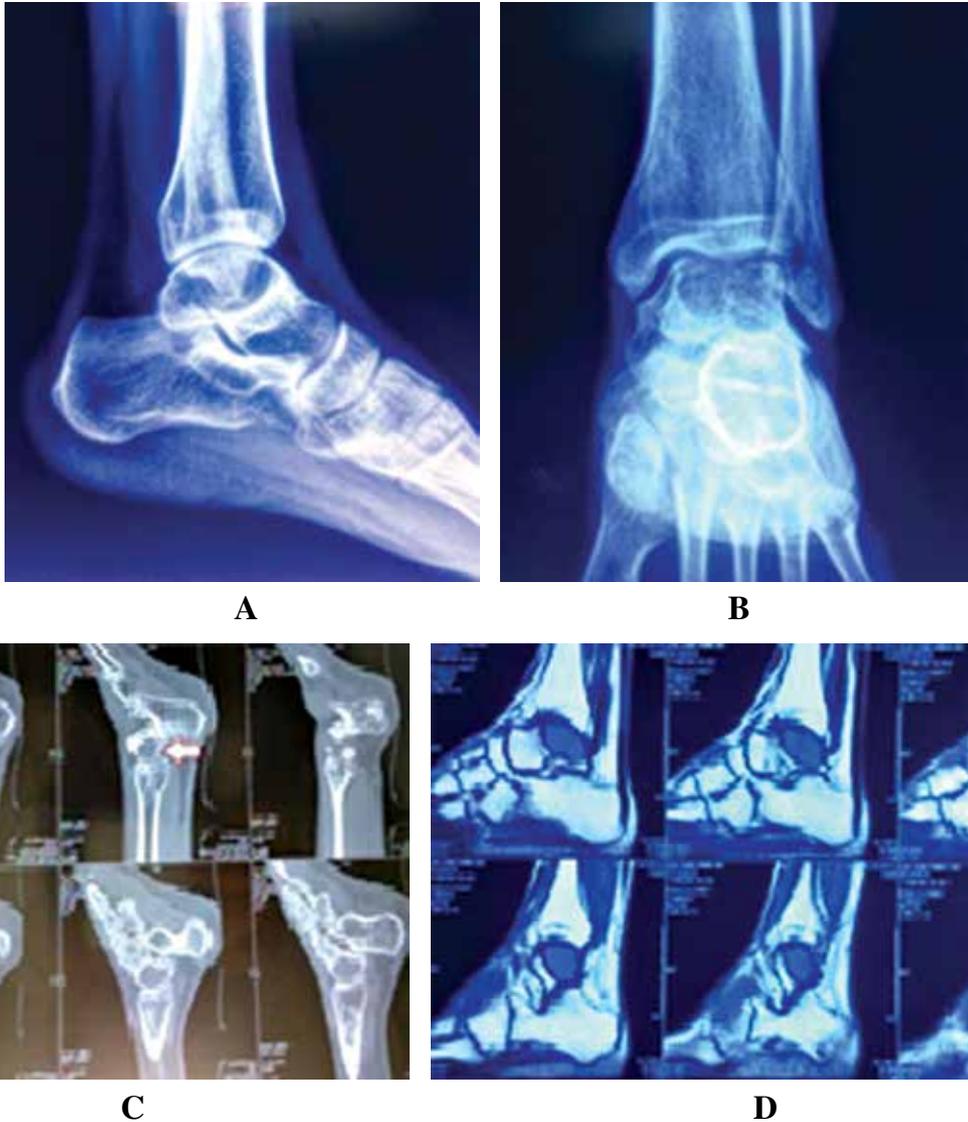
Người bệnh được phẫu thuật nội soi cổ chân ngày 24/8/2017. Chúng tôi vào khớp qua ngõ sau trong và sau ngoài, optic 30⁰ đường kính 4mm. Kiểm tra sụn khớp xương sên không bị phá vỡ, có xẹp nhẹ vòm thân xương sên. Vị trí tiếp cận u ngay trên mỏ sau xương sên tương ứng thành xương mỏng nhất xác định trên phim cắt lớp vi tính, đồng thời là vị trí ít tỳ đè. Chúng tôi sử dụng mũi khoan 4,5mm tạo 1 lỗ vào u tại vị trí này. Tổn thương trong mổ: nang chứa dịch máu đen, có vài vách

trong nang, thành nang được lót 1 lớp niêm mạc. Sau khi lấy u gửi giải phẫu bệnh, chúng tôi dùng curett, đầu đốt sóng cao tần (RF) nội soi nhằm lấy sạch khối u và ghép xương tự thân. Sau mổ, người bệnh ổn định, ra viện sau 3 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh: nang xương phình mạch. Người bệnh được bất động bột cẳng bàn chân 6 tuần, tỳ chân sau 3 tháng. Theo dõi sau mổ 32 tháng, người bệnh đi lại bình thường, không đau, phim chụp: xương ghép liền tốt, không tái phát (Hình 1).

III. Bàn luận

Nang xương phình mạch xương sên là tổn thương hiếm gặp. Biểu hiện lâm sàng nghèo nàn, đau cổ chân kéo dài khi đi lại là than phiền duy nhất trên người bệnh của chúng tôi. X-quang khớp cổ chân chỉ thấy ổ khuyết xương thân xương sên. Triệu chứng lâm sàng và xquang như vậy cần chẩn đoán phân biệt: u tế bào khổng lồ, u nguyên bào sụn, u tương bào, nang xương đơn độc [5]. Chỉ định chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ cổ chân là cần thiết. Hình ảnh cộng hưởng từ: ổ dịch trong nang tăng tín hiệu trên T2, giảm tín hiệu trên T1, có hình ảnh mức dịch - dịch. Hình ảnh mức dịch - dịch cũng không hẳn đặc hiệu cho nang xương phình mạch nhưng rất có giá trị hướng tới chẩn đoán này. Cắt lớp vi tính đánh giá tốt vỏ nang, vị trí vỏ nang mỏng nhất hoặc phá hủy; có giá trị quyết định lựa chọn đường tiếp cận u [6].

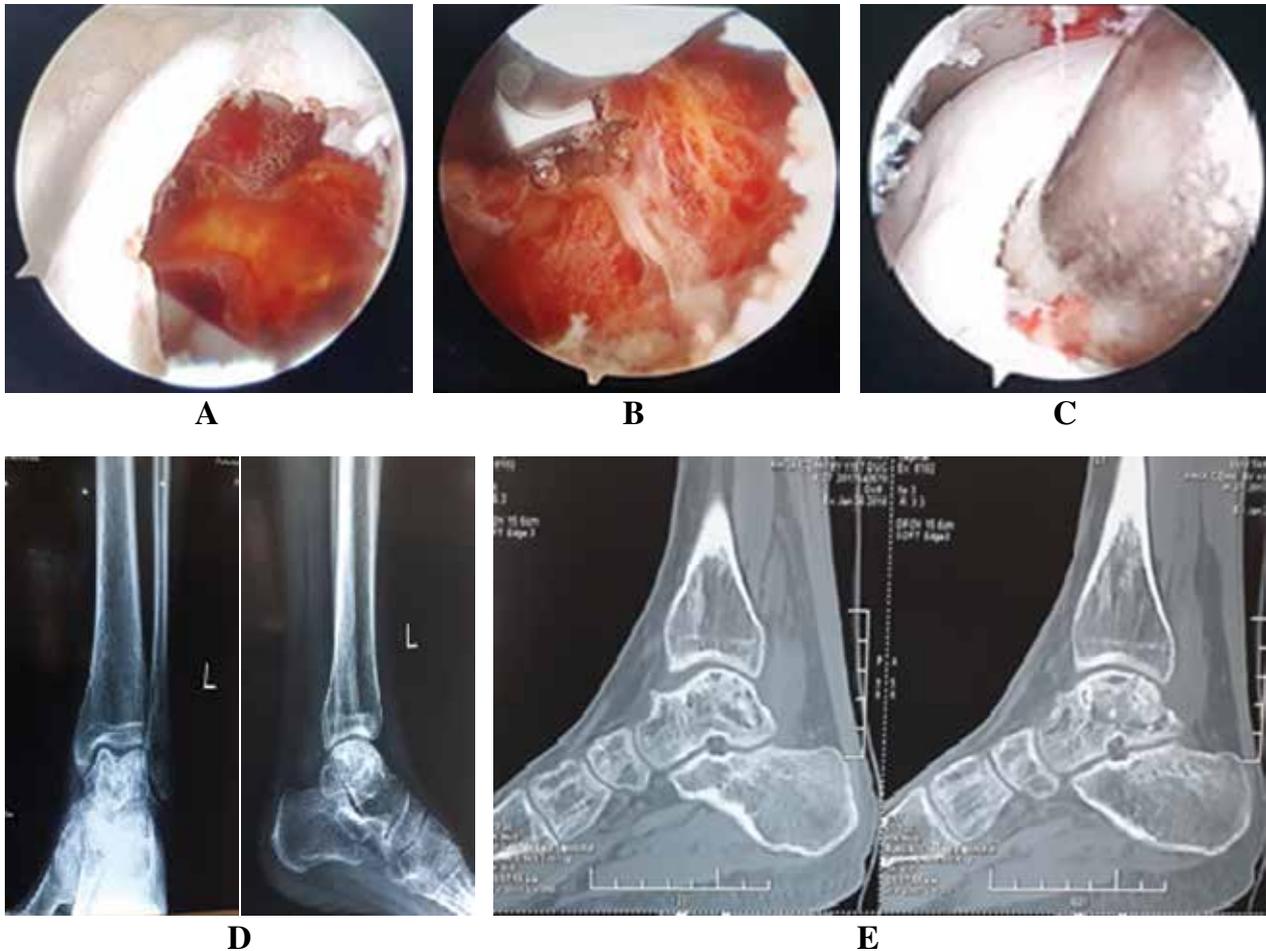
Điều trị lấy u, ghép xương được nhiều tác giả ghi nhận. Tuy nhiên, lựa chọn đường vào tiếp cận xương sên, đặc biệt thân xương sên gặp khó khăn do vị trí giải phẫu chật hẹp, diện sụn khớp chiếm gần toàn bộ thân xương sên, nguồn mạch máu nuôi dưỡng nghèo nàn. Lựa chọn đường vào được quyết định dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính nhằm tiếp cận gần nhất, giảm thiểu tổn thương sụn khớp, xương lành, xâm lấn tối thiểu phần mềm. Trường hợp này, chúng tôi lựa chọn tiếp cận phía sau, vị trí được xác định ngay trên mỏ sau xương sên là nơi vỏ nang mỏng nhất, vị trí ít chịu tỳ đè. Với mục đích xâm lấn tối thiểu phần mềm, chúng tôi quyết định phẫu thuật nội soi cổ chân qua 2 ngõ vào phía sau.



Hình 1: A,B. Hình ảnh u thân xương sên trên X-quang, C. Hình ảnh u thân xương sên trên cắt lớp vi tính, D. Hình ảnh u thân xương sên trên cộng hưởng từ.

Phẫu thuật nội soi trong trường hợp này có nhiều ưu điểm, nhưng cũng tồn tại nhiều nguy cơ: tổn thương bó mạch chày sau, gân gấp dài ngón 1, thần kinh hiển [6]. Lấy sạch u qua nội soi cũng tồn tại nhiều khó khăn do chúng tôi chỉ có optic 30° với góc nhìn hẹp mà lòng khối u lại quá lớn. Nhiều tác giả làm sạch thành u bằng bào xương, sau đó khoan kích thích bằng kim kirschner nhỏ. Người bệnh của chúng tôi có nang xương quá lớn, thành xương còn lại mỏng nên việc làm như vậy dễ dẫn tới tổn

thương vỏ nang cũng như diện khớp của xương sên. Vì vậy, chúng tôi sử dụng curett nhỏ lấy sạch niêm mạc lòng khối u, đồng thời dùng đầu đốt sóng cao tần nội soi để làm sạch. Ghép xương qua nội soi cũng là một vấn đề khó khăn: xương ghép có thể bị trôi khi bơm nước, làm sao để ghép lượng xương lớn với thời gian ngắn nhất. Chúng tôi đưa ra giải pháp thú vị để giải quyết vấn đề này: đặt 1 đường hầm, xương ghép được đưa vào lòng khối u qua đường hầm này giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật.



Hình 2: A. Nang xương quan sát qua nội soi, B. Đốt niêm mạc nang bằng đầu đốt RF, C. Đường hầm ghép xương, D,E. X-quang và cắt lớp vi tính sau 32 tháng.

Sau phẫu thuật, người bệnh được bất động bột cố định bàn chân 6 tuần, tập vận động lấy lại biên độ khớp cổ chân sau bỏ bột, tỳ chân chịu lực tăng dần từ tháng thứ 3, muộn hơn so với các báo cáo khác. Chúng tôi cho rằng, quá trình bất động và luyện tập như vậy phù hợp với nang lớn. Kết quả sau mổ 32 tháng, người bệnh đi lại không đau, biên độ vận động cổ chân bình thường, xương ghép liền tốt, không tái phát.

Tài liệu tham khảo

1. Jaffe H.L., Lichtenstein L. (1942). Solitary unicameral bone cyst with emphasis on the roentgen picture, the

pathologic appearance and the pathogenesis. *Arch. Surg.* 1942;44:1004.

2. Sharma S., et al. (2012). Primary aneurysmal bone cyst of talus. *J Res Med Sci.* 17 (12), 1192-4.
3. Mulfinger G.L., Trueta J. (1970). The blood supply of the talus. *J Bone Joint Surg Br.* 52 (1), 160-7.
4. Hoppenfeld, Stanley (2003), *Surgical Exposures in Orthopaedics: The Anatomic Approach, 3rd Edition*, Lippincott Williams & Wilkins.
5. Sullivan R.J., et al. (1999). Diagnosing aneurysmal and unicameral bone cysts with magnetic resonance imaging. *Clin Orthop Relat Res.* (366), 186-90.
6. Lui T.H. (2017). Arthroscopic Curettage and Bone Grafting of Bone Cysts of the Talar Body. *Arthrosc Tech.* 6 (1), e7-e13.