HIỆU QUẢ CỦA VI PHẪU THUẬT U NÃO HỐ SAU TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Trần Hoàng Ngọc Anh,**, Phạm Trung Chính**

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của vi phẫu thuật u não hố sau tại khoa ngoại Thần Kinh bệnh viện Nhân Dân Gia Định.*

Phương pháp: *Hồi cứu các trường hợp u não hố sau đã được ứng dụng vi phẫu thuật từ tháng 9/2009-6/2015. Bệnh nhân được ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị, phân loại các loại u theo vị trí và giải phẫu bệnh. Đánh giá kết quả điều trị bằng thang điểm GOS tại thời điểm xuất viện.*

Kết quả: *Từ tháng 9/2009-6/2015, có 35 trường hợp được phẫu thuật với độ tuổi từ 23- 66 tuổi , tỉ lệ nử/nam:3/4. Biểu hiện lâm sàng với hội chứng tăng áp lực nội sọ 18/35 (51%), hội chứng tiểu não 18/35 trường hợp(51%), 12 trường hợp có triệu chứng liệt thần kinh sọ. Vị trí u ở bán cầu tiểu não và góc cầu tiểu não đều có 14/35 trường hợp (40%), 4 trường hợp ở thùy nhộng (11%), 3 trường hợp lều tiểu não (9%). 10 trường hợp (29%) là u bao sợi thần kinh, 7 trường hợp (20%) là u màng não, 5 trường hợp (14.5%) là u nguyên bào mạch máu, 4 trương hợp cho u sao bào và u di căn, 5 trường hợp là các dạng U khác. Kết quả sau mổ lấy toàn bộ u trong 25/35 trường hợp (71%), 9 trường hợp (26%) lấy gần hết u, một trường hợp lấy được bán phần u. Theo thang điểm GOS với 31/35 bệnh nhân (89%)có kết quả tốt, 4 trường hợp tử vong (11%).*

Kết luận: *Với tổng kết hiệu quả vi phẫu thuật U não hố sau tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định cho thấy một kết quả tương đối an toàn và hiệu quả. Cải thiện rõ cái nhìn chung về bệnh lý phức tạp này và góp phần vào sự phát triển chung của chuyên nghành ngoại thần kinh Việt Nam.*

Từ khóa: U não hố sau, U mang não, U bao sợi thần kinh, U nguyên bào mạch máu, vi phẫu.

ABSTRACT

MICROSURGICAL TREATMENT OF INFRA-TENTORIAL BRAIN TUMORS AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY

Tran Hoang Ngoc Anh, Pham Trung Chinh

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 19 - No 6 - 2015: 96 - 100

Objective: *We evaluated the short-term results of microsurgical treatment of infra-tentorial brain tumors operated at Nhan Dan Gia Dinh hospital.*

Methods: *We performed retrospective analyses of all infra-tentorial brain tumors operated by microsurgical technique at Nhan Dan Gia Dinh hospital from the September 2009 to June 2015. These patients were recorded the clinical, imaging features and surgical results. Classification of tumors based on the location and pathology, the results were evaluated by GOS when discharge.*

Results: *From the September 2009 to June 2015, 35 cases infra-tentorial brian tumors were operated, age 23-66yrs, Female/ male= ¾. Clinical feature with intracranial hypertension syndrome in 18/35 (51%), cerebella syndrome in 18/35 (51%), 12 cases with cranial nerves palsies. Tumors located in cerebella hemispheres and ponto-cerebella angle 14/35 (40%), vermis lobe in 4/35 (11%) and 4 cases on tentorial region. Pathology for neurinoma in 10/35(29%), meningioma in 7/35 (20%), hemangioblastome in 5/35 (14.5%), glioma and*

* Khoa Ngoại Thần Kinh – BV Nhân Dân Gia Định, ** BM Ngoại Thần Kinh - ĐHYD
Tác giả liên lạc: Ths BS Trần Hoàng Ngọc Anh, *ĐT*: 0908152315, *Email:* drngocanh2002@gmail.com

metastases tumurs in 4/35 and 4 cases in autre. Surgical results with total removal in 25/35 (71%), nearly total removal in 7/35 (26%). GOS =5 in 31/35 (89%), 4 cases mortality (11%).

Conclusion: *These initial result confirm the safety and relative effication of microsurgical treatment for the patients with the infra-tentorial brain tumors at Nhan Dan Gia Dinh hospital.*

Keywords: *infra-tentorial brain tumors, neurinoma, meningioma, hemangioblastome, microsurgical.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hố sau là một vùng nhỏ của não được bao phủ xung quang bởi các cấu trúc xương với giới hạn phía trên bởi lều tiểu não. Thân não, tiểu não và não thất tư nằm trong vùng hẹp này, vì vậy sự lan rộng của một khối choáng chổ trong vùng dưới lều sẽ gây nên các rối loạn chức năng thân não, tiểu não và thường gây chèn ép vào não thất tư gây dãn não thất trên lều dẫn đến thoát vị não và tử vong. U trong não hố sau chiếm khoản 15-20% của U não ở người trưởng thành và điều trị U não hố sau cho đến nay vẫn là một thách thức cho các phẫu thuật viên thần kinh[2].

Dấu hiệu lâm sàng ở giai đoạn muộn của bệnh bao gồm các triệu chứng tăng áp lực nội sọ, các khiếm khuyết thần kinh thứ phát từ tổn thương thân não và bán cầu tiểu não và các dấu hiệu kích thích màng não. Ngược lại ở giai đoạn sớm triệu chứng bệnh thường không chuyên biệt và mơ hồ như đau đầu, mệt mỏi và thay đổi tính tình. Với những tiến bộ của hình ảnh học CT scan và MRI , u não hố sau thường được chẩn đoán dể dàng, ngoài ra hình ảnh học cũng cung cấp thông tin về dạng U giúp định hướng cách tiếp cận phẫu thuật cũng như chiến lược điều trị cho bệnh nhân. Điều trị chính của U não là phẫu thuật, tiên lượng của bệnh nhân phụ thuộc vào bản chất của u cũng như mức độ lấy u. Các u ngoài trục như u bao sợi thần kinh, u màng não sẽ có tiên lượng tốt nếu phẫu thuật lấy được phần lớn u tuy nhiên u não di căn tiên lượng còn phụ thuộc vào u nguyên phát.[4,5]

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là phương pháp hồi cứu các trường hợp U não hố sau đã được vi phẫu thuật từ tháng 9/2009-6/2015. Bệnh nhân được ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị, phân loại các loại u theo vị trí và giải phẫu bệnh. Đánh giá kết quả điều trị bằng thang điểm GOS tại thời điểm xuất viện.

KẾT QUẢ

Triệu chứng lâm sàng

Trong 35 trường hợp phẫu thuật, bệnh nhân có độ tuổi nhỏ nhất 23 và lớn nhất là 66 tuổi với độ tuổi trung bình 45. Có 15 trường hợp nữ chiếm 43% và 20 trường hợp nam chiếm 57%. Thời gian khởi phát bệnh dài nhất là 5 năm tập trung trên nhóm bệnh U sợi thần kinh số VIII với triệu chứng chóng mặt và giảm thích lực, ngắn nhất là 1 tháng tập trung vào nhóm bệnh U di căn não Lý do nhập viện chủ yếu của bệnh nhân là đau đầu với 32/35 trường hợp chiếm 91%, chóng mặt trong 27/35 trường hợp chiếm 77%, 12/35 trường hợp có tổn thương thần kinh sọ chủ yếu tập trung nhóm U bao sợi thẩn kinh và 5 trường hợp có triệu chứng khác như nôn ói, yếu chi. Biểu hiện lâm sàng với các triệu chứng của hội chứng tăng áp lực nội sọ trong 18/35 trường hợp chiếm 51%, 18/35 trường hợp có biểu hiện triệu chứng quá tâm và thất điều tiểu não chiếm 51%. 12 trường hợp có triệu chứng liệt thần kinh sọ chủ yếu dây thần kinh VIII gây giảm thính lực hoặc chèn ép thần kinh V gây đau hay tê mặt, 8 trường hợp có các triệu chứng khác như dấu hiệu tháp kèm theo

Bảng 1: *Triệu chứng lâm sàng*

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ % , độ lệch chuẩn
Tuổi	45	13.8
Giới		
Nam	15	43
Nữ	20	57
Thời gian khởi phát	9.6 tháng	15.2
Lý do nhập viện		
Đau đầu	32	91
Chóng mặt	27	77
Liệt TK sọ	12	34

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ % , độ lệch chuẩn
Khác	5	14
Lâm sàng		
Hội chứng TALNS	18	51
Hội chứng tiểu não	18	51
Tổn thương TK sọ	12	34
Khác	8	23

Hình ảnh học

Tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán xác định bằng MRI có bơm thuốc cản từ. Phát hiện U với kích thước lớn nhất là 60mm chủ yếu tập trung trên nhóm U màng não lều tiểu não và nhỏ nhất 20mm ở nhóm bao nguyên bào mạch máu. Vị trí u chiếm chủ yếu ở bán cầu tiểu não và góc cầu tiểu não đều có 14/35 trường hợp chiêm 40%, 4 trường hợp ở thùy nhộng đi vào não thất tư chiếm 11%, 3 trường hợp u bám vào lều tiểu não chiếm 9%. Trong 35 trường hợp trên MRI có 10 trường hợp chiếm 29% phát hiện dãn não thất bên và não thất III do u chèn vào não thất tư hoặc cống não. Đặc điểm U trên cộng hưởng từ với U dạng đặc trong 14 trường hợp chiếm 40% chủ yếu nhóm u màng não và U bao sợi thần kinh, 8 trường hợp U dạng nang chiếm 23% chủ yếu nhóm u nguyên bào mạch máu và U sao bào 13 trường hợp chiếm 37 % là U có mật độ hổn hợp tập trung nhiều vào nhóm U di căn và U bao sợi thần kinh.

Bảng 2: *Cận lâm sàng*

Đặc điểm	Tần số (n) hay trung bình	Tỉ lệ % hay độ lệch chuẩn
Kích thước U	43 mm	7,6
Vị trí U		
Bán cầu TN	14	40
Góc cầu TN	14	40
Thùy nhộng	4	11
Lều TN	3	9
Dãn não thất	10	29
Tính chất U		
Dạng nang	8	23
Dạng đặt	14	40
Hỗn hợp	13	37

Kết quả phẫu thuật

Kết quả lấy U được đánh giá bởi phẩu thuật viên trong mổ và được kiểm tra lại bởi hình ảnh học sau mổ cho thấy kết quả lấy toàn bộ U trong 25/35 trường hợp chiếm 71%. 9 trường hợp chiếm 26 % lấy gần hết U nhóm này chủ yếu là u bao sợi thần kinh VIII vì để lại một phần U dính trên dây thần kinh VII. Chỉ có một trường hợp U màng não mặc dốc xương đá, do U quá cứng nên trong phẫu thuật chỉ lấy được bán phần U. Kết quả sau mổ đánh giá theo thang điểm GOS cho thấy 31/35 bệnh nhân chiếm 89% có kết quả tốt, tuy nhiên có 4 trường hợp tử vong chiếm 11% trong đó có 3 trường hợp U góc cầu tiểu não và 1 trường hợp U màng não lều tiểu não. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy 10 trường hợp (29%) là U bao sợi thần kinh, 7 trường hợp (20%) là U màng não, 5 trường hợp (14,5%) là U nguyên bào mạch máu, 4 trương hợp cho U sao bào và U di căn., 5 trường hợp là các dạng U khác như U mạch máu dạng hang, Medulloblastoma, Lymphoma và U nang thượng bì.

Bảng 3: *Kết quả phẫu thuật*

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ % hay độ lệch chuẩn
Mức độ lấy U		
Toàn bộ	25	71
Gần hết	9	26
Bán phần	1	3
GOS		
1	5	11
4	31	89
Giải phẫu bệnh		
U màng não	7	20
U di căn	4	11
U sao bào	4	11
U bao sợi TK	10	29
U nguyên bào mạch máu	5	14.5
Khác	5	14.5

Biến chứng phẫu thuật

Trong 4 trường hợp tử vong có 2 trường hợp thiếu máu thân não sau mổ dây VIII, 1 trường hợp mổ U màng não lếu tiểu não hậu phẫu xuất hiện dãn não thất cấp nhưng phát hiện muộn dẫn đến tụt não, còn trường hợp còn lại là U bao sợi thần kinh V sau mổ đường dưới thái dương lấy U bệnh nhân xuất hiện máu tụ ngoài màng cứng ở hậu phẫu, mặc dù đã được phẫu thuật lại nhưng bệnh nhân vẫn không qua khỏi. 6 trường

hợp xuất hiện dấu thần kinh mới (17,1%) chủ yếu trên nhóm U bao sợi thần kinh với sự xuất hiện liệt thần kinh VII sau mổ, 1 trường hợp máu tụ ngoài màng cứng, 5 trường hợp dãn não thất đầu được đặt dẫn lưu não thất ra ngoài, 2 trường hợp viêm màng não chiếm 6% và 1 trường hợp có nhiễm trùng vết mổ.

BÀN LUẬN

U não phát triển trong vùng hố sau thường có diễn tiến bệnh rất nhanh, do đặc điểm vị trí giải phẫu vùng này, u sẽ gây chèn ép thân não, cũng như gây thoát vị não và dẫn đến tử vong nhanh chóng nếu không điều trị kịp thời[1].

Do hố sau giới hạn về diện tích nên U phát triển vùng này thường có triệu chứng sớm, tuy nhiên khi U chèn vào não thất tư gây dãn não thất trên lều thì lúc này mới có các triệu chứng tăng áp lực nội sọ, dấu hiệu lâm sàng chính vẫn là các dấu hiệu tiểu não hoặc các dấu hiệu tổn thương thần kinh sọ do u phát triển hoặc chèn ép. Vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi 51% trường hợp có các triệu chứng của hội chứng tăng áp lực nội sọ, 51% có các dấu hiệu của hội chứng tiểu não và 34% có các dấu hiệu của tổn thương thần kinh sọ chủ yếu là tổn thương dây tiền đình ốc tai trên bệnh nhân u bao sợi thần kinh VIII.

Phương pháp điều trị phẫu thuật được xem là cách điều trị chính, mục tiêu phẫu thuật là lấy toàn bộ u cốt để cải thiện tiên lượng lâm sàng cho bệnh nhân. Một trong những bước quan trọng để đạt kết quả phẫu thuật tốt nhất là tư thế bệnh nhân và lựa chon cách tiếp cận U. Trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn duy trì tư thế nằm sấp cho U ở thùy nhộng và tư thế nằm nghiêng ôm gối cho U bán cầu cũng như góc cầu tiểu não. Tất cả trường hợp chúng tôi đều tiến hành mở nắp sọ và bảo tồn bằng máy cưa sọ để đặt lại ở cuối cuộc mổ, tiến hành mở màng nhện phá bể lớn hay phá nang u làm cho tiểu não xẹp trước khi mở màng cứng. Tất cả trường hợp chúng tôi đều thao tác U dưới kinh vi phẫu và tuy mỗi loại U chúng tôi có cách tiếp cận và lấy U khác nhau chúng tôi có 71% lấy toàn bộ U tập trung chủ yếu nhóm u màng não, u nguyên bào mạch máu, u di căn cũng như các u hiếm khác như u nang thượng bì, u mạch máu dạng hang, tuy nhiên 26 % trường hợp chỉ lấy gần hết U nhóm này chủ yếu là u bao sợi thần kinh VIII vì để lại một phần U dính trên dây thần kinh VII để bảo tồn dây thần kinh này, sau đó phần u còn lại sẽ được đánh giá bằng cộng hưởng từ sau 3 tháng và mỗi năm sau đó, và có 2 trường hợp chúng tôi chỉ định cho bệnh nhân chiếu tia Gamma knife cho phần u tái phát. Chỉ có một trường hợp U màng não mặc dốc xương đá, do U quá cứng nên trong phẫu thuật chỉ lấy được bán phần U[3].

Theo tác giả Hamid Akbar Shaikh cho thấy tiên lượng phẫu thuật tốt trong 77% bệnh nhân, và ông cũng ghi nhận những bệnh nhân có giải phẫu bệnh là u sao bào lông, u màng não, u bao sợi thần kinh là có tiên lượng tốt hơn các nhóm khác. Tuy nhiên tiên lượng sống còn ngoài phụ thuộc vào tuổi, dạng u mà cón phụ thuộc nhiều vào kỹ năng của phẫu thuật viên cũng như trang thiết bị hổ trợ cho phẫu thuật[2]. Trong đánh giá kết quả sớm của chúng tôi có 89% bệnh nhân có tiên lượng tốt, tuy nhiên có 4 trường hợp tử vong chiếm 11%. Trong 4 trường hợp này thì có 2 trường hợp U bao sợi thần kinh VIII nằm ở góc cầu tiểu não, do u qua lớn lại dính vào thân não vì vậy quá trình thao tác của phẫu thuật gây thiếu máu và tổn thương thân não. Trường hợp tiếp theo là u màng não của góc cầu tiểu não, trên trường hợp này do u chảy máu khá nhiều khi cắt góc u bám vào mặt sau xương đá trong phẫu trường hẹp vì vậy gây vén tiểu não quá nhiều cũng như đốt các nhánh xuyên cung cấp cho thân não gây nhồi máu não sau phẫu thuật. Đáng tiếc nhất là trường hợp cuối cùng là U màng não lều tiểu não, với con đường tiếp cận dưới lều trên tiểu não chúng tôi lấy được toàn bộ u, hậu phẫu bệnh nhân có dãn não thất cấp do phù tiểu não chèn vào não thất tư nhưng phát hiện muộn dẫn đến tụt não hố sau, mặc dù đã được dẫn lưu não thất ra ngoài nhưng bệnh nhân không qua khỏi. Qua các trường hợp này

chúng tôi rút kinh nghiệm nhiều trong việc thao tác lấy u cũng như thiết lập một chế độ theo dõi sát bệnh nhân sau mổ, tất cả các trường hợp hậu phẫu u não hố sau chúng tôi thường cho bệnh nhân tiếp tục an thần thở máy khi kết thúc cuộc mổ, khoản 2 giờ sau mổ chúng tôi cho chụp CTscan sọ não kiểm tra nếu thấy tình trạng CTscan ổn định chúng tôi mới cho bệnh nhân tỉnh lại và tất cả các bệnh nhân này đều phải theo dõi tại hồi sức 24 giờ trước khi lên trại.

Ngoài hai biến chứng nặng ngay sau mổ có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân là máu tụ hố mổ và dãn não thất cấp thì các biến chứng thường gặp khác của u não hố sau là dò dịch não tủy và viêm màng não. Tuy nhiên trên 35 trường hợp phẫu thuật của chúng tôi không có trường hợp nào bị dò dịch não tủy sau mổ có lẽ đây cũng là bước nổi bật trong quy trình phẫu thuật của chúng tôi vì tất cả các bệnh nhân đều được mở sọ chứ không gặm sọ như trước đây, sau khi kết thúc lấy u chúng tôi vá kín màng cứng và đặt lại nắp sọ cho bệnh nhân, đóng kỷ cân cơ tăng cường trên nắp sọ nên tránh được biến chứng này.

KẾT LUẬN

Với kết quả bước đầu ứng dụng vi phẫu thuật trên 35 bệnh nhân u não hố sau với 86% bệnh nhân được phẫu thuật lấy hết và gần hết u. Kết quả theo thang điểm GOS =5 đạt được 89 % bệnh nhân cho thấy một bước tiến bộ mới trong khoa phẫu thuật ngoại thần kinh bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Tuy nhiên cần phải cải thiện về kỹ thuật mổ cũng như phác đồ theo dõi bệnh nhân để hạn chế tối đa các biến chứng khi điều trị bệnh lý khó khăn này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gheorghita E (2012). Consideration on anesthesia for posterior fossa surgery. *Romanian neurosurgery XIX 3*: 183-192.
2. Hamid AS (2014). Surgical outcome of posterior fossa brain tumors. *Journal of surgery Pakistan (international) 19(1) Jannuary-March*: 26-30.
3. Hischam B (2004). Meningiomas of the posterior petrous bone: functional outcome after microsurgery. *Journal of neurosurgery 100*: 1014–1024
4. Kutluay U (2009). Operating microscopes: past, present, and future.. Journal of neurosurgery 27: 1-8.
5. Rehman AU (2009). Morphological pattern of posterior cranial fossa tumors. *ANNALS VOL 15. No 2 APR-JUN:* 57-59.

Ngày nhận bài báo: *25/9/2015*

Ngày phản biện nhận xét bài báo: *2/10/2015*

Ngày bài báo được đăng: *5/12/2015*