

năng phát hiện theo dõi các bất thường và tầm soát sớm bệnh lý ung thư cổ tử cung.

## V. KẾT LUẬN

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung và xét nghiệm HPV trong 1450 bệnh nhân đến khám tại bệnh viện K từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020 cho kết quả như sau: Tỷ lệ dương tính HPV trong mẫu nguyên cứu là 11,2%.

Tỷ lệ tế bào cổ tử cung bất thường là 3.9% và tỷ lệ bệnh nhân có giải phẫu bệnh bất thường 1.9%.

Tỷ lệ nhiễm HPV trong các trường hợp ASCUS là 15%, ASC-H 14,2%, LSIL 67% AGUS 67% HSIL 92.8% Carcinoma 100%. Mức độ bất thường càng nặng, tỷ lệ nhiễm HPV nguy cơ cao càng cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Diệu, Vũ Thị Hoàng Lan và cộng sự, (2010)**, "Tình hình nhiễm HPV tại Hà Nội", Tạp chí Y học thực hành- Bộ Y tế, số 745- số 12/2010, tr. 5- 6
2. **Nguyễn Phi Hùng, Nguyễn Thị Lan Anh, Tại Văn Tờ, Nguyễn Văn Chú, (2011)**, "Nghiên cứu

xác định các týp HPV thường gặp trong ung thư cổ tử cung", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Chuyên đề giải phẫu bệnh, tập 15 (2), tr. 160- 167.

3. **Cao Thị Kim Chúc, (2009)**, Tình hình nhiễm Human Papilloma virus trên bệnh nhân đến khám bệnh lây truyền qua đường tình dục tại Bệnh viện Da Liễu Hà Nội (1.2008- 10.2008), Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội
4. **Nguyễn Đức Hình, Ngô Văn Toàn, Lưu Thị Hồng, Lê Duy Toàn, Nghiêm Xuân Hạnh và cộng sự, (2015)**, "Mối liên quan giữa nhiễm HPV nguy cơ cao và ung thư cổ tử cung tại Việt Nam", Tạp chí Phụ Sản, Tập 13, (2), tr. 06- 08.
5. **Nguyễn Phi Hùng, Nguyễn Thị Lan Anh, Tại Văn Tờ, Nguyễn Văn Chú, (2011)**, "Nghiên cứu xác định các týp HPV thường gặp trong ung thư cổ tử cung", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Chuyên đề giải phẫu bệnh, tập 15 (2), tr. 160- 167.
6. **Cung Thị Thu Thủy, Hồ Thị Phương Thảo, (2012)**, "Nghiên cứu kết quả soi cổ tử cung ở những bệnh nhân có tế bào âm đạo- cổ tử cung bất thường nhiễm Human Papilloma virus tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương", Tạp chí Phụ Sản, tập 10, số 2, tr. 152-157.

## BÁO CÁO CA LÂM SÀNG CHẢY DỊCH NÃO TỦY QUA MŨI TÁI PHÁT NHIỀU LẦN

Ngô Văn Công\*

### TÓM TẮT

Nhân một bệnh nhân nữ 40 tuổi sau PTNSM chảy dịch não tủy kéo dài và tái phát nhiều lần. Bệnh nhân được phẫu thuật bó rò dịch não tủy 4 lần, nhưng vẫn không cải thiện. Trường hợp chảy DNT tái phát nhiều lần không tương xứng với nguyên nhân được biết trước đó có thể do tồn tại một yếu tố khác chưa kịp nhận diện, bệnh nhân này được xác định carcinoma tế bào gai biệt hóa trung bình. Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cắt bỏ khối u qua nội soi mũi và phẫu thuật tái tạo nền sọ trước bằng kỹ thuật nhiều lớp sử dụng 2 vạt có cuốn cải tiến, sau phẫu thuật tiếp tục xạ trị phối hợp. Hiện tại bệnh nhân ổn định và hết tình trạng chảy dịch não tủy. Như vậy, để điều trị những trường hợp chảy dịch não tủy tái phát nhiều lần sau phẫu thuật, cần tìm những nguyên nhân tiềm ẩn và sử dụng phương pháp tái tạo nền sọ cải tiến như một lựa chọn.

**Từ khóa:** chảy dịch não tủy tái phát, chảy dịch não tủy khó, khuyết sọ trước rộng, kỹ thuật tái tạo nền sọ trước nhiều lớp có sử dụng 2 vạt có cuốn.

\**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2021

Ngày duyệt bài: 23.11.2021

### SUMMARY

#### PERSISTENT CEREBROSPINAL FLUID RHINORRHOEA FOLLOWING MISDIAGNOSIS OF MALIGNANT TUMOR - A CASE REPORT

A 40-year-old female patient presented with recurrent cerebrospinal fluid (CSF) rhinorrhoea following an endoscopic sinus surgery (ESS). The patient underwent four further unsuccessful CSF leak repairs. In the case of persistent CSF rhinorrhoea that was uncorrelated with the previously known cause, there could be unrecognized factors. The patient was then diagnosed with moderately differentiated squamous cell carcinoma of nasal cavity. Treatment was conducted by a combination of endoscopic resection of the tumor and anterior skull base reconstruction surgery. The defect was reconstructed with a multilayered technique using 2 pedicled flaps. Postsurgical radiotherapy was then performed. At follow-up, recurrent CSF leak did not occur. Therefore, in case of persistent CSF rhinorrhoea following an ESS, it is necessary to identify underlying causes. Performing a modified technique of skull base reconstruction is an option to successfully manage such cases.

**Keywords:** recurrent cerebrospinal fluid rhinorrhoea, persistent cerebrospinal fluid rhinorrhoea, large skull base defects, multilayered reconstruction technique using 2 pedicled flaps.

### I. GIỚI THIỆU

Nguyên nhân chảy dịch não tủy (DNT) qua

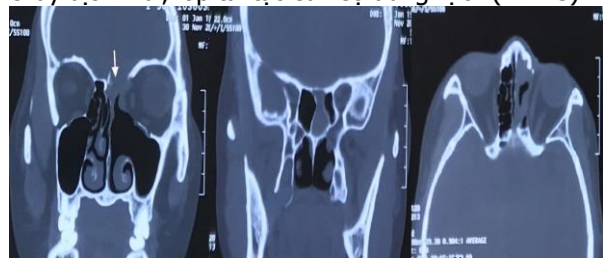
mũi thường gặp nhất là chấn thương (do tai nạn hay do điều trị). Tuy nhiên một bệnh nhân có thể có nhiều yếu tố căn nguyên khác nhau. Vì vậy đối với những trường hợp chảy DNT qua mũi tái phát nhiều lần dù đã được điều trị phù hợp, có thể còn có nguyên nhân tiềm ẩn khác [4]. Lâm sàng, sinh hóa và hình ảnh học cần thiết giúp xác định chẩn đoán. Ở những khuyết tổn sần sọ lớn, phẫu thuật vá sần sọ nhiều lớp kết hợp cho hiệu quả cao hơn [1],[3]. Chúng tôi xin báo cáo về một trường hợp dò DNT đã được phẫu thuật vá sần sọ nhiều lần cả bằng nội soi và mở sọ trán để vá sần sọ trước nhưng vẫn tái phát. Báo cáo này sẽ tập trung vào tiền căn của bệnh nhân các biểu hiện lâm sàng, các xét nghiệm chẩn đoán và phương pháp điều trị trường hợp rò dịch não tủy khó và tái phát.

## II. CA LÂM SÀNG

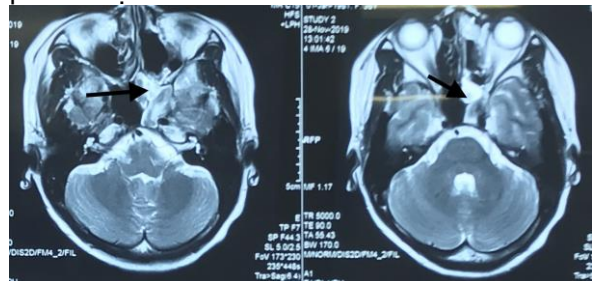
Một bệnh nhân nữ 40 tuổi trải qua phẫu thuật nội soi mũi xoang với chẩn đoán viêm xoang mạn tính tại một Bệnh viện chuyên khoa cách đây 5 năm. Sau phẫu thuật bệnh nhân thấy chảy dịch trong qua mũi trái từng đợt, không giảm, nhiều hơn khi cúi người về phía trước, khi hoạt động mạnh hay khi ho. Dịch trong suốt, vị mặn, đôi khi đi kèm cảm giác đau đầu. Bệnh nhân được xác định chẩn đoán dò DNT sau phẫu thuật nội và chụp CT scan xác định vị trí dò. Trong vòng 5 năm, bệnh nhân trải qua tổng cộng 4 lần phẫu thuật vá sần sọ. Gồm 2 lần qua nội soi bởi bác sĩ tai mũi họng bằng nội soi qua mũi với kỹ thuật underlay bằng mỡ và vạt tại chỗ, và 2 lần mổ hở bởi bác sĩ ngoại thần kinh ở các bệnh viện khác nhau. CT scan thời điểm trước phẫu thuật vá sần sọ lần thứ 4 cho thấy hình ảnh khuyết xương lớn vùng mảnh sàng và hố sàng bên trái, đậm độ dịch tại vùng sàng và xoang bướm (T), thay đổi cấu trúc hốc mũi xoang hàm sàng (T) sau phẫu thuật trước đó. MRI cùng thời điểm cho thấy dò DNT qua sần sọ tại chỗ khuyết và DNT dò vào trong xoang bướm (T), không có hình ảnh tăng áp lực nội sọ và thoát vị não (Hình 1a, 1b).

Một năm sau phẫu thuật vá sần sọ lần thứ 4 (mở sọ trán hở), bệnh nhân đến với chúng tôi với triệu chứng chảy dịch mũi trong lẫn máu, kèm đau đầu. Dịch ở mũi cũng được xác định có sự hiện diện của DNT. Vị trí khuyết tổn sần sọ được xác định bằng CT scan. CT scan cho thấy đường mổ sọ trán 2 bên, đậm độ mô mềm trong hốc mũi được phân biệt giữa máu đông và tổn thương choán chỗ, thấy được hình ảnh mất liên tục xương sần sọ và miếng titan của lần phẫu

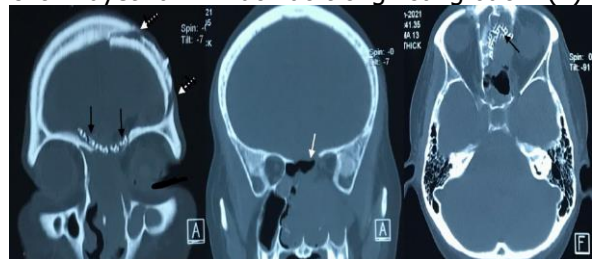
thuật trước không che kín khuyết tổn (Hình 2). Hội chẩn giữa khoa tai mũi họng và ngoại thần kinh, quyết định phẫu thuật kết hợp nội soi và mở sọ trán ở. Thực hiện vá sần sọ nhiều lớp với kỹ thuật cải tiến, gồm các lớp: titan, cân cơ tử đầu đùi, vạt cuốn mũi dưới – vách mũi xoang, keo sinh học, spongel hỗ trợ. Kết quả giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch của vùng trong hốc mũi là: Carcinoma tế bào gai không sừng hóa. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối u trong hốc mũi qua nội soi mũi và mở lại sọ trán để tái tạo nền trước theo kỹ thuật nhiều lớp cải tiến, sử dụng 2 vạt có cuốn, sau đó được hội chẩn điều trị với chuyên khoa ung bướu để xạ trị. Sau phẫu thuật 3 tháng chưa thấy xuất hiện lại triệu chứng chảy dịch mũi, lớp tái tạo sần sọ đúng vị trí (hình 3).



**Hình 1a:** CT thời điểm trước phẫu thuật vá sần sọ lần thứ 4 cho thấy hình ảnh khuyết xương lớn vùng mảnh sàng và hố sàng bên trái, đậm độ dịch tại vùng sàng và xoang bướm (T), thay đổi cấu trúc hốc mũi xoang hàm sàng (T) sau phẫu thuật trước đó.

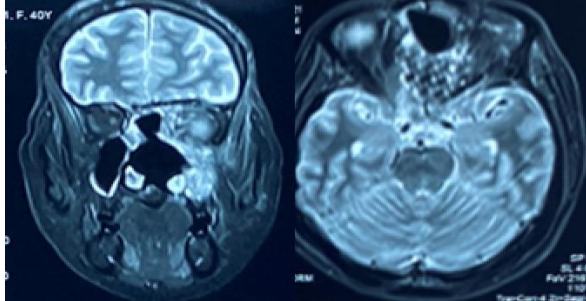


**Hình 1b:** MRI thời điểm trước phẫu thuật vá sần sọ lần thứ 4 cho thấy dò DNT qua sần sọ tại chỗ khuyết và DNT dò vào trong xoang bướm (T).



**Hình 2:** CT scan trong lần nhập viện này. Thấy được đường mổ sọ trán 2 bên (mũi tên đứt đoạn), đậm độ mô mềm trong hốc mũi nghĩ

nhieu là máu đông, phân biệt với tổn thương choán chỗ, thấy được hình ảnh mất liên tục xương sàn sọ (mũi tên trắng) và miếng titan của lần phẫu thuật trước không che kín khuyết tổn (mũi tên đen).



**Hình 3:** MRI sau tái tạo sàn sọ 3 tháng

### III. BÀN LUẬN

Nguyên nhân gây chảy DNT qua mũi thường gặp nhất là chấn thương do tai nạn hoặc sau phẫu thuật. Những trường hợp chảy DNT qua mũi sau phẫu thuật mũi xoang thường là những khuyết tổn nhỏ và tỷ lệ tái tạo khuyết tổn thành công cao từ lần phẫu thuật đầu tiên [2]. Trường hợp ca lâm sàng chúng tôi báo cáo ở đây xuất hiện chảy DNT qua mũi sau phẫu thuật nội soi mũi xoang. Tuy nhiên bệnh nhân đã được phẫu thuật vá sàn sọ nhiều lần bằng nhiều phương thức khác nhau nhưng vẫn tái phát. Ở lần phẫu thuật này, khi lấy mẫu mô trong hốc mũi thử GPB và hóa mô miễn dịch xác định tổn thương ác tính: carcinoma tế bào gai biệt hóa trung bình. Đây có thể là nguyên nhân tiềm ẩn của sự lành thương kém và khuyết tổn lớn ở sàn sọ trước. Do đó, trong những trường hợp chảy DNT tái phát nhiều lần sau phẫu thuật tái tạo sàn sọ, chúng ta cần phải tìm nguyên nhân, vị trí, kích thước của khuyết nền sọ và sử dụng phương pháp tái tạo nền sọ phù hợp.

CT scan giúp xác định vị trí khuyết tổn xương tại sàn sọ. MRI hỗ trợ xác định nếu có thoát vị não đi kèm. Phẫu thuật vá sàn sọ được thực hiện để ngăn chặn biến chứng xảy ra. Vì kích thước khuyết sàn sọ lớn, phẫu thuật mở sọ của ngoại thần kinh được kết hợp với phẫu thuật nội soi qua mũi tái tạo sàn sọ bằng nhiều lớp với kỹ thuật cải tiến, kỹ thuật sandwich cải tiến:

a. Lớp 1: dùng vạt cân cơ sọ trán có cuống được tạo ra trong lúc phẫu thuật mở sọ trán, che phủ nền sọ trước khuyết đến phần xương mảnh vòng xoang bướm (planum sphenoid) giới hạn khuyết phía sau và cố định bằng keo sinh học.

+ Gây tê bằng hỗn hợp dung dịch Adrenalin 1/100.000 và Lidocain 0,5%.

+ Rạch da ngay trước lỗ ống tai ngoài bệnh nhân khoảng 1cm, đi từ bờ trên cung gò má hướng lên trên theo đường chân tóc trán hai bên, bóc tách vạt da xuống ngang bờ trên ổ mắt 2 bên bảo tồn phần cân mạc sọ trán.

+ Tách vạt cân sọ trán giữ cuống vạt đến ngang bờ trên ổ mắt 2 bên.

b. Lớp 2: dùng lưới titanium che phủ phía trên vạt cân sọ trán đúng vị trí nền sọ khuyết, cố định bằng đinh vận trên trần hốc mắt nhằm gia cố phần xương khuyết tránh thoát vị não sau phẫu thuật.

c. Lớp 3: màng não khuyết do u xâm lấn đã được cắt bỏ, dùng cân cơ thái dương tái tạo lại, giúp đóng kín màng não khuyết và tránh tiếp xúc giữa mô não và lưới titanium (titanium mesh).

d. Lớp 4: dùng vạt cuốn mũi dưới và vạt vách mũi xoang bên trái vì trường hợp này khối u làm tổn thương vách ngăn mũi giúp cho niêm mạc nền sọ trước mau hồi phục hơn hạn chế các biến chứng rò dịch não tủy hay viêm màng não sau mổ.

Kết quả phẫu thuật sau 3 tháng, không ghi nhận tình trạng chảy dịch tái phát và các lớp tái tạo đúng vị trí. Khi đã xác định được bệnh lý ác tính, bệnh nhân được kết hợp điều trị ung bướu sau đó.

### IV. KẾT LUẬN

Trường hợp chảy DNT tái phát nhiều lần không tương xứng với nguyên nhân được biết trước đó có thể do tồn tại một yếu tố khác chưa kịp nhận diện. Để điều trị những trường hợp này cần tìm những nguyên nhân tiềm ẩn và sử dụng phương pháp tái tạo nền sọ cải tiến 2 vạt có cuốn để tái tạo sàn sọ khuyết rộng như một lựa chọn thích hợp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cansiz Harun, Cambaz Bülent, Papila Irfan, Tahami Rauf,** Güneş Muammer %J The Journal of craniofacial surgery (1998), Use of free composite graft for a large defect in the anterior skull base. 9 (1), 76-78.
2. **Hegazy Hassan M, Carrau Ricardo L, Snyderman Carl H, Kassam Amin,** Zweig Julie %J The Laryngoscope (2000), Transnasal endoscopic repair of cerebrospinal fluid rhinorrhea: a meta-analysis. 110 (7), 1166-1172.
3. **Kim-Orden Natalie, Shen Jasper, Or Maya, Hur Kevin, Zada Gabriel,** Wrobel Bozena %J Allergy, Rhinology (2019), Endoscopic endonasal repair of spontaneous cerebrospinal fluid leaks using multilayer composite graft and vascularized pedicled nasoseptal flap technique. 10, 2152656719888622.
4. **Zlab Mark K, Moore Gary F, Daly David T,** Yonkers Anthony J %J Ear, nose, journal throat (1992), Cerebrospinal fluid rhinorrhea: a review of the literature. 71 (7), 314-317.