

các tổ chức xung quanh nên tổn thương trong mổ nhiều hơn. Do vậy biến chứng sau mổ nhiều.

Trong số những bệnh nhân đạt kết quả tốt sau phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân không có hạch chiếm ưu thế (59,5%). Trong khi ở bệnh nhân có kết quả trung bình sau phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân có hạch chiếm đa số (63,6%). Có sự khác nhau nhưng không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không có hạch với kết quả phẫu thuật. Kết quả này tương đồng với tác giả Đinh Xuân Cường (2010), tiền lượng ở hai nhóm có và không có di căn hạch là khác nhau nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [3]. Kết quả này là do khi bệnh nhân phát hiện hạch trong mổ, các phẫu thuật viên thường chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch tối đa. Vì vậy tổn thương trong mổ nhiều hơn so với trường hợp không phát hiện hạch.

4.2.5. Liên quan giữa kết quả phẫu thuật với giai đoạn bệnh. Về sự liên quan với giai đoạn bệnh, qua nghiên cứu thấy số bệnh nhân có kết quả tốt ở giai đoạn I chiếm ưu thế (59,5%), giai đoạn II và III tỉ lệ gần tương đương (19,1% và 21,4%). Ở bệnh nhân có kết quả phẫu thuật trung bình, giai đoạn II và giai đoạn III có sự khác biệt trong khi giai đoạn I vẫn chiếm ưu thế. Nguyên nhân là do càng ở giai đoạn cao thì mức độ xâm lấn của khối u và di căn hạch vùng càng nhiều. Chính vì vậy trong cuộc mổ cần can thiệp nhiều vào cả mô bệnh lẫn mô lành và nạo vét hạch vùng xung quanh.

V. KẾT LUẬN

- Liên quan giữa kết quả phẫu thuật và số lượng u: Kết quả tốt ở nhóm có 1 u và 2 u là 50%. Không có sự khác biệt có nghĩa thống kê giữa số lượng u và kết quả phẫu thuật ($p > 0,05$)

- Liên quan giữa kết quả phẫu thuật và kích thước u: Không có sự khác biệt có nghĩa thống kê giữa kết quả phẫu thuật và kích thước u giữa các nhóm (<2cm, 2-4cm, >4cm).

- Liên quan giữa kết quả phẫu thuật và vị trí u: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả phẫu thuật và mức độ xâm lấn ($p > 0,05$)

- Có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm kết quả phẫu thuật và mức độ di căn hạch.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm kết quả phẫu thuật và giai đoạn bệnh ($p > 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Max P, Freddie B, Ferly J (2018). Cancer Statistic GLOBOCAN CA Cancer J Clin 2018, pp. 74-108.
2. Nguyễn Bá Đức (2008). Dịch tễ học bệnh ung thư. Ung thư tuyến giáp, Nhà xuất bản y học, tr. 15-19.
3. Đinh Xuân Cường (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K; Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội, tr. 33 – 48.
4. Dora K. C. T., Kim H. Y., Park D., et al (2020), Does Tumor Size Affect Surgical Outcomes of Transoral Robotic Thyroidectomy for Patients with Papillary Thyroid Carcinoma? A Retrospective Cohort Study, Annals of Surgical Oncology, vol 27, pp 3842–3848.
5. Trần Hữu Hiệu, Trần Bảo Ngọc, Hoàng Thanh Quang (2020), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Trung tâm Ung Bướu Thái Nguyên", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 1 – 2020, tr. 44 – 48.
6. Lê Văn Long (2018), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K năm 2017", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội

PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA MŨI ĐIỀU TRỊ U MÀNG NÃO VÙNG TRÊN YÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH NĂM (2022)

Trương Thanh Tình*, Phạm Thanh Bình*, Nguyễn Minh Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu. Sau sự ra đời của kính vi phẫu thần kinh, kết quả của phẫu thuật u màng não vùng trên

yên đã được cải thiện đáng kể. Gần đây hơn, phẫu thuật nội soi thần kinh đã được ứng dụng rộng rãi để loại bỏ các sang thương vùng này với nhiều ưu điểm vượt trội. Mục đích nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị nội soi qua mũi các u màng não vùng trên yên tại trung tâm của chúng tôi. **Phương pháp.** Từ 2017 – 2022, có 22 bệnh nhân u màng não vùng trên yên thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được phẫu thuật nội soi qua mũi lấy u tại Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh. Các u màng não gồm u vùng planum xương bướm và vùng củ yên tùy theo vị trí chân bám u. Theo dõi kết quả sau mổ bằng cách khám lâm sàng, cận

*Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Trương Thanh Tình
Email: thanhtrinh077@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.7.2022
Ngày phản biện khoa học: 2.8.2022
Ngày duyệt bài: 16.8.2022

lâm sàng (cộng hưởng từ) tại các thời điểm ra viện, 3 tháng sau mổ và nhân đôi thời gian sau đó. **Kết quả.** Trong số 22 bệnh nhân u màng não vùng trên yên, tuổi bệnh nhân thay đổi từ 30 đến 74, trung bình: 56 và có tỉ lệ nữ ưu thế hơn nam (76% nữ giới). Đau đầu và giảm thị lực, thị trường là triệu chứng gặp nhiều nhất chiếm tỉ lệ lần lượt là 73% và 68%. Vị trí u phổ biến nhất là củ yên (64%). Lấy hết u hoàn toàn (Simpson I) 20 bệnh nhân (91%). U bao bọc mạch máu và kích thước lớn là 2 yếu tố chính gây khó khăn cho việc lấy u triệt để ($p < 0.05$). Vị trí u hay u lan vào ống thị giác không là yếu tố cản trở việc cắt bỏ u. Cải thiện thị lực 80%, một trường hợp diễn tiến xấu dần thị lực sau mổ (4.5%). Biến chứng dò dịch não tủy 13.6% với một trường hợp cần mổ lại. Mất mùi 9.1%, viêm màng não 13.6%, đái tháo nhạt thoáng qua 9.1%, viêm xoang sau mổ 18%. **Kết luận.** Phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị các u màng não vùng trên yên với ưu điểm cung cấp cửa sổ tiếp cận u tối ưu, ít phá hủy cấu trúc, phẫu thuật viên sớm triệt mạch nuôi u làm giảm chảy máu và sớm giải áp dây thị giác từ đầu cuộc mổ, không vén não cũng như không để lại sẹo mổ bên ngoài. Việc chọn lựa cẩn thận người bệnh cùng với phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm sẽ giúp chúng ta có kết quả điều trị tối đa với biến chứng tối thiểu.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi qua mũi, u màng não trên yên, planum xương bướm, củ yên.

SUMMARY

ENDOSCOPIC ENDONASAL SURGERY FOR SUPRASellar MENINGIOMAS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER 2022

Objective of the study. Following the benefits of the neurosurgical microscope, the outcomes in suprasellar meningioma surgery were significantly improved. More recently, endoscopic neurosurgery has been widely applied to remove these lesions with many outstanding advantages. The purpose of this study is to evaluate the results of transnasal endoscopic treatment for suprasellar meningiomas at our center. **Subjects and research methods.** Between 2017 and 2022, there were 22 patients with suprasellar meningiomas, who met the selection criteria and underwent transnasal endoscopic surgery to remove the tumor at Medical University Center in Ho Chi Minh City. Meningiomas include tuberculum sellae, planum sphenoidale region depending on the location of the tumor attachment. Follow-up after surgery by clinical examination, images post-op (MRI) at the time of hospital discharge, three months after surgery and doubling the time thereafter. **Results.** Among 22 patients with the suprasellar meningiomas, the patient's age varied from 30 to 74, mean: 56 and there was a clear predominance of female over male (76% female). Headache and vision loss are these most common symptoms accounting for 73% and 68% respectively. The most common tumor sites were the tuberculum sellae (64%). Complete tumor removal (Simpson I) 20 patients (91%). Tumors with vascular encasement and large size are the two main factors that make it difficult to remove the tumor completely ($p < 0.05$). Tumor location or tumor extension into the

optic canal is not a predisposing factor to resection. Improved visual acuity 80%, one case worsen after surgery (4.5%). Complications of CSF leak 13.6% with one case requiring re-operation. Anosmia 9.1%, meningitis 13.6%, transient diabetes insipidus 9.1%, post-operative sinusitis 18%. **Conclusions.** Endoscopic endonasal surgery for suprasellar meningiomas with several major advantages of the endonasal route such as providing optimal tumor access window, less structural damage, devascularization is accomplished early in surgery by interrupting the dural blood supply during the approach and decompress the optic nerve from the beginning of the operation. Furthermore, this approach offers no brain retraction, no scars and shorter recovery time. Careful patient selection and experienced neurosurgeons will help us achieve maximum treatment results with minimal complications.

Keywords: endoscopic endonasal surgery, suprasellar meningiomas, planum sphenoidale, tuberculum sellae.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị các u màng não trên yên đang được ứng dụng khá phổ biến ở các nước phát triển với ưu điểm cung cấp cửa sổ tiếp cận u tối ưu, ít phá hủy cấu trúc, phẫu thuật viên sớm triệt mạch nuôi u làm giảm chảy máu và sớm giải áp dây thị giác từ đầu cuộc mổ, không vén não cũng như không để lại sẹo mổ bên ngoài. Tuy nhiên tại Việt Nam cho đến nay, vẫn chưa có công trình nghiên cứu đầy đủ về phẫu thuật nội soi loại bệnh lý này. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị u màng não trên yên" nhằm khảo sát các yếu tố hình ảnh học liên quan kết quả điều trị và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị u màng não vùng này khi đã lựa chọn tỉ mỉ người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi theo dõi tiền cứu liên tục từng trường hợp u màng não planum xương bướm, củ yên, được phẫu thuật nội soi qua mũi tại trung tâm của chúng tôi (khoa Ngoại thần kinh Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh) từ 2017 đến 2022. Tiêu chuẩn chọn bệnh là u có kích thước ≤ 3 cm, không xâm lấn ra ngoài động mạch cảnh trong và mẫu giường trước, không bao bọc phức hợp thông trước, được phẫu thuật nội soi qua mũi hoàn toàn (không dùng vi phẫu). Tất cả bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ có gadolinium trước mổ để phân loại theo vị trí chân bám. CTscan thực hiện bổ sung trong trường hợp cần đánh giá u xâm lấn ra ngoài nhiều (mẫu giường trước) và hoặc phá hủy xương nền sọ.

Kỹ thuật tái tạo sàn sọ được chúng tôi đặc biệt quan tâm nhằm mục tiêu giảm tối đa biến chứng dò dịch não tủy (yếu điểm chính của phẫu

thuật nội soi qua mũi điều trị các tổn thương sàn sọ đang còn gây nhiều tranh cãi trên thế giới). Sàn sọ sẽ được tái tạo nhiều lớp từ trong ra ngoài bao gồm màng cứng nhân tạo, cân cơ đùi (fasciata), vạt niêm mạc vách mũi có mạch máu (vascularized pedicle septal nasal flap), chất bịt kín màng cứng (dural sealant), sau cùng nhét méch mũi hoặc merocel (packing) giữ 72h sau mổ. Dẫn lưu thắt lưng (external lumbar drainage) cũng được thực hiện tại phòng mổ ngay khi kết thúc cuộc mổ và lưu 72h sau mổ (mục tiêu trung bình xả bỏ khoảng 10mL/h).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu. Tuổi bệnh nhân thay đổi từ 30 đến 74, trung bình: 56 và có tỉ lệ rõ nữ ưu thế hơn nam (76% nữ giới). Phân loại theo vị trí u phổ biến nhất là củ yên (64%), planum xương bướm (36%). Biểu hiện lâm sàng phổ biến là giảm thị trường, thị lực hoặc cả hai chiếm tỉ lệ 68% và là triệu chứng chính khiến người bệnh đi khám của u màng não củ yên (12/14 bệnh nhân) và planum xương bướm (3/8 bệnh nhân). Đau đầu là triệu chứng gặp nhiều nhất (16/22 bệnh nhân) chiếm tỉ lệ 73%, thường thấy khi u có kích thước lớn hoặc khi có biểu hiện phù não. Động kinh và dấu hiệu suy yên là triệu chứng ít gặp nhất.

Bảng 1: Biểu hiện lâm sàng trước mổ theo vị trí u

Triệu chứng lâm sàng	Triệu chứng/vị trí		Total (%)
	Planum	Củ yên	
Tần số (n)	8	14	22
Đau đầu	6	10	73
Mờ mắt	3	12	68
Thay đổi hành vi	1	0	4.5
Động kinh	1	0	4.5
Suy yên	1	2	13.6

3.3 Đặc điểm hình ảnh học. Mặc dù đa phần u vị trí này có khuynh hướng phát triển ra trước so với củ yên, chúng tôi nhận thấy có vài trường hợp u lan rộng ra sau và chiếm lấy hố yên gây lệch cuống tuyến yên thậm chí suy yên. Quan sát cách thức phát triển của u trên diện cắt ngang của MRI sau tiêm cản quang nhận thấy rằng u củ yên và planum xương bướm phần lớn phát triển sang mặt bên của ống thị giác và xâm lấn vào ống thị giác chiếm 41% (9/22) và là nguyên nhân chính khiến người bệnh mờ mắt ngay cả khi chưa có biểu hiện triệu chứng khác.

Kích thước u thay đổi từ 1.1-3.0cm, với đường kính nhỏ nhất là u màng não củ yên và lớn nhất là u màng não planum. Hình dạng bề mặt u phần lớn tròn đều, giới hạn rõ (82%);

trong số 4 bệnh nhân (18%) u có hình thái bờ không đều là các u có biểu hiện liên quan cấu trúc mạch máu xung quanh. Các u bao bọc mạch máu thấy rõ cả trên cộng hưởng từ và CT mạch máu não. Hình ảnh T2/MRI đặc biệt hữu ích để lượng giá tính toàn vẹn của màng nhện giữa u và mạch máu và giúp phẫu thuật viên tiên đoán các thuận lợi cũng như khó khăn trong suốt quá trình mổ bóc tách u ra khỏi các cấu trúc mạch máu. Hiện tượng tăng sinh xương ở vị trí chân bám của u màng não trên yên được chúng tôi đánh giá bằng hình ảnh CT-scan trước mổ khi cần thiết.

3.4 Kết quả phẫu thuật. Trong số 15 bệnh nhân có biểu hiện giảm thị lực, thị trường, 12 người bệnh (80%) có biểu hiện cải thiện triệu chứng, thậm chí hồi phục gần hoàn toàn chức năng dây thị giác sau mổ nội soi qua mũi. Một trường hợp diễn tiến xấu dần thị lực sau mổ và không hồi phục sau 18 tháng theo dõi (6.7%). Kết quả thị giác sau mổ không có mối tương quan so với kích thước u trước mổ; mặt dù sự hồi phục thị giác có hơi cao hơn (89%) ở nhóm bệnh nhân có đường kính u tối đa < 2.5cm so với u có kích thước > 2.5cm (73%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.26$). Trong số 9 bệnh nhân có u phát triển vào ống thị giác và gây mờ mắt trước mổ, có 7 trường hợp hồi phục rất tốt (78%), và trường hợp còn lại không thay đổi sau mổ nội soi qua mũi.

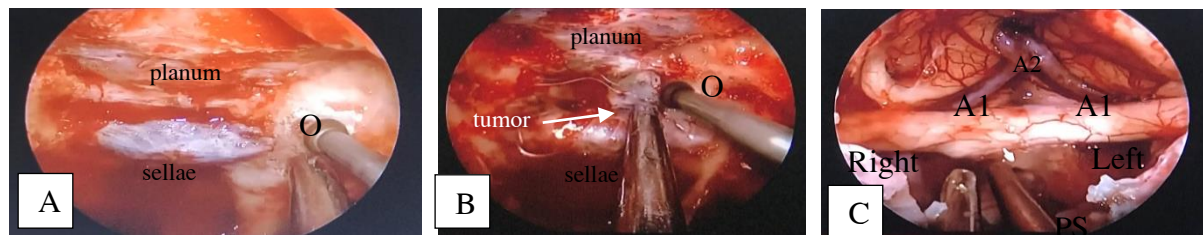
Triệu chứng đau đầu hồi phục hoàn toàn sau mổ. Một bệnh nhân có biểu hiện thay đổi trạng thái tinh thần trước mổ (hội chứng thủy trán) cũng dần hồi phục. Bệnh nhân duy nhất bị động kinh trước mổ (4.5%) là trường hợp u planum có phù não nhẹ trên MRI. Ba bệnh nhân có biểu hiện suy yên trước mổ (13.6%), có 2 ca hồi phục hoàn toàn, một trường hợp còn lại vẫn không thay đổi sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 7 ngày (thay đổi từ 4 - 21 ngày).

3.5 Mức độ lấy u. Lấy hết u hoàn toàn (Simpson I) cho 20 bệnh nhân (91%). Hai trường hợp còn lại đạt được lấy u gần hoàn toàn (> 90% u). Để tìm hiểu rõ hơn những thuận lợi và các giới hạn của phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị u màng não vùng trên yên, chúng tôi phân tích tỉ lệ lấy hết u hoàn toàn (Simpson I) theo vị trí u, kích thước u, hình dạng u, xâm lấn ống thị giác và bao bọc mạch máu của u. Nhận thấy vị trí của u không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ lấy hết u ($p=0.09$). Các yếu tố làm giới hạn đáng kể thành công của cuộc mổ thì bao gồm kích thước u, hình dạng u và sự bao bọc mạch máu của u ($p < 0.05$). Kích

thước u ảnh hưởng đáng kể khi đường kính u > 2.05cm (đường kính trung bình). Trong nghiên cứu này cũng cho thấy rằng tình trạng u bao bọc hoặc xâm lấn mạch máu làm giảm cơ may lấy hết u hoàn toàn khi mổ nội soi (33% so với 95%) so với các động mạch không bị u bao bọc.

3.6 Các biến chứng sau mổ. Biến chứng phổ biến nhất sau phẫu thuật nội soi qua mũi trong u màng não sán sọ trước là dò dịch não tủy, đây cũng là biến chứng khiến các phẫu thuật viên ngoại thần kinh trên thế giới cân nhắc phương pháp điều trị cũng như phát huy tối đa kỹ thuật tái tạo sán sọ sau mổ. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, tỷ lệ dò dịch não tủy gặp trong 3/22 người bệnh (13.6%). Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng đã ứng dụng triệt để kỹ thuật lấy cuống niêm mạc mũi có mạch máu (vascularized nasoseptal flap) khi tái tạo sán sọ ở cuối cuộc mổ nhằm tối ưu hóa kết quả cuộc mổ. Hai trường hợp dò dịch não tủy sau mổ điều trị thành công hoàn toàn bằng đặt dẫn lưu thắt lưng liên tục kéo dài (7 – 10 ngày sau mổ); Một trường hợp mổ lại nội soi kết hợp đặt dẫn lưu thắt lưng và thoái lui hoàn toàn.



Hình 1. Hình trong mổ; A: mài ống thị giác trái, B: lấy u về phía ống thị giác trái, C: sau khi lấy u thấy rõ dây thị 2 bên và phức hợp thông trước, cuống tuyến yên (OC: optic canal, C: clivus, PS: pituitary stalk)

Bảng 2: Các biến chứng sau mổ nội soi qua mũi

Biến chứng sau mổ	Tần số (%)
Tổng số ca (n)	22
Dò dịch não tủy	3 (13.6%)
Viêm màng não	3 (13.6%)
Viêm xoang sau mổ	4 (18%)
Hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp	2 (9.1%)
Giảm thị lực, thị trường	1 (4.5%)
Đái tháo nhạt thoáng qua	2 (9.1%)
Mất mùi sau mổ	2 (9.1%)
Tử vong	1 (4.5%)

IV. BÀN LUẬN

U màng não vùng trên yên, là một trong những thách thức cho phẫu thuật viên ngoại thần kinh do tổn thương nằm sâu, tiếp xúc và chèn ép với những cấu trúc mạch máu thần kinh quan trọng như dây thị giác, giao thoa thị giác, phức hợp động mạch thông trước, động mạch cảnh, cuống tuyến yên, điều này gây khó khăn cho nhà ngoại khoa với mục tiêu phẫu thuật lấy trọn u. Với việc sử dụng kính vi phẫu và các dụng cụ hỗ trợ hiện đại, hai cách tiếp cận mở sọ truyền thống lấy u màng não vùng trên yên là mở sọ dưới trán và trán thái dương cho thấy hiệu quả rất tốt, mặt dù mỗi cách tiếp cận đều có những ưu và khuyết điểm nhất định^[2,5,6]. Đối với mổ sọ dưới trán một hoặc hai bên có thuận lợi là nhìn được hai bên của u và quan sát trực tiếp dây II, động mạch cảnh đoạn mẫu giường, phức hợp thông trước sau khi lấy u. Tuy nhiên, cách

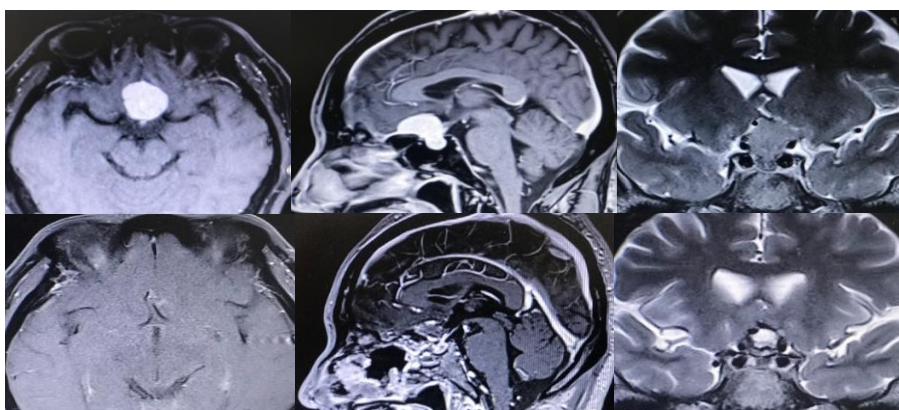
tiếp cận này đòi hỏi phải vén não, khả năng phải thắt xoang dọc trên nếu đi trán hai bên và dễ gây biến chứng nhồi máu tĩnh mạch; không thấy sớm được các cấu trúc mạch máu thần kinh thiết yếu trước khi lấy u, khó với tới mặt dưới giao thoa thị giác hoặc phần u lan vào hố yên. Tiếp nối sự phát triển đường mổ trán một bên là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu đường mổ cung mày trên ổ mắt, đang là một trong hai xu hướng tiếp cận được quan tâm bậc nhất hiện nay (cùng với mổ nội soi qua mũi) nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị các sang thương vùng sán sọ, trong đó có u màng não vùng trên yên^[1,3,4]. Đường mổ Pterion hay trán thái dương với thuận lợi sớm phá vỡ cảnh thị, ít vén não, dễ dàng tiếp cận các cấu trúc quan trọng như động mạch cảnh trong, động mạch não trước, dây II. Tuy nhiên, khó khăn của đường mổ này là không quát sát rõ được cấu trúc thiết yếu đối bên, mặt trong của dây thị giác và động mạch cảnh. Tương tự, khi u lan vào trong hố yên và ống thị giác nhất là hai bên thì chúng ta vẫn gặp thách thức cũng như không thể lấy u hoàn toàn.

Với sự ra đời và phát triển không ngừng của phẫu thuật nội soi qua mũi, các trở ngại trong quá trình lấy u vi phẫu qua đường mổ sọ kinh điển được giải quyết hoàn toàn khi phẫu thuật viên chọn bệnh thận trọng^[1,2,3,4]. Ngoài những lợi ích về thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian hồi phục sớm, có thể thích hợp cho bệnh nhân lớn tuổi, thì phẫu thuật nội soi qua mũi trong

điều trị u màng não vùng trên yên có những ưu điểm vốn có của nó giúp các phẫu thuật viên ngoại thần kinh quan sát trực diện, sớm triệt mạch được nguồn u ngay từ đầu cuộc mổ giúp ít mất máu cũng như phẫu trường luôn dễ nhìn, các mốc giải phẫu hữu dụng của sán sọ như gờ động mạch cảnh, ống thị giác, mẫu giường trước, củ yên, hố yên, mặt dốc đều được quan sát dễ dàng. Những “điểm mù” như đã bàn luận phía trên trong vi phẫu thuật lấy u màng não vùng trên yên qua mở sọ kinh điển hoặc mở sọ keyhole đường cung mày trên ổ mắt (supraorbital eyebrow keyhole approach), được hóa giải hoàn toàn khi tiếp cận từ dưới sán sọ qua mổ nội soi. Điều này giúp tăng cường khả năng lấy hết u hoàn toàn, đặc biệt là u lan xuống phần hố yên và ống thị giác. Chúng tôi tiếp cận phần u trong ống thị giác từ trong ra ngoài, loại bỏ thành trong, sán và trần ống thị giác, lúc này dây II đã được giải ép một phần từ ngoài màng cứng. Sau đó bóc tách và cắt tỉ mỉ dây chằng falciform, màng cứng trong ống thị giác. Điều này sẽ giúp phẫu thuật viên loại bỏ phần u trong ống thị giác gần như hoàn toàn mà không cần thao tác trên dây II. Thêm vào đó, cách tiếp cận nội soi từ dưới sán sọ, giúp phẫu thuật viên thần kinh quan sát trực diện cũng như giảm thiểu tối đa các cấu trúc mạch máu thiết yếu cho dây II, cuống tuyến yên và giao thoa thị giác như động mạch tuyến yên trên, phức hợp thông trước trong quá trình bóc tách lấy u. Kết quả là tiếp cận nội soi qua mũi ngăn ngừa rất tốt nguy cơ tổn thương thị giác sau mổ cũng như tăng cơ

may hồi phục thị lực thị trường cho người bệnh so với mổ mở sọ kinh điển.

Về kết quả lấy u, theo tiêu chuẩn lấy u màng não kinh điển của Simpson. Nhìn lại y văn, mở sọ truyền thống điều trị u màng não vùng trên yên qua kính vi phẫu như tác giả Symon & Rosenstein 1984 tiếp cận đường dưới trán trên 101 bệnh nhân với tỷ lệ hết u 78%; tác giả Goel và cộng sự 2002 tiếp cận đường dưới trán một bên cho tỷ lệ lấy hết u 84%; Schick & Hassler và cộng sự 2005 dùng đường mổ Pterion lấy u hoàn toàn với tỉ lệ 90,6%^[6]. Tuy nhiên, nhược điểm lớn nhất của các báo cáo này là mức độ lấy u chỉ dựa vào sự nhận định của các tác giả sau khi mổ, không có căn cứ trên hình ảnh học cộng hưởng từ. Sau đó, tác giả Mahmoud và cộng sự năm 2010, báo cáo cách tiếp cận qua mở sọ keyhole xâm lấn tối thiểu điều trị các tổn thương này trên 58 bệnh nhân và đánh giá tỷ lệ lấy hết u theo Simpson và dựa vào hình cộng hưởng từ sau mổ với tỷ lệ khả quan là 87.9%. Với sự tiến bộ không ngừng của dụng cụ nội soi cũng như các phẫu thuật viên ngoại thần kinh ngày càng có kinh nghiệm hơn, ngày nay với cách tiếp cận mổ nội soi qua mũi, tỉ lệ lấy hết u hoàn toàn có thể đạt từ 83% - 91.7% tùy tác giả^[3]. Báo cáo về mổ nội soi qua mũi của Koutourousiou năm 2014 với tỷ lệ lấy u hoàn toàn là 81.4%^[6]. Năm 2018, tác giả M. Ottenhausen và cộng sự công bố tỷ lệ lấy hết u hoàn toàn là 84.1% (với tiêu chuẩn chọn bệnh rất chặt chẽ)^[1]. Trên nguyên tắc chọn bệnh từng ca nghiêm ngặt, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả rất khả quan với tỷ lệ hết u sau mổ 91%.



Hình 2: MRI trước và sau mổ u màng não củ yên trên các mặt phẳng ngang, mặt phẳng đứng dọc và mặt phẳng trán cho thấy lấy hết u hoàn toàn qua nội soi.

Biến chứng sau mổ đáng ngại nhất trong nội soi qua mũi điều trị u màng não sán sọ trước là dò dịch não tủy. Tác giả Komotar và cộng sự nhận thấy tỷ lệ dò dịch não tủy sau mổ nội soi cao hơn nhiều so với mổ mở sọ truyền thống.

Thực vậy, phẫu thuật nội soi qua mũi liên quan với tỷ lệ rất cao dò dịch não tủy sau mổ (69.2%), đặc biệt là trước thời kỳ sử dụng cuống niêm mạc mũi có mạch máu nuôi để tái tạo sán sọ. Sự tiến bộ kỹ thuật tái tạo sán sọ có sử dụng cuống

niêm mạc vách mũi làm giảm ngoạn mục tỷ lệ dò dịch não tủy xuống còn 16.1% ($p < 0.0001$)^[7,8,9]. Từ năm 2010 tỷ lệ này giảm còn 11.7% và trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này là 13.6% (3/22 ca). Trong 3 ca dò dịch não tủy của chúng tôi có một trường hợp phải mổ lại vớ dò (4.5%) trên bệnh nhân có cơ địa tiểu đường và tăng huyết áp lâu năm. Tổn thương thị lực nặng thêm sau mổ do thao tác trên dây II hoặc do tổn thương các vi mạch máu cung cấp cho dây thị và/ hoặc giao thoa thị thường khoảng 20% - 24% trong mổ sọ truyền thống^[8]. Mahmoud và cộng sự tiếp cận u màng não củ yên qua đường ổ mắt trên cung mày và ghi nhận chỉ có 8% tổn thương thị lực sau mổ^[8,9]. Tiếp cận nội soi qua mũi với các lợi ích về bảo tồn chức năng thị giác đã đề cập phía trên, các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm thì tỷ lệ tổn thương thị giác giảm còn 3.6%^[6] và trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1/22 trường hợp người bệnh bị biến chứng này (4.5%). Tỷ lệ tử vong sau mổ đối với u màng não vùng trên yên được ghi nhận từ 3% - 8.7% khi tiếp cận qua mổ sọ truyền thống có dùng kính vi phẫu^[4]. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong sau mổ nội soi qua mũi điều trị các sang thương này chỉ ở mức 1.3% và thường xảy ra ở người bệnh lớn tuổi hoặc có bệnh kèm theo. Tỷ lệ tử vong thấp này có thể do cách chọn bệnh tỉ mỉ khi tiếp cận nội soi^[6]. Có một trường hợp tử vong trong dân số nghiên cứu của chúng tôi (1/22 ca), đây là trường hợp bệnh nhân có khá nhiều yếu tố bất lợi như bệnh nền, có u bao bọc động mạch não trước và phù não trên hình MRI, trong mổ có tổn thương nhánh động mạch A1. Thêm vào đó, sau mổ có tình trạng dò dịch não tủy phải mổ lại và viêm màng não kháng trị dù đã thực hiện bơm kháng sinh kênh tủy.

V. KẾT LUẬN

Ngày nay, việc thừa hưởng các kỹ thuật mổ xâm lấn tối thiểu cũng như dụng cụ phẫu thuật ngày càng tối ưu, phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị điều trị u màng não vùng trên yên là phẫu thuật an toàn và hiệu quả cao. Thật vậy, đường mổ nội soi qua mũi cung cấp quỹ đạo trực diện vị trí u (biến u màng não sàn sọ vốn khó tiếp cận bằng mổ vi phẫu thành "u màng não vòm" trong nội soi qua mũi); phẫu thuật viên loại bỏ xương và màng cứng liên quan u ngay từ đầu cuộc mổ, giảm chảy máu trong mổ, giảm áp sớm dây thị và giao thoa thị, bảo tồn được các mạch máu quan trọng cũng như tăng khả năng lấy u tối đa theo Simpson mà không cần vén não. Với các chuyên gia ngoại thần kinh giàu kinh nghiệm hoặc các phẫu thuật viên đã hoàn thành đường

cong huấn luyện trong nội soi điều trị các sang thương vùng trên yên và việc chọn bệnh mổ phù hợp tiêu chuẩn nội soi sẽ làm giảm đáng kể yếu điểm dò dịch não tủy sau mổ, tăng cơ may hồi phục thị lực thị trường sau mổ và phương pháp này ngày càng thay thế dần phương pháp mổ mở sọ truyền thống. Tuy nhiên, đường mổ mở sọ kinh điển hay phổ biến hơn là đường mổ sọ trên cung mày vẫn phát huy vai trò tối ưu của nó đối với các u màng não phát triển sang bên hoặc bao bọc đáng kể các cấu trúc mạch máu quan trọng.

KHUYẾN NGHỊ

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đang phát triển rất nhanh, bệnh nhân được giải quyết khối u tối đa với tổn thương mô tối thiểu. Phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị u màng não vùng trên yên là một minh chứng tiêu biểu. Chỉ cần đi qua khe mũi bằng ống nội soi cứng, nhưng khả năng quát sát của phẫu thuật viên là tối đa, nhanh chóng tiếp cận và xử lý tổn thương. Quá trình phẫu thuật viên mài bỏ phần xương liên quan u và cắt màng cứng nơi chân bám u cũng là quá trình triệt mạch nguồn nuôi u, điều này giúp cho phẫu trường ít chảy máu và lấy u triệt để theo Simpson; các cấu trúc thần kinh như dây II và giao thoa sớm được giải ép và bảo tồn chức năng tốt hơn so với mổ mở sọ truyền thống.

Do vậy, để người bệnh được điều trị tốt nhất, thầy thuốc ngoại thần kinh nên cân nhắc phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân. Với những u màng não trên yên kích thước không quá lớn (≤ 3 cm), nằm đường đường giữa, không bao bọc mạch máu lớn, thì nên cân nhắc cách tiếp cận nội soi qua mũi như là một phương pháp thay thế tối ưu cho mổ mở sọ kinh điển hoặc mổ xâm lấn tối thiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Ottenhausen et al:** Decision-making algorithm for minimally invasive approaches to anterior skull base meningiomas. *Neurosurg Focus* Volume 44 • April 2018
2. **Serge Makarenko, MD, Erick M. Carreras, BSc, and Ryojo Akagami, MD, MHSc, FRCSC:** Craniotomy for perisellar meningiomas: comparison of simple (appropriate for endoscopic approach) versus complex anatomy and surgical outcomes. *J Neurosurg* Volume 126 • April 2017
3. **B Garni Barkhoudarian^{1,2}, Daniel F. Kelly^{1,2}:** Endoscopic endonasal surgery for anterior skull base meningiomas. *Avery et al. Mini-invasive Surg* 2021;5:17
4. **Charles Kulwin, M.D.,¹ Theodore H. Schwartz, M.D.,² and Aaron A. Cohen-Gadol, M.D., M.Sc.¹:** Endoscopic extended transphenoidal resection of tuberculum sellae meningiomas: nuances of neurosurgical technique. *Neurosurg Focus / Volume 35 / December 2013*

5. Cappabianca P, Cavallo LM, Esposito F, Solari D: Sellar/tuberculum approach, in Kassam AB, Gardner PA (eds): Endoscopic Approaches to the Skull Base. Progress in Neurological Surgery, Vol 26. Basel: Karger, 2012, pp 41–59
6. Christian A. Bowers, M.D., Tamer Altay, M.D., and William T. Couldwell, M.D., Ph.D: Surgical decision-making strategies in tuberculum sellae meningioma resection. Neurosurg Focus / Volume 30 / May 2011
7. Hadad G, Bassagasteguy L, Carrau RL, Mataza JC, Kassam A, Snyderman CH, et al: A novel reconstructive technique after endoscopic expanded endonasal approaches: vascular pedicle nasoseptal flap. **Laryngoscope** 116:1882–1886, 2006
8. Mahmoud M, Nader R, Al-Mefty O: Optic canal involvement in tuberculum sellae meningiomas: influence on approach, recurrence, and visual recovery. Neurosurgery 67 (3 Suppl Operative): ons108–ons119, 2010
9. Symon L, Rosenstein J: **Surgical management of suprasellar meningioma.** Part 1: The influence of tumor size, duration of symptoms, and microsurgery on surgical outcome in 101 consecutive cases. J Neurosurg 61:633–641, 1984

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG HORMONE TĂNG TRƯỞNG TÁI TỔ HỢP Ở TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT DO HẬU QUẢ NHỎ SO VỚI TUỔI THAI

Đặng Thị Thanh Huyền*, Cần Thị Bích Ngọc*

TÓM TẮT

Trẻ sinh ra nhỏ so với tuổi thai (SGA) là trẻ có cân nặng khi sinh và/hoặc chiều dài khi sinh thấp hơn ít nhất 2 độ lệch chuẩn so với mức trung bình của quần thể cùng tuổi, giới và chủng tộc. Khoảng 10-15% trẻ SGA không bắt kịp đà tăng trưởng lúc 2 tuổi và điều trị bằng hormone tăng trưởng (GH) có hiệu quả, an toàn trong việc cải thiện chiều cao ở trẻ SGA. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị hormone tăng trưởng tái tổ hợp trên trẻ chậm phát triển chiều cao do nhỏ so với tuổi thai tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021. **Đối tượng:** gồm 43 trẻ được chẩn đoán chậm phát triển chiều cao do SGA không bắt kịp đà tăng trưởng khi 2 tuổi, được điều trị GH ít nhất 12 tháng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh vừa hồi cứu vừa tiến cứu. Trẻ được thăm khám lâm sàng, đánh giá các chỉ số cân nặng, chiều cao sau 1 năm, sau 2 năm, 3 năm, 4 năm điều trị GH. **Kết quả:** 43 trẻ được điều trị GH ở độ tuổi trung bình $5,9 \pm 3,0$ tuổi. Chiều cao cải thiện qua các năm điều trị với chỉ số Z-score tăng chiều cao từ $2,32 \pm 1,30$ (năm đầu điều trị), $2,38 \pm 0,5$ (năm thứ 2), $1,91 \pm 0,35$ (năm thứ 3) và $1,86 \pm 0,35$ (năm thứ 4). Tốc độ tăng chiều cao tốt nhất ở nhóm 2-4 tuổi ($1,2 \pm 0,98$ SD) so với nhóm 5-8 tuổi ($0,77 \pm 0,91$ SD) và 9-16 tuổi ($-0,7 \pm 1,48$ SD) với $p < 0,05$. Chỉ số Z-score cân nặng cải thiện dần qua các năm, từ $-3,39$ SD (trước điều trị), đến $-2,84$ SD (sau 1 năm), $-2,61$ SD (sau 2 năm), $-2,41$ SD (sau 3 năm) và $-2,42$ SD (sau 4 năm). **Kết luận:** Điều trị GH cho trẻ SGA có tác dụng cải thiện chiều cao tốt nhất sau năm đầu, có thể bắt kịp tăng trưởng, đạt được chiều cao bình thường theo tuổi sau 4 năm. Trẻ SGA được điều

trị càng sớm thì tốc độ tăng chiều cao sau điều trị càng nhanh.

SUMMARY

EFFECT OF GROWTH HORMONE THERAPY ON CHILDREN WITH GROWTH RETARDATION DUE TO SMALL FOR GESTATIONAL AGE

Small for gestational age (SGA) is generally defined as a weight and/or length at birth that is 2 standard deviations (SD) or more below the mean for gestational age. For the 10 - 15 percent of those that are SGA without catchup growth by 2 years old. GH treatment is effective, safe in improving height in children with SGA. **Objective:** To evaluate outcomes of patients with SGA treated with rhGH. **Subjective:** 43 SGA children without catchup growth by 2 years old were treated with GH for at least 12 months. **Methods:** case series report. To evaluate height, weight after 1 year, 2 years, 3 years and 4 years of GH-treatment. **Results:** 43 SGA children were received GH treatment at the average age of $5,9 \pm 3,0$ years. Z-score height increased during of treatment $2,32 \pm 1,30$ (after 1 year), $2,38 \pm 0,5$ (after 2 years) và $1,91 \pm 0,35$ (after 3 years) and $1,86 \pm 0,35$ (after 4 years). The best height velocity in 2-4 years old group ($1,2 \pm 0,98$ SD) compared to 5-8 years ($0,77 \pm 0,91$ SD) and 9-16 yearsgroup ($-0,7 \pm 1,48$ SD) with $P < 0,05$. The weight improved over the years from $-3,39$ SD before treatment, to $-2,84$ SD after 1 year, $-2,61$ SD after 2 years, $-2,41$ SD after 3 years and $-2,42$ SD after 4 years of treatment. **Conclusion:** GH treatment for SGA children has the best effect on height improvement after the first year, can catch up growth, achieve normal height for age after 4 years. Early initiation of GH treatment in children with SGA improves their chance of achieving height velocity better.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sinh ra nhỏ so với tuổi thai (Small for gestational age- SGA) là trẻ có cân nặng khi sinh

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cần Thị Bích Ngọc

Email: ngocctp@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2022

Ngày duyệt bài: 15.8.2022