

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TRƯỜNG THANH TÌNH

PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA MŨI
U MÀNG NÃO SÀN SỌ

CHUYÊN NGÀNH: NGOẠI KHOA

MÃ SỐ: 9720104

TÓM TẮT LUẬN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH – NĂM 2023

Công trình nghiên cứu được thực hiện tại:

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Người hướng dẫn khoa học:

1. TS.BS. NGUYỄN VĂN TUẤN

2. TS.BS. NGUYỄN MINH ANH

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án đã được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Trường
hợp tại: Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Vào hồi giờ phút, ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

U màng não là loại u lành tính có tần suất mắc bệnh cao nhất nhất trong các loại u tân sinh lành tính hệ thần kinh trung ương. Vị trí sán sọ trước là vị trí thường gặp của các loại u này. Phẫu thuật lấy hết u là phương pháp điều trị tiêu chuẩn vì cung cấp khả năng điều trị khỏi hoàn toàn cho bệnh nhân.

Việc điều trị u màng não sán sọ trước đòi hỏi kỹ thuật và kinh nghiệm của các phẫu thuật viên tại các trung tâm phẫu thuật về sán sọ. Xuất phát từ những hạn chế của việc tiếp cận u màng não sán sọ trước qua đường mở sọ, gần đây phẫu thuật nội soi qua mũi được lựa chọn thực hiện ở một số trường hợp với những ưu điểm: tiếp cận trực tiếp gốc u, giúp triệt mạch sớm nguồn nuôi u, không vén não, tăng khả năng lấy triệt để u (Simpson 1), tăng khả năng giải ép giầy thần kinh thị. Hiện vẫn chưa có đề tài nghiên cứu báo cáo về kết quả, tỉ lệ các biến chứng cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị của phương pháp này tại Việt Nam

2. Mục tiêu nghiên cứu

- Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi qua mũi u màng não sán sọ trước
- Khảo sát các yếu tố liên quan kết quả điều trị phẫu thuật

3. Những đóng góp mới của luận án

Đề tài góp phần làm sáng tỏ các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học UMNSST. Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi cũng như đánh giá được các yếu tố liên quan kết quả điều trị. Qua đó tác giả ghi nhận đây là phương pháp điều trị ít xâm lấn, an toàn, mang lại hiệu quả

khỏi bệnh cao nếu được chọn lựa chỉ định hợp lý. Đây là kết quả có giá trị tham khảo cao đối với các phẫu thuật viên Ngoại thần kinh và Tai mũi họng.

4. Bộ cục luận án

Luận án có 143 trang bao gồm Đặt vấn đề 2 trang, Tổng quan tài liệu 40 trang, Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 36 trang, Kết quả 29 trang, Bàn luận 34 trang, Kết luận và Kiến nghị 2 trang. Luận án có 54 bảng, 6 biểu đồ, 70 hình, 103 tài liệu tham khảo với 13 tiếng Việt và 90 tài liệu nước ngoài.

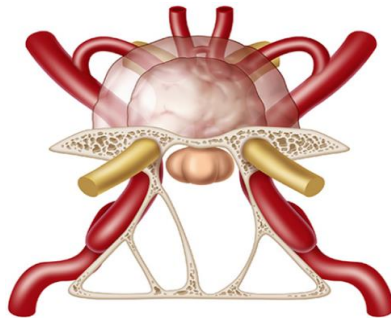
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Đặc điểm u màng não sàn sọ trước

U màng não sàn sọ trước chiếm khoảng 8% - 13% các u nội sọ, việc phân loại dựa vào vị trí gốc bám của u. Hiện nay, theo Harvey Cushing và Louise Eisenhardt, u màng não sàn sọ trước được chia thành 3 nhóm chính là u màng não rãnh khứu, u màng não vùng planum và u màng não củ yên. Do đặc tính thường phát triển chậm, nên khi được chẩn đoán u đã đạt kích thước khá lớn và triệu chứng gây ra do u chèn ép vào các cấu trúc thần kinh quan trọng như thần kinh khứu giác, thị giác, nguy hiểm hơn là u chèn hoặc xâm lấn phức hợp thông trước, động mạch cảnh trong, cuống tuyến yên. Vì vậy u màng não sàn sọ trước là một trong những loại u khó trong phẫu thuật và có thể để lại nhiều tai biến, biến chứng sau mổ, đòi hỏi người thầy thuốc phải có kiến thức và kinh nghiệm trong phẫu thuật sàn sọ

Phương pháp tiếp cận nội soi qua mũi gần đây ngày càng trở nên phổ biến trong điều trị UMNSST. Các thuận lợi so với phương pháp

tiếp cận mở sọ là ít thao tác trên cấu trúc mạch máu thần kinh hơn, tránh vén não, triệt mạch sớm nguồn nuôi của khối u. Mặc dù ban đầu có sự lo lắng về thao tác giải quyết các tổn thương trên hoành yên qua đường mũi, với các PTV có kinh nghiệm thì nội soi qua mũi thuận tiện giải quyết các tổn thương vùng trên yên như UMNSST rất hiệu quả và an toàn. Đối với PT mở sọ, cắt bỏ UMN củ yên/ mái xương bướm là một thách thức do đặc điểm u liên quan các cấu trúc thiết yếu như dây II, giao thoa, cuống TY, hạ đồi, động mạch cảnh, phức hợp thông trước. Về mặt lý thuyết, mổ nội soi qua mũi cũng gặp nguy cơ tương tự, tuy nhiên cửa sổ tiếp cận nội soi đi từ dưới sàn sọ lên nên khối u lúc này sẽ nằm giữa PTV và các cấu trúc thiết yếu vừa nêu trên nên giảm thiểu được tối đa nguy cơ tổn thương các cấu trúc này. Thêm vào đó, quỹ đạo tiếp cận trực tiếp vào vùng chân bám u tạo thuận lợi cho việc lấy u tối đa (Simpson 1) vì loại bỏ được xương tăng sinh và MC nơi chân bám u, giảm chảy máu do triệt mạch từ đầu cuộc mổ. Không những vậy, các nghiên cứu gần đây chứng minh mổ nội soi qua mũi điều trị các UMN vùng này giúp cải thiện thị lực thị trường rất tốt so với đường mổ mở sọ.



Hình 1. Các mốc giải phẫu quan trọng đánh giá UMNSST

“Nguồn: Ottenhausen, M và cộng sự, 2018”

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả hàng loạt ca, can thiệp trên một nhóm dân số, so sánh trước và sau điều trị.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Dân số mục tiêu

Bệnh nhân được chẩn đoán u màng não sàn sọ trước.

2.2.2. Dân số nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u màng não sàn sọ trước bằng kỹ thuật chụp MRI sọ não có thuốc tương phản từ tại bệnh viện Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh hoặc bệnh viện khác nhưng đầy đủ thông tin cần thiết.

2.2.3. Dân số chọn mẫu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán u màng não sàn sọ trước dựa trên kết quả chụp MRI sọ não có thuốc tương phản từ, được phẫu thuật lấy u qua đường nội soi qua mũi hoàn toàn tại bệnh viện Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian 5 năm từ 01/01/2017 đến 31/10/2022.

2.2.4. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân được chẩn đoán u màng não sàn sọ trước (rãnh khứu, mái xương bướm hay củ yên) dựa trên kết quả chụp MRI sọ não có thuốc tương phản từ và

- Có biểu hiện triệu chứng lâm sàng của khối u
- Kích thước u $\leq 4\text{cm}$
- U nằm đường giữa và không xâm lấn ra ngoài ĐMCT, máu giương trước

- Không phát triển ra ngoài > 5 mm so với mảnh ổ mắt xương sàng
- Bệnh nhân được PT nội soi qua mũi hoàn toàn (không dùng vi phẫu)
- Có kết quả giải phẫu bệnh là UMN theo phân loại của WHO 2016
- Người bệnh được theo dõi ít nhất 3 tháng, được chụp MRI sọ não kiểm tra và đánh giá chức năng thần kinh thị sau mổ.

2.2.5. Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ các trường hợp được chẩn đoán trước phẫu thuật là UMNSST, phù hợp phẫu thuật nội soi qua mũi nhưng người bệnh có nhiều bệnh lý nền, nguy cơ phẫu thuật cao

Loại trừ các trường hợp người bệnh trong quá trình theo dõi không đủ 3 tháng, không có ít nhất 1 lần MRI sọ não kiểm tra và không đo thị lực thị trường sau phẫu thuật (người bệnh không quay lại tái khám hoặc người bệnh không tuân thủ theo dõi)

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.3.1. Thời gian nghiên cứu

Thời gian bắt đầu và kết thúc thu thập số liệu: thời gian nghiên cứu 05 năm, từ 01/01/2017 đến 31/01/2023.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật lấy u trong khoảng thời gian 01/01/2017 đến 31/10/2022 được chọn đưa vào mẫu nghiên cứu.

Thời gian theo dõi từ khi bắt đầu thu thập số liệu (tháng 01/2017) đến khi kết thúc thu thập số liệu (tháng 01/2023).

2.3.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

2.4. Cơ mẫu nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u màng não sàn sọ trước thỏa tiêu chuẩn lấy mẫu được điều trị phẫu thuật lấy u nội soi qua mũi từ 1 tháng 1 năm 2017 đến 31 tháng 10 năm 2022.

* Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp lấy mẫu liên tục đến khi kết thúc thu thập số liệu.

Các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, không có yếu tố loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu được đưa vào mẫu nghiên cứu.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu bắt đầu từ 01/01/2017, có 36 trường hợp u màng não sàn sọ trước được phẫu thuật nội soi qua mũi lấy u. Các trường hợp phẫu thuật trong khoảng thời gian từ 01/01/2017 đến 31/10/2022 thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào mẫu nghiên cứu và được theo dõi đến 31/01/2023. Thời gian theo dõi trung bình 28 tháng (ngắn nhất 3 tháng và dài nhất là 58 tháng)

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

3.1.1 Tuổi

Tuổi trung bình là $52,1 \pm 10,8$ tuổi. Nhỏ tuổi nhất là 29 và lớn tuổi nhất là 73. Không có trường hợp u nhỏ hơn tuổi thiếu niên.

3.1.2 Giới tính

Số lượng bệnh nhân nữ chiếm đa số, tỷ lệ nữ là 75% (27/36 ca)

3.1.5. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Thời gian từ lúc khởi bệnh đến khi nhập viện		
< 3 tháng	16	44,4
3 – 12 tháng	13	36,1
12 – 24 tháng	7	19,4
Triệu chứng lâm sàng		
Đau đầu	25	69
Mờ mắt	23	64
Thay đổi hành vi	3	8,3
Mất mùi	4	11
Động kinh	3	8,3
Suy yên	2	5,5
Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện theo thang điểm Karnofsky		
90 – 100	30	83
80 – 90	6	17
0 – 80	0	0
Bệnh lý đi kèm		
Đái tháo đường	2	5,5
Tăng huyết áp	2	5,5
Béo phì	1	2,8

Bảng 3.4. Biểu hiện lâm sàng trước mổ theo vị trí u

Triệu chứng lâm sàng	Triệu chứng/ vị trí			Total (%)
	Rãnh khúu	Máu XB	Củ yên	
Tần số (n)	7	11	18	36
Đau đầu	6	8	11	69
Mờ mắt	0	8	15	64
Thay đổi hành vi	2	1	0	8,3
Mất mùi	4	0	0	11
Động kinh	2	1	0	8,3
Suy yên	0	1	1	5,5

3.1.6. Đặc điểm tổn thương thị giác trước mổ

3.1.6.1 Thị lực trước mổ

Triệu chứng chỉ một bên mắt có 8 trường hợp (22,2%), ảnh hưởng cả 2 mắt 15 trường hợp (41,7%). Có 33,3% người bệnh có tổn thương thị lực nghiêm trọng (thị lực $\leq 1/10$ hay mức độ thị lực từ ST (+) đến 1/10) trước khi được phẫu thuật.

3.1.6.2 Thị trường trước mổ

Trong số 36 bệnh nhân (72 mắt) bị ảnh hưởng thị giác có 24/72 mắt (33,3%) có thị lực trước mổ tổn thương nặng không đánh giá được thị trường. Thị trường trước mổ bị thu hẹp ở đa số các trường hợp (22/23 bệnh nhân có ảnh hưởng thị giác) bao gồm 18 bệnh nhân ảnh hưởng cả 2 bên mắt (50%) và 4 bệnh nhân ảnh hưởng chỉ một bên mắt (11%).

3.1.6.3 Đáy mắt trước mổ

Có 25% người bệnh có kết quả soi đáy mắt bất thường (gai thị bạc màu hoặc teo gai) và không ghi nhận trường hợp nào phù gai thị

3.1.7. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ sọ não

3.1.7.1 Đặc điểm u bao quanh mạch máu

Hầu hết các u trong nghiên cứu không bao bọc mạch máu quan trọng chiếm tỉ lệ 86%. Có 2 ca u bao quanh cả phức hợp thông trước. Hai ca u bao quanh đoạn A1 và một trường hợp u bao quanh ĐM A2

3.1.7.4 U xâm lấn ống thị giác

Số trường hợp có u xâm lấn vào ống thị giác là 12 trường hợp, chiếm tỉ lệ 33%. Trong đó, u xâm lấn chủ yếu một bên của ống thị giác

3.1.7.5 Góc sàn sọ - hố yên hay góc củ yên

Trong 7 trường hợp u màng não củ yên có u lan xuống hố yên, chúng tôi ghi nhận góc sàn sọ - hố yên theo cách đo của tác giả Kuga D và nhận thấy kết quả góc này là: trung bình 115° nhỏ nhất 80° và lớn nhất 150° .

3.1.7.6 Các đặc điểm hình ảnh học khác

Bảng 3.14. Các đặc điểm hình ảnh học khác

Đặc điểm hình ảnh MRI khác	Tần suất	Tỷ lệ (%)
U lan trong hố yên	7	19
Tăng sinh xương sàn sọ trước	10	27,8
Phù não	9	25
Bề mặt u tròn đều giới hạn rõ	29	81
Bề mặt u đa thùy, gồ ghề	7	19
Đuôi màng cứng	36	100

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi qua mũi lấy UMNSST

3.2.1. Tình trạng lâm sàng người bệnh sau mổ

Tình trạng người bệnh sau mổ có cải thiện hơn so với trước mổ. Có 1 trường hợp Karnofsky 70 - 80, chiếm 2,8% sau mổ có tình trạng mờ mắt nhiều hơn so với trước mổ do tổn thương thị giác và không cải thiện thêm trong suốt quá trình theo dõi. Một trường hợp tử vong sau mổ do viêm màng não kháng trị.

3.2.3. Tình trạng mờ mắt sau phẫu thuật

3.2.3.3 Đánh giá thị giác chung cả hai mắt

Bảng 3.30. Đánh giá thị giác cả hai mắt

Thị giác sau mổ	Tổng số	Tỷ lệ (%)
Hồi phục hoàn toàn	15	65.2
Cải thiện	4	17.4
Không thay đổi	3	13
Xấu hơn	1	4.3
Tổng	23	100

3.2.4. Mức độ lấy u

Bảng 3.31. Mức độ lấy hết u

MRI sau mổ	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Lấy trọn u	31	88.6
Gần trọn u	4	11.4
Bán phần u	0	0
Tổng số	35	100

MRI sau mổ 3 tháng ghi nhận có 31 ca lấy hết u hoàn toàn chiếm tỷ lệ 88.6%. Có 4 trường hợp ghi nhận lấy u Simpson III (chừa lại 1 ít u dính chặt vào các cấu trúc mạch máu) và khi chụp MRI kiểm tra chỉ còn một phần nhỏ u (< 5%). Các trường hợp này người bệnh được tư vấn tiếp tục theo dõi lâm sàng và MRI sọ não có tiêm thuốc tương phản từ qua các lần tái khám định kỳ

3.2.12. Các biến chứng sau phẫu thuật

Có 4 trường hợp dò DNT sau mổ và tất cả điều trị thành công với đặt dẫn lưu thất lưng liên tục kéo dài 7-10 ngày (trong đó có 2 trường hợp cần mổ nội soi vá dò do người bệnh chảy DNT nhiều qua mũi). Viêm màng não có 4 ca, là các ca có dò DNT đồng thời, điều trị thành công 3 ca với kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm, riêng có 1 trường hợp vi khuẩn kháng thuốc phải bơm kênh tủy với kháng sinh colistin và tử vong do không đáp ứng thuốc. Có 1 trường hợp tổn thương động mạch não trước (đoạn A1) trong lúc mổ, sau mổ người bệnh có nhồi máu động mạch não trước bên trái. Một trường hợp giảm thị lực sau mổ (trước mổ thị lực 3/10, sau mổ ST (+)) ở mắt trái do trong mổ có tổn thương một nhánh mạch máu nhỏ cấp máu cho giao thoa thị giác. Có 2 trường hợp đái tháo nhạt thoáng qua và 2 trường hợp có Hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp, điều trị khỏi hoàn toàn với nội khoa cân bằng nước và điện giải. Biến chứng muộn sau mổ có 5 ca viêm xoang sau mổ, điều trị khỏi hoàn toàn bằng kháng sinh đường uống và nội soi tai mũi họng vệ sinh mũi.

3.3. Các yếu tố liên quan kết quả điều trị phẫu thuật nội soi qua mũi

3.3.3. Kích thước u và mức độ lấy hết u

Kích thước u ảnh hưởng đáng kể đến việc lấy hết u khi so sánh các u có đường kính trung bình > 3 cm và các u có đường kính trung bình ≤ 2 cm ($p = 0.014 < 0,05 \Rightarrow$ khác biệt có ý nghĩa thống kê)

3.3.5. Liên quan kết quả lấy u khi u lan vào ống thị giác

Nhận thấy sự lan vào ống thị giác của u không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ lấy hết u. Kiểm định Fisher tính giá trị $p = 0,57 > 0.05 \Rightarrow$ khác biệt không có ý nghĩa thống kê

3.3.6. Liên quan kết quả lấy u và mạch máu

Trong nghiên cứu này cũng cho thấy tình trạng u bao bọc hoặc xâm lấn mạch máu làm giảm cơ may lấy hết u hoàn toàn khi mổ nội soi (20% so với 100%) so với các động mạch không bị u bao bọc (Fisher, $p = 0.0001 < 0.05 \Rightarrow$ khác biệt có ý nghĩa có thống kê)

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung dân số nghiên cứu

4.1.1. Độ tuổi trung bình

Hồi cứu y văn ghi nhận tuổi khởi phát trung bình trong u màng não sán sọ trước cũng không ghi nhận sự khác biệt.

4.1.2. Giới tính

Dựa vào các thống kê u màng não nội sọ, tần suất gặp ở giới nữ cao hơn nam. Đặc biệt với u màng não sán sọ trước tần suất ở giới nữ được ghi nhận cao hơn gấp nhiều lần ở giới nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ: nam là 4:1.

4.1.3. Đặc điểm lâm sàng

Đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất trong UMNSST (69%). Theo đó, người bệnh nếu được phát hiện u do triệu chứng đau đầu thì đa phần là ở giai đoạn khá muộn và tập trung nhiều nhất là ở nhóm UMN RK kể đến là nhóm UMN máu XB. Điều này có thể được lý giải do vị trí u vùng này ít liên quan đến các cấu trúc thần kinh quan trọng như dây thần kinh thị giác và giao thoa thị giác, nên thường khi u tăng kích thước nhiều và gây hiệu ứng choáng chỗ khiến NB đau đầu tăng dần thì mới được phát hiện u.

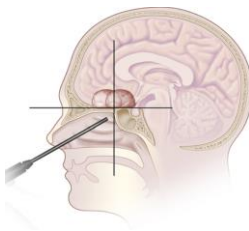
Biểu hiện lâm sàng phổ biến thứ hai là triệu chứng mờ mắt tiến triển, chiếm tỉ lệ 64% và là triệu chứng chính khiến NB đi khám của UMNCY và máu XB (23/29 ca). Triệu chứng mờ mắt thường diễn ra âm thầm nên người bệnh đôi khi không để ý hoặc không nhận biết được sớm. Nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận có đến 15/23 trường hợp giảm thị lực cả hai mắt (65%) và chỉ 8/23 các trường hợp biểu hiện triệu chứng ở một bên mắt (35%).

Xét riêng về nhóm UMNCY thì triệu chứng mờ mắt thường xuất hiện sớm và là triệu chứng phổ biến nhất của nhóm bệnh nhân này, điều này cũng đã được nhiều nghiên cứu khác ghi nhận. Trong nghiên cứu của tác giả Fahlbusch, với 47 trường hợp u màng não củ yên, tỷ lệ mờ mắt tiến triển là 96%. Theo Schick và cộng sự, tỷ lệ này là 80% và tỷ lệ này của chúng tôi là 83%.

4.1.5. Đặc điểm hình ảnh học

4.1.5.1 Vị trí u

Nhằm tối ưu hóa việc chọn bệnh cũng như quyết định cách tiếp cận phù hợp nhất cho từng NB chúng tôi phân loại vị trí u theo tác giả M. Ottenhausen và cộng sự.



Hình 4.1. Phân loại vị trí UMNSST dựa vào liên quan thể tích u so với thành trước xoang bướm.

“Nguồn: Ottenhausen, M và cộng sự, 2018”

Trong dân số của chúng tôi hầu hết u UMNSST xuất phát từ vị trí củ yên (18/36 ca) và vùng mái XB (11/36 ca). Hai vị trí này còn được gọi dưới tên khác là vùng trên yên, như vậy trong nhóm UMNSST của chúng tôi, tỷ lệ u màng não vùng trên yên chiếm đa số với tỷ lệ 81%. Ghi nhận này cũng phù hợp với báo cáo của các tác giả khác như Padhye, Abbassy, Liu và cộng sự

4.1.5.2 Kích thước u

Một cách tương đối, chúng tôi chia ra 3 nhóm kích thước u để tiện đánh giá kết quả điều trị và so sánh với các báo cáo khác trên y văn đó là các khối u có đường kính nhỏ ≤ 2 cm, trung bình từ 2cm - ≤ 3 cm và nhóm lớn hơn 3cm - ≤ 4 cm. Nghiên cứu của chúng tôi khối u có kích thước nhỏ chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 50%, khối u có kích thước trung bình chiếm 39% và còn lại là u kích thước lớn chỉ có 11%. Kết quả trên cho thấy đa phần có khối u với kích thước nhỏ, trung bình, phù hợp với đa phần u ở vị trí trên yên (củ yên/mái XB).

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

4.2.1. Đánh giá mức độ lấy u

Lấy trọn u đại thể được PTV nhận định trong lúc mổ có 32/36 BN chiếm tỷ lệ 89%. Chúng tôi tiếp cận khối u theo quỹ đạo từ dưới

lên trên, bộc lộ xương sần sọ đủ rộng đảm bảo hết giường bám của u, đồng thời phải thấy rõ các mốc giải phẫu hữu dụng bắt buộc. Kế đến dùng khoan mài siêu tốc mài bỏ hoàn toàn vùng xương nơi có khối u, sau đó đốt và cắt bỏ màng cứng gốc u bám và lấy hết u hoàn toàn nếu có thể. Vì vậy mức độ lấy trọn u trên đại thể của chúng tôi là Simpson I.

Thời kỳ trước năm 2012, khi kỹ thuật nội soi còn chưa phát triển, tỷ lệ lấy u hoàn toàn của phương pháp mở sọ kinh điển cao hơn so với nội soi. Với sự tiến bộ không ngừng của dụng cụ nội soi cũng như các PTV thần kinh ngày càng có kinh nghiệm hơn, từ sau 2012 với cách tiếp cận mở nội soi qua mũi, tỷ lệ lấy hết u hoàn toàn có thể đạt từ 83% - 91,7%. Báo cáo về mổ nội soi qua mũi của Koutourousiou năm 2014 trên 75 ca UMN trên yên với tỷ lệ lấy u hoàn toàn là 81.4%. Năm 2018, tác giả Ottenhausen công bố tỷ lệ lấy hết u hoàn toàn của UMNSST nhìn chung là rất cao. Cụ thể, tác giả Ottenhausen còn phân chia tỉ mỉ cách chọn bệnh cho mổ mở sọ và nội soi qua mũi theo các tiêu chuẩn nghiêm ngặt. Kết quả trong nhóm mổ sọ của ông (bao gồm đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt, đường mổ Pterion, đường mổ dưới trán) với kết quả lấy hết u hoàn toàn là 86.5%; song song đó, nhóm BN mổ nội soi qua mũi của ông với kết quả lấy hết u là tuyệt đối 100% (là các u đường giữa, không xâm lấn sang bên, kích thước nhỏ và không bao bọc mạch máu).

Trên nguyên tắc chọn bệnh từng ca thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh nội soi qua mũi, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả rất khả quan với tỷ lệ hết u sau mổ 89% (hết u hoàn toàn 32/36 ca). Bốn trường hợp còn u của chúng tôi là các trường hợp u bao bọc các động mạch não trước (đoạn A1, A2 và phức hợp thông trước) và u có mật độ tương đối dai nên chúng tôi quyết định chừa lại một ít u bám chắc

vào các cấu trúc do e ngại tổn thương các mạch máu này sẽ gây ra biến chứng nặng nề sau phẫu thuật. Tuy nhiên, vẫn có một ca chúng tôi không bảo tồn được phần u dính chặt vào động mạch đoạn A1 và đã gây ra tổn thương động mạch này. Như vậy, nếu tiêu chuẩn chọn bệnh nghiêm ngặt hơn nữa (như tác giả Ottenhausen), nghĩa là u không bao bọc cấu trúc mạch máu, không lan ra bên nhiều ngoài động mạch cảnh trong), thì tỷ lệ lấy hết u sẽ cao hơn con số 89%.

4.2.2. Đánh giá kết quả về thị giác

Khi phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị các tổn thương sàn sọ trở nên dần quen thuộc và được ứng dụng phổ biến, các báo cáo ngày càng ghi nhận ưu điểm nổi bật của cách tiếp cận này trong việc cải thiện chức năng thị giác sau mổ. Lý giải cho việc này, các tác giả khẳng định rằng đường tiếp cận nội soi qua mũi cho thấy nhiều lợi thế cung cấp quỹ đạo từ dưới – lên trên trong việc lấy u và giải ép giao thoa thị giác, đặc biệt là giải ép ống thị giác. Thực vậy, tác giả Koutourousiou và cộng sự ghi nhận, khi u xâm lấn vào ống thị giác thì PTV có thể thực hiện giải ép ống thị giác 270⁰ mà không cần đụng chạm gì đến cấu trúc dây thị giác hay giao thoa thị giác; cụ thể tác giả loại bỏ thành trong ống thị giác, sàn và trần ống thị giác, cắt bỏ dây chằng falciform và màng cứng trong ống thị giác theo hướng từ trong ra ngoài và dọc theo phía trên dây II nhằm tránh tổn thương động mạch mắt (Do động mạch mắt đi phía ngoài và dưới của dây II) và như vậy phần u nằm trong ống thị giác được loại bỏ hoàn toàn mà không có một thao tác nào trên dây thần kinh thị giác. Thêm vào đó, ánh sáng nội soi và không gian đa chiều, đặc biệt từ dưới nhìn lên giúp PTV bảo tồn được các vi mạch máu cung cấp cho mặt trên và mặt dưới giao thoa cũng như dây II, quan trọng hơn là động mạch tuyến yên trên trong quá trình phẫu thuật.

Năm 2014 tác giả Koutourousiou báo cáo kết quả cải thiện thị giác với tỷ lệ 85.7% khi chọn bệnh đúng tiêu chuẩn cho nội soi qua mũi (và đây cũng được xem là kết quả cải thiện cao nhất trên y văn của nhóm bệnh nhân được mổ nội soi qua mũi). Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hồi phục chức năng thị giác đạt được 82.6%. So sánh với kỹ thuật mổ vi phẫu đường mổ mở sọ lỗ khóa trên ổ mắt, tháo bỏ trần ổ mắt, giải ép rộng mặt trong và dưới ống thị giác (nơi u màng não sẵn sọ trước thường xâm lấn), thì kết quả hồi phục thị giác cao nhất là 74%. Như vậy, có thể nói sự cải thiện về chức năng thị giác sau mổ u màng não sẵn sọ trước ở nhóm bệnh nhân mổ nội soi qua mũi là khá cao so với mổ vi phẫu mở sọ. Điều này đã được báo cáo nhiều trên y văn cũng như phân tích tổng hợp có giá trị cao (meta-analysis). Gần đây hơn, năm 2021 tác giả Khan, D. Z thực hiện nghiên cứu phân tích đa trung tâm nhằm đánh giá vai trò của đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt có sự hỗ trợ của nội soi trong điều trị UMNSST. Ngoài việc ghi nhận kỹ thuật này không gây thêm kết quả bất lợi so với kỹ thuật mổ mở sọ truyền thống lấy u vi phẫu hay mổ nội soi qua mũi khi điều trị các khối UMNSST, tác giả còn ghi nhận kết quả cải thiện thị lực vượt trội của nhóm NB được điều trị bằng cách tiếp cận nội soi qua mũi. Cụ thể, tỷ lệ cộng gộp về cải thiện thị lực trong nhóm người bệnh được điều trị qua đường tiếp cận nội soi qua mũi là 81.98% cao hơn nhóm NB điều trị qua đường tiếp cận lỗ khóa trên ổ mắt có nội soi hỗ trợ là 65.98%, và thấp nhất là nhóm điều trị vi phẫu qua đường mở sọ truyền thống với tỷ lệ 63.9%.

Nhận thấy đáy mắt trước mổ bình thường có kết quả hồi phục thị lực rất cao (90% - 94,7%). Ngược lại, nhóm BN có đáy mắt trước mổ bị tổn thương như gai thị bạc màu có kết quả hồi phục thị lực rất kém (5,3%-10 hồi phục); các trường hợp teo gai trước mổ thì không hồi

phục thị lực. Kết quả kiểm định cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy, nếu NB có đầy mắt trước mổ bình thường là yếu tố tiên lượng tốt khả năng hồi phục chức năng thị giác, ghi nhận này cũng được tác giả Symon và Rosenstein ghi nhận tương tự khi nghiên cứu về kết quả điều trị u màng não vùng trên yên

4.2.3. Đánh giá về các biến chứng sau mổ

4.2.3.1 Tổn thương thị lực

Một trong những thách thức lớn nhất của điều trị UMNSST, cũng như UMN vùng trên yên là đạt được phẫu thuật lấy hết u hoàn toàn mà không gây ảnh hưởng trên thị lực do các thao tác đụng chạm của PTV trên dây II hay giao thoa, cũng như không gây tổn thương các mạch máu của các cấu trúc này. Tác giả Symon và Rosenstein, 1984, chủ yếu từ kết quả mổ mở sọ qua kính lúp thì tỷ lệ tổn thương thị giác nặng thêm sau mổ là 24.2%. Mặc dù với sự ra đời và phát triển nhanh chóng của kính vi phẫu thần kinh và các kỹ thuật mổ vi phẫu ngày càng tinh vi hơn, tỷ lệ tổn thương thị giác sau mổ các sang thương vùng này vẫn cao. Tác giả Fahlbusch và Schott, năm 2002, sử dụng đường mổ trán thái dương (Pterion), ghi nhận tỷ lệ tổn thương thị giác 20%. Tác giả Mahmoud và cộng sự sử dụng đường mổ trên ổ mắt lấy u và tỷ lệ này giảm còn 8%. Về góc nhìn nội soi qua mũi, với nhiều ưu điểm trong việc lấy u và giải ép ống thị giác như đã đề cập ở phần trên, tác giả Koutourousiou và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tổn thương chức năng thị giác sau mổ là 3.6%. Nghiên cứu của chúng tôi có một ca tổn thương thị lực nặng thêm sau mổ (4.3%).

4.2.3.2 Biến chứng rò dịch não tủy

Tác giả Komotar và cộng sự, năm 2012, nhận thấy tỷ lệ rò DNT sau mổ nội soi qua mũi 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 rò

DNT tùy sau mổ (69.2%), đặc biệt là trước thời kỳ sử dụng cuống niêm mạc mũi có mạch máu nuôi để tái tạo sàn sọ. Sự tiến bộ kỹ thuật tái tạo sàn sọ có sử dụng cuống niêm mạc vách mũi làm giảm ngoạn mục tỷ lệ rò DNT xuống còn 16.1%. Từ 2010 tỷ lệ này giảm còn 11.7% và ngày càng có khuynh hướng giảm thêm khi các PTV ứng nhiều kỹ thuật tái tạo sàn sọ tỉ mỉ nhiều lớp có sử dụng vạt niêm mạc có mạch máu của tác giả Hadad đề xuất kết hợp với dẫn lưu thất lưng sau mổ cho tỷ lệ thành công rất cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4/36 ca rò DNT sau mổ (11%). Tỷ lệ này cũng phù hợp với các báo cáo phẫu thuật nội soi qua mũi gần đây. Trong 4 ca rò thì có 3 ca điều trị thành công hoàn toàn (2 ca đặt dẫn lưu thất lưng và 1 ca mổ lại nội soi). Riêng có một trường hợp phải mổ lại vá rò và trở nặng (2.8%) trên bệnh nhân có cơ địa tiểu đường và tăng huyết áp lâu năm. Điều không may là bệnh nhân này bị thêm biến chứng viêm màng não kháng trị (dù đã bơm kênh tủy colistin) và tử vong sau đó.

4.2.3.3 Biến chứng nhiễm trùng

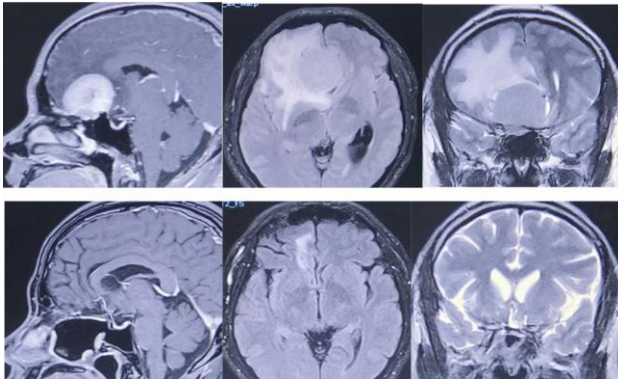
Về nhiễm trùng sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 ca viêm màng não sau mổ (11%), các bệnh nhân này là các trường hợp bị rò DNT đồng thời. Chúng tôi điều trị thành công với kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm (trừ một trường hợp thất bại do vi khuẩn đa kháng trên cơ địa người bệnh đái tháo đường như đã đề cập phần trên). Nhìn chung tỷ lệ viêm màng não và rò DNT sau mổ thường đi kèm với nhau. Những năm gần đây tỷ lệ viêm màng não thay đổi từ 3 – 7% tùy nghiên cứu. Như vậy tỷ lệ nhiễm trùng trong nghiên cứu của chúng tôi có phần cao hơn so với y văn. Điều này có thể lý giải do yếu tố khách quan của môi trường Việt Nam chúng ta.

4.3. Đánh giá các yếu tố liên quan kết quả điều trị

4.3.2. Kích thước u

Trong mẫu của chúng tôi, với 18 ca u có kích thước ≤ 2 cm thì kết quả lấy hết u đạt 100%; 12 ca u có kích thước ≤ 3 cm thì kết quả lấy hết u đạt 86%. Trong khi 4 ca u có kích thước > 3 cm thì tỷ lệ lấy hết u chỉ đạt 50%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.014$). như vậy u có kích thước càng lớn càng giảm tỷ lệ lấy hết u hoàn toàn và kết quả phẫu thuật này phù hợp với báo cáo y văn.

Về phương diện phù não, có 7/9 BN có phù não trước mổ được lấy hết u hoàn toàn chiếm tỷ lệ 77.8%. So sánh tỷ lệ với nhóm các BN không có phù não (27 ca còn lại) có tỷ lệ lấy hết u là 92.6%, kiểm định thống kê Fisher có giá trị $p = 0.255 > 0.05$. Như vậy không có sự liên quan có ý nghĩa giữa phù não quanh u và mức độ lấy hết u. Tác giả Koutourousiou và cộng sự báo cáo trên 50 bệnh nhân mổ u màng não rãnh khúu và 75 bệnh nhân u màng não trên yên cũng không ghi nhận phù não quanh u làm ảnh hưởng khả năng lấy u.



Hình 4.11. MRI trước mổ (hình trên) và sau mổ (hình dưới) phẫu thuật nội soi qua mũi UMNSST: lấy hết u hoàn toàn và phù não quanh u cải thiện rõ sau mổ.

“Nguồn: tác giả”

Bên cạnh đó, bàn luận về kết quả phù não sau mổ, tác giả cũng Koutourousiou cũng đồng quan điểm với nhiều tác giả khác về vai trò của phẫu thuật nội soi. Theo đó, một trong những lợi ích của phẫu thuật này là do đường tiếp cận nội soi đi theo quỹ đạo từ dưới sàn sọ lên trên để giải quyết tổn thương, hoàn toàn không kéo vén não nên so với mổ lấy u vi phẫu thì mổ nội soi chẳng những không gây phù não mà còn làm cho tình trạng phù não trước mổ cải thiện ngoạn mục hơn. Bằng chứng là các triệu chứng lâm sàng của phù não trán trước mổ cải thiện hoàn toàn sau mổ, đồng thời đặc điểm hình ảnh học MRI sau mổ cũng cho thấy tình trạng phù não cải thiện rõ (thấy rõ trên thay đổi trên phim MRI Flair). Kết quả sau mổ về phù não của chúng tôi cũng ghi nhận tương tự.

4.3.3. U xâm lấn ống thị giác

Theo y văn, UMNSST có xâm lấn vào ống thị giác là một yếu tố tiên lượng khó khăn cho việc phẫu thuật lấy hết u hoàn toàn bằng vi phẫu hoặc thậm chí sự cố gắng lấy hết u qua vi phẫu có thể gây giảm thị lực sau mổ đặc biệt đối với u màng não vùng trên yên.

Tuy nhiên, khi ứng dụng phẫu thuật nội soi qua mũi thì những thách thức này được giải quyết hoàn toàn. Năm 2021 tác giả Avery và cộng sự đưa ra các tình huống lựa chọn BN tí mỉ cho các cách tiếp cận điều trị, đặc biệt là hai phẫu thuật xâm lấn tối thiểu: nội soi qua mũi và mở sọ lỗ khoá trên ổ mắt. Ông nhấn mạnh các khối UMN trên yên có phần u phát triển phía trên và dưới mái XB như nhau, ít hoặc không xâm lấn ra ngoài nhiều so với máu giường trước và động mạch cảnh trong, đồng thời có phần u xâm lấn vào ống thị giác thì nên chọn cách tiếp cận nội soi qua mũi do ưu điểm vượt trội hơn của nội soi so với vi phẫu trong việc lấy u và giải ép ống thị giác. Điều này cũng được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi; với 11 ca u có

xâm lấn vào ống thị giác thì có 9 ca lấy hết u hoàn toàn (82%) và 25 ca u không xâm lấn vào ống thị giác có tỷ lệ lấy hết u là 92% (23/25 ca), khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.57$).

4.3.4. U bao bọc động mạch

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tình trạng u bao bọc hoặc xâm lấn mạch máu làm giảm cơ may lấy hết u hoàn toàn khi mổ nội soi qua mũi so với các u không bao bọc mạch máu. Thực vậy, trong số 5 ca có u bao bọc động mạch (2 ca bao bọc A1, 2 ca bao bọc phức hợp thông trước, 1 ca bao bọc A2) thì chỉ có 1 ca lấy hết u hoàn toàn (20%); Trong khi đó, 31 ca còn lại u không bao bọc mạch máu thì có tới 31 trường hợp lấy hết u hoàn toàn (100%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.0001$). Như vậy, giống với mổ vi phẫu, yếu tố u bao bọc cấu trúc mạch máu trong mổ nội soi qua mũi vẫn là trở ngại cho PTV trong việc lấy hết u hoàn toàn. Điều này y văn ghi nhận tương tự và được lý giải do u dính vào các thành động mạch và rất khó để tách hết u hoàn toàn đặc biệt khi u có mật độ chắc. Sự kéo căng hoặc bóc tách không tỉ mỉ có thể làm rách hoặc thậm chí đứt các động mạch thiết yếu này và sẽ gây ra các biến chứng không mong muốn sau mổ như nhồi máu não hay xuất huyết não, cũng như sẽ gây di chứng thần kinh sau mổ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 36 trường hợp u màng não sàn sọ trước được phẫu thuật lấy u bằng đường mổ nội soi qua mũi với thời gian theo dõi trung bình 28 tháng (từ 3 - 58 tháng), chúng tôi rút ra một số kết luận theo mục tiêu nghiên cứu như sau:

1. Kết quả sau phẫu thuật điều trị:

- Người bệnh ra viện có tình trạng lâm sàng tốt (Karnofsky 90 - 100 điểm) chiếm tỷ lệ 94%
- Chức năng thị giác cải thiện tốt hơn đạt 82.6% trong nhóm người bệnh có biểu hiện mờ mắt trước mổ, không thay đổi 13%, và xấu hơn chiếm 4,3%.
- Các triệu chứng lâm sàng khác bao gồm đau đầu, thay đổi hành vi, động kinh, hội chứng suy yên cải thiện hoàn toàn sau mổ
 - Mức độ lấy hết u triệt để đạt 89%
 - Các biến chứng hay gặp bao gồm dò DNT 11%, viêm màng não 11%, viêm xoang sau mổ 14%, mất mùi 8.3%
 - Tỷ lệ tử vong là 2.8%

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bao gồm:

- Vị trí u, u lan xuống hố yên và góc sàn sọ - hố yên không ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật nội soi qua mũi
- Kích thước u ≤ 3 cm có kết quả điều trị tốt hơn so với nhóm có kích thước u > 3 cm. Phù não quanh u (25%) không ảnh hưởng đáng kể đến khả năng lấy u
- U bao mạch máu (14%), hình thái bề mặt u đa thùy ghồ ghề (24%) ảnh hưởng bất lợi đến kết quả điều trị
- U xâm lấn vào ống thị giác (33%) không ảnh hưởng đến tỉ lệ lấy u triệt để và tỉ lệ hồi phục thị giác cao với 82,6%.

- Tỷ lệ hồi phục thị giác ở nhóm thời gian mờ mắt trước mổ dưới 3 tháng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thời gian mờ mắt trước mổ trên 3 tháng

- Nhóm dưới 50 tuổi, tình trạng đáy mắt trước mổ bình thường cho kết quả thị lực cải thiện tốt hơn.

KIẾN NGHỊ

Với kết quả ghi nhận trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị UMNSST là phương pháp điều trị ít xâm lấn, an toàn, mang lại hiệu quả khỏi bệnh cao. Do đó, phương pháp này nên được ứng dụng phổ biến hơn trong phẫu thuật thần kinh. Tuy nhiên, để tăng thêm lợi ích cho người bệnh, thầy thuốc lâm sàng cần lưu ý một số vấn đề cốt lõi như sau:

- Chẩn đoán sớm ngay từ khi người bệnh chỉ có triệu chứng đau đầu hay giảm thị lực mơ hồ để tăng cơ may hồi phục thị lực

- Chọn bệnh phù hợp cho mổ nội soi qua mũi: UMNSST nằm đường giữa, kích thước nhỏ và không xâm lấn hay bao bọc mạch máu lớn

- Kỹ thuật mổ: đảm bảo lấy vạt niêm mạc mũi có mạch máu đủ rộng, bộc lộ phẫu trường đủ rộng, bảo tồn phức hợp thị giác, giải ép tốt ống thị giác và tái tạo sàn sọ tỉ mỉ.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Trương Thanh Tình, Phạm Thanh Bình, Nguyễn Minh Anh (2022), “Phẫu thuật nội soi qua mũi điều trị u màng não trên yên tại Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, Tập 517 , Số 2, Tháng 8/2022, tr. 268-274, ISSN 1859-1868.
2. Tinh Thanh Truong, Binh Thanh Pham, Hoa Viet Nguyen, Anh Minh Nguyen (2022), “Endoscopic endonasal surgery for resection of anterior skull base meningiomas: A single-center prospective study in Vietnam”, *Interdisciplinary Neurosurgery*, Volume 31, October, 2022, ISSN 2214-7519.