

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U TĂNG TRƯỚC NỀN SỌ BẰNG PHẪU THUẬT LỖ KHOÁ TRÊN CUNG MÀY

Nguyễn Trọng Diện¹, Đồng Văn Hệ²

¹Sở Y tế tỉnh Quảng Ninh

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học: **Đồng Văn Hệ**

Tác giả thực hiện chính: **Nguyễn Trọng Diện**

Email: nguyentrongdiensyt@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 20/11/2022

Ngày phản biện: 27/11/2022

Ngày chấp nhận đăng: 15/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả vi phẫu thuật một số u tăng trước nền sọ với kỹ thuật mở nắp sọ lỗ khoá trên cung mày. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp dựa trên 65 bệnh nhân u tăng trước nền sọ. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2017-12/2020. Đối tượng nghiên cứu được khám, đọc phim cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, tham gia phẫu thuật, điều trị sau mổ, theo dõi và đánh giá sau mổ, chụp cộng hưởng từ sau mổ có tiêm thuốc đối quang từ. **Kết quả:** Trong số 65 bệnh nhân bao gồm 49 nữ, 16 nam, 33 trường hợp u màng não, 14 nang Rathke, 8 u tuyến yên, 8 u sọ hầu, 1 nang nhện, 1 nang bì. Tuổi nhỏ nhất 5 và cao nhất 76. Tiền sử điều trị u 8 bệnh nhân (6 phẫu thuật và 2 xạ phẫu). Tiền sử bệnh mãn tính 32,3%. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên tới lúc phẫu thuật dao động từ 1-10 năm. Triệu chứng hay gặp nhất là đau đầu (96,9%), nhìn mờ (67,7%), bán manh mắt trái (43,1%), bán manh mắt phải (41,5%). Tất cả bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ, 51 bệnh nhân có kích thước u $\leq 3\text{cm}$; và 14 trường hợp u $> 3\text{cm}$. U to nhất 6cm và nhỏ nhất 1,23cm. Kết quả giải phẫu bệnh: 33 u màng não, 14 nang Rathke, 8 u tuyến yên, 8 u sọ hầu, 1 nang nhện và 1 nang bì. Cắt hết u 73,8%; cắt gần hết u 21,5%; cắt bán phần 0,3% và cắt một phần 0,1%. Kết quả xa ghi nhận 1 trường hợp u tái phát sau 1 năm, 1 viêm xương, 1 nhiễm trùng vết thương. Suy tuyến yên sau mổ 9 bệnh nhân, sau 6 tháng 6 bệnh nhân và sau 12 tháng 3 bệnh nhân. Đánh giá theo thang điểm Vancouver Scar Scale: sẹo đẹp 89,7%; trung bình 6,9%; xấu 1,7% và rất xấu 1,7%. Kết quả liền xương tốt và trung bình 96,6% và liền xương kém 3,4%. Kết quả sau 1 năm: 81% hồi phục hoàn toàn, 15,5% di chứng nhẹ như đau đầu, đái nhạt. Không tử vong, không di chứng nặng, không liệt nửa người. 98,3% bệnh nhân trở lại sinh hoạt bình thường, lao động và sinh hoạt hàng ngày. **Kết luận:** Vi phẫu thuật mở nắp sọ lỗ khoá trên cung mày là phẫu thuật hiệu quả, tỷ lệ cắt hết u và gần hết u cao trên 90% đối với các loại u. Tỷ lệ biến chứng, tai biến và di chứng thấp.

Từ khóa: mở nắp sọ lỗ khoá, u tăng trước nền sọ

1-ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở nắp sọ lỗ khoá trên cung mày là kỹ thuật mổ với đường rạch da nhỏ hơn 2,5cm trên cung mày, mở nắp sọ nhỏ hơn 2,5cm đường kính để tiếp cận và xử lý các tổn thương trong sọ. Phẫu thuật lỗ khoá trên cung mày được ứng dụng nhằm thay

thế cho phẫu thuật kinh điển mở nắp sọ rộng khi xử lý các tổn thương. Phẫu thuật lỗ khoá trên cung mày sử dụng rộng rãi trong những trường hợp xử lý u tăng trước nền sọ, phình động mạch não và một số bệnh lý khác. Mặc dù phẫu thuật đã được áp dụng từ khá lâu trên thế giới (1,2) và

bắt đầu sử dụng tại Việt Nam từ 2005 (Đồng Văn Hệ), nhưng chưa được sử dụng rộng rãi. Lý do khi không thể phổ biến kỹ thuật này tại Việt Nam do nhiều ý kiến trái chiều, cũng như nhiều phẫu thuật viên lo lắng độ an toàn, tính hiệu quả hoặc thời gian mổ kéo dài khi phẫu tích hay mọi thao tác phẫu thuật trong trường mổ hẹp sẽ gây khó khăn cho phẫu thuật. Một số khác cho rằng cần thiết phải sử dụng dụng cụ chuyên dụng dùng cho phẫu thuật ít xâm lấn giúp chúng ta thực hiện phẫu thuật này dễ hơn, an toàn hơn và hiệu quả hơn. Chúng tôi đã sử dụng kỹ thuật này để phẫu thuật thành công nhiều loại u tăng trước nền sọ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi **đánh giá kết quả vi phẫu thuật một số u tăng trước nền sọ với kỹ thuật mở nắp sọ ổ khoá trên cung mày.**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu can thiệp dựa trên 65 bệnh nhân u tăng trước nền sọ đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2017 tới tháng 12/2020. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp cộng hưởng từ trước khi mổ. Chỉ định mổ giống như khi sử dụng các kỹ thuật mổ khác dựa trên triệu chứng lâm sàng, hình ảnh khối u, mức độ chèn ép trên phim cộng hưởng từ. Bệnh nhân được đánh giá đầy đủ các thăm dò, xét nghiệm chức năng, thăm dò hình ảnh để chuẩn bị giống như phẫu thuật thường quy u tăng trước nền sọ. Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu: nghiên cứu viên trực tiếp khám, đánh giá lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh, trực tiếp mổ, tham gia phụ mổ hoặc xem mổ, kết quả giải phẫu bệnh là khối u, đánh giá kết quả khi ra viện và khám lại sau mổ tối thiểu 1 lần sau mổ 1-3 tháng dựa trên lâm sàng, thang điểm GOS và Karnofsky và cộng hưởng từ kiểm tra. Kỹ

thuật mổ áp dụng 65 bệnh nhân được xây dựng dành riêng cho nghiên cứu này. Tất cả phẫu thuật viên tuân thủ áp dụng kỹ thuật mới được áp dụng. Chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm các đặc điểm lâm sàng trước và sau mổ, hình ảnh cộng hưởng từ trước và sau mổ, đánh giá mức độ cắt u dựa trên trong lúc mổ, cộng hưởng sau mổ. Kết quả phẫu thuật được đánh giá dựa trên mức độ cắt u (phân loại Simpson), tỷ lệ biến chứng, tai biến, chảy máu, suy tuyến yên, rối loạn nội tiết, liệt nửa người, thị lực, thị trường, lác mắt, mất ngủ, tử vong, tỷ lệ mổ lại, nhiễm trùng, chảy máu. Đánh giá kết quả thẩm mỹ vết mổ, sẹo dựa trên thang điểm Vancouver Scar Scale. Đánh giá mức độ tiêu xương.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi lựa chọn được 65 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu bao gồm 49 nữ (75,4%) và 16 nam (24,6%). Tuổi thấp nhất là 5 và cao nhất là 76. Tiền sử bị bệnh mãn tính ghi nhận 21 bệnh nhân (32,3%). Trong 65 bệnh nhân, 8 bệnh nhân là u tăng trước nền sọ tái phát (6 bệnh nhân được phẫu thuật bằng đường mở nắp sọ rộng kinh điển, và 2 bệnh nhân xạ phẫu). Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên tới lúc phẫu thuật dao động từ 1-10 năm. Triệu chứng hay gặp nhất là đau đầu (96,9%), nhìn mờ (67,7%), bán manh mắt trái (43,1%), bán manh mắt phải (41,5%). Tất cả bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ, 51 bệnh nhân có kích thước u $\leq 3\text{cm}$; và 14 trường hợp u $> 3\text{cm}$. U to nhất 6cm và nhỏ nhất 1,23cm. Kết quả giải phẫu bệnh: 33 u màng não, 14 nang Rathke, 8 u tuyến yên, 8 u sọ hầu, 1 nang nhện và 1 nang bì.

Mức độ cắt hết u ghi nhận ở bảng 1. Mối liên quan giữa mức độ cắt hết u với một số yếu tố ghi nhận trong bảng 2, bảng 3, bảng 4 và bảng 5.

Bảng 1. Kết quả cắt u bằng đường mở ổ khoá trên cung mày:

Mức độ cắt u	Cắt hết	Cắt gần hết	Cắt bán phần	Cắt 1 phần
Số lượng	48	14	2	1

Tỷ lệ %	73,8	21,5	0,3	0,1
---------	------	------	-----	-----

Trong số 65 bệnh nhân, 12 trường hợp biến chứng như suy tuyến yên (8 trường hợp), viêm màng não (2 trường hợp), viêm xương (1 trường hợp), nhiễm trùng vết thương (1 trường hợp). 11/12 trường hợp điều trị nội và 1 trường hợp phẫu thuật lại (viêm xương). Không có trường hợp bị liệt hay tử vong, di chứng nặng.

Biến chứng sau mổ ghi nhận 13/65 (20%) bao gồm: 9 BN suy tuyến yên, 2 viêm màng não, 1 nhìn mờ hơn và 1 nhiễm trùng vết thương. Không có trường hợp bị liệt hay tử vong, di chứng nặng. Hai trường hợp viêm màng não được điều trị nội khỏi không để lại di chứng. 9 trường hợp suy tuyến yên sau mổ biểu hiện chủ yếu bằng đái nhạt, natri máu tăng hoặc giảm, cortisol giảm. 6/9

trường hợp trước mổ đã có đái nhạt nhưng sau mổ rối loạn nặng hơn. Cả 9 trường hợp được điều trị nội ổn định, nhưng 3 trong số đó phải tiếp tục điều trị suy tuyến yên lâu dài. Trường hợp nhìn mờ hơn trước mổ do tổn thương một phần trước giao thoa khi phẫu tích u. Tỷ lệ biến chứng cao nhất ghi nhận ở bệnh nhân u sọ hầu 6/8 (75%) trường hợp u sọ hầu có biến chứng sau mổ, chủ yếu là suy tuyến yên. 2/14 (14,3%) u nang Rathke biến chứng và 1/8 (12,5%) u tuyến yên ghi nhận biến chứng và 3/33 (9,1%) u màng não có biến chứng. Biến chứng chủ yếu là suy tuyến yên sau mổ gặp ở 9 bệnh nhân trong số 12 trường hợp tai biến (9/12 = 75%). Biến chứng sau mổ ở nhóm bệnh nhân u sọ hầu cao hơn so với các loại u khác, với $p < 0,01$

Bảng 2. Kết quả xa sau phẫu thuật

Thời điểm khám lại	Sau mổ 1 tháng (n=65)	Sau mổ 6 tháng (n=62)	Sau mổ 12 tháng (n=58)
U tái phát	0	0	1
Nhiễm trùng vết thương	1	0	0
Viêm xương	0	1	0
Viêm màng não	0	0	0
Suy tuyến yên	10	6	3
Nhìn mờ hơn trước mổ	1	1	1
Tử vong	0	0	0

Chúng tôi khám lại sau mổ 1 tháng 65 bệnh nhân, sau 6 tháng 62 bệnh nhân và sau 12 tháng 58 bệnh nhân. Trường hợp tái phát duy nhất là bệnh nhân u sọ hầu.

Bảng 3. Đánh giá kết quả thẩm mỹ vết mổ:

Vết mổ	Đẹp	Trung bình	Xấu	Rất xấu
Số lượng	52	4	1	1
Tỷ lệ %	89,7	6,9	1,7	1,7

Đánh giá sẹo vết mổ ở 58 bệnh nhân tại thời điểm 1 năm sau mổ. Bệnh nhân nhiễm trùng vết thương sau mổ 2 năm, sẹo mổ rất xấu. Trường hợp vết mổ xấu cũng ghi nhận ở trường hợp viêm xương. Cả 4 trường hợp sẹo mổ trung bình (chấp nhận được) do khâu chồng mép, sẹo cứng không mềm mại.

Bảng 4. Kết quả liền xương sọ

Kết quả	Liền tốt	Liền trung bình	Liền xấu
Số lượng	52	4	2

Tỷ lệ %	89,7	6,9	3,4
Liên tốt được ghi nhận là không nhìn thấy vết lõm trên da, hoặc chụp cắt lớp không còn khe giữa nắp sọ và hộp sọ. Liên trung bình khi vết lõm mảnh xương sọ vị trí nắp sọ ít, ghi nhận được khi xem xét		chỉ tiết và người đối diện không thể nhận thấy xương sọ lõm. Liên xấu khi người đối diện nhận thấy xương sọ lõm ngay khi quan sát vết mổ. Đánh giá liên xương ở 58 bệnh nhân.	

Bảng 5. Kết quả xa sau mổ

GOS	Hồi phục hoàn toàn	Di chứng nhẹ	Di chứng nặng	Sống thực vật	Tử vong
Số lượng	47	9	2	0	0
Tỷ lệ %	81	15,5	3,4	0	0

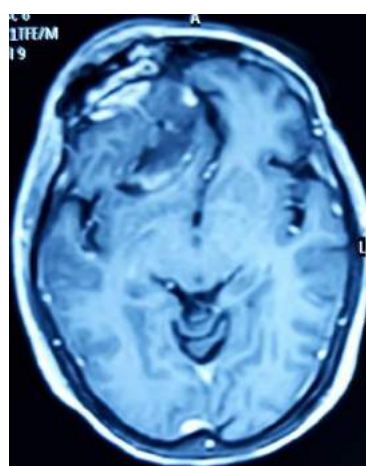
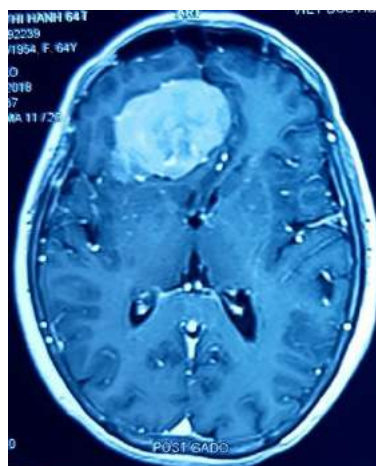
GOS-Glasgow Outcome Scale thang điểm kết quả điều trị. Chỉ 3 trường hợp còn di chứng đái nhạt cần dùng thuốc nhưng bệnh nhân vẫn đi làm như trước mổ. Hồi phục hoàn toàn và di chứng nhẹ chiếm 95,4%. Không có trường hợp nào bị liệt hay tử vong. Đánh giá 58 bệnh nhân sau 1 năm.

Đánh giá theo thang điểm Karnofsky: 47/58 (81%) hoạt động bình thường; 10/58 (17,2%) hoạt động bình thường nhưng có triệu chứng nhẹ; chỉ 1 bệnh nhân cần cố gắng khi hoạt động bình thường. Không có trường hợp nào cần trợ giúp, không tử vong.

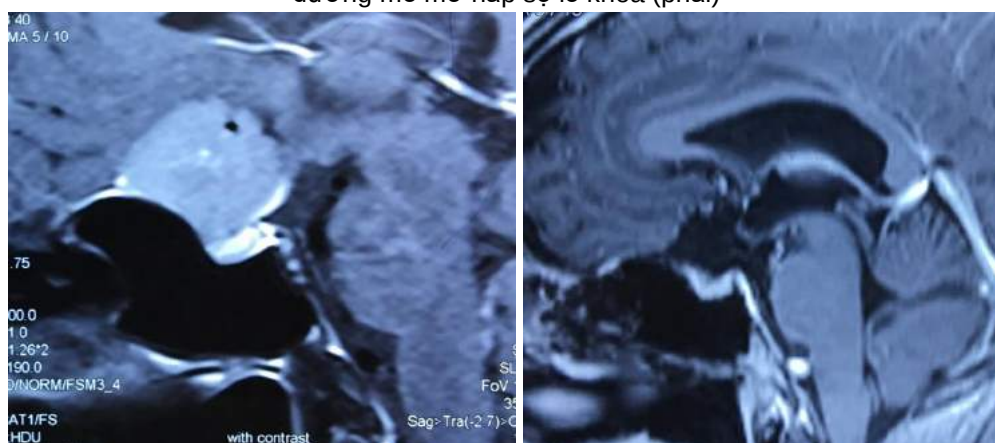
4. BÀN LUẬN

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật lỗ khoá trên cung mày cắt 65 khối u bao gồm chủ yếu là u màng não, nang Rathke, u sọ

hầu và u tuyến yên. Tỷ lệ cắt hết u và cắt gần hết u 62/65 (95,3%), cắt bán phần khối u 2/65 (3,1%) và cắt một phần u (1,5%). U nhỏ nhất 1,23cm và u lớn nhất 6cm (Hình 1). Không có biến chứng hay tai biến nặng, không tử vong. Một số biến chứng ghi nhận như rối loạn điện giải, rối loạn nội tiết, nhiễm trùng vết thương, viêm xương, viêm màng não, dập não. Không có trường hợp nào bị liệt, chảy máu sau mổ phải mổ lại. 2 bệnh nhân phải phẫu thuật lần 2 (1trường hợp cắt một phần u và 1 trường hợp nạo viêm xương). Phẫu tích xử lý khối u qua lỗ mở nắp sọ hoàn toàn có thể bảo tồn tối đa cấu trúc lành xung quanh như tuyến yên, cuống tuyến yên (Hình 2), dây thần kinh thị giác, động mạch...



Hình 1. Khối u màng não lớn 6cm tăng trước nền sọ (trái) được cắt bỏ hoàn toàn bằng đường mổ mở nắp sọ lỗ khoá (phải)



Hình 2. Khối u màng não hố yên (trái) được cắt bỏ hoàn toàn và bảo tồn tuyến yên lành (phải).

Cả 3 trường hợp cắt bán phần và cắt một phần khối u ghi nhận khối u lớn hơn 2,5cm, u xâm lấn xoang hang và bọc động mạch A1. Trong khi mổ, phẫu thuật viên vén thùy trán, sau đó não dập và phù. Dập và phù não sẽ khiến trường mổ bị hẹp lại, cản trở ánh sáng và tầm nhìn, chúng ta sẽ rất khó phẫu tích để cắt khối u. Cả 3 bệnh nhân được mổ lại sau 3-6 tháng bằng đường mổ mở nắp sọ lỗ khoá trên cung mày (1 bệnh nhân) và mở nắp sọ rộng (2 bệnh nhân). Hai bệnh nhân được mổ lại với kỹ thuật mở nắp sọ rộng kinh điển có khối u đường kính 3,5 và 4,6 cm và cả hai trường hợp được cắt bỏ gần hoàn toàn khối u. Trường hợp mổ lại theo phương pháp mở lỗ khoá được chọc dẫn lưu nước não tủy ở lưng, não không phù và không phải vén thùy trán nhiều, khối u được cắt bỏ gần hoàn toàn. Khi khối u to, khó hút nước não tủy ở bể đáy trong khi mổ hoặc dự kiến khó, nên chọc dẫn lưu nước não tủy ở thất lưng L3-L4 sau khi gây mê.

Tỷ lệ cắt hết khối u 100% ở nhóm nang Rathke, u nang bì (epidermoid cyst), nang màng nhện. Bệnh nhân u nang màng nhện và nang bì chỉ định mổ vì u chèn ép giảm thị lực, đau đầu. 14 trường hợp u nang Rathke được chỉ định mổ do đau

đầu, nhìn mờ, rối loạn nội tiết. Kích thước nang Rathke nhỏ nhất 1,23cm và lớn nhất 3,5cm. Nang Rathke được chỉ định mổ khi chèn ép gây triệu chứng lâm sàng, ví dụ nhìn mờ, đau đầu nhiều, tăng dần, rối loạn nội tiết. Nang Rathke lớn hơn 1cm, có triệu chứng lâm sàng, chèn ép nên được phẫu thuật (3,4,5). Phần lớn phẫu thuật đem lại kết quả tốt. Phẫu thuật có thể thực hiện bằng đường mổ nội soi qua mũi xoang bướm hoặc mở nắp sọ. Chúng tôi lựa chọn đường mổ mở nắp sọ khi không thể mổ nội soi. Mức độ cắt u nang Rathke, nang nhện và nang bì dựa trên đánh giá kết quả trong mổ và chụp cộng hưởng từ sau mổ.

Mức độ cắt u màng não được đánh giá theo thang điểm Simpson. 22/33 (66,7%) u màng não được cắt hoàn toàn (Simpson I, II), và 8/33 (24,2%) cắt gần hết khối u. Số lượng bệnh nhân cắt hết u và gần hết u ở nhóm u màng não tăng trước nền sọ là 30/33 bệnh nhân (90,9%).

6/8 (75%) u tuyến yên được hết u, và 2/8 (25%) cắt gần hết u. Tỷ lệ cắt hết u và cắt gần hết u là 100%. Đối với u tuyến yên, nội soi qua mũi xoang bướm là sự lựa chọn tốt nhất, nhưng trong một số trường hợp, chúng ta không thể cắt u bằng đường mổ nội soi qua xoang bướm. U tuyến yên

xâm lấn sang bên và xâm lấn xoang tĩnh mạch hang khó hoặc không thể tiếp cận, cắt u bằng đường nội soi qua mũi xoang bướm sẽ được chỉ định mổ bằng đường mổ mở nắp sọ. Chúng tôi lựa chọn đường mổ lỗ khoá trên cung mày đối với những trường hợp u phát triển sang bên nhiều, không quá lớn (dưới 5cm). Zhang M Z và cộng sự thực hiện phẫu thuật lỗ khoá trên cung mày 54 bệnh nhân u tăng trước nền sọ: 19 trong số đó là u tuyến yên. Tỷ lệ cắt hết u là 4/19 (21,1%), cắt gần hết u 14/19 (73,7%) và 1 trường hợp cắt một phần khối u (5,6,7,12).

Tỷ lệ cắt hết u và gần hết u ở nhóm u sọ hầu là 5/8 (62,5%). Grewal M R và cộng sự khi phân tích gộp 1366 trường hợp u sọ hầu: phẫu thuật cắt hết u là 722 (52,8%). Nhóm tác giả cũng ghi nhận tỷ lệ tái phát ở nhóm cắt u sọ hầu không hết u là $50,6 \pm 22,1\%$ cao hơn tỷ lệ tái phát ở nhóm cắt hết u $20,2 \pm 13,5\%$. Cũng trong nghiên cứu 1366 bệnh nhân u sọ hầu, nhóm tác giả ghi nhận tỷ lệ tai biến, biến chứng, rối loạn nội tiết nặng hơn sau mổ ở nhóm u sọ hầu được cắt bỏ hoàn toàn khối u (8,9,10). Phẫu thuật u sọ hầu bằng đường mổ lỗ khoá dựa vào vị trí, kích thước và hướng phát triển của khối u (Hu W, Magill S T). Đối với u phát triển từ cuống tuyến yên, hoặc dưới đồi, nên mổ bằng đường mổ mở nắp sọ và không nên tiếp cận bằng đường mổ nội soi qua xoang bướm vì tuyến yên lành nằm sát hố yên.

Tai biến trong mổ ghi nhận ở 10 bệnh nhân bao gồm dập não nhỏ vùng trán khi vén, tổn thương tĩnh mạch vùng trán, động mạch vùng trán. Tai biến nặng gặp ở 3 trường hợp là tổn thương dây khứu giác (2 bệnh nhân) và tổn thương giao thoa thị giác (1 bệnh nhân). Hai trường hợp tổn thương dây khứu giác ở bệnh nhân u màng não khá lớn, kích thước >3cm. Khi vén thùy trán và phẫu tích khối u có thể làm tổn thương dây thần kinh khứu giác. Tổn thương giao thoa thị giác là biến chứng nặng nhưng không liên quan tới đường mổ. Trường hợp này khối

u màng não khá lớn, chèn ép mỏng giao thoa thị giác và khi phẫu tích làm tổn thương một phần trước giao thoa.

Chúng tôi ghi nhận 13/65 (20%) trường hợp biến chứng. Không có biến chứng nặng như liệt, tử vong, chảy máu sau mổ. Trong đó rối loạn nội tiết gặp ở 9 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 69,2% các trường hợp biến chứng). Phẫu thuật vùng hố yên, dưới đồi, cuống tuyến yên dễ gây các biến chứng rối loạn nội tiết. Đái nhạt là biến chứng rất hay gặp sau phẫu thuật u sọ hầu, nang Rathke, u tuyến yên. 75% sau mổ u sọ hầu bị biến chứng, chủ yếu là đái nhạt và suy tuyến yên. 14,4% u nang Rathke biến chứng sau mổ, phần lớn là suy tuyến yên và 12,5% u tuyến yên biến chứng sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ u sọ hầu cao nhất, cao hơn tỷ lệ biến chứng sau mổ các loại u khác, với $p < 0,01$. Tuy nhiên, những biến chứng này không liên quan tới đường mổ lỗ khoá. Z M Robinow và cộng sự phân tích gộp 8241 bệnh nhân ghi nhận biến chứng $26,7 \pm 25,7\%$; trong đó tử vong liên quan tới đường mổ là $1,3 \pm 2,8\%$.

Kết quả khám lại sau 1 tháng ghi nhận kết quả tốt. 10/65 bệnh nhân biểu hiện suy tuyến yên như đái nhạt, mệt mỏi, ăn uống giảm và ngủ kém. Sau 1 năm chỉ còn 3 BN cần điều trị. Kết quả thẩm mỹ ghi nhận 52/58 (89,7%) vết mổ đẹp và 4/58 (6,9%) vết mổ chấp nhận được. Đánh giá kết quả thẩm mỹ, chúng tôi sử dụng thang điểm Vancouver Scar Scale. Xếp loại đẹp khi không nhìn thấy vết sẹo, vết mổ (10). Kết quả liền xương được ghi nhận ở 65 bệnh nhân. Xương liền tốt ở 52/58 (89,7%). Mức độ liền xương được đánh giá tại thời điểm 1 năm sau mổ dựa trên quan sát vết mổ lõm hay không, phẳng hay không và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, x quang. Một số trường hợp lõm chủ yếu do lỗ khoan sọ, không có trường hợp nào thấy khe mở nắp sọ. Trường hợp viêm xương sọ được phẫu thuật nạo xương viêm, bảo tồn được mảnh xương nhưng lõm.

Đánh giá kết quả xa bằng thang điểm Glasgow Outcome Scale và thang điểm Karnofsky. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong, sống thực vật hay di chứng liệt nửa người. Tỷ lệ hồi phục hoàn toàn 81%. Số lượng bệnh nhân di chứng nhẹ như đau đầu, đái nhạt, than phiền về bệnh 15,5%. Nhưng 57/58 bệnh nhân (98,3%) người bệnh hồi phục hoàn toàn, hoạt động bình thường, lao động bình thường. 1 bệnh nhân duy nhất cần cố gắng trong sinh hoạt nhưng không cần bất cứ sự hỗ trợ nào.

4. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt u tăng trước nền sọ bằng vi phẫu thuật mở nắp sọ lỗ khoá trên cung mà là phẫu thuật hiệu quả, tỷ lệ cắt hết u và gần hết u rất cao. Tỷ lệ tai biến và biến chứng, di chứng thấp. Không có biến chứng nặng, di chứng nặng hay tử vong. Kỹ thuật này có thể áp dụng với nhiều loại u tăng trước nền sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ormond D R and Hadjipanayis C G (2013), The supraorbital keyhole craniotomy through an eyebrow incision: its origins and evolution, Minim invasive surg, ID 296469. Published online 2013 jul 10. doi: [10.1155/2013/296469](https://doi.org/10.1155/2013/296469)
2. Nangarwal B et al (2022), Anterior skull base meningioma: surgical approach and complication avoidance, J Neurol Surg B Skull Base, DOI.10.1055/a-1733-9320.
3. Peng Y et al (2016), The supraorbital keyhole approach to the suprasellar and supra-intrasellar Rathke cleft cyst under pure endoscopic visualization, World Neurosurg, 92, 120-125.
4. Fan M et al (2013), Individualized surgical strategies for Rathke cleft cyst based on cyst location, J Neurosurg, 119, 6, 1437-1446
5. Patankar A et al (2022), An entirely suprasellar Rathke's cleft cyst: a rare case report with review of literature, Egyptian Journal of Neurosurgery, 37, 21, 1-10
6. Grewal M R et al (2020), Gross total versus subtotal surgical resection in the management of craniopharyngioma, Allergy and Rhinology, Volume 11: 1-6. Journals.sagepub.com/home/aar. DOI: 10.1177/2152567-2096-4158
7. Mortazavi M et al (2016), Planum sphenoidale and tuberculum sellae meningiomas: operative nuances of a modern surgical technique with outcome and proposal of a new classification system, Worl Neurosurg, 86, 270-286.
8. King J A J et al (2016), Craniopharyngioma, Chapter 135, Neurosurgery, Springer Edition, 15-25.
9. Sekhar L N et al (2019), Planum/tuberculum sellae meningioma, Endoscopic and keyhole cranial base surgery, Springer Edition, 223-249.
10. Reisch R et al (2015), The supraorbital keyhole approach: how i do it? Acta Neurochir, 157, 979-983.

SUMMARY**EVALUATION OF MICROSURGERY RESULTS OF EYEBROW KEYHOLE
APPROACH FOR ANTERIOR CRANIAL BASE TUMORS****Nguyen Trong Dien, Dong Van He**¹Quang Ninh Department of Health, ²Viet Duc University Hospital

Objective: Evaluation of microsurgery results of eyebrow keyhole approach for anterior cranial base tumors. **Methods:** An interventional study based on 65 patients with anterior cranial base tumors. All patients were diagnosed and treated at Viet Duc Hospital from 1/2017 to 12/2020. Patients are selected with the following criteria: the investigator directly examines, reads computed tomography and magnetic resonance, participates in surgery and post-operative treatment, follow-up and postoperative evaluation with postoperative magnetic resonance imaging. **Results:** A total of 65 patients were treated, including 49 females and 16 males. There were 33 cases of meningioma, 14 Rathke cysts, 8 pituitary tumors, 8 craniopharyngiomas, 1 arachnoid cyst and 1 dermoid cyst. The youngest age was 5 and the highest was 76. History of previous tumor treatment in 8 patients (6 surgery and 2 radiosurgery) and history of chronic disease in 32.3%. The duration from first symptoms to surgery ranges from 1-10 years. The most common symptoms were headache (96.9%), blurred vision (67.7%), hemianopia in the left eye (43.1%) and hemianopia in the right eye (41.5%). All patients underwent magnetic resonance imaging, 51 patients with tumor size $\leq 3\text{cm}$; and 14 cases $>3\text{cm}$. The largest tumor is 6cm and the smallest is 1.23cm. Pathological results: 33 meningiomas, 14 Rathke cysts, 8 pituitary tumors, 8 craniopharyngiomas, 1 arachnoid cyst and 1 dermoid cyst. Gross total resection 73.8%; subtotal 21.5%; partial 0.3% and biopsy 0.1%. One case of tumor recurrence after 1 year, 1 osteomyelitis, 1 wound infection. Postoperative hypopituitarism 9 patients, 6 patients after 6 months and 3 patients after 12 months. Assessment according to the Vancouver Scar Scale: excellent 89.7%; good 6.9%; moderate 1.7% and minimum 1.7%. The results of bone healing were good and moderate in 96.6% and poor healing in 3.4%. Results after 1 year: 81% fully recovered, 15.5% symptomatic such as headache, diabetes insipidus. No death, no serious sequelae and 98.3% of patients returned to normal labor activities. **Conclusion:** The eyebrow keyhole approach is an effective surgery, the rate of gross total resection and subtotal resection is over 90% for all types of tumors. The rate of complications, morbidity and mortality are low.

Key words: anterior skull base tumor, eyebrow keyhole surgery.