

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP VAI ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI RA TRƯỚC TÁI HỒI BẰNG KỸ THUẬT KHÂU SỤN VIÊN VÀ BAO KHỚP TRƯỚC DÙNG VÍT CHỈ NEO

Võ Thành Toàn¹, Ngô Hoàng Viễn¹,
Nguyễn Minh Dương¹, Võ Toàn Phúc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khớp vai điều trị trật khớp vai ra trước tái hồi bằng kỹ thuật khâu sụn viên và bao khớp trước dùng vít chỉ neo tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng 24 bệnh nhân bị trật khớp vai tái hồi được phẫu thuật nội soi khớp vai tại khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 20 – 40 tuổi, thường do chấn thương thể thao, số lần trật lại chủ yếu < 5 lần, thời gian theo dõi ít nhất 6 tháng và dài nhất là 2 năm, kết quả xa theo thang điểm của Rowe rất khả quan: tốt và rất tốt đạt 95,8%, chưa ghi nhận trường hợp trật lại, bệnh nhân hài lòng cao. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp vai ra trước tái hồi bằng kỹ thuật khâu sụn viên và bao khớp trước cho kết quả tốt, tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: trật khớp vai tái hồi, tổn thương Bankart, mất vững khớp vai.

SUMMARY

TO EVALUATE THE OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC SURGERY FOR RECURRENT ANTERIOR SHOULDER DISLOCATION TREATED WITH ARTHROSCOPIC SUTURE TECHNIQUES AND ANTERIOR CAPSULAR PPLICATION USING DOUBLE-LOADED BIOABSORBABLE ANCHOR AT THONG NHAT HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of arthroscopic surgery for recurrent anterior shoulder dislocation treated with arthroscopic suture techniques and anterior capsular plication using Double-loaded bioabsorbable anchor at Thong Nhat Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective, descriptive, non-randomized study was conducted on 24 patients who underwent arthroscopic shoulder surgery for recurrent anterior shoulder dislocation at the Department of Orthopedics and Traumatology, Thong Nhat Hospital. **Results:** The majority of patients were between 20 and 40 years old, frequently involved in sports-related injuries, had less than 5 prior dislocations, a minimum follow-up period of 6 months

and a maximum of 2 years. The outcomes assessed according to the Rowe score at various time points were highly favorable, with 95.8% achieving good to excellent results. No cases of recurrence were reported, and the patient satisfaction rate was high. **Conclusion:** Arthroscopic surgery for anterior shoulder dislocation treated with arthroscopic suture techniques and anterior capsular plication using novel sutures resulted in good outcomes and a high success rate. **Keywords:** recurrence anterior shoulder dislocation, Bankart lesion, labral tear, instability shoulder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp vai thường xảy ra sau chấn thương khớp vai, trong đó trật ra khớp vai ra trước chiếm khoảng 95% các trường hợp. Khi tiếp nhận bệnh nhân (BN) trật khớp vai cấp tính, các bác sĩ thường chú ý đến nắn trật và có thể bỏ qua các yếu tố khác, BN cũng chưa thấy được tầm quan trọng của việc bất động đúng và đủ sau khi nắn trật khớp vai, có khoảng 46,9% BN không cố định khớp vai sau lần nắn chỉnh đầu tiên, từ đó dẫn đến trật khớp vai tái hồi chiếm tỷ lệ 62,5%.¹ Trong trật khớp vai lần đầu, tỷ lệ tổn thương sụn viên phía trước dưới (tổn thương Bankart) khoảng 59%, nhưng nếu trật lần thứ 2 trở đi thì tỷ lệ này tăng lên 66%.² Điều này dẫn đến sự mất vững khớp vai trầm trọng, BN sẽ rất dễ trật khớp vai nhiều lần nữa, đau khớp vai và tầm vận động bị hạn chế, ảnh hưởng rất lớn đến cuộc sống và sinh hoạt của BN.

Phẫu thuật điều trị mất vững khớp vai ra trước đã được thực hiện khá nhiều trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Giai đoạn đầu là mổ mở, kỹ thuật Latarjet, khâu bao khớp trước... Sửa chữa Bankart bằng phẫu thuật nội soi khớp lần đầu tiên được mô tả vào năm 1993, với mức độ phổ biến của nó tăng lên nhanh chóng trong vài thập kỷ qua khi các thiết bị và kỹ thuật nội soi khớp đã được cải thiện.³

Tại khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Thống Nhất đã tiến hành áp dụng phẫu thuật nội soi (PTNS) khớp vai trong điều trị trật khớp vai tái diễn, bằng kỹ thuật sử dụng vít chỉ neo để khâu néo sụn viên và bao khớp trước để tăng tính ổn định của khớp vai, và đã đạt được các kết quả khả quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết*

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Trường St. Mark, MA

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

qua phẫu thuật nội soi khớp vai điều trị trật khớp vai ra trước tái hồi bằng kỹ thuật khâu sụn viền và bao khớp trước dùng vít chỉ neo tại Bệnh viện Thống Nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 24 BN bị trật khớp vai tái hồi ra trước được PTNS khâu sụn viền và bao khớp trước bằng vít chỉ neo, được theo dõi và tái khám định kỳ tại Bệnh viện Thống Nhất từ năm 2018 đến năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN trật khớp vai ra trước từ lần thứ hai trở lên được khám lâm sàng, chụp X – quang và MRI khớp vai.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tổng trạng không phù hợp phẫu thuật
- Đa chấn thương
- Đang có tình trạng viêm khớp vai cấp tính (viêm khớp nhiễm khuẩn, gút, viêm khớp dạng thấp...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng.

Thăm khám lâm sàng trước phẫu thuật:

- BN được hỏi bệnh sử, số lần trật khớp vai, điều trị trật khớp vai lần đầu, tư thế trật khớp vai.
- Khám biên độ vận động, thực hiện các nghiệm pháp đánh giá sự mất vững khớp vai.
- Chụp X – quang khớp vai và MRI khớp vai.

Thực hiện phẫu thuật:

- BN mê nội khí quản, nằm nghiêng ngả sau 30°.
- Thực hiện lại test kiểm tra độ vững khớp vai sau khi BN đã gây mê.
- Sử dụng khung treo tay và kéo tạ để làm rộng khớp vai (hình 2.1).



Hình 2.1. Tư thế bệnh nhân

(Nguồn: tác giả)

- Dùng bút vô trùng vẽ xác định các mốc giải phẫu, các cổng vào khớp vai (Hình 2.2).

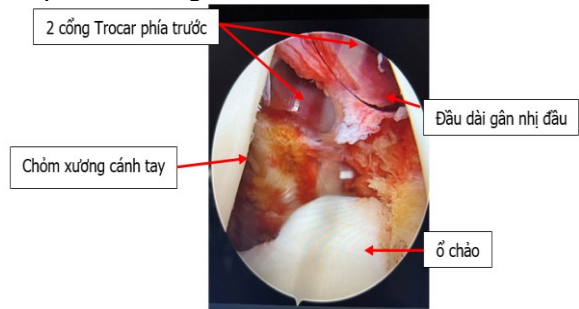


Hình 2.2. Xác định các mốc giải phẫu, vị trí các cổng vào

(Nguồn: tác giả)

- Bước 1: Vào 1 cổng phía sau, soi camera kiểm tra trong khớp vai để đánh giá lại các tổn thương sụn viền, ổ chảo, bao khớp, dây chằng và sụn khớp.

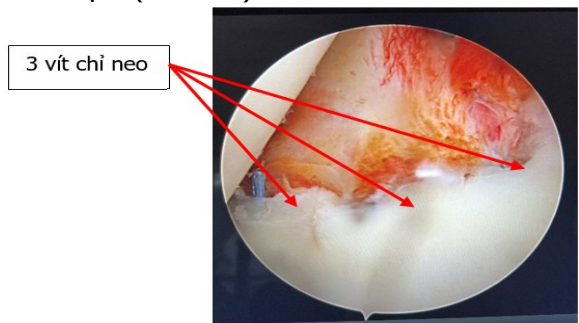
- Bước 2: Vào 2 cổng phía trước để tiến hành cắt lọc, làm sạch các tổn thương (Hình 2.3), sử dụng Rugine và dũa để làm sạch vị trí bám mặt trước của sụn viền, đến khi thấy máu chảy ra từ xương.



Hình 2.3. Soi camera và vào 2 cổng Trocar phía trước

(Nguồn: tác giả)

- Bước 3: Tiến hành khâu sụn viền và bao khớp trước, đóng vít chỉ neo ở bờ trước ổ chảo để cố định (Hình 2.4).



Hình 2.4. Đóng 3 vít chỉ neo, khâu néo cố định bao khớp trước vào ổ chảo

(Nguồn: tác giả)

Điều trị sau phẫu thuật:

- Trong thời gian nằm viện: Đeo đai Desault sau mổ, thay băng vết thương, điều trị giảm đau

- Tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn.

Kết quả gần: Đánh giá sự liền vết mổ, biến chứng thần kinh và mạch máu.

Kết quả xa: Đánh giá theo thang điểm của Rowe C.R.

- Rất tốt: 90 – 100
- Tốt: 75 – 89
- Trung bình: 51 – 74
- Xấu: < 50.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Phương pháp thống kê y học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 25.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**3.1. Tuổi và giới**

Giới: số lượng BN nam/nữ: 18/6

Tuổi:

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi (n = 24)

Tuổi	<20	20–40	41–60	>60	Tổng
Số BN	02	17	03	02	24
Tỷ lệ (%)	8,3	70,8	12,6	8,3	100

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng BN trong độ tuổi 20 – 40 chiếm đa số (17 BN).

3.2. Nguyên nhân chấn thương

- Chấn thương thể thao: 15 BN
- Tai nạn giao thông: 09 BN

3.3. Số lần trật khớp vai

Bảng 3.2. Phân bố số lần bị trật khớp vai (n = 24)

Số lần trật	<5 lần	5–10 lần	>10 lần	Tổng
Số BN	15	7	2	24
Tỷ lệ (%)	62,5	29,1	8,4	100

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần BN trật dưới 5 lần, chỉ có 2 BN bị trật trên 10 lần.

3.4. Xử trí khi trật lần đầu

Bảng 3.3. Cách xử trí khi trật lần đầu (n = 24)

Cách xử trí	Nằm tại phòng mổ có tiền mê	Nằm tại cấp cứu	Nằm tại phòng khám đa khoa hoặc nơi khác	Tổng
Số BN	0	19	5	24
Tỷ lệ (%)	0	79,1	20,9	100

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi hồi cứu nhận thấy tất cả BN sau khi trật khớp vai lần đầu đều không được nằm chỉnh tại phòng mổ và có tiền mê, điều này có thể lý giải vì sao các BN bị trật khớp vai tái hồi.

3.5. Các tổn thương đi kèm: tất cả BN

đều được chụp MRI khớp vai trước mổ để giúp xác định các tổn thương sụn viền, tổn thương Hill-Sachs và gân cơ chóp xoay.

Nội soi khớp chẩn đoán:

- Sụn viền: tất cả BN đều tổn thương Bankart, vị trí rách thường là 2 – 6 giờ
- 09 BN không còn sụn viền trước – dưới
- 14 BN có tổn thương Hill-Sachs đi kèm
- 01 BN viêm phì đại điểm bám gân nhị đầu vào sụn viền phía trên
- Viêm bao hoạt mạc: tất cả BN đều có, do trật cũ tái lại nhiều lần.

3.6. Số lượng vít chỉ neo

Bảng 3.4. Số lượng vít chỉ neo (n = 24)

Số lượng	2 neo	3 neo	Tổng
Số BN	10	14	24
Tỷ lệ (%)	41,7	58,3	100

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng sử dụng 2 neo và 3 neo gần tương đương nhau, điều này tùy thuộc vào độ rộng của vết rách Bankart.

3.7. Kết quả phục hồi

- Diễn biến sau mổ thuận lợi, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng cũng như tổn thương mạch máu, thần kinh.

- Không có trường hợp nào bị tuột chỉ neo
- Thời gian nằm viện là 7 ngày
- Thời gian theo dõi trung bình là 15 tháng, ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 24 tháng.

Bảng 3.4. Kết quả xa theo thang điểm của Rowe C.R. (n = 24)

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
Số BN	20	3	1	0	24
Tỷ lệ (%)	83,3	12,5	4,2	0	100

- Kết quả xa sau phẫu thuật của chúng tôi đạt kết quả rất khả quan, số BN đạt rất tốt chiếm 83,3% và tốt chiếm 12,5%.

Trong 24 BN của chúng tôi, tỷ lệ BN nam chiếm đa số, độ tuổi bị tổn thương phân bố trong khoảng 20 – 40 tuổi, chiếm 70,8%, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy đa phần là do chấn thương thể thao. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả trong và ngoài nước như tác giả Trần Trung Dũng có nhóm bệnh từ 20 – 30 chiếm 68,8%,¹ tác giả Nguyễn Thế Anh có nhóm bệnh từ 20 – 40 chiếm 87,9%,⁴ trong nghiên cứu của tác giả Erkocak O.F. cũng có độ tuổi trung bình là 24,4.⁵ Các tác giả đều nhận thấy độ tuổi này các BN có cường độ hoạt động cao, chơi thể thao, và tai nạn giao thông nên chấn thương và trật khớp vai xảy ra thường xuyên hơn, và các BN trong nhóm này đều đang độ tuổi học tập, lao động chính của xã hội nên việc điều trị phải sớm, nhanh chóng phục hồi lại

cơ năng để trả lại sức lao động cho BN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần BN trật dưới 5 lần, trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi cũng nhận thấy số lần sai khớp tái hồi càng nhiều thì mức độ tổn thương trong khớp vai càng tăng, đặc biệt 07 BN trật từ 5 – 10 lần và 02 BN trật > 10 lần khi soi vào thì thấy rõ sụn viền phía trước – dưới đã mất hoàn toàn, khớp vai viêm bao hoạt mạc khá nhiều, bao khớp phía trước dẫn rộng và có kèm tổn thương Hill – Sachs. Mức độ tổn thương cũng tỷ lệ thuận với việc sử dụng vít chỉ neo, cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thế Anh, Nguyễn Trọng Anh, Erkocak, Akad.³⁻⁶

Sau khi hồi cứu lại, chúng tôi nhận thấy tất cả các BN trong nghiên cứu không được nắn chỉnh khớp vai khi trật lần đầu tại phòng mổ và có tiền mê, điều này dẫn đến sự mất vững khớp vai và dẫn đến các lần trật tái hồi tiếp theo, nhiều tác giả cũng đã đồng thuận rằng việc nắn trật ở phòng mổ và có tiền mê sẽ tốt hơn và ít tổn thương thứ phát hơn các trường hợp nắn chỉnh tại phòng cấp cứu hoặc các nơi khác. Trong nghiên cứu của Hertz H., sau khi BN trật khớp vai lần đầu thì có đến 38/48 BN (79,16%) có tổn thương Bankart.⁷ Tác giả Terra B.B. cũng nghiên cứu và nhận thấy 49/54 BN (90,7%) mất vững khớp vai trầm trọng sau lần trật khớp đầu tiên.⁸ Tác giả Trần Trung Dũng cũng nhận thấy có đến 50% BN trật tái hồi đều không tuân thủ cố định khớp vai đúng và đủ thời gian sau khi nắn chỉnh lần trật khớp đầu tiên.¹

Số lượng vít chỉ neo của nghiên cứu chúng tôi tùy thuộc vào độ rộng và tổn thương của vết rách. Nhiều trường hợp mất sụn viền phía trước – dưới do trật tái hồi nhiều lần, tác giả khâu tăng cường bằng bao khớp phía trước, qua các ca tác giả nhận thấy không có sự ảnh hưởng đến điểm đau và chức năng, tầm vận động của khớp vai. Số lượng vít chỉ neo cũng tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước.^{4,6,8-10}

Kết quả xa sau phẫu thuật của chúng tôi đạt kết quả rất khả quan, số BN đạt rất tốt chiếm 83,3% và tốt chiếm 12,5%. Chỉ có 1 trường hợp trung bình (4,2%), không có trường hợp kém. Trường hợp trung bình là 1 BN 68 tuổi, bị trật khớp vai tái hồi nhiều lần, đã được điều trị bảo tồn và dùng thuốc, nay khớp vai tiếp tục mất vững trầm trọng, khi tiến hành nội soi khớp thấy sụn viền phía trước – dưới đã mất, khớp vai thoái hóa sụn mặt khớp chỏm xương cánh tay và ổ chảo, viêm bao hoạt mạc nhiều, sau phẫu thuật nội soi khâu bao khớp trước, tầm vận động bệnh nhân chỉ đạt 75% so với tay lành (15đ),

còn cảm giác sợ trật lại khi được bác sĩ khám Test sợ (30đ), và còn một chút cảm giác khó chịu khi đưa tay cao qua đầu (25đ), tổng điểm = 70đ (theo thang điểm Rowe C.R.). Tương đương với kết quả của các tác giả khác, như của Nguyễn Thế Anh đạt 30/33 BN tốt và rất tốt (90,9%), Abrams và Jeffrey S. đạt 93% tốt, Erkocak O.F cho kết quả rất tốt 75,7% và kết quả tốt 14,6%.^{4,5} Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho kết quả rất khả quan và đem lại sự hài lòng cao của BN sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào trật lại sau phẫu thuật, tuy nhiên, các BN của chúng tôi chưa quay trở lại chơi thể thao, thời gian theo dõi dài nhất cũng chỉ 2 năm. Trong các nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi thấy có tỉ lệ tái trật sau phẫu thuật dao động từ 2 – 20% tùy tác giả, trong đó nhóm có quay trở lại chơi thể thao tỉ lệ tái trật cao hơn.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi khớp vai điều trị trật khớp vai tái hồi bằng vít chỉ neo cho kết quả tốt, tỷ lệ thành công cao. Sau phẫu thuật BN giảm đau tốt, phục hồi lại tầm vận động, đem lại độ hài lòng cao và quay trở lại cuộc sống bình thường. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng nhận thấy tầm quan trọng của việc xử trí và bất động đúng của lần chấn thương đầu tiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dũng TT.** Nhận xét đặc điểm bệnh nhân trật khớp vai tái diễn có tổn thương sụn viền. Tạp chí Y học Việt Nam. 2016;1
2. **Rutgers C, Verweij LPE, Priester-Vink S, van Deurzen DFP, Maas M, van den Bekerom MPJ.** Recurrence in traumatic anterior shoulder dislocations increases the prevalence of Hill-Sachs and Bankart lesions: a systematic review and meta-analysis. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy: official journal of the ESSKA.* Jun 2022;30(6):2130-2140. doi:10.1007/s00167-021-06847-7
3. **el Akad AM, Winge S, Molinari M, Eriksson E.** Arthroscopic Bankart procedures for anterior shoulder instability. A review of the literature. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy: official journal of the ESSKA.* 1993;1(2):113-22. doi:10.1007/bf01565465
4. **Nguyễn Thế Anh NVS, Hoàng Văn Dung NNS.** <PTNS Bankart - THái Nguyên.pdf>.
5. **Erkocak OFJJoGM.** The functional results of arthroscopic bankart repair with knotless anchors for anterior glenohumeral instability. 2010; 7(2):179-186.
6. **Anh NT.** Nội soi khớp vai điều trị tổn thương Bankart trong mất vững khớp vai phía trước do chấn thương. Hội nghị thường niên Hội CTCH Việt Nam - Đông Nam Á. 12/2007;6
7. **Hertz H, Kwasny O, Wöhry G.** [Therapeutic

procedure in initial traumatic shoulder dislocation (arthroscopy–limbus refixation)]. Unfallchirurgie. Apr 1991;17(2):76-9. Therapeutisches Vorgehen bei erstmaliger traumatischer Schulterluxation (Arthroskopie-Limbusrefixation).

8. **Terra BB, Ejnisman B, Belangero PS, et al.** Arthroscopic Treatment of First-Time Shoulder Dislocations in Younger Athletes. Orthopaedic journal of sports medicine. May 2019; 7(5): 232 5967119844352. doi:10.1177/2325967119844352

9. **Lê Hồng Hải NQD.** Kết quả điều trị sai khớp vai ra trước, tái diễn bằng nội soi theo phương pháp Bankart. tạp chí Chấn thương Chính hình Việt Nam. 2013;đặc biệt

10. **Pasa L, Pokorný V, Visna P, Nestrojil P, Hart R, Kalandra S.** [Arthroscopic stabilization of a primary traumatic dislocation of the glenohumeral joint]. Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Cechoslovaca. 2004;71(3):142-6. ASKP stabilizace první traumatické luxace GH kloubu.

BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP U NGOẠI BÌ THẦN KINH NGUYÊN THỦY (PNET) TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Hạnh Uyên¹, Đỗ Thị Ngọc Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng, và điều trị của 2 ca u ngoại bì thần kinh nguyên thủy ở hố dưới thái dương tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng có can thiệp tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, chủ yếu là sưng và đau mặt. Hình ảnh CT-Scan và MRI cho thấy khối u nằm ở khu vực hố dưới thái dương, lan vào các cấu trúc giải phẫu lân cận như xương gò má, nền sọ. Về phương pháp điều trị, 1 ca được phẫu thuật bằng đường dưới hàm (Sebileau Carrega) để lấy trọn khối u, 1 ca được sinh thiết. Kết quả hoá mô miễn dịch của 2 ca là u ngoại bì thần kinh nguyên thủy. Hiện tại, 1 ca đang được xạ trị, 1 ca tử vong sau 6 tháng. **Kết luận:** U ngoại bì thần kinh nguyên thủy là khối u ác tính, phát triển nhanh chóng, rất hiếm gặp ở khu vực đầu cổ. Hiện nay, vẫn chưa có phương thức lâm sàng hay hình ảnh học giúp phát hiện sớm khối u hiếm gặp này. Hoá mô miễn dịch là chìa khoá để giúp chẩn đoán bệnh lý này.

Từ khoá: U ngoại bì thần kinh nguyên thủy (PNET)

SUMMARY

REVIEWING 02 CASES OF PRIMITIVE NEUROECTODERMAL TUMOR (PNET) AT OTORHINOLARYNGOLOGY DEPARTMENT OF CHO RAY HOSPITAL

Objective: Reviewing clinical symptoms, radiological images and management for 2 patients with PNET tumor of infratemporal fossa at ENT department of Cho Ray Hospital. **Methods:** 02 case reports of PNET tumor of the infratemporal fossa at ENT department of Cho Ray hospital. **Results:** Both 2 cases present with painful face swelling. The CT-Scan

and MRI show ill-defined tumor locate at infratemporal fossa that invade zygomatic bone, temporal fossa, and the skull base. 01 case was treated with transcervical approach (Sebileau Carrega), biopsy was performed in 1 case. Immunohistochemistry results of 2 cases are PNET. 01 case is undergoing radiotherapy, 1 case has died due to tumor recurrence. **Conclusion:** PNET tumor is a malignant tumor, rapid growth and rarely seen at the head and neck. To date, there are no clinical or radiological modalities that could detect this rare tumor early. However, histopathology, immunohistochemistry are keys to its diagnosis.

Keyword: PRIMITIVE NEUROECTODERMAL TUMOR (PNET)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U ngoại bì thần kinh nguyên thủy (PNET) được mô tả là các khối u tế bào tròn nhỏ ác tính, có nguồn gốc thần kinh ngoại bì và thường ảnh hưởng đến các mô mềm và xương. Vào năm 1996, Betsakis và cộng sự (1) đã chia các khối u này thành ba nhóm dựa trên nguồn gốc của mô, đó là:

- Hệ thống thần kinh trung ương (CNS), PNET có nguồn gốc từ CNS.
- U nguyên bào thần kinh bắt nguồn từ hệ thần kinh thực vật (ANS)
- PNET ngoại biên có nguồn gốc từ các mô bên ngoài CNS và ANS

Tỷ lệ PNET ở khu vực nền sọ, đầu cổ chiếm khoảng 3% (2), thường phát hiện ở xương hàm dưới và xương sọ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo 2 ca u ngoại bì thần kinh nguyên thủy có can thiệp lâm sàng tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trường hợp 1. Bệnh nhân nữ 5 tuổi nhập viện vì có khối u ở vùng góc hàm trái khoảng 1 tháng, ăn uống kém. Khi khám bệnh nhân, thấy

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hạnh Uyên

Email: uyentat@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023