

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT HAI LỐI TRƯỚC VÀ SAU TRONG ĐIỀU TRỊ LAO CỘT SỐNG VÙNG CỔ NGỰC Ở TRẺ EM

Trần Hoàng Mạnh*, Nguyễn Thanh Tuấn*, Bùi Việt Phương*, Võ Văn Thành**

Tóm tắt:

Các tác giả trình bày kết quả một ca lao cột sống vùng nối cột sống cổ- ngực ở bệnh nhi 9 tuổi với biểu hiện đau, gù vùng cổ ngực, tê và liệt vận động hai chân. Hình ảnh học với X Quang Cắt Lớp Điện Toán (CT scanner), Hình Ảnh Cộng Hưởng Từ (MRI) cho thấy hình ảnh hủy xương, gù cột sống và chèn ép tủy nặng. Bệnh nhân đã được điều trị phối hợp thuốc kháng lao kết hợp với phẫu thuật hai lối: phẫu thuật lối sau nắn chỉnh gù cổ ngực bằng dụng cụ ốc- thanh nối và phẫu thuật lối trước làm sạch tổn thương, hàn xương liên thân đốt. Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật 12 tháng, nhiễm trùng lao không tái phát, gù nắn chỉnh tốt và tổn thương thần kinh đã hồi phục hoàn toàn.

Từ khóa: lao cột sống vùng cột sống nối cổ- ngực, X Quang Cắt Lớp Điện Toán, Hình Ảnh Cộng Hưởng Từ, với phẫu thuật hai lối, phẫu thuật lối sau, phẫu thuật lối trước, dụng cụ ốc- thanh nối, nắn chỉnh gù cổ ngực, làm sạch tổn thương, hàn xương liên thân đốt.

Abstract:

A CASE REPORT OF COMBINED ANTERIOR AND POSTERIOR APPROACHES IN THE MANAGEMENT OF CERVICOTHORACIC SPINAL TUBERCULOSIS IN CHILDREN

The authors present the results of a case involving in spinal tuberculosis of the cervicothoracic junction in the 9 year old patient, with pain and kyphosis in cervico- thoracic junction, numbness and paraplegia. CT scanner and MRI show the images of the severe bony destruction, kyphosis and serious spinal cord compression. The patient were treated with anti-tuberculous medication and combined with surgical management including the posterior osteosynthesis with screws- rod system for kyphotic correction and fixation and the anterior approach with radical debridement and interbody auto graft fusion. The patient had been followed-up for 12 months, there was no recurrent tuberculosis infection, kyphosis was successfully corrected, neurological function was full recovery.

ĐẶT VẤN ĐỀ :

Lao cột sống vùng cổ ngực ở trẻ em là bệnh lý hiếm gặp, chiếm khoảng 5% bệnh lý lao cột sống,¹ nó thường gây biến dạng cột sống nặng vì đây là vùng chuyển tiếp giữa cột sống cổ di động, ở tư thế uốn với cột sống lưng ở tư thế cồng, ít di động. Ở

mũ thường lớn và lan rộng ra phía trước và sau thân đốt sống có thể gây nuốt khó, khó thở và đặc biệt là chèn ép thần kinh gây liệt vận động và rối loạn cơ vòng.⁴

Các tổn thương cột sống vùng cổ ngực thường khó được phát hiện sớm, giải phẫu vùng này không thấy rõ trên phim xquang thường quy.²

Với cấu trúc giải phẫu đặc biệt vùng cột sống cổ ngực và các tổn thương lao nặng gây biến dạng giải phẫu, đây là một thách thức lớn với phẫu thuật viên khi giải quyết các bệnh lao cột sống vùng cổ ngực, đặc biệt là lao cột sống ở trẻ em.⁴

Chúng tôi báo cáo một trường hợp lao cột sống vùng cổ ngực, có ổ áp xe lớn chèn ép tủy gây liệt vận động (Frankel C) và biến dạng gù cột sống ở bệnh nhi 9 tuổi; điều trị bằng thuốc kháng lao kết hợp với phương pháp phẫu thuật: lối sau nắn chỉnh gù và cố định cột sống cổ ngực bằng nẹp ốc, lối trước giải phóng chèn ép và hàn liên thân đốt bằng mảnh ghép xương chày.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP :

Bệnh nhân nam 9 tuổi, người dân tộc thiểu số; cách ngày nhập viện khoảng 3 tháng, bệnh nhân có biểu hiện đau vùng cổ ngực, đau không lan xuống hai tay; kèm theo bệnh nhân có rối loạn cảm giác tê từ ngực lan xuống hai bàn chân, hai chân liệt vận động không hoàn toàn. Diễn biến bệnh nặng dần; khi nhập khoa ngoại cột sống bệnh viện tỉnh Khánh Hòa, bệnh nhân không sốt, hai chân liệt không hoàn toàn, sức cơ hai chân 2/5, phản xạ gân gối và gót tăng, phản xạ đa động rõ, Babinski (+), chưa có rối loạn cơ vòng (Frankel C), cột sống bị gù ngang vùng cổ ngực.

Các xét nghiệm máu: Bạch cầu không tăng, tốc độ lắng máu sau 1 giờ là 10mm và sau hai giờ là 15mm, CRP trong giới hạn thường.

Hình Ảnh học với XQ thường qui, X Quang Cắt Lớp Điện Toán, và Cộng Hưởng Từ phát hiện tổn thương nặng thân đốt sống từ đốt sống cổ C6 đến đốt sống ngực N4, đặc biệt có thân hủy thân đốt sống nặng từ N1 đến N4 gây gù cột sống với góc

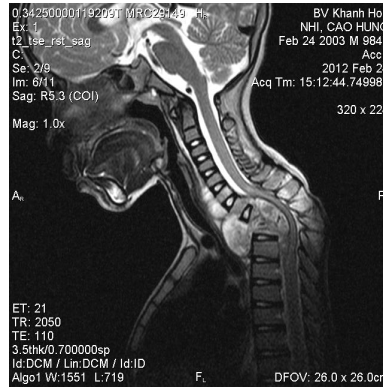
*Khoa Ngoại Cột Sống, BV Đa Khoa Khánh Hòa

**Khoa Cột Sống, BV Chấn thương Chỉnh hình TP. HCM

Công trình nghiên cứu khoa học, Khoa Ngoại Cột Sống- BS Trần Hoàng Mạnh, BV Đa Khoa Khánh Hòa, tnh Khánh Hòa. Email: bsthmanh@yahoo.com.vn



H1a



H1b

Hình 1a & 1b: Hình ảnh tổn thương trên phim X Quang Cắt Lớp Điện Toán :

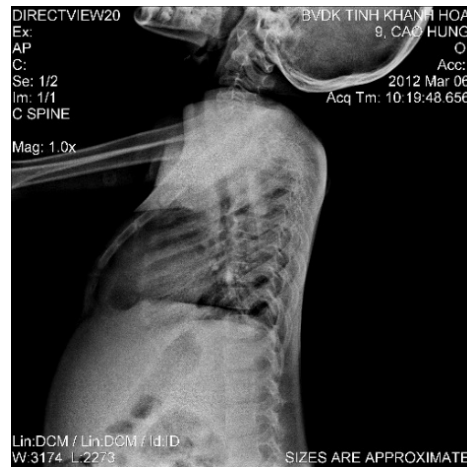


H2a



H2b

Hình 2a & 2b Hình ảnh tổn thương trên phim Cộng Hưởng Từ



H3a



H3b

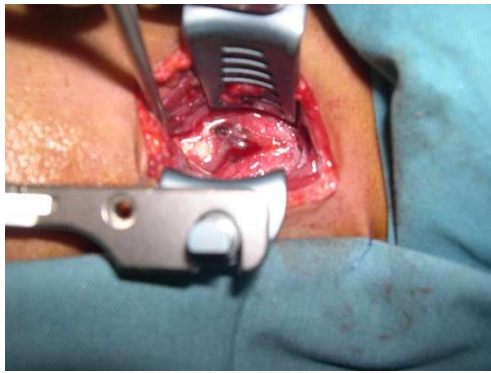
Hình 3a & 3b: Phẫu thuật lồi sau nắn chỉnh gù, kết hợp xương bằng nẹp ốc

gù khá lớn: C7- T5 là 68°, khối tụ dịch tại vị trí tổn thương lan ra trước và sau cột sống và chèn ép tủy nặng, nghĩ đến áp xe lao.

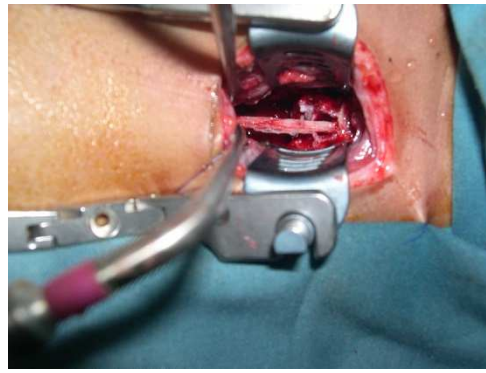
Sau khi bổ sung dinh dưỡng nhằm nâng cao thể trạng bệnh nhân, hội chẩn với BS chuyên khoa Lao, điều trị kháng lao trong 2 tuần; bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật gồm hai thì:

Thì I: Phẫu thuật lồi sau nắn chỉnh gù, kết hợp xương bằng nẹp ốc:

Rạch da đường giữa sau, bộc lộ từ đốt sống cổ C4 đến đốt sống ngực N7. Sử dụng ốc GS đa trục (Hàn Quốc). Bắt ốc khối bên đốt sống cổ C4, C5, C6, C7 theo phương pháp Magerl (Ốc đường kính 4mm, chiều dài 12mm) và bắt ốc vào chân



H4a



H4b

Hình 4a & 4b Phẫu thuật lõi trước lấy bỏ tổ chức tổn thương, ghép xương chày



H5a



H5b

Hình 5a & 5b: Hình sau mổ, gù đã được nắn chỉnh tốt, tủy đã hết chèn ép

cung đốt sống ngực N5, N6, N7 theo phương pháp đặt ốc chân cung hình phễu (Funnel technique). (Ốc đường kính 4.5mm, dài 26mm). Đặt hai thanh nối dọc, nắn chỉnh gù và cố định nẹp ốc vững chắc, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ.

Thì II: Phẫu thuật lõi trước làm sạch ở tổn thương, đặt xương ghép tự thân lấy từ xương chày (Phẫu thuật Hodgson).

Thì II được tiến hành sau phẫu thuật thì I một tuần: Rạch da dọc bờ trước cơ ức đòn chũm trái từ ngang C4 tới đỉnh xương ức. Bóc tách, bộc lộ ổ tổn thương, lấy bỏ tổ chức hoại tử, mũ, xương chết, giải phóng chèn ép tủy. Sau khi làm sạch và làm giương xương ghép từ C7 đến T4, lấy mảnh xương chày, ghép vào vị trí khuyết xương. Đặt dẫn lưu và đóng vết mổ.

Kết quả giải phẫu bệnh: Tổn thương lao (phù hợp với hướng chẩn đoán ban đầu)

Kết quả sau mổ:

Bệnh nhân hồi phục vận động tức thì, sức cơ 2 chân cải thiện 3+/5 ngay ngày đầu sau mổ, các triệu chứng đau và rối loạn cảm giác cũng giảm. Sau mổ kiểm tra Hình Ảnh học với XQ thường qui, X Quang Cắt Lớp Điện Toán thấy hình ảnh gù cột

sống đã được nắn chỉnh tốt (Góc gù C7-N5: trước mổ 68°, sau mổ 39°), vị trí các ốc không bị lệch, vị trí mảnh xương ghép tốt. Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ kháng lao 1 năm.

Sau một năm kiểm tra bệnh nhân hồi phục vận động hoàn toàn, đi lại bình thường, triệu chứng đau và tê biến mất, phản xạ gân xương 2 chân bình thường (Frankel E), gù đã được nắn chỉnh tốt, Hình Ảnh Cộng Hưởng Từ không thấy tổn thương lao tái phát, tủy không còn bị chèn ép.

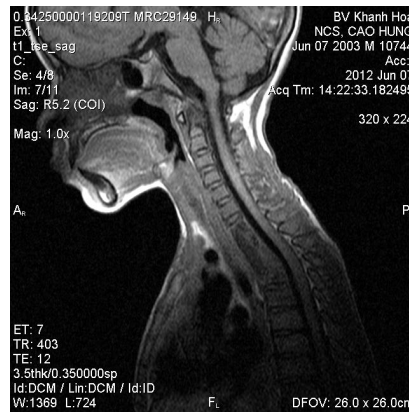
Sau phẫu thuật một năm, bệnh nhân tốt, không có bất kỳ triệu chứng lâm sàng, chụp CT scanner kiểm tra thấy hình ảnh hàn xương tốt, cột sống không thay đổi so với hình ảnh sau mổ.

Bàn luận:

Lao cột sống vùng cổ ngực ở trẻ em là bệnh lý hiếm gặp, thường gây biến dạng cột sống, ổ áp xe lớn có thể gây khó thở, khó nuốt, và đặc biệt chèn ép tủy dẫn đến liệt vận động và rối loạn cơ vòng.⁴ Ở bệnh nhân này, tổn thương lao lan rộng từ C6 đến N4, gù cột sống, ổ áp xe rất lớn gây chèn ép tủy nặng, liệt vận động 2 chân nhưng không liệt cơ vòng, không khó thở hay khó nuốt. Bệnh nhân đến



H6a



H6b

Hình 6a & 6b: Hình sau mổ, gù đã được nắn chỉnh tốt, tủy đã hết chèn ép

bệnh viện muộn, triệu chứng lâm sàng rõ, các xét nghiệm về hình ảnh đầy đủ nên xác định bệnh tương đối dễ. Kết quả các xét nghiệm huyết học và sinh hóa không có giá trị giúp ích cho chẩn đoán lao, nhưng công thức bạch cầu có thể giúp chẩn đoán phân biệt các trường hợp viêm xương sống do nhiễm trùng cấp tính.³ Ở bệnh nhân này mặc dù có ổ áp xe rất lớn, nhưng bệnh nhân không sốt và các kết quả xét nghiệm máu, sinh hóa trong giới hạn bình thường.

Chỉ định phẫu thuật ở bệnh nhân này tương đối rõ vì: tổn thương chèn ép thần kinh liệt hai chân, cột sống biến dạng gù, khối áp xe chèn vào tủy rất lớn cần lấy bỏ để giải phóng chèn ép tủy và làm giải phẫu bệnh để xác định chẩn đoán.

Bệnh nhân bị biến dạng gù cột sống nên cần phải làm phẫu thuật lồi sau để nắn chỉnh gù và cố định nẹp ốc. Vì bệnh nhân nhỏ tuổi nên khi phẫu thuật cần phải nắm rõ giải phẫu và kỹ thuật đặt ốc khối bên cột sống cổ và chân cung cột sống ngực, để tránh tai biến thần kinh mạch máu, đồng thời có thể nắn chỉnh gù cột sống nhờ dụng cụ.

Sau đó, thực hiện phẫu thuật lồi trước làm sạch ổ tổn thương, ghép xương liên thân đốt-xương ghép được lấy từ xương chày (mở cửa sổ xương chày, lấy mảnh xương ghép), vì xương chày quá nhỏ và nếu lấy xương mác sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển của khớp cổ chân khi bệnh nhân lớn lên.

Bệnh nhân nhỏ tuổi nên thể trạng không thể chịu đựng được 2 phẫu thuật cùng lúc, do vậy chúng tôi tiến hành phẫu thuật hai thì cách nhau

một tuần, như vậy cuộc mổ sẽ an toàn hơn cho bệnh nhân.

Kiểm tra sau phẫu thuật và sau thời gian 12 tháng, bệnh nhân hồi phục hoàn toàn (Frankel E), gù cột sống đã được nắn chỉnh tốt, tủy hết bị chèn ép và không thấy hình ảnh lao tái phát; bệnh nhân dùng thuốc kháng lao đủ 12 tháng, ngưng thuốc. Bệnh nhân được theo dõi ba năm với kết quả sau cùng tốt.

KẾT LUẬN:

Lao cột sống vùng cổ- ngực là bệnh lý ít gặp. Bệnh nhân của chúng tôi đến viện muộn, đã biểu hiện chèn ép thần kinh, liệt vận động, rối loạn cảm giác và có biến dạng gù cột sống

Với phương pháp phẫu thuật hai lồi kết hợp điều trị thuốc kháng lao, chúng tôi đã điều trị thành công, bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau mổ 3 tháng, biến dạng gù cột sống được nắn chỉnh tốt. Sau theo dõi một năm, không có biểu hiện lao tái phát; bệnh nhân sinh hoạt bình thường tuy nhiên bệnh nhân còn cần được theo dõi thêm lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hsu LCS, Leong JCY: Tuberculosis of the lower cervical spine. A report of 40 cases, J Bone jone surgery 1984: 1-5.
2. Gopalakrishnan D, Krishna KN: Cervical thoracic junction spinal tuberculosis presenting as radiculopathy, Neurol India,2002: 93-94.
3. Võ Văn Thành: Lao cột sống. Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, số đặc biệt chào mừng hội nghị lần 3 Hội chấn thương chỉnh hình TP.Hồ Chí Minh 21-22/5/1997: 36-56.
4. Wang xin-tao, Zhou chang-long, Xi Chun-yang: Surgical treatment of cervicothoracic junction spinal tuberculosis via combined anterior and posterior approaches in children, Chinese medical journal 2012, 125(8):1443-1447.