

**LIÊN QUAN GIỮA TRƯỢT ĐÓT SỐNG THẮT LƯNG
VÀ VEO CỘT SỐNG Ở TRẺ EM: CẬP NHẬT Y VĂN VÀ CA LÂM SÀNG**

Trịnh Minh Giám¹, Võ Quang Đình Nam^{2}*

1. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

2. Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình

*Email: namvqd@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/10/2023

Ngày phản biện: 13/11/2023

Ngày duyệt đăng: 20/11/2023

TÓM TẮT

Trượt đốt sống là tình trạng trượt đốt sống phía trên so với đốt sống phía dưới. Đây là một bệnh lý hay gặp ở vùng thắt lưng. Sự xuất hiện trượt đốt sống đi kèm với veo cột sống ở trẻ em đã được đề cập trong y văn với tỷ lệ khoảng 4% - 8% và tần suất xuất hiện hai tổn thương này trên cùng một bệnh nhân khoảng 15% - 43%. Cho đến nay vẫn còn nhiều tranh luận cũng như chưa có một phác đồ điều trị tốt nhất cho tổn thương này. Chúng tôi xin phép được chia sẻ cập nhật y văn và một trường hợp lâm sàng điển hình mà chúng tôi đã phẫu thuật trong thời gian qua.

ABSTRACT

**SPONDYLOLISTHESIS ASSOCIATED WITH SCOLIOSIS
IN CHILDREN: LITERATURE REVIEW AND CASE REPORTS**

Trịnh Minh Giám¹, Võ Quang Đình Nam^{2}*

1. Phạm Ngọc Thạch University of Medicine

2. Hospital for Traumatology and Orthopaedics

Spondylolisthesis is the slippage of of a vertebral body with the adjacent one below. This disorder is a relative common at the lumbar spine. Scoliosis in children having spondylolisthesis has been mentioned in literature with the prevalence of 4% - 8% and the incidence of scoliosis associated with spondylolisthesis is about 15% - 43%. However, there is a lot of controversies and no consensus about the optimal treatment for these deformities. We would like to update the literature review and share an interesting case done surgery by our teamwork.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ trượt đốt sống xuất phát từ tiếng Hy Lạp (spondylo: đốt sống, olisthesis: trượt), được mô tả lần đầu tiên vào năm 1782 bởi Herbiniaux – một bác sĩ Sản khoa người Bỉ, nhằm miêu tả sự trượt của đốt sống phía trên so với đốt sống phía dưới [1], [2], [3]. Đây là tình trạng bệnh lý hay gặp ở vùng thắt lưng với tỷ lệ khoảng 5-7% [4]. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là đau lưng, đau chân, đau theo rễ thần kinh cách hồi, hoặc dáng đi cúi người. Các phương tiện cận lâm sàng thường được dùng để chẩn đoán tổn thương này là: X-quang, MRI, CT scans, xạ hình xương (bone scans). Có nhiều phân loại được đưa ra cho trượt đốt sống nhưng hiện tại hai phân độ thường được dùng trong nghiên cứu cũng như thực hành lâm sàng là phân độ của Meyerding (dựa vào mức độ trượt đốt sống) với 5 loại: loại I (dưới 25%), loại II (25 – 50%), loại III (50 – 75%), loại IV (75 – 100%), loại V (trên 100%) và phân độ của Wiltse-Winter (dựa vào nguyên nhân) với 6 loại: loại I (loạn sản – bẩm sinh),

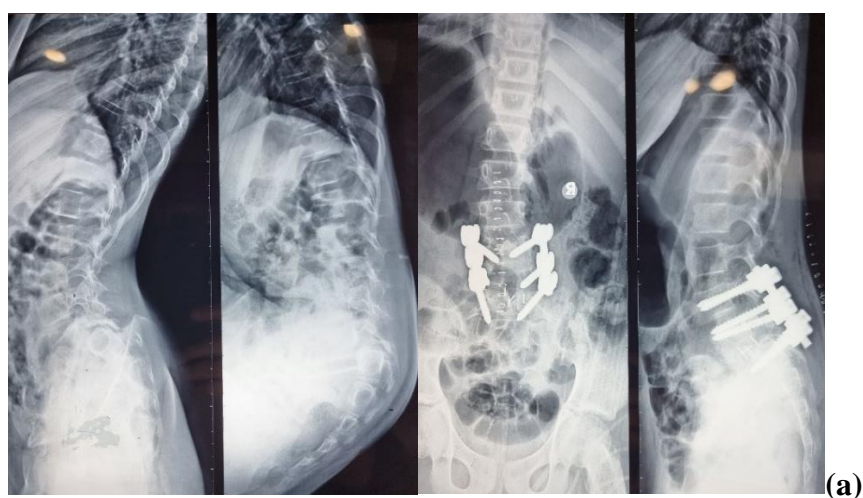
loại II (tổn thương eo), loại III (thoái hóa), loại IV (chấn thương), loại V (ung thư), loại VI (tai biến phẫu thuật) [3], [5].

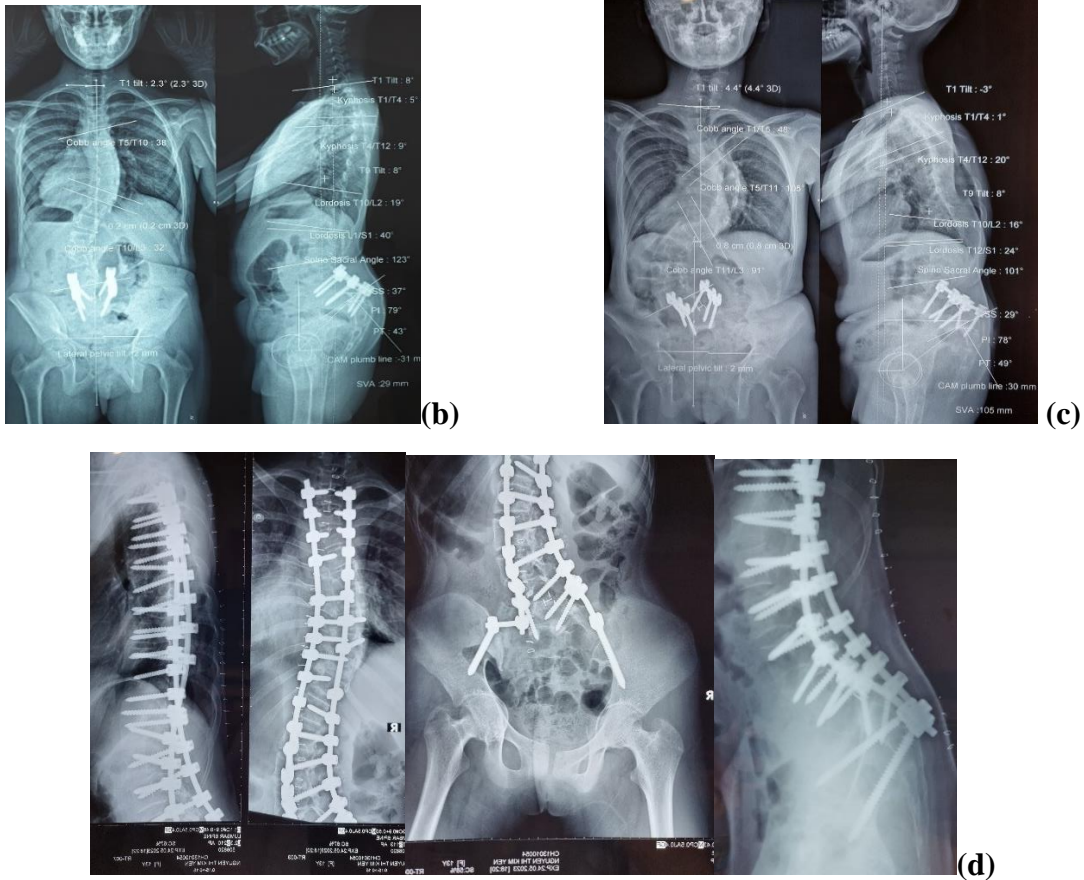
Thuật ngữ cong vẹo cột sống xuất phát từ tiếng Hy Lạp, được sử dụng lần đầu tiên bởi Galen (131 – 201, sau công nguyên). Ngày nay, vẹo cột sống được định nghĩa là sự di lệch sang bên lớn hơn 10^0 so với trục dọc bình thường của cột sống. Mỗi liên quan của vẹo cột sống và trượt đốt sống đã được đề cập đến trong y văn với tần suất thường gặp khác nhau: trượt đốt sống mức độ thấp có hoặc không kèm theo vẹo cột sống là 4.4 – 7.8% và trượt đốt sống mức độ cao kèm theo vẹo cột sống là 0.46% so với toàn dân số, tần suất vẹo cột sống ở bệnh nhân có trượt đốt sống là 15 – 43% (theo Seitsalo là 48%) [3], [6]. Hiện tại vẫn còn nhiều tranh luận cũng như chưa có một phân loại rõ ràng hoặc một phác đồ điều trị cụ thể cho các bệnh nhi vẹo cột sống kèm theo trượt đốt sống, do vậy chúng tôi muốn chia sẻ cập nhật y văn về bệnh lý này và một ca lâm sàng mà chúng tôi đã gặp trong quá trình làm lâm sàng.

II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Trong quá trình điều trị lâm sàng, chúng tôi đã khám và điều trị nhiều trường hợp trượt đốt sống kèm vẹo cột sống dựa theo những cập nhật từ y văn. Chúng tôi xin chia sẻ một ca lâm sàng điển hình mà chúng tôi đã khám, theo dõi và thực hiện phẫu thuật điều trị.

Bệnh nhân nữ 8 tuổi đến khám vào tháng 6/2018 vì đau lưng kèm tê 2 chân, co rút gân cơ khoeo hai bên, đại tiểu tiện tự chủ, không tăng phản xạ gân xương, hình ảnh X-quang và MRI cột sống thắt lưng cho thấy trượt độ IV ở L5-S1 và chèn ép rễ thần kinh L5 hai bên, không có vẹo cột sống (phim X-quang thẳng bị thất lạc). Bệnh nhân đã được phẫu thuật giải ép và hàn đốt sống lồi sau L4-S1 (hình 1a). Đến tháng 5/2020, bệnh nhân tái khám và được phát hiện vẹo cột sống (T5-T10: 38^0 , T10-L3: 32^0) (hình 1b) nhưng không có triệu chứng về chèn ép thần kinh. Sau đó, bệnh nhân không tái khám vì tình hình dịch Covid 19 bùng phát. Đến tháng 5/2023 thì vẹo cột sống tiến triển nặng hơn (T1-T5: 48^0 , T5-T11: 105^0 , T11-L3: 91^0) (hình 1c) và đã được phẫu thuật nắn chỉnh hàn cột sống lồi sau từ ngực 2 đến cánh chậu (hình 1d), tình trạng sau mổ của bệnh nhân tiến triển tốt và không có biến chứng.





Hình 1: trượt đốt sống L5-S1 độ IV và đã được phẫu thuật giải ép, hàn cột sống lõi sau L4-S1 (a), vẹo cột sống T5-T10: 38° , T10-L3: 32° (b), vẹo cột sống tiến triển nặng T1-T5: 48° , T5-T11: 105° , T11-L3: 91° (c) và đã được phẫu thuật nắn chỉnh hàn cột sống lõi sau từ ngực 2 đến cánh chậu (d)

III. BÀN LUẬN

Mặc dù hiện tại vẫn chưa có phân loại hay phác đồ điều trị chuẩn cho bệnh lý này, nhưng đa số các tác giả có xu hướng ủng hộ quan điểm như sau:

Phân loại vẹo cột sống ở bệnh nhân trượt đốt sống: Có 3 loại

Loại I (vẹo cột sống vô căn): đối với loại này thì tổn thương vẹo cột sống và trượt đốt sống là hai bệnh lý riêng biệt, thường gặp ở vùng cột sống cao như cột sống ngực hoặc ngực – thắt lưng và vị trí đốt sống bị xoay nhiều nhất là tại đỉnh của đường cong vẹo cột sống.

Loại II (vẹo trượt xoay đốt sống): do tổn thương khuyết eo đốt sống, hay gặp ở vùng thắt lưng, đốt sống bị xoay nhiều hơn so với các trường hợp vẹo cột sống có cùng độ vẹo và xoay nhiều nhất là ở đốt sống bị khuyết eo chứ không phải tại đỉnh của đường cong vẹo cột sống.

Loại III (vẹo cột sống để giảm đau): trong loại này, trượt đốt sống gây ra chèn ép thần kinh do đó tình trạng vẹo cột sống thường là thứ phát để giảm đau, vẹo lâu ngày có thể dẫn đến co thắt cơ ở phía lõm hoặc làm cột sống ít mềm dẻo. Loại này thường biểu

hiện với cơ rút cơ khoeo, mất cân bằng ở mặt phẳng trán và đốt sống rất ít hoặc không bị xoay [3], [4], [7].

Chiến lược điều trị vẹo cột sống ở bệnh nhân trượt đốt sống:

Cần đánh giá toàn bộ cột sống đối với bệnh nhi vẹo trượt cột sống, đặc biệt là các bệnh nhi có trượt đốt sống.

Dùng X-quang với tư thế: thẳng (cho bệnh nhân đứng và nằm), nghiêng, nghiêng trái và phải để xác định đường cong vẹo cột sống còn mềm dẻo hay cứng. Ngoài ra, MRI và CT scans sẽ giúp đánh giá mức độ chèn ép thân kinh cũng như các bất thường về giải phẫu: loạn sản máu khớp, xương cùng hình vòm, khuyết eo, dài eo do bẩm sinh hoặc mắc phải, bất thường phần sau của đốt sống, ...

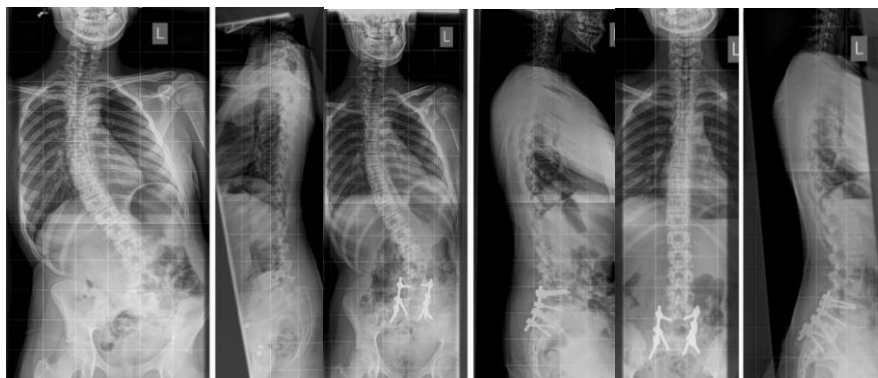
Chọn lựa điều trị phù hợp đối với vẹo cột sống ở bệnh nhân có trượt đốt sống mức độ cao (độ III trở lên):

Loại I (vẹo cột sống vô căn): điều trị từng tổn thương riêng biệt tùy thuộc độ nặng của tổn thương trên từng bệnh nhân cụ thể. Nếu cả hai tổn thương đều có chỉ định phẫu thuật thì sẽ can thiệp cả hai trong phẫu thuật 1 thì hoặc 2 thì, nhưng đa số tác giả muốn hàn thắt lưng – cùng trước tiên để theo dõi tiến triển của vẹo cột sống, đồng thời giảm nguy cơ biến chứng khi can thiệp cả hai tổn thương trong 1 lần phẫu thuật cũng như can thiệp quá mức đối với bệnh nhi.

Loại II (vẹo trượt xoay đốt sống): hàn thắt lưng – cùng trước tiên và theo dõi tiến triển của vẹo cột sống, đa số các trường hợp vẹo cột sống đều có tiến triển tốt sau 1 năm theo dõi.

Loại III (vẹo cột sống để giảm đau): hàn thắt lưng – cùng nên được thực hiện sớm vì tình trạng vẹo cột sống có sự tự bình chỉnh cao (đối với vẹo cột sống mềm dẻo và không có xoay đốt sống), đồng thời giảm nguy cơ thất bại trong bình chỉnh vẹo cột sống do cơ thắt cơ lâu ngày gây cứng cột sống. Sự thay đổi cấu trúc đường cong hoặc xoay đốt sống là yếu tố quan trọng để tiên lượng việc can phẫu thuật nắn chỉnh vẹo cột sống hay không [4], [6], [7].

Đối với vẹo cột sống kèm trượt đốt sống độ I (theo Meyerding) thì cần can thiệp vào vẹo cột sống và theo dõi tiến triển của trượt đốt sống [8].



(a)

(b)

(c)

Hình 2 (minh họa từ y văn): Bệnh nhân nữ 12 tuổi bị trượt đốt sống độ IV (có đau lưng và đau rễ thần kinh L5 lan xuống hai chân) kèm vẹo cột sống (T6-L1: 36°, L2-S1: 44°) đã được

mở lối sau để giải ép L5-S1 và cố định bằng vít chân cung L4-S2 (a), tình trạng vẹo cột sống vẫn còn sau mổ 6 tháng (b) và biến mất sau 14 tháng (c) [6]

Trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi thì tổn thương trượt đốt sống và vẹo cột sống là hai tổn thương riêng biệt vì được khám phát hiện và điều trị ở hai thời điểm khác nhau. Do vậy, chúng tôi có thể phân loại ca này thuộc vào loại I (vẹo trượt đốt sống vô căn) và can thiệp vào từng tổn thương theo từng giai đoạn. Tuy nhiên, vì lý do khách quan lẫn chủ quan nên bệnh nhân không được theo dõi một cách chặt chẽ để có thể can thiệp sớm hơn cũng như có thể hạn chế số tầng đốt sống cần được hàn. Hy vọng trong tương lai, chúng ta sẽ có được thêm nhiều nghiên cứu hơn nữa để có 1 phác đồ chuẩn cho điều trị tổn thương này.

IV. KẾT LUẬN

Mặc dù vẹo cột sống kèm theo trượt đốt sống cần phải có thêm nhiều nghiên cứu sâu hơn nữa để có một phác đồ chuẩn cho bệnh lý này trong tương lai, nhưng với những kiến thức cập nhật được thì chúng ta cần có một số lưu ý như sau: **Thứ nhất**, khi gặp bệnh nhi trượt đốt sống thì cần khám và theo dõi toàn bộ cột sống để hạn chế bỏ sót tiến triển vẹo cột sống. **Thứ hai**, các phương tiện cận lâm sàng như: X-quang, MRI và CT scans là những phương tiện hỗ trợ cần thiết cho chẩn đoán cũng như lên kế hoạch điều trị. **Thứ ba**, đối với trượt mức độ cao (độ III trở lên) kèm theo vẹo cột sống thì ưu tiên phẫu thuật hàn thắt lưng cùng trước tiên, sau đó theo dõi và can thiệp đối với vẹo cột sống khi có chỉ định. Đối với trượt đốt sống mức độ thấp (độ I) kèm theo vẹo cột sống thì phẫu thuật điều trị vẹo cột sống khi có chỉ định nên làm trước tiên, còn tổn thương trượt đốt sống thì chỉ cần theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Burke, C.J., et al., Spondylolisthesis: a pictorial review. *British Journal of Hospital Medicine*, 2012. 73(12): 691-695, doi:10.12968/hmed.2012.73.12.691
2. Jeon, C., et al., Degenerative retrolisthesis: is it a compensatory mechanism for sagittal imbalance? *The bone & joint journal*, 2013. 95(9): 1244-1249, doi:10.1302/0301-620X.95B9.31237
3. Vialle, L., *AOSpine Masters Series*, Volume 9: Pediatric Spinal Deformities. 2017: Georg Thieme Verlag.
4. Pneumaticos, S.G. and S.I. Esses, Scoliosis associated with lumbar spondylolisthesis: a case presentation and review of the literature. *The Spine Journal*, 2003. 3(4): 321-324, doi:10.1016/S1529-9430(03)00026-3
5. Gagnet, P., et al., Spondylolysis and spondylolisthesis: A review of the literature. *Journal of Orthopaedics*, 2018. 15(2): 404-407, doi:10.1016/j.jor.2018.03.008
6. Srivastava, A., E. Bayley, and B.M. Boszczyk, The management of high-grade spondylolisthesis and co-existent late-onset idiopathic scoliosis. *European Spine Journal*, 2016. 25: 3027-3031, doi:10.1007/s00586-014-3519-0
7. Seitsalo, S., K. Osterman, NhiNhand M. Poussa, Scoliosis associated with lumbar spondylolisthesis. A clinical survey of 190 young patients. *Spine*, 1988. 13(8): 899-904, doi:10.1097/00007632-198808000-00005
8. Duarte, M.P., et al., Is quality of life after surgery for adolescent idiopathic scoliosis affected by the presence of a concomitant low-grade isthmic spondylolisthesis non-surgically treated? A retrospective cohort study. *European Spine Journal*, 2022. 31(11): 3042-3049, doi:10.1007/s00586-022-07281-0