

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U VÙNG TRƯỚC XƯƠNG CÙNG CỤT

TRỊNH HỒNG SƠN, BÙI TRUNG NGHĨA

ĐẶT VẤN ĐỀ

U trước xương cùng cụt hay còn được gọi là u sau trực tràng là bất kỳ khối bất thường nào hình thành trong khoang trước xương cùng cụt. U này tương đối hiếm gặp, với tỷ lệ khoảng 1: 40.000 bệnh nhân nhập viện, có thể gặp hai giới và không có sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ [6]. Phần lớn các u này là lành tính nhưng cũng có một số trường hợp ác tính. [4]

Về giải phẫu, vùng trước xương cùng cụt hay còn được khoang sau trực tràng là một khoang nằm trong khung chậu, được giới hạn bởi mạc trước xương cùng cụt ở sau, trực tràng ở trước, cơ nâng hậu môn ở dưới, phúc mạc chậu hông ở trên, niệu quản và bó mạch chậu ở hai bên. Vùng này có chứa tổ chức liên kết, các nhánh của đám rối trực tràng, mạch trực tràng giữa, bó mạch chậu và có liên quan đến các ống bạch huyết. Đặc biệt, ở sát mặt trước xương cùng cụt có một đám rối tĩnh mạch. Đám rối này là một mốc giải phẫu quan trọng trong trường hợp can thiệp ngoại khoa vào khu vực này vì nếu gây tổn thương vào đám rối này, có khả năng chảy máu dữ dội không thể cầm được bằng các biện pháp thông thường như đốt điện hay khâu cầm máu.

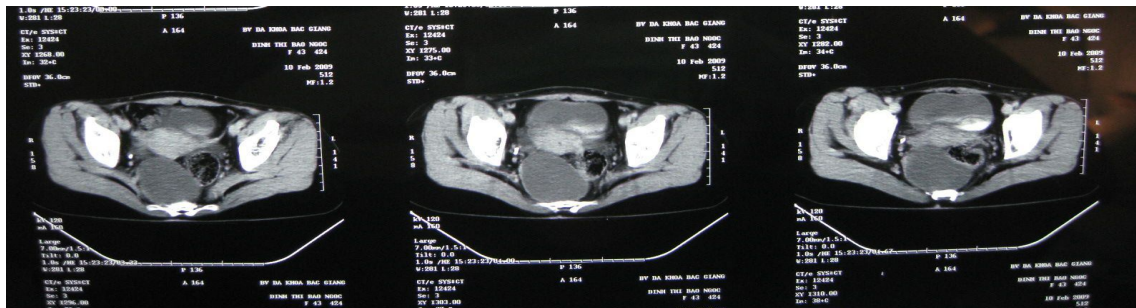
Do khoang trước xương cùng cụt được hình thành từ sự phát triển của ngoại bì thần kinh, ruột sau và ống sống nên ở vị trí này có rất nhiều loại mô có nguồn gốc từ cả ba lá thai. Do vậy, hình thái và đặc điểm mô bệnh học của các u vùng này cũng rất phong phú, đa dạng, Y văn ghi nhận một số khối dạng u ở vùng này như: các u có nguồn gốc tế bào mầm (u quái – teratoma, u mầm – germinoma), nguồn gốc trung mô (u mỡ, u nang bì, u hạt, u lympho thường là non – Hodgkin, u tế bào khổng lồ, u nguyên bào xương, sarcoma Ewing, sarcoma sinh xương, sarcoma cơ vân), các u thần kinh (neuroblastoma, ganglioneuroblastoma, ganglioneuroma, neurofibroma, schwannoma), các khối viêm nhiễm dạng u (viêm loét đại tràng, bệnh Crohn, áp xe cạnh trực tràng). Ngoài ra, một khối máu tụ hoặc khối u di

căn tới vùng này cũng có thể được ghi nhận như là một u trước xương cùng cụt.

Ngày 22-2-2009, tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Giang, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho một bệnh nhân u quái lành tính một thành phần (teratoma) trước xương cùng cụt. Nhân trường hợp này, chúng tôi muốn điểm lại về điểm lâm sàng, mô bệnh học và điều trị các khối u trước xương cùng cụt.

THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Bệnh nhân Đinh Thị Bảo N., nữ, 43 tuổi ở Bắc Giang. Vào viện ngày 4-2-2009, mổ 22-2-2009, ra viện 2-3-2009. Bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì lý do đau bụng quanh rốn và hạ vị âm ỉ liên tục, có lúc trệ thành cơn, không buồn nôn, không nôn, đại tiểu tiện bình thường, không gầy sút. Khám lâm sàng: thể trạng trung bình, không sốt, hạch ngoại biên không sờ thấy, không phù, huyết động bình thường. Bụng mềm, không có điểm đau khu trú, không sờ thấy u cục. Thăm trực tràng: cơ thắt hậu môn tốt, thành trực tràng nhẵn, thành sau trực tràng có một khối mật độ cứng, di động được, không đau. Thăm âm đạo thấy khối cứng, không xâm lấn vào thành âm đạo. Siêu âm: tử cung bình thường; đài bể thận hai bên giãn, không có sỏi; vùng hạ vị, cạnh mặt sau tử cung có khối cấu trúc tăng giảm âm hỗn hợp, kích thước 5.8 x 5.6 cm. Chẩn đoán siêu âm: U hỗn hợp vùng hạ vị. Kết quả chụp CLVT: có khối bất thường kích thước 70x59 mm, một đầu liên tục với vòi trứng phải có thành viêm dày. Khối có thành mỏng, bên trong chứa dịch không đồng nhất dạng dịch viêm, tỷ trọng 28 HU. Khối nằm bên phải tử cung và trực tràng, đẩy nhẹ tử cung ra trước, đẩy nhẹ trực tràng sang trái. Sau tiêm thuốc cản quang, không thấy hình ảnh ngấm thuốc trong khối nhưng thành vòi trứng phải viêm dày, bắt thuốc. Buồng trứng, tử cung, bàng quang bình thường. Không có dịch ổ bụng. Không thấy hạch to.

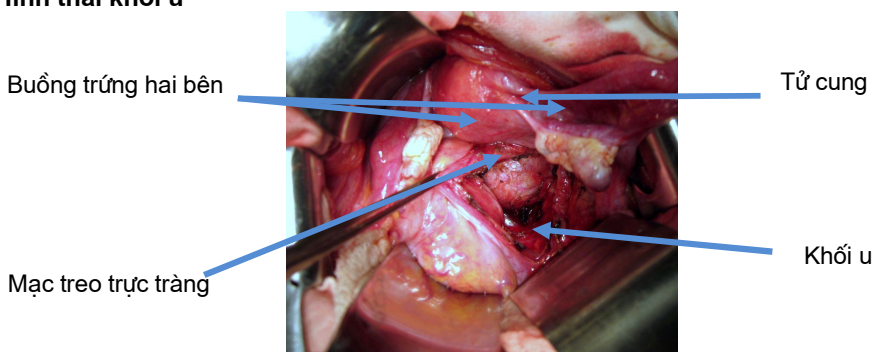


Xquang phổi: không thấy hình ảnh bất thường. Kết quả xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân không làm xét nghiệm các chất chỉ điểm khối u như CEA, CA 19-9, AFB hay định lượng hCG. Chẩn đoán trước mổ: u vùng tiểu khung trước xương cùng cụt.

Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật: mổ bụng đường trắng giữa dưới rốn. Kiểm tra ổ bụng có ít dịch. Phúc mạc vòm hoành, mạc Told 2 bên, Douglas nhẵn. Gan hai thùy hồng đẹp, sờ mềm, không u cục. Mạc nối lớn, dạ dày, tá tràng, lách, tụy, ruột non, đại tràng, buồng trứng, vòi trứng hai bên, tử cung bình thường. Một khối trước xương cùng cụt, đẩy mạc treo trực tràng lên trên, đẩy trực tràng sang trái, đẩy thành trước âm đạo sang trái và ra trước. Mở phúc mạc Douglas, tiểu khung bên phải, bộc lộ đoạn niệu quản

tiểu khung bên phải tách rời khỏi u, tách u ra khỏi động mạch trực tràng giữa, bó mạch tử cung, tĩnh mạch, động mạch hạ vị, đám rối mạch trước xương cùng cụt. Khối có vỏ, chưa xâm lấn vào xương và trực tràng. Tiến hành bóc tách thấy vỏ dày 0.3 cm, bên trong có tổ chức trắng dịch đặc, hơi nhờn, gần giống như bã đậu, nổi từng đám khi ngâm vào nước, hơi hôi, kích thước 7x8 cm. Kiểm tra không tổn thương vào trực tràng, không thủng âm đạo. Bóc dọc u, lấy tổ chức bên trong u để cố gắng lấy toàn bộ vỏ u. Khâu lại phúc mạc Douglas. Đặt một miếng Spongel và 2 dẫn lưu trước xương cùng cụt. Đóng bụng hai lớp mũi rời bằng Vicryl 1/0 (cân cơ) và Lin (da). Bệnh nhân sau mổ được điều trị kháng sinh và giảm đau thông thường, trung tiện ngày thứ 3. Diễn biến lâm sàng ổn định và ra viện sau 10 ngày.

Hình 1: Hình thái khối u



Hình 2: Chất bã trong lòng u

Kết quả giải phẫu bệnh: phần vỏ u có đại thể: vách nang 6 x 3 cm đã mở, vách xơ, mặt trong nang nhẵn. Vi thể: vách nang gồm các tế bào xơ, cơ trơn. Nhiều nang nhỏ, lớp biểu mô lát tầng teo mỏng, lòng nang chứa chất sừng. Lớp vách nang chính là biểu mô lát tầng có một chỗ khuyết. Lòng nang có tổ chức bã. Không thấy các thành phần lá thai khác. Không có hình ảnh thoái hóa ác tính. Tổ chức trong u với đại thể: tổ chức nát bở, thuần nhất. Vi thể: Chất bã thuần nhất gồm các tế bào bong ra của biểu mô lát. Rải rác các tế bào viêm. Không thấy các thành phần khác. Chẩn đoán: u quái một thành phần lành tính.

BÀN LUẬN

1. Điểm lại y văn về một số dạng u thường gặp vùng trước xương cùng cụt.

Hiện nay, vẫn chưa có phân loại thống nhất của các u vùng trước xương cùng cụt ở người lớn. Khoảng

45 – 50% các khối trước xương cùng cụt là ác tính hoặc có thoái hóa ác tính trên nền u lành [6]. Các khối u rắn thường có khả năng ác tính cao hơn so với các tổn thương dạng nang (60% so với 10%, tương ứng) [4]. Các loại u có thể gặp ở vùng trước xương cùng cụt:

- Các nang ruột tiến triển

Thường gặp ở phụ nữ lứa tuổi 40 – 50 [6]. Các nang này thường chứa dịch không đồng nhất, thành nhẵn có biểu mô lát và hầu hết là lành tính. Kích thước trung bình của nang là khoảng 4 cm [6]. Gần một nửa các trường hợp này là không có triệu chứng mà được phát hiện tình cờ khi thăm khám hậu môn trực tràng thấy một khối mềm, ranh giới không rõ ở mặt sau trực tràng và thường nằm trên đường giữa. [6]. Có tới 1/3 các nang này sẽ nhiễm trùng thứ phát và cần chẩn đoán phân biệt với áp xe hoặc rò hậu môn. Một chỗ lõm hình phễu trên đường giữa sau hậu môn hoặc ở mặt trước ống hậu môn dưới đường lược có thể bị nhầm lẫn với lỗ mở của đường rò. Các nang này có thể được phân loại dựa vào vị trí lỗ rò so với đường lược. Một số bệnh nhân có thể có triệu chứng đau, đặc biệt là khi ngồi hoặc sau ngã đập mông xuống nền cứng. Nói chung, biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào kích cỡ, vị trí nang và tình trạng nhiễm trùng. Nang chèn ép trực tràng hoặc khi nang đi kèm với một bất thường hậu môn trực tràng có thể dẫn đến táo bón, đau khi đi vệ sinh hoặc đau vùng hạ vị. Nếu chèn ép vào đường tiết niệu có thể gây ra thiếu niệu,

vô niệu. Phân loại các nang này dựa vào loại biểu mô lát ở thành nang: nang ruột có biểu mô trụ hoặc dạng chuyển tiếp; nang bì có biểu mô lát và nang biểu bì có biểu mô lát tầng sừng hóa. [6].

- U quái (teratoma)

U quái bao gồm các thành phần đã trưởng thành hoặc còn non đại diện cho một hoặc nhiều lá thai và chứa cả các mô ngoại lai tương ứng với vị trí giải phẫu của nó. Vùng cùng cụt là vùng thường gặp u quái nhất với tỷ lệ mắc từ 1:30,000 tới 1: 43,000 trẻ sơ sinh, nam gặp nhiều hơn nữ (tỷ lệ 3 – 4: 1). Phần lớn các u này đều lành tính, tuy nhiên, tỉ lệ ác tính hóa 10 – 50% ở trẻ em và tăng dần theo tuổi. Ở người lớn, u quái thường phát triển lan rộng một cách từ từ và thường là u biệt hóa cao nhiều thành phần. 90% các u quái vùng trước xương cùng cụt ở trẻ em có thể nhìn thấy dễ dàng từ bên ngoài. Ngược lại, các u quái trước xương cùng cụt ở người lớn lại chủ yếu nằm trong tiểu khung[5]. Phẫu thuật sớm và triệt để là phương pháp đạt hiệu quả cao và có khả năng điều trị khỏi hơn 95% các trường hợp. Thực tế lâm sàng hiếm khi gặp các trường hợp u quái ở người lớn. Trường hợp u quái ở người lớn được Emmerich báo cáo lần đầu tiên vào năm 1847 và là một trong sáu trường hợp được Kiderlen tổng kết lại vào năm 1899. Tổng hợp y văn trên thế giới trong những năm đầu thế kỷ XX tới nay, chỉ có không tới 120 trường hợp u quái vùng trước xương cùng cụt ở người lớn được báo cáo. Trong đó, có tới 70% là nam giới. U quái ngoài tuyến sinh dục bắt nguồn từ các tế bào toàn năng của các tế bào mầm chưa phân chia hoặc các tế bào phôi ở giai đoạn sớm. U có thể bao gồm nhiều loại tế bào sinh dưỡng biệt hóa cao như người trưởng thành khác hay các tế bào còn non như của phôi. Dựa vào các thành phần tế bào và mức độ biệt hóa của chúng mà u quái có thể được chia thành các dạng trưởng thành (nang hoặc đặc, lành tính), còn non (các tế bào ác tính bắt nguồn từ tế bào mầm) và có thể không biệt hóa hoặc biệt hóa cao. Các u quái trưởng thành chứa các tổ chức biểu mô, trung mô. Các u quái chưa trưởng thành có các vùng của lá nội bì, trung bì và ngoại bì nguyên thủy hỗn hợp với các thành phần trưởng thành hơn. Theo Phân loại Altman của Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ, u quái vùng cùng cụt được chia thành 4 type: Type I (46%), u ở ngoài, tách biệt với vùng cùng cụt và gây biến dạng vùng mông. Type II (35%), u nằm ngoài nhưng có một phần lớn nằm trong tiểu khung. Type III (9%) phần lớn u nằm trong tiểu khung với một khối nhỏ ở ngoài, nằm trong vùng mông. Type IV (10%), u hoàn toàn nằm trong tiểu khung. Một số tác giả đều thống nhất rằng u quái vùng trước xương cùng cụt thực sự là u không xâm lấn vào bất kỳ mô liên kết nào của xương cùng [6]. Tuy nhiên, không giống với các trường hợp ở trẻ nhỏ, hầu hết các u quái ở người lớn là lành tính và không xâm lấn. Bệnh nhân của chúng tôi cũng là một trường hợp u quái lành tính và chưa xâm lấn vào các tổ chức xung quanh.

- U thần kinh

Dạng u thần kinh thường gặp nhất ở vùng trước xương cùng cụt là Schwannomas (Neurinoma) [6]. Đặc điểm mô học cơ bản của dạng u này là có bao Myelin,

các bó gồm các tế bào hình thoi và có dấu hiệu thoái hóa như hình thành nang, xuất huyết, xơ hóa và vôi hóa. Nhóm nghiên cứu các bệnh nhân u Schwannomas trước xương cùng cụt của Abernathy và cộng sự (1986) gồm 13 bệnh nhân mô tả trong hơn 33 năm (trung bình 9 năm) cho thấy không có sự khác biệt về giới, tuổi được chẩn đoán trung bình là 38,6 và khoảng thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đầu tiên tới khi chẩn đoán là 5,2 năm. Bệnh nhân thường không có biểu hiện triệu chứng gì cho đến khi u đã tương đối lớn. Kích thước của một khối u Schwannomas thường không vượt quá 5 – 6 cm, tuy nhiên, đã có trường hợp u đường kính 28 cm được báo cáo [6]. Các u thần kinh hiếm gặp hơn như u sợi thần kinh (neurofibroma), u màng não (ependymomas), sarcomas sợi thần kinh. Hai phần ba các u này là lành tính và điều trị phẫu thuật đạt hiệu quả cao.

- U xương - sụn

Về mặt mô học, u xương sụn ở vùng trước xương cùng cụt cũng tương tự như các vị trí khác trên cơ thể. U xương, nang xương đơn thuần hoặc nang có phình mạch là các dạng u lành tính thường gặp nhất mặc dù chúng thường gặp ở trẻ em nhiều hơn là người lớn. Sarcoma xương và sarcoma Ewing là các ung thư có nguồn gốc từ xương và có thể phát triển ở vùng trước xương cùng cụt. Sarcoma xương là một ung thư nguyên phát từ xương, sụn và các tế bào sợi. Tổn thương đặc trưng bởi sự xâm lấn, phá hủy xương và triệu chứng đau. Phẫu thuật triệt để phối hợp cùng hóa trị liệu bổ sung là phương pháp điều trị mang lại hiệu quả. Sarcoma Ewing là một ung thư hiếm gặp, thường chỉ thấy ở trẻ em. Nó bắt nguồn từ các tế bào nội mô trong tủy xương và kèm theo phản ứng dày màng xương. Phương pháp điều trị bao gồm phẫu thuật, xạ trị và trong một số trường hợp nhất định, hóa trị liệu.

- U carcinoid.

Dạng u này khá hiếm gặp ở vùng trước xương cùng cụt mà thường thấy ở trong ruột thừa, hồi tràng, dạ dày và trực tràng. Hầu hết có biểu hiện xâm lấn trực tiếp hay di căn từ u carcinoid trực tràng. Có mối liên hệ chặt chẽ giữa các u carcinoid và nang ruột tiến triển gợi ý tới nguồn gốc chung của cả hai tổn thương [6]. Nội soi đại trực tràng và sinh thiết là tiêu chuẩn để chẩn đoán phân biệt một u carcinoid trước xương cùng cụt nguyên phát với trường hợp di căn tới trực tràng.

- U mỡ ác tính (Liposarcoma).

Liposarcoma là một dạng u ác tính phát triển từ các tế bào mỡ nằm trong các mô mềm ở sâu như trong đùi hoặc sau phúc mạc. Các u này thường có kích thước khá lớn và xâm lấn rộng ra xung quanh. Do đây là mô dạng u khá hiếm gặp nên bệnh nhân nên được chuyển tới các cơ sở có kinh nghiệm điều trị tại trung tâm lớn về ung bướu khi đã có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh là liposarcoma.

- U xơ (Fibroma).

Fibroma là một u lành tính của mô liên kết và tổ chức xơ, có nguồn gốc trung mô. Chúng có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể trong đó có vùng trước xương cùng cụt. Có hai dạng fibroma: dạng chắc (fibroma durum) chứa nhiều sợi xơ, ít tế bào và dạng

mềm (fibroma molle) chứa nhiều tế bào liên kết lỏng lẻo, ít sợi xơ. Ngoài ra, người ta có thể phân loại fibroma theo bản chất mô học như mạch (angiofibroma), nang (cystic fibroma), cốt hóa (ossifying fibroma), không cốt hóa (non – ossifying fibroma).

2. Chẩn đoán.

- Lâm sàng: các khối u vùng trước cùng cụt, bắt chắp nguồn gốc, đều gây ra các triệu chứng tương tự như nhau do vị trí của chúng ở trong khoang trước xương cùng cụt. Triệu chứng biểu hiện tùy thuộc vào kích thước u, hiệu ứng khối và nhiễm trùng. Do các khối u này thường phát triển từ từ nên các triệu chứng cũng thường biểu hiện một cách âm thầm. Thống kê cho thấy có 26 – 50% các trường hợp u hoàn toàn không có triệu chứng và phần lớn các bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng không đặc hiệu do chèn ép, chón chỗ hoặc xâm lấn các cấu trúc trong tiểu khung, các tạng và thần kinh. Các triệu chứng có thể chỉ biểu hiện tại chỗ như đau lưng, đau hậu môn hoặc các dị cảm tại chỗ. Đau thường là âm ỉ và ít khi khu trú lại. Khi u xâm lấn vào đám rối cùng cụt có thể gây ra triệu chứng đau ở chi dưới hoặc vùng mông. Bí đái, bí trung đại tiện có thể do tổn thương do u chèn ép. Nếu khối u nhiễm trùng có thể tạo thành ổ áp xe, tạo đường rò ở quanh xương cùng cụt, quanh hậu môn và quanh trực tràng. Với bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng khu trú tái phát hoặc rò ở vùng này, cần phải loại trừ nguyên nhân nằm sâu bên trong.

Đau vùng cùng cụt và rò quanh hậu môn là hai triệu chứng thường gặp, đặc biệt là trong giai đoạn muộn [7]. Ngoài ra, các triệu chứng đặc trưng cho u vùng trước cùng cụt là hiệu ứng khối ở vùng này: đau trực tràng, đau lưng, dị cảm, tê bì vùng yên ngựa và rối loạn cơ tròn. Các triệu chứng toàn thân như đau đầu, khó thở đau và sốt. Phân biệt giữa tổn thương lành tính và ác tính chỉ bằng lâm sàng thường rất khó. Đau kiểu thần kinh, sờ thấy u, bí đái, bí đại tiện hay u không di động đều là các dấu hiệu không đáng tin cậy và cũng được ghi nhận ở các trường hợp u lành tính.

- Cận lâm sàng: do các triệu chứng thường khá mơ hồ nên bệnh nhân thường bị chẩn đoán nhầm là áp xe cạnh hậu môn hoặc áp xe quanh trực tràng, rò hậu môn, u nang lông, đau tâm lý, đau sau sang chấn hoặc đau hậu sản. Theo nghiên cứu Singer năm 2003 trên các bệnh nhân có u lành tính trước xương cùng cụt, thời gian diễn biến bệnh trung bình là 4.9 năm và bệnh nhân phải trải qua trung bình là 4.7 cuộc phẫu thuật hoặc can thiệp trước khi khẳng định được chẩn đoán. Trong mọi trường hợp, thăm khám hậu môn – trực tràng và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là không thể thiếu được trong chẩn đoán bệnh. Chẩn đoán sơ bộ cần được xem xét trên bất kỳ bệnh nhân nào đau mơ hồ, không rõ lý do ở vùng hạ vị hoặc có tiền sử nhiễm trùng quanh hậu môn tái phát. Chẩn đoán u sau phúc mạc lành tính cũng cần được loại trừ nhưng chủ yếu phải dựa trên các dấu hiệu cận lâm sàng và mô bệnh học. Giá trị của chụp X quang thường hạn chế mặc dù có thể có giá trị chẩn đoán u xương sụn cùng cụt, nang xương, u nguyên bào xương hay sarcoma xương. Đôi

khí, các nốt vôi hóa hoặc dấu hiệu ăn mòn xương cùng cụt có thể gợi ý tới một khối u vùng trước cùng cụt. Thụt barit và nội soi đại trực tràng có thể phát hiện các dấu hiệu u trước cùng cụt nhưng không sử dụng được nếu có viêm nhiễm đại trực tràng. Siêu âm (SÂ) bụng cũng có thể phát hiện được u vùng tiểu khung, đặc biệt là các u dạng nang. Mặc dù có thể cho các thông tin kích thước và mức độ xâm lấn vào các cấu trúc xung quanh, phương pháp này gặp nhiều hạn chế do độ chính xác và phẫu thuật viên không được nhìn thấy trực tiếp. Khi đó, siêu âm đầu dò trực tràng có thể mang lại những thông tin chính xác hơn về hình thái, giải phẫu của u cũng như sự xâm lấn của nó vào các tổ chức xung quanh và hỗ trợ tiến hành sinh thiết trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm[4]. Chụp CLVT và cộng hưởng từ (CHT) cũng là các phương tiện được sử dụng một cách rộng rãi để chẩn đoán và đánh giá các u mềm quanh trực tràng, đặc biệt là kích thước u và mối liên hệ với các cấu trúc như trực tràng, bàng quang và bó mạch chậu. Không có các phương tiện như vậy thì không thể tiến hành phẫu thuật hay xạ trị được. Ngoài ra, chụp CLVT còn được sử dụng để hướng dẫn sinh thiết qua da. Tuy nhiên, do những hạn chế của CLVT trong đánh giá các mô mềm. Ngày nay, chụp CHT được áp dụng rộng rãi như là một tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh đối với u trước xương cùng cụt với độ tin cậy cao hơn nhiều so với CLVT và SÂ. Độ phân giải cao đối với u mềm và khả năng cắt theo nhiều hướng cho phép quan sát được u và giới hạn với các mô bình thường xung quanh.

Chẩn đoán xác định bản chất của u phải dựa vào xét nghiệm giải phẫu bệnh học và hóa mô miễn dịch bệnh phẩm sinh thiết. Sinh thiết u qua da dưới hướng dẫn của CLVT là phương pháp thường được tiến hành để lấy bệnh phẩm dù không phải là không có những cản trở hay biến chứng xảy ra. Đặc biệt, sinh thiết các u trước cùng cụt và các khối nằm sâu trong tiểu khung có nguy cơ gây tổn thương ruột, bàng quang, mạch và các tạng trong ổ bụng, dẫn đến các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng và đau sau can thiệp. Vì can thiệp vào khoang trước xương cùng cụt bị hạn chế bởi xương cùng, y văn đã ghi nhận một số hướng tiếp cận [19]. Can thiệp qua thành bụng trước và bên phù hợp với các u trong tiểu khung, nằm trước hoặc bên cạnh bàng quang nhưng nguy cơ gây tổn thương ruột, đầu tăng sinh môn và khả năng lấy mô hạn chế. Can thiệp qua cơ mông cho phép tiếp cận tới khoang trước xương cùng cụt và ưu điểm hơn là ít khả năng làm tổn thương ruột và bó mạch chậu ngoài. Tuy nhiên, đau cơ mông sau can thiệp và nguy cơ tổn thương thần kinh hông to, mạch của cơ mông và đám rối cùng. Sinh thiết qua thành trực tràng cho phép can thiệp tới phần trên khoang trước xương cùng cụt và các tổn thương không tiếp cận được bằng các biện pháp khác nói chung. Mặc dù tránh được tổn thương ruột và bàng quang nhưng các thủ thuật này thường gây nhiều đau đớn và vẫn có nguy cơ tổn thương đám rối cùng và niệu quản. Hạn chế của việc sinh thiết u trước mô này là mảnh sinh thiết có thể không mang tính đại diện cho toàn bộ tổn thương. Trong khi đó,

các u ngày thường phát triển từ từ, chậm chạp và biểu hiện muộn nên mảnh sinh thiết có thể chỉ gồm những phần không ác tính. Do vậy, ở một số trung tâm, sinh thiết trước mổ chỉ được tiến hành khi nghi ngờ tổn thương ác tính trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

Thăm khám hậu môn trực tràng và chụp CLVT hay CHT vùng quanh hậu môn và đáy chậu có giá trị trong phát hiện tái phát sau phẫu thuật cắt u. Sự tiến triển của các triệu chứng này không tương đồng với khả năng phẫu thuật và tiên lượng của bệnh nhân. Sinh thiết trước mổ và xét nghiệm định lượng các chất chỉ thị u có thể được sử dụng như là một phương pháp chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị.

3. Điều trị

Tất cả các u vùng trước xương cùng cụt đều có thể xem xét can thiệp phẫu thuật cắt bỏ u thậm chí cả khi cho rằng tổn thương lành tính. Phẫu thuật cắt cả khối tổn thương còn cho phép khẳng định chẩn đoán, hỗ trợ điều trị phối hợp trong trường hợp ác tính và giảm nguy cơ nhiễm trùng tại chỗ và hội chứng khoang. Các tổn thương dạng nang nhiễm trùng có thể can thiệp dẫn lưu theo một trong các con đường sinh thiết qua da như đã mô tả ở trên. Vì u vùng trước cùng cụt có thể xâm lấn vào xương cùng hoặc không nên việc xác định chính xác một u quái vùng trước cùng cụt là rất quan trọng để đưa ra phác đồ điều trị chính xác cho bệnh nhân vì điều trị u quái vùng trước cùng cụt, về cơ bản, không thể thiếu được phẫu thuật lấy bỏ triệt để u. Tuy nhiên, quyết định phẫu thuật không phải lúc nào cũng dễ dàng mà phải dựa vào nhiều yếu tố như kích thước, vị trí, sự xâm lấn vào tổ chức xung quanh, thể trạng bệnh nhân và nhiều yếu tố khác nữa. Do đó, trước khi xem xét khả năng can thiệp phẫu thuật, bệnh nhân cần được đánh giá đầy đủ về kích thước u, mức độ xâm lấn, ranh giới với các tổ chức xung quanh và mức độ tổn thương mạch. Để tiếp cận u, người ta có thể mổ vào khoang sau trực tràng, trước xương cùng cụt bằng cách cắt bỏ toàn bộ xương cụt và phân thấp xương cùng. Một hướng điều trị khác đó là phối hợp đường bụng mở hoặc nội soi và đường hậu môn. Phương pháp cổ điển điều trị u quái vùng cụt là cắt bỏ toàn bộ xương cùng u vì tỷ lệ tái phát khi không tiến hành cắt xương cụt lên tới 30 – 40 %. Không phân biệt được u vùng trước xương cùng cụt và u vùng cùng cụt thực sự sẽ dẫn đến việc cắt bỏ xương cụt không cần thiết và kéo theo tăng thời gian hậu phẫu và các biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng. Trong trường hợp của chúng tôi, khối u có ranh giới khá rõ, không xâm lấn vào xương cùng cụt. Thăm trực tràng, thấy khối căng chắc, di động được, không dính với xương cùng cụt. Do vậy, trong trường hợp này, chúng tôi thấy rằng chỉ định phẫu thuật triệt để là phương pháp điều trị thích hợp. Tuy nhiên, do không có đánh giá về mô học và giải phẫu bệnh trước và trong mổ (sinh thiết tức thì) nên chúng tôi phải gửi các mẫu bệnh phẩm gồm vó u và các chất bã trong u để xét nghiệm để có kế hoạch theo dõi và điều trị tiếp theo. Trong trường hợp khối u ác tính, nhiều thành phần, cần kết hợp hóa xạ trị liệu.

Trong một số trường hợp, cần sự phối hợp của nhiều chuyên khoa: chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật

viên thần kinh, xương – khớp, tạo hình, phụ khoa, tiết niệu và đại trực tràng. Phẫu thuật cắt bỏ u có thể được tiến hành qua đường phía trước hoặc phía sau hoặc kết hợp cả hai đường. Hoặc đường bụng, phối hợp đường bụng và hậu môn, hoặc qua trực tràng hoặc qua âm đạo tùy thuộc vào chẩn đoán trước mổ của phẫu thuật viên. Nhưng dù sử dụng phương pháp nào thì việc chuẩn bị đại tràng trước mổ và chuẩn bị sinh thiết tức thì trong mổ là cần thiết để có thể phẫu thuật triệt để. Một số các báo cáo gần đây đã đề cập tới khả năng nội soi ổ bụng, đặc biệt khi u là lành tính. Can thiệp phẫu thuật không phải là không có nguy cơ biến chứng, đặc biệt với các u lớn và dính, thâm nhiễm vào đám rối tĩnh mạch trước xương cùng cụt (cắt toàn bộ u có thể rất nguy hiểm). Trong vùng này, cầm máu bằng dao điện gặp những khó khăn đáng kể. Ngoài ra, một số phương pháp kiểm soát chảy máu ở vùng này cũng đã được mô tả như đinh bấm, sponges, thiết bị kẹp nội soi và vá mảnh cơ.

Kraske đã đưa ra phương pháp phẫu tích vào khoang trước xương cùng cụt qua đường mở bụng ở đường giữa phía sau, đi dọc hoặc cạnh bên xương cùng. Tuy nhiên, phương pháp này thường kèm theo cắt bỏ xương cùng cụt dưới mức S4 và do đó, cần có sự hỗ trợ của một phẫu thuật viên chuyên khoa xương khớp [6]. Để tránh gây tổn thương vào ruột và niệu quản, phẫu thuật cắt bỏ xương cùng cụt phải bảo tồn được ít nhất một bên của S2. Cách tiếp cận từ phía sau này phù hợp với các khối u nằm thấp, đặc biệt trong trường hợp tổn thương xâm lấn vào khoang trước xương cụt và những u của xương cùng hoặc xâm lấn thủng qua xương cùng. Đối với các tổn thương dạng nang và u quái, một số tác giả cho rằng nên tiến hành cắt xương cụt vì đôi khi sự xâm lấn vào xương cụt chỉ biểu hiện khi u tái phát [7]. Nhược điểm của phương pháp này là khó khống chế được bó mạch chậu nên làm tăng nguy cơ chảy máu trong mổ. Phẫu thuật viên có thể khắc phục nhược điểm này bằng cách tiến hành đi vào khung chậu ngoài phúc mạc để khống chế mạch máu trước khi phẫu tích ra phía sau của khối u. Bên cạnh đó, khả năng gây sang chấn cho các thần kinh đi ở thành sau chậu hông cũng là một nhược điểm lớn của phương pháp này.

Phẫu thuật viên cũng có thể đi vào khoang trước xương cùng cụt qua thành bụng trước bằng cách giải phóng trực tràng trước. Hướng tiếp cận từ phía trước rất có lợi đối với các u được xác định là nằm trước xương cùng cụt sau phúc mạc.

Trong một số trường hợp u phức tạp hay xâm lấn rộng hoặc u xương cùng nhưng sau đó xâm lấn khu trú hoặc di căn qua thành trước hoặc thành sau xương cùng vào khoang trước cùng cụt và xâm lấn ra da, phẫu thuật viên có thể phối hợp cả hai con đường này. Khi đó, trực tràng được phẫu tích, giải phóng khỏi khối u càng cao càng tốt thông qua đường mở bụng thành trước. Sau đó, phẫu thuật viên tiếp tục tiến hành đi vào cắt u theo đường sau như mô tả ở trên. Ưu điểm của phương pháp này là dễ dàng và nhanh chóng khống chế bó mạch chậu thông qua đường mở bụng thành trước.

Đường mổ qua thành trực tràng được áp dụng cho các u nhỏ, nằm thấp và ranh giới rõ, đặc biệt khi u xâm lấn qua thành mạc trực tràng.

Các tổn thương kích thước nhỏ, nằm thấp như các nang tiến triển có thể được cắt bỏ theo phương pháp đi qua cơ thắt của York – Mason cải tiến hoặc phương pháp đi qua thành âm đạo của Schuchardt – Strauta. Trong hai phương pháp này, cần chú ý tránh làm tổn thương tới đám rối tĩnh mạch và các sợi thần kinh ở vùng trước xương cùng cụt.

KẾT LUẬN

U vùng trước xương cùng cụt có hình thái và đặc điểm mô bệnh học rất đa dạng phong phú. Mặc dù tỷ lệ gặp không nhiều ở người lớn nhưng các u vùng cùng cụt, trong đó, đặc biệt là u quái cần được đưa vào chẩn đoán phân biệt trong trường hợp bệnh nhân có khối u ở vùng khung chậu và biểu hiện triệu chứng tắc nghẽn. Phẫu thuật cắt bỏ u triệt để cần được đặt ra ngay khi phát hiện được u do khả năng ác tính hóa cao của các u ở vùng này. Tuy nhiên, do đặc điểm giải phẫu của vùng này nên phẫu thuật nên được tiến hành ở các trung tâm y tế lớn và với phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Việc phối hợp hóa xạ trị hay không phụ thuộc vào bản chất và mức độ xâm lấn của u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murat Kocaoglu, MD, and Donald P. Frush, MD; "Pediatric Presacral Masses" RadioGraphics 2006; 26:833–857 # Published online 10.1148/rg.263055102
2. Wagner M, Zastrow R, Reasa DA. Presacral tumors: case report, review of the literature. ClinAnat 1995; 8:227–230.
3. Jao SW, Beart Jr RW, Spencer RJ, Reiman HM, Ilstrup DM. Retrorectal tumors. Mayo Clinic experience, 1960-1979. Dis Colon Rectum 1985; 28(9): 644-52
4. Gordon PH. Retrorectal tumours. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. St Louis, MO: Quality Medical Publishing, 1999: 428-45
5. Ravitch MM, Smith EI. Sacrococcygeal teratoma in infants and children. Surgery 1951;30:733-62.
6. J.Gosh, T.Eglinton, F. Frizelle, A.J.M Watson, "Presacral tumors in adults", The Surgeon, Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Endinburgh and Ireland, Vol 5 No 1, February 2005.
7. Mahour GH. Sacrococcygeal teratomas. CA Cancer J Clin 1988; 38(6): 362-7
8. Dahan H, Arrive L, Wendum D, Docou IP, Djouhri H, Tubiana JM. Retrorectal developmental cysts in adults: Clinical and radiologic-histopathologic review, differential diagnosis, and treatment. Radiographics 2001; 21(3): 575-84.