

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT U NANG THƯỢNG BÌ VÙNG GÓC CẦU TIỂU NÃO

Đỗ Trọng Phước*, Lê Viết Thắng*, Dư Đỗ Văn Trung Hiếu**, Nguyễn Minh Anh*, Nguyễn Kim Chung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị phẫu thuật của u nang thượng bì (UNTB) vùng góc cầu tiểu não (GCTN). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 34 trường hợp UNTB vùng GCTN được chẩn đoán và điều trị vi phẫu thuật tại khoa Ngoại Thần Kinh – bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 02/2018 - 02/2021. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $41,1 \pm 8,7$, nam/nữ xấp xỉ 0,4/1. Triệu chứng nhập viện thường gặp nhất là đau đầu (29,4%), dây V (26,5%) và ù tai (20,6%). Lấy toàn bộ u đạt 41,2%. Sau 6 tháng sau mổ, triệu chứng cải thiện nhiều nhất là yếu nửa người (100%), co giật mặt (75%) và rối loạn dây V (72,2%). Khiếm khuyết thần kinh mới tại thời điểm 6 tháng là 14,7%, trong đó hội chứng tiểu não (HCTN) chiếm 5,9%, liệt dây VI, dây VII và dây VIII mỗi trường hợp tương đương 2,9%. Biến chứng sau mổ đều dưới 10%, dập – xuất huyết tiểu não chiếm tỷ lệ cao nhất là 8,8%. **Kết luận:** UNTB vùng GCTN với biểu hiện lâm sàng đa dạng. Vi phẫu thuật lấy toàn bộ u là điều trị lý tưởng nhất giúp tăng tỷ lệ cải thiện triệu chứng. Tuy nhiên, u dính chặt các cấu trúc quan trọng xung quanh có thể chủ động chừa lại phần dính này nhằm bảo tồn chức năng sau mổ.

Từ khóa: U nang thượng bì, góc cầu tiểu não.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT RESULTS OF EPIDERMOID CYSTS IN THE CEREBELLOPONTINE ANGLE

Objectives: To evaluate clinical features, imaging and factors related to surgical treatment results of epidermoid cysts in the cerebellopontine angle. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 34 cases of CPA epidermoid cysts diagnosed and treated with microsurgery at the Neurosurgery Department - Cho Ray Hospital from February 2018 to February 2021. **Results:** The mean age of the research group was $41,1 \pm 8,7$, male/female ratio is approximately 0,4/1. The most common hospital admission symptoms were headache (29,4%), V neuralgia (26,5%) and tinnitus (20,6%). Total tumor removal reached 41,2%. After 6 months of postoperative follow – up, the most improved symptoms were hemiparesis

(100%), facial hemispasm (75%) and V neuralgia (72,2%). New neurological deficits at 6 months were 14,7%, of which cerebellar syndrome accounted for 5,9%, paralysis of the VI, VII and VIII nerves each equivalent to 2,9%. Complications after surgery were all less than 10%, cerebellar contusion and hemorrhage accounted for the highest rate of 8,8%. **Conclusion:** CPA epidermoid cysts with diverse clinical manifestations. Microsurgery to remove the entire tumor is the ideal treatment to increase the rate of symptom improvement. However, if tumors are adherent to surrounding important structures, surgeon can actively leave this part in order to preserve function after surgery.

Keywords: epidermoid cysts, cerebellopontine angle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UNTB là thương tổn bẩm sinh lành tính, hiếm gặp, chiếm tỷ lệ từ 1 – 2% các loại u trong sọ [1]. Triệu chứng thường gặp của UNTB vùng GCTN là những rối loạn chức năng dây thần kinh sọ và đôi khi có tình trạng viêm màng não vô trùng tái phát do nang vỡ vào khoang dưới nhện gây kích thích màng não [5].

UNTB không nhạy cảm với tia xạ, do đó điều trị phẫu thuật là lựa chọn hàng đầu. Tại vùng GCTN, u có xu hướng phát triển dọc theo khoang dưới nhện, bao lấy các cấu trúc thần kinh – mạch máu lân cận, đồng thời tạo ra phản ứng viêm mạn tính làm tăng kết dính với các cấu trúc này, do đó phẫu thuật lấy toàn bộ u vẫn là một thực tế khó khăn [5]. Cho đến nay, vẫn còn có những ý kiến trái ngược nhau về vấn đề nên lấy toàn bộ u hay không. Nhiều tác giả cho rằng lấy toàn bộ u để tránh tái phát, trong khi một số khác đề nghị không nên cố gắng lấy toàn bộ u nếu việc này gây tổn thương các cấu trúc thần kinh – mạch máu [1], [5].

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của UNTB vùng GCTN và để khảo sát khả năng phục hồi các triệu chứng sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định UNTB vùng GCTN dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau điều trị vi phẫu thuật tại khoa Ngoại Thần Kinh – bệnh viện Chợ Rẫy 02/2018 - 02/2021.

1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

– Bệnh nhân được chẩn đoán UNTB vùng

*Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

**Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Trọng Phước

Email: dophuoc119@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022

GCTN dựa vào lâm sàng và hình ảnh học.

- Được điều trị vì phẫu thuật.
- Có kết quả mô học là UNTB.

2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân mất dấu theo dõi.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật UNTB trước đó.

Cách thức tiến hành. Thu thập các dữ liệu lâm sàng và hình ảnh học, đặc điểm phẫu thuật và kết quả sau mổ với tất cả bệnh nhân mổ u não có kết quả giải phẫu bệnh là UNTB vùng GCTN.

Các biến số nghiên cứu bao gồm

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: tuổi, giới.

Lâm sàng trước mổ: tình trạng trước mổ, thời gian khởi phát, triệu chứng thường gặp.

Đặc điểm hình ảnh học: trên CT scan và trên MRI.

Đặc điểm phẫu thuật: đường tiếp cận, mức độ lấy u.

Đánh giá sau mổ: điểm GOS, sự thay đổi các triệu chứng sau mổ, thời gian hồi phục dây sọ, khiếm khuyết thần kinh mới (lúc xuất viện và 6 tháng), biến chứng sau mổ.

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Trong khoảng thời gian từ 02/2018 – 02/2021 có tất cả 34 trường hợp UNTB vùng GCTN được nghiên cứu. Độ tuổi của 10 bệnh nhân nam (29,4%) và 24 bệnh nhân nữ (70,6%) dao động từ 16 đến 60, tuổi trung bình là 41,1 ± 8,7 và độ tuổi từ 30 – 50 chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,9%. Về phân bố giới tính, nữ nhiều hơn gấp đôi nam.

Lâm sàng trước mổ. Tất cả đều có tình trạng trước mổ GCS 15 điểm, trong đó có 26 bệnh nhân với điểm Karnofsky > 80 chiếm 76,5%, 8 bệnh nhân có Karnofsky 60 – 70 điểm chiếm 23,5%.

Bảng 5. Thời gian khởi phát

Đặc điểm	N(%)
Thời gian khởi phát	
< 6 tháng	10 (29,4)
6 – 12 tháng	10 (29,4)
> 12 tháng	14 (41,2)

Thời gian khởi phát triệu chứng dao động 1 tháng đến 5 năm, trong đó nhóm > 12 tháng chiếm cao nhất 41,2% ở 14 bệnh nhân như được trình bày trong bảng 1. Tần suất các triệu chứng cũng được chúng tôi liệt kê trong bảng 2.

Bảng 6. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	N (%)
Dây V	18 (52,9)
Đau đầu	13 (38,2)

Dây VIII	10 (29,4)
HCTN	8 (23,5)
Dây VI	3 (8,8)
Liệt mặt	2 (5,9)
Co giật mặt	4 (11,8)
Yếu nửa người	2 (5,9)
Nhìn mờ	1 (2,9)

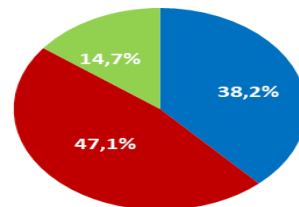
Đặc điểm hình ảnh học. Kích thước u lúc chẩn đoán trung bình 3,6cm (dao động từ 2 – 6,7 cm). Phân bố trái/phải không có khác biệt và không có trường hợp nào u hiện diện cả 2 bên.

Các đặc điểm của u trên MRI được chúng tôi khảo sát chi tiết trong bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm UNTB trên MRI

Đặc điểm	N (%)
Giảm tín hiệu/T1 (N = 34)	30 (88,2)
Tăng tín hiệu/T2 (N = 34)	29 (85,3)
Tín hiệu cao/FLAIR (N = 34)	25 (73,5)
Không bắt cản tử (n=29)	27 (93,1)
Hạn chế khuếch tán (n=26)	23 (88,5)
Bao lấy thần kinh – mạch máu (xung CISS, n = 24)	19 (79,2)
Chèn ép thân não (N = 34)	24 (70,6)
Đa thủy (N = 34)	19 (55,9)
Giãn não thất (N =34)	2 (5,9)
Phù não quanh u (N = 34)	0

Biểu đồ 1 cho thấy 61,8% các trường hợp lan rộng ngoài GCTN với bề trước cầu não là vị trí thường gặp nhất với 52,3%, bề gian cuống não chiếm 38,1%, khuyết lều chiếm 23,8%, bề trên yên và đường giữa chiếm 9,5% mỗi trường hợp. Không ghi nhận lan rộng xuống lỗ chẩm.



■ Nhóm 1 ■ Nhóm 2 ■ Nhóm 3

Biểu đồ 2. Vị trí lan rộng theo Rogelio Revuelta – Gutiérrez (Nhóm 1:Giới hạn tại GCTN. Nhóm 2: Bề trước cầu não, bề gian cuống não, bề trên yên – giao thị. Nhóm 3: Hồ sọ giữa – thủy thái dương).

Đặc điểm phẫu thuật. Tất cả 34 trường hợp UNTB trong nghiên cứu đều được chúng tôi tiếp cận qua đường mổ dưới chẩm sau xoang xích – ma. Lấy toàn bộ u 41,2%, gần toàn bộ 26,5% và một phần u 32,3%.

Đánh giá sau mổ

Tình trạng toàn thân. Tình trạng sau phẫu thuật được chúng tôi khảo sát bằng thang điểm GOS trong bảng 4.

Bảng 4. Điểm GOS sau mổ

Điểm GOS	Xuất viện	6 tháng
	N (%)	N (%)
4 – 5 điểm	30 (88,2)	32 (94,1)
3 điểm	4 (11,8)	2 (5,9)
1 – 2 điểm	0	0

Sự cải thiện triệu chứng. Sự cải thiện từng triệu chứng sau mổ được mô tả với tỷ lệ tương ứng trong bảng 5.

Bảng 5. Sự cải thiện các triệu chứng sau mổ

Triệu chứng	Cải thiện sau mổ N(%)	
	Có	Không
Đau đầu	8 (61,5)	5 (38,5)
HCTN	5 (62,5)	3 (37,5)
Yếu nửa người	2 (100)	0
Dây II	0	1 (100)
Dây VI	1 (33,3)	2 (66,7)
Dây V	13 (72,2)	5 (27,8)
Liệt mặt	1 (50)	1 (50)
Giật mặt	3 (75)	1 (25)

Bảng 6. Ảnh hưởng của thời gian khởi phát đến sự cải thiện các triệu chứng sau mổ

Triệu chứng	Cải thiện	Thời gian (tháng)			p
		< 6	6 – 12	> 12	
Dây V	Có	10	3	0	0,022
	Không	1	2	2	
Dây VIII	Có	3	0	0	0,017
	Không	0	4	3	

Triệu chứng đau đầu, dây V và dây VIII cải thiện hơn khi được lấy u toàn bộ tương ứng 100%, 88,9% và 75% (p < 0,05).

Bảng 7. Ảnh hưởng của mức độ lấy u đến sự cải thiện các triệu chứng sau mổ

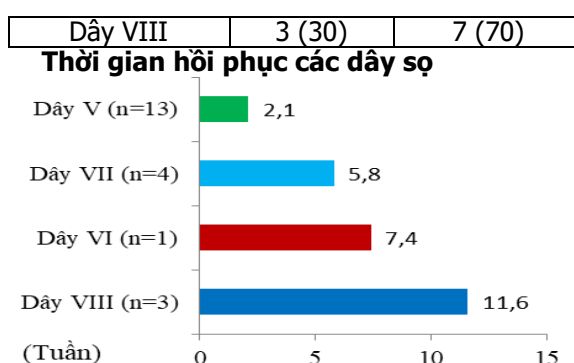
Triệu chứng	Cải thiện	Mức độ lấy u			p
		Toàn bộ	Gần toàn bộ	Một phần	
Đau đầu	Có	5	3	0	0,017
	Không	0	2	3	
Dây V	Có	8	5	0	0,018
	Không	1	1	3	
Dây VIII	Có	3	0	0	0,033
	Không	1	1	5	

Khiếm khuyết thần kinh mới sau mổ. Khiếm khuyết thần kinh mới lúc xuất viện chiếm 23,5% và tại thời điểm 6 tháng là 14,7%.

Tại thời điểm xuất viện, tỷ lệ khiếm khuyết thần kinh mới có xu hướng cao hơn ở nhóm lấy u toàn bộ với 35,7% kể đến là nhóm lấy gần toàn bộ u chiếm 22,2% sau cùng nhóm lấy một phần u chiếm 9,1%. Điều này cũng tương tự khi chúng tôi ghi nhận tại thời điểm theo dõi 6 tháng. Tuy nhiên những khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

Bảng 8. Ảnh hưởng của mức độ lấy u đến khiếm khuyết thần kinh mới sau mổ

Thời điểm	Mức độ lấy u n (%)			p
	Toàn bộ (14)	Gần toàn bộ (9)	Một phần (2)	



Biểu đồ 2. Thời gian hồi phục các dây sọ

Dây V có thời gian hồi phục ngắn nhất và dài nhất là dây VIII.

Chúng tôi cũng nhận thấy rằng triệu chứng dây V và VIII có tỷ lệ cải thiện sau mổ cao hơn ở nhóm khởi phát < 6 tháng với tỷ lệ tương ứng là 90,9% và 100% (p < 0,05).

Xuất viện	5 (35,7)	2 (22,2)	1 (9,1)	0,303
6 tháng	3 (21,4)	1 (11,1)	1 (9,1)	0,838

Biến chứng sau mổ. Biến chứng được chúng tôi ghi nhận từ ngay sau phẫu thuật và trong suốt quá trình theo dõi được trình bày trong bảng 9.

Bảng 9. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	N (%)
Dập – xuất huyết tiểu não	3 (8,8)
Viêm màng não	2 (5,9)
Rò DNT qua vết mổ	1 (2,9)
Giãn não thất	1 (2,9)
Viêm phổi	1 (2,9)
Tụ máu vùng mổ	0

IV. BÀN LUẬN

UNTB là do sự tách không hoàn toàn của ngoại bì thần kinh ra ngoại bì da tại phần lưng phôi dọc đường giữa trong tuần thứ 3 – 5 của phôi. U thường không có triệu chứng trong nhiều năm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi dao động từ 16 đến 60, tuổi trung bình là $41,1 \pm 8,7$ và độ tuổi từ 30 – 50 chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,9%. Các báo cáo trước đó đều cho thấy các kết quả tương tự như của Kobata, 2002 [5] là 37,8 tuổi, hay báo cáo của Singh, 2020 [8] với là 43.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian khởi phát triệu chứng trung bình là $13,4 \pm 5,7$ tháng, tương đương với kết quả của Singh, 2020 [8] là 11,2 tháng. Nghiên cứu khác có kết quả dài hơn như của Czernicki, 2016 [2] lên đến 36 tháng. Thời gian khởi phát triệu chứng > 12 tháng chúng tôi ghi nhận ở 41,2% so với kết quả của Czernicki, 2016 [2] là trên 50%. Điều này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm phát triển chậm của u.

Triệu chứng lâm sàng của UNTB vùng GCTN phụ thuộc vào vị trí tương quan của u với các cấu trúc lân cận bị u chèn ép. Chúng tôi ghi nhận triệu chứng dây V với tần suất cao nhất với 52,9%. Triệu chứng dây VII chỉ gặp ở 17,6%. Kobata và cộng sự [5] nhấn mạnh rằng ở những bệnh nhân bị UNTB, co giật mặt chỉ xảy ra trong các trường hợp có xung đột thần kinh – mạch máu, còn đau dây V thường do sự dịch chuyển hoặc xoắn của dây V và bởi sự kết dính của màng nhện hoặc bệnh lý tĩnh mạch.

Trên MRI, u thường giảm tín hiệu trên T1 đồng thời tăng tín hiệu trên T2. Đảo ngược tín hiệu trên MRI có thể thấy ở các "UNTB trắng" hay UNTB xuất huyết. UNTB tăng tín hiệu đặc trưng so trên cả hai chuỗi xung khuếch tán (DWI) và phục hồi đảo ngược chất lỏng (FLAIR). Xung CISS rất tốt trong việc xác định mức độ lan rộng của khối u trong các bể DNT, phân biệt chính xác các mạch máu và dây thần kinh lân cận [6].

UNTB vùng GCTN không lan rộng lên trên lều có thể được tiếp cận qua đường mổ dưới chẩm sau xoang xích – ma trong hầu hết các trường hợp [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều được tiếp cận qua đường phẫu thuật dưới chẩm sau xoang xích – ma. Điều này là hoàn toàn phù hợp vì phần lớn các u trong nghiên cứu đều có phần u chủ yếu tại GCTN.

Khả năng lấy u được chia làm 3 mức độ được nhiều tác giả sử dụng: toàn bộ: là toàn bộ chất trong lòng u và bao u; lấy gần toàn bộ: là chất trong lòng u được lấy hết nhưng bao u được chứa lại phần ít và lấy một phần u khi còn chứa lại hơn 20% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi

có 14 bệnh nhân được lấy u toàn bộ chiếm tỷ lệ 41,2%, 9 bệnh nhân được lấy u gần toàn bộ chiếm 26,5% và 11 bệnh nhân lấy được một phần u tương đương 32,3%. Khả năng lấy toàn bộ u là khác nhau giữa các báo cáo, chính sự lan rộng vào các bể DNT và vỏ bao u dính vào các cấu trúc xung quanh đã tạo nên những khác biệt này. Các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật trên quan điểm không cố gắng bóc tách phần bao u dính vào những vị trí quan trọng như thân não, các mạch máu quan trọng hay các dây sọ.

Yếu nửa người, triệu chứng dây V và co giật mặt có tỷ lệ cải thiện cao nhất, lần lượt là 100%, 75% và 72,2%. Kết quả này là tương đương với nghiên cứu của Czernicki, 2016 [2]. Nghiên cứu của Gutiérrez, 2009 cho thấy tỷ lệ cải thiện triệu chứng đau dây V rất cao gần 90% [7]. Báo cáo của Farhoud, 2018 [3] ghi nhận tỷ lệ cải thiện triệu chứng đau dây V và co giật mặt gần như hoàn toàn.

Sự hồi phục của các dây thần kinh sọ phụ thuộc vào mức độ chèn ép, thời gian chèn ép và sự toàn vẹn cấu trúc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về tỷ lệ cải thiện trong các triệu chứng: đau đầu, dây V và dây VIII cao hơn có ý nghĩa khi được lấy u toàn bộ, $p < 0,05$. Về vấn đề này, tác giả Singh [8] cũng kết luận rằng lấy toàn bộ u làm tăng đáng kể tỷ lệ cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật.

Theo báo cáo của Kobata [5] khiếm khuyết thần kinh sau mổ là tương đối cao, triệu chứng dây V đến 70%, dây VIII 33,3%, liệt vận nhãn 30%, liệt mặt 23,3%, 3 trường hợp liệt dây sọ thấp chiếm 10% và 1 trường hợp liệt nửa người chiếm 3,3%. Nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm xuất viện, khiếm khuyết thần kinh mới có xu hướng cao hơn ở nhóm lấy u toàn bộ, điều này cũng tương tự tại lúc 6 tháng. Tuy nhiên những khác biệt trên không mang ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Nguyên nhân tử vong sau mổ chủ yếu do tổn thương thân não, các động mạch lớn, máu tụ sau mổ, hay các biến chứng khác như viêm màng não nặng sau rò DNT qua vết mổ, viêm phổi hít do liệt các dây thần kinh sọ thấp,... Biến chứng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết đều dưới 10%. Đập – xuất huyết tiểu não chiếm tỷ lệ cao nhất ở 8,8% đó là kết quả của việc cố gắng bóc tách hết phần bao u đòi hỏi phải vén não nhiều.

Viêm màng não vô trùng sau mổ UNTB thay đổi từ 0 – 40% [5]. Chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp viêm màng não chiếm 5,9%. Về

quan điểm điều trị, năm 2021, Yoneoka [9] đề nghị dùng procalcitonin huyết thanh (ngưỡng tham chiếu < 0,5 ng/ml) để phân biệt viêm màng não vô trùng và vi trùng. Tác giả cũng đề nghị tập trung điều trị hỗ trợ các triệu chứng kết hợp với bổ sung kháng sinh.

Rò DNT là yếu tố rất thuận lợi dẫn đến viêm màng não do vi trùng. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp rò DNT qua vết mổ chiếm 2,9% dẫn đến biến chứng viêm màng não. Chúng tôi đã kết hợp kháng sinh tĩnh mạch với dẫn lưu DNT thắt lưng và cho kết quả thành công.

Giãn não thất và viêm phổi gặp 2,9% mỗi trường hợp và không ghi nhận có bệnh nhân nào bị máu tụ ổ mổ sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

UNTB thường gặp ở tuổi trưởng thành. Triệu chứng đa dạng. Thời gian khởi phát triệu chứng có liên quan đến kết cục sau mổ. Chính vì vậy, cần phải tiến hành chẩn đoán và điều trị sớm bệnh lý này.

Nên khảo sát đầy đủ các hình ảnh học, đặc biệt là MRI xung CISS và DWI giúp chẩn đoán chính xác, lập kế hoạch phẫu thuật cũng như đánh giá sau mổ.

Vi phẫu lấy toàn bộ u nên là mục tiêu lý tưởng nhất giúp tăng tỷ lệ cải thiện triệu chứng. Tuy nhiên cần cân nhắc khi u dính chặt các cấu trúc quan trọng.

Các từ viết tắt: DNT: Dịch não tủy, GCTN: Góc cầu tiểu não, UNTB: U nang thượng bì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Lê Phương (2013)**, "U nang thượng bì", *Phẫu thuật thần kinh*, pp. 115-130.
2. **Czernicki T, Kunert P, Nowak A, Wojciechowski J, et al (2016)**, "Epidermoid cysts of the cerebellopontine angle: Clinical features and treatment outcomes", *Neurol Neurochir Pol*, 50 (2), pp. 75-82.
3. **Farhoud A, Khedr W, Aboul-Enein H (2018)**, "Surgical Resection of Cerebellopontine Epidermoid Cysts: Limitations and Outcome", *Journal of neurological surgery Part B, Skull base*, 79 (2), pp. 167-172.
4. **Kato K, Ujiie H, Higa T, Hayashi M, et al (2010)**, "Clinical presentation of intracranial epidermoids: a surgical series of 20 initial and four recurrent cases", *Asian journal of neurosurgery*, 5 (1), pp. 32-40.
5. **Kobata H, Kondo A, Iwasaki K (2002)**, "Cerebellopontine angle epidermoids presenting with cranial nerve hyperactive dysfunction: pathogenesis and long-term surgical results in 30 patients", *Neurosurgery*, 50 (2), pp. 276-285; discussion 285-276.
6. **Liu P, Saida Y, Yoshioka H, Itai Y (2003)**, "MR imaging of epidermoids at the cerebellopontine angle", *Magn Reson Med Sci*, 2 (3), pp. 109-115.
7. **Revuelta-Gutiérrez R, Díaz-Romero Paz R F, Vales-Hidalgo L O, Hinojosa-González R, et al (2009)**, "Cerebellopontine angle epidermoid cysts. Experience of 43 cases with long-term follow-up", *Cir Cir*, 77 (4), pp. 257-265; 241-258.
8. **Singh R, Prasad R S, Singh A (2020)**, "Evaluation of Cerebellopontine Angle Epidermoid Presenting with Cranial Nerve Deficit: A Surgical Perspective", *Asian J Neurosurg*, 15 (3), pp. 573-578.
9. **Yoneoka Y, Seki Y, Akiyama K, Sakurai Y, et al (2021)**, "Prolonged Postoperative Pyrexia and Transient Nonnephrogenic Vasopressin-Analogue-Resistant Polyuria following Endoscopic Transsphenoidal Resection of an Infundibular Epidermoid Cyst", *Hindawi*, pp. 6690372.

TẮC TĨNH MẠCH VÕNG MẠC SAU TIÊM VẮC XIN CỦA HÃNG ASTRAZENECA: BÁO CÁO MỘT SỐ CA LÂM SÀNG

Lương Đại Dương¹, Trần Thị Như Ngọc¹, Nguyễn Thị Quỳnh¹

TÓM TẮT

Tắc tĩnh mạch võng mạc là bệnh hiếm gặp ở người trẻ khỏe mạnh, không có bệnh nền kèm theo. Tuy nhiên gần đây, tại khoa Đáy Mắt – Bệnh viện Mắt Hà Nội, chúng tôi đã ghi nhận về ba trường hợp người trẻ tuổi, tiền sử khỏe mạnh được chẩn đoán tắc tĩnh mạch võng mạc sau tiêm vắc xin Astrazeneca dự phòng

COVID – 19. Bệnh biểu hiện bằng giảm thị lực đột ngột hoặc khuyết một phần thị trường sau tiêm từ 7-10 ngày. Bệnh nhân được điều trị bằng tiêm nội nhãn Anti-VEGF hoặc theo dõi đơn thuần. Kết quả cho thấy, thị lực của ba bệnh nhân đều cải thiện tốt, tình trạng phù hoàng điểm trên OCT giảm rõ rệt. Do vậy, cần chú ý theo dõi và phát hiện tình trạng tắc mạch võng mạc sau tiêm vắc xin Astrazeneca

Từ khóa: tắc tĩnh mạch võng mạc, sau tiêm vắc xin Astrazeneca

SUMMARY

**RETINAL VEIN OCCLUSION AFTER
VACCINATION WITH ASTRAZENECA:
REPORTING CLINICAL CASES**

¹Bệnh viện Mắt Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Như Ngọc

Email: nhungoc.ophtal@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2022

Ngày duyệt bài: 28.2.2022