

tế bào vảy (19,1%), carcinoma tuyến bã (14,3%). Tỷ lệ ung thư da đầu xâm lấn xương sọ là 21,4%, nhóm ung thư da đầu có tỷ lệ xâm lấn xương sọ cao lần lượt là ung thư hắc tố, ung thư tuyến bã, ung thư di căn da đầu, sarcoma dạng biểu mô.

Diện tích da khuyết hổng sau phẫu thuật cắt ung thư da đầu lớn trên 5cm² là chiếm đa số (64,3%). Phương pháp tạo hình khuyết hổng chủ yếu là xoay vạt da có cuống che khuyết hổng và ghép da dày chiếm 50%, xoay vạt cơ thang chiếm 14,3%. Đánh giá kết quả 3 tháng sau phẫu thuật: tỷ lệ liền vết thương rất tốt và tốt chiếm 90,5%. Tỷ lệ liền vết thương xấu và kém ở nhóm xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật là 17,6%, tỷ lệ liền vết thương xấu và kém ở nhóm không xạ trị bổ trợ là 4%, tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ liền vết thương trung bình hoặc kém với bệnh nhân có xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật ($p>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ung thư học, Nguyễn Văn Hiếu**, Nhà xuất bản y học, năm 2015, trang 50.

2. **Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ da đầu, Trần Thiết Sơn**, Nhà xuất bản y học, năm 2023, trang 255.
3. **Al-Khateeb TH, Al-Masri NM, Al-Zoubi F**, Cutaneous cysts of the head and neck. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Jan;67(1):52-57
4. **Chiu C S, Lin CY, Kuo TT et al**. Malignant cutaneous tumors of the scalp: a study of demographic characteristics and histologic distributions of 398 Taiwanese patients. J Am Acad Dermatol 2007, 56 (3): 448–452.
5. **Dương Mạnh Chiến, Nguyễn Đắc Nguyên**, Kết quả bước đầu sử dụng vạt cơ thang tạo hình tổn khuyết do ung thư vùng đầu cổ lưng. Tạp chí nghiên cứu y học 2022, 155(7), 110-119.
6. **Le Diep Linh, Vu Ngoc Lam et al**, Evaluation on result of surgical treatment for scalp defect after cancer resection at the maxillofacial and plastic surgery department in 108 central military hospital. Vietnam medical journal 2022, 1, 80-86.
7. **Chlebicka I, Stefaniak AA, Gawdzik A, Rygał A, Matusiak Ł, Szepletowski JC**, Scalp Lesions Referred For Surgical Procedures: Single-Center 5-year Experience in Southwestern Poland. In Vivo. 2020 Sep-Oct;34(5):2733-2738.
8. **Türk C Ç, Bacanlı A, Kara NN**, Incidence and clinical significance of lesions presenting as a scalp mass in adult patients. Acta Neurochir 2015,157 (2): 217– 223.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA MŨI U DÂY SỐNG VÙNG XƯƠNG BÀN VUÔNG

Trần Thiện Khiêm¹, Trần Tiểu Tiên¹,
Trần Huy Hoàn Bảo¹, Huỳnh Lê Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả phẫu thuật u dây sống vùng xương bàn vuông bằng đường nội soi qua mũi. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu hàng loạt ca. Từ tháng 6/2018 đến tháng 06/2024 có 31 trường hợp u dây sống vùng xương bàn vuông được phẫu thuật bằng đường nội soi qua mũi tại khoa Ngoại thần kinh BV Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tuổi trung bình của 14 bệnh nhân nam và 17 nữ là $42,8 \pm 13,8$ tuổi (23 -69). Triệu chứng lâm sàng gồm: đau đầu (83,9%), liệt thần kinh VI (29%), giảm thị lực (80,6%), hẹp thị trường (38,7%) và sụp mí (9,7%). U nằm ở vị trí 1/3 trên và giữa (61,3%), 1/3 trên (6,5%), 1/3 giữa dưới (3,2%) và toàn bộ xương bàn vuông (22,6%). Đường kính lớn nhất trung bình của u đo trên MRI là $43,2 \pm 12$ mm (17,6- 67 mm). Tỷ lệ u xâm lấn xoang hang là 38,7%, xâm lấn dưới màng cứng 58,1%. Kết quả phẫu thuật: lấy toàn bộ u (58%), lấy gần hết u (29%) và lấy bán

phần u (12,9%). Không có trường hợp nào tử vong, 1 trường hợp viêm màng não mủ (3,2%), 2 trường hợp rò dịch não tủy sau mổ (6,4%) và 1 trường hợp giảm thị lực (3,2%). Thời gian theo dõi trung bình là 19,45 tháng (1- 69 tháng) và điểm Karnofsky trung bình sau mổ là $88,7 \pm 3,4$ điểm (80-90 điểm). Tỷ lệ hết u (51,6%), còn u được kiểm soát (35,5%), tái phát (12,9%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi qua mũi là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị u dây sống vùng xương bàn vuông. **Từ khóa:** U dây sống, u dây sống vùng xương bàn vuông, nội soi qua mũi lấy u xương bàn vuông, phẫu thuật nội soi sàn sọ

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, IMAGING CHARACTERISTICS, AND SURGICAL OUTCOMES FOR TRANSNASAL ENDOSCOPIC CLIVAL CHORDOMA RESECTION

Objective: To evaluate the surgical results of an endoscopic endonasal approach for clival chordomas. **Methods:** Retrospective and case series, of 31 patients were performed via the endoscopic transnasal approach for treating clival chordomas at the Neurosurgery Department of Cho Ray Hospital from 06/2018 to 06/2024. **Results:** The mean age of the 14 male and 17 female patients was 42.8 years

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thiện Khiêm

Email: thienkhiembvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 21.2.2025

(ranging from 23 to 69 years). Clinical features consisted of headache (83.9%), cranial nerve VI palsy (29%), visual acuity decrease (80.6%), bitemporal hemianopsia (38.7%), and cranial nerve III palsy (9.7%). 100% of patients obtained brain MRI, indicating tumors located at the upper-middle clivus (61.3%), upper-third (6.5%), middle-third (3.2%), and completely invaded clivus (22.6%). The mean maximum diameter of tumors was 43.2 mm (17.6 to 67 mm). 38.7% of tumors invade cavernous sinus and 58.1% spread to subdural space. All of the cases were performed via endoscopic transnasal approaches. Gross total removal was achieved in 58% of cases, subtotal removal (29%), and partial removal (12.9%). No mortality occurred, 1 patient (3.2%) had postoperative meningitis, CSF leak occurred in 2 patient (6.4%), and a vision deficit was recorded (3.2%). The mean follow-up period was 19.45 months (ranged 1 to 69 months). The recent postoperative mean KPS score was 88.7 (ranged 80 to 90). The long-term results: 51.6% of patients were cured, 35.5% were under control, and the recurrence rate was 12.9%. **Conclusions:** The endoscopic transnasal approach is safe and efficient for treating clival chordomas. **Keywords:** Chordomas, Clival Chordomas, endoscopic endonasal transclival approach, skull base surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dây sống (Chordomas) là loại u hiếm gặp có nguồn gốc từ phần dây sống nguyên thủy còn tồn tại [1, 5, 6, 10]. Do có nguồn gốc từ các tế bào dây sống thời kì phôi thai nên u dây sống hầu hết nằm trên đường giữa [1, 6]. Trong đó 50% nằm ở xương cùng, 35% ở trong sọ và 15% còn lại nằm trên trục xương sống [8, 10]. Tỷ lệ mắc bệnh là 1 trên 1,000,000 người và độ tuổi có xuất độ cao nhất đối với u dây sống trong sọ là khoảng 50-60 tuổi [10, 12].

Hiện tại phẫu thuật cắt bỏ u rộng rãi vẫn là phương thức điều trị chính, kèm theo đó là xạ trị bổ trợ [1, 6, 10]. Phẫu thuật lấy u là phương pháp quan trọng nhất, với mục đích: giải phóng chèn ép, khẳng định chẩn đoán giải phẫu bệnh, loại bỏ tối đa khối u [1, 10]. Tỷ lệ u tái phát sau mổ chiếm tỷ lệ cao đến 85% [1], vì vậy xạ trị sau mổ là phương pháp điều trị phối hợp, nhằm tiêu diệt những tế bào u còn lại và hạn chế sự tái phát của u [1, 6, 10]. Với sự phát triển của sinh học phân tử cũng như hiểu rõ hơn về sinh bệnh học của u dây sống, các cách thử nghiệm điều trị liệu pháp miễn dịch can thiệp như các thuốc ức chế IGFR hay PD1,... đã cho thấy một số hiệu quả nhất định và cần được nghiên cứu thêm [10].

Trước đây, ở nước ta các u dây sống vùng xương bản vuông (UDSVXBV) cũng được phẫu thuật tại một số trung tâm lớn như bệnh viện Chợ Rẫy và Việt Đức. Tuy nhiên những u này thường được mổ bằng phương pháp qua sọ, qua

miệng hoặc nội soi qua mũi xoang. Trong khi đó phương pháp nội soi qua mũi có nhiều ưu điểm hơn: phẫu trường và góc nhìn rộng hơn, có thể thao tác 4 tay, tiếp cận được toàn bộ vùng xương bản vuông cũng như khả năng lấy hết u cao hơn, ít xâm lấn và ít biến chứng hơn phương pháp vi phẫu. Hiện tại ở Việt Nam đã có một số bệnh viện đã và đang triển khai phương pháp phẫu thuật nội soi qua xoang bướm đường mũi để điều trị u sàn sọ. Tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Chợ Rẫy, UDSVXBV được chẩn đoán và điều trị thường quy với các phương pháp phẫu thuật qua sọ, qua mũi xoang nội soi và cả qua đường miệng. Trong năm 2019 chúng tôi áp dụng đường mổ nội soi qua xoang bướm mở rộng để phẫu thuật một số u sàn sọ trong đó có báo cáo kết quả 8 trường hợp UDSVXBV. Hiện nay trong cả nước chưa có công trình nghiên cứu đầy đủ về loại bệnh lý này. Nhận thấy chẩn đoán và điều trị bệnh lý UDSVXBV là vấn đề thời sự và mang tính ứng dụng thiết thực, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả phẫu thuật u dây sống vùng xương bản vuông*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu hàng loạt ca. Từ tháng 6/2018 đến tháng 06/2024 có 31 trường hợp u dây sống vùng xương bản vuông được phẫu thuật bằng đường nội soi qua mũi tại khoa Ngoại thần kinh BV Chợ Rẫy.

Cách thức tiến hành: Thu thập các dữ liệu dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật với mẫu bệnh án được thiết kế sẵn cho 31 bệnh nhân UDSVXBV.

Dữ kiện thu thập: Đặc điểm lâm sàng, vị trí và kích thước u đo trên MRI não có tương phản từ, tình trạng bệnh nhân trước mổ được đánh giá theo thang điểm Karnofsky. Kết quả lấy u được xác định dựa trên MRI não có tương phản từ sau mổ: Lấy triệt để hoặc toàn bộ u khi không có bằng chứng về khối u trên CHT sau phẫu thuật. Lấy gần hết u khi khối u còn lại nhỏ hơn 20% kích thước ban đầu. Lấy một phần u khi khối u còn lại nhỏ hơn 50% kích thước ban đầu.

Tình trạng rò dịch não tủy qua mũi được đánh giá ngay trong lúc mổ và sau khi mổ. Biến chứng sau mổ được ghi nhận tại thời điểm ra viện. Điểm Karnofsky được đánh giá tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Phương pháp phẫu thuật: Gây mê toàn thân, bệnh nhân nằm ngửa, đầu hơi ngửa nhẹ, nghiêng đầu về phía vai trái 15-20°, mặt hơi xoay về bên phải 15-20°. Chuẩn bị vùng trước ngoài đùi để lấy cân cơ cơ đùi và vùng bụng

dưới bên trái để lấy mỡ bụng.

+ Áp dụng phương pháp pháp tiếp cận xoang bướm bằng đường xuyên vách. Sử dụng ống nội soi đường kính 4mm (Karl Storz, Germany). Co mạch niêm mạc mũi bằng gạc ép sọ não thẩm Adrenalin 1/1000 vào 2 mũi. Nội soi 2 lỗ mũi (4 tay), kết hợp hệ thống định vị Navigation trong mổ.

+ Bộc lộ mặt trước dưới xoang bướm. Cuốn mũi giữa có thể được cắt khi cần mở rộng sang 2 bên. Mở rộng xoang bướm sang 2 bên, xoang hang, mở xuống thấp vùng xương bản vuông. Quan sát thấy rõ lồi cảnh vùng xương bản vuông và mặt trước dưới của xương bị hủy do u. Dùng kerrison và khoan mài bộc lộ xương bản vuông lấy u từ trên xuống dưới, 2 bên về phía xoang hang. Nếu u xâm lấn dưới màng cứng, thì màng cứng được cắt và lấy u, bảo tồn động mạch thân nền, thân não, dây thần kinh sọ.

+ Cầm máu bằng đốt điện, gelfoam và keo sinh học, bơm rửa.

+ Tái tạo màng cứng nhiều lớp với mỡ bụng, cân cơ đùi và vật niêm mạc mũi có cuống. Cố định bằng keo sinh học. Cân nhắc đặt dẫn lưu thắt lưng 3-5 ngày nếu lỗ rò lưu lượng lớn.

+ Đặt merocel 2 mũi và rút sau 2 ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu ghi nhận trong 6 năm có 31 trường hợp UDSVXBV được phẫu thuật nội soi qua mũi gồm 14 nam và 17 nữ, độ tuổi từ 23-69, trung bình là $42,8 \pm 13,8$ tuổi. Đau đầu (83.9%) và giảm thị lực (80.6%) là những triệu chứng thường gặp. Các triệu chứng liệt dây thần kinh sọ lần lượt là: liệt III (9.7%), liệt VI (29%). Điểm Karnofsky trước mổ là 78.

Về hình ảnh học, kích thước đường kính lớn nhất của u trên phim MRI là $43,2 \pm 12$ mm (17,6-67 mm). Đặc điểm vị trí và tính chất của u trên phim cộng hưởng từ được thể hiện ở bảng bên dưới:

Bảng 1: Đặc điểm vị trí và tính chất u dây sống vùng xương bản vuông trên phim cộng hưởng từ

		Số trường hợp	Tỉ lệ %
Vị trí	T1/3 trên	2	6.5
	T1/3 giữa	2	6.5
	T1/3 trên và giữa	19	61.3
	T1/3 giữa và dưới	1	3.2
	Toàn bộ	7	22.6
Tính xâm lấn	Xâm lấn xoang hang	12	38.7
	Xâm lấn dưới màng cứng	18	58.1

Về kết quả phẫu thuật, không có trường hợp nào tử vong, chỉ có 1 trường hợp (3.2%) biến

chứng viêm màng não và 2 trường hợp (6.4%) rò dịch não tủy sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 5.06 ± 4.4 (2-27), điểm GOS trung bình lúc ra viện là 5, Karnofsky trung bình sau mổ là $88,7 \pm 3,4$ điểm (80-90 điểm).

Bảng 2: Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật nội soi qua mũi u dây sống vùng xương bản vuông

Biến chứng sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giảm thị lực	1	3.2
Rò dịch não tủy sau mổ	2	6.4
Tử vong	0	0
Không biến chứng	27	87.1

Kết quả mức độ phẫu thuật lấy u dựa trên phim MRI được trình bày ở bảng bên dưới:

Bảng 3: Mức độ lấy u trong phẫu thuật nội soi qua mũi u dây sống vùng xương bản vuông trên phim MRI

Mức độ lấy u	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Lấy toàn bộ u	18	58.1
Lấy gần hết u	9	29.0
Lấy u bán phần	4	12.9
Tổng	31	100.0

Trong các bệnh nhân nghiên cứu, có mối liên quan giữa sự xâm lấn xoang hang của u và mức độ lấy u ($p=0,0097$). 72.7% trường hợp u không xâm lấn xoang hang được lấy toàn bộ u.

Bảng 4: Mối liên của giữa sự xâm lấn xoang hang của u và mức độ lấy u

	Có xâm lấn	Không xâm lấn	Tổng
Lấy toàn bộ u	2	16	18
Còn u	7	6	13
Tổng	9	22	31

Thời gian theo dõi bệnh nhân trung bình sau mổ là 19.45 ± 20.7 (1-69 tháng). Bảng bên dưới cho thấy kết quả theo dõi tình trạng u lúc kết thúc nghiên cứu:

Bảng 5: Tình trạng u sau quá trình theo dõi

	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Hết u	16	51.6
Còn u được kiểm soát	11	35.5
U tái phát	4	12.9
Tổng	31	100.0

Phép kiểm ANOVA cho thấy đường kính lớn nhất của u có liên quan với kết quả theo dõi u tại thời điểm kết thúc nghiên cứu ($p=0.023$).

IV. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

4.1. Trường hợp 1. Bệnh nhân nữ 62 tuổi nhập viện vì nhìn đôi và sụp mí mắt trái. Triệu chứng lâm sàng bao gồm: Đau đầu, liệt VI trái, liệt III trái, mờ hai mắt T (ĐNT 1m) > P (ĐNT 1.5m). Glasgow 15 điểm, Karnofsky 70 điểm.

Hình ảnh học: Tổn thương vùng 1/3 trên

và giữa xương bản vuông kích thước 2.5x3cm, bắt thuốc cản từ không đồng nhất, đẩy tuyến yên lên trên, hủy xương, nghi u dây sống.



Hình 1: Hình ảnh MRI case lâm sàng 1

Phương pháp mổ: Phẫu thuật nội soi lấy u qua xương bướm.

Kết quả phẫu thuật:

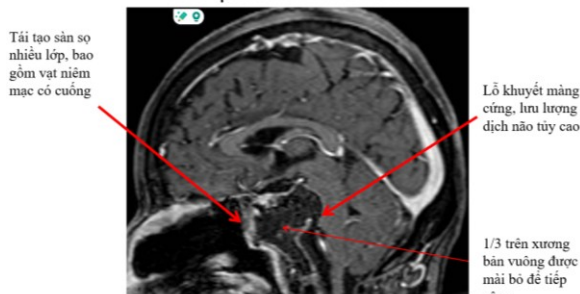
- Lấy trọn u qua đường nội soi.
- Bệnh nhân tỉnh
- Cải thiện thị lực, sụp mí nhẹ.
- Không rò dịch não tủy qua mũi.
- Không viêm màng não.
- Karnofsky 90 điểm
- Tiếp tục theo dõi bằng hình ảnh học sau mổ.

Thời gian nằm viện: 5 ngày

Thời gian theo dõi: 3 tháng

Giải phẫu bệnh: U dây sống

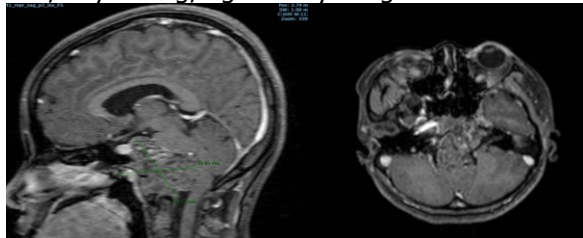
Kết quả MRI 24h sau mổ



Hình 2: Hình ảnh MRI 24 giờ sau mổ của bệnh nhân case lâm sàng 1

4.2. Trường hợp 2. Bệnh nhân nữ 30 tuổi nhập viện vì nhìn đôi và sụp mí mắt trái. Triệu chứng lâm sàng bao gồm: Đau đầu, liệt VI trái, Glasgow 15 điểm, Karnofsky 70 điểm.

Hình ảnh học: Tổn thương toàn bộ vùng xương bản vuông kích thước 5.5x5.5cm, bắt thuốc cản từ không đồng nhất, chèn ép thân não, hủy xương, nghi u dây sống.



Hình 3: Hình ảnh MRI case lâm sàng 2

Phương pháp mổ: Phẫu thuật nội soi lấy u qua xương bướm.

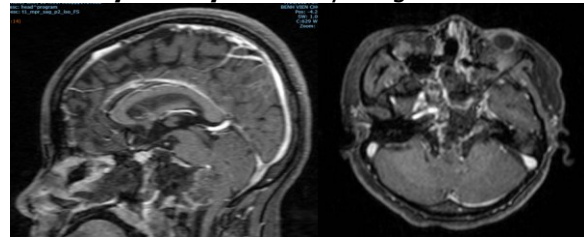
Kết quả phẫu thuật:

- Lấy gần trọn u qua đường nội soi.
- Bệnh nhân tỉnh, còn liệt dây VI sau mổ
- Không rò dịch não tủy qua mũi.
- Không viêm màng não.
- Karnofsky 90 điểm
- Tiếp tục theo dõi bằng hình ảnh học sau mổ.

Thời gian nằm viện: 7 ngày

Thời gian theo dõi: 2 tháng

Giải phẫu bệnh: U dây sống



Hình 4: Hình ảnh MRI 24 giờ sau mổ bệnh nhân case lâm sàng 2

V. BÀN LUẬN

U dây sống trong một thời gian dài vẫn là một thách thức điều trị, phẫu thuật vẫn là phương pháp chính để kiểm soát tiến triển của u. Sự phát triển của phẫu thuật nội soi sản sọ mở rộng hiện nay có thể giúp cho phẫu thuật viên tiếp cận được toàn bộ các thành phần của vùng xương bản vuông, từ vị trí lưng yên đến bản lề cằm cổ; trong đó theo tác giả Alfredo Quinones-Hinojosa[7], vùng 1/3 trên và giữa vẫn là vị trí thuận lợi nhất để tiếp cận bằng đường nội soi nhằm lấy u triệt để. Điều này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ u được phẫu thuật nằm ở vị trí 1/3 trên và/hoặc giữa chiếm 74.19%. Tỷ lệ u xâm lấn xoang hang và xâm lấn dưới màng cứng trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 38.7% và 58.1%, điều này tương đồng với tỷ lệ triệu chứng liên quan các dây thần kinh sọ và về mặt phẫu thuật cũng gây khó khăn trong bước tiếp cận lấy u và tái tạo sản sọ tránh rò dịch não tủy sau phẫu thuật.

Tỷ lệ lấy toàn bộ khối u trong nghiên cứu là 58.1%, lấy gần hết u chiếm 29% và cắt một phần khối u chiếm 12.9%. Trong một nghiên cứu gần đây của Shkarubo[9] với số lượng lớn 103 bệnh nhân thì tỷ lệ cắt bỏ toàn bộ khối u chiếm 66,0%, và cắt gần toàn bộ chiếm 24,3%, tỷ lệ chỉ cắt được một phần khối u chiếm 9,7%, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi[9].

Trong các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, có mối liên quan giữa kích thước u cũng như sự xâm lấn của u với mức độ lấy u ($p=0,0097$).

72.7% trường hợp u không xâm lấn được lấy toàn bộ u. U dây sống xương bản vuông có vị trí tiếp giáp phía sau là màng cứng mà qua đó thông với các bể dịch não tủy trước thân não. Vì vậy khi u phát triển lớn sẽ dễ tiếp cận và xâm lấn dưới màng cứng, gây nguy cơ rò dịch não tủy sau mổ và viêm màng não kéo dài thời gian điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 18 (58.1%) trường hợp u xâm lấn dưới màng cứng. Trong số đó chỉ có 2 bệnh nhân (6.4%) có biến chứng rò dịch não tủy sau mổ, điều này có thể lý giải do phương pháp phẫu thuật, tái tạo sàn sọ đã bước đầu hoàn thiện phối hợp với việc chuẩn bị trước mổ về mặt hình ảnh học lẫn phương tiện trước và trong mổ.

Qua nghiên cứu của chúng tôi và so sánh với các nghiên cứu ở bảng bên dưới có thể thấy rằng rò dịch não tủy và viêm màng não là biến chứng có thể gặp. Tính chất xâm lấn phức tạp của u dây sống vùng sàn sọ, đặc biệt là xâm lấn màng cứng ở phía sau xương bản vuông vào bể trước thân não khiến cho biến chứng rò dịch não tủy thường xảy ra hơn. Hai trường hợp rò dịch

não tủy sau đó đều được điều trị bảo tồn. Chúng tôi nhận thấy, sử dụng vật vách mũi có cuống mạch nuôi cùng với đóng nhiều lớp, điều trị kháng sinh phổ rộng sau mổ, dinh dưỡng tốt, tránh làm tăng áp lực nội sọ sau phẫu thuật, trong nhiều trường hợp nên đặt dẫn lưu dẫn lưu dịch não tủy thất lưng là các biện pháp hiệu quả để giảm biến chứng rò dịch não tủy. Với sự phát triển của kỹ thuật, các phẫu thuật viên kinh nghiệm đã có thành công đáng kể, cả trong việc giảm tỷ lệ rò rỉ và điều trị khi rò dịch não tủy xảy ra bằng các kỹ thuật tái tạo như dùng xương và lớp cân phủ nền sọ đến các kỹ thuật đóng nền sọ nhiều lớp bằng các vật liệu tổng hợp, xương, và xoay vật có cuống mạch nuôi. Đặc biệt, sự ra đời của vật vách mũi có cuống mạch nuôi đã là phương pháp quan trọng trong việc giảm tỷ lệ rò rỉ dịch não tủy sau mổ. Phương pháp điều trị bổ sung bao gồm sử dụng thuốc lợi tiểu acetazolamide sau mổ hoặc dẫn lưu thất lưng dịch não tủy ra ngoài có thể làm giảm áp lực dịch não tủy và cho phép nền sọ liền tốt với các mảnh ghép.

Bảng 6: Tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật của các nghiên cứu liên quan

Biến chứng	Nghiên cứu của chúng tôi	Phân tích gộp của Amit[2]	Nghiên cứu của Harley Brito da Silva[3]	Nghiên cứu của Koutourousiou[4]
Giảm thị lực	1 (4,3%)	N/A	0 (0%)	N/A
Mù mắt	0 (0%)	N/A	0 (0%)	N/A
Liệt vận nhãn	0 (0%)	1 (3,7%)	3 (7%)	4 (6,7%)
Rò dịch não tủy	2 (8,7%)	3 (11,1%)	6 (14%)	12 (20%)
Tử vong	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Trong tất cả các nghiên cứu chúng tôi đã khảo sát gần đây, tỷ lệ tử vong liên quan đến phẫu thuật u dây sống sàn sọ đã giảm đáng kể và hầu hết không có trường hợp tử vong. Với sự phát triển của các trang thiết bị nội soi, vật liệu cầm máu cũng như kỹ thuật mổ nội soi ngày càng hoàn thiện cho phép thao tác an toàn hơn với phẫu trường quan sát lớn hơn, cùng với đó là sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp đánh giá tốt hơn kế hoạch trước phẫu thuật đã góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong đáng kể.

Thời gian nằm viện trung vị của nhóm nghiên cứu là 5 ngày. So sánh với phẫu thuật vi phẫu, phẫu thuật nội soi cung cấp phẫu trường rộng hơn và giảm đau đớn sau mổ, giảm thời gian nằm viện. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp nằm viện kéo dài với 27 ngày. Đây là trường hợp bệnh nhân rò dịch não tủy dẫn đến viêm màng não cần điều trị kháng sinh kéo dài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian theo dõi bệnh nhân trung bình là 19.45 tháng. Đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, trong số 18

bệnh nhân được lấy hết u thì có 16 bệnh nhân vẫn duy trì tình trạng này và có 2 bệnh nhân tái phát được phát hiện qua tái khám định kỳ. 11 trường hợp (35.5%) u được kiểm soát. Có 4 (12.9%) trường hợp u tái phát, bệnh nhân được theo dõi điều trị nội khoa giảm nhẹ hoặc xạ trị bổ sung mà không cần phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

VI. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi qua mũi là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị u dây sống vùng xương bản vuông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Greenberg, Mark S**, Handbook of Neurosurgery, ed. 9th, Thieme Medical Publishers. 2020.
2. **Amit, Moran, et al.**, "Treatment and outcome of patients with skull base chordoma: a meta-analysis". 2014; 75(06), pp. 383-390.
3. **da Silva, Harley Brito, et al.**, "Cranial chordoma: a new preoperative grading system". 2018; 83(3), pp. 403-415.
4. **Dehdashti, Amir R, et al.**, "Expanded endoscopic endonasal approach for anterior

- cranial base and suprasellar lesions: indications and limitations". 2009; 64(4), pp. 677-689.
5. **Morita, Akio, Sekhar, Laligam N, and Wright, Donald C %J** Cancer control, "Current concepts in the management of tumors of the skull base". 1998; 5(2), pp. 138-149.
 6. **Pamir, M. Necmettin, Al-Mefty, Ossama, and Borda, Luis A. B.**, "Chordomas: Technologies, Techniques, and Treatment Strategies". 2016.
 7. **Quinones-Hinojosa, Alfredo, Schmidek and Sweet:** Operative Neurosurgical Techniques, ed. 6th, Elsevier. 2012
 8. **Samii, Madjid, et al.**, "Surgical treatment of epidermoid cysts of the cerebellopontine angle". 1996; 84(1), pp. 14-19.
 9. **Shkarubo, Alexey N, et al.**, "Endoscopic endonasal transclival removal of tumors of the clivus and anterior region of the posterior cranial fossa (results of surgical treatment of 140 patients)". 2018; 4, pp. 1-14.
 10. **Winn, H. Richard** (2022), Youmans and Winn Neurological Surgery, ed. 8th, Elsevier, 2022: 1365-1373.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U TUYẾN YÊN KHỔNG LỒ BẰNG ĐƯỜNG NỘI SOI QUA XOANG Bướm

Lê Trần Minh Sử¹, Trần Thiện Khiêm², Đào Duy Phương¹,
Trần Tiểu Tiên², Trần Huy Hoàn Bảo², Trần Minh Huy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U tuyến yên khổng lồ vẫn là một thách thức trong phẫu thuật thần kinh. Kích thước khối u lớn, xâm lấn nhiều cấu trúc mạch máu thần kinh xung quanh gây rất nhiều khó khăn lúc phẫu thuật. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến yên khổng lồ bằng đường nội soi qua xoang bướm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 28 BN u tuyến yên khổng lồ được phẫu thuật nội soi qua xoang bướm tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2020 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 28 BN với tuổi trung vị là 54 (khoảng 40-71 tuổi). Kích thước u trung vị là 47,5 mm (khoảng: 40-62). Tỷ lệ lấy u hoàn toàn là 14,3 % (n=4), lấy u gần hoàn toàn là 57,1% (n=16), lấy bán phần u là 28,6% (n=8). 75% (21) BN cải thiện thị lực sau mổ. 46,4 % (n=13) BN có xạ phẫu hỗ trợ sau mổ. Sau thời gian theo dõi trung vị là 18,8 (khoảng: 0,9-46,6) tháng, có 7,1% (n=2) BN tái phát. Biến chứng xuất huyết ở 2 BN (7,1%), rò dịch não tủy 2 BN (7,1%), 1 BN (3,6%) tử vong do xuất huyết. Các yếu tố liên quan đến mức độ lấy u bao gồm: u đa thùy, u xâm lấn xoang hang và u phát triển lên trên tiếp xúc với thành dưới não thất bên. **Kết luận:** Phẫu thuật u tuyến yên khổng lồ bằng nội soi qua xoang bướm là phương pháp hiệu quả và an toàn. Kinh nghiệm, đánh giá kỹ đặc điểm hình ảnh học trước mổ giúp nâng cao tỷ lệ lấy u an toàn. **Từ khoá:** U tuyến yên khổng lồ, nội soi qua xoang bướm, rối loạn nội tiết tuyến yên

SUMMARY

SURGICAL RESULTS OF ENDOSCOPIC ENDONASAL TRANSSPHEOIDAL SURGERY

¹Trường Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Huy

Email: tranminhhuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 21.2.2025

FOR GIANT PITUITARY ADENOMA

Introduction: Giant pituitary adenomas present a significant challenge in neurosurgery. This study aimed to evaluate the outcomes of the endoscopic transsphenoidal approach for the removal of these tumors. **Patients and Methods:** A retrospective analysis was conducted on 28 cases of giant pituitary adenomas that underwent endoscopic transsphenoidal resection at Cho Ray Hospital between November 2020 and July 2024. **Results:** The study included 28 patients with a median age of 54 years (range: 40-71 years). The median tumor size was 47.5 mm (range: 40-62 mm). Complete tumor removal was achieved in 14.3% (n=4) of cases, near-complete removal in 57.1% (n=16), and partial removal in 28.6% (n=8). Postoperative vision improvement was observed in 75% (n=21) of patients. A total of 46.4% (n=13) received postoperative radiosurgery. After a median follow-up of 18.8 months (range: 0.9-46.6 months), tumor recurrence occurred in 7.1% (n=2) of patients. Complications included hemorrhage in 7.1% (n=2), cerebrospinal fluid leakage in 7.1% (n=2), and one mortality (3.6%) due to hemorrhage. Factors associated with the extent of tumor removal included multilobulated tumors, cavernous sinus invasion, and extension into the inferior lateral ventricles. **Conclusions:** The endoscopic transsphenoidal approach is a safe and effective method for the removal of giant pituitary adenomas. Surgical experience and thorough preoperative imaging assessment are critical for optimizing outcomes.

Keywords: Giant pituitary adenomas, Endoscopic transsphenoidal approach, pituitary endocrinological disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên là một u lành tính, chiếm 10-25% và đứng vị trí thứ 3 trong các u nội sọ thường gặp [1]. U tuyến yên khổng lồ được định nghĩa là u có đường kính lớn nhất từ 4 cm trở lên [1,2]. Với đặc điểm giải phẫu học u nằm sâu,