

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ PHẦN MỀM CHI TẠI KHOA NGOẠI CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN K

Hoàng Lê Minh^{1*}, Hoàng Tuấn Anh¹, Ứng Trần Trí¹,
Phạm Anh Tuấn¹, Hoàng Minh Sâm¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật ung thư phần mềm chi.

Đối tượng, phương pháp: Mô tả tiền - hồi cứu 115 bệnh nhân ung thư phần mềm chi được mổ tại Khoa Ngoại cơ xương khớp, Bệnh viện K từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2024.

Kết quả: Tuổi mắc bệnh trung bình là $53,68 \pm 15,26$, nam/nữ 1,2. Vị trí khối u hay gặp ở đùi chiếm 58,2%, triệu chứng hay gặp nhất là nổi u chiếm 90,4%, 85,6% khối u có cường độ tín hiệu không đồng nhất trên phim chụp MRI, thể sarcoma đa hình không biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 23,6%. Phẫu thuật cắt rộng u đơn thuần chiếm 71,3%, cắt cụt chi chiếm 14,8%, Thời gian nằm viện trung bình là $7,5 \pm 3,4$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị ung thư phần mềm chi cho kết quả khả quan, các yếu tố thể mô bệnh học và kích thước u có liên quan đến tỷ lệ tái phát của khối u với $P < 0,05$.

Từ khóa: Ung thư phần mềm chi, sarcoma đa hình không biệt hóa.

INITIAL RESSULTS OF SOFT TISSUE SARCOMA IN THE LIMBS SURGERY AT MUSCULOSKELETAL SURGERY DEPARTMENT - NATIONAL CANCER HOSPITAL

ABSTRACT:

Objective: Review the subclinical, clinical presentation and surgical results of soft-tissue sarcoma in the limbs.

Subjects ang method: Prospective and retrospective description of 115 patients suffer from soft

¹Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Lê Minh

Email: drleminh17@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/8/2024

Ngày duyệt bài: 11/11/2024

tissue cancer in the limbs recieved operation at the musculoskeletal surgery department - National Cancer Hospital from June 2022 to June 2024.

Results: Average age of patients group was 53.68 ± 15.26 , male/female ratio was 1/2. The most common tumor location is the thigh, accounting for 58.2%. The most common symptom is a visible tumor, accounting for 90.4% of the cases. 85.6% of tumors had heterogeneous signal intensity on MRI scans. Undifferentiated pleomorphic sarcoma accounted for the highest proportion (23.6%). Extensive surgery alone accounts for 71.3% and 14.8% of the patients got limbs amputation. Average hospital stay was 7.5 ± 3.4 days.

Conclusion: Surgery for soft tissue cancer gives positive results, histopathological and tumor size are related to the tumor recurrence rate with $P < 0.05$.

Keywords: Soft-tissue sarcoma in the limbs, undifferentiated pleomorphic sarcoma.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phần mềm (UTPM) là khối u ác tính ít gặp phát sinh từ các mô liên kết ngoài xương và hệ thần kinh ngoại biên. UTPM là bệnh hiếm gặp chiếm khoảng 1% các tổn thương ác tính ở người lớn và khoảng 21% các tổn thương ác tính ở trẻ em [6], [1], [2]. Theo phân loại của tổ chức y tế thế giới (WHO), phân nhóm của UTPM bao gồm hơn 50 thể giải phẫu bệnh khác nhau, [6]. Bệnh phân bố đều ở 2 giới, theo nghiên cứu của Nguyễn Đại Bình tỷ lệ nam/nữ 1,07 [3].

Các biểu hiện lâm sàng hay gặp là nổi u, khối u to dần về kích thước, khối u ban đầu thường ít đau, khi khối u lớn chèn ép mô lân cận gây triệu chứng đau [4], [9].

Trong các phương pháp chẩn đoán, chụp MRI có vai trò quan trọng chẩn đoán. Sinh thiết khối u là phương pháp có giá trị chẩn đoán xác định.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất, quyết định hiệu quả điều trị, với nguyên tắc cắt rộng khối u và tổ chức lành xung quanh, đạt được diện cắt vi thể không còn tế bào ung thư.

Xạ trị bổ trợ có vai trò làm giảm tái phát tại chỗ, nhưng không cải thiện thời gian sống thêm, liều xạ trung bình (50-60Gy). Vai trò của điều trị hóa chất, miễn dịch cũng đến nay còn rất nhiều hạn chế.

Hiện nay, tại Việt Nam còn ít các nghiên cứu về phẫu thuật ung thư phần mềm chi, nhất là đối với UTPM chi kích thước lớn, độ mô học cao. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài.

“Kết quả phẫu thuật ung thư phần mềm chi tại khoa ngoại Cơ xương khớp Bệnh Viện K” với hai mục tiêu.

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phần mềm chi tại Khoa Ngoại Cơ xương khớp Bệnh viện K.

2. Kết quả sớm sau phẫu thuật điều trị ung thư phần mềm chi ở nhóm bệnh nhân trên.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

115 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phần mềm chi phẫu thuật tại Khoa Ngoại Cơ xương khớp Bệnh viện K từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư phần mềm chi giai đoạn chưa di căn xa (M0). Được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp không đủ tiêu chuẩn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu và hồi cứu.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Các biến số, chỉ số: Nhóm tuổi, giới nam, nữ, vị trí u, đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng. Thê giải phẫu bệnh. Phương pháp phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình, tỷ lệ tái biến, một số yếu tố liên quan giữa thể lâm sàng và kích thước khối u, liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và thể lâm sàng u trong đó: Khối u nông là khối u nằm ở trên bình diện của cân nông không xâm lấn vào lớp cân. Khối u sâu nằm ở dưới bình diện cân nông.

Quy trình nghiên cứu:

Chuẩn bị trước mổ.

- Làm Bilan toàn thân trước mổ.

- Nâng cao thể trạng: Truyền đạm, truyền máu, bồi phụ nước, điện giải...

- Chuẩn bị vùng mổ và vị trí vết hạch vùng di căn, hoặc chuyển vạt.

Phương pháp vô cảm: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Các thì phẫu thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ và vị trí vết hạch vùng tương ứng.

- Cắt rộng tổ chức u theo nguyên tắc điều trị ung thư.

- Đóng mồn cụt hoặc tạo hình chuyển vạt.

- Băng vết mổ.

Theo dõi bệnh nhân hẹn khám định kỳ 3 tháng 1 lần để phát hiện tái phát di căn.

Xử lý số liệu: Dùng SPSS 20.0 để nhập, phân tích số liệu, tính tần suất, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng test χ^2 đánh giá sự khác biệt các tỷ lệ (khoảng tin cậy 95%).

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện K, từ 6/2022 đến 6/2024.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong vòng 02 năm có 115 bệnh nhân phù hợp với tiêu chí nghiên cứu được điều trị ở Khoa Ngoại Cơ xương khớp Bệnh viện K.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng (n=115)

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
< 20	13	11,3
20 - 39	28	24,3
40 - 59	50	43,5
60 - 79	19	16,5
≥ 80	5	4,4
Giới		
Nam	63	54,8
Nữ	52	45,2
Vị trí u		
Đùi	67	58,2
Cẳng chân	15	13

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
Bàn chân	6	5,2
Cánh tay	16	13,9
Cẳng tay	7	6
Bàn tay	4	3,4
triệu chứng khối u		
Nổi u	104	90,4
Đau tại u	70	60,8
Chảy máu tại U	10	8,7
Đã mổ	53	46
Di động khối u		
U di động dễ	34	29,6
U di động hạn chế	69	60
U cố định	12	10,4
Đặc điểm u trên da		
Bình thường	93	80,9
Thâm nhiễm da	17	14,8
Phá vỡ da	5	4,3
Triệu chứng toàn thân		
Gày sút	10	8,7
Sốt	6	5,2

Nhận xét:

gặp nhất là nổi u chiếm 90,4%, u di động hạn chế chiếm 60%.

Tuổi TB $53,68 \pm 15,26$, nam/nữ 1,2. vị trí khối u hay gặp ở đùi chiếm 58,2%, triệu chứng hay

Bảng 2: Đặc tính khối u trên phim MRI

Đặc tính khối u trên phim MRI		Số BN	Tỷ lệ %
Cường độ tín hiệu	Tín hiệu đồng nhất	17	14,8
	Tín hiệu không đồng nhất	98	85,2
	Tổng	115	100
Bờ khối u	Bờ đều	29	25,2
	Bờ không đều	86	74,8
	Tổng	115	100

Nhận xét: (98 BN) chiếm 85,2%. Khối u phát triển thường
Đa số khối u có tín hiệu không đồng nhất có bờ không đều (86 BN) chiếm 74,8%.

Bảng 3: Thể mô bệnh học

Thể mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sarcom đa hình không biệt hóa	27	23,6
Sarcom mỡ	21	18,2
Sarcom xơ	19	16,5
Sarcom BHD	18	15,7
U vô thần kinh ác	5	4,3
Sarcom cơ trơn	6	5,2
Sarcom cơ vân	4	3,5
Thể khác (sarcom xơ bì, sarcom huyết quản, sarcom dạng biểu mô)	15	13
Tổng	115	100

Nhận xét: 18,2%, sarcom xơ 16,5%.

Sarcom đa hình không biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 23,6%, tiếp đến là sarcom mỡ chiếm tỷ lệ

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 4: Phương pháp mổ, diện cắt u, biến chứng, điều trị hỗ trợ, phản ứng phụ

Phương pháp mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cắt rộng u đơn thuần	82	71,3
Cắt u kèm xoay vật da cơ tại chỗ	11	9,6
Cắt u kèm chuyển vật vi phẫu	5	4,3
Cắt cụt chi	17	14,8
Biến chứng sau mổ		
Nhiễm trùng vết mổ	10	8,7
Chảy máu vết mổ	5	4,3
Hoại tử vật da	2	1,7

Nhận xét: trợ chiếm 26%, biến chứng nhiễm trùng sau mổ chiếm 8,7%.

Tỷ lệ cắt u đơn thuần cao nhất 71,3%, cắt cụt chi chiếm 14,8%, bệnh nhân có tia xạ bổ

Thời gian nằm viện trung bình: $7,5 \pm 3,4$ ngày.

Bảng 5: Liên quan giữa thể lâm sàng và kích thước khối u

Kích thước khối u	Thể lâm sàng		Tổng (%)
	Thể u nông (%)	Thể u sâu (%)	
5-<10 cm	27 (79,4)	41 (50,6)	72 (62,6)

Kích thước khối u	Thể lâm sàng		Tổng (%)
	Thể u nông (%)	Thể u sâu (%)	
10-<15 cm	4 (11,8)	19 (23,4)	20 (17,4)
15-<20 cm	2 (5,9)	10 (12,4)	11 (9,6)
≥ 20 cm	1 (2,9)	11 (13,6)	12 (10,4)
Tổng	34 (100)	81 (100)	115 (100)
$\chi^2=13,654, p= 0,002$			

Nhận xét:

Thể u sâu có xu hướng gặp tỷ lệ khối u kích

thước lớn hơn thể u nông, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,002$.

Bảng 6: Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với thể lâm sàng u

Phương pháp phẫu thuật	Thể lâm sàng		Tổng (%)
	Thể u nông (%)	Thể u sâu (%)	
Cắt rộng u diện cắt ≥ 1 cm	26 (76,5)	37 (45,7)	62 (53,9)
Cắt u diện cắt < 1 cm	8 (23,5)	44 (54,3)	53 (46,1)
Tổng	34 (100)	81 (100)	115 (100)
$\chi^2 = 13,359, p = 0,002$			

Nhận xét:

Thể u nông phương pháp cắt rộng u diện cắt ≥ 1 cm chiếm cao 76,5%, Ngược lại thể u sâu cắt u diện cắt < 1 cm chiếm cao 54,3% khác biệt có ý nghĩa $p=0,002$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.1. Tuổi, giới

Nghiên cứu ở Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình $53,68 \pm 15,26$. Tỷ lệ mắc bệnh phân bố ở mọi lứa tuổi, nhóm 40-59 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất là 43,5%. Tuy nhiên, bệnh cũng gặp khá đồng đều ở các nhóm tuổi, không có sự chênh lệch nhau nhiều. Về giới tính số lượng bệnh nhân nam là 63 (54,8%) và nữ là 52 (45,2%); tỷ lệ nam/nữ: 63/52 (1,2).

Các nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng như trên thế giới cũng cho thấy bệnh gặp ở mọi lứa tuổi. Nghiên cứu của Nguyễn Đại Bình

ghi nhận tại Bệnh viện K từ năm 1992-1997 có 372 trường hợp UTPM, phân bố đều ở các lứa tuổi, không tập trung ở nhóm tuổi nhất định nào, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ là 1,07) [9]. Nghiên cứu của Ngô Trường Sơn (2007) trên 95 BN UTPM vùng thân mình cũng cho thấy bệnh phân bố đều ở các lứa tuổi, tuổi trung bình là 47 tuổi, thấp nhất 13 (tuổi), lớn nhất 82 (tuổi). Nhóm tuổi hay gặp là (41-50) tuổi, có 24 trường hợp, chiếm tỷ lệ 25,3%, tiếp đến nhóm (61-70) tuổi, chiếm tỷ lệ 20,0%, nhóm dưới 20 tuổi và trên 70 tuổi ít gặp (4,2% và 5,3%), nam có 58 trường hợp, chiếm tỷ lệ 61,1%, nữ có 37 trường hợp, chiếm tỷ lệ 38,9%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,57 [7].

Như vậy, UTPM chi phân bố ở mọi lứa tuổi và tỷ lệ 2 giới tương đương nhau.

4.1.2. Các triệu chứng lâm sàng khối u

Kết quả nghiên cứu của Bảng 1 cho thấy, về triệu chứng khối u phần lớn bệnh nhân có triệu chứng nổi u (90,4%), tiếp đến là triệu chứng đau

tại u (60,8%), triệu chứng chảy máu tại u hiếm gặp (8,7%). Đặc điểm da trên u chỉ biểu hiện khi u nằm ở nông hoặc khối u lớn phát triển xâm nhiễm da da, trong nghiên cứu của chúng tôi có 80,9% da trên u bình thường, 14,8% thâm nhiễm da và 4,3% có phá vỡ da. Các triệu chứng toàn thân hiếm gặp, gây sút cân 8,7 %, sốt 5,2%.

Triệu chứng lâm sàng của UTPM chi đa phần là phát hiện khối u, những khối u ở nông ngay dưới da dễ phát hiện, thường phát hiện khi khối u còn nhỏ, những khối u ở sâu nằm trong cân, cơ khó phát hiện, thường phát hiện khi khối u đã lớn hoặc đôi khi bệnh nhân có dấu hiệu đau đi khám phát hiện có khối u.

Về độ di động u theo Bảng 1 có 29,6% khối u di động dễ, 60% khối u di động hạn chế và 10,4% khối u cố định. Những khối u di động hạn chế hoặc cố định thường u ở sâu. Nguyễn Thị Hải Anh năm 2007 tổng kết trên 65 trường hợp UTPM chi cho thấy 62,2% khối u di động dễ [8]. U di động dễ thường là những u kích thước còn nhỏ, phát triển chậm, độ ác tính thấp.

4.1.3. Vị trí khối u

Kết quả ở Bảng 1 cho thấy đa số khối u gặp ở chi dưới 88 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 76,5%, trong đó vị trí đùi gặp tỷ lệ cao nhất chiếm 58,2%, cẳng chân chiếm 13% và bàn chân chiếm tỷ lệ thấp 5,2%. Khối u chi trên gặp ít hơn 27 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 23,5%.

Nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy u ở vị trí chi dưới chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với chi trên và vị trí đùi chiếm đa số. Nghiên cứu của Roi Dagan và CS năm 2012 trên 317 bệnh nhân ung thư phần mềm chi tại đại học Florida cho thấy u vị trí đùi có 222 bệnh nhân chiếm 70%, u ở vị trí cánh tay có 51 bệnh nhân chiếm 16,1%, u ở cẳng bàn tay có 18 bệnh nhân chiếm 5,7% và u ở cẳng bàn chân có 26 bệnh nhân chiếm 8,2% [2].

Như vậy, ung thư phần mềm chi gặp ở nhiều vị trí tuy nhiên u ở chi dưới chiếm đa số và phần

lớn gặp ở vị trí đùi. Khối u vị trí đùi và cánh tay thường thuận lợi cho phẫu thuật bảo tồn cắt rộng khối u hơn vị trí khác do đùi và cánh tay nhiều tổ chức cơ, dễ dàng khâu khít tổ chức cân cơ và da. Khối u bàn chân bàn tay khả năng phẫu thuật cắt rộng khối u khó hơn do ít tổ chức cơ và thường kết hợp tạo hình sau phẫu thuật cắt khối u. Vị trí khối u cũng là yếu tố tiên lượng cho phẫu thuật bảo tồn chi, những khối u nằm gần các bó mạch thần kinh hoặc khối u ở sâu thì không thuận lợi cho phẫu thuật cắt rộng u do phải bảo tồn các bó mạch và thần kinh đó, hoặc những khối u nằm sâu, sát xương cũng không thuận lợi cho phẫu thuật bảo tồn cắt rộng khối u. Ngược lại những khối u ở nông hoặc nằm xa các bó mạch thần kinh thì thuận lợi cho phẫu thuật cắt rộng u mặc dù khối u có thể có kích thước lớn.

4.1.4. Đặc tính khối u trên phim chụp MRI

Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân được chẩn đoán UTPM chi được chỉ định chụp MRI 1.5 Tesla trước phẫu thuật để xác định vị trí, kích thước khối u, liên quan của khối u với các cấu trúc giải phẫu xung quanh (cơ, xương, bó mạch, thần kinh...). Trên phim MRI đánh giá đặc tính khối u, hoại tử u, tính chất bờ khối u. Theo Bảng 2 cho kết quả về cường độ tín hiệu không đồng nhất chiếm tỷ lệ 85,2%, cường độ tín hiệu đồng nhất chiếm tỷ lệ 14,8%, về tính chất bờ khối u đa số bờ khối u không đều chiếm tỷ lệ 74,8%, bờ khối u đều chiếm tỷ lệ thấp 25,2%.

Nghiên cứu của W J Chung và CS (2012) về đặc tính của khối u về kích thước vị trí (nông, sâu) và cường độ tín hiệu trên phim MRI của 266 khối u phần mềm trong đó có 102 khối u ác tính cho thấy có 13 bệnh nhân có cường độ tín hiệu đồng nhất, chiếm tỷ lệ 12,7% và có 89 bệnh nhân có cường độ tín hiệu không đồng nhất, chiếm tỷ lệ 87,3% [6]. Như vậy, những khối u ác tính có xu hướng bờ khối u không đều, tín hiệu không đồng nhất trên phim chụp MRI. Đặc tính trên phim chụp cộng hưởng từ gợi ý tính chất ác tính, lành tính của khối u.

4.1.5. Thể mô bệnh học

Phân loại mô bệnh học theo WHO 2013. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 cho thấy sarcom đa hình không biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 23,6%, tiếp đến là sarcom mỡ chiếm tỷ lệ 18,2%, Các thể khác (sarcom xơ bì, sarcom huyết quản, sarcom dạng biểu mô) hiếm gặp chiếm tỷ lệ 13%

Nghiên cứu của Ira. J. Spiro và Herman D. Suit năm 2000 trên các bệnh nhân UTPM được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Massachusetts (1988-1995) nhận thấy loại sarcom đa hình không biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), tiếp đến sarcom mỡ (14%), sarcombao hoạt dịch (13%), sarcom xơ thần kinh (12%), sarcom cơ trơn (9%), sarcom tế bào sáng (9%), sarcom mạch máu (3%), hiếm gặp loại sarcom xơ (1%), sarcom trung mô (1%) và sarcom tế bào hình thoi [3].

Nghiên cứu của Đoàn Trọng Tú (2020) trên 142 bệnh nhân UTPM chi cũng cho thấy sarcom đa hình không biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 21,1%, tiếp đến là sarcom xơ chiếm tỷ lệ 19,0%, sarcom mỡ 15,5%, sarcom BHD 14,9%, u vô thần kinh ác 13,4%, sarcom cơ trơn chiếm tỷ lệ 7,7%, sarcom cơ vân chiếm tỷ lệ 3,5%. Các thể khác (sarcom xơ bì, sarcom huyết quản, sarcom dạng biểu mô) hiếm gặp chiếm tỷ lệ 4,9% [10]. Qua đó có thể thấy mô bệnh học của ung thư phần mềm rất đa dạng gây khó khăn cho công tác chẩn đoán và điều trị bệnh đặc biệt ở các tuyến không có chuyên khoa sau về giải phẫu bệnh.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Liên quan giữa thể lâm sàng và kích thước u

Theo kết quả nghiên cứu của Bảng 5 cho thấy thể u sâu gặp khối u kích thước lớn chiếm tỷ lệ cao hơn so với thể u nông, u kích thước 5-<10 cm, thể u sâu chiếm 50,6%, trong khi đó thể u nông chiếm tới 79,4%, u ≥ 20 cm, thể u nông chỉ có 1 bệnh nhân (2,9%), trong đó thể u sâu có 11 bệnh

nhân (13,6%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P=0,002$, $\chi^2=13,654$.

Nghiên cứu của tác giả Đoàn Trọng Tú (2020) về dữ liệu UTPM chi trên 142 bệnh nhân UTPM cho thấy thể u sâu gặp khối u kích thước lớn chiếm tỷ lệ cao hơn so với thể u nông, u kích thước 5-<10 cm, thể u sâu chiếm 51,9%, trong khi đó thể u nông chiếm tới 86,4%, với u kích thước 10-<15 cm, thể u nông chiếm 5,3%, trong khi đó thể u sâu chiếm tới 24,1%, u ≥ 20 cm, thể u nông chỉ có 1 bệnh nhân (2,6%), trong đó thể u sâu có 12 bệnh nhân (11,5%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P=0,002$ [10].

Như vậy những khối u kích thước lớn thường liên quan với những thể khối u ở sâu, đây là những yếu tố tiên lượng liên quan với nhau, tác động đến kết quả điều trị, khả năng sống thêm sau và tái phát sau điều trị. Khối u ở sâu thường khó phát hiện hơn khối u ở nông, nhiều khối u nằm sâu trong các khối cơ sụn xương và các bó mạch máu, không có triệu chứng gì làm bệnh nhân không để ý, hay bỏ sót, khi phát hiện ra thì khối u đã có kích thước lớn.

4.2.2. Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với thể lâm sàng u

Theo nghiên cứu của Bảng 6 cho thấy khối u với thể u thể nông phương pháp cắt rộng u diện cắt ≥ 1 cm 76,5% cao hơn phương pháp cắt u diện cắt <1 cm 23,8%, ngược lại với khối u thể sâu phương pháp cắt u diện cắt <1 cm 54,3% chiếm tỷ lệ cao hơn phương pháp cắt rộng u diện cắt ≥ 1 cm 45,7%, sự khác biệt về độ rộng của diện cắt ở 2 thể lâm sàng khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,002$. Những khối u ở sâu thường có kích thước lớn hơn thường nằm gần các bó mạch, thần kinh lớn, đôi khi khối u xâm lấn các thành phần quan trọng đó, làm cho khả năng cắt khối u với độ rộng của diện cắt xa khối u khó đạt được, những khối u trên diện cân nông thường ở vị trí thuận lợi có khả năng cắt rộng khối u với diện cắt xa u.

4.2.3. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Đánh giá về các biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt UTPM chỉ theo bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 8,7%, chảy máu sau mổ là 4,3%. các bệnh nhân chảy máu sau mổ chảy máu tại diện mổ, bệnh nhân được tê tại chỗ khâu cầm máu sau đó hết tình trạng chảy máu. Các biến chứng khác này thường nhẹ và hồi phục hoàn toàn sau thời gian chăm sóc vết mổ. Nghiên cứu của Ngô Trường Sơn (2007) trên 95 bệnh nhân UTPM vùng thân mình tại Bệnh viện K cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật là 3,2% [7]. Nghiên cứu của Thacker và CS năm 2008 trên 52 bệnh nhân UTPM cổ và bàn chân cho thấy tỷ lệ biến chứng vết mổ sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 6% chủ yếu là các biến chứng đọng dịch, vết mổ lâu liền [5]. Như vậy, các biến chứng sớm sau phẫu thuật UTPM chỉ chiếm tỷ lệ thấp và thường nhẹ, vết thương hồi phục hoàn toàn sau một thời gian chăm sóc vết thương.

Thời gian nằm viện trung bình là $7,5 \pm 3,4$ ngày.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 115 bệnh nhân ung thư phần mềm chi được điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại Cơ xương khớp, Bệnh viện K từ tháng 6/2022 đến 6/2024 thu được kết quả sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi mắc bệnh trung bình $53,68 \pm 15,26$. Tỷ lệ nam/nữ 1,2.
- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là nổi u 90,4%, u di động hạn chế 60%.
- Vị trí u hay gặp nhất ở đùi 58,2%.
- 85,2% khối u có cường độ tín hiệu không đồng nhất trên phim chụp MRI, 74,8% có bờ khối u không đều.

- Thể sarcom đa hình không biệt hóa chiếm cao nhất 23,6%.

5.2. Kết quả điều trị

- Phẫu thuật cắt rộng u đơn thuần chiếm 71,3%.
- Biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 8,7%.
- Phương pháp cắt u liên quan với kích thước u và độ sâu của u ($p < 0,005$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. McKeeMD, LiuDF,BrooksJJ, etal(2004). The prognostic significance of margin width for extremity and trunk sarcoma.JsurgOn-col2004, 85, 68-76.
- [2]. Roi Dagan MD, Daniel J. Indelicato MD, Lisa McGee MD et al (2013): The significance of a marginal excision afterpreoperative radiation therapy for soft tissue sarcoma of the extremity.Cancer. 2012 Jun 15;118(12):3199-207
- [3]. Ira. J. Spiro and Herman D. Suit (2000). Soft tissue sarcomas. In: Clinical radiation oncology, indication, techniques and results. 2nd Ed. Wiley-Liss, Inc. 2000, 565-582.
- [4]. Nguyễn Đại Bình (2016). Ung thư phần mềm. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học, 425-439.
- [5]. Thacker MM, Potter BK, Pitcher JD, Temple HT (2008). Soft tissue sarcomas of the foot and ankle: impact of unplanned excision, limb salvage, and multimodality therapy. Foot Ankle Int. 2008 Jul;29(7):690-698.

- [6]. W J Chung, MD, H W Chung, MD, M J Shin, MD et al (2012). MRI to differentiate benign from malignant soft-tissue tumours of the extremities: a simplified systematic imaging approach using depth, size and heterogeneity of signal intensity. *Br J Radiol*. 2012 Oct; 85(1018): e831–e836.
- [7]. Ngô Trường Sơn (2007). Đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị UTPM vùng thân mình tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [8]. Nguyễn Thị Hải Anh, Nguyễn Đại Bình và CS (2007). Kết quả điều trị UTPM chi tại Bệnh viện K. *Tạp chí Ung thư học - Hội thảo quốc gia phòng chống ung thư 2008*, 416-420.
- [9]. Nguyễn Đại Bình, Đoàn Trọng Tú (2013). Đánh giá kết quả điều trị ung thư phần mềm bằng phẫu thuật kết hợp với điều trị hỗ trợ tại Bệnh viện K từ 2009-2011. *Tạp chí Ung thư học - Hội thảo quốc gia phòng chống ung thư HCM 2013*, 312-317.
- [10]. Đoàn Trọng Tú (2020). Nghiên cứu kết quả bảo tồn chi ung thư phần mềm giai đoạn T2N0M0. *Tiến sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội*.