

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT MỘT SỐ BỆNH LÝ SỢ NÃO THƯỜNG GẶP BẰNG ĐƯỜNG MỖ MINIPTERION

Nguyễn Quang Hưng¹, Lê Thị Chi Lan¹,
Nguyễn Hải Đăng¹, Tôn Nữ Thị Diễm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật mở sọ minipterion là một phương pháp tiếp cận xâm lấn tối thiểu để điều trị phình động mạch não tuần hoàn trước và các bệnh lý khác quanh cánh bé xương bướm. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã đánh giá lợi ích và giá trị của phương pháp phẫu thuật minipterion bằng cách phân tích kết quả ở 87 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp lỗ khóa pterion và xác định các bài học rút ra từ việc giải quyết các biến chứng khác nhau trong phương pháp này.

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu chúng tôi nhằm đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật bằng đường mỏ minipterion các trường hợp có các bệnh lý quanh cánh bé xương bướm như túi phình động mạch tuần hoàn trước, xuất huyết não hạch nền điển hình, u màng não cánh bé xương bướm 1/3 trong... tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu 87 bệnh nhân được phẫu thuật bằng đường mỏ minipterion từ tháng 06 năm 2022 đến tháng 08 năm 2023 trong đó có 20 (33,98%) trường hợp là máu tụ trong não tự phát; 66 (75,86%) trường hợp phình mạch trong đó có 28

(42,42%) trường hợp đã vỡ và 38 (57,57%) trường hợp phình phát hiện tình cờ chưa vỡ và 1 trường hợp (1,14%) là u màng não cánh bé xương bướm 1/3 trong.

Kết quả: Các biến chứng sớm sau phẫu thuật là 2 (2,29%) trường hợp nhiễm trùng sau phẫu thuật (1 trường hợp túi phình và 1 trường hợp máu tụ trong não) 2 (2,29%) bệnh nhân có suy giảm nhận thức do co thắt mạch và 2 (2,29%) giảm tri giác do xuất huyết não tại vùng kẹp túi phình, không có trường hợp nào bị máu tụ sau phẫu thuật. Theo dõi 1 tháng về biến chứng có 14 (16,09%) bệnh nhân bị teo cơ thái dương và 8 (9,19%) bệnh nhân còn đau thái dương khi ăn. Việc theo dõi sau phẫu thuật cũng chứng minh rằng 79 trong số 87 bệnh nhân (90,80%) có kết quả thuận lợi (điểm mRS 0–2) và 7 bệnh nhân (9,19%) có kết quả xấu (mRS từ 3–5). Có ba trường hợp tử vong (3,44%) liên quan đến co thắt mạch và phù não.

Kết luận: phẫu thuật qua đường mỏ minipterion cho khả năng phục hồi tốt sau mổ, thời gian mổ và lượng máu mất không đáng kể với tỉ lệ biến chứng do phẫu thuật chu phẫu thấp. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng phương pháp này cũng an toàn và hiệu quả để điều trị phình động mạch não tuần hoàn trước cũng như các bệnh lý khác quanh cánh bé xương.

Từ khóa: đường mỏ mini Pterion, phẫu thuật não ít xâm lấn, xuất huyết não hạch nền.

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hưng
ĐT: 0932868606

Email: quanghungyct@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/8/2023

Ngày phản biện khoa học: 15/9/2023

Ngày duyệt bài: 22/9/2023

SUMMARY**CLINICAL CHARACTERISTICS AND
EARLY RESULTS OF SURGICAL
MANAGEMENT FOR COMMON
NEUROLOGICAL PATHOLOGIES VIA
MINIPTERION APPROACH**

Background: minipterional or pterional keyhole craniotomy is a minimally invasive approach for the treatment of anterior circulation aneurysm and other pathologies around medial sphenoid wing. In this study, we evaluated the benefits and value of the minipterional approach by analyzing the results in 87 patients were surgically treated by the keyhole approach and identifying lessons learned from addressing various complications in this approach.

Materials and methods: a retrospective study in a single institution of 87 patients from June 2022 to Aug 2023 with 66 anterior circulation aneurysms, 20 basal ganglia ICH and 1 sphenoid wing meningioma who had the pterional keyhole approach between 2022.06 and 2023.08. The modified Rankin Scale (mRS) was used to measure 1 month results during follow up.

Results: All 87 patients, there are 66 (75,86%) aneurysm case with 28 (42,42%) cases are ruptured and 38 (57,57%) are incidentally unruptured aneurysm and 1 (1,14%) case of media sphenoid wing meningioma. The early postoperative complications were 2 (2,29%) cases of postoperative infection, 2 (2,29%) patients had some form of cognitive impairment due to vasospasm, 2 (2,29%) patients had decreasing consciousness due to brain contusion and no postoperative hematoma after surgery. The 1 month follow up complications were 14 (16,09%) patients had hypotrophy of temporal muscle and 8 (9,19%) patients still had temporal pain when eating. The follow up after surgery also demonstrated that 79 out of the 79 patients

(90,80%) had favorable outcomes (mRS score 0–2), and 7 (9,19%) had poor outcomes (mRS from 3–5). There were three deaths (3,44%).

Conclusion: The keyhole approach has a quick postoperative recovery, a mild postoperative response, with reducing operation time and blood loss also a favourable surgical outcome. Our findings indicate that the keyhole approach is a safe and effective surgical method for the treatment of anterior circulation aneurysm also other pathologies around medial sphenoid wing.

Keywords: mini pterion approaches, minimally invasive brain surgery, basal ganglia hematoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch não thường xảy ra đột ngột, diễn biến nhanh gây nên một bệnh cảnh lâm sàng thần kinh nặng nề, phức tạp nếu không điều trị kịp thời dẫn đến tử vong và di chứng cao. Nguyên tắc cơ bản trong điều trị phẫu thuật là kẹp clip qua cổ túi phình nhằm loại bỏ hoàn toàn túi phình ra khỏi vòng tuần hoàn, đảm bảo sự lưu thông của động mạch mẹ, các mạch bên, mạch xuyên và dòng chảy bàng hệ, chảy máu lại, cải thiện đáng kể di chứng và tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân (BN).

Xuất huyết não nguyên phát điển hình là xuất huyết tại các động mạch đầu vân vùng hạch nền do quá trình tăng huyết áp kéo dài gây ra thoái hóa vi thể của thành mạch, kèm theo sự lắng đọng vi tinh bột gây dày thành mạch làm hẹp lòng dẫn tới hình thành các vi phình mạch nhỏ trên thành mạch, tăng áp lực kéo dài gây vỡ các phình này tạo khối máu tụ gây phá hủy và chèn ép và trực tiếp mô não liền kề. Khối máu có thể tiếp tục to ra trong khoảng 38% các bệnh nhân trong vòng 24

giờ đầu. Khi khối máu đủ lớn sẽ gây chèn ép dẫn đến tăng áp lực nội sọ dẫn tới giảm tưới máu và thiếu máu não và thoát vị não nếu không được phẫu thuật kịp thời. Phẫu thuật mở sọ giải ép kinh điển được áp dụng từ rất lâu dù cho kết quả tốt nhưng cũng còn những hạn chế do các biến chứng liên quan đến mở sọ như nguy cơ máu tụ hồ mổ, tràn dịch não thất, hóp vùng mổ quá mức (trephination syndrome, sinking skin flap syndrome), viêm màng não... và nhất là bệnh nhân phải chịu thêm một cuộc mổ thứ 2 để ghép sọ lại nếu phải mở sọ để giải ép dự phòng. Gần đây, nhiều nghiên cứu mới được đồng thuận và được đề cập đến trong hướng dẫn đầu tay của hội tim mạch Mỹ về khuyến cáo lấy máu tụ bằng các phương pháp ít xâm lấn tỏ ra có lợi về mặt chức năng thần kinh sau mổ mà không cần phải mở sọ giải ép như thường quy.

Có nhiều đường tiếp cận khác cho các bệnh lý quanh vùng cánh bé xương bướm như đường mổ kinh điển pterional approach, đường mổ trán một bên hoặc question mark được sử dụng để tiếp cận khu vực này với đặc điểm dễ thực hiện, phẫu trường rộng, cho kết quả phẫu thuật tốt nên được áp dụng rộng rãi. Hạn chế của các đường mổ này là đường mổ lớn, thời gian mổ dài, bộc lộ rộng viền hốc mắt và có thể gây teo cơ thái dương hoặc nhai đau sau phẫu thuật... hoặc một số trường hợp phải gửi sọ sau mổ để điều trị tăng áp lực nội sọ theo thói quen. Cùng với sự phát triển của dụng cụ phẫu thuật và kỹ năng vi phẫu cho phép các phẫu thuật viên thần kinh sử dụng đường mổ nhỏ hơn để tiếp cận điều trị các tổn thương phình mạch máu não ở vòng tuần hoàn trước hoặc lấy máu tụ trong

não ít xâm lấn qua trường mổ xuyên thùy đảo như kinh điển. Đường mổ minipterion là một trong những đường có thể đáp ứng được những yêu cầu này.

Trên thế giới, đường mổ này đã được nhiều trung tâm áp dụng để điều trị phình động mạch vòng tuần hoàn trước cho thấy có hiệu quả. Tuy nhiên, việc ứng dụng đường mổ này trong phẫu thuật các trường hợp xuất huyết não tự phát thì vẫn chưa nhiều. Tại Bệnh viện Quốc tế SIS, bước đầu chúng tôi triển khai đường mổ này với kết quả ban đầu thực hiện với 87 ca sau mổ cho kết quả lâm sàng tốt và tỉ lệ biến chứng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Báo cáo 87 trường hợp bệnh nhân có các bệnh lý quanh cánh bé xương bướm như túi phình động mạch tuần hoàn trước, xuất huyết não hạch nền điển hình, u màng não cánh bé xương bướm 1/3 trong ... điều trị Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ qua 2 đường tiếp cận xâm lấn tối thiểu là minipterion từ tháng 06 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN được chẩn đoán bằng lâm sàng và hình ảnh học xác định có các bệnh lý quanh cánh bé xương bướm như túi phình động mạch tuần hoàn trước, xuất huyết não hạch nền điển hình, u màng não cánh bé xương bướm 1/3 trong ... và được điều trị bằng phẫu thuật với đường mổ mini pterion

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: bệnh nhân có túi phình được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch, xuất huyết não hạch nền tự phát được điều trị nội khoa hoặc có chỉ định mở sọ giải ép

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu loạt ca
 - Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu
- Cỡ mẫu: 87 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS và Excel

- Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (thông tin bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật), đánh giá kết quả sau điều trị qua lâm sàng và hình ảnh chụp CT dựng hình mạch máu não sau mổ và thang điểm mRS sau 1 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 87 bệnh nhân với 66 trường hợp có túi phình động

mạch tuần hoàn trước, 20 xuất huyết não hạch nền điển hình, 1 u màng não cánh bé xương bướm 1/3 trong...

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Tỉ lệ bệnh nhân nam gấp nhiều hơn nữ (56/31), với tuổi trung bình là $54,87 \pm 13,88$ tuổi. Có 20 (33,98%) trường hợp là máu tụ trong não tự phát; 66 (75,86%) trường hợp phình mạch và tất cả đều là phình động mạch cổ rộng nguy cơ cao với can thiệp nội mạch trong đó có 28 (42,42%) trường hợp đã vỡ và 38 (57,57%) trường hợp phình phát hiện tình cờ chưa vỡ và 1 trường hợp (1,14%) là u màng não cánh bé xương bướm 1/3 trong chèn ép dây II.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ ở nhóm phình động mạch não

Bảng 1. Phân bố theo phân độ Hunt - Hess

Độ Hunt - Hess	Bệnh nhân (n = 66)	Tỉ lệ (%)
Độ 1	42	63,6
Độ 2	12	18,2
Độ 3	6	9,1
Độ 4	2	3,1
Độ 5	0	0

Nhận xét: Nghiên cứu trên 66 bệnh nhân có 42 bệnh nhân Hunt – Hess độ 1 vì phát hiện tình cờ có triệu chứng đau đầu nhẹ tầm soát đột quỵ hoặc đau đầu nhập viện chiếm tỉ lệ 18,2%. Có 18 bệnh nhân nhập viện có độ Hunt – Hess độ 2 và độ 3 chiếm tỉ lệ 27,3%, có 2 bệnh nhân bệnh nhân vào viện triệu chứng nặng ở độ 4 chiếm tỉ lệ 3,1%.

Bảng 2. Phân bố theo phân độ Fisher

Độ Fisher	Số lượng (n = 66)	Tỉ lệ (%)
Độ I	33	50
Độ II	16	24,2
Độ III	11	16,7
Độ IV	6	9,1

Nhận xét: Nghiên cứu trên 42 bệnh nhân Fisher độ I,II có 3 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 64,45%. Fisher độ III có 6 bệnh nhân chiếm 9,09%; Fisher độ IV có 18 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 27,27%.

Bảng 3. Vị trí túi phình động mạch não trên CTA của 66 bệnh nhân

Bệnh nhân	Các đặc điểm của túi phình	Số lượng túi phình	%
1	MCA	41	55,4
2	ACom	19	25,7
3	ICA	3	4,1
4	ACA	1	1,4
5	AchA	2	2,7
6	PCom	8	10,8

Nhận xét: túi phình MCA cổ rộng đã vỡ hoặc chưa vỡ thường gặp nhất, sau đó đến túi phình Acom cổ rộng, nhiều thùy. Ở những bệnh nhân đa túi phình, số lượng túi phình nhiều nhất chúng tôi gặp phải là 4 túi phình (1 MCA vỡ, 1 Acom, 1 A1 đối bên và MCA đối bên). Những trường hợp đa túi phình trên DSA cần phải quan sát kỹ mới nhìn thấy các túi phình nhỏ vì phần lớn bị thu hút bởi các túi phình kích thước lớn ngay từ ban đầu.

Thời gian mở sọ trung bình 20,8 phút + 15,52 phút. Có sự tương đồng giữa thời gian mở sọ trong xuất huyết não tự phát và thời

gian mở sọ khi kẹp túi phình. Tuy nhiên có sự chênh lệch nhiều hơn khi cần cắt máu giương ở 2 trường hợp túi phình Pcom dạng phôi thai và 3 trường hợp túi phình ICA cạnh máu giương

Thời gian hoàn thành 1 trường hợp 1 túi phình trung bình là $105,25 \pm 25,71$ phút gần bằng thời gian phẫu thuật một trường hợp xuất huyết não thất tự phát.

Thời gian hoàn thành 1 trường hợp đa túi phình trung bình là $180,52 \pm 32,64$ phút.

Lượng máu mất trung bình $95\text{mL} \pm 22,5$ mL

Bảng 4. Đặc điểm CTA của bệnh nhân sau mổ

Kết quả	Số bệnh nhân (n = 67)	Tỷ lệ %
Còn tồn dư túi phình	0	0
Tắc mạch não (nhánh M2)	2	3
Co thắt mạch máu	3	4,6

Nhận xét: Trong 66 bệnh nhân của chúng tôi đều được chụp CTA kiểm tra sau mổ, trong đó ghi nhận không có trường hợp nào có biểu hiện bất thường về mạch máu não sau điều trị phẫu thuật.

Bảng 5. Phân bố các biến chứng thần kinh sau mổ túi phình

Thần kinh	Số bệnh nhân (n = 66)	Tỷ lệ %
Không dấu Thần kinh	58	87,9
Mất mùi	1	1,5
Nhìn mờ	1	1,5
Nhồi máu não - tử vong	2	3
Co thắt mạch	3	4,6
Nhiễm trùng	1	1,5

Nhận xét: Trong 66 bệnh nhân của chúng tôi ghi nhận biến chứng thần kinh sau mổ có 2 trường hợp mất ngôn ngữ do xuất huyết và co thắt mạch ở bán cầu ưu thế 6 trường hợp yếu nửa người do hẹp nhánh M2 do kẹp tạo hình khi túi phình xơ vữa nhiều,

do co thắt mạch và xuất huyết sau kẹp túi phình liên quan đến việc điều chỉnh clip nhiều trong mổ và 1 trường hợp nhìn mờ do clip túi phình động mạch cảnh trong chèn ép dây II.

Bảng 6. Đánh giá kết quả khi bệnh nhân xuất viện chung

Thần kinh	Số bệnh nhân (n = 87)	Tỷ lệ %
Tốt	59	67.8
Trung bình	24	27.5
Xấu	3	3,4

Nhận xét: 59 trong số 87 bệnh nhân (67.8%) có kết quả thuận lợi (điểm mRS 0–2) và 24 bệnh nhân (27.5%) có kết quả trung bình, kết quả này hầu hết phụ thuộc vào nhóm có xuất huyết não tự phát với mRS từ 3–4. Có ba trường hợp tử vong (3,4%) liên quan đến co thắt mạch và phù não.

Ngoài ra trường hợp phẫu thuật u màng não cánh bé xương bướm cho kết quả sau tái khám phụ hồi thị lực tiến triển tốt từ đếm ngón tay (+) ban đầu thành 7/10 do giải ép hiệu quả thần kinh II trong mổ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 87 bệnh nhân trong đó có nam gấp nhiều hơn nữ (56/31). Khác với những nghiên cứu của tác giả Võ Tấn Sơn (2012) và Đào Văn Nhân (2015), tỉ lệ nữ cao hơn nam. Lý giải có thể do nhóm nghiên cứu chúng tôi chọn cỡ mẫu ít và thường bệnh nhân đến sau khi đã được tư vấn can thiệp DSA trước nên mặt bệnh không nhiều [2], [3]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $54,87 \pm 13,88$ tuổi, tương đương với tuổi trung bình trong các nghiên cứu khác [2], [3].

Trong các nghiên cứu trước đây, các túi phình được nghiên cứu là các túi phình đã vỡ, trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là

túi phình được tình cờ phát hiện do bệnh nhân đau đầu, khám tầm soát và phát hiện nhờ máy MRI 3T. Thời gian mở sọ trung bình 20,8 phút + 15,52 phút, tương đối ngắn hơn so với nghiên cứu đường mổ trên hốc mắt của BS Đào Văn Nhân [2] vì không phải mất nhiều thời gian để mài trần ổ mắt.

Trong 66 bệnh nhân của chúng tôi đều được chụp CTA kiểm tra sau mổ, trong đó ghi nhận có 2 trường hợp mất ngôn ngữ do xuất huyết và co thắt mạch ở bán cầu ưu thế 6 trường hợp yếu nửa người do hẹp nhánh M2 do kẹp tạo hình khi túi phình xơ vữa nhiều, do co thắt mạch và xuất huyết sau kẹp túi phình liên quan đến việc điều chỉnh clip nhiều trong mổ và 1 trường hợp nhìn mờ do clip túi phình động mạch cảnh trong chèn ép dây II. Về mặt biến chứng, có sự khác biệt với các nghiên cứu khác có cỡ mẫu lớn hơn, tỉ lệ cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Hưng năm 2019 [1] do các bệnh nhân trong nhóm túi phình hoàn toàn là túi phình cổ rộng, nhiều thùy, kích thước lớn, xuất phát từ một nhánh động mạch với thành xơ vữa hoặc có vôi hóa nhiều.

Tỉ lệ sau khi xuất viện tốt ở nhóm túi phình chiếm 86.3% cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Hữu Hưng năm 2019 [1]

V. KẾT LUẬN

Đường mổ mini Pterion là đường mổ can thiệp tối thiểu hoàn toàn cho phép tiếp cận thấy rõ các cấu trúc của phức hợp vòng tuần hoàn trước, mang lại kết quả lâm sàng tốt và thẩm mỹ cao. Giảm được các biến chứng: teo cơ thái dương, thương tổn các nhánh thần kinh mặt... Giúp bệnh nhân sớm tái hòa nhập cộng đồng.

Bệnh nhân được phẫu thuật những trường hợp túi phình phát hiện tình cờ tốt hơn so với khi phẫu thuật những trường hợp túi phình bệnh nhân đã vỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Hưng và cs** (2019), Kết quả bước đầu vi phẫu thuật điều trị túi phình hệ động mạch cảnh trong đoạn trong sọ vỡ bằng đường mở sọ lỗ khóa, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 14(3), tr.42-48.
2. **Đào Văn Nhân và cs** (2015), Đường mổ trên hốc mắt điều trị túi phình động mạch não vòng tuần hoàn trước: 18 trường hợp, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 6(15), tr.255-259.
3. **Võ Tấn Sơn** (2012), Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật túi phình động mạch não giữa đã vỡ, Tạp chí Y học thực hành, 816(4), tr.77-80.
4. **Cha, K. C., Hong, S. C., & Kim, J. S.** (2012), Comparison between Lateral Supraorbital Approach and Pterional Approach in the Surgical Treatment of Unruptured Intracranial Aneurysms, Journal of Korean Neurosurgical Society, 51(6), p.334–337.
5. **Connolly.E.S, Mckhann.M.G, Huang. J, Choudhi.F.T** (2001), Cranial vascular procedures. Fundamentals of Operative Techniques in Neurosurgery, Thieme, p.300-356.

ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT KẾT HỢP HỆ THỐNG DẪN ĐƯỜNG U MÔ BÀO (LANGERHANS CELL HISTIOCYTOSIS) Ở NÃO

Phạm Ty¹

TÓM TẮT

Mục đích: LCH là một thương tổn do sự tăng sinh tế bào Langerhans, bệnh hiếm khi biểu hiện ở não, đặc biệt ở người lớn. Mặc dù cơ chế bệnh sinh và điều trị còn nhiều quan điểm chưa thống nhất, nhưng khi biểu hiện ở não dưới dạng khối u, thì việc điều trị lấy bỏ khối u là cần thiết. Chúng tôi trình bày một trường hợp biểu hiện thương tổn dạng u trong não của bệnh LCH, được phẫu thuật lấy bỏ thương tổn bằng kỹ thuật vi phẫu có kết hợp kỹ thuật phẫu thuật dẫn đường. Lâm sàng và điều trị được điểm lại qua y văn.

Phương pháp: Báo cáo ca bệnh

Kết quả: Bệnh nhân nam 57 tuổi khởi bệnh khoảng 2 tháng với đau đầu dai dẳng, ngày càng nặng dần, các triệu chứng lâm sàng thần kinh bình thường. MRI và CT scanner sọ não cho thấy hình ảnh thương tổn khối choáng chỗ vùng thái dương não phải. Bệnh nhân được phẫu thuật lấy bỏ u với sự hỗ trợ của vi phẫu và phẫu thuật dẫn đường. Khối u được lấy bỏ hoàn toàn. Kết quả hình ảnh giải phẫu bệnh lý cho thấy hình ảnh thương tổn đặc trưng của thương tổn u mô bào (Langerhans cell histiocytes). Sau mổ, bệnh nhân hết đau, triệu chứng lâm sàng thần kinh bình thường.

Kết luận: U mô bào biểu hiện ở não là một bệnh lý hiếm gặp. Không có biểu hiện lâm sàng đặt trưng để chẩn đoán bệnh. Chẩn đoán xác định bằng giải phẫu mô bệnh học.

Vi phẫu thuật là phương pháp cần thiết trong trường hợp bệnh lý LCH biểu hiện ở não dưới dạng khối choáng chỗ. Vi phẫu kết hợp phẫu thuật dẫn đường giúp lấy bỏ toàn bộ thương tổn đồng thời bảo vệ tối đa tổ chức lành.

Từ khóa: LCH, u não, phẫu thuật dẫn đường, vi phẫu thần kinh.

SUMMARY

MICROSURGICAL TREATMENT WITH NAVIGATION SYSTEM FOR THE LANGERHANS CELL HISTIOCYTOSIS IN BRAIN: CASE REPORT

Background and purpose: Langerhans cell histiocytosis (LCH) refer to a clonal, neoplastic expansion of langerhans cell. It is exceptional for LCH to present with brain involvement in adult. We report a case of Langerhans cell histiocytosis who underwent a surgical treatment

Method: case report

Results: a 57 year – old patient presents with headache which is progressive worse. His neurological presentation is intact. The head MRI shows intracerebral masse located in right temporal lobe. The patient underwent a microneurosurgical operation. The tumor was totally removed. The pathological examination revealed a histiocytosis with the presence of Langerhans cells. The patient totally recovers after surgery.

¹Trường Khoa PTTK Bệnh viện ĐK tỉnh Gia Lai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ty

ĐT: 0905135609

Email: phamty2006v@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 8/10/2023

Ngày phản biện khoa học: 20/10/2023

Ngày duyệt bài: 27/10/2023