

Từ những kết quả thu được, cho thấy xạ phẫu bằng dao gamma quay cho các bệnh nhân u tuyến yên là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Anh (2012): "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến yên tăng tiết prolactin" Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành ngoại khoa trường Đại học Y Hà Nội 2012.
2. Lý Ngọc Liên (2003): "Nghiên cứu áp dụng phương pháp mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm tại bệnh viện Việt Đức từ 2000-2002", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

3. Heng Wan(2007): "Gamma knife radiosurgery for secretory pituitary adenomas: experience in 347 consecutive cases". 2007 Jun;106(6):980-7.
4. Faglia G: Genesis of pituitary adenomas, in Landolt A. Vance ML, Reilly PL. Pituitary adenoma. New York, Churchill Livingstone, 1996, pp.
5. Sheehan JP, Pouratian N, Steiner L, Laws ER, Vance ML(2011): "Gamma Knife surgery for pituitary adenomas". Factors related to radiological and endocrine outcomes. Department of Neurological Surgery, University of Virginia Health System, Charlottesville, Virginia 22908, USA. jps2f@virginia.edu
6. Shota Tanaka1, Michael J. Link (2010). "Gamma Knife Radiosurgery for Patients with Prolactin-Secreting Pituitary Adenomas", World Neurosurgery, 74 [1]: 147-152, JULY 2010.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH U SAU PHỨC MẠCH HAY GẶP Ở TRẺ EM

Huỳnh Quang Huy*

TÓM TẮT

U sau phức mạch là loại u phát triển trong khoang sau phức mạch. Trong đó, u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thần là loại thường gặp nhất. Chẩn đoán hình ảnh có sự phát triển vượt bậc trong phát hiện, chẩn đoán, theo dõi các khối u, trong đó có cắt lớp vi tính. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm u sau phức mạch thường gặp ở trẻ em (gồm: u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thần) trên chụp cắt lớp vi tính. **Đối tượng, phương pháp:** 96 bệnh nhi u sau phức mạch gồm: 49 trường hợp u nguyên bào thần kinh, 47 trường hợp u nguyên bào thần tại BVNĐ từ 08/2013 đến 09/2017. Thiết kế nghiên cứu tiền cứu. Công cụ, phương tiện nghiên cứu: Hình ảnh CLVT được chụp bởi máy "CT Light Speed" 8 dãy đầu dò. Cửa hãng GE, Hoa Kỳ. **Kết quả:** Hầu hết các u bắt thuốc không đồng nhất sau tiêm cản quang. Tỷ lệ vôi hóa trong U NB TK (83,7%) cao hơn có ý nghĩa so với U NB thận (17%). Các u hoại tử có tỷ lệ cao, chiếm tỷ lệ 77,6% U NB TK và 74,5% U NB thận. Tỷ lệ u xuất huyết trong U NB TK (77,6%) cao hơn trong U NB thận (46,8%). Tỷ lệ bao bọc mạch máu trong nhóm U NB TK cao hơn có ý nghĩa so với nhóm U NB thận (69,4% so với 2,1%). Tỷ lệ dầy mạch máu trong U NB TK là 59,2% và trong U NB thận 55,3%. Dấu hiệu u vượt qua đường giữa chiếm 57,1% U NB TK và 59,6% U NB thận. **Kết luận:** Chụp CLVT rất có giá trị trong chẩn đoán u sau phức mạch, giúp phân biệt u nguyên bào thần kinh với u nguyên bào thần. Đồng thời CLVT giúp định hướng điều trị cũng như theo dõi sau điều trị.

Từ khóa: Xquang CLVT, u sau phức mạch, trẻ em.

SUMMARY

CT CHARACTERISTICS OF PRIMARY RETROPERITONEAL NEOPLASMS IN CHILDREN

Backgrounds: Retroperitoneal tumor is a type of tumor that develops in the peritoneal cavity. In which neuroblastoma and renal papillae are the most common. Imaging diagnosis takes an important role in the detection, diagnosis, follow of tumors and so does Computer tomographic. **Objectives:** To determine the value of Computer tomographic in diagnosis of primary retroperitoneal neoplasms in children. **Patients and Methods:** 96 pediatric patients were diagnosed neuroblastoma (49 cases) and wilms (47 cases) at the Children Hospital 2 Ho Chi Minh city from August 2013 to September 2017. Study was designed with prospective analysis. Tools and means of study: CT images were taken by "CT Light Speed" machine with 8 probe ranges of GE incorporation, USA. **Results:** Most tumors are heterogeneous after contrast injection. The calcification rate in neuroblastoma (83.7%) was significantly higher than that in Wilms' tumor (17%). Necrotic tumors were high, accounting for 77.6% of neuroblastoma and 74.5% of Wilms' tumor. The incidence of hemorrhage was higher in neuroblastoma (77.6%) than in Wilms' tumor (46.8%). The prevalence of vascular occlusion in the neuroblastoma group was significantly higher in the Wilms' tumor group (69.4% vs. 2.1%). Vascular pressure in neuroblastoma was 59.2% and in Wilms' tumor was 55.3%. Signs of tumors crossing the midline accounted for 57.1% of patients with neuroblastoma and 59.6% of patients Wilms' tumor. **Conclusions:** CT is valuable in the diagnosis of primary retroperitoneal neoplasms in children to distinguish neuroblastoma with Wilms' tumor. Also, CT helps to choose appropriate therapy, and follow up after treatment as well.

Keywords: Computer tomographic, neuroblastoma, Wilms' tumor, children

*Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: huycdhcbachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/1/2018

Ngày phân biên khoa học: 19/2/2018

Ngày duyệt bài: 6/3/2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sau phúc mạc nguyên phát là các loại u phát triển trong khoang sau phúc mạc. U sau phúc mạc có thể có nguồn gốc từ thận, tuyến thượng thận, các dây thần kinh cạnh sống, hạch bạch huyết, ống bạch huyết, hạch giao cảm [1],[2]. Trong đó, u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thận là hai loại u thường gặp nhất.

U nguyên bào thần kinh (U NB TK) là ung thư phổ biến, có đặc điểm mô bệnh học cũng như diễn biến lâm sàng đa dạng, bệnh có thể không có triệu chứng cho đến biểu hiện lâm sàng nặng nề do sự xâm lấn các cơ quan khác của u. U nguyên bào thần kinh chiếm 15% trường hợp tử vong do ung thư ở trẻ em [4]. U nguyên bào thận (U NB thận) là một trong các loại u đặc thường gặp ở trẻ em, chiếm 95% trong các ung thư thận ở trẻ em dưới 15 tuổi [5].

Đánh giá sau phúc mạc rất quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp. Có nhiều phương pháp khảo sát u sau phúc mạc như siêu âm, Xquang, cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính. Trong đó, cắt lớp vi tính là phương pháp ngày càng phổ biến, được ứng dụng rộng rãi, cung cấp được nhiều thông tin cần thiết, góp phần định hướng phác đồ điều trị thích hợp và tiên lượng bệnh.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu vai trò cắt lớp vi tính trong đánh giá u sau phúc mạc. Tuy nhiên, ở nước ta chưa có công trình được công bố. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm hình ảnh u sau phúc mạc thường gặp ở trẻ em (gồm: u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thận) trên chụp cắt lớp vi tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi dưới 15 tuổi, được chẩn đoán u sau phúc mạc (gồm u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thận) tại BVNĐ2 từ 08/2013 đến 09/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu tiến cứu.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 96 trường hợp u sau phúc mạc (49 trường hợp u nguyên bào thần kinh, 47 trường hợp u nguyên bào thận). Chụp cắt lớp vi tính (CLVT).

- Công cụ, phương tiện nghiên cứu: Hình ảnh CLVT được chụp bởi máy "CT Light Speed" 8 dãy đầu dò của hãng GE, Hoa Kỳ. Quy trình chụp CLVT u nguyên bào thần kinh ở trẻ em:

+ Trường khảo sát: Ngực và bụng, kéo dài từ vùng cổ đến bờ dưới xương mu đánh giá toàn bộ khối u cũng như khảo sát những tổn thương nghi ngờ đi kèm, ở cả vùng bụng chậu và ngực, thực hiện theo các thông số được thiết lập sẵn.

+ Đánh giá: Hình ảnh CLVT được tái tạo các mặt phẳng Axial, Coronal, Sagittal và được đánh giá bởi 02 Bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm hơn 10 năm. Tất cả các u được phân tích một số đặc điểm hình ảnh.

- **Xử lý số liệu bằng** chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

96 trường hợp u sau phúc mạc (gồm 49 u nguyên bào thần kinh và 47 u nguyên bào thận) được chụp CLVT.

Bảng 3.1: Tính chất bắt thuốc

Nhóm	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Tính chất bắt thuốc				
Đồng nhất	03	6,1	3	6,4
Không đồng nhất	46	93,9	44	93,6
Tổng cộng	49	100%	47	100

Nhận xét: Hầu hết các u bắt thuốc không đồng nhất sau tiêm cản quang và không khác biệt giữa nhóm U NB TK với U NB thận

Bảng 3.2. Vôi hóa trong u

Nhóm	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Vôi hóa trong u				
Vôi hóa	41	83,7	8	17,0
Không vôi hóa	8	16,3	39	83,0
Tổng cộng	49	100%	47	100

Nhận xét: Phần lớn các UNBTK trong nghiên cứu có vôi hóa (83,7%), trong khi tỉ lệ này ở nhóm U NB thận chỉ có 17%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,01$).

Bảng 3.3. Hoại tử trong u

Nhóm	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Hoại tử trong u				
Có hoại tử	37	75,5	35	74,5
Không hoại tử	12	24,5	10	21,3
Tổng cộng	49	100%	47	100

Nhận xét: Các u hoại tử có tỉ lệ cao, chiếm tỉ lệ 77,6% U NB TK và 74,5% U NB thận.

Bảng 3.4. Xuất huyết trong u

Nhóm	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Xuất huyết trong u				
Có xuất huyết	37	75,5	22	46,8
Không xuất huyết	12	24,5	25	53,2
Tổng cộng	49	100%	47	100

Nhận xét: Các xuất huyết có tỉ lệ cao trong U NB TK (chiếm tỉ lệ 77,6%) trong khi tỉ lệ này ở nhóm U NB thận là 46,8% ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Tính chất bao bọc mạch máu

Nhóm	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Bao bọc mạch máu	34	69,4	1	2,1
Không bao bọc mạch máu	15	30,6	46	97,9
Tổng cộng	49	100%	47	100

Nhận xét: Tỉ lệ bao bọc mạch máu trong nhóm U NB TK cao hơn có ý nghĩa so với nhóm U NB thận (69,4% so với 2,1%, $p < 0,01$).

Bảng 3.6. Đè đẩy mạch máu

Nhóm	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Đè đẩy mạch máu	29	59,2	26	55,3
Không đè đẩy mạch máu	20	40,8	21	44,7
Tổng cộng	49	100%	47	100

Nhận xét: Tỉ lệ đè đẩy mạch máu trong U NB TK là 59,2% và trong U NB thận 55,3%.

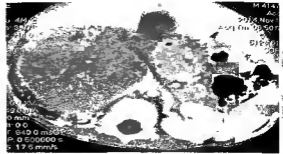
Bảng 3.7. Liên quan khối u với đường giữa

Nhóm	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Vượt qua đường giữa	28	57,1	28	59,6
Không	21	42,9	19	40,4
Tổng cộng	49	100%	47	100

Nhận xét: Dấu hiệu u vượt qua đường giữa chiếm 57,1% U NB TK và 59,6% U NB thận.

IV. BÀN LUẬN

Tính chất bắt thuốc cản quang: Tỉ lệ bắt thuốc cản quang không đồng nhất của u nguyên bào thần kinh trong nghiên cứu chúng tôi là 95,9%, cao hơn nghiên cứu tác giả Lê Thị Kim Ngọc (78%) [6]. Sở dĩ như vậy là do khối u có kích thước lớn, có xuất huyết, vôi hóa hoặc hoại tử. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy u nguyên bào thận ngấm thuốc cản quang không đồng nhất là 94%.



UNB thận ngấm thuốc không đồng nhất

Vôi hóa trong u: Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy vôi hóa trong u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 83,7%, tương đương tác giả Lê Thị Kim Ngọc (80%) [6]. Trong khi đó u nguyên bào thận, vôi hóa chiếm tỉ lệ 17%. Vôi hóa là đặc điểm đặc trưng của u nguyên bào thần kinh giúp phân biệt với u nguyên bào thận.

Hoại tử trong u: Hoại tử trong u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 75,5%. Hoại tử trong u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 74,5%. Hoại tử trong u thường do khối u có kích thước lớn dẫn đến tình trạng kém mạch máu nuôi dưỡng.

Xuất huyết trong u: Xuất huyết trong u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 75,5%. Trong khi đó, xuất huyết trong u nguyên bào thận chiếm tỉ lệ 46,8%. Tình trạng xuất huyết trong u thường gặp các khối u lớn. Theo nghiên cứu của Richard E [7], xuất huyết trong u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 55%.

Bao bọc mạch máu: Tỉ lệ u nguyên bào thần kinh có bao bọc mạch máu theo nghiên cứu chúng tôi là 69,4%, tỉ lệ u nguyên bào thận có bao bọc mạch máu là 2,1%. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng tình trạng bao bọc mạch máu của u nguyên bào thần kinh cao hơn rất nhiều so với u nguyên bào thận. Đánh giá bao bọc mạch máu của khối u rất có giá trị trong tiên lượng phẫu thuật.

Đè đẩy mạch máu: Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ u nguyên bào thần kinh đè đẩy mạch máu là 59,2%, của u nguyên bào thận là 55,3%. Như vậy tỉ lệ đè đẩy mạch máu của hai loại u này gần tương đương nhau.

Liên quan đến đường giữa: U nguyên bào thần kinh vượt qua đường giữa chiếm tỉ lệ 42,9%, trong khi đó kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ vượt qua đường giữa của u nguyên bào thận là 59,6%.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết các u bắt thuốc không đồng nhất sau tiêm cản quang và không khác biệt giữa nhóm U NB TK với U NB thận

Tỉ lệ vôi hóa trong U NB TK (83,7%) cao hơn có ý nghĩa so với U NB thận (17%).



UNBTK ngấm thuốc không đồng nhất

Các u hoại tử có tỉ lệ cao, chiếm tỉ lệ 77,6% U NB TK và 74,5% U NB thận.

Tỉ lệ u xuất huyết trong U NB TK (77,6%) cao hơn trong U NB thận (46,8%).

Tỉ lệ bao bọc mạch máu trong nhóm U NB TK cao hơn có ý nghĩa so với nhóm U NB thận (69,4% so với 2,1%).

Tỉ lệ đè dãn mạch máu trong U NB TK là 59,2% và trong U NB thận 55,3%.

Dấu hiệu u vượt qua đường giữa chiếm 57,1% U NB TK và 59,6% U NB thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Acar T, Harman M, Guneyli S, et al. (2015)**, "Cross-sectional Imaging Features of Primary Retroperitoneal Tumors and Their Subsequent Treatment". *Journal of Clinical Imaging Science*, 5 (1), pp. 24.

4. **McHugh K (2007)**, "Renal and adrenal tumours in children". *Cancer Imaging*, 7 (1), pp. 41-51.
5. **Kushner B. H (2004)**, "Neuroblastoma: a disease requiring a multitude of imaging studies". *J Nucl Med*, 45 (7), pp. 1172-88.
4. **Loneragan G. J, Schwab C. M, Suarez E. S, et al. (2002)**, "Neuroblastoma, ganglioneuroblastoma, and ganglioneuroma: radiologic-pathologic correlation". *Radiographics*, 22 (4), pp. 911-34.
3. **Chu A, Heck JE, Ribeiro KB, et al. (2010)**. "Wilms' tumour: a systematic review of risk factors and meta-analysis". *Paediatr Perinat Epidemiol*, 24(5), pp.449-469.
6. **Lê Thị Kim Ngọc (2008)**, *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và cắt lớp vi tính u nguyên bào thần kinh sau phúc mạc ở trẻ em*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
7. **Richard E.L, Mervyn. D, Cohen M.B (1984)**, "Computed tomographic evaluation of Wilms tumor and Neuroblastoma". *Radiographics* 6, pp. 915-928.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÂY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM BẰNG ĐÓNG ĐINH METAIZEAU DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG

Nguyễn Thế Điệp*, Nguyễn Thái Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gây kín thân xương đùi trẻ em từ 6 đến 15 tuổi bằng phương pháp đóng đinh Metaizeau không mở ổ gãy, tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, bệnh viện CTCH Thành Phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Đại học y Thái Bình, đồng thời nhận xét ưu nhược điểm của phương pháp.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, không đối chứng 47 trường hợp. **Kết quả:** Liên xương đạt 100%. Kết quả chung đạt mức tốt 83,7%, trung bình 16,3%, không có kết quả kém. Dài chi trung bình sau phẫu thuật là 6,3mm, chức năng khớp gối, khớp hông tốt. **Kết luận:** Đóng đinh Metaizeau kín là một lựa chọn tốt cho điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em lứa tuổi học đường.

Từ khóa: Đinh Metaizeau, đinh đàn hồi, gãy xương đùi trẻ em.

SUMMARY

ASSESSING THE RESULTS OF CLOSED FEMORAL FRACTURES TREATMENT AMONG CHILDREN USING METAIZEAU NAILS UNDER THE SUPPORT OF C-ARM

Objectives: To evaluate the results of surgical treatment for femoral fractures closed from children aged 6 to 15 years old by Metaizeau nailing technique

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Bệnh viện Đức Giang, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyenthetyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/2/2018

Ngày phản biện khoa học: 28/2/2018

Ngày duyệt bài: 13/3/2018

without opening the fracture, at Saint Paul Hospital in Hanoi, Trauma and Orthopedic Hospital in Ho Chi Minh City, and Thai Binh medical university hospital and to give comments on the technical advantages and disadvantages. **Methods:** This was a prospective cross-sectional descriptive study without control group among 47 cases. **Results:** Bone healing was found among 100% of cases, general results were good at 83.7%; average results of 16.3%; no bad results; mean length of the leg was of 6.5 mm after operation, functional knee and hip achieved good results. **Conclusion:** Osteosynthesis by Metaizeau nails was a good alternative method for treatment of close femoral shaft fracture in children.

Keyword: Metaizeau nails, Flexible intramedullary nailing, Elastic stable intramedullary nailing, Femoral fracture in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em hiện nay chủ yếu vẫn là kéo nắn bó bột chậu lưng chân. Điều trị phẫu thuật chỉ áp dụng cho những trường hợp trẻ lớn, di lệch nhiều khó nắn chỉnh. Phương pháp phẫu thuật thường áp dụng là mổ mở và kết xương nẹp vít. Tuy nhiên phương pháp này có những hạn chế như: mất nhiều máu, nguy cơ nhiễm khuẩn cao, chậm liền xương, khớp già....Kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau dưới màn tăng sáng (C-arm) là phương pháp được ứng dụng phổ biến ở các nước tiên tiến trên thế giới vì những ưu việt của phương pháp, giảm nguy cơ tai biến, biến chứng. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm