

ỨNG DỤNG NỘI SOI TRONG PHẪU THUẬT U KHOANG CẠNH HỌNG QUA ĐƯỜNG MIỆNG

Trần Anh Bích¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U khoang cạnh họng chiếm tỉ lệ 0,5-1,5% khối u vùng đầu cổ, đa phần lành tính (80%). Thường gặp là u đa dạng tuyến nước bọt, u có nguồn gốc thần kinh. Điều trị chủ yếu là phẫu thuật. Tù từng trường hợp mà phẫu thuật viên chọn lựa cách tiếp cận khối u khoang cạnh họng. Ngày nay, dưới sự hỗ trợ của nội soi giúp phẫu thuật u khoang cạnh họng qua đường miệng kiểm soát bờ khối u cũng như bảo tồn mạch máu, thần kinh quan trọng an toàn và hiệu quả hơn. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật lấy u khoang cạnh họng dưới nội soi qua đường miệng. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu mô tả loạt ca. Nghiên cứu 22 trường hợp phẫu thuật lấy trọn u khoang cạnh họng qua đường miệng kết hợp nội soi tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2018 đến 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 50 tuổi (19-75), nam/nữ = 1,05. Triệu chứng lâm sàng: khối u trong miệng (18/22), nuốt vướng (12/22). Đặc điểm MRI/CT: giới hạn rõ, kích thước trung bình là 42mm (32-60), khoang trước trâm (22/22). Ăn qua đường miệng sau 5 ngày. Chưa nghi nhận biến chứng sau mổ. Giải phẫu bệnh chủ yếu u đa dạng tuyến nước bọt (15/22). **Kết luận:** U khoang cạnh họng là khối u ít gặp, điều trị chủ yếu là phẫu thuật với nhiều cách tiếp cận khác nhau. Dưới sự hỗ trợ của nội soi, phẫu thuật u khoang cạnh họng qua đường miệng được chỉ định mở rộng hơn với tỉ lệ thành công cao hơn, an toàn và thẩm mỹ. **Từ khóa:** u khoang cạnh họng, phẫu thuật qua đường miệng.

SUMMARY

ENDOSCOPY-ASSISTED TRANSORAL APPROACH TO PARAPHARYNGEAL SPACE TUMORS

Background: Parapharyngeal space tumors (PPST) are accounting for 0.5-1.5% of all head and neck tumors. Most of them are benign (80%); pleomorphic adenoma, neurogenic tumors are common. Treatment is mainly surgery. Depending on each case, the surgeon chooses the approach to the PPST. Endoscopy-assisted procedures have been introduced for the surgery of PPST because they can improve the visualization of critical neurovascular structures and margins of PPST. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of endoscopy-assisted transoral approach for PPST. **Methods:** Prospective case series. 22 patients had endoscopy-assisted transoral approach for PPST in ENT department of

ChoRay Hospital from 1/2018 to 12/2022. **Results:** Mean age was 50 (range: 19-75), male to female ratio was 1.05. Symptoms included tumor in mouth (18/22) and dysplasia (12/22). Most MRI or CT imaging noted clear-margin tumor in retropharyngeal space (22/22), with mean gross diameter 42mm (range: 32-60). Oral diet was started after surgery 5 days. No complications after surgery were recorded. Pathology reports were pleomorphic adenomas in 15/22 cases. **Conclusions:** PPSTs are uncommon tumors. Treatment is mainly surgery with multiple approaches. With the assistance of endoscopy, indications of transoral approach are widened with successful, safe and aesthetically pleasing results. **Keywords:** parapharyngeal tumors, transoral approach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U khoang cạnh họng (parapharyngeal space - PPST) là một tổn thương không thường gặp, chỉ chiếm 0,5% trong tổng số các khối u vùng đầu cổ [7]. Tần suất khối u lành tính là khoảng 80%, và 20% còn lại là bao gồm các tổn thương ác tính. Khoang cạnh họng được mô tả là một hình tam giác ngược với đáy là sàn sọ và đỉnh ở phía dưới là vị trí giao nhau giữa bụng sau sau cơ nhị thân và sừng lớn xương móng. Khoang cạnh họng được phân chia thành hai vùng, khoang trước trâm (phía trước bên) và khoang sau trâm (phía sau trong), bởi lớp mạc dày kéo dài từ mỏm trâm đến cân căng mạch mỏm trâm. Khoang trước trâm bao gồm mô mỡ, thùy sâu tuyến mang tai, động mạch hầu xuống và đám rối tĩnh mạch chân bướm. Khoang sau trâm bao gồm cấu trúc thần kinh, mạch máu như động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong, chuỗi hạch giao cảm, thần kinh sọ IX, X, XI, XII và mô cận hạch (paraganglionic tissue) [8].

Biểu hiện lâm sàng của u khoang cạnh họng có thể không rõ ràng vì khối u thường phát triển chậm, chỉ có triệu chứng ở giai đoạn muộn và khoảng 43% được phát hiện tình cờ. Trong trường hợp này, hình ảnh học và mô bệnh học (chọc hút tế bào bằng kim nhỏ - FNA, dưới hướng dẫn siêu âm) là những công cụ quan trọng nhằm hỗ trợ trong việc chẩn đoán và điều trị [6]. Cho đến nay, phẫu thuật vẫn là lựa chọn điều trị chính trong u khoang cạnh họng. Nhiều cách tiếp cận khối u đã được mô tả, trong đó bao gồm: đường cổ (transcervical), đường qua tuyến mang tai (transparatoid) có hoặc không có kèm theo mở xương hàm dưới (mandibulotomy),

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

đường qua xương chũm, hố dưới thái dương, xương hàm dưới hoặc cách tiếp cận qua đường miệng [5]. Việc lựa chọn cách tiếp cận được cá thể hóa trên từng trường hợp và phụ thuộc vào vị trí u. Cách tiếp cận theo đường mổ ngoài giúp bộc lộ phẫu trường một cách đầy đủ, tuy nhiên, cũng mang đến nhiều biến chứng và thời gian nằm viện dài. Nhờ vào các tiến bộ khoa học, kỹ thuật nội soi đã được ứng dụng trong phẫu thuật lấy u khoang cạnh họng. Ứng dụng nội soi trong phẫu thuật lấy u khoang cạnh họng qua đường miệng giúp hạn chế những nguy cơ thường gặp của đường mổ ngoài như liệt VII ngoại biên, rò nước bọt sau phẫu thuật, thẩm mỹ. Ngoài ra, việc ứng dụng nội soi giúp hạn chế tổn thương những cấu trúc quan trọng khi tiếp cận qua đường miệng như bó mạch cảnh, thần kinh sọ [3].

Trong báo cáo này, tôi mô tả 22 trường hợp được phẫu thuật lấy u khoang cạnh họng qua đường miệng với sự hỗ trợ của nội soi tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện trên đối tượng được chẩn đoán u khoang cạnh họng, có chỉ định phẫu thuật lấy trọn u qua đường miệng kết hợp nội soi tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức bệnh viện và tất cả người tham gia đều được giải thích và ký văn bản đồng ý tham gia trước khi thực hiện nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ đánh giá kích thước, giới hạn, tương quan giữa u và các cấu trúc lân cận trước mổ.

Trước phẫu thuật, bệnh nhân được đánh giá tiếp cận u qua đường miệng theo các tiêu chí [7]:

- + Điểm Friedman-Mallampati cải biên
- + Tiêu chuẩn 8Ts
- + Hình ảnh MRI.

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản đường mũi, sử dụng banh miệng bộc lộ phẫu trường. Rạch niêm mạc vùng trụ trước amidan và khẩu cái mềm, bóc tách niêm mạc, lớp dưới niêm, cơ siết họng trên, tiếp cận khối u. Phần trước khối u được bóc tách ra khỏi các cấu trúc lân cận bằng cách quan sát trực tiếp. Sau khi tách một phần khối u, sử dụng Optic 0 độ và/hoặc 30 độ đánh giá các vị trí còn lại của u mà không thể quan sát trực tiếp đặc biệt mặt dưới và ngoài, nơi tiếp xúc với các cấu trúc quan trọng. Những mạch máu nhỏ được đốt qua nội soi, các mạch máu lớn hơn được bóc tách cẩn thận khỏi u và cầm máu kỹ.

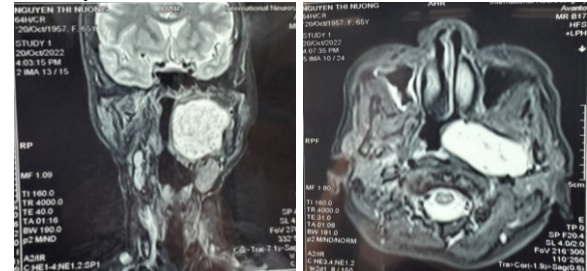
Các cấu trúc thần kinh mạch máu lân cận như đám rối tĩnh mạch hầu, động mạch cảnh trong, thần kinh X được quan sát và bảo tồn trong quá trình phẫu thuật. Sau khi lấy trọn u, các cấu trúc này được kiểm tra lại, cầm máu kỹ, đặt surgical hố mổ (nếu cần). Khâu vết mổ thành bên họng 2 lớp. Người bệnh được đặt sonde dạ dày, dinh dưỡng lại qua đường miệng sau 5 ngày phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 22 bệnh nhân (tỷ lệ nam/nữ = 1,05), tuổi trung bình là 50 (19-75 tuổi). Tất cả người bệnh đều được phẫu thuật lấy u khoang cạnh họng qua đường miệng dưới hỗ trợ của nội soi.

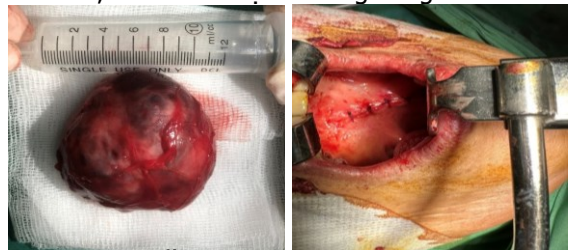
Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận 15/22 trường hợp là u đa dạng tuyến nước bọt, 4/22 trường hợp u sợi thần kinh, 3/22 kết quả ghi nhận mô xơ và 1 trường hợp thoái hóa hyaline. Khối u có kích thước thay đổi từ 3,2 đến 6,7cm (trung bình 4,2cm). Không có trường hợp nào cần mở khí quản dự phòng.

Chưa ghi nhận biến chứng sớm và muộn sau phẫu thuật, cụ thể không có trường hợp nào nhiễm trùng, suy hô hấp hoặc liệt các dây thần kinh sọ sau mổ.



Hình 3.1: Hình ảnh MRI một trường hợp u khoang cạnh họng

Tổn thương chóng chỗ khoang cạnh họng trái với tín hiệu thấp trên T1W, cao không đồng nhất trên T2U, bắt thuốc mạnh không đồng nhất.



Hình 2: Phẫu thuật lấy trọn tổn thương u khoang cạnh họng (giải phẫu bệnh: u đa dạng tuyến nước bọt)

Trong thời gian theo dõi hậu phẫu 12 tháng, chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát (cả về lâm sàng và hình ảnh học).

IV. BÀN LUẬN

Các u lành tính là những tổn thương phổ biến nhất được tìm thấy trong khoang cạnh hầu. Do vị trí giải phẫu nằm sâu trong các cấu trúc cơ, thần kinh, mạch máu, các khối u cạnh họng thường chỉ biểu hiện triệu chứng khi khối u có kích thước từ 2,5-3cm [2]. Triệu chứng thường gặp là khối vùng cổ, vùng họng miệng hoặc khó nuốt. Đối với các khối ở vùng hầu họng, thăm khám thực thể trong miệng thường cho thấy một khối lớn dưới niêm mạc, giới hạn rõ, đẩy ra phía trước vào trong thành bên họng, amidan và khẩu cái mềm. Đôi khi có thể sờ thấy khối u từ bên ngoài. Đánh giá trước phẫu thuật thường gồm chụp MRI và/hoặc CT. Chụp mạch máu là cần thiết trong các trường hợp tổn thương mạch máu, chẳng hạn như u mạch máu hoặc khối u có nguồn gốc từ thần kinh ngoại bì [2]. CT hoặc MRI có thể giúp xác định vị trí khối u ở khoang trước trâm hoặc sau trâm. Ngoài ra, hai công cụ này còn cung cấp thông tin quan trọng về mối liên quan của khối u với các cấu trúc thần kinh, mạch máu lân cận. U khoang trước trâm có xu hướng đẩy bó mạch cảnh ra phía sau và u vùng sau trâm ngược lại, đẩy bó mạch cảnh ra trước. Tuy nhiên, u thể cảnh hoặc schwannoma thần kinh giao cảm xuất phát từ khoang sau trâm có thể không đẩy lệch bó mạch cảnh [8].

Phẫu thuật u thành bên họng phụ thuộc hai nguyên tắc chính: (1) xác định chính xác và bộc lộ phẫu trường một cách đầy đủ để lấy trọn u, ngăn ngừa tình trạng tái phát u, (2) hạn chế tối đa tổn thương cấu trúc, chức năng sau phẫu thuật.

Nhiều cách tiếp cận u thành bên họng đã được đề xuất: đường cổ, miệng, tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, đường tiếp cận dưới thái dương hoặc kết hợp các đường tiếp cận trên. Hai đường tiếp cận thường sử dụng nhất là đường cổ (thường áp dụng với u vùng sau trâm) và đường tuyến mang tai (đối với các khối u trước trâm). Mặc dù thường được sử dụng nhất, tuy nhiên đường tiếp cận u cạnh họng qua cổ được cho là không đủ đối với u lan đến sàn sọ, u ở thùy sâu tuyến mang tai hoặc u có kích thước > 4cm [1].

Đường tiếp cận u cạnh họng qua miệng được mô tả là một lựa chọn đối với những khối u < 3cm, lành tính, xuất phát từ vùng trước trâm. Tuy nhiên, nhiều tác giả không khuyến cáo sử dụng cách này do khả năng tổn thương cấu trúc thần kinh, mạch máu và phẫu trường nhỏ, hạn chế trong việc bộc lộ khối u [1]. Việc ứng dụng nội soi kết hợp phẫu thuật đường miệng đã hỗ trợ trong việc quan sát giới hạn của u, hạn chế tổn thương các cấu trúc quan trọng xung quanh.

Chỉ định của cách tiếp cận đường miệng có hỗ trợ nội soi bao gồm u lớn vùng trước trâm mà phẫu thuật đường miệng đơn thuần không thể tiếp cận được hoặc u thùy sâu tuyến mang tai, giới hạn rõ, có lan thành bên họng. Tuy nhiên, phương pháp này không thích hợp với những u thùy sâu tuyến mang tai giới hạn không rõ, do u thường có xâm nhập mô tuyến ở phía ngoài, bao quanh thần kinh VII hoặc các cấu trúc mạch máu lớn [4]. Do đó, việc lựa chọn bệnh nhân cách tiếp cận u cần được cân nhắc cẩn thận trước phẫu thuật. Sử dụng nội soi còn cho phép quan sát các ranh giới u – mô lành xung quanh, hạn chế nguy cơ sót u cũng như tái phát sau mổ. Trong báo cáo này, chưa ghi nhận có trường hợp tái phát nào sau thời gian theo dõi 12 tháng.

Việc mở khí quản dự phòng đã được đề xuất nếu khối u có kích thước > 6cm, hẹp vùng họng miệng và phẫu trường hạn chế [4]. Tuy nhiên trong báo cáo này, chưa ghi nhận trường hợp nào cần mở khí quản dự phòng, tất cả bệnh nhân sau phẫu thuật đều không có tình trạng khó thở, thở rít.

Nghiên cứu này còn một số hạn chế. Đầu tiên, do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, chưa mang tính đại diện cho dân số chung. Hơn nữa, thời gian theo dõi hậu phẫu ngắn (12 tháng), chưa ghi nhận được kết cục dài hạn của người bệnh. Mục đích chính của báo cáo này nhằm cung cấp thêm thông tin về chỉ định, tiên lượng ngắn hạn của cách tiếp cận qua đường miệng có hỗ trợ nội soi đối với các trường hợp u khoang cạnh họng.

V. KẾT LUẬN

Dưới sự hỗ trợ của nội soi, phẫu thuật u khoang cạnh họng qua đường miệng được chỉ định mở rộng hơn với tỉ lệ thành công cao hơn, an toàn và thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bozza F, Vigili MG, Ruscito P, Marzetti A, Marzetti F:** Surgical management of parapharyngeal space tumours: results of 10-year follow-up. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009, 29(1):10-15.
- Bradley PJ, Bradley PT, Olsen KD:** Update on the management of parapharyngeal tumours. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2011, 19(2):92-98.
- Iseri M, Ozturk M, Kara A, Ucar S, Aydin O, Keskin G:** Endoscope-assisted transoral approach to parapharyngeal space tumors. *Head Neck* 2015, 37(2):243-248.
- Liu Y, Yu HJ, Zhen HT:** Transoral and endoscope-assisted transoral approaches to resecting benign tumours of the parapharyngeal space located in the medial portion of the carotid sheaths and extending toward the skull base: our experience. *J Laryngol Otol* 2018, 132(8):748-752.
- Lombardi D, Ferrari M, Paderno A, Taboni S,**

- Rampinelli V, Barbara F, Schreiber A, Mattavelli D, Tomasoni M, Farina D et al:** Selection of the surgical approach for lesions with parapharyngeal space involvement: A single-center experience on 153 cases. *Oral Oncol* 2020, 109:104872.
6. **Matsuki T, Miura K, Tada Y, Masubuchi T, Fushimi C, Kanno C, Takahashi H, Kamata S, Okamoto I, Miyamoto S et al:** Classification of tumors by imaging diagnosis and preoperative fine-needle aspiration cytology in 120 patients with tumors in the parapharyngeal space. *Head Neck* 2019, 41(5):1277-1281.
7. **Orlando P, Locatello LG, Gallo O, Leopardi G, Maggiore G:** Endoscopy-assisted transoral approach for parapharyngeal space tumors: Our experience and a systematic review of the literature. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 2023, 9(1):79-90.
8. **Shirakura S, Tsunoda A, Akita K, Sumi T, Suzuki M, Sugimoto T, Kishimoto S:** Parapharyngeal space tumors: anatomical and image analysis findings. *Auris Nasus Larynx* 2010, 37(5):621-625.

PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHẬU TRONG VỠ: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Đặng Công Hiếu¹, Hà Hoài Nam¹, Hoàng Anh Tuấn¹, Trần Quang Thái¹, Nguyễn Tiến Đông¹, Đào Huy Hiếu¹, Nguyễn Quốc Hưng¹

TÓM TẮT

Phình động mạch chậu trong thường đi kèm với phình động mạch chủ bụng và động mạch chậu. Phình động mạch chậu trong đơn thuần là bệnh lí hiếm gặp. Phình động mạch chậu trong vỡ là biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng với tỷ lệ tử vong cao. Do đó, cần phải nhanh chóng phát hiện tổn thương và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp nhất. Chúng tôi báo cáo một trường hợp phình động mạch chậu trong vỡ được chẩn đoán và phẫu thuật thành công.

Từ khóa: Phình động mạch chậu trong vỡ.

SUMMARY

RUPTURED INTERNAL ILIAC ANEURYSM: A CASE REPORT

Internal iliac aneurysms are often accompanied by aneurysms of the abdominal aorta and iliac arteries. Pure internal iliac artery aneurysms are rare. A ruptured internal iliac aneurysm is a life-threatening complication with a high mortality rate. Therefore, it is necessary to quickly detect the lesion and provide the most appropriate treatment. We report a case of ruptured internal iliac aneurysm which was successfully diagnosed and operated

Keywords: ruptured internal iliac aneurysm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các vị trí tổn thương phình động mạch ở ổ bụng, phình động mạch chậu trong đơn thuần rất hiếm gặp. Năm 2014 Wilhelm và cộng sự [6] đã tổng kết các nghiên cứu trong gần 100 năm từ năm 1913 đến 2013 chỉ có 55 trường hợp phình động mạch chậu trong đơn thuần được báo cáo. Trong số 55 bệnh nhân này có tới

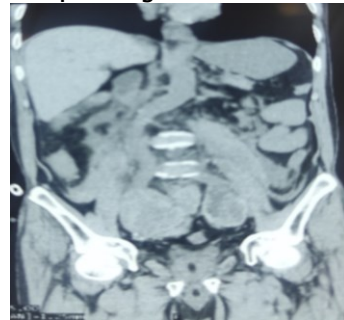
17 bệnh nhân biến chứng phình động mạch chậu trong vỡ với tỉ lệ tử vong cao dù được phát hiện và điều trị. Phình động mạch chậu trong vỡ có thể vào sau phúc mạc, vào ổ bụng, vào trực tràng... gây mất máu cấp tính, bệnh nhân nhanh chóng đi vào shock mất bù [6], [2]. Do vậy, cần phải chẩn đoán sớm và đưa ra phương pháp điều trị kịp thời.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo 01 ca lâm sàng phình động mạch chậu trong vỡ được phẫu thuật thành công

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nam 73 tuổi tiền sử tăng huyết áp, bệnh nhân biểu hiện đau bụng dữ dội liên tục vùng hố chậu phải lan xuống bẹn cùng bên một ngày trước vào viện. Bệnh nhân được cấp cứu ở tuyến được chụp phim cắt lớp vi tính ổ bụng không tìm thuốc cản quang phát hiện phình động mạch chậu trong.



Hình 1: Cắt lớp vi tính ổ bụng tuyến trước không tiêm thuốc cản quang

Bệnh nhân vào viện trong tình trạng mất máu: da niêm mạc nhợt, mạch 110 lần/ phút, huyết áp tối đa 80-90 mmhg, hồng cầu: 3,1 tera/l; huyết sắc tố: 92g/l. Chụp phim cắt lớp vi tính ổ bụng tiêm thuốc cản quang cho thấy hình

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
 Chịu trách nhiệm chính: Đặng Công Hiếu
 Email: dc.hieu94@gmail.com
 Ngày nhận bài: 5.01.2024
 Ngày phản biên khoa học: 20.2.2024
 Ngày duyệt bài: 7.3.2024