

Research Paper

Microsurgical Resection for Pineal Region Tumors

Dang Do Thanh Can

*Children's Hospital No 2, 14 Ly Tu Trong, Ward Ben Nghe, District 1, Ho Chi Minh City, Vietnam
University of Medicine and Pharmacy, 217 Hong Bang, Ward 11, District 5,
Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received 24 April 2022

Revised 6 May 2022; Accepted 13 May 2022

Abstract

Objective: To evaluate the role of microsurgery for pineal region tumors.

Methods: This prospective case-series of 18 consecutive patients were diagnosed with pineal region tumors admitted at Children's Hospital No.2 from April 2020 to April 2022.

Results: All three surgical approaches included transcallosal, occipito-transtentorial and infratentorial-supracerebellar routes were used for the pineal region lesions. Total and nearly total resection was achieved in 84%. The transcallosal and occipito-transtentorial approaches were used mostly in 89%. The ratio of mortality was 5.5% and morbidity was 16% of all patients. One patient had temporary vision loss and two others had minor subdural CSF effusion after resection of tumours without requiring any further procedures.

Conclusions: The multimodalities of treatments for pineal region tumors are recommended commonly. The microsurgical resection of tumours is too complex and risky but only necessary in 2/3 of all cases. Numerous surgical approaches are noticed worldwide. The neurosurgeons can use one of them according to some specific categories and belonging to their own experiences.

Keywords: Pineal region tumors; Transcallosal, Occipito - transtentorial, Supracerebello - Infratentorial approaches.

* Corresponding author.

E-mail address: drthanhcan@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v6i4.431>

Vĩ phẫu thuật u vùng tuyến tùng ở trẻ em

Đặng Đỗ Thanh Cần

Bệnh viện Nhi Trung ương, 18/879 La Thành, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 24 tháng 4 năm 2022

Chỉnh sửa ngày 6 tháng 5 năm 2022; Chấp nhận đăng ngày 13 tháng 5 năm 2022

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá vai trò vĩ phẫu thuật trong điều trị u vùng tuyến tùng.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả 18 bệnh nhân u vùng tuyến tùng đã được điều trị vĩ phẫu thuật tại BV Nhi đồng 2 từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2022.

Kết quả: Chúng tôi ứng dụng 3 đường mổ chính cho u vùng tuyến tùng: đường mổ xuyên thể chai, đường mổ chằm - xuyên lều và đường mổ dưới lều - trên tiểu não. Tỷ lệ lấy toàn bộ và gần hết u đạt 84%. Trong đó, hai đường mổ xuyên thể chai và chằm - xuyên lều được sử dụng nhiều nhất 89%. Có 1 trường hợp tử vong (5,5%). Tỷ lệ biến chứng 16% với một bệnh nhân bị giảm thị lực tạm thời và hai bệnh nhân bị tụ dịch dưới màng cứng.

Kết luận: Ngày nay, điều trị cho các sang thương vùng tuyến tùng cần kết hợp đa mô thức. Vĩ phẫu thuật cần thiết trong khoảng 2/3 trường hợp. Mỗi đường mổ đều có ưu khuyết điểm riêng. Việc lựa chọn đường mổ phù hợp tùy thuộc vào nhiều yếu tố và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Từ khóa: U vùng tuyến tùng; đường mổ xuyên thể chai, dưới lều - trên tiểu não, chằm - xuyên lều.

I. Mở đầu

U vùng tuyến tùng là những loại u khá hiếm gặp. U thường gặp ở trẻ em, chiếm 3-8% u não trẻ em [1-3]. Giải phẫu bệnh lý rất đa dạng, có khi hoàn toàn lành tính, có khi rất ác tính (có trên 17 loại mô học). Có hai vấn đề lớn đã được đặt ra: một là giải quyết tình trạng đầu nước đi kèm do khối u gây tắc cống não, hai là chẩn đoán giải phẫu bệnh lý để lựa chọn điều trị thích hợp cho từng loại sang thương. Quan điểm điều trị các loại u

ở vùng này cho đến ngày nay vẫn còn nhiều bàn cãi.

Với u vùng tuyến tùng, trên 90% bệnh nhân nhập viện vì triệu chứng của đầu nước do khối u gây tắc cống não [1,4,5]. Hiện nay, nội soi mờ thông sàn não thất III được xem là phương pháp thay thế dẫn lưu não thất - xoang phúc mạc (VP shunt) hiệu quả với tỷ lệ thành công khoảng 80 - 85%.

Từ những thất bại của mổ trực tiếp vào vùng tuyến tùng với tỷ lệ tử vong rất cao 50 - 90% những năm 1930. Xạ trị "mù" một cách thường qui được xem là trị liệu tiêu chuẩn được khởi xướng bởi Toldkidsen năm 1948 kéo dài đến năm 1980. Sau đó, có hàng loạt những báo cáo về tác dụng phụ của xạ trị

* Tác giả liên hệ

E-mail address: drthanhan@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v6i4.431>

trên những bệnh nhân u vùng tuyến tủy như giảm chỉ số thông minh, tăng tần suất u màng não, giảm tri giác, suy trực hạ đồi - tuyến yên... Hơn nữa, khoảng 35 - 50% u vùng này là lành tính hoàn toàn hay kém nhạy với tia xạ nên việc xạ trị thường qui là không thích hợp. Từ đó, vấn đề chẩn đoán giải phẫu bệnh lý trở nên rất quan trọng, quyết định chiến lược điều trị [2,3,5-7].

Từ năm 2010, chúng tôi đã báo cáo 40 trường hợp được mổ nội soi mở thông sàn não thất III và sinh thiết u vùng tuyến tủy cho những kết quả ban đầu [1]. Tuy nhiên, vẫn có khoảng 2/3 trường hợp phải cần đến vi phẫu thuật cho những sang thương hoàn toàn lành tính không có chỉ định hoá/xạ trị, hoặc những trường hợp đã sinh thiết (qua nội soi hoặc khung định) cho kết quả âm tính, hoặc những trường hợp u tế bào mầm ác tính nhưng không đáp ứng hoặc chỉ đáp ứng một phần với hoá/xạ trị.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu trên 18 bệnh nhân (BN) u vùng tuyến tủy được phẫu thuật vi phẫu tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN u vùng tuyến tủy được mổ vi phẫu lấy u.

Tiêu chuẩn loại trừ:

1. BN đã được mổ vi phẫu ở BV khác trước đó nhưng không lấy được u hoặc không có kết quả giải phẫu bệnh phù hợp.

2. BN mất dấu trong thời gian nghiên cứu.

Chỉ định mổ vi phẫu của chúng tôi:

1. U có markers α FP, β HCG trong máu/dịch não tủy âm tính

2. U lành tính (trên CT scan và MRI).

3. U đã sinh thiết (qua nội soi) âm tính hoặc không sinh thiết được

4. U được hoá/xạ nhưng không đáp ứng.

Phương pháp nghiên cứu:

Đây là một nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca. BN nhập viện được thu thập các dữ kiện lâm sàng, hình ảnh học trước, sau mổ. Các chất đánh dấu u như α FP, β HCG được thử trong máu và dịch não tủy trong lúc được đặt VP shunt hoặc mổ nội soi.

Chúng tôi sử dụng sử dụng ba đường mổ vi phẫu chính cho u vùng tuyến tủy: đường mổ xuyên thể chai, đường mổ chằm - xuyên lều, đường mổ dưới lều - trên tiểu não.

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 13.0

III. Kết quả

Tuổi

Trong 18 BN nghiên cứu có độ tuổi từ 5 tháng đến 15 tuổi. Trong đó, chủ yếu tập trung nhóm < 10 tuổi chiếm 95%.

Giới

Tỉ lệ nam/nữ = 2/1.

Đặc điểm giải phẫu bệnh

Bảng 1. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	BN	Tỉ lệ (%)
U tế bào mầm	6	33
U tế bào tuyến tủy	2	11
U nguyên bào tuyến tủy	1	5
Nang thượng bì	1	5
U quái trưởng thành	4	22
PNET	1	6
U sao bào độ II	1	6
U sao bào độ IV	1	6
U nhú tuyến tủy	1	6
Tổng	18	100

Về mức độ lấy hết u được chia làm 4 mức độ dựa trên đánh giá trong mổ vi phẫu và CT scan hoặc MRI sau mổ: lấy toàn bộ u (lấy hết u về mặt đại thể), lấy gần hết u (> 90%), lấy bán phần u (50 - 90%), sinh thiết u (<50%). Tỷ lệ lấy toàn bộ u và gần hết u đạt 84%. Chúng tôi chỉ lấy bán phần u trong 2 trường hợp do khối u dính chắc vào tĩnh mạch Galen, trong lúc bóc tách gây chảy máu nhiều nên chủ động ngừng cuộc mổ sớm. Có 1 trường hợp BN 5 tháng tuổi với khối u tuyến tủy rất lớn, chúng tôi chỉ sinh thiết u qua vi phẫu cho kết quả u mầm bào và BN được hoá trị sau đó. Chúng tôi chụp lại CT scan thường qui cho tất cả BN sau mổ 24 - 48h để đánh giá các biến chứng phẫu thuật (nếu có) và mức độ lấy u. Có 10 BN u ác tính được chụp lại MRI não sau mổ, trước khi quyết định bắt đầu hoá/xạ trị hỗ trợ.

Bảng 2. Tỷ lệ lấy u vi phẫu

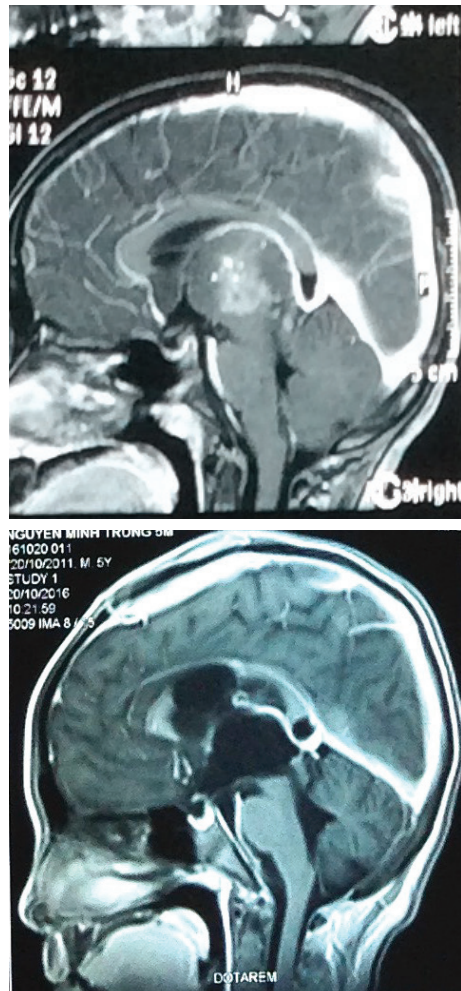
Tỷ lệ lấy u vi phẫu	Tỷ lệ (%)
Toàn bộ u	56
Gần hết u	28
Bán phần u	11
Sinh thiết	5
Tổng	100

Lựa chọn đường mổ

Hai đường mổ được sử dụng nhiều nhất là xuyên thể chai và chằm - xuyên lều 89% trường hợp.

Bảng 3. Các đường mổ

Đường mổ	Tỷ lệ (%)
Xuyên thể chai	33
Chằm - xuyên lều	56
Dưới lều - trên tiểu não	11
Tổng	100



Hình 1. U quái tuyến tủy trước và sau mổ qua đường xuyên thể chai

Biến chứng mổ vi phẫu

Tỷ lệ biến chứng thần kinh của chúng tôi là 16%. Có hai trường hợp dùng đường mổ xuyên thể chai bị tụ dịch não tủy dưới màng cứng và một trường hợp dùng đường mổ chằm - xuyên lều bị giảm thị lực tạm thời sau mổ vài tuần và phục hồi hoàn toàn sau đó. Chúng tôi có 1 trường hợp tử vong (chiếm tỷ lệ 5,5%) do sau mổ bị rối loạn điện giải nặng, trạng thái động kinh và xuất huyết não thùy chằm khi sử dụng đường mổ chằm - xuyên lều. Có hai trường hợp khối u dính vào tĩnh

mạch Galen trong lúc bóc tách gây chảy máu tĩnh mạch, chúng tôi chủ động chừa lại một phần u và cầm máu bằng ép Spongel. Sau mổ cả hai ca đều không có nhồi máu hạch nền do tắc tĩnh mạch sâu. Có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ cần cắt lọc, khâu da thứ cấp.

IV. Bàn luận

Sự thay đổi trong điều trị và vai trò phẫu thuật vi phẫu

Sau những thất bại đầu tiên từ những năm trước 1920 như thừa nhận bởi Havey W.Cushing “Tôi chưa bao giờ bộc lộ u tuyến tủy đủ tốt để có thể tự tin cố gắng lấy được nó” [3]. Tuy nhiên, do những hạn chế về phương tiện và kỹ thuật mổ trong giai đoạn này mà vấn đề mổ hở trực tiếp vào một phẫu trường rất sâu sẽ không có được sự quan sát tốt và nguy cơ gây tổn thương các cấu trúc thần kinh - mạch máu xung quanh.

Trong thập niên 1920 - 1930, các tác giả Dandy, Foerster, Krause cố gắng phẫu thuật lại u tuyến tủy với nhiều đường mổ khác nhau với tỉ lệ tử vong rất cao 70 - 90%. Cho đến khi phẫu thuật VP shunt được phát triển năm 1960, điều trị tiêu chuẩn cho u tuyến tủy là đặt VP shunt + xạ trị thường qui. Tỉ lệ tử vong giảm chỉ còn 5% [3]. Tuy nhiên, hàng loạt các biến chứng được phát hiện như suy giảm chỉ số IQ, rối loạn nội tiết trung ương, giảm thị lực, tỉ lệ xuất hiện u màng não tăng cao bất thường ở những trẻ u tuyến tủy còn sống từng được xạ trị trước đó. Từ đó, quan điểm này không còn được ủng hộ rộng rãi nữa.

Đến thập niên 1980 - 1990, sự ra đời của khung sinh thiết Stereotaxy và dụng cụ nội soi, việc cố gắng chẩn đoán mô học các loại u vùng tuyến tủy bằng sinh thiết đã làm thay đổi phác đồ điều trị. Tất cả các loại u tế bào mầm ác tính sẽ được điều trị hoá/xạ trị trước,

nếu không đáp ứng thì mới đặt vấn đề phẫu thuật. Tỉ lệ tử vong của phác đồ này là 1,3%. Ngày nay, đây là phác đồ được ủng hộ rộng rãi nhất.

Từ năm 2010, chúng tôi đã có báo cáo đề tài “Vai trò phẫu thuật nội soi mở thông sàn não thất III và sinh thiết u vùng tuyến tủy” cho kết quả chẩn đoán mô học dương tính 91,7%, kiểm soát được đầu nước 87,5% và tỉ lệ tử vong là 4,2% [1]. Tuy nhiên, do chưa có kinh nghiệm mổ lấy u tuyến tủy vi phẫu nên các BN trong giai đoạn này chỉ được hoá/xạ trị đơn thuần mà không được mổ lấy u.

Ngày nay, với sự hiểu biết tốt hơn về vi giải phẫu các cấu trúc thần kinh - mạch máu vùng này, sự hỗ trợ của kính hiển vi phẫu thuật, sự chọn lựa các đường mổ khác nhau đã giúp cho phẫu thuật vùng này ngày càng an toàn hơn [2, 3, 7, 8]. Tỉ lệ tử vong chung sau mổ 5 - 10%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng, tử vong do phẫu thuật 5,5% [2]. Từ năm 2016, chúng tôi đã tiến hành mổ vi phẫu lấy u tại BV Nhi đồng 2. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 1 trường hợp tử vong liên quan đến phẫu thuật (chiếm 5,5%) do rối loạn điện giải nặng, trạng thái động kinh và nhồi máu thùy chẩm sau mổ.

Lựa chọn đường mổ:

Vì tuyến tủy nằm ở trung tâm của não bộ, ngay vị trí khuyết lều tiểu não. Nếu lấy lều tiểu não làm ranh giới thì có thể chia làm hai nhóm đường mổ lớn. Nhóm đi từ dưới lều lên và nhóm đi từ trên lều xuống. Mỗi đường mổ đều có ưu khuyết điểm riêng.

Năm 1913, Krause mô tả đường mổ đi theo mặt trên của tiểu não và mặt dưới lều tiểu não bằng cách mở sọ hở sau hai bên, vén tiểu não xuống và đi thẳng ở giữa trực tiếp vào tuyến tủy từ phía sau. Sau đó, được Stein (năm 1971) phát triển rộng rãi gọi là đường

mỏ “Dưới lều - trên tiểu não” [3]. Jeffrey Bruce (2009) sử dụng đường này rất nhiều 70% trường hợp với BN tư thế ngồi [3]. Theo báo cáo của Nguyễn Văn Hưng (2015) và của chúng tôi (2018) chỉ là 2% và 11% [2]. Có lẽ ở Việt Nam không ưu chuộng đường này vì sự hạn chế mổ tư thế ngồi và phẫu thuật viên không thoải mái. Chúng tôi thường chọn đường mổ này khi cần sinh thiết hoặc chỉ lấy bán phần u. Chúng tôi chỉ mổ tư thế nằm sấp, không mổ tư thế ngồi nhất là trẻ nhỏ < 3 tuổi. Mổ tư thế ngồi cần phối hợp với bác sĩ gây mê thật tốt để tránh nguy cơ thuyên tắc khí và khung cố định đầu bằng đinh không an toàn khi sử dụng cho trẻ quá nhỏ.

Chúng tôi nhận thấy ưu điểm của đường mổ trên tiểu não - dưới lều này là ít gây tổn thương mô não, đường vào ngắn nhất và vào ngay trung tâm tuyến tủy, thấy ngay tĩnh mạch Galen và Rosenthal từ đầu. Nhược điểm là phẫu trường hẹp, phải hy sinh các tĩnh mạch liên lạc mặt trên thủy nhộng và vén tiểu não xuống nhiều (nên nhiều tác giả chọn mổ tư thế ngồi cho tiểu não tự rớt xuống theo trọng lực nhưng dễ gây thuyên tắc khí), rất khó kiểm soát được mặt dưới và mặt trước khối u, bất lợi lớn nhất là khi hướng lều tiểu não đi quá chéo lên trên, phẫu thuật viên cần di chuyển góc nhìn lên trên - xuống dưới nhiều nên rất không thoải mái. Đường mổ này chỉ định trong những trường hợp u nhỏ, ở trung tâm tuyến tủy, không phát triển xuống dưới, lên trên hay sang bên nhiều.

Năm 1920, Dandy mô tả đường mổ “Xuyên thể chai sau” bằng cách mở sọ đỉnh - chẩm một bên qua đường giữa, vén mặt trong thủy đỉnh qua khe liên bán cầu, xẻ 1/3 sau thể chai vào vùng tuyến tủy hướng từ trên xuống giữa hai tĩnh mạch não trong. Sau đó, Micheal Apuzzo mô tả đường mổ “Xuyên thể chai trước” tiếp cận vào phần sau não thất III

và tuyến tủy. Sau khi xẻ thể chai 1/3 trước, có 3 đường chính đi vào vùng này là giữa hai vòm não, xuyên khe mạch mạc hay qua lỗ Monro.

Chúng tôi sử dụng đường mổ xuyên thể chai trong 33% trường hợp, so với Nguyễn Văn Hưng 43% và Bruce 10% [2-3]. Chúng tôi nhận thấy đường mổ này có ưu điểm tiếp cận khối u từ mặt trước - trên, tránh được tĩnh mạch Galen và Rosenthal từ đầu, kiểm soát được nguồn nuôi u từ các động mạch mạc sau, phẫu trường khá rộng rãi khi có dẫn não thất trước mổ. Nhược điểm là phẫu trường rất sâu, phải thao tác gần tĩnh mạch não trong nên dễ tổn thương các tĩnh mạch này, tổn thương vòm não hay đồi thị, khó kiểm soát mặt sau khối u. Chúng tôi thường sử dụng cho những khối u lớn, phát triển nhiều lên trên khuyết lều hoặc ra trước vào trong não thất III.

Năm 1928, Foerster đề nghị đường mổ “Chẩm - Xuyên lều”. Sau đó, Poppen (1966) mô tả chi tiết với mở sọ chẩm một bên qua hội lưu Herophil, xoang dọc trên và xoang ngang, vén thủy chẩm vào góc liềm não - lều tiểu não, xẻ lều tiểu não và tiếp cận vào tuyến tủy từ trên xuống theo hướng sau bên. Chúng tôi sử dụng đường chẩm - xuyên lều cho 56% trường hợp so với Nguyễn Văn Hưng 53% và Bruce 20% [2-3].

Chúng tôi nhận thấy đường mổ này phẫu trường khá rộng, thấy rõ tĩnh mạch Galen, Rosenthal và tĩnh mạch não trong cùng bên, kiểm soát mặt sau và dưới khối u tốt, có thể kết hợp xẻ một phần nhỏ thể chai đoạn splenium để thấy phần khối u trong não thất III. Nhược điểm là cần vén phần thủy chẩm thị giác nên dễ gây ảnh hưởng thị lực một bên, cần bóc tách lớp màng nhện dày để bộc lộ rõ các tĩnh mạch lớn trước khi lấy u, khó kiểm soát mặt u bên đối diện do vương thủy chẩm

đôi bên. Tuy nhiên, đây là một trong những đường mổ được ưu chuộng vì những ưu điểm của nó, sự thoải mái cho phẫu thuật viên và nhất là khi đường mổ dưới lều - trên tiểu não không sử dụng được. Chúng tôi thường dùng đường mổ này khi khối u lớn phát triển nhiều hướng xuống hố sau, lên trên thể chai, hoặc sang bên.

Ngoài ra, một số đường mổ khác đi qua vỏ não vào não thất bên từ sừng thái dương và sừng chẩm đã được mô tả nhưng do tỉ lệ biến chứng và tử vong cao, cũng như khả năng lấy u khó nên hiếm được sử dụng. Nguyễn Văn Hưng chỉ dùng đường xuyên não thất trong 2% trường hợp, còn Bruce và chúng tôi không sử dụng.

Chúng tôi lựa chọn đường mổ dựa trên nhiều yếu tố. Đầu tiên chúng tôi xem lều tiểu não nếu đi quá dốc ($> 45^\circ$) thì không nên dùng đường dưới lều - trên tiểu não vì chúng tôi mổ tư thế nằm sấp nên bệnh nhân sẽ phải cúi đầu nhiều có thể gây chèn ép tĩnh mạch cảnh trong gây phù não. Thứ hai là tìm tĩnh mạch Galen trên hình MRI sagital, nếu tĩnh mạch bị khối u đẩy ra sau thì không nên sử dụng đường dưới lều trên tiểu não, nếu tĩnh mạch bị đẩy lên trên không nên dùng đường xuyên thể chai, nếu tĩnh mạch bị đẩy ra trước thì ưu tiên dùng đường dưới lều - trên tiểu não hoặc chẩm - xuyên lều. Yếu tố thứ ba là hướng phát triển khối u, nếu u ở ngay trung tâm (thường nhỏ < 3 cm) có thể dùng tốt cả 3 đường thông dụng, nếu u lớn phát triển ra trước - lên trên nên dùng đường xuyên thể chai, nếu phát triển hướng xuống - sang bên nên dùng đường chẩm - xuyên lều. Rất hiếm khi cần phải dùng nhiều đường phối hợp trên - dưới lều như Sekhar mô tả vì phải cắt bỏ xoang tĩnh mạch ngang. Đối với những trường hợp u quá lớn > 6 cm, hoặc u dính vào các cấu trúc thần kinh - mạch máu quan

trọng, nhất là các tĩnh mạch sâu và đồi thị thì không nên cố gắng lấy hết u.

Mức độ lấy u

Tuỳ theo đánh giá trên MRI trước mổ nghĩ nhiều đến u tế bào mầm (có trên 2 sang thương tuyến tùng + trên yên; u bắt thuốc cản từ mạnh, đồng nhất, hạn chế khuyết tán trên DWI) và các marker α FP, β HCG trong máu/dịch não tủy âm tính, chúng tôi không chủ trương mổ lấy hết u mà chỉ sinh thiết hay bán phần u. Trong nghiên cứu này có 3 trường hợp chúng tôi chỉ sinh thiết hoặc lấy bán phần u do nghĩ nhiều u tế bào mầm. Sinh thiết lạnh trong mổ là một kỹ thuật tốt nếu nghĩ nhiều đến u tế bào mầm trong mổ để tránh cuộc mổ lớn, nguy cơ cao không cần thiết. Tại BV chúng tôi thì chưa thực hiện sinh thiết lạnh cho u tuyến tùng.

Tất cả những khối u nghĩ nhiều lành tính hoặc ác tính nhưng không giống u tế bào mầm trên MRI trước mổ, chúng tôi đều chủ trương cố gắng lấy u càng nhiều càng tốt, lấy hết u nếu có thể. Khả năng lấy hết u của chúng tôi là 56% hầu hết đó là u quái trưởng thành, u tế bào đệm grade thấp, nang thượng bì. Những khối u này có thường đặc điểm hoặc có vỏ bao rõ, ít dính hoặc mô mềm dễ hút bởi CUSA hoặc ít chảy máu, thuận lợi khi lấy hết u. Tuy nhiên, có 39% chúng tôi chỉ lấy bán phần u hoặc để lại một phần nhỏ u. Đó là do những khó khăn trong lúc mổ như u chảy máu nhiều khó cầm, u dính chắc vào tĩnh mạch Galen và các tĩnh mạch lớn khác không bóc tách được, hoặc phần u nằm trong góc khuất của phẫu trường... Chúng tôi phải để lại một phần u để tránh tổn thương thêm và các biến chứng thần kinh - mạch máu nghiêm trọng.

V. Kết luận

Ngày nay với sự phát triển của vi phẫu thuật, vấn đề mổ trực tiếp vào vùng tuyến

tùng ngày càng an toàn hơn với tỉ lệ tử vong 5 - 10%. Tuy nhiên, chỉ khoảng 2/3 các sang thương vùng này (hoặc là u lành tính, hoặc ác tính mà không nhạy hoá/xạ trị) cần đến phẫu thuật lấy u nên việc chẩn đoán mô học trước bằng sinh thiết có thể tránh được phải mổ lớn tiềm ẩn nhiều nguy cơ.

Việc chọn lựa đường mổ nào tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Không có một đường mổ nào có ưu điểm tuyệt đối. Những trường hợp u lớn, dính nhiều vào các cấu trúc thần kinh - mạch máu quan trọng luôn được khuyến cáo nên để lại để tránh những biến chứng thần kinh nghiêm trọng.

Tài liệu tham khảo

- [1] Can DDT. Endoscopic third ventriculostomy and biopsy of the pineal region tumors. *Journal of Medicine in Ho Chi Minh City*. 2010;14:1-10 (in Vietnamese)
- [2] Hung NV. Results of pineal region tumors treatment. Hanoi Medical University 2015. (in Vietnamese)
- [3] Sonabend AM, Bowden S, Bruce JN. Microsurgical resection of pineal region tumors. *J Neurooncol* 2016;130(2):351-366. <https://doi.org/10.1007/s11060-016-2138-5>
- [4] Teo C, Young R 2nd. Endoscopic management of hydrocephalus secondary to tumors of the posterior third ventricle. *Neurosurg Focus* 1999;7(4):e2. <https://doi.org/10.3171/foc.1999.7.4.4>
- [5] Yamini B, Refai D, Rubin CM et al. Initial endoscopic management of pineal region tumors and associated hydrocephalus: clinical series and literature review. *J Neurosurg* 2004;100(5 Suppl Pediatrics):437-441. <https://doi.org/10.3171/ped.2004.100.5.0437>
- [6] Oi S, Shibata M, Tominaga J et al. Efficacy of neuroendoscopic procedures in minimally invasive preferential management of pineal region tumors: a prospective study. *J Neurosurg* 2000;93(2):245-253. <https://doi.org/10.3171/jns.2000.93.2.0245>
- [7] Shepard MJ, Haider AS, Prabhu SS et al. Long term outcomes following surgery for pineal region tumors. *J Neurooncol* 2022;156(3):491-498. <https://doi.org/10.1007/s11060-021-03919-z>
- [8] Choque-Velasquez J, Resendiz-Nieves J, Jahromi BRe et al. Extent of Resection and Long-Term Survival of Pineal Region Tumors in Helsinki Neurosurgery. *World Neurosurg* 2019;131:e379-e391. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.07.169>