

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA XOANG BƯỚM ĐIỀU TRỊ U TUYẾN YÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Kiều Đình Hùng¹, Cao Minh Thành¹, Nguyễn Tiến Hùng¹, Trần Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến yên bằng nội soi qua xoang bướm tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu 71 trường hợp u tuyến yên được phẫu thuật bằng nội soi qua xoang bướm từ tháng 8/2010 đến tháng 8/2015. Kíp phẫu thuật gồm PTV Tai Mũi Họng và PTV Thần kinh. Đánh giá về tuổi, giới, tiền sử mổ, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả sớm của phẫu thuật, giải phẫu bệnh.

Kết quả: Trong 71 trường hợp (16-18) nam/nữ là 1: 1,37, tuổi trung bình là 46 tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu 88,7%, giảm thị lực 60,6%, tiết sữa 25,4%, vô kinh 19,7%. Xét nghiệm nội tiết tuyến yên: u không tăng tiết (54,9%), u tăng tiết prolactin (32,4%), u tăng tiết GH (7%), u tăng tiết ACTH (4,3%). 48 CLVT trong đó tỷ lệ hố yên giãn rộng là 70,8%. Chụp MRI: u có kích thước nhỏ hơn 10mm (17%), u từ 10-40mm (70,3%), u > 40mm (12,7%). Có 76% u giảm hoặc đồng tín hiệu trên T1W. Trên T2W tín hiệu cao chiếm (66,2%). Có 22,5% u xâm lấn xoang hang và 5,6% u gây giãn não thất. 56/71 ca có sử dụng Navigation (chiếm 78,9%). Nội soi qua 2 mũi 54/71 ca chiếm 76,1%.

Thời gian phẫu thuật trung bình: 2h15 phút. Biến chứng chảy máu: 6 ca. Chảy dịch não tủy có 8 ca được chạm mở bụng sau mổ không chảy dịch. Có 2 bệnh nhân phải mổ lại cầm máu (2,8%). Sau 3 ngày đầu bệnh nhân đã có thể trạng tốt, đi lại được. 88,9% bệnh nhân cải thiện triệu chứng đau đầu và 81,4% bệnh nhân cải thiện về thị lực. Sau 1-3 tháng khám lại (56/71 bệnh nhân), tất cả bệnh nhân có giảm triệu chứng đau đầu, 80,3% bệnh nhân cải thiện về thị lực. Có 7/14 bệnh nhân có hành kinh trở lại sau 1 thời gian dài vô kinh.

Chụp lại MRI trong 3 tháng đầu có 88,6% hết u hoặc kích thước u nhỏ hơn đáng kể. Xét nghiệm lại nội tiết hầu hết bình thường hoặc cải thiện. Thời gian nằm viện trung bình là 6 ngày. Trong 66 mẫu giải phẫu bệnh thu thập được phần lớn là u tế bào kỵ màu chiếm 52,1%. Còn lại là u tế bào ưa acid và u hỗn hợp đều chiếm 38%. U tế bào ưa bazơ chiếm tỷ lệ thấp 9,9%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi u tuyến yên cho kết quả tốt, an toàn.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi xoang bướm.

ABSTRACT

ASSESSMENT RESULTS OF ENDOSCOPY THROUGH SPHENOID SINUS FOR TREATMENT PITUITARY TUMOR AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Kieu Dinh Hung, Cao Minh Thanh, Nguyen Tien Hung, Tran Quang Trung

Objective: To evaluate the surgical results of adenomas with endoscopy through sphenoid sinus at Hanoi Medical University hospital.

Research Methodology: retrospective study 71 pituitary tumors were treated by endoscopy through

1. Đại học Y Hà Nội

- Ngày nhận bài (Received): 14/11/2015; Ngày phản biện (Revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Nguyễn Văn Hỷ
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Vũ
- Email: nguyenvucotsong@gmail.com; ĐT:

the sphenoid sinus from 8/ 2010 to 8/2015. Surgical team, including: surgeons of ENT and neurology. Evaluation of age, sex, history of surgery, clinical, laboratory, early results of surgical pathology were done.

Results: In 71 cases: male and female ratio is 1:1,37. The average age is 46 years old (16- 68). Clinical symptoms are the most common headache 88.7 %, 60.6 % amblyopia, 25.4 % more milk, infertility, amenorrhea 19.7 %. Pituitary endocrine tests :not increase secretion (54.9%), increased prolactin tumors (32.4 %), increased of GH tumors (7 %), increased secretion of ACTH tumors (4.3 %). 48 CT scan which pits yen widening rate is 70.8%. MRI : tumor size less than 10mm (17 %), tumors from 10 - 40mm (70.3%), tumors > 40 mm (12.7 %). There are 76% tumor down or the signal on T1-weighted images. On T2-weighted signal accounting (66.2%). There is 22.5 % invasive sinus cave and 5.6% vasodilation intraventricular tumors. 56/71 cases that use Navigation (78.9 %). 54/71 cases endoscopy through 2 nasal, 76.1%. Average operation time of about 2:15 minutes. Major complications of surgery are bleeding (150-250 ml) with 6 cases. CSF flows have 8 cases of deferred postoperative abdominal fat did not discharge. 2 post-operative bleeding need to operate, surgery to stop bleeding 2.8% . Almost 3 days after the patient was in good body condition, walk. 88,9% of patients improve headache symptoms and 81.4 % of patients improved vision. After 1-3 months of the examination (56/71), all patients had reduced headache symptoms, 80.3 % of patients improved vision. There are 7/14patients with menses return after long time periods of amenorrhea .

Take the first 3 months of MRI in 88,6 % of tumors and dimensions significantly smaller tumors. Endocrine testing the most normal or improved. General assessment of surgery : 76.2 % good results, 19 % on average, 4.8 % less. Average hospital stay was 6 days. In 66 pathological sample collected mostly hydrophobic cell tumors accounted for color 52.1%. The remaining tumor and tumor acidophilus cells are mixed up 38%. Base cells prefer low percentage of 9.9 %.

Conclusions: Laparoscopic surgery for pituitary adenomas good and safe results.

Key words: laparoscopy, sphenoid sinus, pituitary tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên chiếm 5-15% u nội sọ. Có 2 loại u tuyến yên là u tăng tiết và u không tăng tiết hormone. Chẩn đoán u dựa vào lâm sàng, xét nghiệm nội tiết và chẩn đoán hình ảnh (CHT và CLVT). Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật. Có 3 phương pháp phẫu thuật là mở nắp sọ, vi phẫu xoang bướm và phẫu thuật nội soi qua xoang bướm. Phẫu thuật nội soi u tuyến yên qua xoang bướm được Jankovski phẫu thuật viên người Pháp thực hiện lần đầu tiên vào năm 1992. Tại Việt Nam phẫu thuật nội soi tuyến yên bắt đầu từ năm 2008. Hiện nay phẫu thuật nội soi qua xoang bướm đang là sự lựa chọn ưu tiên của nhiều phẫu thuật viên thần kinh trong việc cắt bỏ khối u tuyến yên. Phẫu thuật này có nhiều ưu điểm đó là giảm tổn thương tổ chức, giảm chảy máu, cho ánh sáng quan sát tốt với nhiều góc độ của camera nội soi 0°, 30°, 45° điều này không có ở phương pháp mổ vi phẫu. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã triển khai phẫu thuật nội soi qua xoang bướm điều trị u vùng hố yên từ tháng 8/2010 trong đó đến tháng 8/2015 có 71 bệnh nhân u tuyến yên được phẫu thuật.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và

đánh giá kết quả phẫu thuật sớm u tuyến yên bằng phương pháp nội soi qua xoang bướm.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu 71 bệnh nhân u tuyến yên được phẫu thuật bằng nội soi qua xoang bướm thời gian từ tháng 8/2010 đến tháng 8/2015 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Các chỉ tiêu đánh giá gồm: Đặc điểm tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (xét nghiệm nội tiết, hình ảnh trên cộng hưởng từ và trên cắt lớp vi tính 64 dãy) và các kết quả sớm của phẫu thuật (tình trạng chảy máu, DNT, khả năng lấy u, thời gian phẫu thuật, cải thiện lâm sàng và xét nghiệm sau mổ.....)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Giới: Trong 71 bệnh nhân có 30 bệnh nhân nam (chiếm tỷ lệ 42,3%) và 41 bệnh nhân nữ (chiếm 57,7%). Tỷ lệ nam/ nữ là 1:1,37

Tuổi: Bệnh nhân có độ tuổi từ 16 đến 68 tuổi, tuổi trung bình mắc u tuyến yên là 46 tuổi.

Triệu chứng lâm sàng chính

Lâm sàng	n = 71	%
Đau đầu	63	88,7
Giảm thị lực	43	60,6
Tăng tiết sữa	18	25,4
Giảm tinh dịch	15	21,1
Vô kinh	14	19,7
Đái nhạt	2	2,8
To viễn cực	3	4,2
Hc Cushing	2	2,8

Nhận xét: Triệu chứng đau đầu và nhìn mờ chiếm đa số.

• Có 56 bệnh nhân được đo thị lực mắt trong đó 47/56 có giảm thị lực 1 hoặc 2 mắt. Có 16 bệnh nhân đo điện sinh lý thần kinh thị giác, kết quả có 12/16 trường hợp có giảm dẫn truyền thần kinh thị giác 1 hoặc 2 bên.

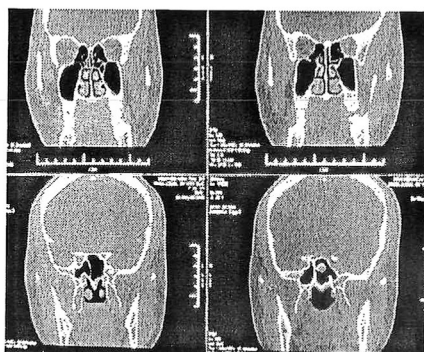
3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Xét nghiệm nội tiết tuyến yên

Xét nghiệm nội tiết	n	%
Tăng tiết Prolactin	23	32,4
Tăng tiết GH	5	7,0
Tăng ACTH	3	4,3
Tăng tiết TSH	1	1,4
Không tăng tiết	39	54,9
Tổng số	71	100

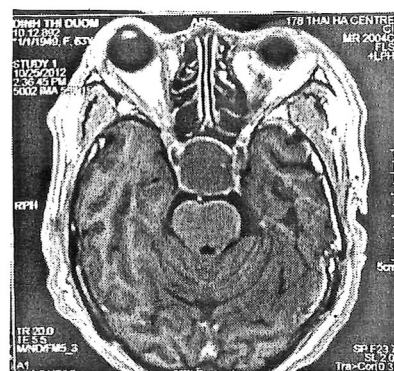
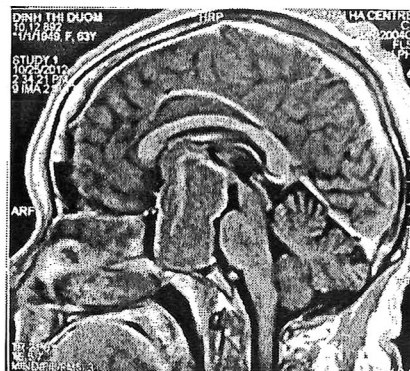
Đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính đa dãy (48 bệnh nhân)

Trong 48 ca chụp cắt lớp vi tính thì có 34 trường hợp (chiếm 70,8%) có hình ảnh hố yên giãn rộng về chiều ngang hay trước sau. Có 36 ca u có phát triển lên trên phá hủy mỏm yên (chiếm 75%). Có 23 trường hợp chiếm 47,8% số ca có phát triển xuống dưới ăn mòn sàn hố yên hoặc những trường hợp đã mở sẵn sàn hố yên ở lần mổ trước.



Đặc điểm u tuyến yên trên cộng hưởng từ

Có 12 bệnh nhân kích thước u < 10mm (microadenoma) chiếm 17% chủ yếu là u chế tiết mạnh. Còn lại là 83% bệnh nhân u kích thước lớn (macroadenoma), trong đó có 9bn chiếm 12,7% u kích thước khổng lồ > 40mm là u không tăng tiết.



Bệnh viện Trung ương Huế

Trên T1W đa số hình ảnh u tuyến yên là giảm hoặc đồng tín hiệu 54 trường hợp (chiếm 76%). Còn trên T2W có đến 47 bn (chiếm 66,2%) u có tăng tín hiệu và 28,2% là tín hiệu hỗn hợp. 100% u tuyến yên có ngấm thuốc đối quang trên phim cộng hưởng từ.

U xâm lấn lên trên chiếm hố yên chiếm 67,6%. Xâm lấn xuống dưới là 56,3%. Có 16 bệnh nhân u xâm lấn xoang hang và 4 bệnh nhân u gây giãn não thất.

3.3. Kết quả phẫu thuật u tuyến yên bằng phương pháp nội soi

Navigation được sử dụng ở phần lớn các ca phẫu thuật (56 ca chiếm 78,9%). Đường mổ qua 2 mũi được áp dụng nhiều ở 54 ca chiếm 76,1%. Trong mổ có 6 ca chảy máu nhiều khoảng 150-250ml. 3 ca lấy u trong xoang hang và 3 ca chảy máu từ u xơ dai nhiều mạch khó cầm máu. 8 ca chảy DNT được chám mỡ bụng vào hố yên.

Tính chất u phần lớn là u mềm dễ hút 55/71 trường hợp chiếm 77,5 %. Có những trường hợp u hỗn hợp các loại tổ chức khác nhau. Khả năng lấy hết u bằng quan sát trong hố yên các hướng là khá cao 46 ca chiếm 64,8% chủ yếu là u mềm dễ hút. Còn lại lấy được phần lớn là những u tổ chức hỗn hợp hoặc xâm lấn rộng. Có 7 trường hợp u dai nhiều mạch lấy khó. 1 ca khi mở sàn hố yên chảy máu nhiều không lấy được u. Thời gian phẫu thuật trung bình là 2h15 phút.

Biến chứng sau mổ là rất ít. Có 2 bệnh nhân sau mổ có chảy máu, 1 ca mổ lấy u xâm lấn nhiều trong xoang hang 2 bên. Các bệnh nhân này được nội soi cầm máu, sau đó ổn định. Có 2 ca chảy DNT sau mổ, được dùng thuốc giảm tiết dịch não tủy Dianox và chọc tháo DNT thất lưng sau 5-7 ngày hết chảy DNT. Hầu hết bệnh nhân ít đau mũi xoang sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình 6 ngày

Cải thiện triệu chứng sớm ngay sau mổ (7 ngày đầu)

Những ngày đầu sau mổ đa phần bệnh nhân có cải thiện rõ tình trạng đau đầu 56/63 trường hợp (88,9%) và giảm thị lực 35/43 (81,4%)

Cải thiện lâm sàng sau 1-3 tháng: Có 56 bệnh nhân khám lại trong 3 tháng đầu sau mổ. Những bệnh nhân này kết quả về lâm sàng được đánh giá

tốt. 100% bệnh nhân giảm đau đầu mà không phải dùng thuốc giảm đau. Thị lực cải thiện rõ 45/56 chiếm 80,3%. Bệnh nhân vô kinh đã có kinh trở lại 7/14 (50%) hay giảm tiết sữa 13/18 (72,2%).

Xét nghiệm nội tiết sau mổ

Trong 56 bệnh nhân có xét nghiệm lại nội tiết, với nhóm bệnh nhân u tăng tiết hầu hết có sự cải thiện về nội tiết. Còn lại các bệnh nhân u không tăng tiết thì xét nghiệm bình thường. Không có bệnh nhân suy tuyến yên.

Chụp lại CHT sau mổ

U bé hơn trước mổ và không còn u chiếm 88,8%, u không thay đổi chiếm 5,6%, u lớn hơn trước mổ 5,6%.

Kết quả giải phẫu bệnh:

Trong 66 mẫu giải phẫu bệnh thu thập được phần lớn là u tế bào kỵ màu chiếm 52,1%. Còn lại là u tế bào ưa acid và u hỗn hợp đều chiếm 38%. U tế bào ưa bazơ chiếm tỷ lệ thấp 9,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi và giới:

Trong 71 bệnh nhân được mổ có 30 nam và 41 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1:1,37. Tuổi từ 16 đến 68, tuổi trung bình là 46. Kết quả này cũng phù hợp với một số tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Phong và cộng sự tuổi trung bình 40,2 tuổi. Theo Nguyễn Thế Hùng (2006) nghiên cứu trên 93 bệnh nhân, tuổi trung bình là 40,5 tỷ lệ giữa 2 giới gần ngang bằng nhau (nam/nữ : 1/1,11). Theo Lý Ngọc Liên (2002), lứa tuổi của bệnh nhân từ 16– 61 tuổi, tuổi trung bình 40 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1/1,18. Theo Nguyễn Thanh Xuân trong 86 bệnh nhân được mổ có 42 nam và 44 nữ, tỷ lệ nam/nữ là tương đương nhau. Tuổi từ 17 đến 68, tuổi trung bình là 41,6.

4.2. Lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là triệu chứng đau đầu 88,7%, giảm thị lực 60,6%, tiết sữa 25,4%, rối loạn kinh nguyệt 19,7%.

Theo Hardy J (1989) : Hội chứng rối loạn thị giác 72%, đau đầu: 50%. Nghiên cứu của Cohen (1985): rối loạn thị giác 88%, đau đầu 47%. Nghiên cứu

của Lý Ngọc Liên (2002): triệu chứng giảm thị lực (92,8%), đau đầu (80,7%), vô kinh tiết sữa (42,5%). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Xuân (2007): giảm thị lực, khuyết thị trường, tổn thương gai thị gặp 72,1%, đau đầu: 52,3%, vô kinh, tiết sữa: 30,2%.

4.3. Cận lâm sàng

Xét nghiệm nội tiết

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gặp lần lượt là: u không tăng tiết (54,9%), u tăng tiết prolactin (32,4%), u tăng tiết GH (7,0%), u tăng tiết ACTH (4,3%).

Nghiên cứu của Lý Ngọc Liên (2002) tỷ lệ u không tăng tiết cao nhất (53%), u tăng tiết prolactin (28,9%). Nguyễn Thanh Xuân có kết quả là u không tăng tiết (41,9%), u tăng tiết prolactin (47,6%), u tăng tiết GH (9,3%), u tăng tiết ACTH (1,2%).

Hình ảnh CLVT đa dãy

Tất cả những hình ảnh trên cho thấy cắt lớp vi tính là rất cần thiết giúp phẫu thuật viên đánh giá tình trạng xương xoang bướm hay hố yên trước mổ để có kế hoạch mổ hợp lý an toàn hơn.

Ở trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều phim chụp chỉ đánh giá cửa sổ xương nên về tính chất u tuyến yên trên phim không được mô tả. Dù ưu điểm của CLVT là cho biết hình ảnh của xoang bướm và hố yên song lại không đánh giá được sự bất thường của động mạch cảnh, xoang hang cũng như vị trí liên quan các bình diện của u.

Hình ảnh trên CHT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u có kích thước nhỏ hơn 10mm (17%), u từ 10 - 40 mm (70,3%), u lớn hơn 40 mm (12,7%). U lớn trên 40 mm được coi là u khổng lồ chiếm tỷ lệ cao. Điều này chứng tỏ bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn chiếm tỷ lệ cao. Nghiên cứu của Nguyễn Phong trên 37 bệnh nhân mổ u tuyến yên đưa ra kích thước trung bình khi phẫu thuật là 34,4mm, không có u nào là u nhỏ tuyến yên [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Thế Hùng trên 93 bệnh nhân, u nhỏ tuyến yên (8,6%), u khổng lồ là 27,96%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Xuân, u có kích thước nhỏ hơn 10mm (10,5%), u từ 10- 40 mm (62,8%), u lớn hơn 40 mm (26,7%).

Nghiên cứu của Pietro Mortini tỷ lệ u nhỏ tuyến yên là 30,1%, u tuyến yên khổng lồ chiếm 5% trong tổng số phẫu thuật.

4.4. Kết quả phẫu thuật

• Tính chất u và khả năng lấy u:

Quan sát trong mổ tính chất u tuyến yên chúng tôi thấy: Có đến 78,4% trường hợp u mềm mủn màu xám dễ hút, 13,5% u xơ dai, 16,2% có hoại tử dịch trong u và 11% có chảy máu trong u. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Xuân (2007) có 82,6% u dễ lấy, 16,3% u xơ dai, 1,1% không lấy được u [12]. Khả năng lấy u phụ thuộc vào tính chất u và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Nhiều nhà nghiên cứu cho rằng u tăng tiết dễ lấy hơn u không tăng tiết. Với ánh sáng tốt, camera nhiều góc độ PTV có thể quan sát được nhiều phía khối u, từ đó có thể lấy u bằng ống hút và curret vòng đến hết ranh giới.

Những trường hợp u không quá lớn, tổ chức mềm sau khi mở màng cứng sẽ tự đẩy xuống dần phía lỗ sàn hố yên do được giảm áp lực, còn những trường hợp u lớn không tự đẩy xuống được các PTV có thể làm tăng ALNS bằng đèn 2 bên tĩnh mạch cảnh khiến u tụt xuống. Trong nghiên cứu của chúng tôi thống kê được khả năng lấy hết u là 64,3%, phần lớn là 26,2%, ít là 7,1% và không lấy được có 1 ca.

• Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 2giờ 15 phút. Ngắn nhất là 2giờ và dài nhất là 5giờ. Ca mổ dài nhất là trường hợp khối u khổng lồ xâm lấn nhiều 2 bên xoang hang, u xơ dai, chảy máu, việc lấy u là rất khó khăn. Trong quá trình mổ PTV Tai mũi họng là người mở đường vào xoang bướm. Để có đường vào rộng rãi cũng mất khá nhiều thời gian. Tuy nhiên với việc nắm chắc giải phẫu mũi xoang và sự hỗ trợ của thiết bị định vị đã tiết kiệm nhiều thời gian cho phẫu thuật.

• Biến chứng trong và sau mổ

Trong mổ biến chứng chính hay gặp là chảy dịch não tủy gặp 6/42 trường hợp. Đây là biến chứng thường xảy ra ở giai đoạn cuối cuộc mổ khi u đã được lấy phần lớn, do rách màng cứng khi u dính chặt vào màng cứng. Sự cố này sẽ được khắc phục ngay bằng việc chám mỡ, spongel, sau mổ cho các thuốc giảm tiết dịch não tủy (Diamox). Biến chứng

Bệnh viện Trung ương Huế

chảy máu nhiều ít gặp, trung bình lượng mất máu khoảng 50ml, có 2 ca chảy máu nhiều khoảng 150ml, 1 ca do u xơ dai nhiều mạch, 1 ca lấy u trong xoang hang. Khác với phương pháp mổ vi phẫu hay mở nắp sọ lượng mất máu sẽ nhiều hơn.

Sau mổ hầu hết bệnh nhân ổn định về lâm sàng có 1 bệnh nhân chảy máu phải mổ lại sau lấy u xâm lấn xoang hang. Bệnh nhân này sau cầm máu ổn định. Có 1 bệnh nhân có viêm mũi xoang ở ngày thứ 4 sau mổ.

Kết quả cải thiện triệu chứng

- Kết quả ngay sau mổ (7 ngày đầu)

Theo dõi trong những ngày nằm viện sau mổ hầu hết bệnh nhân có cải thiện triệu chứng lâm sàng. Đau đầu cải thiện ở 89,7% bệnh nhân. Triệu chứng này có ý nghĩa ở những ngày cuối thời gian nằm viện khi bệnh nhân không còn dùng thuốc giảm đau. Điều này thể hiện việc lấy phần lớn khối u làm giảm rõ rệt triệu chứng chèn ép của u vào tổ chức xung quanh đặc biệt là màng não nơi rất nhạy cảm đau.

Cải thiện thị lực có tỷ lệ cao 82,4%. Vì số lượng bệnh nhân khám lại thị lực rất ít nên trong những ngày đầu nên việc đánh giá chỉ là chủ quan hỏi bệnh

so sánh trước và sau mổ. Nghiên cứu của Pietro Mortini (2004) trên 762 bệnh nhân, có 40,5% bệnh nhân thị lực trở về bình thường và cải thiện 51,2% trong số 289/762 bệnh nhân giảm thị lực trước mổ, 7,3% số bệnh nhân không thay đổi, 1% số bệnh nhân thị lực giảm hơn trước mổ.

Kết quả sau mổ 1-3 tháng đầu

Hầu hết bệnh nhân khám lại trong vòng 3 tháng đầu kết quả về lâm sàng được đánh giá tốt. 100% bệnh nhân giảm đau đầu mà không phải dùng thuốc giảm đau. Thị lực cải thiện rõ 80,3%. Bệnh nhân vô kinh đã có kinh trở lại (50%) hay giảm tiết sữa (72,2%). Các triệu chứng đau đầu, nhìn mờ cải thiện rõ rệt trong những tháng đầu. Có 7/14 bệnh nhân có kinh trở lại trong đó có 1 bệnh nhân nữ 40 tuổi mất kinh 15 năm có kinh ngay trong tháng đầu tiên sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Với trang thiết bị hiện đại như chụp CHT, CLVT đa dãy, hệ thống Navigation, giàn và dụng cụ nội soi mũi xoang phong phú việc chẩn đoán u tuyến yên và phẫu thuật nội soi u tuyến yên qua xoang bướm đã trở nên dễ dàng và an toàn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý Ngọc Liên (2002), "Nghiên cứu áp dụng phương pháp mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm tại Bệnh viện Việt Đức từ 2000-2002", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thanh Xuân (2007), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u tuyến yên qua đường xoang bướm tại Bệnh viện Việt Đức", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Phong & Võ Văn Nho (2005), "Kết quả mổ u tuyến yên qua xoang bướm", Y học thực hành: tr. 27-30.
4. Mortini P, Losa M, Barzaghi R, Boari N, và cs(2005), "Results of transsphenoidal surgery in a large series of patients with pituitary adenoma.", Neurosurgery, 56(6): tr. 1222-33.
5. Daniel F. Kelly (2010), "About Pituitary Tumors", American Brain Tumor Association.
6. Jankowski R, Auque J, Simon C, Marchal Jc, và cs(1992), "Endoscopic pituitary tumor surgery", Laryngoscope, 102: tr. 198-202.
7. Axel Perneczky, Manfred Tschabitscher & Klaus D.M.Resch (1993), *Endoscopic Anatomy for Neurosurgery*, Germany.