

2. Hwang H. B., Lyu B., Yim H. B., et al. (2015), "Endothelial Cell Loss after Phacoemulsification according to Different Anterior Chamber Depths", J Ophthalmol, 2015, 210716.
3. Khalid M., Ameen S. S., Ayub N., et al. (2019), "Effects of anterior chamber depth and axial length on corneal endothelial cell density after phacoemulsification", Pak J Med Sci, 35 (1), 200-204.
4. Mahdy M. A., Eid M. Z., Mohammed M. A., et al. (2012), "Relationship between endothelial cell loss and microcoaxial phacoemulsification parameters in noncomplicated cataract surgery", Clin Ophthalmol, 6, 503-10.
5. Reuschel A., Bogatsch H., Oertel N., et al. (2015), "Influence of anterior chamber depth, anterior chamber volume, axial length, and lens density on postoperative endothelial cell loss", Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 253 (5), 745-52.
6. Solanki Meghna, Verma Gargi, Kumar Ankur, et al. (2018), "Comparative Study of Endothelial Cell Loss after Phacoemulsification in Different Anterior Chamber Depth Groups", Journal of Clinical and Diagnostic Research.
7. Walkow T., Anders N., Klebe S. (2000), "Endothelial cell loss after phacoemulsification: relation to preoperative and intraoperative parameters", J Cataract Refract Surg, 26 (5), 727-32.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG NGỰC – THẮT LƯNG DO BỆNH LÝ KUMMELL TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống ngực – thắt lưng do bệnh lý Kummell ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 27 bệnh nhân gù cột sống ngực-thắt lưng sau chấn thương tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2021 – tháng 1/2023. Kết quả: có 27 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ chiếm 70,4%, tuổi trung bình là $58,6 \pm 4,9$. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: điểm VAS trung bình $7,4 \pm 0,8$, có 5 bệnh nhân tổn thương thần kinh mức độ AIS D, điểm ODI trung bình $67,2\% \pm 4,8\%$. Trên Xquang: hầu hết các bệnh nhân tổn thương 1 đốt sống chiếm 92,6%, góc xẹp thần đốt sống trung bình là $29,2^\circ \pm 1,4^\circ$, góc gù vùng là $33,3^\circ \pm 1,8^\circ$. Tscore trung bình là $-3,4 \pm 0,5$, dấu hiệu khoảng sáng trong thần đốt sống chiếm 100%. Trên MRI: có 77,8% bệnh nhân phù nề thần đốt sống, 29,6% bệnh nhân hẹp ống sống, 18,5% bệnh nhân tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC, dấu hiệu tổn thương giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W chiếm 100%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân xẹp đốt sống do bệnh Kummell là đau cột sống, có thể có biểu hiện tổn thương thần kinh chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. Trên Xquang các bệnh nhân có biểu hiện gù cột sống với góc gù vùng và góc xẹp thần đốt sống tăng, dấu hiệu khoảng sáng trong thần đốt sống. Trên MRI có thể thấy biểu hiện tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC, phù tủy sống và dấu hiệu khe hở trong thần đốt sống tăng tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu trên T1W. **Từ khóa:** Chấn thương cột sống ngực – thắt lưng, loãng xương, gù cột sống ngực – thắt lưng, bệnh lý Kummell

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND IMAGING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH THORACOLUMBAR VERTEBRAL COMPRESSION DUE TO KUMMELL'S DISEASE AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with thoracolumbar vertebral compression due to Kummell's disease at Viet Duc University Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study conducted on 27 patients with thoracolumbar vertebral compression due to Kummell's disease at Viet Duc University Hospital from January 2021 to January 2023. Results: Among the 27 patients in our study, the majority were female, accounting for 70.4%, with an average age of $58,6 \pm 4,9$ years. The clinical characteristics of the patients included an average VAS score of $7,4 \pm 0,8$, with 5 patients presenting with AIS D-level neurological injury, and an average ODI score of $67,2\% \pm 4,8\%$. On X-ray imaging: most patients had damage to a single vertebra (92,6%), with an average vertebral body compression angle of $29,2^\circ \pm 1,4^\circ$, and a regional kyphotic angle of $33,3^\circ \pm 1,8^\circ$, 100% of patients had intravertebral vacuum sign. The average T-score was $-3,4 \pm 0,5$. On MRI: 77,8% of patients had vertebral body edema, 29,6% had spinal canal stenosis, and 18,5% had posterior ligamentous complex (PLC) injury, 100% of patients had intravertebral vacuum sign hyperintense on T2W and hypointense on T1W. **Conclusion:** The prominent clinical symptom of patients with vertebral compression due to Kummell's disease is spinal pain, which may be accompanied by neurological symptoms, primarily of mild to moderate severity. On X-rays, patients exhibit spinal kyphosis with an increased kyphotic angle and vertebral body collapse angle, along with a visible intravertebral vacuum sign. MRI may reveal damage to the posterior ligamentous complex (PLC), spinal cord edema, and a signal void within the vertebral body that appears hyperintense

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

on T2W and hypointense on T1W. **Keywords:** Thoracolumbar spinal injury, osteoporosis, post-traumatic thoracolumbar kyphosis, Kummell's disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Kummell là bệnh do hoại tử vô mạch xảy ra trong thân của đốt sống, thường biểu hiện lún xẹp đốt sống, từ đó gây ra các biến dạng gù cột sống. Đây là bệnh lý hiếm gặp gây ra xẹp thân đốt sống, thường xảy ra ở người trung niên và cao tuổi với cơ chế vẫn còn đang tranh cãi. Tuy nhiên, hầu hết các tác giả trên thế giới đều coi chấn thương cột sống ở bệnh nhân loãng xương là một trong các nguyên nhân chính gây bệnh Kummell. Xẹp thân đốt sống do bệnh lý Kummell có thể gây ra các biến chứng nặng nề cho bệnh nhân như gù cột sống, liệt hai chi dưới, giảm chất lượng cuộc sống, tàn tật, thậm chí tử vong.

Năm 1891, lần đầu tiên Tiến sĩ Hermann Kummell nghiên cứu về xẹp đốt sống muộn sau chấn thương, đã lần đầu tiên miêu tả về bệnh lý này, các bệnh nhân sau chấn thương nhỏ không biểu hiện lâm sàng ban đầu nhưng dần dần biểu hiện đau cột sống ngực-thắt lưng và tiến triển dẫn đến tình trạng xẹp đốt sống và gù cột sống. Tuy nhiên sau hơn một thế kỉ trôi qua, chỉ có một số ca lâm sàng được báo cáo trong y văn, trong khi việc khám phá cơ chế bệnh sinh của bệnh lý này vẫn còn đang được làm rõ, đặc biệt là các bệnh lý xẹp đốt sống không do chấn thương.

Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả được các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đối với các bệnh nhân xẹp đốt sống do bệnh lý Kummell nhằm cung cấp các biểu hiện của bệnh lý này và những ảnh hưởng đến chỉnh hình cột sống và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các bệnh nhân xẹp đốt sống ngực – thắt lưng do bệnh lý Kummell tại khoa Phẫu thuật Cột sống – bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 – tháng 1/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân có tiền sử chấn thương cột sống ngực – thắt lưng, được chẩn đoán xẹp đốt sống do bệnh lý Kummell có biểu hiện trên Xquang và MRI.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị xẹp cột sống không phải nguyên nhân do chấn thương và bệnh lý Kummell gây nên như u thân đốt sống,...

Các tham số nghiên cứu: Các thông tin chung thu thập như tuổi, giới. Về lâm sàng triệu

chứng đau lưng theo thang điểm VAS. Triệu chứng thực thể gồm dấu hiệu rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, ODI... Trên xquang đánh giá vị trí, số lượng đốt sống tổn thương, góc xẹp đốt sống, góc gù vùng, khoảng sáng thân đốt sống. Trên cộng hưởng từ đánh giá mức độ tổn thương phần mềm, dây chằng PLC, phù tuỷ sống, khoảng trống giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 40	2
	Từ 40 - 59	8
	≥ 60	17
	Tổng	27
	Mean ± SD	58,6 ± 4,9
	Min - Max	38 - 76

Bảng 3.2. Phân bố giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Nữ	19	70,4
Nam	8	29,6
Tổng	27	100

Nhận xét: BN thuộc nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 63,0%

Độ tuổi trung bình là 58,6 ± 4,9. BN nhỏ tuổi nhất là 38, lớn tuổi nhất là 76

Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới (70,4%)

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

3.2.1. Tiền sử của bệnh nhân

Bảng 3.3. Tiền sử bệnh

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Thời gian chấn thương trước phẫu thuật	Từ 3 tháng – dưới 6 tháng	14
	Từ 6 tháng – dưới 1 năm	8
	≥ 1 năm	5
	Tổng	27
Tình trạng Loãng xương trước chấn thương	Có	7
	Không	20

Nhận xét: Số BN có thời gian sau chấn thương đến khi được phẫu thuật từ 3 tháng –

dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 14/27 (51,9%). Có 7/27 BN có tiền sử loãng xương trước khi chấn thương (chiếm 25,9%).

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước khi phẫu thuật

Bảng 3.4. Triệu chứng đau của BN trước khi phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Mức độ đau (VAS)	6 điểm	14,8
	7 điểm	63,0
	8 điểm	14,8
	9 điểm	7,4
	Tổng	100
Mean \pm SD	7,4 \pm 0,8	

Nhận xét: Điểm VAS trước mổ của BN trung bình là 7,4 \pm 0,8, trong đó chủ yếu BN có mức độ đau dữ dội VAS 7 – 8 điểm (77,8%) và có 2 trường hợp đau không chịu được VAS 9 điểm (chiếm 7,4%).

Bảng 3.5. Triệu chứng tổn thương thần kinh theo ASIA

Đánh giá tổn thương thần kinh	Số lượng N	Tỷ lệ %
Cơ lực	3/5	7,4
	4/5	11,1
	5/5	81,5
	Tổng	100
Phân loại AIS	D	18,5
	E	81,5
	Tổng	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân có tổn thương thần kinh AIS D chiếm 18,5% trong đó 2 trường hợp có cơ lực 3/5 và 3 trường hợp cơ lực 4/5.

Bảng 3.6. Các triệu chứng khác của bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Khả năng nằm ngửa	Không nằm ngửa được	29,6
	Nằm ngửa được	70,4
Hạn chế hô hấp	2	7,4
Rối loạn cơ tròn	1	3,7

Nhận xét: Có 8/27 bệnh nhân không thể nằm ngửa được do gù cột sống chiếm 29,6%; có 2 bệnh nhân bị hạn chế hô hấp do gù. Có 1 trường hợp rối loạn cơ tròn tiểu không tự chủ được.

3.2.3. Đánh giá chỉ số giảm chức năng cột sống theo thang điểm Oswestry disability index (ODI) trước khi phẫu thuật

Bảng 3.7. Đánh giá chỉ số giảm chức năng cột sống theo thang điểm ODI

Đánh giá	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Mức 1: mất chức năng ít	1	3,7

Mức 2: mất chức năng vừa	2	7,4
Mức 3: mất chức năng nhiều	13	48,1
Mức 4: mất chức năng rất nhiều	11	40,8
Mức 5: hoàn toàn mất chức năng	0	0
Tổng	27	100
Mean \pm SD	67,2% \pm 4,8%	
Min - max	18% - 78%	

Nhận xét: Chỉ số giảm chức năng cột sống trước khi phẫu thuật của BN trung bình là 67,2% \pm 4,8%, trong đó BN có điểm ODI nhỏ nhất là 18% và cao nhất 78%. Chủ yếu BN bị mất chức năng cột sống ở mức độ nhiều và rất nhiều (48,1% và 40,8%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Đặc điểm tổn thương trên phim X-quang

Bảng 3.8. Vị trí tổn thương

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Bệnh nhân bị tổn thương	1 đốt	92,6
	2 đốt	7,4
Tổng	27	100

Nhận xét: Có 2/27 BN bị tổn thương 2 đốt đều là T12 L1 chiếm 7,4%, còn lại 25/27 BN chỉ bị tổn thương 1 đốt sống trong đoạn bản lồi, trong đó đốt sống bị tổn thương nhiều nhất là T12 và L1 chiếm 92,6%.

Bảng 3.9. Tình trạng gù cột sống trên phim X-quang

Trước phẫu thuật	N	Min-Max	Mean \pm SD
Góc gù vùng (Cobb)	27	24°-48°	33,3° \pm 1,8°
Góc xẹp thân đốt	27	8°-38°	29,2° \pm 1,4°

Nhận xét: Bệnh nhân có góc gù vùng trung bình là 33,3° \pm 1,8°, trong đó nhỏ nhất là 24° và lớn nhất là 48°. Góc gù thân đốt trung bình là 29,2° \pm 1,4°, trong đó nhỏ nhất là 8° và lớn nhất là 38°.

Bảng 3.10. Hình ảnh khe sáng trên phim chụp X-quang

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Khe sáng trên X-quang nghiêng	27	100
Khe sáng trên X-quang thẳng	22	81,5

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều quan sát thấy khe sáng trên X-quang nghiêng; có 22/27 bệnh nhân quan sát thấy khe sáng này trên X-quang thẳng.

3.3.2. Mức độ loãng xương của bệnh nhân

Bảng 3.11. Tình trạng Loãng xương

Điểm T-Score Total	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
$\geq -2,5$	9	33,3
$< -2,5$	18	66,7
Tổng	27	100
Mean \pm SD	-3,4 \pm 0,5	
Min - max	(-4,5) - (-2,1)	

Nhận xét: Trong số 27 bệnh nhân nghiên cứu có điểm T-Score trung bình là $-3,4 \pm 0,5$, thấp nhất là $(-4,5)$ và cao nhất là $(-2,1)$. Trong đó có đa số BN bị loãng xương $< -2,5$ (66,7%).

3.3.3. Đặc điểm trên phim MRI cột sống của BN trước phẫu thuật

Bảng 3.12. Đặc điểm trên phim MRI

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Tình trạng phù thân đốt sống	Có phù	21	77,8
	Không phù	6	22,2
Chèn ép tuỷ sống	Có chèn ép	8	29,6
	Không	19	70,4
Tổn thương dây chằng trên gai và liên gai sau	Có tổn thương	5	18,5
	Không	22	81,5
Khoảng trống trong thân đốt sống trên T2W	Có tổn thương	27	100
	Không	0	0

Nhận xét: Tất cả các BN đều được chụp cộng hưởng từ cột sống, trong đó 21 BN có tình trạng phù nề thân đốt sống chiếm 77,8%. Có 8 BN bị chèn ép làm hẹp ống tuỷ chiếm 29,6%. Có 5/27 trường hợp có tổn thương dây chằng trên gai và liên gai sau chiếm 18,5%. Tất cả các bệnh nhân đều có dấu hiệu khoảng trống trong thân đốt sống trên T2W.

3.3.4. Môi trường quan giữa tình trạng tổn thương dây chằng liên gai sau với góc gù vùng trước phẫu thuật

Bảng 3.13. Môi trường quan giữa tổn thương dây chằng và góc Cobb

Góc gù vùng	Mean \pm SD	p
Dây chằng liên gai sau		
Có tổn thương	37,7 \pm 7,9	0,005
Không tổn thương	32,2 \pm 5,6	

Nhận xét: Góc gù vùng trung bình ở nhóm BN có tổn thương dây chằng liên gai sau là $37,7 \pm 7,9$ và ở nhóm không tổn thương là $32,2 \pm 5,6$, ta thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005 < 0,01$. Hay nói cách khác góc gù vùng trước chấn thương ở nhóm BN tổn thương dây chằng liên gai sau lớn hơn nhóm BN không tổn thương với độ tin cậy trên 99%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lí Kummell là bệnh lí gây hoại tử xương đốt sống gây xẹp đốt sống, gù cột sống sau chấn thương. Tuy nhiên ở các bệnh nhân xẹp đốt sống có 3 nguyên nhân chính là: nhiễm trùng, khối u ác tính, chấn thương, có thể khó phân biệt giữa các nguyên nhân này đặc biệt khi có loãng xương nặng. Vì vậy đánh đồng bệnh Kummell với hoại tử của đốt sống đã khiến nhiều tác giả báo cáo sai về bệnh lí Kummell ngay cả

khi không có tiền sử chấn thương.

Xẹp đốt sống muộn sau chấn thương do bệnh lí Kummell là một hiện tượng ít được báo cáo và ghi nhận trong y văn. Chẩn đoán đại diện của nhóm bệnh này là gãy xương đốt sống sau chấn thương, ban đầu không có triệu chứng lâm sàng, trên Xquang cũng không có dấu hiệu nổi bật, dần dần có triệu chứng đau, yếu liệt và dẫn đến xẹp thân đốt sống. Sự xẹp chậm của đốt sống thường được giải thích là do sự thiếu máu cục bộ dẫn đến hoại tử xương đốt sống. Tuy nhiên mối liên quan giữa bệnh Kummell và hoại tử xương đốt sống và mối liên kết khi chụp Xquang với dấu hiệu khoảng trống trong thân đốt sống đã khiến nhiều tác giả báo cáo sai bệnh nhân bị bệnh lí khác nhưng lại quy thành bệnh lí Kummell.

Năm 1951, Steel và cộng sự đã mô tả bệnh lí Kummell và chia thành 5 giai đoạn: giai đoạn chấn thương ban đầu, giai đoạn sau chấn thương thường ít triệu chứng, giai đoạn khoảng thời gian tiềm ẩn, giai đoạn tái phát với cơn đau cục bộ và dai dẳng, giai đoạn cuối cùng với biểu hiện xẹp nặng đốt sống và gù cột sống, chèn ép thần kinh. Bệnh Kummell thường xảy ra ở người trung niên và cao tuổi. Bệnh nhân bị Kummell có thể bị chẩn đoán nhầm với các bệnh gây hoại tử vô mạch thân đốt sống khác như: đái tháo đường, dùng corticoid, các bệnh gây tắc mạch do đa hồng cầu,...

Bệnh Kummell là chẩn đoán loại trừ vì xẹp thân đốt sống có nhiều nguyên nhân do đó cần phải làm các xét nghiệm khác nhau để loại trừ các bệnh lí ác tính,... Hình ảnh Xquang điển hình của bệnh là khoảng sáng trong thân đốt sống. Trên MRI, hình ảnh có giá trị nhất để chẩn đoán bệnh là hình ảnh khoảng trống tăng tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu trên T1W. Tuy nhiên cần phân biệt với các hình ảnh u trong đốt sống với T2W có độ khuếch tán cao hơn. Mặc dù chẩn đoán hình ảnh có giá trị để chẩn đoán bệnh Kummell nhưng tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán phải là theo dõi chuỗi hình ảnh nối tiếp nhau trong cả quá trình của bệnh. Tuy nhiên việc theo dõi này là rất phức tạp và khó thực hiện trên thực hành lâm sàng. Do đó trên lâm sàng định hướng đến bệnh lí Kummell nếu bệnh nhân có tiền sử chấn thương, có xẹp thân đốt sống sau đó, trên chẩn đoán hình ảnh có dấu hiệu điển hình là khoảng sáng trong thân đốt sống trên Xquang và MRI, đã loại trừ các nguyên nhân gây xẹp đốt sống khác.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân

xẹp đốt sống do bệnh Kummell là là đau cột sống, có thể có biểu hiện tổn thương thần kinh chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. Trên Xquang các bệnh nhân có biểu hiện gù cột sống với góc gù vùng và góc xẹp thân đốt sống tăng, dấu hiệu khoảng sáng trong thân đốt sống. Trên MRI có thể thấy biểu hiện tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC, phù tủy sống và dấu hiệu khe hở trong thân đốt sống tăng tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu trên T2W.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mothe AJ, Tator CH.** Advances in stem cell therapy for spinal cord injury. *J Clin Invest.* 2012;122(11):3824-3834.
2. **Kendler DL, Bauer DC, Davison KS, et al.** Vertebral Fractures: Clinical Importance and Management. *The American Journal of Medicine.* 2016;129(2):221.e1-221.e10.
3. **Baaj AA, Downes K, Vaccaro AR, Uribe JS, Vale FL.** Trends in the treatment of lumbar spine fractures in the United States: a socioeconomic perspective: clinical article. *J Neurosurg Spine.* 2011;15(4):367-370.
4. **Jo DJ, Kim YS, Kim SM, Kim KT, Seo EM.** Clinical and radiological outcomes of modified posterior closing wedge osteotomy for the treatment of posttraumatic thoracolumbar kyphosis. *J Neurosurg Spine.* 2015;23(4):510-517.
5. **Munting E.** Surgical treatment of post-traumatic kyphosis in the thoracolumbar spine: indications and technical aspects. *Eur Spine J.* 2010;19 Suppl 1:S69-73.
6. **Young WF, Brown D, Kendler A, Clements D.** Delayed post-traumatic osteonecrosis of a vertebral body (Kummell's disease) *Acta Orthop Belg.* 2002;68(1):13-19. [PubMed] [Google Scholar]
7. **Brower AC, Downey EF, Jr** Kummell disease: report of a case with serial radiographs. *Radiology.* 1981;141(2):363-364. [PubMed] [Google Scholar]
8. **Yu CW, Hsu CY, Shih TT, Chen BB, Fu CJ.** Vertebral osteonecrosis: MR imaging findings and related changes on adjacent levels. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28(1):42-47. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
9. **Mirovsky Y, Anekstein Y, Shalmon E, Peer A.** Vacuum clefts of the vertebral bodies. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2005;26(7):1634-1640. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
10. **Freedman BA, Heller JG.** Kummel disease: a not-so-rare complication of osteoporotic vertebral compression fractures. *J Am Board Fam Med.* 2009;22(1):75-78. [PubMed] [Google Scholar]

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thế Trung^{1,2}, Lê Trí Chính³, Vũ Hồng Thăng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I, II tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 41 bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2016 đến hết T12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 55,27±8,27, ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc chiếm 92,7%. Xâm lấn < ½ lớp cơ chiếm 65,9%. Thời gian phẫu thuật trung bình 152,9±16,3 phút. Thời gian nằm viện 8,1±1,48 ngày. Tỷ lệ tái phát 7,3%. Thời gian sống thêm không bệnh trên 5 năm (DFS ≥ 5 năm) là 90,7%, trung bình là: 92,7 ± 4,01 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trên 5 năm (OS ≥ 5 năm) là 92,8%, trung bình 95,09 ± 3,34 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư nội mạc tử cung là an toàn, hiệu quả, đảm bảo về

mặt ung thư học. **Từ khóa:** Ung thư nội mạc tử cung, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ENDOMETRIAL CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Purpose: Evaluation of the results of laparoscopic surgery for stage I and II endometrial cancer at Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and Methods:** The study describes 41 patients with endometrial cancer who underwent laparoscopic surgery at Nghe An Oncology Hospital from 01/2016 to 12/2023. **Results:** The average age was 55.27±8.27, endometrioid adenocarcinoma accounted for 92.7%. Invasion of < ½ muscle layer accounted for 65.9%. The average surgical time was 152.9±16.3 minutes. The hospital stay was 8.1±1.48 days. The recurrence rate was 7.3%. The disease-free survival time over 5 years (DFS ≥ 5 years) was 90.7%, the average was: 92.7 ± 4.01 months. The overall survival time over 5 years (OS ≥ 5 years) was 92.8%, the average was 95.09 ± 3.34 months. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for early stage endometrial cancer is safe, effective while still ensuring radical in cancer. **Keywords:** Endometrial cancer, laparoscopic surgery

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

³Bệnh viện K Trung Ương

⁴Trường đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Thế Trung

Email: thetrungbyt@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024