

NHÂN 16 TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT U VÙNG HỐ DƯỚI THÁI DƯƠNG VÀ NỀN SỌ GIỮA TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Hạnh Uyên*, Trần Minh Trường*

TÓM TẮT

Mở đầu: Hố dưới thái dương và nền sọ giữa có cấu trúc giải phẫu phức tạp và khó phẫu thuật nhất trong cơ thể người. Các khối u vùng này đa dạng, có liên quan chặt chẽ với các cơ quan có tính sống còn của cơ thể nên việc phẫu thuật lấy u luôn là một thách thức. **Mục tiêu:** Hồi cứu việc phẫu thuật 16 ca u vùng hố dưới thái dương và nền sọ giữa bằng đường ngoài tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy gồm các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cần thiết, thuận lợi, khó khăn và kết quả của phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang có can thiệp lâm sàng. Bệnh nhân được chẩn đoán u vùng hố dưới thái dương và nền sọ giữa có chỉ định phẫu thuật từ 6/2019 - 10/2021 bằng đường mổ ngoài tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** 14/16 bệnh nhân được mổ bằng đường trước tai dưới thái dương để vào hố dưới thái dương lấy u. 1 ca mổ theo đường dưới hàm (Sebilau Carrega), 1 ca đi theo đường xuyên miệng xuyên khẩu cái. 12 ca là u lành tính, 4 ca u ác tính. Không có biến chứng nặng hoặc tử vong trong và sau mổ. **Kết luận:** Đường mổ Trước tai dưới thái dương là một "tiêu chuẩn vàng" để phẫu thuật lấy các khối u vùng hố dưới thái dương và nền sọ giữa. Việc kết hợp các đường mổ khác tùy thuộc vào tính chất, vị trí kích thước của khối u.

SUMMARY

TUMORS OF MIDDLE SKULL BASE AND INFRATEMPORAL FOSSA: CASE SERIES

Introduction: Middle skull base and infratemporal fossa are the most complex anatomical structure and difficult to approach. Tumors in this area are very diverse, located close to other critical neurovascular structures, therefore, surgical approach to remove tumors is always a challenge. **Objective:** The article review clinical symptoms, radiological images, advantages and disadvantages, outcomes of using the external approach to remove tumors of middle skull base and infratemporal fossa by using external approach at otorhinolaryngology department of Cho Ray hospital. **Methods:** The study is a cross sectional study to review 16 patients diagnosed with tumor of middle skull base and infratemporal fossa who were treated with external approaches. Data of the patients were collected and analyzed. **Results:** The study had 12 benign tumors, 4 malignant tumors. We had 14/16 patients were treated with subtemporal - preauricular

approaches. 1 case was treated with transcervical approach (Sebilau Carrega). 1 case was treated with transoral transpalatal approach. There was no morbidity and complications were recorded during perioperative stages. **Conclusion:** The subtemporal preauricular approaches is a gold standard approach to remove the tumor of middle skull base and infratemporal fossa. Combining with other approaches depends on the nature, location and size of the tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nền sọ giữa (middle skull base) gồm 2 phần, mặt trong có liên quan đến não màng não, mặt ngoài sọ là hố dưới thái dương và là đường thông vào đáy sọ trung tâm như vòm mũi họng. Ở trung tâm phía trước là xoang bướm với xung quanh thành xoang có liên quan động mạch cảnh trong, dây thần kinh Vidian, thị thần kinh và yên ngựa (Sellar), phía sau là vòm mũi họng và xương bán vuông (clivus). Các lỗ tự nhiên có mạch máu, thần kinh chui qua là đường thông giữa trong và ngoài sọ. Trong nghiên cứu này chúng tôi xem xét đến những khối u xuất phát từ mặt ngoài của nền sọ.

Chúng tôi tổng kết điều trị 16 trường hợp u vùng hố Dưới thái dương và nền sọ giữa bằng đường phẫu thuật ngoài để góp phần kinh nghiệm điều trị cùng các đồng nghiệp.

Mục tiêu nghiên cứu

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u bướu vùng hố dưới thái dương và nền sọ giữa.
- Mô tả phẫu thuật lấy u qua đường mổ ngoài.
- Đánh giá kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được phẫu thuật u vùng hố dưới thái dương và nền sọ tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 6/2018 - 10/2021. Có hồ sơ bệnh án lưu trữ tại bệnh viện.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân bị u hố dưới thái dương và nền sọ giữa, có liên quan trực tiếp đến não, màng não. Có chỉ định điều trị phẫu thuật lấy u.
- Có hồ sơ bệnh án tại bệnh viện ghi nhận đầy đủ các thông tin về hành chánh, dữ liệu về bệnh nhân đầy đủ rõ ràng.
- Việc khai thác bệnh sử, khám lâm sàng người bệnh, kết quả hình ảnh CT, MRI, DSA, giải phẫu bệnh lý, các xét nghiệm cũng như quyết định phẫu thuật được thực hiện bởi cùng một kíp bác sĩ chuyên khoa của bệnh viện Chợ Rẫy.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hạnh Uyên

Email: uyent@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2021

Ngày duyệt bài: 2.11.2021

Tiêu chuẩn loại trừ

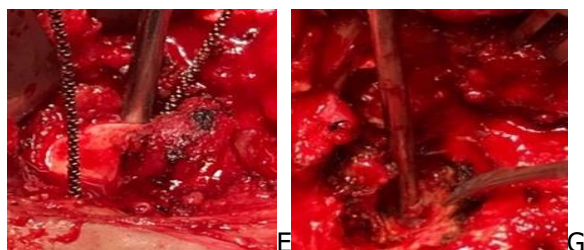
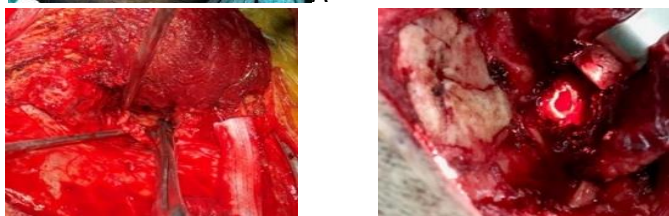
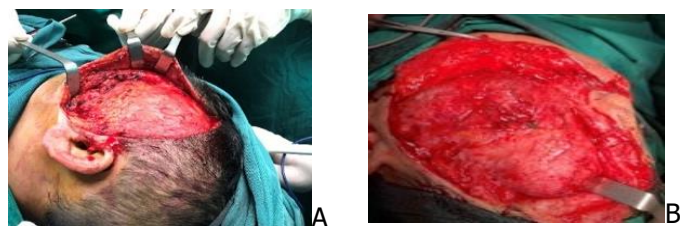
- Khối u có liên quan đến hố sọ sau, di căn xa
- Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê.
- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa hoặc di truyền gây rối loạn đông cầm máu
- Không muốn tham gia điều trị bằng phẫu thuật.

PHẪU THUẬT

a. Đường mổ trước tai dưới thái dương:

Rạch da: Bệnh nhân tư thế nằm ngửa, gây mê nội khí quản, đầu được cố định bằng khung Sugita hay Mayfield và xoay nghiêng sang hướng đối. Rạch da từ trước tai lên đỉnh đầu (Có thể

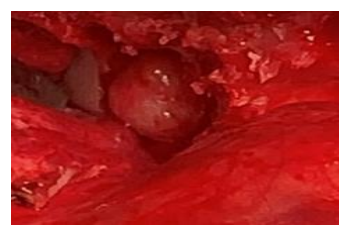
kéo xuống cổ nếu cần mở rộng), bộc lộ cân cơ thái dương và xương sọ, nếu u phát triển vào hố thái dương có thể nhìn thấy u đẩy phồng bên dưới lớp cân cơ thái dương. Cắt cân và cơ thái dương: Đường cắt hình chữ T, phần ngang phía trên nên cắt cách chỗ bám cơ khoảng 1cm để có thể khâu lại sau phẫu thuật, phía trước đến cung gò má ổ mắt, đường cắt dọc đi theo trục của cơ xuống dưới cung gò má. Lật vạt gồm da cân và cơ thái dương ra trước, xuống dưới. Hố dưới thái dương sẽ được bộc lộ và nhìn thấy u. Phẫu tích lấy sạch u, bệnh tích và sinh thiết phần rìa.



Hình: (E) Cắt lồi cầu xương hàm, (G) cắt bao khớp.

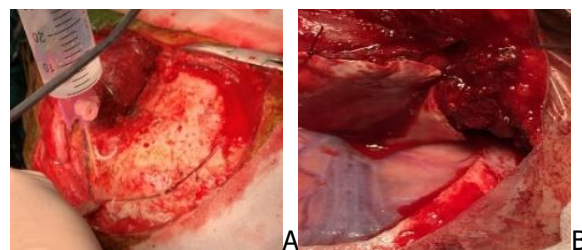
Nếu u chui vào não: Cắt màng cứng vén não lên khỏi đáy sọ, phẫu tích lấy u. Cầm máu trong khi phẫu tích u vùng đáy sọ nên dùng đốt điện Bipolar kết hợp dùng Cottonoid ướt có tẩm otrivin hoặc adrenalin, không nên dùng đốt đơn cực (monopolar) vì có thể gây kích thích thần kinh V3 làm co thắt cơ nhai hoặc rối loạn nhịp tim. Có thể dùng nội soi kiểm tra hố mổ từ phía nền sọ

Tái tạo lại nền sọ, có thể tăng cường bằng cân da đầu. Khâu treo màng não, dùng keo sinh học chống dò dịch não tủy hay nhiễm trùng từ đường tiêu hóa trên, đóng cân thái dương, khâu da. Dẫn lưu dịch não tủy thắt lưng 7 ngày nếu có mở sọ.



Hình: (A) đường mổ trước tai dưới thái dương; (B) U đẩy phồng cân thái dương; (C) U xơ mạch vùng sàn sọ; (D) Lấy u xơ mạch vùng đáy sọ; (E) Nội soi kiểm tra bằng nội soi từ trong mũi

Cắt cung gò má đơn thuần hay cung gò má - ổ mắt sẽ giúp mở rộng đường vào hố dưới thái dương.



Hình: Mở sọ (A) cắt xương sọ; (B) mở màng não

Bệnh nhân được theo dõi tại ICU trong 48 giờ. Dùng kháng sinh phổ rộng, nếu có mở sọ phải dùng kháng sinh phòng ngừa viêm màng não, giảm đau, kháng viêm. Chế độ ăn uống nhẹ, đủ chất dinh dưỡng. Nếu có mở khí quản để kiểm soát đường thở trong khi phẫu thuật thì nên rút canula sớm khi tình trạng tri giác và dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân ổn định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Dịch tễ. Từ 6/2018 đến 10/2021 có 16 bệnh nhân thỏa các điều kiện và nằm trong nhóm nghiên cứu trong đó: Nam: 10 ca (63%); Nữ : 6 ca (37%). Tuổi nhỏ nhất 6, tuổi lớn nhất là 71 tuổi. Tuổi trung bình: 46,25 tuổi

Bảng: Khoảng tuổi của bệnh nhân

Tuổi	1-9 tuổi	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>60
Số ca	1	1	2	1	1	7	3

Nhận xét: Số bệnh nhân nam giới bị bệnh nhiều hơn nữ, trải dài lứa tuổi từ nhỏ đến lớn tập trung đông trong khoảng từ 50 tuổi trở lên (10 ca chiếm 63%)

Triệu chứng lâm sàng. 10 bệnh nhân chưa can thiệp điều trị gì trước khi nhập viện. 6 bệnh

nhân đã từng được can thiệp điều trị, phẫu thuật trước đó. Thời gian từ khi phát hiện bệnh tới khi nhập viện Chợt Rầy lâu nhất là 4 năm (hầu hết bệnh nhân đã đi chữa nhiều nơi), sớm nhất là sau 2 tháng. Phần lớn bệnh nhân nhập viện từ khoảng 3-6 tháng (chiếm khoảng 70%)

Bảng: Triệu chứng lâm sàng trước mổ

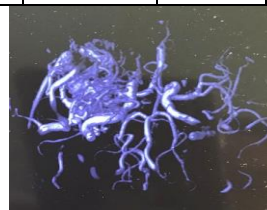
Triệu chứng	Đau đầu	Giảm thị lực	Lòi mắt	Nghẹt mũi	Tê mặt	Há miệng hạn chế	Giảm thính lực	Sưng mắt	Liệt dây TK VII	Đau mặt
Số ca	12	4	4	8	3	2	1	4	3	2

Nhận xét: Triệu chứng đau đầu chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là triệu chứng nghẹt mũi, lòi mắt, giảm thị lực và biến dạng mặt. Triệu chứng về thính lực ít gặp nhất.

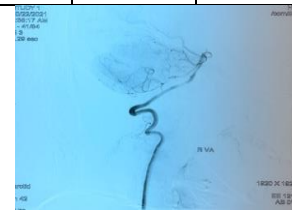
Hình ảnh học:

- CT và MRI: Tất cả bệnh nhân đều được chụp CT Scanner và MRI.

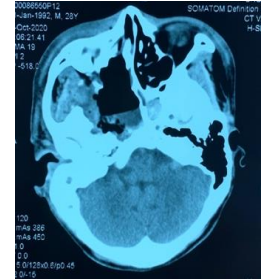
- DSA: 5 ca, 4 ca làm tắc mạch khối u trước mổ



Hình A: Mạch máu nuôi u xơ mạch vòm mũi họng



Hình B: U không liên quan nhiều đến mạch máu



Hình: (A): Cholesteatoma; (B): U xơ mạch vòm mũi họng; (C): U xơ mạch sau mổ

Đường phẫu thuật:

Các đường mổ đã được thực hiện:

Bảng: Đường mổ

Đường mổ	Trước tai dưới thái dương	Sebilleau carrega	Xuyên miệng, xuyên khẩu cái
Số ca	14	1	1

Nhận xét. Đa phần là đường mổ trước tai dưới thái dương (14/2 ca) trong đó: (a) Trước tai dưới thái dương: 7 ca; (b). Trước tai dưới thái dương mở rộng xuống cổ: 6 ca; (c) Dưới thái dương trước tai mở rộng xuống cổ + xuyên ngang mặt: 1 ca

Bảng: Có kèm theo cắt xương

1. Cắt cung gò má đơn thuần: 11 ca
2. Cắt cung gò má + xương bờ ngoài ổ mắt: 3 ca
3. Cắt lồi cầu xương hàm: 5 ca
4. Mở sọ (craniotomy): 6 ca

Các biến chứng sau mổ:

Tổn thương một nhánh dây thần kinh VII	Liệt VII do cắt u cùng dây thần kinh	Há miệng lớn bị lệch nhẹ	Sẹo xấu	Tử vong trong và sau mổ
3	2	5	3	0

Nhận xét: Các biến chứng sau mổ tương đối ít, không có biến chứng nặng

Kết quả giải phẫu bệnh lý

Thực hiện theo qui trình thường qui.

Bảng: U ác tính: 4 ca

Carcinoma	PNET	Neurinoma	Chordoma
1	1	1	1

Bảng: Kết quả Giải phẫu bệnh lý các khối u lành : 12 ca

U xơ mạch	Chondroblastoma	Áp xe dưới màng cứng	Nang thượng bì	Cholesteatoma xương thái dương	Ameloblastoma	U đại bào xương	U chu bào mạch máu	schwannoma
3	1	2	1	1	1	1	1	1

IV. BÀN LUẬN

Về dịch tễ

- Từ những năm 1850 y văn đã ghi nhận điều trị bệnh lý và những rối loạn đau do thần kinh bướm – khẩu cái. Barbosa (1961) phẫu cắt bỏ những khối u của xoang hàm lan rộng vào hố dưới thái dương. U. Fish (1977) là người đầu tiên mô tả đường mổ xuyên Thái dương vào hố dưới thái dương. Schramm và W. Sekhar năm 1987 dùng đường mổ Trước tai - dưới thái dương để mổ các khối u hố dưới thái dương và nền sọ giữa mà không phải phá huỷ ống tai ngoài cũng như thính giác. Những đường mổ trên là cơ bản cho sự đa dạng hóa những đường mổ khác vào vùng hố dưới thái dương và nền sọ sau này như Fliss D; Janecka JP; Bigelow DC; Obgeweser.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới bị bệnh nhiều hơn nữ giới, tuổi trung bình là 46,25 nhỏ nhất là 6 tuổi và tuổi nhiều nhất là 71 tuổi tương tự các tác giả trên thế giới tuy nhiên chúng tôi ghi nhận khác với các tác giả khác vì số ca mổ của chúng tôi đa phần là u lành tính.

Về triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng cơ năng và thực thể tương đối nghèo nàn so với mức độ tiến triển của u nên cần phải khám và hỏi kỹ bệnh sử Thăm khám và hỏi bệnh sử của người bệnh thật kỹ càng rất quan trọng, có thể đó là một đợt hoá trị hay xạ trị hay một phẫu thuật sinh thiết trước đó sẽ giúp định hướng chẩn đoán và phẫu thuật tiếp theo. Một số ít bệnh nhân đến bệnh viện vì thấy sưng hay biến dạng vùng đầu hay mặt hoặc nhìn thấy u thực sự vì khi đó đã phát triển lan rộng còn bình thường do các khối u nằm trong sọ nên khó sờ hay nhìn thấy được^{1,3,4}. Các triệu chứng phát hiện được thường là gián tiếp do u chèn ép vào các dây thần kinh hay cơ quan lân cận, thông thường nhất là đau đầu, đau vùng mặt, nghẹt mũi và rối loạn của mắt. Các triệu chứng này thường dễ bị bỏ sót và không nói lên đúng mức độ nghiêm trọng của bệnh và là nguyên nhân đến nhập viện chậm trễ của người bệnh mà các thầy thuốc cần chú ý phát hiện và xử lý sớm.

Về chọn đường phẫu thuật:



Chúng tôi quan tâm vị trí kích thước của u sẽ quyết định đường phẫu thuật, vì vậy tiêu chuẩn chọn đường phẫu thuật là: (a) Phụ thuộc vị trí, kích thước và mức độ lan rộng của u; (b) Để dàng tiếp cận và lấy khối u. (c) Lấy được nhiều u nhất có thể, giảm thiểu tối đa tổn thương các cơ quan xung quanh cũng như thẩm mỹ. Chúng tôi áp dụng đường mổ trước tai dưới thái dương kinh điển đi từ bờ dưới xương gò má vòng qua thái dương đến đỉnh đầu cho 11 ca và 3 ca kéo dài đường mổ này xuống cổ do u tiến triển rộng. 1 ca kết hợp với đường mổ xuyên mặt (trans facial) kết hợp đường trước tai dưới thái dương cho 1 khối u nguyên bào tạo men khổng lồ đã huỷ xương hàm, vào hố thái dương, dưới thái dương, đẩy lồi mắt. Hitotsuma và Rhoton, PortMann, P Donal^{9,6,12} cũng ghi nhận đường mổ này ảnh hưởng rất nhiều đến thẩm mỹ của người bệnh đặc biệt là tổn thương nhánh trán và thần kinh dưới ổ mắt. U. Fish¹² được coi là người tiên phong trong phẫu thuật u vùng hố dưới thái dương đặc biệt là những u xơ mạch vòm mũi họng xâm lấn vào vùng hố sọ giữa. Schramm và Sekhar đã cải tiến đường mổ của Fish và nếu cần chỉ với một đường mở sọ nhỏ sẽ cho phép phẫu tích những khối u xâm lấn vào trong sọ vùng hố não giữa^{6,9,11}.

Cắt lồi cầu xương hàm giúp cho đường vào rộng hơn vì vậy chúng tôi đã cắt lồi cầu và ổ khớp 5 ca, sau mổ không ghi nhận ca nào bị đau hoặc há miệng hạn chế tuy nhiên khi há miệng tối đa sẽ thấy miệng bị méo nhẹ. Một trong những kỹ thuật khác của một số tác giả khi xử lý khớp thái dương hàm là kéo trật khớp ra trước và xuống dưới, tuy nhiên cũng có ý kiến phản bác vì cho rằng có thể dẫn đến di chứng dính khớp hoặc đau và há miệng hạn chế sau mổ^{5,6,11}.

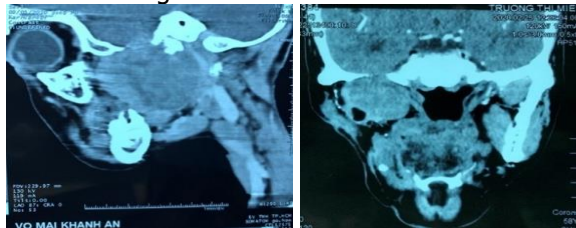
Về bệnh lý. Phẫu thuật 16 ca nhưng chúng

tôi ghi nhận được 12 loại mô bệnh học khác nhau chia 2 nhóm gồm 4 ca là u ác tính và 12 ca là u lành tính, số liệu này ngược với công bố của một số tác giả khác khi cho rằng đa u hố dưới thái dương là ác tính^{8,6,4}. Theo Conley⁶ u hố dưới thái dương có 3 nguồn: (1) U xâm lấn từ vùng lân cận (thường gặp), (2) U nguyên phát tại chỗ và (3) U di căn từ nơi khác tới (hiếm gặp).

Việc biết chính xác bản chất u trước mổ là rất cần thiết để lên kế hoạch phẫu thuật. Tuy nhiên, một số ca khó thực hiện được vì u thường ở trong sâu nên ngoài việc sinh thiết u bằng kim sinh thiết, FNA chúng tôi còn thực hiện sinh thiết xuyên xương sọ. Cắt lạnh (frozen section) có vai trò quan trọng trong phẫu thuật nền sọ với 2 mục đích là chẩn đoán mô u và kiểm soát rìa. Thực tế, đây không phải là kỹ thuật tối ưu để chẩn đoán bản chất của u vì có nhiều yếu tố có thể làm ảnh hưởng kết quả như cách lấy mô, xử lý mẫu, nhuộm mẫu, kỹ năng của người đọc mẫu sẽ có thể làm thay đổi kết quả. Để tránh sai sót có thể xảy ra cũng như tối ưu cho chẩn đoán và điều trị thì cần có sự hợp tác, thông tin tốt giữa bác sĩ lâm sàng và bác sĩ giải phẫu bệnh lý và kể cả của cả người bệnh trước khi tiến hành phẫu thuật^{2,3,10,11}

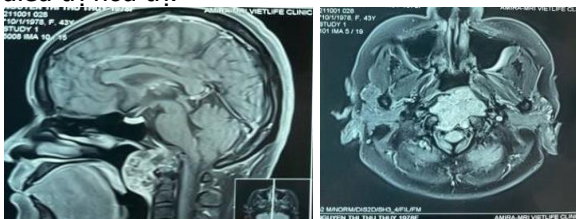
Một số ca đặc biệt chúng tôi lược qua gồm:

- 3 ca u xơ mạch máu vòm mũi họng giai đoạn 3-4 (trong đó có ca u xơ mạch khổng lồ) rất thích hợp để sử dụng đường trước tai dưới thái dương vào lấy u cũng như mở lấy u xơ mạch chui vào trong não.



Hình: PNET

- 3 ca u có nguồn gốc thần kinh là u ác tính: PNET (Primitive Neuro-Ectodermal tumors) hay còn gọi là u thần kinh ngoại bì là một loại u ác tính, hiếm gặp trong các khối u vùng cổ mặt, bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật 6 tháng và điều trị hoá trị.



Hình: Chordoma

Chordoma là một loại u thần kinh ác tính ở trung tâm nền sọ. Đường mổ xuyên miệng xuyên khẩu cái thích hợp cho việc phẫu thuật lấy u tới tận clivus, kính hiển vi hoặc nội soi giúp ích cho việc lấy u được dễ dàng. Sau phẫu thuật bệnh nhân được chuyển điều trị hỗ trợ hoá trị xạ trị.

- Cholesteatoma ở vùng xương thái dương và xương gò má: Thông thường, cholesteatoma gặp ở đỉnh xương đá, trường hợp trong nghiên cứu này là cholesteatoma ở vùng xương gò má thái dương khiến việc điều trị phức tạp vì phải cắt rộng xương thái dương.

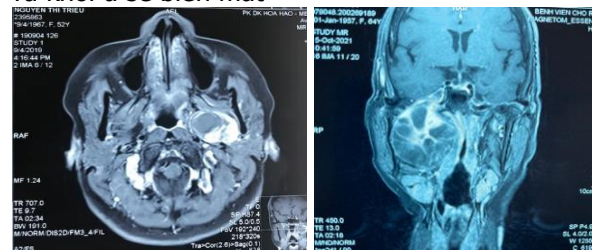
Hình ảnh học: Chụp CT Scan và MRI là cần thiết và thường qui vì đây là cặp kỹ thuật duy nhất và hoàn chỉnh trong việc đánh giá các tổn thương vùng hố thái dương và nền sọ

CT scan với các lát cắt tiêu chuẩn 3-5mm là phương pháp tốt nhất để đánh giá cấu trúc xương, các lỗ, các khe hay các ống (động mạch cảnh), tổn thương, mức độ ăn mòn hay tái tạo của xương sọ hoặc ở vị trí các lỗ nền sọ nơi có mạch máu thần kinh đi qua.

Đối với các khối u vùng đầu cổ, chúng tôi nhận thấy MRI có giá trị hơn CT trong việc đánh giá các tổn thương, kích thước, mạch máu nuôi dưỡng u, cấu trúc thần và kinh mạch máu quanh u với các phim tư thế axial, coronal, và sagital và hình ảnh các khối u sẽ càng rõ ràng hơn sau khi tiêm thuốc cản từ gadolinium. Đặc biệt với tăng tín hiệu T1, T2 được dùng đánh giá giải phẫu và u khi xâm lấn vào não, màng não xoang hang, ổ mắt, hố chân bướm hàm hay vòm mũi họng.

Theo Sekhar và Donal thì CT cho hình ảnh vượt trội trong việc đánh giá các xoang mũi, hố mũi, họng và những tổn thương thâm nhiễm lan vào hố mắt. Tuy nhiên để đánh giá những cấu trúc nội sọ như màng não, não thì không tốt bằng MRI^{1,2,5,6}

Một lưu ý ở vùng hố dưới thái dương này có thể có những tổ chức viêm giả u, chúng có hình ảnh giống hệt như một khối u nhưng khi vào chỉ thấy mô bị viêm đông đặc, điều trị bằng kháng sinh kháng viêm trong một thời gian có hiệu quả và khối u sẽ biến mất⁶



Hình áp xe đỉnh xương đá; U thần kinh liên quan não

Chụp mạch máu não DSA. DSA giúp đánh giá mối liên quan giữa u và các mạch máu lớn, nguồn mạch nuôi u, tuân hoàn bàng hệ đặc biệt trong trường hợp cần làm tắc mạch giúp giảm chảy máu hay tiên lượng nguy cơ khi phẫu thuật các khối u có liên quan mạch máu hoặc làm tắc mạch trước mổ nhằm giúp giảm máu mất trong phẫu thuật^{1,5,6}



3 ca làm tắc mạch là u xơ mạch máu vòm mũi họng. Việc làm tắc mạch giúp giảm chảy máu trong khi lấy u xơ. Tuy nhiên, hiệu quả đến mức nào thì khó đánh giá vì khi mổ có những trường hợp rất ít chảy máu và ngược lại có những ca mặc dù u nhỏ nhưng vẫn chảy máu.

Tai biến và Biến chứng. Theo Drew.P; Dale Browne 75% không có biến chứng, các biến chứng nhỏ như máu tụ, thủng mỷ, ảnh hưởng dây thần kinh V, nhiễm trùng là khoảng 20%, các biến chứng nặng gồm dò dịch não tủy, tổn thương mắt, ổ mắt hay biến chứng nội sọ là 5%; Yafit D; Dan M ghi nhận 30% biến chứng liên quan đến phẫu thuật trong đó biến chứng nặng là 6% và biến chứng nhẹ là 24%; Bigelow mổ 25 ca có tỷ lệ biến chứng là 64%, tử vong trong khi mổ là 8%. Drew P.Plonk; J. Dale Browne ghi nhận khoảng 75% ca mổ không có biến chứng, 5% biến chứng nặng và 20% có biến chứng nhẹ như máu tụ, biến dạng khuôn mặt hay dị cảm (paresthesia) dây thần kinh V^{1,4,5,8,10}

Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân tử vong trong hay sau khi mổ, các biến chứng hay gặp sau mổ là liệt tạm thời dây thần kinh VII 2 ca, dây VII bị cắt do khối u đã xâm lấn vào thần kinh 2 ca đã được phẫu tích cẩn thận, há miệng lệch nhẹ sang một bên do cắt lồi cầu xương hàm 5 ca, Mắt vẫn còn biến dạng nhẹ sau lấy u là 6 ca, 1 ca hoại tử vạt cân thái dương sau đó đã được cắt và làm lại sau đó ổn định.

V. KẾT LUẬN

Hố dưới thái dương và nền sọ giữa có cấu trúc rất phức tạp và phẫu thuật vùng này là một trong những phẫu thuật khó luôn đòi hỏi sự kết hợp của nhóm gồm các phẫu thuật viên nhiều

chuyên khoa. Tiếp cận vào vùng hố dưới thái dương phải được cân nhắc, lựa chọn cho thích hợp tùy theo vị trí và kích thước của u. Đường mổ trước tai - dưới thái dương đã được sử dụng cho 14 bệnh nhân và cho thấy dễ thực hiện, hiệu quả khi phẫu tích lấy các khối u ra. Kết hợp với phẫu thuật nội soi đã cho hiệu quả và chính xác cao. Trong và sau khi mổ chúng tôi không ghi nhận ca tử vong nào, các biến chứng chủ yếu là liệt dây mặt, miệng lệch nhẹ khi há to, đường mổ sẹo có thể kéo dài.

Ngoài sự cần thiết phối hợp của các chuyên khoa tai mũi họng cũng cần có kế hoạch mổ xác trong chương trình đào tạo nhằm giúp các bác sĩ mau chóng tiếp cận kỹ thuật chuyên môn, nâng cao tay nghề phục vụ người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Daniel Yafit; Dan M. Fliss (2019)** Surgical approach for Infratemporal fossa tumor resection : Fifteen years experience of a singular center Journal of head and neck surgery; 2019 1-9.
- Amed Youssef; Ricardo I. Carrau; Leo ditzel Filho (2015)** Endoscopic versus open approach to the Infratemporal fossa: A cadaver study. Neurology Sur 8; 76: 358-364
- Anand K;Devaiah; David R; Todd Hoagland (2013)** Evaluating Endoscopic and Endoscopic – Assisted access to the Infratemporal Fossa: A novel method foe assesment and comparison of approach The Laryngoscope 123 July; 1575-1581
- Drew P.Plonk; J. Dale Browne (2013)** The subtemporal preauricular infratemporal fossa approach Operative techniques in Otolaryngology. Elsevier 24, 235-239
- Hitotsumatsu T; Rhoton AL (2000)** Unilateral upper and lower subtotal maxillectomy approaches to the cranial base: Microsurgical anatomy. Neurosurgery; 46(6): 1416-1452; discussion1452-1453
- Paul J Donald Lippincott (1998)** Surgery of the Skull base – Raven Publishers (30-327p)
- Janecka JP (1995).** Classification of facial translocation approach to the skull base. Otolaryngol head neck Surg; 112(4): 579-585
- Sekhar LN, Schramm VI (1987):** Subtemporal - preauricular infratemporal approach to large and posterior cranial base neoplasms Neurosurg 1987;67(4):488-499
- M. Portmann; Anthony Richards; Jean Marc Sterkers (1994):** Rhino-Otological Microsurgery of the Skull base (152-187p). Churchill Livingstone
- Guerrier Y. (1985)** La fosse infra-temporal et la fosse pterygo-palatine Cahier d'ORLde chir cervicofacial 20:655-663
- Obwegeser HL (1985)** Temporal approach to the TMJ, the orbit and the retromaxillary-infracranial region.Head and neck Surg; 7(3) 185-199.
- Fish U. (1978)** Infratemporal fossa approach to tumor of the temporal bone and base of the skull. J Laryngol Otol.