ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT DỊ DẠNG MẠCH NÃO HỐ SAU

Trần Trung Kiên, Nguyễn Thế Hào*, Phạm Quỳnh Trang*, Phạm Văn Thành Công**

TÓM TẮT

Mục đích: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật dị dạng mạch não hố sau.*

Phương pháp: *nghiên cứu hồi cứu 12 trường hợp được chẩn đoán là dị dạng mạch não hố sau và được can thiệp phẫu thuật.*

Kết quả: *Dị dạng mạch não hố sau là tổn thương ít gặp, tỷ lệ vỡ khối dị dạng chiếm 83,3%, 25% có kèm theo phình động mạch cuống nuôi, phình mạch vỡ gây chảy máu dưới màng nhện. Vị trí: dưới chẩm 33,3%, lều tiểu não 25%, thùy nhộng 8,3%, hạnh nhân tiểu não 25%, dốc nền 8,3%. Đường dưới chẩm là lựa chọn chủ yếu, với tỷ lệ lấy hết khối 66,7%, kẹp động mạch nuôi 25%. Kết quả điều trị tốt 66,7% , 1 trường hợp tử vong.*

Kết luận: *Dị dạng mạch não hố sau là bệnh lý phức tạp và có tỷ lệ chảy máu cao. Đánh giá trước phẫu thuật bằng chụp cắt lớp vi tính đa dãy. Can thiệp phẫu thuật là phương pháp hiệu quả, có tỷ lệ thành công cao.*

Từ khóa: *Dị dạng động tĩnh mạch não, dưới lều*

ABSTRACT

MICROSURGICAL RESULTS OF INFRATENTORIOR ANTERIOVENOUS MALFORMATIONS

Tran Trung Kien, Nguyen The Hao, Pham Quynh Trang, Pham Van Thanh Cong

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 19 - No 6 - 2015: 116 - 119

Objectives: *Evaluation of surgical treatments for infratentorior arteriovenous malformations.*

Methods: *Prospective study of 12 cases infratentorior AVM underwent surgery from 2010 to 2015.*

Results: *infratentorior AVMs are rare, bleeding rate is high 83.3%, 25% associated with pronidal aneurysms. Localizations: 33.3% suboccipital cerebellar, 25% Tentorial cerebellar, 8.3% Vermian Cerebellar, 25% Tonsillar cerebellar, 8.3% Petrosal cerebellar. Suboccipital craniotomy is the approach of choice. 66.7% radical resection. 1 case death.*

Conclusions: *Infratentorior AVMs are rare and comlicated with high bleeding rates. Surgery is an effective treatment with favorable results.*

Keywords: *AVM, infratentorior anteriovenous malformation*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng mạch não (AVM) hố sau chiếm 7-15% các trường hợp dị dạng mạch não trong sọ[3,4]. Các nghiên cứu tập trung vào mô tả khả năng chảy máu và vị trí của khối dị dạng. AVM hố sau có nguy cơ vỡ nhiều hơn trên bán cầu đại não, theo Khaw và cộng sự tỷ lệ vỡ này gấp 2 lần, nghiên cứu tại Toronto 2002, 60% AVM hố sau vỡ và 35% AVM bán cầu đại não vỡ. Tỷ lệ AVM vỡ cao hơn nhiều khi có kèm theo phình mạch của động mạch nuôi.Nhiều tác giả cũng mô tả tỷ lệ tàn phế và tử vong cao trong các trường hợp dị dạng mạch não hố sau vỡ. Với sự phát triển của kỹ thuật can thiệp và hồi sức tỷ lệ chữa khỏi tăng lên 70% , tỷ lệ tử vong dưới 20%[1]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 12 trường hợp AVM hố sau để nghiên cứu kết quả điều trị AVM hố sau.

* Khoa Phẫu thuật Thần Kinh - Bệnh viện Bạch Mai
Tác giả liên lạc: TS BS Nguyễn Thế Hào, *ĐT*: 0989 222 888 , *Email:* ngthehao2002@yahoo.com

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

12 bệnh nhân được chẩn đoán là dị dạng mạch não hố sau từ 2010 đến 2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là AVM hố sau.

- Được can thiệp phẫu thuật, giải phẫu bệnh là AVM.

- Bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân được chẩn đoán là AVM hố sau không được can thiệp phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Tuổi, giới

Biểu hiện khi tai biến: động kinh, đau đầu, giảm tri giác.

Phân loại theo Lawton dựa trên phim chụp MSCT:

1.Dưới chẩm

2.Lều tiểu não

3.Thùy nhộng

4.Hạnh nhân

5.Dốc nền xương đá

Phương pháp phẫu thuật: Lấy khối, kẹp động mạch nuôi, dẫn lưu não thất, lấy máu tụ đơn thuần.

Tất cả các trường hợp được chụp lại MSCT sau mổ.

Kết quả điều trị đánh giá theo thang điểm mRS.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi, giới

Gồm 5 nam, 7 nữ, tỷ lệ Nữ/Nam 1,4/1. Tuổi trung bình là 34,2±20,1

Lâm sàng

Bệnh nhân chủ yếu đến viện vì chảy máu 10/12 trường hợp chiếm 83,3%, có một trường hợp động kinh, một trường hợp đau đầu.

Hình ảnh MSCT

Tất cả các trường hợp đều được chụp MSCT đánh giá

Kích thước khối

Trong khoảng 3 cm^3 đến 14 cm^3 (trung bình 6,3 cm^3).

Phân độ Spetzeler Martin

***Bảng 1:** Phân độ Spetzeler Martin*

Độ	Số lượng	Tỷ lệ%
1	4	33,3
2	5	41,7
3	3	25

Tỷ lệ độ II cao nhất chiếm 41,7%, sau đó là độ I: 33,3%, và độ III là 25%, không có trường hợp nào độ IV, và độ V được can thiệp phẫu thuật.

Vị trí khối

***Bảng 2:** Vị trí khối*

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ%
Dưới chẩm	4	33,3
Lều tiểu não	3	25
Thùy nhộng	1	8,3
Hạnh nhân	3	25
Dốc nền xương đá	1	8,3

Phình mạch cuống nuôi

***Bảng 3:** Phình mạch cuống nuôi:*

PM cuống nuôi	Số lượng	Chảy máu	Tỷ lệ vỡ
Có	4	4	100
Không	8	6	75

Phương pháp điều trị

***Bảng 4:** Phương pháp phẫu thuật*

Phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ
Lấy khối	8	66,7
Kẹp động mạch nuôi	3	25
Lấy máu tụ	1	8,3
Kẹp phình mạch	4	33,3
Dẫn lưu não thất ra ngoài	1	8,3

Kết quả điều trị tốt 66,7%, trung bình 25% và xấu 8,3%.

BÀN LUẬN

Dị dạng mạch não hố sau là tổn thương ít gặp trong các bệnh lý tai biến mạch máu não. Theo Hiroshi Matsumura vs cộng sự trong 10 năm bệnh lý này chiếm 16,7% AVM của não, Evgueni.K. vs cs 2001-2012 có 25/233 trường hợp chiếm 11%.

Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là chảy máu chiếm 83,3%, cao hơn nhiều so với AVM bán cầu đại não. Theo nghiên cứu trên nhiều trung tâm Omar M. Arnaout 207 (84%) các trường hợp AVM hố sau chảy máu, Batjer (1986) là 72% và Symon vs cs (1995) là 85,7%, Kelly vs cs (2008) là 82%[3,4]. Tất cả các tác giả đều kết luận rằng AVM hố sau là một bệnh lý có nguy cơ chảy máu cao, và theo Yamada vs cs, tỷ lệ chảy máu tái phát hàng năm là 6-15%. Có 2 nguyên nhân: thứ nhất: các động mạch cấp máu cho khối dị dạng hầu hết là các nhánh, các nhánh xiên đi trực tiếp từ hệ sống nền, có áp lực cao, thứ hai: theo Vinuela vs cs, tĩnh mạch dẫn lưu về Galen và xoang thẳng quá nhiều so với khả năng đáp ứng[3]. Các yếu tố khác như lứa tuổi, giới, kích thước khối không làm ảnh hưởng tới tỷ lệ vỡ khối dị dạng.

Tỷ lệ dị dạng kèm theo phình động mạch cuống nuôi là 25% , tất cả đều chảy máu do túi phình động mạch vỡ. Theo Evgueni Kouznetsov (2014), có 36% có kèm theo phình động mạch não, tỷ lệ chảy máu não do vỡ phình động mạch não 9/22 trường hợp chiếm 41% trong khi đó tỷ lệ AVM trên lều tiểu não vỡ do phình động mạch não chỉ chiếm 4,7%[4].

Chẩn đoán hình ảnh

Chỉ định phẫu thuật được dựa trên tình trạng lâm sàng, vị trí khối dị dạng và biến chứng vỡ của khối. Tất cả các trường hợp khối dị dạng nằm ở vị trí dưới chẩm, lều tiểu não, và hạnh nhân tiểu não đều được tiến hành lấy hết khối. Có 1 trường hợp AVM thùy nhộng và 1 trường hợp AVM dốc nền xương đa vỡ chảy máu trong não tiểu não và vào trong não thất chúng tôi tiến hành dẫn lưu não thất ra ngoài và lấy máu tụ tiểu não không lấy được khối dị dạng. Theo Adib A. Abla (2014) chỉ định mổ trong trường hợp: 1/ AVM vỡ, 2/ Spetzeler Martin độ I,II[1].

Hình thái của AVM hố sau đa dạng, động mạch cấp máu từ 3 nguồn chính là động mạch tiểu não trên (SCA), động mạch tiểu não sau trên (AICA) và động mạch tiểu não sau dưới (PICA), tùy theo kích thước và khoảng các tới đường giữa mà có thể cấp máu bới các động mạch một bên hay hai bên. Đa số dẫn lưu vào tĩnh mạch Galen, và xoang thẳng, nếu AVM ở cao dẫn lưu vào xoang ngang, AVM góc cầu dẫn lưu vào xoang đá và xoang ngang.

Phẫu thuật

Đi vào đường dưới chẩm là lựa chọn chính. Đường sau xoang Sigma được chọn để đi vào góc cầu, ngoài ra Matsumura còn sử dụng đường qua lều tiểu não, vén thùy chẩm, cắt lều tiểu não để khống chế động mạch nuôi[1]. Tuy nhiên, việc tiếp cận tới khối gặp phải khó khăn: 1/ Động mạch cấp máu khó tiếp cận theo cùng một đường vào, 2/ Tĩnh mạch dẫn lưu phức tạp và vào sâu, 3/ Khối xâm lấn vào thân não, 4/ Phù não.

Do vậy, chúng tôi kẹp động mạch nuôi 3 trường hợp, 1 trường hợp lấy khối máu tụ đơn thuần, và 1 trường hợp dẫn lưu não thất ra ngoài sau đó mới lấy toàn bộ khối thì 2.

Kết quả thu được khả quan tốt 66,7%, trung bình 25% và 1 trường hợp tử vong.

KẾT LUẬN

Dị dạng mạch não hố sau là tổn thương ít gặp, tỷ lệ vỡ khối dị dạng chiếm 83,3%, 25% có kèm theo phình động mạch cuống nuôi, phình mạch vỡ gây chảy máu dưới màng nhện. Vị trí: dưới chẩm 33,3%, lều tiểu não 25%, thùy nhộng 8,3%, hạnh nhân tiểu não 25%, dốc nền 8,3%. Đường dưới chẩm là lựa chọn chủ yếu, với tỷ lệ lấy hết khối 66,7%, kẹp động mạch nuôi 25%. Kết quả điều trị tốt 66,7% , 1 trường hợp tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abla AA (2014). The natural history of AVM hemorrhage in the posterior fossa: comparison of hematoma volumes and neurological outcomes in patients with ruptured infra and supratentorial AVMs. Neurosurg Focus 37 (3) E6.

2. Kouznetsov E (2014). Association between posterior fossa arteriovenous malformations and prenidal aneurysm rupture: potential impact on management. Neurosurg Forcus 37 (3): E4.
3. Matsumura H, et al (1977). Arteriovenous malformations in the posterior fossa. J Neurosurg 47, 50-56
4. Omar M. Arnaut, B.A (2009). Posterior fossa arteriovenous malformations. Neurosurg Focus 26 (5): E12.

Ngày nhận bài báo: *25/09/2015.*
Ngày phản biện nhận xét bài báo: *27/09/2015.*
Ngày bài báo được đăng: *05/12/2015*