

## U vùng tuyến yên và trên yên: Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy u bằng đường nội soi qua xoang bướm

Mai Hoàng Vũ, Chu Tấn Sĩ, Đặng Bảo Ngọc, Huỳnh Trí Dũng, Lê Xuân Sang, Phan Văn Đình, Phan Duy Quang

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hồ Chí Minh

### Địa chỉ liên hệ:

Mai Hoàng Vũ,  
Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh  
Hồ Chí Minh  
2B Phố Quang, Phường 2, Quận  
Tân Bình, TP. Hồ Chí Minh  
Điện thoại: 0938 663 227  
Email: dr.mhoangvu@gmail.com

**Ngày nhận bài: 15/01/2025**

**Ngày chấp nhận đăng:  
10/3/2025**

**Ngày xuất bản: 27/6/2025**

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** U vùng trên yên và tuyến yên là một trong những tổn thương thường gặp ở sàn sọ trước. U vùng này chiếm khoảng 10% tỉ lệ khối u nội sọ. Mục tiêu phẫu thuật được đặt ra là lấy khối u giải áp thần kinh thị và bảo tồn được chức năng nội tiết cho người bệnh. Phẫu thuật nội soi mở rộng được áp dụng trong phẫu thuật loại u này. Với phẫu thuật này, người bệnh được ghi nhận hồi phục nhanh và cải thiện được triệu chứng của người bệnh sau xuất viện.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo những trường hợp đã được phẫu thuật u vùng tuyến yên và trên yên bằng đường nội soi qua xương bướm tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 09/2023 đến tháng 09/2024.

**Kết quả:** Trong nghiên cứu 32 trường hợp, độ tuổi thường gặp nhất từ 40 -< 60 tuổi (40%) với tuổi trung bình 49,7 tuổi. Tỉ lệ Nữ: Nam=1,14:1. Biểu hiện với các hội chứng (HC): HC rối loạn thị giác (81,25%), HC rối loạn nội tiết (37,5%), HC tăng áp lực nội sọ (15,6%), HC xoang hang liệt dây sọ (12,5%). Ghi nhận giải phẫu bệnh: u tuyến yên (65,6%), nang Rathke (12,5%), u sọ hầu (12,5%), u màng não củ yên (6,3%), u di căn từ K vòm họng (3,1%). Trong đó, lấy toàn bộ u (78,1%), lấy gần hết u (12,5%), lấy bán phần u (6,3%) và chỉ lấy 1 phần u (3,1%). GOS 5 chiếm (90,6%), GOS 4 (3,1%) và GOS 3 (6,3%). Tỉ lệ mờ mắt còn 15,6%. Chảy dịch não tủy qua mũi sau phẫu thuật (18,8%), viêm màng não sau phẫu thuật (15,6%) được điều trị kháng sinh.

**Kết luận:** Rối loạn thị giác là triệu chứng được cải thiện rõ so với trước phẫu thuật. Phẫu thuật u vùng trên yên và tuyến yên bằng phương pháp nội soi qua xương bướm mang lại kết quả tốt, mức độ lấy u đạt hiệu quả cao và khả năng hồi phục tốt cho người bệnh.

**Từ khóa:** Nội soi qua xương bướm, u tuyến yên, u sọ hầu, u màng não củ yên, lấy toàn bộ u, lấy gần hết u.

## Sellar and suprasellar tumors: Assessment of results endoscopic transphenoidal surgery

Mai Hoang Vu, Chu Tan Si, Dang Bao Ngoc, Huynh Tri Dung, Le Xuan Sang, Phan Van Dinh, Phan Duy Quang

Tam Anh General Hospital Ho Chi Minh City

### Abstract

**Introduction:** Sellar and suprasellar tumor is one of common lesions, found in the anterior cranial fossa. In this region, it accounts for about 10% of the intracranial tumors. The surgery is aiming to remove the tumors from optic nerve decompression and preserve endocrine function of gland. Extended endoscopic surgery is applied in the treatment for these lesions. It helps the patients to be able recovered and improved clinical features better after surgery.

**Patients and Methods:** Report 32 patients who underwent endoscopic transphenoid surgery for the sellar and suprasellar tumors at Tam Anh Hospital from September 2023 to September 2024.

**Results:** We reviewed 32 cases, the most common age group was 40 -< 60 years (40%) with an average age of 49.7 years. The female and male ratio was 1.14:1. Manifested symptoms were: visual disturbance (81.3%), hormones disorder (37.5%), increased intracranial pressure (15.6%), cranial nerves injury (12.5%). Histopathology examinations: pituitary tumor (65.6%), Rathke cyst (12.5%), cranipharyngioma (12.5%), tuberculoma meningioma (6.3%), metastasis tumor (3.1%). In this series we found gross total tumor removal (78,1%), near total removal (12,5%), subtotal tumor removal (6.3%) and partial tumor removal (3.1%). Regarding discharge conditions, there were GOS 5 (90.6%), GOS 4 (3.1%) and GOS 3 (6.3%) respectively. The rate of postoperative recovery vision was 65.7%. The complications occurred after surgery such as CFS leak was (18.8%), meningitis was (15.6%) treated medically with antibiotic.

**Conclusions:** Visual disturbance was one of clinical signs with improved significantly after surgery. Transphenoidal endoscopic surgery for sellar and suprasellar tumors achieved good results with tumor removal efficiency and good recovery.

**Keywords:** Transsphenoid surgery, pituitary tumor, craniopharyngioma, tuberculoma meningioma, gross total removal, near total removal.

### Đặt vấn đề

U vùng trên yên và tuyến yên là một trong những tổn thương thường gặp ở sán sọ trước. U vùng này chiếm khoảng 10% tỉ lệ khối u nội sọ [3]. Tổn

thương thường gặp nhất là u tuyến yên, kể đến là những loại u như u màng não củ yên, u di căn,... Phần lớn các người bệnh đều nhập viện vì triệu chứng mờ mắt và rối loạn nội tiết. Do đó, mục tiêu phẫu thuật

được đặt ra là lấy khối u giải áp thần kinh thị và bảo tồn được chức năng nội tiết cho người bệnh [5]. Trước đây, với phẫu thuật kinh điển lấy u qua xoang bướm bằng hệ thống kính vi phẫu được áp dụng từ những năm 90. Tuy nhiên, trong quá trình phẫu thuật dưới kính vi phẫu gặp nhiều hạn chế về phẫu trường tiếp cận khối tổn thương cũng như thao tác của phẫu thuật viên để lấy được khối u còn gặp nhiều khó khăn. Do đó sự cần thiết về mở rộng phẫu trường cũng như về thao tác của phẫu thuật viên thuận lợi cho việc lấy u là điều cần thiết được đặt ra. Sự xuất hiện của nội soi qua xoang bướm đã thể hiện được nhiều ưu điểm trong phẫu thuật sàn sọ. Với phẫu trường linh động cũng như thao tác 4-tay cho phẫu thuật viên đã giúp cho việc lấy u trở nên thuận lợi hơn so với các phương pháp kinh điển.

Trong 10 năm gần đây, đã có nhiều tài liệu báo cáo về phẫu thuật u sàn sọ qua đường xuyên xương bướm bằng nội soi toàn bộ đã cho thấy có nhiều kết quả khả quan. Mức độ lấy u cải thiện, cũng như hạn chế được những biến chứng sau mổ. Trước đây với những kỹ thuật kinh điển, các phẫu thuật viên ghi nhận những biến chứng sau mổ thường hay gặp như: rò dịch não tủy, viêm màng não, chảy máu do tổn thương mạch máu lớn, đá sỏi thận do tổn thương hạ đồi, ... [2], [4], [5]. Tuy nhiên, đối với phẫu thuật nội soi mở rộng hiện nay đã giúp giảm thiểu được các biến chứng sau mổ cũng như cải thiện được các triệu chứng của người bệnh. Từ đó giúp cho người bệnh hồi phục sớm hơn cũng như cho kết quả xuất viện GOS tốt hơn.

**Mục tiêu nghiên cứu**

Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy u trong điều trị u tuyến yên và trên yên bằng đường mổ qua xoang bướm.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả những người bệnh đã được phẫu thuật u vùng tuyến yên và trên yên bằng đường nội soi qua xương bướm tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 09/2023 đến tháng 09/2024.

**Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Người bệnh được chẩn đoán u tuyến yên, u màng não củ yên, u sọ hầu, u tế bào mầm, ...

Người bệnh được phẫu thuật bằng đường nội soi qua xương bướm.

Người bệnh đều được khảo sát MRI trước mổ và có kiểm tra CT hoặc MRI sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

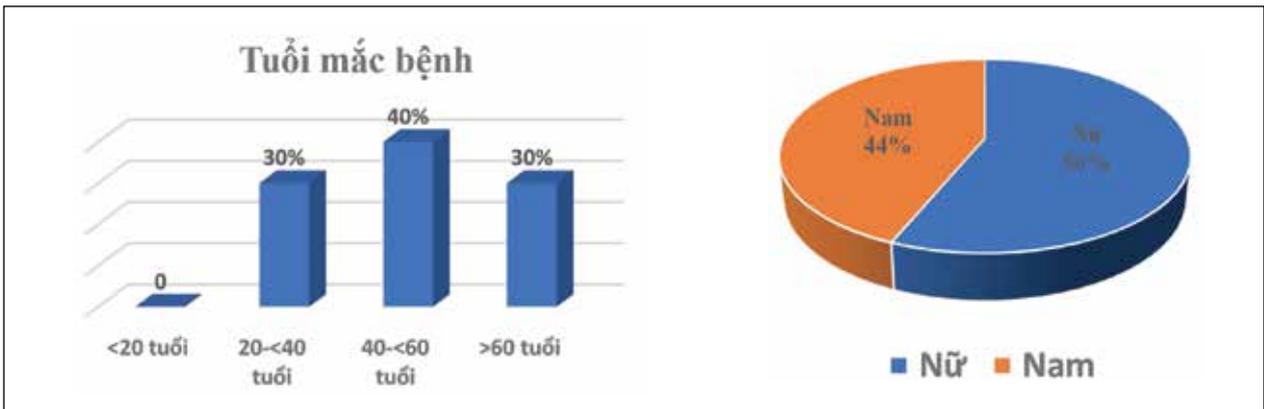
Các trường hợp u vùng trên yên được phẫu thuật bằng đường mổ khác hoặc mổ qua xoang bướm bằng kính vi phẫu.

Thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án và bảng câu hỏi trực tiếp người bệnh đánh giá các biến số và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

**Kết quả nghiên cứu**

**Tuổi và giới mắc bệnh**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận có 32 trường hợp phẫu thuật nội soi qua xương bướm.



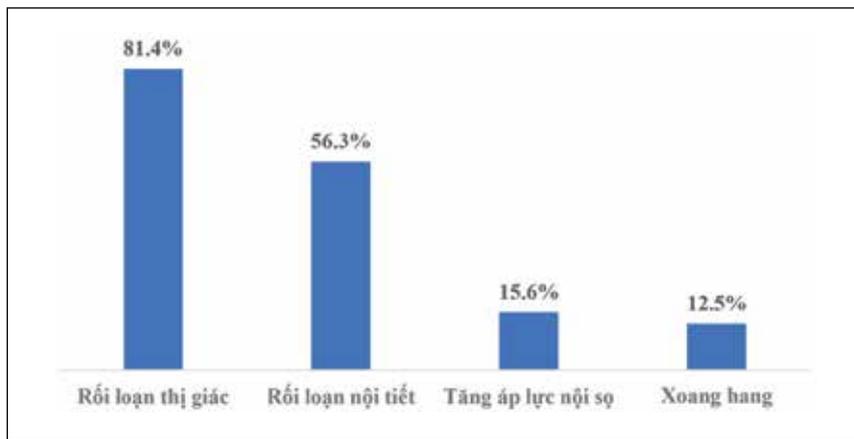
Biểu đồ 1: Tỷ lệ tuổi mắc bệnh và giới mắc bệnh trong bệnh lý u vùng yên

Khảo sát về độ tuổi mắc bệnh, chúng tôi nhận thấy độ tuổi trải rộng từ 26 tuổi đến 71 tuổi, với độ tuổi trung bình 49,7 tuổi. Trong đó độ tuổi thường gặp nhất từ 40 -< 60 tuổi với tỉ lệ là 40% (12 trường hợp). Nghiên cứu về giới mắc bệnh chúng tôi ghi nhận có tỉ lệ Nữ: Nam=1,14:1.

**Đặc điểm triệu chứng lâm sàng**

Trong 32 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi

ghi nhận triệu chứng mờ mắt thường gặp nhất với 26 trường hợp (81,25%). Những triệu chứng còn lại ít gặp hơn như bán manh với 18 trường hợp (56,3%), đau đầu với 10 trường hợp (31,3%), nôn ói với 8 trường hợp (25%), to đầu chỉ 4 trường hợp (12,5%), đái tháo nhạt 3 trường hợp (9,4%), liệt dây số 3 trường hợp (9,4%) ...



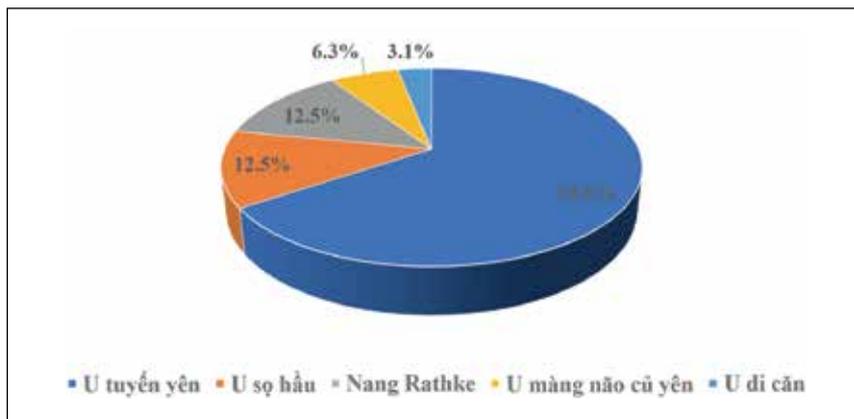
Biểu đồ 2: Tỉ lệ triệu chứng lâm sàng của u tuyến yên và trên yên

Biểu hiện với 3 hội chứng (HC): HC rối loạn thị giác với 81,25%, HC rối loạn nội tiết (37,5%), HC tăng áp lực nội sọ (15,6%), HC xoang hang liệt dây số (12,5%).

**Đặc điểm hình ảnh cận lâm sàng**

Tất cả các trường hợp đều được chụp MRI sọ não

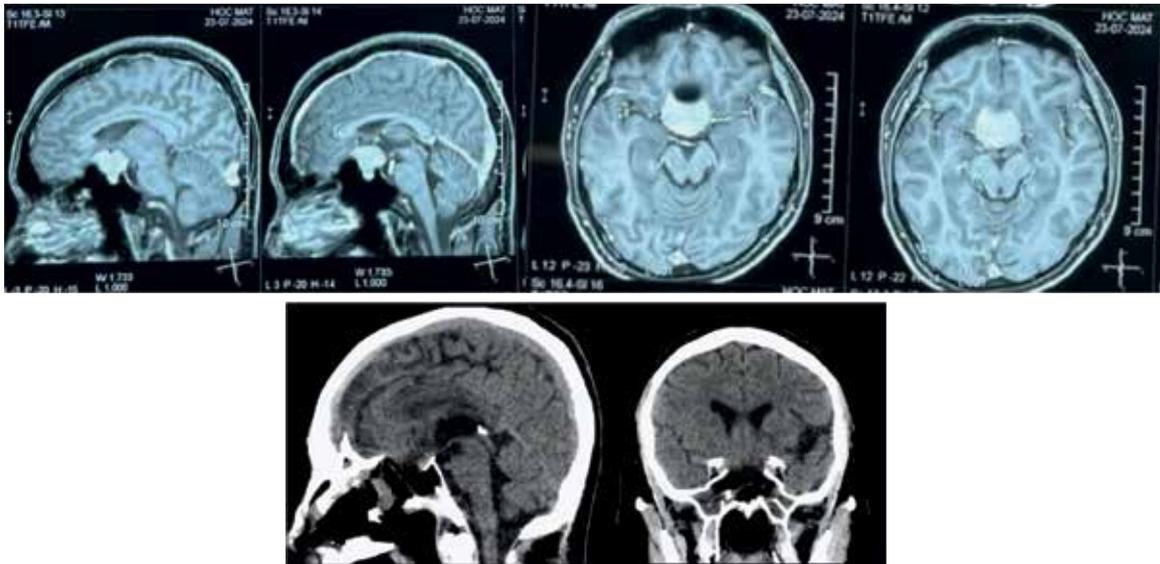
có tiêm thuốc tương phản. Chúng tôi ghi nhận có 21 trường hợp (65,6%) hình ảnh u tuyến yên, 4 trường hợp nang Rathke (12,5%), 4 trường hợp u sọ hầu (12,5%), 2 trường hợp u màng não củ yên (6,3%), 1 trường hợp u di căn từ K vòm họng (3,1%).



Biểu đồ 3: Tỉ lệ các loại u tuyến yên và trên yên

**Đặc điểm phẫu thuật nội soi qua xương bướm**

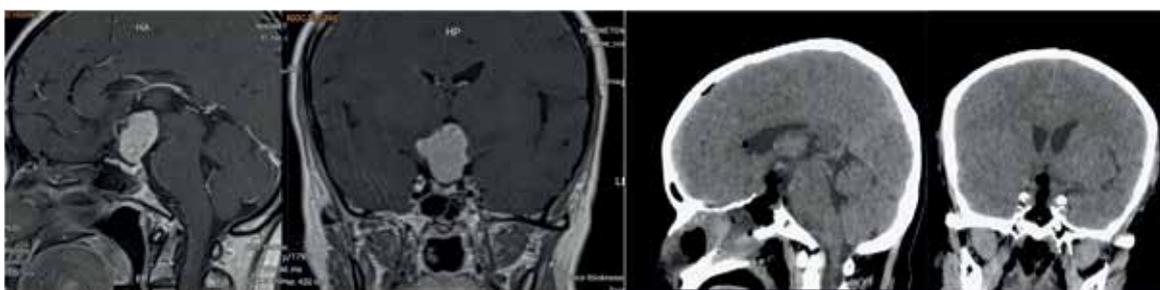
Thời gian phẫu thuật trung bình 78 phút. Thời gian ngắn nhất là 72 phút và dài nhất là 105,75.



Hình 1: Người bệnh u màng não củ yên trước và sau phẫu thuật

Đối với những phẫu thuật u tuyến yên, chúng tôi ghi nhận có 10/21 trường hợp (47,6%) có xuất huyết trong u, bóc bao giả của u đạt 15/21 trường hợp (71,4%), những trường hợp còn lại cũng không ghi nhận còn sót u trong phẫu thuật ngoại trừ có

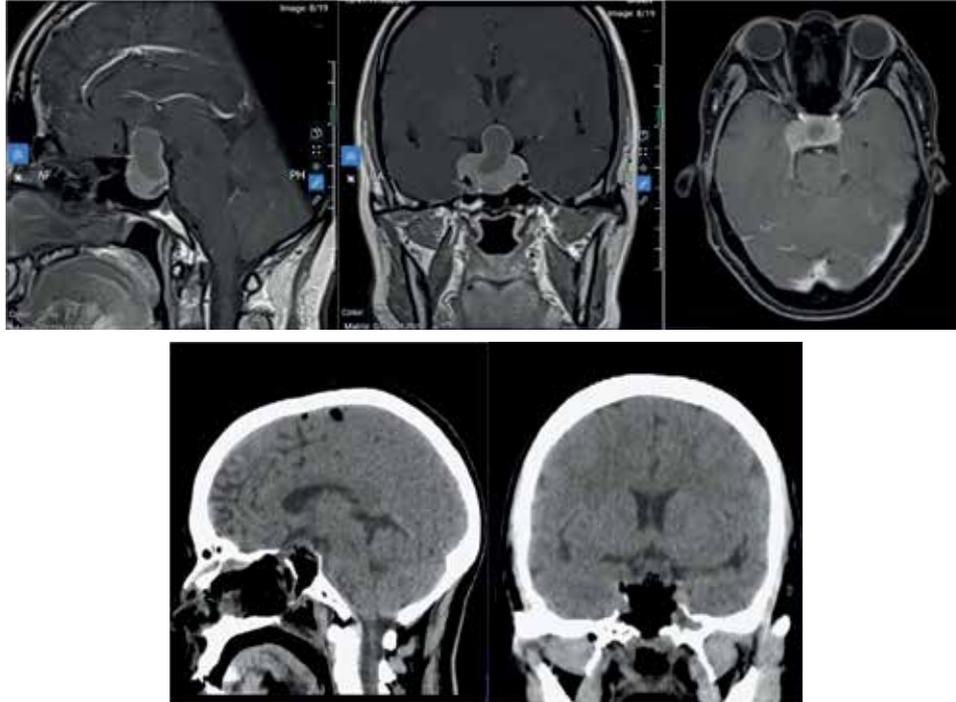
2/21 trường hợp u tuyến yên tiết GH do khối u lên cao nên để lại phần u còn dính hạ đồi. Chảy dịch não tủy trong quá trình lấy u gặp 12/21 trường hợp (57,1%). Chúng tôi không ghi nhận có tổn thương mạch máu.



Hình 2: Hình ảnh u sọ hầu trước và sau phẫu thuật

Đối với trường hợp nang Rathke, u sọ hầu và u màng não củ yên. Chúng tôi ghi nhận lấy hết tổn thương 8/1 trường hợp (72,7%). Có 3/11 trường hợp (27,3%) ghi nhận để lại u. Trong đó, có 1 trường hợp khối u sọ hầu dính vào hạ đồi chúng tôi chủ động

để lại u xem như là lấy gần hết u. Một trường hợp u màng não củ yên xâm lấn xoang hang nên chúng tôi cũng để lại bán phần u. Còn lại 1 trường hợp ghi nhận khả năng là u di căn nên gần như chúng tôi chỉ lấy được 1 phần u.



Hình 3: Hình ảnh u tuyến yên trước và sau phẫu thuật

Ghi nhận mức độ lấy u trong nghiên cứu: Lấy toàn bộ u có 25 trường hợp (78,1%), lấy gần hết u 4 trường hợp (12,5%), lấy bán phần u là 2 trường hợp (6,3%) và 1 trường hợp (3,1%) chỉ lấy 1 phần u.

Bảng 1: Tỷ lệ mức độ lấy đối với từng loại u vùng yên

	Mức độ lấy u				Tổng
	Toàn bộ u	Gần hết u	Lấy bán phần	Lấy 1 phần	
<b>U tuyến yên</b>	19 (59,4%)	2 (6,3%)	-	-	21 (65,7%)
<b>U sọ hầu</b>	3 (9,4%)	1 (3,1%)	-	-	4 (12,5%)
<b>Nang Rathke</b>	4 (12,5%)	-	-	-	4 (12,5%)
<b>U màng não củ yên</b>	1 (3,1%)	-	1 (3,1%)	-	2 (6,3%)
<b>U di căn</b>	-	-	-	1 (3,1%)	1 (3,1%)

Chúng tôi ghi nhận chảy dịch não tủy trong phẫu thuật gấp trong 20 trường hợp (62,5%). Tổn thương động mạch cảnh gấp trong 1 trường hợp. Tổn thương động mạch não trước có 1 trường hợp.

### Kết quả sau phẫu thuật

Chúng tôi đánh giá theo thang điểm GOS khi người bệnh ổn định. Phần lớn các người bệnh đều có tình trạng ổn định với GOS 5 chiếm 29 trường hợp

(90,6%). Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp u tuyến yên bị suy yên cấp sau phẫu thuật phải điều trị tại khoa nội tiết với GOS 4 và có 2 trường hợp (6,3%) có GOS 3 có viêm màng não sau phẫu thuật.

Chúng tôi ghi nhận HC rối loạn thị giác, HC xoang hang, sau mổ tỉ lệ mờ mắt còn 5 trường hợp (15,6%), triệu chứng dây sọ còn 1 trường hợp (3,1%). Những trường hợp HC tăng áp lực nội sọ không ghi nhận sau mổ. Đối với HC rối loạn nội tiết chưa được đánh giá cụ thể vì sau mổ người bệnh còn được sử dụng thuốc bù nội tiết.

Chúng tôi ghi nhận chảy dịch não tủy qua mũi

chiếm 6 trường hợp (18,8%) sau phẫu thuật. Trong đó có 2 ca nội soi sót lại đường rò và những trường hợp còn lại được điều trị bằng dẫn lưu thắt lưng liên tục. Chúng tôi ghi nhận có 5 trường hợp (15,6%) viêm màng não sau phẫu thuật được điều trị kháng sinh.

### Mối tương quan giữa mức độ lấy u và kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ lấy hết u có tình trạng xuất viện ổn định chiếm tỉ lệ cao. Những trường hợp khó khăn không lấy được u thường cho kết quả sau mổ không cải thiện nhiều về mặt triệu chứng.

Bảng 2: Tỉ lệ mức độ lấy u và mức độ GOS người bệnh khi xuất viện

	Mức độ lấy u				Tổng
	Lấy trọn	Gần hết	Bán phần	Một phần	
<b>GOS 3</b>	-	-	-	1 (3,1%)	1 (3,1%)
<b>GOS 4</b>	-	1 (3,1%)	1 (3,1%)	-	2 (6,3%)
<b>GOS 5</b>	25 (78,1%)	3 (9,4%)	1 (3,1%)	-	29 (90,6%)
<b>Tổng</b>	25 (78,1%)	4 (12,5%)	2 (6,3%)	1 (3,1%)	32 (100%)

P = 0,0006

Chúng tôi ghi nhận có mối tương quan giữa mức độ lấy u và tình trạng lâm sàng khi xuất viện của người bệnh  $p = 0,0006 < 0,05$ .

## Bàn luận

### Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng

Theo nghiên cứu của tác giả Eric Wang và cộng sự, ghi nhận có 46% - 75% trường hợp u vùng trên yên có triệu chứng về thị lực, giảm về thị trường chiếm 14% - 44%, thường xuất hiện với triệu chứng bán manh thái dương [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận triệu chứng thường gặp nhất là rối loạn thị giác chiếm tỉ lệ cao nhất. Tác giả Yoon Hwan Byun cho rằng sự phát triển của u vùng yên và trên yên ra phía trước sẽ đè vào giao thoa thị

giác gây ra triệu chứng rối loạn thị giác như mờ mắt hoặc bán manh thái dương hai bên [10]. Đây là triệu chứng thường gặp nhất và cũng đưa người bệnh đến nhập viện.

Tác giả Eric Wang cũng cho rằng có 30% - 75% trường hợp người bệnh có rối loạn nội tiết từng mức độ nhẹ đến nặng [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có 37,5% người bệnh có rối loạn nội tiết. Trong đó có 9,4% trường hợp có đái tháo nhạt trước phẫu thuật. Theo tác giả Eric Wang giải thích do sự chèn ép của khối u vào vùng hạ đồi và

cuống tuyến yên gây thay đổi nội tiết và 1 số trường hợp u chế tiết cũng gây rối loạn do bản chất u tăng sinh gây tiết hormone như: prolactinoma, u tiết GH, u tiết ACTH, ... Ngoài ra tác giả đề cập đến HC xoang hang do khối u lớn phát triển vào xoang hang, chèn ép các dây thần kinh trong xoang hang gây triệu chứng liệt vận nhãn gặp trong 14,6% trường hợp [3], [4], [9]. Chúng tôi cũng ghi nhận có 12,5% trường hợp liệt dây III, IV, VI, V.

#### **Đặc điểm phẫu thuật lấy u bằng nội soi qua xoang bướm**

Theo tác giả Seo và cộng sự nghiên cứu trên 82 trường hợp u vùng trên yên đã mô tả lấy toàn bộ u đạt 86,5% [4]. Tác giả Ilaria Bove và cộng sự đã tổng hợp 44 nghiên cứu cũng báo cáo tỉ lệ lấy trọn u chiếm 70% - 90% các trường hợp [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ lấy hết u đạt 78,1% cũng tương đương với các nghiên cứu trên thế giới. Tác giả Yoon Hwan Byun cho rằng để lấy hết tổn thương trong u tuyến yên tùy thuộc vào khả năng bóc được bao giả của u [10]. Tuy nhiên, trong quá trình bóc tách sẽ gặp nhiều khó khăn như rách màng nhện gây rò dịch não tủy, hoặc có thể gây chảy máu trong mổ, có thể gây tổn thương mô tuyến yên lành tính xung quanh. Tác giả Ilaria Bove đề xuất sử dụng ống kính nội soi 30° hoặc 45° để tiếp cận phần còn lại của u và cho góc nhìn rõ hơn ống kính 0° [6], [8]. Chúng tôi cũng sử dụng ống kính 30° để kiểm tra phần sót lại của u trong quá trình bóc tách.

Đối với phẫu thuật nội soi lấy u sọ hầu qua nội soi, tỉ lệ lấy hết u của chúng tôi đạt được ¾ trường hợp. Một trường hợp khối u dính chặt vào vùng hạ đồi và cuống tuyến yên, chúng tôi quyết định để lại phần u để bảo tồn chức năng nội tiết. Điều này cũng phù hợp với tác giả Eric Wang cho rằng lấy toàn bộ u (GTR) và lấy phần lớn u kết hợp với xạ trị (NTR + RT) thì phương pháp NTR + RT nên được áp dụng vì sẽ hạn chế được nguy cơ di chứng cho người bệnh.

Đối với tổn thương u màng não củ yên và u ác tính sàn sọ, chúng tôi cũng tiến hành phẫu thuật lấy u qua xoang bướm trong 3 trường hợp. Ghi nhận có 2 trường hợp để lại phần lớn u. Chúng tôi ghi nhận cả 2 trường hợp này khối u dính vào động mạch cảnh

rất chặt khả năng bóc tách tổn thương rất khó. Có 1 trường hợp rách động mạch cảnh trong lúc phẫu thuật chúng tôi phải cầm máu nên quyết định không tiếp tục lấy u. Theo tác giả Elshazy và cộng sự năm 2018 nghiên cứu trên những trường hợp u vùng yên đã ghi nhận tỉ lệ tổn thương mạch máu đạt 4%. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới cho rằng mức độ tổn thương mạch máu từ 2% - 10% và 2 động mạch thường gặp là ICA và ACA [2]. Tác giả Eric Wang đề nghị sử dụng cơ và cân cơ kết hợp với các vật liệu cầm máu như Floseal, Gelfoam để cầm máu trong trường hợp có tổn thương mạch cảnh. Và nên chụp lại DSA sau 2 tuần để đánh giá lại tình trạng mạch máu của người bệnh [4].

#### **Đặc điểm kết quả phẫu thuật lấy u nội soi qua xoang bướm**

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ hồi phục thị lực 17 trường hợp chiếm 65,6%. Theo tác giả Seo và cộng sự ghi nhận có 81,6% cải thiện về thị lực [4]. Tác giả Elshazy và cộng sự cũng ghi nhận tỉ lệ hồi phục thị lực chiếm 88,2%. Tác giả Eric Wang cho rằng hiệu quả phẫu thuật của nội soi vùng trên yên qua xoang bướm là có thể giải áp được giao thoa thị giác tương đối dễ dàng hơn so với đường mở sọ kính điển [4].

Một trong những biến chứng thường gặp nhất trong phẫu thuật nội soi qua xoang bướm trong những ngày đầu sau mổ là rò dịch não tủy qua mũi [1]. Tác giả Eric Wang và cộng sự ghi nhận tỉ lệ rò dịch não tủy sau mổ khoảng 2% - 10% trong các nghiên cứu [4]. Tác giả Ilaria Bove và cộng sự khảo sát trên 44 nghiên cứu và ghi nhận sử dụng mỡ (Fat) và xương tự thân mũi (Flap) kết hợp với vạt niêm mạc mũi sẽ cho kết quả tốt, tỉ lệ rò sau đó là 8% thấp hơn các phương pháp khác là 17% [3], [5], [6]. Chúng tôi cũng sử dụng như các tác giả khác, sử dụng mỡ và xương mũi, trong trường hợp tái phát không có xương tự thân chúng tôi dùng xương nhân tạo. Chúng tôi sử dụng vạt niêm mạc mũi và keo bít rò để tăng cường thêm. Chúng tôi ghi nhận 20 trường hợp (62,5%) rò dịch não tủy trong mổ và chỉ có 6 trường hợp (18,8%) rò sau mổ. Những trường hợp này rơi vào những tổn thương lớn

hoặc hủy xương bướm gáy khó khăn trong việc tái tạo lại sàn sọ.

### **Đánh giá tương quan giữa mức độ lấy u và GOS xuất viện**

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có mối tương quan giữa mức độ lấy u và GOS xuất viện của người bệnh. Phần lớn các trường hợp lấy hết u đều cho kết quả tốt 25 trường hợp (78,1%). Theo tác giả Eric Wang và cộng sự cũng ghi nhận mức độ lấy u càng nhiều sẽ cải thiện được chất lượng cuộc sống của người bệnh sau này. Để có thể phẫu thuật tăng tỉ lệ lấy u theo tác giả Eric Wang ghi nhận được những ưu điểm trong phẫu thuật nội soi như: 1. Tiếp cận tổn thương trực tiếp. 2. Có thể cắt nguồn nuôi từ màng não. 3. Giải áp thần kinh thị, giao thoa thị dễ dàng hơn do tiếp cận được từ 2 bên. 4. Có thể bảo tồn được cuống tuyến yên dễ dàng hơn. 5. Ít tổn thương não cũng như thần kinh xung quanh. 6. Có thể giảm khối khối u dễ hơn tiếp cận trực tiếp. 7. Thời gian hồi phục tốt hơn cũng thẩm mỹ hơn so với đường mở sọ kinh điển. Từ những điều trên đã cho thấy được hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong tiếp cận tổn thương của vùng tuyến yên và trên yên [4].

### **Kết luận**

Rối loạn thị giác là triệu chứng được cải thiện rõ so với trước phẫu thuật. Tuy nhiên, vẫn có 1 số trường hợp rò dịch não tủy qua mũi nhưng có thể điều trị được bằng dẫn lưu thất lũng. Từ những kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như trên thế giới cho thấy phẫu thuật u vùng trên yên và tuyến yên bằng phương pháp nội soi qua xương bướm mang lại kết quả tốt, mức độ lấy u đạt hiệu quả cao và khả năng hồi phục tốt cho người bệnh.

### **Tài liệu tham khảo**

1. Alexandre Simonin et al. (2020): “Endonasal endoscopic resection of suprasellar craniopharyngioma: A retrospective single-center case series”, J Clin Neurosci, 2020 Nov;81:436-441.
2. Christopher R. Roxbury (2016): “Endonasal Endoscopic Surgery in the Management of Sinonasal and Anterior Skull Base Malignancies”, Head Neck Pathol.2016 Mar; 10(1): 13–22.
3. Douglas, Jennifer E., et al. (2024) “American Rhinologic Society expert practice statement part 1: Skull base reconstruction following endoscopic skull base surgery” International forum of allergy & rhinology. Vol. 14. No.9.
4. Eric W Wang et al (2019): “ICAR: endoscopic skull-base surgery” , Int Forum Allergy Rhinol2019 Jul;9(S3):S145-S36,doi: 10.1002/alr.22326.
5. Fraser, Shannon, et al. (2017) “Risk factors associated with postoperative cerebrospinal fluid leak after endoscopic endonasal skull base surgery.”Journal of neurosurgery128.4 (2018): 1066-1071.
6. Ilaria Bove et al. (2023): “Endoscopic endonasal pituitary surgery: How we do it. Consensus statement on behalf of the EANS skull base section”, Brain and Spine, Elsevier Volume 3, 102687.
7. Mingjian Lin et al. (2023): “Predictive value of suprasellar extension for intracranial infection after endoscopic transsphenoidal pituitary adenoma resection”, World J Surg Oncol, Nov 22;21(1):363.
8. Prasheelkumar P Gupta et al. (2021): “Transnasal Endoscopic Surgery for Suprasellar Meningiomas”, Neurol India, May-Jun;69(3):630-635.
9. Wassim Khalil et al. (2022): “Extended endoscopic transsphenoidal approach for suprasellar craniopharyngiomas”, Acta Neurochir (Wien), Mar;165(3):677-683.
10. Yoon Hwan Byun et al. (2022): “Advances in Pituitary Surgery”, Endocrinol Metab 2022;37:608 – 616.