ĐƯỜNG MỔ TRÊN HỐC MẮT ĐIỀU TRỊ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO VÒNG TUẦN HOÀN TRƯỚC: 18 TRƯỜNG HỢP

Đào Văn Nhân, Nguyễn Phúc Tài *, Đỗ Anh Vũ*, Lê Đức Thắng**

TÓM TẮT

Mục đích: *Có nhiều đường mổ khác nhau để điều trị túi phình động mạch não vòng tuần hoàn trước. Bước đầu, chúng tôi thực hiện đường mổ lỗ khóa bờ trên hốc mắt để tiếp cận loại túi phình này.*

Đối tượng và phương pháp: *Từ tháng 7/2014 – 7/2015, chúng tôi phẫu thuật 18 bệnh nhân túi phình động mạch não vòng tuần hoàn trước vỡ, tất cả các bệnh nhân này đều có hình ảnh chảy máu dưới nhện trên CT scanner, không có trường hợp nào chảy máu do vỡ dome trong quá trình phẫu thuật. Đánh giá kết quả theo GOS và DSA, CTA sau mổ.*

Kết quả: *Trong 18 bệnh nhân phình mạch não vỡ được phẫu thuật nam có 7 (39%) và nữ 11 (61%) trường hợp; Có 18 túi phình trong đó: 8 túi phình động mạch thông trước (44,4%), 5 túi phình động mạch cảnh đoạn thông sau (27,8%), 4 túi động mạch não giữa (22,2%) và 1 động mạch cảnh đoạn mỏm yên trước (5,6%). Có 1 trường hợp truyền 250 ml máu trong khi mổ và chưa có biến chứng liên quan đường mổ này. Kết quả sau phẫu thuật GOS 4: 5 trường hợp (27,8%); GOS 5: 12 trường hợp (66,6%); GOS 1: 1 trường hợp (5,6%). Tái khám sau 3 tháng GOS 4: 2 trường hợp (11,8%); GOS 5: 15 trường hợp (88,2%)*

Kết luận: *Đường mổ bờ trên hốc mắt hoàn toàn cho phép tiếp cận thấy rõ các cấu trúc của phức hợp vòng tuần hoàn trước. Ngoài ra, vết rạch da ngắn trong lông mày và bóc tách mô mềm cẩn thận dẫn đến một kết quả thẩm mỹ cao. Tuy nhiên, đòi hỏi phải có dụng cụ hổ trợ và kỹ năng của phẫu thuật viên.*

Từ khóa: *mở sọ trên hốc mắt, đường vào lỗ khóa, phình động mạch não vòng tuần hoàn trước.*

ABSTRACT

SUPRAORBITAL KEYHOLE APPROACH
FOR TREATMENT ANTERIOR CIRCULATION ANEURYSMS: WITH 18 CASES

Dao Van Nhan, Nguyen Phuc Tai, Do Anh Vu, Le Duc Thang

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 19 - No 6 - 2015: 255 - 259

Aim: *Many different conventional approaches treatment anterior circulation rupture aneurysms. Initially, we performed supraorbital keyhole approach for clipping of this aneurysms*

Material and methods: *From 7/2014 - 7/2015, we surgery 18 patients anterior circulation rupture aneurysms, all patients are images subarachnoid bleeding on CT sanner, no case any bleeding for ruptured dome during surgery. Evaluation results by GOS and postoperative DSA, CTA.*

Results: *In 18 patients with cerebral aneurysm rupture surgery 7 male and female 11 cases; Location aneurysms: AcomA 8 cases (44.4%), PcomA 5 cases (27.8%), MCA 4 case (22.2%), 1 case ICA of anterior clinoid segment (5.6%). One cases of blood transfusion 250ml in surgery and not complications related this approach. Results after surgery GOS 4: 5 cases (27.8%); GOS 5: 12 cases (66.6%); GOS 1: 1 case (5.6%). Re-examination after 3 months GOS 4: 2 cases (11.8%); GOS 5: 15 cases (88.2%).*

Conclusion: *The supraorbital approach completely permits good visualization of all structures of the anterior circulation complex, good cosmetic results,. But for requires support instruments and microsurgical skills.*

* Khoa ngoại thần kinh và cột sống BVĐK tỉnh Bình Định

Tác giả liên lạc: Ths Bs Đào Văn Nhân, *ĐT*: 0903587795, *Email*: daovannhan2004@yahoo.com

***Key words**: Supraorbital craniotomy, Keyhole approach, Anterior cerebral aneurysms.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình mạch não vòng tuần hoàn trước chiếm 85- 95% trong đó: thông trước 30%, thông sau 25%, não giữa 20% và 5- 15% phình mạch vòng tuần hoàn sau.

Có nhiều đường mổ kinh điển khác nhau như: đường mổ trán- bướm- thái dương (pterional approach), đường mổ trán (frontal approach) được sử dụng để tiếp cận phình mạch não vòng tuần hoàn trước 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 dài, bộc lộ rộng viền hốc mắt và có thể gây teo cơ thái dương hoặc nhai đau sau phẫu thuật...

Trong những thập kỷ gần đây, 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. Một trong những đường tiếp cận xâm lấn tối thiểu là đường mở sọ trên hốc mắt (Supraorbital craniotomy).

Gần đây, trên thế giới đường mổ này đã được áp dụng rộng rãi để điều trị phình động mạch vòng tuần hoàn trước. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, bước đầu chúng tôi triển khai đường mổ này với những thuận lợi và khó khăn riêng. Tuy nhiên kết quả ban đầu đáng khích lệ.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng

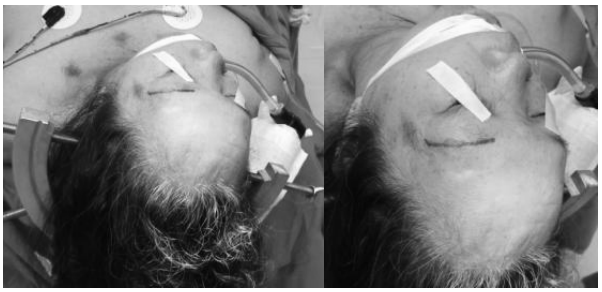
Từ tháng 7/2014 – 7/2015, chúng tôi phẫu thuật 18 bệnh nhân túi phình động mạch não vỡ của vòng tuần hoàn trước bằng đường mổ mở sọ trên hốc mắt, dữ liệu từng bệnh nhân được ghi lại cụ thể như: lâm sàng bệnh nhân trước phẫu thuật theo WFSN, phân loại hình ảnh chảy máu dưới nhện trên CT scanner theo Fisher, vị trí túi phình trên DSA, các biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian phẫu thuật cũng như số lượng máu truyền. Đánh giá kết quả theo GOS và DSA, CTA sau mổ.

Phương pháp

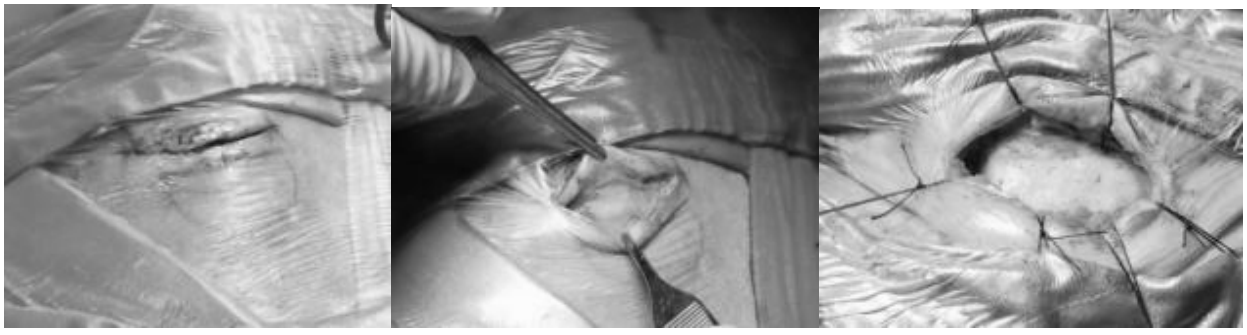
Kỹ thuật: các bước tiến hành

Bước 1: bệnh nhân nằm ngữa đầu cố định bằng khung Sugita xoay về phía đối diện 20 – 60^{o} tùy thuộc vị trí túi phình và ngữa ra sau 10^{o} (Hình 1).

Bước 2: rạch da 2/3 ngoài theo đường cung mày, cắt cơ trán song song với cơ vòng ổ mắt, cắt tách cơ thái dương bộc lộ xương sọ vùng trán-thái dương- nền (keyhole) (Hình 2).



Hình 1:



Hình 2:

Bước 3: dùng khoan cao tốc khoan sọ 1 lỗ tại vị trí xương trán- thái dương-nền, cắt xương sọ kích thước 1,5 x 3 cm (Hình 3).

Bước 4: bộc lộ màng cứng, dùng kéo cắt màng cứng hình vòng cung (Hình 4).

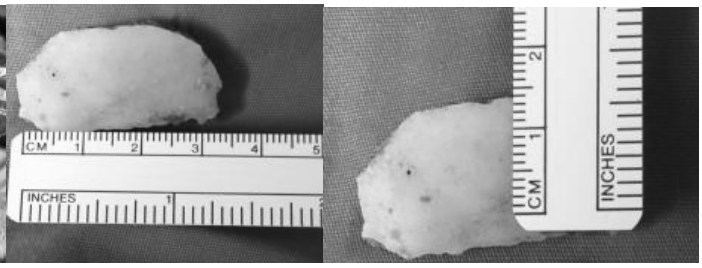
Bước 5: vén não dưới kính vi phẫu, phá bể cảnh-thị và hút dịch não tủy, bộc lộ dây thần kinh I, II và động mạch cảnh (Hình 5).

Bước 6: tùy thuộc vào vị trí túi phình mà bộc lộ cổ, túi, các nhánh xuyên và dùng clip kẹp cổ túi phình (Hình 6).

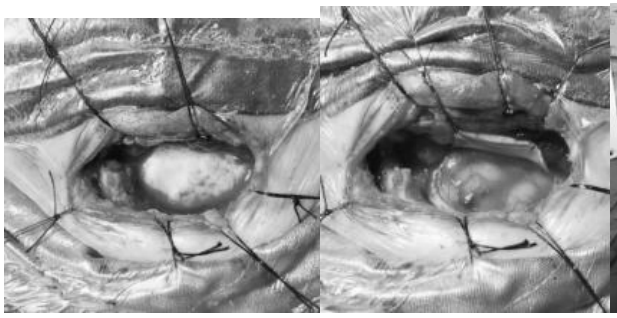
Bước 7: vá lại màng cứng bằng chỉ prolen 6.0 và cố định xương sọ bằng nẹp (Hình 7).

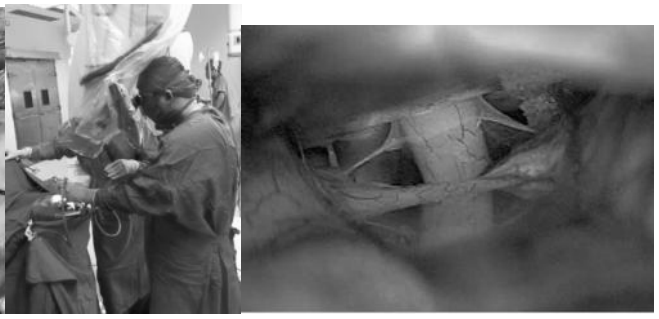
Bước 8: khâu vết mổ 2 lớp bằng chỉ vicryl 4.0: lớp cơ vòng ổ mắt và lớp dưới da (Hình 8).

Hình 3

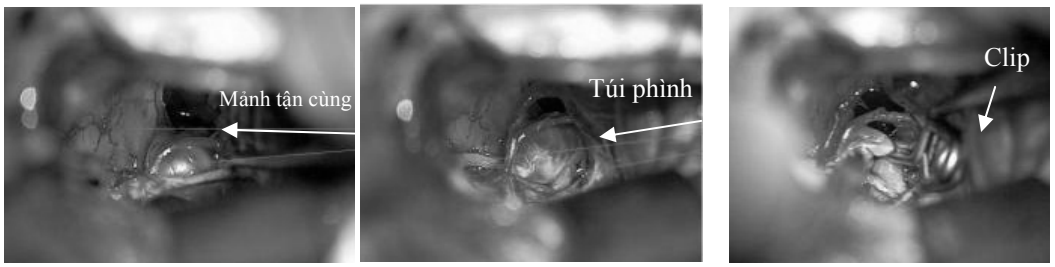


Hình 4

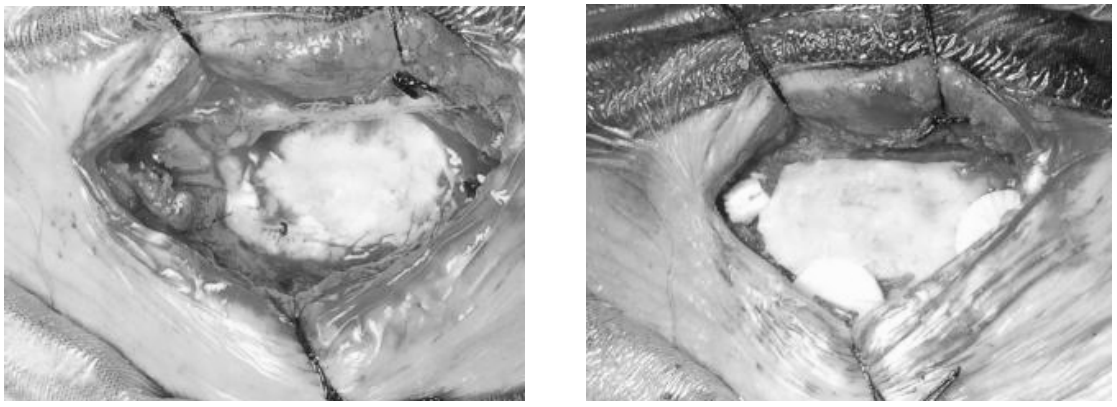




Hình 5



Hình 6



Hình 7:

Hình 8:

KẾT QUẢ

Bảng 1: *Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh*

BN	Giới	Tuổi	WFSN	Fisher	Vị trí túi phình
1	Nữ	54	2	3	AcomA
2	Nam	46	2	3	AcomA
3	Nữ	65	1	2	PcomA
4	Nam	43	2	2	AcomA
5	Nam	52	1	2	MCA
6	Nữ	48	1	1	MCA
7	Nữ	60	1	2	AcomA
8	Nữ	47	2	3	PcomA
9	Nữ	46	1	2	AcomA
10	Nam	74	1	2	PcomA
11	Nữ	57	2	2	ICA
12	Nam	63	2	3	PcomA
13	Nữ	65	2	2	MCA
14	Nữ	49	1	3	AcomA
15	Nữ	51	1	2	MCA
16	Nam	45	1	3	AcomA
17	Nữ	32	2	2	PcomA
18	Nam	69	1	2	MCA

Bảng 2: *Kết quả sau mổ*

BN	Thời gian PT (phút)	Máu mất	Truyền máu (ml)	GOS	Biến chứng	DSA sau mổ	CTA
1	245	90	0	4	Không	Kẹp hết cổ	
2	190	60	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
3	140	150	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
4	180	70	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
5	150	50	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
6	165	80	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
7	210	60	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
8	120	50	0	4	Không	Tồn dư	
9	130	70	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
10	120	200	250	1	Nhồi máu não		
11	135	80	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
12	110	100	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
13	100	70	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
14	120	90	0	4	Không	Kẹp hết cổ	
15	100	60	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
16	130	70	0	5	Không	Kẹp hết cổ	
17	120	80	0	5	Không		Kẹp hết cổ
18	110	80	0	5	Không	Kẹp hết cổ	

BÀN LUẬN

Qua bảng 1 và 2, trong 18 bệnh nhân phình mạch não vỡ được phẫu thuật qua đường mổ trên hốc mắt, nam có 7 và nữ 11 trường hợp; tuổi bệnh nhân thường gặp trong độ tuổi lao động thấp nhất 32 và cao nhất 74, tuổi trung bình 53,67 ± 10,6. Có 18 túi phình trong đó: 8 túi phình động mạch thông trước (44,4%), 5 túi phình động mạch cảnh đoạn thông sau (27,8%), 4 túi động mạch não giữa (22,2%) và 1 động mạch cảnh đoạn mỏm yên trước (5,6%). Thời gian phẫu thuật dài nhất là 245 phút và ngắn nhất 100 phút, trung bình 143,06 ± 40,15 phút. Lượng máu mất trung bình trong qúa trình phẫu thuật 83,89 ± 36,8 ml. Có 1 trường hợp truyền 250 ml máu trong khi mổ và tất cả các trường hợp không có các biến chứng trong mổ, cũng như biến chứng liên quan đường mổ này. 16 trường hợp chụp DSA kiểm tra sau mổ 1 tuần và 1 trường hợp chụp CTA sau 1 tháng, 1 trường hợp tử vong sau mổ 3 ngày do nhồi máu não cả bán cầu, một trường hợp túi phình động mạch thông sau còn

tồn dư cổ túi phình. Kết quả sau phẫu thuật GOS 4: 5 trường hợp (27,8%); GOS 5: 12 trường hợp (66,6%); GOS 1: 1 trường hợp (5,6%). Tái khám sau 3 tháng GOS 4: 2 trường hợp (11,8%); GOS 5: 15 trường hợp (88,2%).

Nguyên tắc chung của vi phẫu thuật kẹp túi phình mạch não là làm thế nào để tắc hoàn toàn túi phình trong khi đó vẫn bảo tồn được động mạch mang túi phình, các nhánh và những động mạch xuyên. Ngoài ra còn đảm bảo các yếu tố về thẩm mỹ, chức năng cơ thái dương.

Từ tháng 7/2014- 7/2015, chúng tôi tiến hành phẫu thuật qua đường mổ trên hốc mắt cho 18 trường hợp vỡ túi phình động mạch não của vòng tuần hoàn trước. Tuy số lượng bệnh nhân chưa nhiều, nhưng qua đó chúng tôi nhận thấy với đường mổ này có những thuận lợi và khó khăn như sau 1. Thuận lợi: đường rạch da nhỏ theo đường bờ ngoài cung mày dài khoảng 3- 3.5 cm không làm tổn thương các nhánh động mạch thái dương nông, cũng như các nhánh của dây thần kinh mặt, sau đó khoan và cắt sọ bằng máy cao tốc. Kích thước mở sọ 2,5- 3 x 1,5 cm. Cách tiếp cận vào thương tổn của đường mổ này cũng gần tương tự đường Pterional do đó rất quen thuộc đối với các phẫu thuật viên thần kinh 2. Khó khăn: vì diện tích mở sọ nhỏ, do đó đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật phình mạch não, ngoài ra các dụng cụ vi phẫu mạch máu não và hình thái clip phải đa dạng phù hợp với hướng cũng như cổ túi phình.

KẾT LUẬN

Đường mổ trên hốc mắt 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. Tránh được các biến chứng: teo cơ thái dương, thương tổn các nhánh thần kinh mặt... Giúp bệnh nhân sớm tái hòa nhập cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Altay T. (2012), The Frontotemporal (Pterional) Approach: An Historical Perspective, Neurosurgery 71:481–492.
2. Fischer G. Stadie A. (2011), The Keyhole Concept in Aneurysm Surgery: Results of the Past 20 Years, *Neurosurgery 68 [ONS Suppl 1]*, p: 45–51.
3. Ormond R (2013), The Supraorbital Keyhole Craniotomy through an Eyebrow Incision: Its O rigins and E volution, *Minimally Invasive Surgery*, P.1-11.
4. Perneczky A. (2008), Keyhole Approaches in Neurosurgery. *Wien, Germany: Springer*
5. Reisch R. (2005), Ten-year experience with the supraorbital subfrontal approach through an eyebrow skin incision, *Neurosurgery*, 57(4)(Suppl): 242-255.
6. Reisch R. (2009), The MinimallyInvasive Supraorbital Subfrontal Key-Hole Approach for Surgical Treatment of Temporomesial Lesions of the Dominant Hemisphere, *Minim Invas Neurosurg*; 52: 163 – 169.
7. Salma A. (2011), Lateral Supraorbital Approach vs Pterional Approach: An Anatomic Qualitative and Quantitative Evaluation, *Neurosurgery 68 [Suppl 2]*:364–372.
8. Tang C. et al (2013), Supraorbital Keyhole Approach for Anterior Circulation Aneurysms, *Turkish Neurosurgery*, Vol: 23, No: 4, 434-438.

Ngày nhận bài báo: 5/11/2015

Ngày phản biện nhận xét bài báo : 10/11/2015

Ngày bài báo được đăng: 05/12/2015