

ĐƯỜNG MỔ TRÊN CUNG MÀY TRONG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U NÃO NỀN SỌ TẦNG TRƯỚC

DƯƠNG ĐẠI HÀ, ĐỒNG VĂN HỆ
Bệnh viện Việt Đức

TÓM TẮT

Tác giả áp dụng đường mổ trên cung mày kiểu lỗ khoá (Key hole) chọn lọc đối với 17 trường hợp u não nền sọ tầng trước (u màng não trên yên, u sọ hầu, u tuyến yên). Kích thước đường mổ nhỏ (5cm) trên cung mày đem lại kết quả tốt với các tổn thương vùng nền sọ trước và vùng trên yên. Đa số các khối u được chỉ định phẫu thuật theo phương pháp này có kích thước nhỏ (<3cm) là 82,3%. Kết quả vi phẫu thuật lấy u toàn bộ (độ I, II theo Simpson) là 70,6%. Tỷ lệ bệnh

nhân đạt 80-100 điểm Karnofsky sau mổ (học tập và lao động bình thường) là 41,2%. Với đường mổ ít xâm lấn này, phẫu thuật vi phẫu kết hợp với hỗ trợ của nội soi là phương pháp điều trị hiệu quả giúp bệnh nhân rút ngắn thời gian nằm viện và hồi phục nhanh hơn.

SUMMARY

The supraorbital minicraniotomy surgical approach (Key hole technique) for the anterior skull base fossa brain tumors (suprasella meningioma,

craniopharyngiomas, pituitary adenoma...). We report on 17 patients with different lesions performed by this technique. A small incision (50mm) in the eyebrow and a supra orbital minicraniotomy are presented.

The results shows that the intracranial hypertention symptoms, visual loss were the most common clinical symptoms with anterior fossa brain tumor. Microsurgery total removal of the tumor was 70,6%. The good results after tumor resection (patients with 80-100 Karnofsky scale) was 41,2%

The supraorbital minicraniotomy surgical approach associated with microsurgery and neuroendoscopy, a mini invasive technique, provides a good and easy to carry way to the anterior skull base.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u não ở nền sọ tầng trước thường phát triển thâm lặng cho đến khi chèn ép vào giao thoa thị giác, động mạch cảnh trong, tuyến yên thì mới có biểu hiện trên lâm sàng. Điều trị phẫu thuật các u não ở nền sọ hiện nay vẫn còn nhiều khó khăn. Phẫu thuật bằng kính vi phẫu, lựa chọn đường mổ thích hợp đóng vai trò quan trọng đến thành công của phẫu thuật

Từ trước tới nay, đường mổ kinh điển trán-thái dương vẫn là đường mổ thường được áp dụng cho các tổn thương u não ở nền sọ tầng trước như: u sọ hầu, u màng não, u tuyến yên... Yasargil đã áp dụng đường mổ này trong phẫu thuật kẹp túi phình mạch máu mà ngày nay chúng ta vẫn gọi tên là đường mổ Yasargil. Đa số phẫu thuật viên thần kinh chọn đường mổ này vì sự an toàn và thuận tiện khi phẫu thuật lấy bỏ các khối u nền sọ và nền sọ giữa. Đầu thập kỷ 90 của thế kỷ XX, Penreczky(7) đã áp dụng đường mổ trên cung mày kiểu lỗ khoá (keyhole) để áp dụng đường vào cho các phẫu thuật vùng trên yên, nền sọ tầng trước. Charlie Teo (2) đã phát triển mạnh can thiệp tối thiểu ít xâm lấn đối với các tổn thương ở nền sọ. Sự phối hợp giữa nội soi và kính vi phẫu đã giúp Penreczky (7), C.Teo (2), Đồng Văn Hệ (1) giảm bớt đáng kể kích thước của đường rạch da, mở nắp sọ mà không làm giảm khả năng quan sát, phẫu tích các mạch máu, thần kinh nền sọ và các cấu trúc xung quanh so với kỹ thuật mở nắp sọ thông thường

Ngày nay, nhiều phẫu thuật viên thần kinh trên thế giới đã áp dụng đường mổ này cùng với sự hỗ trợ của kính vi phẫu và nội soi trong các bệnh lý : kẹp túi phình mạch máu, lấy bỏ u não nền sọ...cho kết quả tốt. Tại bệnh viện Việt Đức, chúng tôi bước đầu áp dụng chọn lọc phương pháp này cho một số trường hợp u não tầng trước nền sọ và thu được một số kết quả, từ đó rút ra những kết luận nhằm nâng cao hiệu quả điều trị loại bệnh này

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng:

Bệnh nhân chẩn đoán u não nền sọ tầng trước (u tuyến yên, u màng não trên yên, u sọ hầu) mổ tại khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện Việt Đức từ 1/2007 – 4/2008.

2. Lựa chọn bệnh nhân.

U sọ hầu, u màng não trên yên, u tuyến yên tái phát: kích thước < 3cm.

Những trường hợp u nền sọ mổ theo đường mổ nắp sọ kinh điển không nằm trong diện nghiên cứu.

3. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng cắt ngang không đối chứng

Phương pháp mổ:

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ, gây mê nội khí quản, không tạo tóc. Đầu cố định trên khung Mayfield.

- Đường mổ: Đường rạch da 5cm phía trên, bề ngoài cung mày, 5mm trên trần ổ mắt, 22 mm cách đường giữa và 5mm sau đoạn nối giữa xương thái dương và cung tiếp xương gò má.

- Lỗ khoan sọ:

+ Khoan sọ một lỗ ở vị trí trán thái dương (Key hole).

+ Đường mở nắp sọ 20 x 30mm ở xương trán trên trần ổ mắt

+ Sau đó có thể dùng khoan mài để mài xuống sâu dưới nền để kiểm soát nền sọ tốt hơn.

+ Mở màng cứng sát nền sọ, vén nhẹ thùy trán bằng van tự động hoặc van cầm tay, hút dịch não tủy nhằm bộc lộ rõ nền sọ tầng trước, bề DNT

+ Dùng kính vi phẫu để bộc lộ và bóc tách khối u vùng nền sọ tầng trước giống như kỹ thuật kinh điển.

+ Khâu lại màng cứng dùng chỉ Prolene 4/0, đặt lại nắp xương sọ.

+ Vết mổ được khâu trong da bằng chỉ tự tiêu 4/0

+ Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá sau mổ trong vòng 3 tháng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Số lượng bệnh nhân.

17 bệnh nhân u não nền sọ tầng trước/15 tháng.

2. Phân nhóm các loại u não nền sọ.

Bảng 1: Các loại u não nền sọ trước

Loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
U màng não	4	23,5
U sọ hầu	11	64,7
U tuyến yên	2	11,8

Tỷ lệ u trong nhóm nghiên cứu: u sọ hầu chiếm: 64,7%, sau đó là u màng não trên yên 23,5%

3. Tuổi và giới: tuổi trung bình: 50,4.

11 nữ, 6 nam

4. Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân khi vào viện.

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng.

Biểu hiện lâm sàng	Bệnh nhân	Tỷ lệ
Đau đầu	11	64,7
Nôn	8	47,1
Giảm thị lực 1 mắt	2	11,7
Giảm thị lực 2 mắt	9	52,9
Rối loạn nội tiết	2	11,7

Bảng 3 cho thấy triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là hội chứng tăng áp lực nội sọ (đau đầu và nôn) 64,7% và biểu hiện giảm thị lực 2 mắt tăng dần 52,9%.

5. Chụp cộng hưởng từ

Bảng 2: Kích thước của u trên cộng hưởng từ

Loại u	< 20 mm	< 30mm	> 30mm
U sọ hầu	2	6	3
U màng não	1	3	0
U tuyến yên	1	1	0
	4	10	3

Nhận xét: U sọ hầu thường là dạng nang nước nên có kích thước lớn hơn so với các loại u khác. U màng não vùng trên yên có mật độ chắc nên tuy kích thước nhỏ đã có biểu hiện lâm sàng.

6. Phương pháp phẫu thuật.

Tất cả bệnh nhân đều được mổ vi phẫu thuật lấy u theo phương pháp mở nắp sọ tối thiểu trên cung mày (keyhole)

- Kính vi phẫu đóng vai trò quan trọng trong đường mổ này. Sử dụng kính vi phẫu nhằm xác định ranh giới của u và tổ chức xung quanh, tránh làm tổn thương các vùng chức năng quan trọng.

- Phẫu thuật được thực hiện bằng kính vi phẫu Carl Zeiss NC4, với độ phóng đại 4-10 lần và bộ dụng cụ mổ vi phẫu thuật.

- Biến chứng:

+ Không có biến chứng chảy máu trong mổ

+ Rối loạn điện giải sau mổ: 1mọt ca u sọ hầu: điều trị nội khoa ổn định

+ Một trường hợp rò dịch não tủy sau mổ, điều trị chọc dò tủy sống sau đó ổn định

Bảng 4: Khả năng lấy u trong phẫu thuật theo Simpson

Phân loại Simpson	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
I	4	23,5
II	8	47,1
III	3	17,6
IV	1	5,8

Tỷ lệ lấy u hoàn toàn (độ I, II theo phân loại Simpson) là 70,6%, lấy u không hoàn toàn (độ III, IV) là 23,4%. Tỷ lệ lấy u không cao do quá trình bóc tách u khó khăn, có nguy cơ tổn thương vùng tuyến yên và vùng sàn não thất 3 sau mổ

7. Kết quả điều trị.

Bảng 5: Đánh giá sau mổ 3 tháng theo phân loại Karnofsky

Điểm Karnofsky	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
80-100	7	41,2
60-80	8	47,1
40-60	2	11,8
<40	0	0

- Tỷ lệ bệnh nhân đạt 80-100 điểm (sinh hoạt và lao động bình thường) chiếm 41,2%, 60-80 (tự lo cho sinh hoạt bản thân) là 47,1%. Không có tử vong và biến chứng nặng trong nhóm nghiên cứu

- Sau 3 tháng: không có tử vong và biến chứng nặng sau mổ: 01 ca rối loạn điện giải sau mổ, 01 ca rò DNT qua mũi, điều trị nội khoa ổn định

- Sẹo mổ vùng cung mày 5cm liền tốt và khó phát hiện do lông mày che khuất

BÀN LUẬN

Nhiều tác giả :Yasargil, Al-Meftly(3)(4) đã mô tả các đường mổ trán thái dương, thái dương nền,... trong phẫu thuật ở vùng nền sọ. Đường mổ tối thiểu trên cung mày (keyhole) được Perneczky(7) đưa ra đầu thập kỷ 90 thể hiện một sự tiến bộ về kỹ thuật của phẫu thuật thần kinh.C.Teo (2), Kerhli (6) đã áp dụng đường mổ này cho các tổn thương ở nền sọ. Đồng Văn Hệ (1) đã áp dụng đường mổ này từ 2005 cho các khối u vùng hố yên và kẹp túi phình động mạch não. Theo Kerhli (6) đây là một đường mổ thẩm mỹ, ít xâm lấn, giảm tổn thương của da, mô mềm, xương sọ, tuy nhiên cần chỉ định chọn lọc. Phẫu thuật viên cần nắm vững các mốc giải phẫu quan trọng để tránh làm tổn thương các nhánh thần kinh nằm xung quanh vị trí của đường rạch da.

Đường mổ nằm ngang theo cung mày dài 5cm tính từ giữa nhân trung ra phía ngoài. Giới hạn phía trong của đường mổ này là cách đường giữa 22mm nhằm tránh làm tổn thương nhánh dây thần kinh trên ổ mắt. Đường mổ này áp dụng chủ yếu cho các u não tầng trước nền sọ, u sọ hầu(64,7%); UMN trên yên (23,5%), u tuyến yên (11,7%). Đồng Văn Hệ (1) sử dụng chủ yếu với u tuyến yên và u sọ hầu.

Kích thước khối u đóng vai trò quan trọng trong chỉ định phẫu thuật. <20mm: (23,5%), < 30mm (58,8%), > 30mm (17,6%). Kerhli (6) cho rằng, trong phẫu thuật u sọ hầu, đường mổ này giúp phẫu thuật viên lấy bỏ hoàn toàn khối u. Perneczky (7) nhấn mạnh với kính vi phẫu và trợ giúp của ống nội soi, nguồn sáng hoàn toàn đảm bảo cho phẫu thuật viên quan sát và thao tác trong phẫu trường tương đối nhỏ. C.Teo (2) nhận xét đường mổ trên cung mày có thể thay thế đường mổ thái dương trong hầu hết các trường hợp.

Biến chứng sau mổ là: tê bì vùng mắt, liệt nhánh ổ mắt của dây thần kinh mặt, rò dịch não tủy sau mổ qua mũi. Chúng tôi gặp 1 trường hợp rò dịch não tủy qua mũi, điều trị nội khoa ổn định. Kerhli (6) đã mổ lại và rò cho một trường hợp rò dịch não tủy sau mổ mà điều trị nội thất bại.

Khả năng lấy u trong phẫu thuật theo Simpson (độ I, II) là 70,6%, thay đổi tùy theo từng loại u. Kết quả sau mổ (theo phân loại Karnofsky) là khả năng với 41,2% bệnh nhân sau mổ trở lại sinh hoạt và lao động bình thường.

Ưu điểm của đường mổ keyhole:

- Không phải cạo tóc trước khi mổ

- Đường rạch da nhỏ, ít tổn thương phần mềm, da (5cm)

- Mảnh xương nắp sọ nhỏ, giảm nguy cơ chảy máu (20x30mm)

- Bộc lộ rõ cấu trúc nền sọ: động mạch cảnh, dây thần kinh thị giác, giao thoa thị giác, tuyến yên

- Đụng dập nhu mô não ít, thời gian hồi phục nhanh

- Sẹo sau mổ nhỏ, khó nhận thấy

Nhược điểm của đường mổ:

- Đường vào hẹp, trường mổ cần nhiều ánh sáng, khó vén thùy não, phẫu thuật viên có kinh nghiệm sử dụng kính vi phẫu

- Không nên áp dụng đường mổ này với các khối u > 3, u xâm lấn ra sau.

KẾT LUẬN

Chỉ định phẫu thuật chọn lọc đúng đối với những u não tăng trước nền sọ (u nhỏ, có nang..) đem lại kết quả sau mổ tốt. Lựa chọn đường mổ tối thiểu trên cung mày đối với các tổn thương u não nền sọ trước đánh dấu sự tiến bộ của ngành phẫu thuật thần kinh về: kỹ thuật, trang thiết bị: nguồn sáng, kính vi phẫu, dụng cụ mổ vi phẫu, nội soi. Cùng với sự phát triển nhanh chóng của phương pháp chẩn đoán hiện đại: CLVT 64 dãy tái tạo hình ảnh, cộng hưởng từ, cộng hưởng từ mạch máu... giúp chẩn đoán sớm các khối u não từ khi kích thước u còn nhỏ. Đối với các tổn thương nhỏ, phát hiện sớm thì việc lựa chọn đường mổ thẩm mỹ, ít tổn thương cũng được các phẫu thuật viên cân nhắc, giúp cho bệnh nhân rút ngắn thời gian nằm viện và hồi phục tốt hơn. Trong tương lai đây là đường mổ có thể áp dụng cho nhiều tổn thương ở tăng trước nền sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đồng Văn Hệ (2005). Phẫu thuật tổn thương vùng tăng trước nền sọ bằng mổ nắp sọ tối thiểu trên cung mày. Hội nghị Phẫu thuật thần kinh Việt Nam. Hà Nội 2005: 12-13
2. Charlie Teo (2005). Minimally invasive neurosurgery. Hội nghị Phẫu thuật thần kinh Việt Nam. Hà Nội 2005: 2-3.
3. Al-Meftly O, Anard VK: (1990). Zygomatic approach to the skull base lesions. J. Neurosurgery 73: 668-673.
4. Delashan. JB, Jane J.A, Kassel NF, Luee C.: (1993). Supra orbital craniotomy by fracture of the antenor orbital roof. J. Neurosurgery 79; 615-618
5. Delashaw JB., Rhoton AL: (1993). Modified supraorbital craniotomy: Technical note. Neurosurgery 30: 954-956
6. Kerhli P., Maitrot. M.D (1997). Supraorbital Minicraniotomy. Skull base surgery, Volume 7, Number 2: 65-68.
7. Pernecky. A, Resch.M (2005): Ten year experience with the supraorbital subfrontal approach through an eyebrow skin incision. Neurosurgery volume 57 (4): Supl 242-255.