

Như vậy, lượng máu mất trong phẫu thuật của chúng tôi là ít hơn so với báo cáo nghiên cứu của các tác giả [5,7,9], qua đó chứng minh được hiệu quả về lượng máu mất trong phẫu thuật điều trị bệnh lý DDTM bằng phương pháp tiêm keo.

Tuy nhiên, cũng cần phải thừa nhận rằng, cỡ mẫu còn nhỏ và là nghiên cứu hồi cứu, không kiểm soát được tính không đồng nhất của các bệnh nhân DDTM cũng như các phương pháp điều trị trước đó, chính là những hạn chế của nghiên cứu này. Ngoài ra, tỷ lệ theo dõi, cũng như đánh giá tái phát trung và dài hạn sau phẫu thuật chưa được đề cập tới. Hy vọng ở các nghiên cứu tiếp theo trong tương lai sẽ có nhiều nghiên cứu đánh giá phương pháp này với số mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn, và có đối chiếu với các phương pháp điều trị khác.

## V. KẾT LUẬN

Tiêm keo trực tiếp qua da trước phẫu thuật là thủ thuật an toàn, hiệu quả, và có thể thực hiện được với các ổ dị dạng tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ. Cần thêm các nghiên cứu so sánh đối chiếu với các phương pháp điều trị khác, cũng như các kết quả nghiên cứu với thời gian dài hơn để đánh giá kết quả trung, dài hạn của phương pháp này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Puig S, Casati B, Staudenherz A, Paya K.** Vascular low-flow malformations in children: current concepts for classification, diagnosis and therapy. *Eur J Radiol.* Elsevier; 2005;53:35–45.

2. **Mulliken JB, Glowacki J.** Classification of pediatric vascular lesions. *Plast Reconstr Surg.* 1982;70:120–1.
3. **Bowman J, Johnson J, McKusick M, Gloviczki P, Driscoll D.** Outcomes of sclerotherapy and embolization for arteriovenous and venous malformations. *Semin Vasc Surg.* Elsevier; 2013. p. 48–54.
4. **Roh Y-N, Do YS, Park KB, Park HS, Kim Y-W, Lee B-B, et al.** The results of surgical treatment for patients with venous malformations. *Ann Vasc Surg.* Elsevier; 2012;26:665–73.
5. **Chewning RH, Monroe EJ, Lindberg A, Koo KS, Ghodke BV, Gow KW, et al.** Combined glue embolization and excision for the treatment of venous malformations. *CVIR Endovasc.* SpringerOpen; 2018;1:1–8.
6. **Cahill AM, Nijs ELF.** Pediatric vascular malformations: pathophysiology, diagnosis, and the role of interventional radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol.* Springer; 2011;34:691–704.
7. **Tieu DD, Ghodke BV, Vo NJ, Perkins JA.** Single-stage excision of localized head and neck venous malformations using preoperative glue embolization. *Otolaryngol Neck Surg.* SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2013;148:678–84.
8. **Park H, Kim JS, Park H, Kim JY, Huh S, Lee JM, et al.** Venous malformations of the head and neck: a retrospective review of 82 cases. *Arch Plast Surg.* Thieme Medical Publishers, Inc.; 2019;46:23–33.
9. **Uller W, El-Sobky S, Alomari AI, Fishman SJ, Spencer SA, Taghinia AH, et al.** Preoperative embolization of venous malformations using n-butyl cyanoacrylate. *Vasc Endovascular Surg.* SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2018;52:269–74.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÂN TÍCH TẾ BÀO HỌC DỊCH RỬA KHOANG PHÚC MẠC TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Phạm Văn Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Thạch<sup>1</sup>, Trần Đình Tân<sup>1</sup>  
Phan Hữu Huỳnh<sup>1</sup>, Phạm Vũ Minh Hoàng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả phân tích tế bào học dịch rửa khoang phúc mạc và khảo sát mối liên quan của một số đặc điểm mô bệnh học với sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng giai đoạn II-III. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Thống kê thấy có 3% trường hợp hiện diện tế bào u ở dịch rửa

khoang phúc mạc và kỹ thuật áp nhuộm tế bào thường quy và kỹ thuật khối tế bào (cell – block) được thực hiện phổ biến (98,5%). Phương pháp chẩn đoán tế bào học được ứng dụng có mối liên quan với tình trạng dịch rửa khoang phúc mạc ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, khảo sát các đặc điểm giải phẫu bệnh chỉ ghi nhận yếu tố loại mô học – ung thư biểu mô tuyến chế nhầy ( $p < 0,05$ ) có mối liên quan với tình trạng dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê). **Kết luận:** Tỷ lệ dịch rửa khoang phúc mạc dương tính trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng giai đoạn II-III tương đối thấp (3%) và yếu tố loại mô học (ung thư biểu mô tuyến chế nhầy) có mối liên quan với tình trạng dịch rửa khoang phúc mạc.

**Từ khóa:** Phân tích tế bào học; Dịch rửa khoang phúc mạc; Ung thư đại trực tràng.

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

**SUMMARY****EVALUATION OF RESULTS CYTOLOGICAL ANALYSIS OF THE PERITONEAL LAVAGE FLUID IN COLORECTAL CANCER SURGERY**

**Objective:** Review the results of cytological analysis of the peritoneal lavage fluid & investigate the relationship of some histopathological features with the presence of tumor cells in the peritoneal lavage fluid in colorectal cancer surgery stage II-III. **Methods:** Prospective cross – sectional description. **Results:** Statistics showed that there were 3% of cases of tumor cell presence in peritoneal lavage fluid and routine cytochemical and cell-block techniques were commonly performed (98,5%). The cytological diagnosis method applied was related to the status of peritoneal lavage fluid ( $p < 0.05$ ). However, survey of histopathological characteristics only recorded the histological type - mucinous adenocarcinoma ( $p < 0.05$ ) which is related to the status of peritoneal lavage fluid in colorectal cancer surgery stage II-III. (the difference was statistically significant). **Conclusion:** The rate of positive peritoneal lavage in colorectal cancer surgery stage II-III is relatively low (3%) and only the histological type factor (mucinous adenocarcinoma) is associated with peritoneal lavage fluid status.

**Keywords:** Cytological analysis; The peritoneal cavity lavage; Colorectal cancer.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Di căn phúc mạc từ ung thư biểu mô đại trực tràng là vị trí phổ biến thứ hai chỉ sau di căn gan và được tìm thấy ở khoảng 8 -15% các trường hợp. Hệ thống phân loại giai đoạn bệnh ung thư đại trực tràng (UTĐTT) trong bản cập nhật lần thứ 8 của Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (AJCC – 2017) đã nhấn mạnh đặc biệt tới tình trạng di căn phúc mạc và cho biết đây là yếu tố tiên lượng xấu hơn so với di căn tạng. Sự xuất hiện tế bào u ở dịch rửa khoang phúc mạc (KPM) trong mổ có thể là bước đầu tiên của quá trình di căn phúc mạc từ khối u đại trực tràng nguyên phát. Do đó, khi phát hiện ra sớm, những đối tượng nguy cơ này sẽ được hưởng lợi từ các phương pháp điều trị chuyên sâu. Keettel & Elkins lần đầu tiên giới thiệu kỹ thuật rửa KPM trong mổ ở bệnh nhân (BN) ung thư buồng trứng vào năm 1956. Sau đó, phân tích tế bào học dịch rửa KPM đã được chứng minh là một dấu hiệu tiên lượng ý nghĩa cho phân giai đoạn của các khối u ác tính: dạ dày, tụy, thực quản và phụ khoa. Tỷ lệ gặp tế bào ung thư tự do ở dịch rửa KPM trong phẫu thuật UTĐTT dao động từ 2,2- 41% và phụ thuộc vào các phương pháp lựa chọn kiểm tra: tế bào học truyền thống, hoá mô miễn dịch (HMMD) hay phản ứng khuếch đại chuỗi (PCR). [1], [2]

Mặc dù giá trị của phương pháp rửa khoang

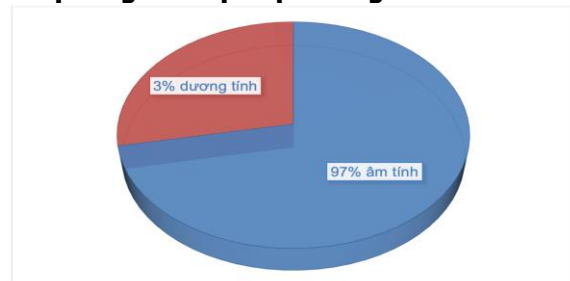
phúc mạc trong UTĐTT chưa được thống nhất. Tuy nhiên, nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp (Meta-Analysis) gần đây thấy rằng sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa KPM trong phẫu thuật UTĐTT mang đến những kết quả bất lợi về mặt ung thư học, dự báo nguy cơ rủi ro liên quan tới tái phát phúc mạc và thời gian sống còn của người bệnh. Hiện nay, đánh giá tế bào học dịch rửa KPM trong UTĐTT không được áp dụng thường quy do chưa được đề cập tới ở các hướng dẫn thực hành lâm sàng. Hơn nữa, các nghiên cứu thuộc lĩnh vực này trên thế giới cũng như tại Việt Nam còn hạn chế và chưa được quan tâm đúng mức [1], [2], [3], [4], [5], [6]. Mặt khác, tại Bệnh viện K – một trong những trung tâm ngoại khoa ung thư tiêu hoá với số lượng BN phẫu thuật UTĐTT lớn của cả nước. Vì vậy, xuất phát từ các yêu cầu thực tiễn, nhóm nghiên cứu chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả phân tích tế bào học dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng” với mục tiêu:

- Nhận xét kết quả phân tích tế bào học dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng giai đoạn II-III.

- Khảo sát mối liên quan của một số đặc điểm mô bệnh học với sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng ở nhóm bệnh nhân trên.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

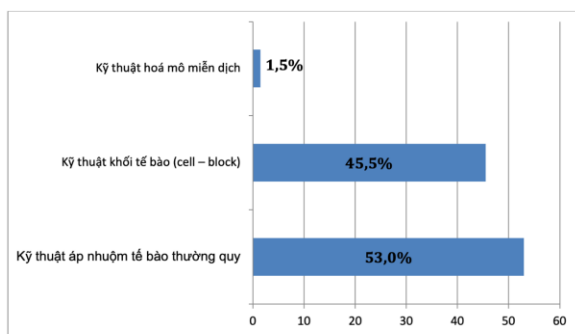
Với các tiêu chuẩn, đã lựa chọn ra 66 BN thoả mãn yêu cầu, được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô đại trực tràng và điều trị phẫu thuật tại khoa Ngoại Bụng I, Bệnh viện K từ tháng 4/2022 – 10/2022. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu và dữ liệu được thu thập, xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****3.1. Nhận xét kết quả phân tích tế bào học dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng**

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ (%) các trường hợp hiện diện tế bào u ở dịch rửa khoang phúc mạc (N=66 BN)

**Bảng 3.1.** Mối liên quan giữa phương pháp chẩn đoán tế bào học với sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa khoang phúc mạc

Phương pháp chẩn đoán tế bào học	Dịch rửa KPM (-)	Dịch rửa KPM (+)	Giá trị p
Kỹ thuật áp nhuộm tế bào thường quy	35 (54,7%)	0 (0,0%)	<b>p=0,014</b>
Kỹ thuật khối tế bào (cell – block)	29 (45,3%)	1 (50,0%)	
Kỹ thuật hoá mô miễn dịch	0 (0,0%)	1 (50,0%)	



**Biểu đồ 3.2.** Tỷ lệ (%) các kỹ thuật áp dụng trong phân tích tế bào học dịch rửa khoang phúc mạc (N=66 BN)

**3.2. Khảo sát mối liên quan của một số đặc điểm mô bệnh học với sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng**

**Bảng 3.2.** Mối liên quan giữa các đặc điểm mô bệnh học với sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa khoang phúc mạc

Đặc điểm mô bệnh học	Dịch rửa KPM (-)	Dịch rửa KPM (+)	Giá trị p
<b>Đường kính u</b>			
< 4cm	29 (45,3%)	0 (0,0%)	<b>p=0,500</b>
≥ 4cm	35 (54,7%)	2 (100,0%)	
<b>Hình dạng u</b>			
Sùi	20 (31,3%)	0 (0,0%)	<b>p=0,730</b>
Hôn hợp (sùi & loét)	28 (43,8%)	1 (50,0%)	
Loét thâm nhiễm	16 (25,0%)	1 (50,0%)	
<b>Giai đoạn (T)</b>			
T2	10 (15,6%)	0 (0,0%)	<b>p=1,000</b>
T3 + T4	54 (84,4%)	2 (100,0%)	
<b>Giai đoạn (N)</b>			
N0	45 (70,3%)	2 (100,0%)	<b>p=1,000</b>
N1 + N2	19 (29,7%)	0 (0,0%)	
<b>Độ mô học</b>			
Thấp (Biệt hoá cao & vừa)	60 (93,8%)	2 (100,0%)	<b>p=1,000</b>
Cao (Biệt hoá kém)	4 (6,3%)	0 (0,0%)	
<b>Loại mô học</b>			
UTBM tuyến chế nhầy	8 (12,5%)	2 (100,0%)	<b>p=0,02</b>

UTBM tuyến chế nhầy	56 (87,5%)	0 (0,0%)	<b>1</b>
<b>Xâm lấn mạch bạch huyết</b>			
Có	7 (10,9%)	0 (0,0%)	<b>p=1,000</b>
Không	57 (89,1%)	2 (100,0%)	
<b>Xâm lấn quanh thần kinh</b>			
Có	5 (7,8%)	0 (0,0%)	<b>p=1,000</b>
Không	59 (92,2%)	2 (100,0%)	

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Nhận xét kết quả phân tích tế bào học dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng.** Theo dữ liệu nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán tế bào học dịch rửa KPM dương tính (+) với tỷ lệ 3%; kỹ thuật: áp nhuộm tế bào thường quy và khối tế bào (cell – block) được ứng dụng phổ biến nhất trong chẩn đoán tế bào học dịch rửa KPM và nhóm nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan giữa phương pháp chẩn đoán tế bào học với sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa KPM (p=0,014). Trong các nghiên cứu ở châu Á, tỷ lệ dịch rửa KPM (+) thường dao động từ 2,2 – 15,7%; trong khi ở các trung tâm khác, kết quả này ở phạm vi cao hơn: 14,7 – 35,5%. Điều này có thể đã bị tác động ảnh hưởng bởi sự khác biệt trong các tiêu chuẩn chẩn đoán ở các quốc gia trên thế giới. Sự khác biệt về kết quả ở các báo cáo công bố có thể do cỡ mẫu khai thác vẫn còn hạn chế và quy trình kỹ thuật tiến hành thực tế tại cơ sở của chúng tôi. Thật vậy, đến thời điểm hiện tại, giá trị tiên lượng, tác động ảnh hưởng của chẩn đoán tế bào học dịch rửa KPM ở UTĐTT đối với các kết quả về mặt ung thư học vẫn còn chưa được đồng thuận. Một trong các lý do được đưa ra để giải thích cho vấn đề này chính là tính chất đặc thù riêng của mỗi trung tâm giải phẫu bệnh; tác giả Mohan & cs, với nghiên cứu tổng quan hệ thống đánh giá giá mô đã nêu ra tính không đồng nhất lớn được ghi nhận trong phương pháp rửa KPM: tăng thì rửa (trước/ sau khi phẫu thuật cắt bỏ khối u), thể tích dịch rửa, loại dung dịch rửa, thời gian rửa, vị trí rửa và các kỹ thuật phòng thí nghiệm [1], [4], [5], [7]. Cũng như trong hầu hết các nghiên cứu, với công trình của chúng tôi, thì phương pháp tế bào học truyền thống vẫn là mô hình được sử dụng ưa thích để phát hiện tế bào u ở dịch rửa KPM; lý do bởi đây là kỹ thuật phổ biến, có thể thực hiện với lượng bệnh phẩm ít, chi phí thấp, cho kết quả nhanh và dễ dàng thực hiện tại bất kỳ cơ sở nào trên thế giới. Trong kỹ thuật áp nhuộm tế bào thường quy, các phương pháp nhuộm khác nhau được triển khai một cách phù hợp để phục vụ cho mục

đích chẩn đoán. Nếu ít nhất một tế bào u được quan sát thấy thì kết quả tế bào học dịch rửa KPM xác định là (+). Tỷ lệ phát hiện dịch rửa KPM (+) của kỹ thuật này dao động từ 0 – 35,5% và không có sự khác biệt đáng kể nào về kết quả phân tích dịch rửa KPM khi tiến hành ở các loại nhuộm khác nhau nhưng đây cũng là phương pháp có tỷ lệ âm tính giả rất cao. Phương pháp HMMD với các kháng thể đơn dòng được đề xuất để tăng độ nhạy của chẩn đoán tế bào học; khi sử dụng kỹ thuật này, tỷ lệ phát hiện dịch rửa KPM (+) trong khoảng từ 5,2 – 47,2%. Ngoài ra, phương pháp phân tử có thể được ứng dụng và kỹ thuật này có thể phát hiện tế bào u ở dịch rửa KPM từ 28,8 – 42%. Sự hiện diện tế bào u trong dịch rửa KPM được tìm thấy bởi kỹ thuật HMMD và kỹ thuật phân tử là tương đối cao. Tuy nhiên đòi hỏi quy trình phức tạp và chi phí cao cũng là hạn chế của 02 kỹ thuật này.[5],[7]

**4.2. Khảo sát mối liên quan của một số đặc điểm mô bệnh học với sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng.** Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận đặc điểm đại thể có mối liên quan với tình trạng dịch rửa KPM ( $p>0,05$ ); mặc dù tất cả các trường hợp dịch rửa KPM (+) trong báo cáo đều thấy rằng kích thước đường kính khối u  $\geq 4$ cm. Tác giả Noura & cs, cũng nhận định nhóm BN có kết quả dịch rửa KPM (+) đều có kích thước khối u trung bình lớn hơn ( $4,8 \pm 1,4$  cm) so với đối tượng BN mà dịch rửa KPM (-) ( $3,9 \pm 2,2$  cm); tuy nhiên thì sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,1227$ ). Bên cạnh đó, các trường hợp dịch rửa KPM (+) trong công trình của chúng tôi đều có tính chất dạng loét. Cơ chế phát triển sâu vào các lớp thành ruột theo chu vi lòng ống tiêu hoá và xu hướng xâm lấn ra bên ngoài của mô hình thể loét (endophytic) có thể là giả thuyết để giải thích cho kết quả thống kê trên.

Yếu tố UTBM tuyến chế nhầy là đặc điểm mô bệnh học duy nhất trong nghiên cứu của chúng tôi có mối liên quan với tình trạng dịch rửa KPM ( $p=0,021$ ) khi tất cả các trường hợp mà dịch rửa KPM (+) đều có tính chất loại mô học này. Bae & cs, cũng thấy rằng tỷ lệ dịch rửa KPM (+) ở nhóm BN UTBM tuyến chế nhầy (50,0%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm BN UTBM tuyến không chế nhầy (6,5%) ( $p=0,008$ ). Những BN UTBM tuyến chế nhầy thường tìm đến thầy thuốc khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, một số chuyên gia cho biết mật độ vi mạch thấp hơn trong khối u chế nhầy, đưa tới hiện tượng thiếu

oxy tế bào, do đó sẽ làm giảm hiệu quả của liệu pháp tân bổ trợ. Ngoài ra, UTBM tuyến chế nhầy có các đặc điểm khác biệt về bệnh sinh phân tử, khối u chế nhầy có liên quan với đột biến gen KRAS, BRAF và độ mất ổn định vi vệ tinh (MSI). Hơn nữa, trong khối u chế nhầy các tế bào ung thư phân tán hay kéo dài quanh hồ lớn chứa chất keo hoặc có thể rời ra di động tự do với chất nhầy và qua đó dễ dàng phát triển lan toả (cấy ghép vào phúc mạc hay xâm nhập tạng lân cận) biểu hiện tình trạng di căn xa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự hiện diện tế bào u ở dịch rửa KPM chỉ được quan sát thấy ở nhóm đối tượng khối u giai đoạn T3, T4; thật vậy, sự điều hoà giảm các phân tử kết dính tế bào liên quan tới áp suất kẽ cao do thiếu dẫn lưu bạch huyết được tổ chức tốt bên trong khối u giải thích cho cơ chế các tế bào u ở dịch rửa KPM gieo rắc lên bề mặt phúc mạc để đưa đến phát triển di căn phúc mạc thực sự và cơ chế này chỉ có hiệu quả khi khối u liên quan tới bề mặt thanh mạc hoặc trường hợp xảy ra thủng ruột tự phát (khối u giai đoạn T3, T4) [5], [7], [8]. Tuy nhiên, cũng như khi phân tích về các đặc điểm mô bệnh học khác; chúng tôi cũng chưa tìm ra mối liên quan giữa những yếu tố này với tình trạng dịch rửa KPM. Trong tương lai, hứa hẹn với cỡ mẫu nghiên cứu lớn; protocol đánh giá chi tiết hơn, chúng tôi sẽ hạn chế sai số và từng bước đưa ra kết quả trên quy mô toàn diện.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về phương pháp rửa KPM ở 66 trường hợp UTĐTT giai đoạn II-III được phẫu thuật tại khoa Ngoại Bụng I Bệnh viện K, chúng tôi thu được kết quả dịch rửa KPM dương tính là 3% và kỹ thuật áp nhuộm tế bào thường quy cũng như kỹ thuật khối tế bào (cell – block) được thực hiện phổ biến (98,5%). Phương pháp chẩn đoán tế bào học được ứng dụng có mối liên quan với tình trạng dịch rửa KPM ( $p<0,05$ ). Bước đầu, nhóm tác giả chỉ ghi nhận yếu tố loại mô học (UTBM tuyến chế nhầy) có mối liên quan với tình trạng dịch rửa KPM trong phẫu thuật UTĐTT giai đoạn II-III ( $p<0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Passot G., Mohkam K., Cotte E., et al. (2014). Intra-operative peritoneal lavage for colorectal cancer. *World J Gastroenterol*, 20(8), 1935–1939.
2. Kobayashi H., Kotake K., and Sugihara K. (2013). Prognostic significance of peritoneal lavage cytology in patients with colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*, 18(3), 411–417.
3. Bosanquet D.C., Harris D.A., Evans M.D., et al. (2013). Systematic review and meta-analysis

- of intraoperative peritoneal lavage for colorectal cancer staging. *Br J Surg*, 100(7), 853–862.
4. **Mohan H.M., O'Connor D.B., O'Riordan J.M., et al.** (2013). Prognostic significance of detection of microscopic peritoneal disease in colorectal cancer: a systematic review. *Surg Oncol*, 22(2), e1-6.
  5. **Nishikawa T., Sunami E., Tanaka T., et al.** (2015). Incidence and prognostic significance of positive peritoneal lavage in colorectal cancer. *Surg Today*, 45(9), 1073–1081.
  6. **Cibas E.S. and Ducatman B.S.** (2021), Cytology: diagnostic principles and clinical correlates, Elsevier, Philadelphia, PA.
  7. **Sibio S., Fiorani C., Stolfi C., et al.** (2015). Detection methods and clinical significance of free peritoneal tumor cells found during colorectal cancer surgery. *World J Gastrointest Surg*, 7(9), 178–184.
  8. **Bae S.J., Shin U.S., Ki Y.-J., et al.** (2014). Role of Peritoneal Lavage Cytology and Prediction of Prognosis and Peritoneal Recurrence After Curative Surgery for Colorectal Cancer. *Ann Coloproctology*, 30(6), 266–273.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT ÍT XÂM LẤN CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN MÂM CHÀY

Nguyễn Đức Tuyền<sup>1</sup>, Hoàng Gia Du<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Gãy mâm chày là một thách thức đối với các bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình vì mức độ nghiêm trọng của tổn thương xương và các chấn thương phần mềm xung quanh. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu 23 trường hợp gãy kín mâm chày chẩn đoán xác định bằng thăm khám lâm sàng, hình ảnh XQ và hình ảnh cắt lớp vị tính trước mổ (Schatzker I-VI) được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ (MIPO) từ tháng 03 năm 2019 đến tháng 04 năm 2022 tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả phẫu thuật được đánh giá vào các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và sau phẫu thuật 6 tháng bằng thang điểm Rasmunssen lâm sàng và XQ, các tai biến – biến chứng (toác vết mổ, dị cảm thần kinh, hội chứng khoang,...). **Kết quả:** điểm Rasmunssen tăng rõ rệt với điểm trung bình trước phẫu thuật là  $9.65 \pm 1.85$  lên  $26.57 \pm 2.17$  sau 6 tháng ( $p < 0.001$ ), hình ảnh XQ: trước phẫu thuật điểm Rasmunssen XQ trung bình là  $6 \pm 1.81$  tăng rõ rệt lên  $16.13 \pm 3.08$  sau 6 tháng điều trị. Tai biến, biến chứng: toác vết mổ gặp ở 1 bệnh nhân (4,35%), cảm giác dị cảm ở phía trên trong cẳng chân gặp ở 5 bệnh nhân (21.74%). **Kết luận:** phẫu thuật MIPO có nội soi hỗ trợ điều trị gãy kín mâm chày mang lại kết quả tốt với khả năng phát hiện và xử lý đồng thời các tổn thương đi kèm, tình trạng lâm sàng và XQ của bệnh nhân cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.001$ ) khi so sánh giữa thời điểm 6 tháng sau mổ với thời điểm trước phẫu thuật.

**Từ khóa:** gãy mâm chày, kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn, nội soi hỗ trợ, chấn thương chỉnh hình.

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC-ASSISTED

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

### AND MINIMALLY INVASIVE PLATE OSTEOSYNTHESIS IN THE TREATMENT OF CLOSED TIBIAL PLATEAU FRACTURES

**Background:** Tibial Plateau Fracture is a challenge for orthopedic surgeons because of the severity of the bone damage and the surrounding soft tissue injuries. **Material and methods:** a cross-sectional descriptive study, combining retrospective and prospective 23 cases of closed tibial plateau fractures diagnosed by clinical examination, X-ray images and prior computerized tomography scan (Schatzker I-VI) was treated with Arthroscopic-Assisted and Minimally Invasive Plate Osteosynthesis from March 2019 to April 2022 at the Orthopaedic and spine department, Bach Mai Hospital. Surgical results were assessed at 1 month & 6 months postoperatively by clinical and radiological Rasmunssen score, complications and side-effect (incision, paresthesia, compartment syndrome,...). **Results:** the Rasmunssen score increased significantly with the mean score before surgery was  $9.65 \pm 1.85$  to  $26.57 \pm 2.17$  after 6 months ( $p < 0.001$ ), X-ray: before surgery, the average Rasmunssen X-ray score was  $6 \pm 1.81$  significantly increased to  $16.13 \pm 3.08$  after 6 months of treatment. Complications: incision to be found in 1 patient (4.35%), paresthesia in the upper leg was seen in 5 patients (21.74%). **Conclusion:** Arthroscopic-Assisted and Minimally Invasive Plate Osteosynthesis for the treatment of closed tibial plateau fractures has positive results with the ability to detect and treat concomitant lesions. The patient's clinical and radiological status has improved clearly with statistical significance ( $p < 0.001$ ) when comparing between 6 months after surgery and preoperative time.

**Keywords:** Tibial Plateau Fracture, Minimally Invasive Plate Osteosynthesis, Arthroscopic-Assisted orthopaedic.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày là hình thái gãy xương phạm khớp, thường gặp do chấn thương năng lượng cao ở bệnh nhân trẻ và chấn thương năng lượng thấp ở bệnh nhân già loãng xương, chiếm