

ĐÁNH GIÁ PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY U SỢI MẠCH VÒM MŨI HỌNG

Nguyễn Minh Hào Hớn^{1,2}, Trần Việt Luân¹,
Trần Việt Hồng¹, Nguyễn Thanh Hải²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị u sợi mạch vòm mũi họng, tập trung vào các tiêu chí lấy sạch u đại thể, kiểm soát lượng máu mất, biến chứng, theo dõi sau phẫu thuật và tỷ lệ tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả thực hiện trên 31 bệnh nhân tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. HCM từ tháng 7/2019 đến tháng 7/2024. Các bệnh nhân được đánh giá giai đoạn bệnh theo phân độ Andrews và UPMC. **Kết quả:** Theo phân độ Andrews, giai đoạn II chiếm nhiều nhất với 64,5% bệnh nhân; phân độ UPMC giai đoạn I chiếm nhiều nhất, với 41,9%. 80,7% bệnh nhân được tắc mạch trước phẫu thuật. Tất cả các ca phẫu thuật đều thành công, với lượng máu mất trung bình 569,4 ml; 6 bệnh nhân cần truyền máu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lượng máu mất giữa các giai đoạn UPMC ($p = 0,045$). Thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày. Theo dõi qua CT sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ tái phát là 19,4% (6 trường hợp). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cho thấy hiệu quả cao, tránh được sẹo ngoài và biến dạng sọ mặt, giúp kiểm soát khối u lan rộng, đồng thời giảm thời gian phục hồi và thời gian nằm viện. **Từ khóa:** u sợi mạch vòm mũi họng, phẫu thuật nội soi mũi xoang, phân loại Andrews, phân loại UPMC, tắc mạch trước phẫu thuật

SUMMARY

OUTCOMES OF ENDOSCOPIC EXCISION OF JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

Objective: To evaluate the effectiveness of endoscopic surgery in treating nasopharyngeal angiofibroma, focusing on criteria of complete gross tumor resection, blood loss control, complications, postoperative follow-up, and recurrence rate. **Methods:** A descriptive study conducted on 31 patients at the Ho Chi Minh City Ear, Nose, and Throat Hospital from July 2019 to July 2024. The patients were staged according to the Andrews and UPMC classifications. **Results:** According to the Andrews classification, stage II accounted for the highest proportion with 64.5% of patients; in the UPMC classification, stage I was most common, with 41.9%. 80.7% of patients underwent preoperative embolization. All surgeries were successful, with an average blood loss of 569.4 ml; 6 patients required blood transfusion. There was a statistically significant difference in blood loss among the UPMC stages ($p =$

0.045). The average hospital stay was 5 days. Postoperative CT follow-up showed a recurrence rate of 19.4% (6 cases). **Conclusion:** Endoscopic surgery demonstrated high effectiveness, avoiding external scars and facial deformities, helping control tumor spread, and reducing recovery time and hospital stay.

Keywords: nasopharyngeal angiofibroma, endoscopic sinus surgery, Andrews staging system, UPMC staging system, preoperative embolization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sợi mạch vòm mũi họng là một khối u lành tính hiếm gặp nhưng có khả năng tăng sinh mạch máu mạnh mẽ, chỉ xảy ra ở nam giới, thường gặp trong độ tuổi từ 8 đến 25, chiếm khoảng 0,05-0,5% trong tổng số các khối u vùng đầu cổ. Trước đây, phẫu thuật loại bỏ u sợi mạch vòm mũi họng chủ yếu được thực hiện qua các đường mổ như cạnh mũi, đường lật găng, dưới môi và trước tai. Các phương pháp này thường dẫn đến sẹo ngoài mặt thẩm mỹ và ảnh hưởng đến sự phát triển khuôn mặt ở những bệnh nhân trẻ tuổi do phải khoan cắt xương¹.

Trong hơn một thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi đã có những bước tiến đáng kể, cung cấp một phẫu trường rõ ràng, giúp tránh các đường mổ xương vùng hàm mặt, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ biến chứng cũng như tái phát. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng tắc mạch trước phẫu thuật giúp giảm đáng kể lượng máu mất trong phẫu thuật và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình loại bỏ khối u. Tuy nhiên, trong các trường hợp khối u ở giai đoạn sớm, việc tắc mạch có thể không cần thiết để hạn chế nguy cơ biến chứng và giảm chi phí điều trị².

U sợi mạch vòm mũi họng là một khối u hiếm gặp, thường gây ra nhiều thách thức cho phẫu thuật viên, đặc biệt là trong việc kiểm soát lượng máu mất và xử lý khối u ở những vị trí khó. Do vậy, chưa có nhiều nghiên cứu về việc phẫu thuật nội soi lấy khối u này tại Việt Nam. Trong bối cảnh đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả và ghi nhận những thuận lợi và khó khăn của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị u sợi mạch vòm mũi họng, từ đó đóng góp thêm thông tin và kinh nghiệm về bệnh lý phức tạp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Những trường hợp u sợi mạch vòm mũi họng được phẫu thuật lấy u qua nội soi mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hào Hớn

Email: drhaohon@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

TP.HCM từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 7 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được chẩn đoán u sợi mạch vòm mũi họng có chỉ định phẫu thuật qua nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh và có kết quả giải phẫu bệnh là u sợi mạch vòm mũi họng sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân dị ứng với thuốc cản quang
- Các bệnh nhân có bệnh lý nội khoa có nguy cơ cao không chịu đựng cuộc phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả từng trường hợp bệnh.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện thỏa tất cả các trường hợp thỏa về tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 7/2019 đến tháng 7/2024.

Quy trình tiến hành nghiên cứu. Dữ liệu về nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi, CT scan có cản quang, đặc điểm mạch máu nuôi u, lượng máu mất trong phẫu thuật, các trường hợp truyền máu trong và sau phẫu thuật, biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian nằm viện, thông tin theo dõi sau phẫu thuật (qua nội soi và CT scan), được ghi nhận. Khối u được phân giai đoạn dựa vào phân độ Andrews và phân độ UPMC (Bảng 1).

Bảng 3. Phân độ giai đoạn u sợi mạch vòm mũi họng theo Andrews và UPMC³.

Phân độ	Giai đoạn				
	I	II	III	IV	V
Andrews	Giới hạn ở vòm họng	Xâm lấn vào hố chân bướm khẩu cái hoặc xoang hàm, xoang sàng, hoặc xoang bướm, có dấu hủy xương	Xâm lấn vào hố dưới thái dương hoặc hốc mắt IIIA: Không xâm lấn nội sọ IIIB: Xâm lấn ngoài màng cứng (vùng quanh hố yên)	Khối u xâm lấn nội sọ IVA: Không xâm lấn xoang hang, hố yên IVB: Xâm lấn xoang hang, hố yên	/
UPMC	U còn giới hạn vùng mũi hầu, phần trong của hố chân bướm khẩu cái	Lan vào các xoang cạnh mũi, phần ngoài của hố chân bướm khẩu cái, mạch máu nuôi u được tắc hoàn toàn	U xâm lấn sàn sọ, ổ mắt, hố dưới thái dương, mạch máu nuôi u được tắc hoàn toàn.	U xâm lấn sàn sọ, ổ mắt, hố dưới thái dương, còn tồn lưu mạch máu nuôi u sau tắc mạch.	U xâm lấn nội sọ, chủ yếu nằm phía trong, còn tồn lưu mạch máu nuôi u sau tắc mạch. M: u xâm lấn vào trong; L: u xâm lấn ra ngoài

Dùng kiểm định tương quan Spearman để đánh giá sự khác biệt về lượng máu mất giữa các giai đoạn u. Tất cả các giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Phân tích dữ liệu được thực hiện thông qua phần mềm IBM SPSS Statistics 26.

Theo dõi sau phẫu thuật. Bệnh nhân được tái khám tại phòng nội soi mũi xoang sau phẫu thuật 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm và sau 2 năm. Tất cả các trường hợp đều được chụp CT scan ít nhất 1 năm sau phẫu thuật. Những trường hợp nội soi theo dõi có nghi ngờ còn sót u hoặc tái phát u sẽ được chụp CT scan. Nếu bệnh nhân không có triệu chứng sẽ được theo dõi và chụp lại CT scan từ 3 – 6 tháng. Nếu bệnh nhân có triệu chứng và ghi nhận u gia tăng kích thước nhanh trên CT scan sẽ được phẫu thuật lại.

Vấn đề y đức. Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh chấp thuận. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về quy

trình và đã đồng ý bằng văn bản tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 5 năm từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 7 năm 2024, nghiên cứu của chúng tôi đã bao gồm 31 bệnh nhân nam, độ tuổi từ 12 đến 39 tuổi, với tuổi trung bình là 19,3. Triệu chứng chính của bệnh nhân bao gồm nghẹt mũi (80,6%), chảy máu mũi (77,4%) và ù tai (32,3%). Các triệu chứng hiếm gặp hơn bao gồm nhức đầu và đau tức hốc mắt, đều chiếm 12,9%.

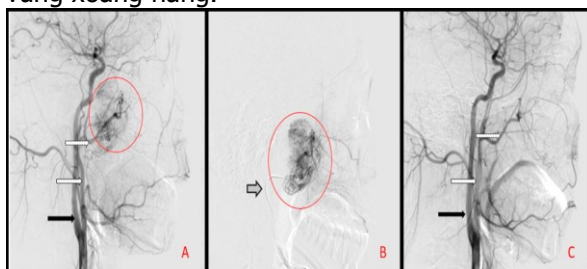
Đặc điểm của u trên nội soi và CT scan.

Có 93,5% bệnh nhân (29/31) có hình ảnh u sợi mạch vòm mũi họng điển hình trên nội soi và CT scan, cho phép chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật. Hai trường hợp còn lại có hình ảnh không điển hình, ban đầu được chẩn đoán là u mũi xoang và ung thư vòm. Trên CT scan, tất cả 31 trường hợp đều ghi nhận khối u xuất phát từ cửa mũi sau tại lỗ bướm khẩu cái. Sự xâm lấn của khối u xuống vòm hầu và hố chân bướm khẩu cái là phổ biến nhất, lần lượt chiếm 90,3% và

74,2%. Khối u cũng lan vào các cấu trúc khác như xoang bướm (61,3%), hốc mũi (71%), xoang sàng (22,6%), và hố dưới thái dương (19,4%). Lan vào khe dưới ổ mắt và xoang hang có tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 16,1% và 9,7%.

Khảo sát mạch máu nuôi u và phân độ khối u. Trong số 31 bệnh nhân, 25 người (80,6%) được chụp mạch máu xóa nền (DSA) và tiến hành tắc mạch trước phẫu thuật. Chụp mạch cho thấy có 7 nhánh động mạch tham gia cung cấp máu cho khối u, trong đó động mạch hàm trong là nguồn cung cấp phổ biến nhất, đóng vai trò chính trong 44% trường hợp (11/25). Trong số này, 4 bệnh nhân có khối u nhận máu từ cả hai bên động mạch hàm trong. Ngoài ra, 24% bệnh nhân nhận máu từ cả động mạch hàm trong và các nhánh khác của động mạch cảnh ngoài. Tổng cộng, 88% trường hợp chỉ nhận máu từ hệ thống động mạch cảnh ngoài. Đáng chú ý, có 5 bệnh nhân (16,1%) nhận nguồn máu trực tiếp từ động mạch cảnh trong, trong đó có một trường hợp nhận máu từ cả hai bên động mạch cảnh ngoài. Ba trường hợp (12%) được ghi nhận có sự cấp máu từ nhánh của động mạch cảnh trong.

Theo phân độ Andrews, giai đoạn I chiếm 16,1% (5 trường hợp), giai đoạn II chiếm 64,5% (20 trường hợp), giai đoạn IIIA chiếm 6,5% (2 trường hợp), giai đoạn IIIB chiếm 9,7% (3 trường hợp) và giai đoạn IVB chiếm 3,2% (1 trường hợp). Theo phân độ UPMC, giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,9% (13/31), tiếp theo là giai đoạn II với 38,7% (12/31), giai đoạn III có 6,5% (2/31), giai đoạn IV có 3,2% (1 trường hợp) và giai đoạn V chiếm 9,7% (3/31). Trong giai đoạn V, có một trường hợp thuộc giai đoạn VL với khối u lan ra ngoài hố sọ giữa và hai trường hợp thuộc giai đoạn VM với khối u lan vào vùng xoang hang.



Hình 3. Một trường hợp khối u được cấp máu từ động mạch hàm trong cùng bên. (A) Hình chụp động mạch cảnh ngoài trước tắc mạch; (B) Hình siêu chọn lọc động mạch hàm trong với microcatheter; (C) Hình chụp sau tắc mạch cho thấy mạch máu nuôi u đã được tắc hoàn toàn (mũi tên đen: động mạch cảnh trong;

mũi tên trắng: động mạch cảnh ngoài; mũi tên rời: động mạch hàm trong; mũi tên xám: microcatheter trong động mạch hàm trong; vòng tròn đỏ: vùng mạch máu nuôi u).

Đặc điểm về phẫu thuật. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là 569,4 ml, dao động từ 100 ml đến 3000 ml. Trong quá trình phẫu thuật, 21 trường hợp có lượng máu mất dưới 500 ml, 5 trường hợp mất từ 500-1000 ml, và 5 trường hợp mất hơn 1000 ml. Có 6 bệnh nhân cần truyền máu trong và sau phẫu thuật. Phân tích cho thấy có mối tương quan ý nghĩa thống kê giữa lượng máu mất và giai đoạn u theo phân độ UPMC ($p = 0,045$), trong khi phân độ Andrews không cho thấy sự tương quan có ý nghĩa giữa giai đoạn và lượng máu mất ($p = 0,061$).

Bảng 2. Lượng máu mất trung bình của các giai đoạn u

	Lượng máu mất trung bình (ml)					p*
	I	II	IIIA	IIIB	IVB	
Phân độ Andrews	300	512,5	425	1616,7	200	0,061
Phân độ UPMC	396,2	550	450	700	1433,3	0,045

* Kiểm định tương quan Spearman

Biến chứng và theo dõi sau phẫu thuật.

Trong quá trình phẫu thuật, có một trường hợp (giai đoạn IIIA theo Andrews; IV theo UPMC) bị chảy dịch não tủy và đã được vá thành công bằng phương pháp nhiều lớp. Không có trường hợp nào gặp biến chứng nghiêm trọng hoặc chảy máu sau phẫu thuật cần phải can thiệp. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là 17,8 tháng, dao động từ 3 tháng đến 54 tháng. Sau 3 tháng, phần lớn hồ mổ còn đóng vảy và cần bơm rửa tích cực; sau 6 tháng, hồ mổ đã khô, không có sẹo dính gây bất tắc xoang. Có 6 trường hợp tái phát (19,4%), bao gồm 2 trường hợp tái phát ở vùng mỏm chân bướm ngoài, 1 trường hợp ở mảnh giao chân bướm và 3 trường hợp ở xoang hang.

IV. BÀN LUẬN

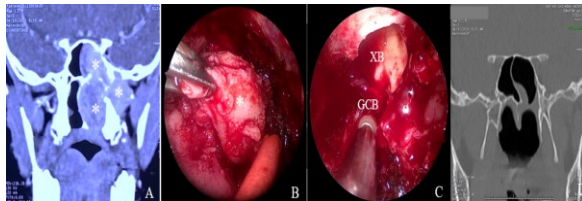
Phẫu thuật nội soi u sợi mạch vòm mũi họng hiện được coi là phương pháp điều trị ưu tiên nhờ cung cấp phẫu trường rõ ràng, kiểm soát tốt lượng máu mất và giảm thiểu biến chứng so với phẫu thuật mở. Sự phát triển của công nghệ và dụng cụ phẫu thuật giúp tránh các đường mở xương hàm mặt, giảm nguy cơ biến dạng sọ mặt, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị. Nội soi cho phép phẫu thuật viên tiếp cận và bóc tách khối u hiệu quả, kể cả ở các khu vực phức tạp¹.

Kỹ thuật mổ bốn tay của Robinson và Wormald đã chứng minh hiệu quả cao trong phẫu

thuật nội soi bóc tách u sợi mạch vòm mũi họng. Phẫu thuật viên chính điều khiển ống nội soi và cắt đốt, trong khi người phụ hỗ trợ kéo u và hút máu, duy trì phẫu trường rõ ràng. Kỹ thuật này đã được áp dụng thành công trong tất cả các trường hợp của chúng tôi, cho phép loại bỏ hoàn toàn khối u mà không cần đường mổ ngoài⁴.

Đối với các khối u lớn (giai đoạn IIIA theo Andrews và III theo UPMC trở lên), việc bóc tách trở nên phức tạp hơn do khối u lan rộng vào hố dưới thái dương, khe dưới ổ mắt và nội sọ, dẫn đến tình trạng chảy máu nhiều. Để kiểm soát, chúng tôi tiến hành cắt phân đoạn khối u, tạo không gian giúp dễ dàng xác định và bóc tách các phần còn lại. Kỹ thuật này, được Khalifa ủng hộ, bao gồm cắt khối u từ phần bám ở cửa mũi sau đến lỗ bướm khẩu cái và vòm họng. Sau khi lấy phần u này ra khỏi mũi, chúng tôi tiếp tục bóc tách phần còn lại trong xoang bướm (nếu có), rồi đến phần u ở thành ngoài hố chân bướm khẩu cái, hố dưới thái dương và khe ổ mắt⁵. Trong những trường hợp chảy máu nhiều, chúng tôi yêu cầu ê kíp gây mê hạ huyết áp chủ động xuống dưới 100/70 mmHg và chèn surgical hoặc meche tẩm adrenaline, chờ khoảng 5 phút. Sau đó, chúng tôi tiến hành kiểm soát các điểm chảy máu bằng dụng cụ đốt điện lưỡng cực hoặc đơn cực.

Tắc mạch trước phẫu thuật là biện pháp hiệu quả để giảm lượng máu mất và hỗ trợ phẫu trường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 80,6% bệnh nhân đã thực hiện tắc mạch, nhưng có 3 trường hợp không thể tắc mạch hoàn toàn do các nhánh từ động mạch cảnh trong, làm tăng nguy cơ biến chứng như thuyên tắc mạch não hoặc tắc động mạch võng mạc trung tâm. Theo Gargula, việc không tắc hoàn toàn các nhánh này không ảnh hưởng đáng kể đến lượng máu mất hoặc tỷ lệ tái phát⁶. Điều này phù hợp với kết quả của chúng tôi, khi 6 trường hợp giai đoạn I không tắc mạch vẫn được phẫu thuật thành công, với lượng máu mất dao động từ 150 ml đến 900 ml.



Hình 2. Khối u sợi mạch vòm mũi họng (giai đoạn IIIA theo Andrews và III theo UPMC) bên trái lan vào xoang bướm, hố dưới thái dương và khe dưới ổ mắt. (A) Hình ảnh CT scan trước phẫu thuật; (B) Bóc tách khối u khỏi hố dưới thái dương; (C) Khoan mài mảnh giao chân bướm để

hạn chế tái phát; (D) CT scan sau phẫu thuật 14 tháng (dấu sao: khối u, XB: xoang bướm, GCB: mảnh giao chân bướm).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng cả phân độ Andrews và UPMC cho tất cả 31 trường hợp để có cái nhìn toàn diện về giai đoạn khối u. Phân độ UPMC được chọn vì có sự hỗ trợ của kỹ thuật tắc mạch, giúp đánh giá mạch máu và xác định các nhánh không thể tắc, hỗ trợ phẫu thuật viên trong lập kế hoạch chi tiết. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn chọn phân độ Andrews do tính phổ biến trong lâm sàng, giúp dễ dàng so sánh kết quả với các nghiên cứu trước. Kết quả cho thấy có mối tương quan ý nghĩa giữa lượng máu mất và giai đoạn theo phân độ UPMC ($p = 0,045$), trong khi phân độ Andrews không có mối tương quan này ($p = 0,061$). Điều này gợi ý rằng UPMC có thể dự đoán lượng máu mất chính xác hơn, đặc biệt ở các khối u giai đoạn muộn. Tuy nhiên, cần thêm các nghiên cứu lớn để xác nhận vai trò của mỗi hệ thống phân độ trong dự đoán lượng máu mất.

Tái phát sau phẫu thuật là thách thức lớn trong điều trị u sợi mạch vòm mũi họng, với tỷ lệ dao động từ 3% đến 35%, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như độ tuổi, tình trạng mạch máu còn sót sau tắc mạch, hướng lan và kích thước khối u, lượng máu mất, giai đoạn bệnh, rìa phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật và các liệu pháp hỗ trợ. Lopez và cộng sự khuyến nghị kiểm tra định kỳ sau phẫu thuật mỗi 3 tháng, 6 tháng và 1 năm để phát hiện sớm tái phát¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tái phát là 19,4% (6/31 trường hợp).

Phương pháp phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát tỷ lệ tái phát. Boghani ghi nhận tỷ lệ tái phát thấp nhất ở các bệnh nhân phẫu thuật nội soi đơn thuần (4,7%), so với phẫu thuật kết hợp (20,6%) và phẫu thuật mở (22,6%). Carrau và Hackman cũng ghi nhận tỷ lệ tái phát trong nhóm phẫu thuật nội soi thấp hơn, có thể do ưu điểm của nội soi trong việc khoan mài các vùng bám của u, như sàn xoang bướm, mảnh giao chân bướm và mỏm chân bướm. Nghiên cứu của Janakiram ghi nhận tỷ lệ tái phát 45,5% và khuyến nghị khoan rộng tại các vùng bám như mảnh giao chân bướm và ống thần kinh Vidian để giảm nguy cơ tái phát⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dù đã khoan kỹ các vùng bám, vẫn có hai trường hợp tái phát từ vùng mảnh giao chân bướm ngoài, lan tới cánh lớn xương bướm. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc khoan kỹ lưỡng để giảm nguy cơ tái phát.

Theo Langdon, các phần u còn sót lại trong nội sọ, nếu không có triệu chứng, không cần phẫu thuật ngay mà có thể theo dõi định kỳ bằng CT scan⁸. Trong nghiên cứu này, có 5 trường hợp tái phát không có triệu chứng; trong đó, 4 trường hợp đang được theo dõi và chưa ghi nhận sự gia tăng kích thước của khối u, và 1 trường hợp khối u tự thoái triển sau 17 tháng. Tuy nhiên, có 1 trường hợp khối u tái phát ở vùng xoang hang, lan rộng bao quanh động mạch cảnh trong, gây nhức đầu và phải phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy với sự phối hợp của chuyên khoa ngoại thần kinh mạch máu. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi chặt chẽ và can thiệp kịp thời trong quản lý bệnh nhân sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi u sợi mạch vòm mũi họng ngày càng phổ biến nhờ ưu điểm tránh sẹo ngoài, giảm nguy cơ biến dạng sọ mặt và kiểm soát tốt lượng máu mất. Việc tắc mạch trước phẫu thuật, đặc biệt ở khối u giai đoạn muộn, giúp giảm máu mất và cải thiện phẫu trường. Kỹ thuật mổ bốn tay giúp phẫu thuật viên kiểm soát ranh giới khối u hiệu quả hơn. Tuy nhiên, cần theo dõi chặt chẽ sau phẫu thuật để phát hiện sớm tái phát, đảm bảo kết quả điều trị an toàn và lâu dài cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lopez F, Triantafyllou A, Snyderman CH, et

- al. Nasal juvenile angiofibroma: Current perspectives with emphasis on management. *Head Neck*. 2017;39(5):1033-1045. doi:10.1002/hed.24696
2. Meher R, Kathuria S, Wadhwa V, et al. Preoperative embolisation of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Am J Otolaryngol*. 2022;43(5):103532. doi:https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2022.103532
3. Bignami M, Pietrobon G, Arosio AD, et al. Juvenile Angiofibroma: What Is on Stage? 2022;132(6):1160-1165. doi:https://doi.org/10.1002/lary.29801
4. Robinson S, Patel N, Wormald PJ. Endoscopic management of benign tumors extending into the infratemporal fossa: a two-surgeon transnasal approach. *Laryngoscope*. 2005;115(10):1818-1822. doi:10.1097/01.mlg.0000174956.90361.dc
5. Khalifa MA. Endonasal endoscopic surgery for nasopharyngeal angiofibroma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;124(3):336-337. doi:10.1067/mhn.2001.113510
6. Gargula S, Saint-Maurice JP, Labeyrie MA, et al. Embolization of Internal Carotid Artery Branches in Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. *Laryngoscope*. 2021;131(3):E775-e780. doi:10.1002/lary.29119
7. Boghani Z, Husain Q, Kanumuri VV, et al. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: a systematic review and comparison of endoscopic, endoscopic-assisted, and open resection in 1047 cases. *Laryngoscope*. 2013;123(4):859-869. doi:10.1002/lary.23843
8. Langdon C, Herman P, Verillaud B, et al. Expanded endoscopic endonasal surgery for advanced stage juvenile angiofibromas: a retrospective multi-center study. *Rhinology*. 2016;54(3):239-246. doi:10.4193/Rhin15.104

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH SỬA CONG DƯƠNG VẬT BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÂU GẤP MẶT LƯNG TRONG TẬT LỖ TIỂU THẤP THỂ GIỮA Ở TRẺ EM

Ngô Hồng Phúc¹, Lê Thanh Hùng², Phạm Hiếu Liêm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phương pháp khâu gấp mặt lưng trong việc sửa tật cong dương vật trong tật lỗ tiểu thấp thể giữa. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, thực hiện trên 33 bệnh nhân mắc lỗ tiểu thấp thể giữa có cong dương vật dưới 30 độ, được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ

tháng 12/2023 đến tháng 6/2024. Các yếu tố lâm sàng, kết quả phẫu thuật và biến chứng được theo dõi và đánh giá sau 1, 3 và 6 tháng. **Kết quả:** độ cong dương vật giảm từ $24,27 \pm 3,17$ độ trước phẫu thuật xuống còn $2,5 \pm 1,25$ độ sau 6 tháng. Chiều dài dương vật trung bình sau phẫu thuật là $32,99 \pm 2,76$ mm, tăng nhẹ so với trước phẫu thuật ($31,85 \pm 2,63$ mm). Biến chứng sớm chiếm 15%, biến chứng muộn chủ yếu là rò niệu đạo (12,12%). Điểm nhân thức dương vật (PPPS) trung bình là $12,67 \pm 2,93$ điểm. Kết quả mổ lỗ tiểu thấp là 51,5% tốt và 48,5% trung bình. Kết quả điều trị cong dương vật là 100% thành công, không có trường hợp nào tái phát mổ lại sau 6 tháng. **Kết luận:** phương pháp khâu gấp mặt lưng là lựa chọn hiệu quả trong điều trị cong dương vật nhẹ và trung bình, giúp cải thiện thẩm mỹ và chức năng mà ít gây biến chứng nghiêm trọng.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024