ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO HỐ SAU

Đỗ Hồng Hải*, Huỳnh Lê Phương**

TÓM TẮT

***Mục tiêu**: đánh giá các dạng u màng não hố sau bao gồm vị trí, giải phẫu bệnh, phương pháp phẫu thuật và kết quả.*

***Phương pháp**: nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 44 bệnh nhân với chẩn đoán là u màng não hố sau, dữ liệu được thu thập và phân tích dựa trên hồ sơ bệnh án. Tất cả bệnh nhân đều được thăm khám tổng quát và thần kinh tiền phẫu, chụp MRI có thuốc cản quang và không thuốc cản quang, phương pháp phẫu thuật tiếp cận u dựa theo vị trí và sở thích của phẫu thuật viên. Các bệnh nhân đều được chụp CT có cản quang sau mổ hoặc MRI cản quang và không cản quang.*

***Kết quả**: 8 bệnh nhân nam và 36 bệnh nhân nữ. Độ tuổi từ 35-69, cá triệu chứng bao gồm đau đầu (75%), hội chứng tiểu não (60%), tổn thương dây sọ (36%) và rối loạn thính giác (6.8%). Hầu hết bệnh nhân (45,5%) là u màng não góc cầu tiểu não trong khi đó ít nhất 11,4% là u màng não lỗ chẩm. Phẫu thuật tiếp cận bao gồm sau xoang xích ma (retrosigmoid) 45,5%, xuyên xương đá (20,5%) và xuyên lồi cầu 11,4%. Phẫu thuật lấy hết u 75%, lấy một phần 25%. Các biến chứng khác gồm giảm tri giác, liệt dây thần kinh sọ, nhiễm trùng vết mổ và viêm màng não.*

***Kết luận**: đường phẫu thuật sau xương đá hiệu quả và an toàn dung phẫu thuật lấy u màng não ở vi trí góc cầu tiểu não, vùng đính, liêm não xâm lấn xuống dưới vào hố sau. Đường phẫu thuật dưới chẩm có thể được sử dụng an toàn lấy u màng não lỗ chẩm. U màng não mặt dốc xương đá có tần suất bệnh và gây triệu chứng cao nhất.*

***Từ khóa**: U não, u màng não, hố sọ sau*

ABSTRACT

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR CRANIAL POSTERIOR FOSSA MENINGIOMAS

Do Hong Hai, Huynh Le Phuong

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 19 - No 6 - 2015: 5 - 9

***Object**: studying different aspects of posterior fossa meningioma regarding location,histology, surgical approaches and outcome*

***Methods**: Retrospective study including 44 patients diagnosed with posterior fossa meningioma was included in the study. Data were obtained from the files of the patients and were analyzed. All patients had preoperative complete general and neurological examination, MRI of the brain with and without Gadolinium. Different surgical approaches were utilized in the study depending on the tumor location and the surgeon's preference. Postoperatively, all patients had a postoperative CT scan of the brain with contrast. Some patients had also MRI of the brain with and without Gadolinium.*

***Results:** 38 of the patients were females and 8 were males. The age ranged from 35 to 69. Symptoms included headache (75%), cerebellar manifestations (60%), cranial nerve affection (36%) and hearing disturbances (6.8%). Most of the cases (45.5%) were cerebellopontine angle meningioma while the least (11.4%) were foramen magnum meningioma. Surgical approaches used included retrosigmoid approach (45.5%), transpetrosal approach*

* Bộ môn Ngoại thần kinh, Khoa Y Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

** Khoa Ngoại thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy

Tác giả liên lạc: PGS, TS, BS Huỳnh Lê Phương *ĐT*: 0909225188 *Email* phuongsds@yahoo.com

(20.5%) and transcondylar approach (11.4%). Tumor removal was total in 75% of cases and partial in 25%. Postoperative mortality was present in 5% of cases. Morbidity included decreased level of consciousness, cranial nerve palsy and wound infection.

***Conclusion**: Retrosigmoid approach is effectively and safely used for cerebellopontine angle meningioma, convexity menigioma and lateral tentorial meningioma extending inferiorly to the posterior fossa. Suboccipital approach can be used safely for posterior foramen magnum meningioma.*

***Key words**: Brain tumor, Intracranial meningioma, cranial posterior fossa.*

MỞ ĐẦU

U màng não có nguồn gốc xuất phát từ màng não bao quanh hệ thống thần kinh trung ương. Đây là loại u tân sinh nguyên phát hay gặp chiếm khoảng 1/3 các loại u não. U phát triển lên từ các tế bào hạt màng nhện trong màng não, thường lành tính, tuy nhiên cũng có một số trường hợp chuyển hóa ác tính. Thuật ngữ "u màng não" được sử dụng đầu tiên bởi Harvey Cushing năm 1922. Từ đó đã có nhiều báo cáo đề xuất phân loại u màng não phân chia thành các nhóm phụ dựa trên cấu trúc mô học. Năm 1979, Tổ chức Y Tế Thế Giới (WHO) đã phân chia u màng não thành 7 nhóm phụ. Sau đó vào năm 2000 WHO đề xuất cải tiến thành một hệ thống phân loại với 9 loại u phân độ thấp trong nhóm độ I, 3 loại trong nhóm độ II và cuối cùng là u màng não độ III. Trong nhóm phụ thì u màng não dạng biểu mô chiếm tỉ lệ cao nhất (63%), chuyển dạng hoặc loại hỗn hợp 19%, xơ hóa 13%, và dạng tế bào thể cát chiếm 2%.

Do tính chất u màng não là thương tổn có dạng vỏ bao, phát triển chậm, diễn tiến nhiều năm. Triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện khi u phát triển lớn đủ gây chèn ép cấu trúc não. Về đại thể u thường có nhiều mạch máu nuôi và chủ yếu là từ các mạch máu màng não. U màng não hố sọ sau được phân loại dựa theo vị trí của u bao gồm: góc cầu tiểu não, mặt dốc xương đá, lều tiểu não và lỗ chẩm, trong đó vị trí u vùng góc cầu tiểu não chiếm đa số. Bệnh cảnh lâm sàng phụ thuộc vào vị trí u và kích thước của u. Các đường phẫu thuật tiếp cận u cơ bản bao gồm sau xoang sigma, cạnh đường giữa, dưới chẩm trên lều, xuyên xương đá, và xuyên lồi cầu.

Với sự phát triển sự dụng kính vi phẫu cùng các trang thiết bị hổ trợ hiện đại, ngày nay việc phẫu thuật u não đã đạt tính hiệu quả và an toàn cao. Tuy nhiên, phẫu thuật hố sọ sau đặc biệt u màng não hố sọ sau đôi lúc vẫn là thử thách cho phẫu thuật viên thần kinh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích khảo sát bệnh cảnh lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật các trường hợp u màng não hố sọ sau tại khoa Ngoại thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2014 đến tháng 6/2015.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu trên 44 bệnh nhân với chẩn đoán là u màng não hố sau, thông tin được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án và sau đó được phân tích. Tất cả bệnh nhân đều được thăm khám tổng quát và thần kinh, chụp MRI có cản từ và không có cản từ, một số bệnh nhân chụp CT scan có cản quang (do có mảnh kim khí nội sọ). Các phương pháp phẫu thuật dựa trên vị trí u và sở trường của phẫu thuật viên bao gồm sau xoang sigma, cạnh đường giữa, xuyên xương đá, dưới chẩm trên lều và xuyên lồi cầu. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CT có cản quang kiểm tra sau mổ, một số bệnh nhân được chụp MRI có cản từ, tất cả mẫu u đều được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

KẾT QUẢ:

***Bảng 1:** Tỷ lệ giới tính*

Giới tính	Số lượng	%
Nam	8	18,2
Nữ	36	81,8
Tổng cộng	44	

Tỷ lệ nữ chiếm đa số hơn tỷ lệ nam.

Bảng 2: *Tỷ lệ độ tuổi*

Tuổi	Số lượng	%
35 - <45	8	18,2
45 - <55	21	47,7
55 - <65	12	27,3
≥65	3	6,8
Tổng		

Tuổi của bệnh nhân từ 35-69 với độ tuổi trung bình là 51. Trong đó thì 55-65 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 75% và ít nhất là độ tuổi ≥65 tuổi.

Bảng 3: *Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng*

Triệu chứng	Số lượng	%
Đau đầu	33	75
Hội chứng tiểu não	26	60
Tổn thương thần kinh sọ	16	36
Rối loạn thính giác	3	6,8

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu (75%) trong khi đó ít nhất là rối loạn thính lực (6,8%).

Bảng 4: *Tỷ lệ vị trí u*

Vị trí	Số lượng	%
Góc cầu tiểu não	20	45,5
Mặt dốc xương đá	8	18,2
Lều tiểu não	9	20,5
Tiểu não	2	4,5
Lỗ chẩm	5	11,3
Tổng cộng	44	100

Trong các vị trí thì góc cầu tiểu não hay gặp nhất (44,5%), kế đến là lều tiểu não (20,5%).

Bảng 5: *Tỷ lệ mô học*

Loại mô	Số lượng	%
Cát	5	11,4
Thượng mô	33	75
Nguyên bào mạch	3	6,8
Không điển hình	3	6,8
Tổng cộng	44	100

Trong các nhóm phụ phân loại theo mô học thì dạng thượng mô chiếm tỷ lệ cao nhất (75%), kế đến là thể cát (mỗi loại 11,4%).

Bảng 6: *Tỷ lệ phương pháp phẫu thuật*

Phương pháp	Số lượng	%
Sau xoang sigma	20	45,5
Xuyên xương đá	9	20,5
Xuyên lồi cầu	5	11,4
Dưới chẩm trên lều	2	4,5
Cạnh đường giữa	8	18,2
Tổng cộng	44	100

Đường phẫu thuật dưới xoang sigma là hay dùng nhất (45,5%), kế đến là xuyên xương đá (20,5%) và ít nhất là dưới chẩm trên lều (4,5%).

Bảng 7: *Tỷ lệ lấy u*

Vị trí	Lấy u một phần	%	Lấy u hoàn toàn	%	Số lượng
Góc cầu tiểu não	5	25	15	75	20
Mặt dốc xương đá	4	44,4	5	55,6	9
Lều tiểu não	0	0	9	100	9
Lỗ chẩm	2	40	3	60	5
Tiểu não	0	0	2	100	2

Tỷ lệ u được lấy hoàn toàn là 75% và không toàn là 25%. Tỉ lệ lấy u hoàn toàn trong nhóm lều tiểu não và tiểu não là 100%.

Bảng 8: *Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu*

Biến chứng	Số lượng	%
Giảm tri giác	5	11,4
Liệt dây thần kinh sọ	10	22,7
Nhiễm trùng	4	9
Rò dịch não tủy	3	6,8
Tử vong	0	0

Tỷ lệ biến chứng hay gặp hậu phẫu là liệt thần kinh sọ (22,7)%, kế đến là giảm tri giác sau mổ chiếm tỷ lệ 11,4% và nhiễm trùng là 9%. Không có bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu này.

BÀN LUẬN

U màng não là một loại u hay gặp chiếm khoảng 1/3 các loại não, nó xuất phát từ tế bào màng nhện, trong đó thì u màng não hố sau thì ít gặp. Đây là một nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân được chẩn đoán u màng não hố sau và được theo dõi trong vòng 6 tháng đến 1 năm. U màng não hố sau được phân loại dựa theo vị trí bao gồm: góc cầu tiểu não, mặt dốc xương đá, lều tiểu não, lỗ chẩm, tiểu não, việc phân loại này đặc biệt quan trọng để quyết định phương pháp phẫu thuật lấy u cũng như tiên lượng kết quả phẫu thuật[2,3].

Tất cả có 40 bệnh nhân được chẩn đoán là u màng não hố sau được đưa vào nghiên cứu. Trong đó 36 ca (81,8%) là nữ, 8 nam (18,2%) là nam (**bảng 1**), tỷ lệ nữ:nam là 4,5:1, điều này hoàn toàn phù hợp với các cuộc nghiên cứu theo y văn ghi nhận là trong u màng não thì tỷ lệ nữ

nhiều hơn nam và thậm chí là chiếm tỷ lệ nhiều hơn đối với u màng não hố sau.

Trong nghiên cứu của William T.Couldwell về u màng não mặt dốc xương đá ghi nhận có 40 nam và 69 nữ với tỷ lệ nam:nữ là 1:1.72[2]. Về độ tuổi thì từ 35-69 chiếm đa số 75%, ≥65 tuổi chiếm tỷ lệ 6,8% (**bảng 2**), hoàn toàn phù hợp với các cuộc nghiên cứu trước đó.

Trong nghiên cứu trên 109 bệnh nhân của mình, William T.Couldwell ghi nhận độ tuổi là từ 25-75 tuổi với tuổi trung bình là 51[2]. Về triệu chứng lâm sàng thì triệu chứng chính và nổi bật nhất là đau đầu chiếm tỷ lệ 75% thường thấy với u ở hố sau bởi vì u gây tắc nghẽn sự lưu thông dịch não tủy. Hội chứng tiểu não đứng hàng thứ 2 (60%) bao gồm rối loạn vận động, rung giật nhãn cầu, loạn tầm vận động, do sự đè ép trực tiếp của u vào tiểu não hoặc chèn ép vào đường dẫn truyền tiểu não trong thân não.

Tổn thương dây thần kinh sọ xuất hiện trong 16 ca (36,4%) bao gồm chèn ép dây thần kinh tiền đình ốc tai (8 ca), dây V (6 ca), dây VII (8 ca) và các dây sọ thấp trong 6 ca. Rối loạn thính giác trong 3 ca (6,8%) (**bảng 3**). Fabio Robert và cộng sự trong nghiên cứu của mình về u màng não hố sau đã báo cáo các triệu chứng đau đầu (50%) và rối loạn tư thế (44%) là hay gặp nhất và tổn thương dây thần kinh sọ là triệu chứng thần kinh hay gặp nhất[4]. Hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

U màng não góc cầu tiểu não gặp trong 20 trường hợp (45,5%), đây là vị trí hay gặp nhất. Mặt dốc xương đá chiếm tỷ lệ 18,2%, lều tiểu não (20,5%), lỗ chẩm (11,3%) và cuối cùng là tiểu não (4,5%)[3] (**bảng 4**). Roberti F. và cộng sự đã báo cáo 161 ca u màng não hố sau, trong đó mặt dốc xương đá 110 ca, lổ chẩm 21 ca, bán cầu tiểu não, lều tiểu não 14 ca, góc cầu tiểu não 9 ca và lổ cảnh 7 ca. Sự khác nhau về tỷ lệ vị trí u giữa nghiên cứu này với nghiên cứu của chúng tôi có lẽ là do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn.

Các mẫu u đều được xét nghiệm giải phẫu bệnh và ghi nhận dạng thượng mô chiếm tỷ lệ cao nhất (75%), kế đến là thể cát chiếm tỷ lệ 11,4%. Dạng không điển hình và nguyên bào mạch máu chiếm tỷ lệ như nhau (6,8%) (**bảng 5**). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với u màng não trên lều, trong đó dạng thượng mô chiếm tỷ lệ cao nhất nhưng hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu khác về u màng não hố sau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì đường tiếp cận sau xoang sigma là hay dùng nhất (45,5%). Nguyên nhân có lẽ là do đường tiếp cận này hoàn toàn quen thuộc với chúng tôi và có thể giải quyết được hầu hết các trường hợp u màng não hố sau. Đường xuyên xương đá được sử dụng trong 8 ca, đường xuyên lồi cầu được dùng trong 5 ca để lấy u màng não ở mặt trước lỗ chẩm.

Về việc lấy hết u hay không phụ thuộc vào vị trí u, độ khó của việc lấy u và khả năng làm tổn hại đến các cơ quan quan trọng xung quanh[6]. 25% u màng não góc cầu tiểu não được lấy một phần, bởi vì các u này đều nằm ở phía trước lỗ ống tai trong hay bao quanh các dây thần kinh sọ nên rất khó khăn trong việc lấy u và đều phải chừa lại một phần u để bảo tồn chức năng thần kinh sọ. Trong khi đó 15 ca với u nằm ở phía sau lổ thính giác trong đều được lấy hoàn toàn (75%). Trong 9 ca u nằm ở mặt dốc xương đá, lấy trọn u trong 4 trường hợp. 5 trường hợp còn lại không lấy hết u vì rất khó khăn do u nằm sâu bao quanh các cấu trúc thần kinh mạch máu. Tất cả 9 ca u nằm ở lều tiểu não cũng như 2 ca tiểu não đều được lấy hết hoàn toàn. 2 ca u ở lỗ chẩm chỉ lấy được bán phần u do u dính chặc và bao quanh động mạch đốt sống[3] (**bảng 7**). Từ những kết quả như mong đợi này thì chúng tôi thấy những u càng nằm nông thì càng dễ dàng lấy hết u. Trong nghiên cứu 161 ca u màng não hố sau thì Fabio Robertia ghi nhận lấy toàn bộ u trong 57%, một phần hoặc gần hết trong 43%. Những kết quả này hoàn toàn tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Về biến chứng thì hay gặp nhất là giảm tri giác trong 10 ca (11,4%), giảm tri giác nhất thời trong 8 ca và vĩnh viễn trong 2 ca. Liệt dây thần

kinh sọ trong 10 ca, trong đó 4 ca là dây VII, 2 ca là dây thần kinh sọ thấp, trong 4 ca liệt dây VII thì 2 ca hồi phục dần, 2 ca liệt không hồi phục (độ 4). Nhiễm trùng gặp trong 4 ca và đều là viêm màng não, đáp ứng với điều trị kháng sinh. Rò dịch não tủy 4 ca (10%) và đều đáp ứng với điều trị nội khoa bằng dẫn lưu thắt lưng. Roberti F ghi nhận rò dịch não tủy trong 22 ca (13,6%). Cudlip SA và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tử vong là 11% với 52 ca u màng não hố sau(1).

KẾT LUẬN

U màng não hố sau hầu hết là u lành tính, hay gặp ở nữ nhiều hơn nam, phương pháp tiếp cận sau xoang sigma thì hiệu quả và an toàn để phẫu thuật u góc cầu tiểu não nằm phía sau lỗ thính giác trong, và lều tiểu não, phương pháp tiếp cận xuyên lồi cầu có thể sử dụng an toàn cho u màng não ở lổ chẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Couldwell William T. Asymptomatic meningiomas. J Neurosurg 2006;105(4):536–7
2. Couldwell William T, Cole Chad D, Al-Mefty Ossama. Patterns of skull base meningioma progression after failed radiosurgery. J Neurosurg 2007;106(1):30–5.
3. Fric Radek, Kristian Eide Per. The presigmoid approach for removal of tumours causing ventral compression of the brainstem. Surgical results and postoperative quality of life. Br J Neurosurg 2011;25(1):86–93.
4. Ichinose Tsutomu, Goto Takeo, Ishibashi Kenichi, Takami Kenji, Ohata Kenji. The role of radical microsurgical resection in multimodal treatment for skull base meningioma. J Neurosurg 2010;113(5):1072–8.
5. Kizana E, Lee R, Young N, et al. A review of the radiological features of intracranial meningiomas. Australas Radiol 1996;40(4):454–62.
6. Kusumi Mari, Fukushima Takanori, Mehta Ankit I, Aliabadi Yoichi, Nonaka Yoichi, Friedman Allan H, et al. Tentorial detachment technique in the combined petrosal approach for petroclival meningiomas. J Neurosurg 2012;116(3):566–73.
7. Ohba Shigeo, Kobayashi Masahito, Horiguchi Takashi, Onozuka Kazunari, Yoshida Kazunari, Ohira Takayuki, et al. Long-term surgical outcome and biological prognostic factors in patients with skull base meningiomas. J Neurosurg 011;114(5):1278–87.

Ngày nhận bài báo: 30/10/2015

Ngày phản biện nhận xét bài báo :07/11/2015

Ngày bài báo được đăng: 05/12/2015