

HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHỖM XƯƠNG ĐÙI

ThS.BS.Nguyễn Tấn Lâm

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Hoại tử vô khuẩn là chứng gây phá hủy bộ xương, quá trình này tiến triển dù được điều trị và có khuynh hướng ảnh hưởng đến nhiều xương.

- Hoại tử xảy ra khi sự cung cấp máu cho xương bị tổn thương như vậy đồng nghĩa với hoại tử vô mạch và vô trùng, mạch máu của bộ xương không còn nguyên vẹn dẫn đến chức năng của xương yếu đi cuối cùng mặt sụn bị phá do mất sự cân đối của xương và dẫn đến thoái hóa khớp.

- Hoại tử vô trùng thường xảy ra nhiều nhất ở khớp háng. Nguyên nhân hoại tử khớp háng thì nhiều nhưng kiểu bệnh thì giống nhau, hoại tử khớp háng lúc đầu là biểu hiện đau không gay gắt sau đó tiến đến đau nhiều liên tục như 1 viêm khớp háng. Tại Mỹ mỗi năm có khoảng 5 – 18% là hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi (HTVKCXĐ) trong tổng số 500000 khớp háng toàn phần được thay. Tại các nước Châu A thì cao hơn như trong năm 2000 có 36% trong 892 khớp háng toàn phần được thay tại bệnh viện Quốc Gia Đài Loan là hoại tử vô trùng khớp háng.

II. NGUYÊN NHÂN:

Hoại tử khớp háng được biết như là hoại tử vô mạch hoặc là hoại tử vô trùng của chỗm xương đùi do sự chết máu của xương + tủy xương bởi sự thiếu máu nuôi. Nguyên nhân có thể là do chấn thương (gãy xương hoặc do trật khớp) hoặc không do chấn thương:

1. Do chấn thương : do trật khớp hoặc do gãy cổ xương đùi hoặc trật khớp gây chèn ép các mạch máu do tăng áp trong khớp háng, khả năng hoại tử sau trật khớp háng là 10 – 25% còn trong gãy ổ xương đùi là 11 – 16% đối với gãy Garden I Hoặc Garden II và 20 – 28% đối với Garden III hoặc IV. Thông thường hoại tử xuất hiện sau chấn thương khoảng 2 năm và không ảnh hưởng nhiều đến tuổi và giới.
2. Không do chấn thương: phần lớn nguyên nhân gây hoại tử không do chấn thương là do hậu quả của hoạt động thời còn trẻ như: lạm dụng rượu, dùng corticoide liều cao, bệnh khí ép (thợ lặn, công nhân hầm mỏ), bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh collagen như lupus ban đỏ, ghép cơ quan, viêm ruột, bệnh tắc mạch tự phát. Khoảng 2/3 nguyên nhân không do chấn thương là do quá thừa rượu và corticosteroide.

Dùng liệu pháp corticoide kéo dài, Wang đã chứng minh có sự tăng lipit máu, gan nhiễm mỡ, tắc mạch dưới sụn của chỗm xương đùi. Đường kính của tế bào mỡ tủy to ra mặc dù tế bào xương đã chết. Tắc mạch do mỡ dưới sụn xảy ra sau 2 – 3 tuần, hoại tử tủy xương xảy ra sau 3 tuần. Tăng áp trong chỗm xương đùi dẫn đến giảm lưu lượng máu đến sau 6 – 8 tuần. Dùng nhiều rượu cơ chế bệnh sinh giống như dùng corticoide. Jacobs khám phá ra rằng uống rượu vào khoảng 9,5 năm và ngưỡng uống khoảng 400ml trong tuần thì dẫn đến hoại tử chỗm xương đùi. 2/3 trường hợp dùng rượu có hoại tử xương đùi thì có tăng lipit máu và gan nhiễm mỡ, đó là nguồn gốc dẫn đến tắc mạch do mỡ. Hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi không do chấn thương có xu hướng bao gồm 2 háng mặc dù 1 háng có thể im lặng. Theo Bradway trong lô 15 bệnh nhân hoại tử cả 2 khớp háng, khớp im lặng bẹp chỗm sau 23 tháng. Cũng theo Bradway chỉ có 15% xuất hiện triệu chứng cả 2 bên. Chẩn đoán nhạy là dựa vào CT scan và MRI giúp phát hiện khớp háng im lặng.

III. PHÂN ĐỘ VÀ HÌNH ẢNH HÌNH ẢNH HỌC:

Có nhiều hệ thống phân độ khác nhau được đưa ra cho HTVKCXĐ. Năm 1977 Ficat và Arlet đề xuất chia ra 4 độ dựa vào biểu hiện trên x quang của chỗm xương đùi năm 1985 được mở rộng thêm độ 0.

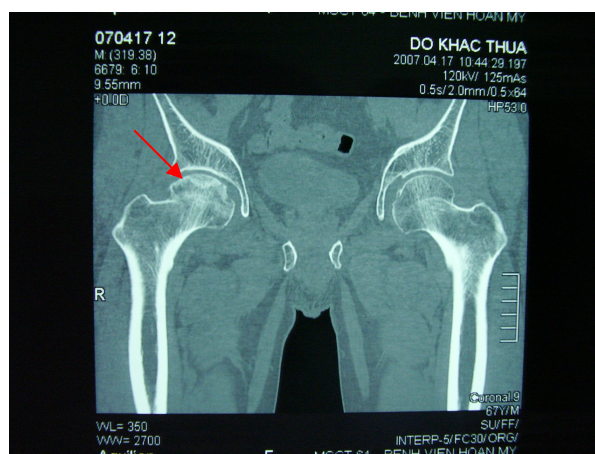
Với sự ra đời của CT và MRI nên chẩn đoán nhạy cảm hơn nên năm 1993 ARCO (Association Reseach Circulation Osseous) đề xuất chia ra làm 6 độ và hệ thống phân loại này đang phổ biến nhất.[4]

1. Độ 0: Người có yếu tố nguy cơ hoại tử chỗm xương đùi không chẩn đoán được trên X quang qui ước, CT scan, MRI. Giai đoạn này tổn thương quá nhỏ không thể phát hiện bằng các kỹ thuật khoa học hiện tại hay còn gọi là khoảng trống của bệnh.
2. Độ I: Hư hại mạch máu xảy ra, X quang qui ước chưa phát hiện bất thường nhưng CT, MRI phát hiện được bất thường, bệnh nhân bắt đầu phần nào đau âm ỉ không liên tục ở vùng háng bị tổn thương, cũng có thể đau khớp gối.

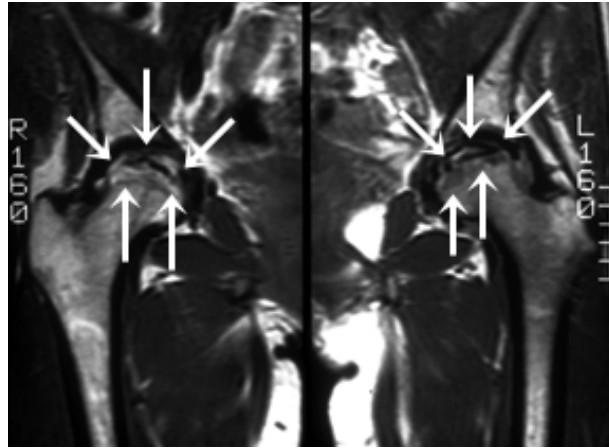
3. Độ II: X quang qui ước cho thấy rõ được vùng thấu quang và vùng xơ cứng mô tả sự sửa chữa của quá trình nhồi máu, xạ hình xương, CT, MRI cho phép chẩn đoán (+). Giai đoạn này tương ứng với quá trình tiêu xương và nhồi máu xương. Bệnh nhân thấy đau khi đi lại và giảm đau khi nghỉ ngơi.
4. Độ III: ở giai đoạn này biểu hiện nổi bật là sự gãy xương ở dưới mặt sụn, biểu hiện là hình ảnh thấu quang hình trăng lưỡi liềm xuất hiện dưới mặt sụn, chỏm xương đùi vẫn còn nguyên vẹn không bị bẹp. Hình ảnh trăng lưỡi liềm này là dấu hiệu của xẹp xương xốp dưới mặt sụn, mặt sụn vẫn còn nguyên vẹn. Ở giai đoạn này còn được chia ra làm 3 mức độ: A (nhẹ: < 15% chỏm; B (trung bình: 15 – 30%); C (nặng: > 30%)
5. Độ IV: mặt sụn bị xẹp vì sự nâng đỡ dưới sụn yếu đi. Đôi khi sự bẹp của chỏm xương đùi là quá nhỏ để phát hiện trên x quang qui ước thẳng – nghiêng, tuy nhiên CT, MRI thì thấy rất rõ. Ở giai đoạn này ổ cối vẫn còn nguyên vẹn. Mức độ xẹp của chỏm chia làm 3 mức độ: A(nhẹ < 15% bề mặt chỏm và lõm < 2mm); B (trung bình 15 – 30% và lõm 2 – 4mm); C (nặng > 30% và lõm > 4mm). Bệnh nhân có dáng đi khập khiễng và đau tăng lên.
6. Độ V: ổ cối bị ảnh hưởng bởi sự kích thích của không hợp nhau với chỏm xương đùi, điều đó được thể hiện là khe khớp hẹp lại và có sự xơ cứng ở cả ổ cối và chỏm xương đùi. Ở phần rìa có các chồi xương do biến dạng của chỏm xương đùi làm cho bệnh nhân phải chịu đựng đau đớn liên miên. Khớp háng bắt đầu không thể cứu vãn được.
7. Độ VI: giống như 1 viêm xương khớp tiến triển, khe khớp biến mất, chỏm xương đùi vỡ, mặt sụn khớp biến mất. Chỏm xương đùi hoại tử vỡ vụn, bệnh nhân phải chịu đau đớn liên tục, đi lại giảm nghiêm trọng.



Hình 1: X quang thường qui hoại tử chỏm xương đùi



Hình 2: MSCT hoại tử chỏm xương đùi



Hình 3: MRI hoại tử chỏm xương đùi

Trước một bệnh nhân có đau háng và gối tiền sử không có chấn thương thì cần hỏi thật kỹ các yếu tố nguy cơ như bệnh hệ thống, thợ lặn, lạm dụng rượu và corticoide. Những người thợ lặn và công nhân hầm mỏ là những nạn nhân bị hoại tử xương vô khuẩn do dồn nén khí từ đường thở. Các bóng khí vào máu gây tắc dòng chảy của máu. Do đó cần phải kiểm tra kỹ ở những người này là khớp vai, khớp gối có khi đồng thời xảy ra hoại tử xương. Dùng x quang qui ước chụp cả 2 khớp háng thẳng nghiêng nếu có yếu tố nguy cơ , xạ hình xương là cần thiết, CT, MRI khuyên dùng để kiểm tra chỏm xương đùi

Bảng phân độ của ARCO (Association Research Circulation Osseous)[4]

Độ	Hậu quả	Triệu chứng	X quang qui ước	MRI	CT
0	-	-	-	-	-
I	Nhồi máu và sửa chữa	-	-	+	+
II	Xơ cứng	Đau háng + gối	Nang hoặc xơ cứng	+	+
III	Gãy xương dưới sụn	Đau sau vận động	Dấu trắng lưỡi liềm	+	+
IV	Biến dạng chỏm	Đau liên tục	Xẹp chỏm xương đùi	+	+
V	Hẹp khe khớp	Đau – đi khập khiễng	Hẹp khe khớp – chồi	+	+
VI	Viêm xương khớp	Giảm hoạt động	Thoái hoá khớp	+	+

IV. ĐIỀU TRỊ: Phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh và bệnh nguyên thứ yếu là giới, tuổi, lối sống và yêu cầu của bệnh nhân. Có 2 hình thức điều trị là không phẫu thuật và phẫu thuật.

1. Điều trị không phẫu thuật: khi đã chẩn đoán HTVKCXĐ là phải chẩn đoán mức độ của bệnh và hướng điều trị được đặt ra để giải quyết cho bệnh nhân. Điều trị nội khoa là hạn chế các yếu tố nguy cơ như hạn chế rượu và hoạt động bơi lặn. Một vài trường hợp điều trị này có thể không hiệu quả. Nếu bệnh nhân chịu đựng được đau khớp háng khi hoạt động thì giảm trọng lượng tỷ lệ lên khớp háng bằng cách đi nặng khi đi lại và dùng thuốc giảm đau kháng viêm non-steroid.[2]
2. Điều trị phẫu thuật: điều trị phẫu thuật trong HTVKCXĐ là bảo vệ toàn vẹn chỏm xương đùi bất cứ giá nào và làm ngưng quá trình thoái hoá. Trong giai đoạn sớm làm giảm áp trong chỏm xương đùi đem lại thành công. Giảm ép là giải thoát sự tăng áp trong tủy xương dẫn đến tăng sinh mạch máu nuôi. Trong giai đoạn sớm tiên lượng rất tốt. Theo Hungard báo cáo trong 75 khớp háng hoại tử ở độ I, II thì 77% là không có dấu hiệu xấu thêm sau hơn 10 năm thực hiện giảm áp. Trong giai đoạn chỏm xương đùi bị bẹp(độ III và >độ III) thì có đến 38/52 (73%) phải thay khớp, vì vậy giai đoạn này sự giải áp chỉ làm chậm trễ thêm sự thay khớp, do đó sự giải áp chỉ đặt ra ở giai đoạn sớm. Urbaniak dùng vật xương mác có củng mạch tự do để điều trị HTVKCXĐ vào năm 1979 theo ông có 4 ưu điểm sau:
 - Giải áp chỏm xương đùi
 - Lấy bỏ được xương hoại tử

- Làm đầy với chất xương tự thân
- Tăng sự bền vững của chỏm nhờ sự nâng đỡ dưới sụn[1,2]

Phân tích sau 5 năm theo dõi của 105 khớp háng được thay nhận thấy 11% độ II, 25% độ III, 45% độ IV, 32% độ V. Tác giả đã rút ra được qui luật thay khớp háng là 1 tất yếu trong điều trị HTVKCXĐ. Tuy nhiên theo Iwata thay vì dùng vạt xương mác ông ta dùng vạt xương mào chậu có cuống ông ta đưa ra 4 ưu điểm sau:

- Không cần nối mạch máu
- Đường rạch da đơn giản
- Không cần dùng monitor
- Đưa xương mào chậu trực tiếp vào vùng nhồi máu

Kết quả sau 5 năm là như nhau: độ II (85%), độ III (71%) còn sử dụng tốt.[1]

Khi chỏm xương đùi bị xẹp ta có thể thay chỏm Bipolar hoặc thay khớp háng toàn phần. Thay chỏm Bipolar cần có sự nguyên vẹn của ổ cối. Có nhiều nghiên cứu cho thấy ưu điểm của Bipolar là không thuyết phục. Điều này thể hiện ở người trẻ hoạt động nhiều dẫn đến tổn thương ổ cối xuất hiện trên X quang. Vì vậy thay khớp háng toàn phần thường được dùng cho người trẻ và lựa chọn khớp háng thật thích hợp là quan trọng. Phổ biến hiện nay ưu tiên dùng khớp háng toàn phần không xi măng. Có đến 96% sau năm năm vẫn dùng tốt.[3]

V. KẾT LUẬN: HTVKCXĐ khởi phát lúc đầu âm thầm và là hậu quả của thời còn trẻ. Khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng thì tổn thương hoại tử tiến triển mức độ nhanh đến thời điểm can thiệp phẫu thuật là cần thiết. Bác sĩ phải điều trị thật sớm mới có hiệu quả với cố gắng bảo vệ sự nguyên vẹn của chỏm xương đùi. một khớp háng thật dùng vẫn lâu hơn một khớp háng nhân tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. JR Urbaniak, PG Coogan(1997), "Treatment of osteonecrosis of the femoral head with free vascularized fibular grafting. A long-term follow-up study of one hundred and three hips", *The Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol 77, Issue 5 681-694.
2. JR Urbaniak, Liberman JR (2003), "Osteonecrosis of the hip: management in the 21st century", *The Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol 78, Issue 2 623-641.
3. Susumu M.D , Masanobu M.D (1989), "Long-Term Results of Total Hip Arthroplasty for Osteonecrosis of the Femoral Head: A Comparison With Osteoarthritis", *Clinical Orthopaedics & Related Research*. 244:198-207.
4. ME Steinberg, GD Hayken, and DR Steinberg,(1995) " A quantitative system for staging avascular necrosis", *Journal of Bone and Joint Surgery - British Volume*, Vol 77-B, Issue 1, 34-41.