

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

U hốc mắt (UHM) là một bệnh lý hiếm gặp, theo Hội ung thư Hoa Kỳ thì tần suất mắc bệnh chỉ khoảng 1/100000 dân. Thuật ngữ UHM thường được nói đến những u tân sinh xuất hiện trong hốc mắt ngoại trừ nhãn cầu. Cho đến nay, điều trị bệnh lý này chủ yếu vẫn là phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật UHM có thể tóm lược gồm ba đường là: đường trực tiếp vào hốc mắt, đường qua sọ và đường mổ phối hợp giữa hai đường trên. Chọn lựa đường mổ UHM chủ yếu dựa trên vị trí, loại thương tổn, mức độ lan rộng của u cũng như mục đích của cuộc mổ. Trong đó yếu tố vị trí u chiếm vai trò quan trọng nhất. Tác giả Paluzzi đã đề xuất xem hốc mắt như mặt đồng hồ, mỗi vị trí u tương ứng với mỗi khoảng giờ sẽ có đường tiếp cận tương ứng. Những u liên quan đến thành trên hốc mắt- nội sọ, một phần ba sau hốc mắt và u của TKTG là những chỉ định cho đường mổ qua sọ.

Phương pháp phẫu thuật qua sọ điều trị u hốc mắt lần đầu tiên được mô tả bởi tác giả Dandy năm 1922. Với những tiến bộ trong lĩnh vực vi phẫu thần kinh, đường mổ qua sọ ngày càng được cải tiến và nó vẫn chiếm vai trò quan trọng trong phẫu thuật UHM. Ở nước ta, nghiên cứu về UHM cũng đã được thực hiện. Tuy nhiên nhưng những nghiên cứu này mang tính tổng quan, phẫu thuật UHM trong thời kỳ chưa có kính vi phẫu nên kết quả còn hạn chế hoặc các nghiên cứu về đường mổ thành ngoài. Để đánh giá vai trò của phẫu thuật qua sọ trong điều trị UHM, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Điều trị u hốc mắt bằng phương pháp mổ vi phẫu qua sọ”** với các mục tiêu sau:

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày trong điều trị UHM.

2. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật vi phẫu qua sọ trong điều trị UHM.

2. Tính cấp thiết của đề tài

Thương tổn bệnh lý u hốc mắt rất đa dạng và nằm trong vùng giải phẫu chứa nhãn cầu với nhiều cấu trúc chức năng quan trọng. Hiện nay phẫu thuật UHM vẫn còn là một thách thức cho nhiều chuyên khoa liên quan như Ngoại Thần kinh, Mắt, Tai Mũi Họng và Phẫu thuật Hàm Mặt. Ở nước ta, cũng đã có những nghiên cứu về phẫu thuật u hốc mắt, nhưng phương pháp qua sọ trong phẫu thuật u hốc mắt vẫn chưa có công trình nghiên cứu đầy đủ về vấn đề này. Vì vậy nghiên cứu đã cho thấy được tính cấp thiết, ý nghĩa khoa học và thực tiễn.

3. Những đóng góp mới của luận án

Đây là một nghiên cứu khá chi tiết và đầy đủ về phương pháp vi phẫu thuật qua sọ trong điều trị u hốc mắt, làm phong phú thêm các phương pháp phẫu thuật u hốc mắt ở nước ta.

Nghiên cứu góp phần đánh giá hiệu quả của phương pháp vi phẫu thuật qua sọ trong điều trị UHM. Xác định được các yếu tố liên quan đến kết quả của vi phẫu thuật qua sọ trong điều trị UHM.

4. Bố cục của luận án

Bố cục của luận án hài hòa và cân đối. Luận án có 133 trang, được bố cục thành 3 phần và 4 chương gồm: Phần mở đầu và Mục tiêu nghiên cứu (2 trang), chương Tổng quan tài liệu (36 trang), chương Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (23 trang), chương Kết quả (29 trang), chương bàn luận (40 trang), phần Kết luận (2 trang) và Kiến nghị (1 trang). Luận án có 40 bảng, 14 biểu đồ, 33 hình, 116 tài liệu tham khảo với 10 tiếng Việt và 106 tài liệu nước

ngoài và 4 Phụ lục. Phụ lục danh sách bệnh nhân gồm 57 bệnh nhân có xác nhận của Phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Chợ Rẫy.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.8. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT U HỐC MẮT TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC

1.8.1. Trên thế giới

Ý tưởng tiếp cận UHM bằng đường mổ qua sọ được khởi xướng và thực hiện bởi Durante từ năm 1887 để mổ u sâu trong hốc mắt, tuy nhiên vấn đề vén thùy trán là một thách thức. Đến năm 1913, tác giả Frazier đã mở sọ trán ở bờ trên hốc mắt để phẫu thuật u tuyến yên mở ra cách tiếp cận hốc mắt qua sọ. Năm 1922, tác giả Dandy như là người đầu tiên đã đề xuất đường mổ sọ trán thái dương để vào hốc mắt. Sau đó vào năm 1941, Dandy đã báo cáo kinh nghiệm mở sọ trán thái dương-trần hốc mắt với bảo tồn xương cung mày trong điều trị phẫu thuật UHM.

Ngày nay, phương pháp phẫu thuật UHM có thể tóm lược thành 3 đường là: đường trực tiếp vào hốc mắt, đường qua sọ trần hốc mắt và đường mổ phối hợp giữa hai đường trên. Những u liên quan đến thành trên hốc mắt- nội sọ, một phần ba sau hốc mắt và u của thần kinh thị giác là những chỉ định cho đường mổ qua sọ. Với những tiến bộ trong lĩnh vực vi phẫu thần kinh, đường mổ qua sọ ngày càng được cải tiến và nó vẫn chiếm vai trò quan trọng trong phẫu thuật UHM và cùng tồn tại song song với các phương pháp phẫu thuật UHM khác.

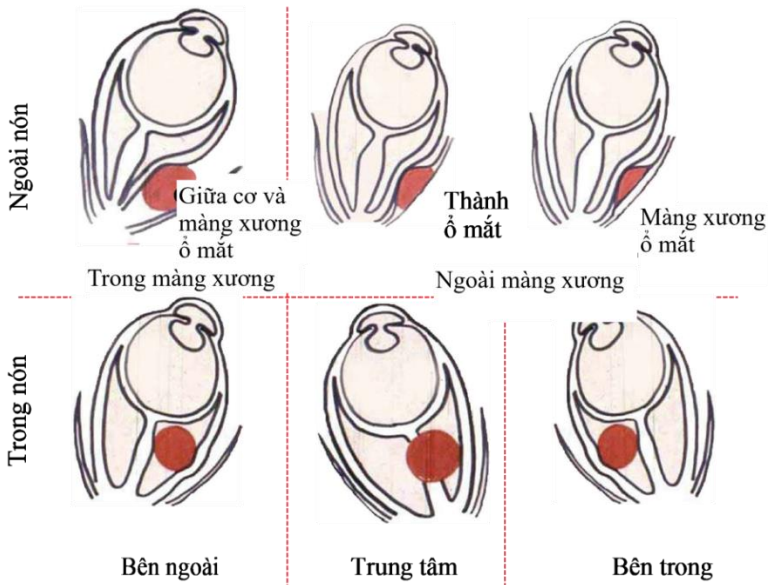
1.8.2. Trong nước

Trong nước cũng đã có vài nghiên cứu về UHM, nhưng nhìn chung những nghiên cứu này mang tính tổng quan như: nghiên cứu

của tác giả Nguyễn Phạm Trung Hiếu (năm 2005), tác giả Huỳnh Lê Phương và Nguyễn Thế Trúc (năm 2012); phẫu thuật UHM trong thời kỳ chưa có kính vi phẫu nên kết quả còn hạn chế như: nghiên cứu 247 trường hợp UHM ở Việt Nam từ năm 1958 đến năm 1993 của tác giả Lê Xuân Trung hoặc các nghiên cứu về đường mổ thành ngoài của tác giả Lê Minh Thông năm 2003 và của tác giả Huỳnh Lê Phương năm 2012. Năm 2016, tác giả đã hồi cứu 44 trường hợp UHM được mổ qua sọ bằng phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2013 đến năm 2016 bước đầu cho kết quả tốt, tuy nhiên có sự hạn chế thông tin cũng như theo dõi sau mổ. Phẫu thuật UHM bằng phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày cũng đã được thực hiện thường qui tại bệnh viện Chợ Rẫy, tuy nhiên cần có những công trình nghiên cứu để đánh giá vai trò của phương pháp này trong phẫu thuật UHM.

1.1. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU HỐC MẮT

Sàn sọ trước được ngăn cách với hốc mắt bởi trần hốc mắt của xương trán, ở chính giữa sàn sọ trước được ngăn cách với xoang mũi bởi mảnh sàng của xương sàng. Hồ sọ giữa thông nối với hốc mắt qua ống thần kinh thị giác và khe ổ mắt trên. Màng xương hốc mắt, sẽ phân chia tổn thương hốc mắt thành trong màng xương hốc mắt và ngoài màng xương hốc mắt. Bốn cơ thẳng tạo thành cấu trúc gọi là nón cơ. Nón cơ chia ổ mắt thành hai phần: trong nón và ngoài nón. Khoảng trong nón có thể chia nhỏ hơn theo tương quan với dây TKTG thành 3 phần: trong, trung tâm và ngoài (hình 1.7). Sự hiểu biết về tương quan giải phẫu này giúp phân loại tổn thương và tìm kiếm đường vào phẫu thuật phù hợp.



Hình 1.7. Phân chia vị trí tổn thương hốc mắt

Nguồn: Martins C. (2011)

1.2. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UHM

Chỉ định phẫu thuật UHM dựa vào lâm sàng có triệu chứng như: lồi mắt, đỏ mắt, đau mắt, giảm thị lực, khiếm khuyết thị trường, liệt vận nhãn... và MRI não có tương phản từ chẩn đoán là UHM.

Chọn lựa đường mổ trong phẫu thuật UHM tùy thuộc vào nhiều yếu tố như: vị trí u, mức độ lan rộng cũng như dự đoán loại mô học của u dựa vào hình ảnh. Ngày nay, phương pháp phẫu thuật qua sọ có thể tóm lược như sau:

Đường dưới trán

Chỉ định: U trong nón nằm trên TKTG, u tế bào đệm của TKTG.

Ưu điểm: Bộc lộ rõ

Nhược điểm: Vén não trán

Đường trán thái dương trong màng cứng

Chỉ định: U nằm ở khe ổ mắt trên, ống thị giác, đỉnh hốc mắt, u TKTG trong hốc mắt và nội sọ.

Ưu điểm: Bộc lộ rõ, vén não ít, xử lý tốt u trong màng cứng.

Nhược điểm: Phương pháp có thể gây tổn thương.

Đường trán thái dương ngoài màng cứng

Chỉ định: U trong nón, u đỉnh hốc mắt, u gần khe ổ mắt trên và dưới, u liên quan xoang hang.

Ưu điểm: Bộc lộ rõ, vén não ít.

Nhược điểm: Cần nắm vững chỉ tiết tiết giải phẫu hốc mắt.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca.

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.2.1. Dân số chọn mẫu

Tất cả các BN được chẩn đoán xác định UHM bằng kỹ thuật chụp MRI có tiêm thuốc tương phản từ và được phẫu thuật bằng phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2017 đến 09/2019.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được lựa chọn vào mẫu nghiên cứu khi có ký chấp thuận đồng ý tham gia nghiên cứu và đủ điều kiện sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UHM bằng kỹ thuật chụp MRI có tiêm thuốc tương phản từ. Vị trí u nằm ở hậu nhãn cầu, thành

trên, trên ngoài, thành trong hốc mắt, u xâm lấn nội sọ và u xuất phát từ TKTG.

- Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật lấy u bằng phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày và có kết quả giải phẫu bệnh lý là u tân sinh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ các trường hợp sau:

- Trẻ em dưới 5 tuổi vì khó đánh giá thị lực.
- Các u vùng 1/3 trước hốc mắt, u nằm ở thành dưới hốc mắt, u não xâm lấn vào hốc mắt (u màng não cánh bé xương bướm, u màng não rãnh khú, u màng não củ yên, u tuyến yên).

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 trong 33 tháng: Từ 01/01/2017 đến 30/09/2019. Thời gian theo dõi khi bắt đầu thu thập số liệu (01/2017) đến khi kết thúc thu thập số liệu (30/09/2019) thêm ít nhất 9 tháng theo dõi sau mổ (30/06/2020).

2.3.2. Địa điểm nghiên cứu

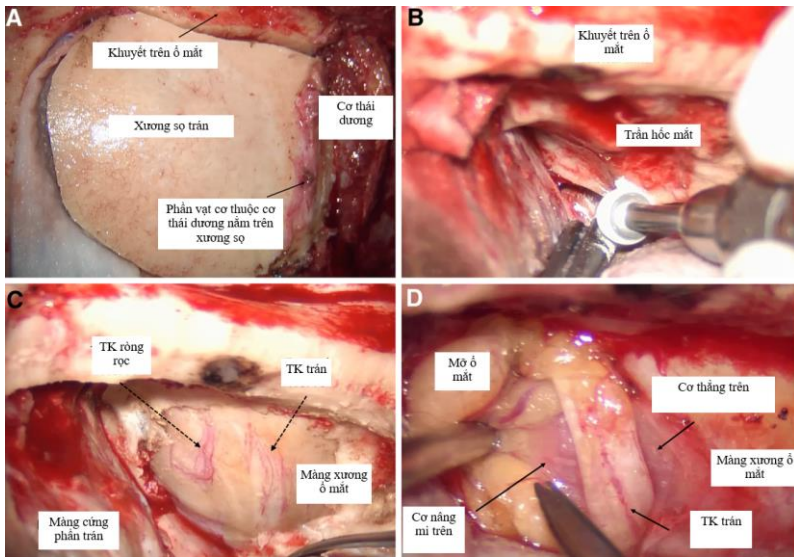
Tại khoa Ngoại Thần kinh, bệnh viện Chợ Rẫy.

2.4. CỖ MẪU CỦA NGHIÊN CỨU

Với thiết kế báo cáo hàng loạt ca kiểu mô tả dọc tiến cứu, chúng tôi lấy toàn bộ mẫu trong thời gian nghiên cứu. Có 57 trường hợp UHM nhập viện trong thời gian từ 01/01/2017 đến 30/09/2019 có chỉ định phẫu thuật, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, không có tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT VI PHẪU QUA SỌ TRONG ĐIỀU TRỊ UHM

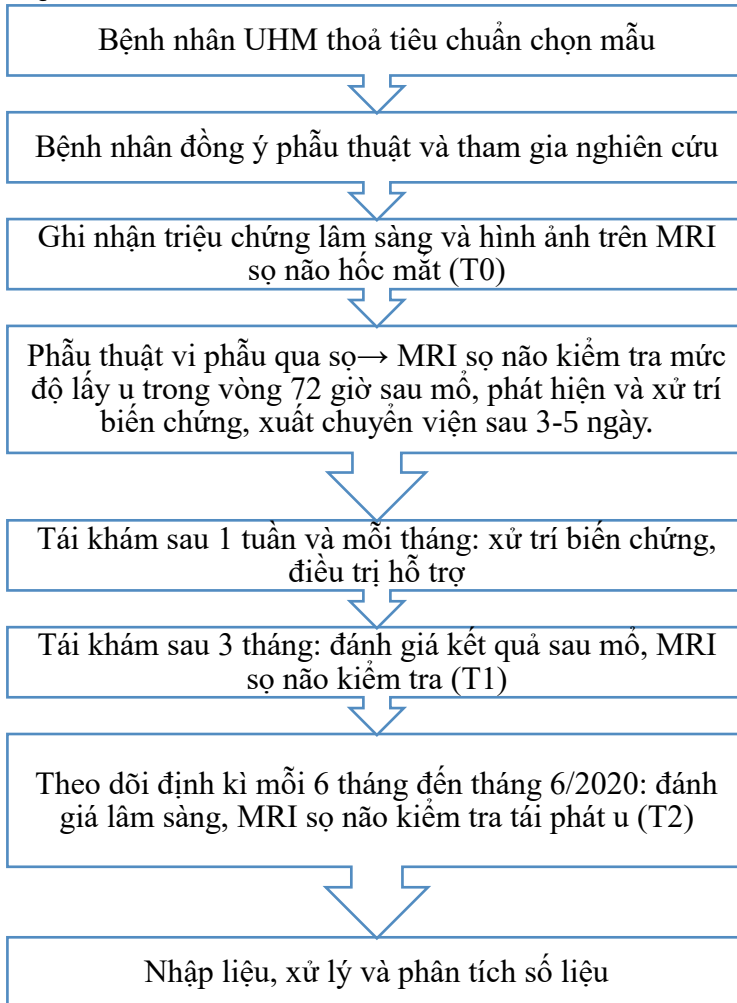
Phương pháp mổ vi phẫu mở sọ dưới trán hoặc trán - thái dương, mở trần hốc mắt bảo tồn cung mày. Tùy theo vị trí u liên quan với thần kinh thị giác mà có thể vào trần hốc mắt để lấy u theo 3 cách tiếp cận: kiểu trong (vén cơ nâng mi trên-thẳng trên ra ngoài), kiểu ngoài (vén cơ nâng mi trên-thẳng trên vào trong) và kiểu trung tâm (tách vào giữa 2 cơ trên) (hình 2.6).



Hình 2.6. Đường mổ sọ dưới trán bảo tồn cung mày
(A: Mở sọ trán 4 x4 cm. B,C: Mở trần hốc mắt bảo tồn cung mày. D: Mở màng xương hốc mắt bộc lộ thần kinh trán và nhóm cơ thành trên)

Nguồn: Troude L (2017)

2.6. QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU



2.7. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH DỮ LIỆU

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu sẽ được trình bày dưới dạng bảng phân phối và biểu đồ minh họa. Dùng

phép kiểm Chi bình phương, test chính xác Fisher so sánh các tỷ lệ, phép kiểm ANOVA, T test dùng kiểm định biến đường kính u với kết quả sau mô. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/01/2017 đến 30/09/2019 có 57 bệnh nhân UHM đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu cho kết quả như sau:

3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC CỦA UHM

3.1.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi trung bình của 27 nam (47,4%) và 30 nữ (52,6%) là $43,5 \pm 15,2$ tuổi (6- 72). Nhóm tuổi tập trung nhiều nhất là từ 40 – 59 tuổi, chiếm tỷ lệ 49,2%. Tỷ số giữa nam và nữ không có sự khác biệt (nam: nữ là 1: 1,1).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do nhập viện thường gặp nhất là lồi mắt (66,7%) và nhìn mờ (17,5%). Thời gian khởi phát bệnh đến nhập viện trung bình là $13,3 \pm 20,8$ tháng (2 tuần - 120 tháng), trung vị là 6 tháng. U xuất hiện ở mắt trái nhiều hơn mắt phải (54,5% so với 43,9%). Một trường hợp u tế bào Schwann hốc mắt hai bên và chúng tôi mổ bên mắt có khối u lớn, mắt còn lại có u nhỏ được theo dõi.

Các đặc điểm lâm sàng của UHM nổi bật nhất là lồi mắt và giảm thị lực. Lồi mắt là triệu chứng luôn luôn có trong 100% các trường hợp. Triệu chứng thường gặp thứ hai là ảnh hưởng thị lực chiếm tỷ lệ 68,4%. Triệu chứng tiếp theo là đau mắt chiếm 26,3% và hẹp thị trường là 17,5%. Soi đáy mắt ghi nhận có thương tổn đáy mắt gồm: 10 trường hợp teo gai thị (17,5%) và 6 trường hợp phù gai thị (10,5%). 5 trường hợp biểu hiện hội chứng đình hốc mắt, gặp trong 4

bệnh nhân u di căn hốc mắt và một bệnh nhân u mạch trong xương lớn. Các triệu chứng như: liệt vận nhãn, đau đầu ít gặp hơn.

Độ lớn nhỏ nhất là 2 mm và lớn nhất là 18 mm (trung bình: $8,35 \pm 3,78$). Bệnh nhân lớn mắt ít nhất là trường hợp u sợi thần kinh và trường hợp lớn nhiều nhất là 18mm trên bệnh nhân u màng não TKTG.

3.1.3. Đặc điểm hình ảnh học

Tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán bằng MRI sọ não hốc mắt có thuốc tương phản từ. Chúng tôi nhận thấy u trong nón và u ngoài nón chiếm tỉ lệ đồng đều nhau là 36,8% (21/57) và đỉnh hốc mắt 15/57 (26,4%). Đường kính lớn nhất của u đo được trên MRI trung bình là $37,6 \pm 12,8$ mm, u nhỏ nhất (18 mm) là u mạch dạng hang và lớn nhất (85 mm) là trường hợp u di căn hốc mắt. Phân bố vị trí của u trên MRI mặt phẳng trán, u được chia thành các vị trí trên, dưới, trong, ngoài khi lấy thần kinh thị giác làm trung tâm đối chiếu, kết quả được trình bày trong bảng 3.7 bên dưới.

Bảng 3.7. Vị trí của UHM trên mặt phẳng trán

Vị trí	Số ca (%)
Trên	16 (28)
Nguồn gốc từ TKTG	14 (24,6)
Trên trong	11 (19,3)
Trong	6 (10,5)
Toàn bộ hốc mắt	5 (8,8)
Trên ngoài	4 (7,0)
Dưới trong	1 (1,8)
Tổng số	57 (100)

Các u có nguồn gốc từ TKTG (24,6%) gồm 12 trường hợp u màng não TKTG và 2 trường hợp u tế bào đệm TKTG. Có 23/57 (40,4%) các u xâm lấn nội sọ và các xoang cạnh mũi.

3.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

3.2.1. Phương pháp phẫu thuật

Nghiên cứu đã áp dụng phương pháp mở sọ trán ngoài màng cứng bảo tồn cung mày cho 39 trường hợp (68,4%), đường trán thái dương ngoài màng cứng 16 trường hợp (28,1%). Có 2 trường hợp u của TKTG xâm lấn giao thoa, chúng tôi lấy u trong hốc mắt ngoài màng cứng đồng thời mở màng cứng để lấy phần u xâm lấn. Có 36/57 trường hợp u trong nón và trong ống thị giác, chúng tôi tiếp cận vào khoang trong nón theo kiểu đường ngoài gấp đôi kiểu tiếp cận đường trong. 6 trường hợp (10,5%) được tái tạo trần hốc mắt bằng lưới titan do khuyết trần hốc mắt rộng.

3.2.2. Mức độ lấy u

Tất cả bệnh nhân được kiểm tra mức độ lấy u dựa trên MRI sọ não hốc mắt có tương phản từ sau mổ, kết quả cho thấy tỷ lệ lấy hết u khá cao: 59,6% lấy toàn bộ u và 36,8% lấy gần hết u, lấy bán phần u là 3,5%.

3.2.3. Biến chứng phẫu thuật

Tất cả 17 biến chứng xảy ra trên 17 BN (29,8%) gồm 3 loại biến chứng. Biến chứng sau mổ thường gặp nhất là sụp mi, 16 trường hợp (28,1%), thị lực xấu sau mổ 7 trường hợp (12,3%). Trong đó, 6 trường hợp mất thị lực bên mắt có khối u, xảy ra trên những BN u có nguồn gốc từ TKTG. Cả 6 trường hợp đều có giảm thị lực nặng trước mổ và được phẫu thuật cắt bỏ TKTG cùng với lấy u. Một trường hợp giảm thị lực nặng sau mổ là biến chứng sau mổ u tế bào Schwann nằm sâu trong đỉnh hốc mắt. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ nông

vùng trán xảy ra trên một bệnh nhân u mạch máu hốc mắt, xuất hiện 10 ngày sau mổ được điều trị kháng sinh đường uống 6 tuần và khỏi.

3.2.4. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy UHM rất đa dạng. Hầu hết là u nguyên phát chiếm tỉ lệ 80,7% và 19,3% u thứ phát. U lành tính (79%) và ác tính là 21%. Giải phẫu bệnh của từng loại u được thể hiện trong bảng 3.11.

Bảng 3.11. Kết quả giải phẫu bệnh

Loại u	Số ca (%)
U màng não thần kinh thị giác	12 (21,1)
U tế bào Schwann	8 (14,0)
U mạch dạng hang	6 (10,5)
Carcinôm	6 (10,5)
U nhầy	5 (8,8)
Lymphôm	4 (7,0)
U sợi thần kinh	3 (5,3)
U màng não trần hốc mắt	3 (5,3)
U xương	2 (3,5)
U tế bào đệm thần kinh thị giác	2 (3,5)
U mạch máu không điển hình	2 (3,5)
Nang bì	1 (1,8)
Loạn sản sợi	1 (1,8)
Khác	2 (3,5)
Tổng	57 (100)

3.2.5. Theo dõi sau mổ

Trong mẫu nghiên cứu 57 bệnh nhân chúng tôi hẹn tái khám tại thời điểm 3 tháng sau mổ, thì có 4 bệnh nhân bị mất liên lạc, còn lại 53 bệnh nhân được theo dõi (chiếm tỷ lệ 93%) cho kết quả dưới đây.

3.2.6. Kết quả sau mổ

Đánh giá thị lực sau mổ tại thời điểm 3 tháng cho thấy nhóm có thị lực bình thường và nhóm thị lực cải thiện so với trước mổ chiếm 62,3%. Nhóm không cải thiện thị lực chiếm 24,5%, gồm những bệnh nhân biểu hiện giảm thị lực rất nặng hoặc mù mắt trước mổ vẫn không cải thiện sau mổ và 13,2% trường hợp thị lực sau mổ xấu hơn. Các trường hợp có thị lực xấu hơn này gồm: 6 bệnh nhân bị mù mắt do chúng tôi phẫu thuật cắt khối u cùng với TKTG trong các trường hợp u của dây TKTG có giảm thị lực trước mổ. Một bệnh nhân giảm thị lực từ 6/10 xuống bóng bàn tay xảy ra sau mổ u tế bào Schwann nằm sâu trong đỉnh hốc mắt.

Vấn đề sụp mi, chúng tôi ghi nhận 16 trường hợp sụp mi sau mổ đều được hồi phục ở thời điểm 3 tháng sau mổ. Tỷ lệ lỗi mất hồi phục rất cao: 75,4% hết lỗi mất hoàn toàn, 24,5% lỗi mất cải thiện một phần. Tình trạng lỗi mất cải thiện sau mổ rất rõ rệt thể hiện từ $8,55 \pm 3,65$ xuống còn $0,79 \pm 1,52$ (T test bất cặp: $p < 0.001$)

Để đánh giá kết quả phẫu thuật, chúng tôi dựa theo bảng đánh giá của tác giả Hejazi N thực hiện tại thời điểm 3 tháng sau mổ. Kết quả rất tốt và tốt chiếm hầu hết (84,9%), chỉ có 7 trường hợp (13,2%) đạt kết quả trung bình và một trường hợp (1,9%) cho kết quả xấu. Các trường hợp đạt kết quả trung bình này gồm: 6 trường hợp u có nguồn gốc từ TKTG có biểu hiện giảm thị lực trước mổ được lấy u không hoàn toàn cùng với cắt TKTG và 1 trường hợp carcinôm tế bào gai hốc mắt được lấy gần hết u, cải thiện độ lỗi mất nhưng hội chứng đỉnh hốc mắt trước mổ cải thiện ít.

3.2.7. Theo dõi tới thời điểm kết thúc nghiên cứu (30/06/2020)

57 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp bị mất liên lạc, do đó có 53 bệnh nhân được theo dõi đến thời điểm kết thúc nghiên cứu (30/06/2020), chiếm tỷ lệ 93%. Thời gian theo dõi ít nhất là 9 tháng và nhiều nhất là 40 tháng, trung bình là 24.01 ± 9.55 tháng (trung vị: 24 tháng). Chúng tôi ghi nhận kết quả như sau: 60,4% các trường hợp hết u, 35,8% u còn lại không tiến triển và 2 trường hợp (3,5%) u tái phát. Trong đó, 2 trường hợp u tái phát có chỉ định mổ lại là u nhầy và u sợi thần kinh xâm lấn xoang hang.

3.3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

3.3.1. Mối liên quan giữa đường kính u với mức độ lấy u

Khi khảo sát mối liên quan giữa đường kính u với mức độ lấy u, nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa đường kính u và mức độ lấy u (với $p = 0,295$).

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa đường kính u trung bình với mức độ lấy u

Đường kính u (mm)	Mức độ lấy u			
	Lấy toàn bộ u	Lấy gần hết u	Lấy u bán phần	Tổng
Số trường hợp	34	21	2	57
Nhỏ nhất (mm)	18	25	45	18
Lớn nhất (mm)	70	85	48	85
Trung bình (mm)	35,82	40,14	46,50	37,79
Độ lệch chuẩn	12,34	13,39	2,12	12,69
Trung vị (mm)	35	36	46,5	35

Phép kiểm Anova: $F=1,25$, $p=0,295 > 0,05$

3.3.2. Mối liên quan giữa vị trí u với kết quả sau mổ

Bảng 3.23. Mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với kết quả sau mổ

Vị trí u theo nón cơ	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
U trong nón	12 (60,0)	7 (35,0)	1 (5,0)	0	20
U ngoài nón	11 (57,9)	7 (36,8)	1 (5,3)	0	19
U đỉnh hốc mắt	1 (7,1)	7 50,0)	5 (35,7)	1 (7,1)	14
Tổng	24 (45,3)	21 (39,6)	7 (13,2)	1 (1,9)	53 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=16,73$, **p=0,011 < 0,05**

Qua phân tích bảng 3.23, chúng tôi cũng nhận thấy có mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với kết quả sau mổ. Những u nằm trong nón hay ngoài nón có kết quả rất tốt cao hơn so với những u trong đỉnh hốc mắt (phép kiểm chính xác Fisher với $p=0,011$). Cũng tương tự với vị trí u theo nón cơ, chúng tôi nhận thấy có mối tương quan giữa vị trí u có nguồn gốc từ TKTG với kết quả sau mổ. Những u không có nguồn gốc từ TKTG đạt kết quả sau mổ rất tốt cao hơn những u có nguồn gốc từ TKTG (với $p < 0.001$) (bảng 3.24).

Bảng 3.24. Mối liên quan giữa vị trí u có nguồn gốc từ TKTG với kết quả sau mổ

U có nguồn gốc từ TKTG	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
Nguồn gốc từ TKTG	0	7 (53,8)	6 (46,2)	0	13
Không có nguồn gốc từ TKTG	24 (60,0)	14 (35,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	40
Tổng	24 (45,3)	21 (39,6)	7 (13,2)	1 (1,9)	53 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=23,16$, $p<0,001$

3.3.3. Mối liên quan giữa loại u với kết quả sau mổ

Khi khảo sát mối liên quan giữa giải phẫu bệnh của từng loại UHM với mức độ lấy u và kết quả sau mổ, chúng tôi nhận thấy chưa có mối liên quan giữa giải phẫu bệnh của u với mức độ lấy u cũng như kết quả sau mổ (Phép kiểm chính xác Fisher với $p=0,063$ và $p=0,107$). Tuy nhiên, khi chúng tôi tách ra một số loại u để khảo sát riêng, kết quả cho thấy u màng não bao TKTG và u tế bào Schwann có ảnh hưởng đến kết quả sau mổ, với $p<0,05$.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 57 bệnh nhân UHM được điều trị vì phẫu qua sọ từ 1/1/2017 đến 30/09/2019, chúng tôi có một số bàn luận sau:

4.1. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

4.1.1. Phương pháp phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã áp dụng đường mổ mở sọ trán ngoài màng cứng cho 39 trường hợp, đường trán thái dương ngoài màng cứng 16 trường hợp (28.1%). Có hai trường hợp u của TKTG xâm lấn giao thoa chúng tôi phối hợp lấy u cả trong và ngoài màng cứng. Nhìn chung các tác giả chọn lựa những UHM được mổ qua sọ với đường trán thái dương và dưới trán. Những nghiên cứu gần đây ưu thế áp dụng đường mổ trên ổ mắt qua rạch da cung mày. Việc chọn lựa đường mổ UHM chủ yếu được dựa trên vị trí, loại thương tổn dựa vào chẩn đoán hình ảnh trước mổ, mức độ lan tỏa của u cũng như mục đích của cuộc mổ là gì (lấy trọn u hay sinh thiết).

Trong nghiên cứu của chúng tôi các UHM được mổ theo hai đường là dưới trán và trán thái dương. Tùy theo vị trí u mà chúng tôi mở sọ trán hoặc trán – thái dương. Đường dưới trán ngoài màng cứng được chúng tôi phẫu thuật cho các u của thành trên và thành trong một cách thuận lợi. So sánh với phương pháp lỗ khóa trên hốc mắt chúng tôi nhận thấy như sau: Phương pháp lỗ khóa trên hốc mắt mặc dù có sẹo nhỏ với đường rạch da cung mày, phẫu trường rộng do cắt cung mày. Tuy nhiên phương pháp này khó tiếp cận với u sâu trong đỉnh hốc mắt hay u xâm lấn sang bên. Biến chứng sau mổ là tê, dị cảm vùng trán một bên do tổn thương thần kinh trên ổ mắt và sẹo cung mày cũng là yếu tố cân nhắc. Mặc dù phương pháp qua sọ xâm lấn và mất nhiều thời gian hơn, đòi hỏi kỹ thuật hơn các phương pháp ngoài sọ vào hốc mắt nhưng nó cũng có những thuận lợi nhất định trong việc lấy u và kiểm soát cầm máu với những u nằm sâu hậu nhãn cầu, u liên quan nội sọ. Mặt khác, phương pháp này có thể đạt

được tính thẩm mỹ so với một số đường ngoài sọ vì sọ mổ được giấu sau chân tóc.

4.1.2. Mức độ lấy u

Dựa trên hình ảnh MRI sọ não hốc mắt có cản từ kiểm tra sau mổ trong vòng 72 giờ đầu, kết quả lấy u được chia thành 3 mức độ. Tỷ lệ lấy toàn bộ u và gần hết u lần lượt là 59.6% và 36.8%. Kết quả này cho thấy tỷ lệ lấy toàn bộ u trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, tuy nhiên còn thấp hơn các tác giả khác. Ngược lại tỷ lệ lấy gần hết u cao và tỷ lệ lấy bán phần u thấp, không có trường hợp nào sinh thiết u. Thực tế chúng tôi không chủ trương phẫu thuật bằng phương pháp vi phẫu qua sọ để sinh thiết u mà mục tiêu là lấy u hoàn toàn và gần hết u. Các trường hợp lấy gần hết u là những u của TKTG, u liên quan ống thị giác mà khi lấy u chúng tôi chủ động để lại nhằm tránh tổn thương thần kinh, mạch máu, cơ vận nhãn khi phẫu thuật vào ống thị giác. Vấn đề u còn sót lại với kích thước nhỏ được điều trị xạ trị, xạ phẫu hỗ trợ sau mổ cũng được ghi nhận trong một số nghiên cứu.

4.1.3. Kết quả sau mổ

Thật khó có bảng đánh giá kết quả phẫu thuật UHM một cách toàn diện, do mẫu nghiên cứu của chúng tôi có rất nhiều loại u, một số loại u lại có những cách điều trị chuyên biệt bên cạnh phẫu thuật nên việc đánh giá kết quả cũng khác nhau. Tuy nhiên, phần lớn các UHM có chung những triệu chứng và kết quả điều trị phẫu thuật, nên chúng tôi đã dựa theo bảng đánh giá kết quả phẫu thuật của tác giả Hejazi N thực hiện tại thời điểm 3 tháng sau mổ. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân được đánh giá kết quả rất tốt và tốt chiếm hầu hết (84,9%), chỉ có 7 trường hợp (13,2%) đạt kết quả trung bình và một trường hợp cho kết quả xấu. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hejazi N (91%) và cao hơn của tác giả Nguyễn Thế Trúc

(69,6%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Trúc với cỡ mẫu nhỏ hơn chúng tôi với 33 trường hợp UHM được mổ với bốn đường mổ khác nhau gồm: đường mổ qua sọ, đường thành ngoài, đường mổ qua kết mạc và đường trong với nhiều loại u với kết quả tốt và rất tốt là 69,6%. Trong khi đó 22 trường hợp UHM trong nghiên cứu của tác giả Hejazi N là u mạch máu dạng hang được mổ bằng đường qua kết mạc, còn nghiên cứu của chúng tôi với nhiều loại UHM được mổ bằng phương pháp qua sọ. Điều này có thể tạo nên sự khác biệt về kết quả phẫu thuật của chúng tôi với các tác giả khác. Nhìn chung kết quả phẫu thuật UHM bằng phương pháp mổ vi phẫu qua sọ trong nghiên cứu của chúng tôi đạt kết quả cao.

4.2. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

4.2.1. Mối liên quan giữa đường kính u với kết quả sau mổ

Theo y văn yếu tố kích thước u là một trong những yếu tố quan trọng khi xem xét phẫu thuật cũng như chọn lựa đường mổ trong phẫu thuật UHM. Trong một nghiên cứu 76 trường hợp u mạch máu dạng hang hốc mắt, tác giả Pedro C đã đưa ra kết luận kích thước u là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sau mổ. Tuy nhiên, theo báo cáo của tác giả Montano N và cộng sự năm 2018, với 70 trường hợp UHM được phẫu thuật với nhiều phương pháp khác nhau, ông ghi nhận không có sự khác biệt về kích thước u ở nhóm 2 cm và 3 cm với mức độ lấy u. Tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa tìm thấy sự liên quan giữa kích thước u và mức độ lấy u cũng như kết quả sau mổ. Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn hoặc có thể được giải thích rằng với sự tiến bộ của các phương tiện hình ảnh học trước mổ gợi ý loại u có khả năng lấy hết hay không, kết hợp với kỹ thuật vi phẫu hiện đại thì kích thước u lớn không phải là vấn đề quá thách

thức trong phẫu thuật u hốc mắt. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều loại giải phẫu bệnh UHM, mỗi loại u có tiên lượng khả năng lấy hết u và đạt kết quả khác nhau. Hơn nữa, trong phương pháp mổ vi phẫu qua sọ, các cấu trúc giải phẫu và đường vào hốc mắt được bộc lộ rộng, kích thước u đôi khi không phải là yếu tố quyết định cho mức độ lấy u.

4.2.2. Mối liên quan giữa vị trí u với kết quả sau mổ

Khi khảo sát mối tương quan giữa vị trí u với kết quả sau mổ, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ mắt với kết quả sau mổ ($p=0.011$). Những u nằm trong đỉnh hốc mắt khó lấy hết hơn so với những u ngoài nón và trong nón. Đặc biệt, khi khảo sát tương quan giữa những u có nguồn gốc từ TKTG với mức độ lấy u, chúng tôi nhận thấy có mối tương quan rõ rệt. Những u không có nguồn gốc từ TKTG khả năng lấy toàn bộ u cao hơn và kết quả sau mổ tốt hơn so với những u có nguồn gốc từ TKTG ($p<0,05$). Điều này cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu về UHM. Trong báo cáo 122 trường hợp UHM tác giả Markowski J đưa ra kết luận vị trí u là một trong những thông tin quan trọng trong quyết định cho chiến lược phẫu thuật và ảnh hưởng đến kết quả lấy u. Tương tự, một nghiên cứu 21 bệnh nhân UHM được mổ qua sọ, tác giả Jian T nhận thấy những u trong đỉnh hốc mắt dính vào các cấu trúc quan trọng trong hốc mắt khó lấy u hơn và nguy cơ chảy máu và tổn thương thị lực hơn. Trong một báo cáo 33 trường hợp UHM được mổ với phương pháp vi phẫu qua sọ tác giả Abuzayed B nhận định yếu tố quan trọng nhất quyết định việc lấy hết u và mức độ xâm lấn u vào TKTG. Điều này được thấy rõ nhất trong trường hợp u màng não bao TKTG và u tế bào đệm của TKTG. Đồng thời ông cũng nhấn mạnh yếu tố khác là sự xâm lấn của u vào các thần kinh khác và mạch máu

trong hốc mắt. Trong một nghiên cứu tổng quan về mất thị lực liên quan với phẫu thuật UHM, tác giả Kansakar P cũng đưa ra kết luận vị trí u là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật UHM. U có nguồn gốc từ TKTG, u xâm lấn TKTG, u trong đỉnh hốc mắt và u nằm ở vị trí trên trong thường khó lấy u và nguy cơ biến chứng cao nhất.

4.2.3. Mối liên quan giữa loại u với kết quả sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy một số loại u thường được lấy hết toàn bộ chiếm tỷ lệ cao gồm: u mạch dạng hang, u tế bào Schwann... Tuy nhiên, sự khác biệt giữa giải phẫu bệnh của từng loại u với mức độ lấy u và kết quả sau mổ chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,063$ và $0,107$). Điều này có thể được lý giải do số lượng của từng loại u trong cỡ mẫu chúng tôi chưa đủ lớn. Nhưng khi khảo sát riêng một số loại u, chúng tôi nhận thấy u tế bào Schwann có tỷ lệ lấy hết u và kết quả sau mổ rất tốt chiếm tỷ lệ cao. Ngược lại u màng não bao TKTG khó lấy hết toàn bộ u hơn và kết quả sau mổ kém hơn các u khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Đối với những u màng não bao TKTG, khi có chỉ định phẫu thuật thì tốt nhất là lấy toàn bộ u. Lấy bán phần u trong những trường hợp u dính vào các cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng, lan vào ống thị giác và giao thoa thị giác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những u của TKTG lan vào đỉnh hốc mắt thường được để lại một phần nhằm tránh thương tổn thần kinh mạch máu quan trọng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp u tế bào schwann (14%), trong đó có 6 trường hợp được phẫu thuật lấy toàn bộ u, 2 trường hợp lấy gần hết u và cho kết quả tốt, rất tốt chiếm tỷ lệ cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,017$. Theo y văn, u tế bào schwann là u lành tính, phát triển chậm, xuất phát từ tế bào

Schwann của thần kinh trong hốc mắt như thần kinh III, thần kinh IV, thần kinh VI cũng như nhánh trán của thần kinh V. U thường nằm trong nón nhiều hơn ngoài nón nhất là ở thành trên hốc mắt và có bao giới hạn rõ, điều này phù hợp cho chỉ định mổ bằng phương pháp vi phẫu qua sọ cũng như thuận lợi cho việc lấy toàn bộ u. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy loại thương tổn giải phẫu bệnh của UHM là một trong những yếu tố quan trọng cần xem xét trong điều trị phẫu thuật UHM, có ý nghĩa tiên lượng cho việc lấy toàn bộ u.

KẾT LUẬN

1. Kết quả của phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mào trong điều trị UHM

UHM trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $43,5 \pm 15,2$ tuổi (6-72), tỷ số nam: nữ là 1:1,1. Triệu chứng lồi mắt chiếm 100%, giảm thị lực chiếm 68,4%.

68,4% áp dụng phương pháp mở sọ trán ngoài màng cứng bảo tồn cung mào; 28,1% áp dụng đường trán thái dương ngoài màng cứng; 3,5% kết hợp phương pháp trong màng cứng và ngoài màng cứng.

Vị trí UHM được mổ vi phẫu qua sọ nhiều nhất là: u nằm ở thành trên hốc mắt (28%), u xuất phát từ TKTG (24,6%) và thành trên trong hốc mắt (19,3%).

Các UHM thường gặp là: u màng não TKTG (21,1%), u tế bào Schwann (14%), carcinôm và u mạch dạng hang cùng chiếm tỷ lệ 10,5%.

Tỷ lệ lấy toàn bộ u, gần hết u và lấy bán phần u lần lượt là 59,6%, 36,8% và 3,5%.

Biến chứng phẫu thuật: Sụp mí sau mổ 28,1% và tất cả đều hồi phục sau 3 tháng. Thị lực xấu sau mổ 12,3%, nhiễm trùng vết mổ 1,8%.

Kết quả sau mổ: Rất tốt và tốt là 84,9%, trung bình 13,2% và xấu là 1,9%.

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

Vị trí u là yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật UHM. Những u nằm trong đỉnh hốc mắt có yếu tố tiên lượng xấu hơn so với u ngoài nón hoặc trong nón ($p = 0,011$). Những u không có nguồn gốc từ TKTG có yếu tố tiên lượng tốt hơn những u có nguồn gốc từ TKTG ($p < 0,001$).

Chưa có mối liên quan rõ rệt giữa loại giải phẫu bệnh của u với kết quả phẫu thuật UHM. Trong đó u màng não bao TKTG có yếu tố tiên lượng xấu hơn các u khác ($p < 0,001$) và u tế bào Schwann có tiên lượng tốt sau mổ ($p = 0,017$).

KIẾN NGHỊ

Việc sử dụng kính vi phẫu trong điều trị phẫu thuật UHM nằm ở những vị trí thích hợp bằng phương pháp qua sọ đem lại hiệu quả cao, giảm thiểu biến chứng, góp một phần quan trọng trong lĩnh vực điều trị phẫu thuật loại bệnh lý này. Vì vậy, cần tiếp tục phát triển phương pháp vi phẫu qua sọ trong điều trị phẫu thuật các loại u hốc mắt nằm ở thành trên trong, u đỉnh hốc mắt, các u liên quan nội sọ và u của thần kinh thị giác ở các khoa, trung tâm phẫu thuật thần kinh.