

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TRẦN HÙNG PHONG

**ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT
U MÀNG NÃO LỀU TIỂU NÃO**

Chuyên ngành: Ngoại thần kinh - sọ não

Mã số: 62720127

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thành phố Hồ Chí Minh – Năm 2018

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. VÕ VĂN NHO

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Trường họp
tại: Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não là thương tổn tân sinh xuất phát từ màng nhện, chiếm khoảng 15% - 23% các u trong sọ, phát triển chậm và ít xâm lấn vào nhu mô não, có thể chữa khỏi bằng phương pháp phẫu thuật.

U màng não lều tiểu não có gốc bám ở lều tiểu não, nó có thể xâm lấn lên trên hoặc xuống dưới hoặc vừa lên trên và xuống dưới lều tiểu não. Nó chiếm tỉ lệ 5-8% của các loại u màng não trong sọ. Đây là u ở vị trí có phẫu trường chật hẹp, đường tiếp cận u khó khăn, nhất là khi u ở khuyết lều, nơi có các cấu trúc mạch máu thần kinh rất quan trọng. Việc phẫu thuật thành công loại u này vẫn là một thách thức đối với bác sĩ Ngoại Thần kinh. Tại các nước tiên tiến, tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật lấy UMNLTN trong các báo cáo đến trước năm 1990 là 14 – 44%. Từ năm 1990 với sự ra đời của MRI và việc áp dụng vi phẫu thuật trong điều trị UMNLTN thì tỷ lệ tử vong còn khoảng 10% trong các báo cáo của hai thập niên gần đây. Tại Việt Nam, trước đây khi chưa ứng dụng vi phẫu thuật thì tỷ lệ tử vong và biến chứng phẫu thuật UMNLTN rất cao. Từ năm 2000, với việc áp dụng vi phẫu thuật trong điều trị UMNLTN thì tỷ lệ tử vong và biến chứng phẫu thuật giảm dần theo thời gian. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đầy đủ và chi tiết về chẩn đoán và điều trị vi phẫu thuật u màng não lều tiểu não. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiền cứu đề tài: **“Điều trị vi phẫu thuật u màng não lều tiểu não”** với các mục tiêu như sau:

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá hiệu quả của vi phẫu thuật trong điều trị u màng não lều tiểu não qua kết quả phẫu thuật theo thang điểm GOS, Karnofsky và tỷ lệ lấy u triệt để theo phân độ của Simpson.
2. Xác định mối liên quan giữa vị trí và kích thước u, tình trạng lâm sàng bệnh nhân trước phẫu thuật với kết quả điều trị vi phẫu thuật.
3. Mô tả tỷ lệ các biến chứng và xác định các yếu tố liên quan đến biến chứng của vi phẫu thuật u màng não lều tiểu não.

TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI

UMNLTN có triệu chứng kín đáo, khi được phát hiện thường có kích thước lớn, xâm lấn vào các cấu trúc thần kinh và mạch máu quan trọng. Việc phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ u mà vẫn bảo tồn được các mạch máu và chức năng thần kinh là vấn đề rất khó khăn, nhưng cần đạt được. Để đạt được điều này, có vai trò rất lớn của vi phẫu thuật. Vậy, hiệu quả của vi phẫu thuật trong điều trị UMNLTN như thế nào? Các yếu tố nào ảnh hưởng đến kết quả vi phẫu thuật? Tỷ lệ biến chứng và các yếu tố nào liên quan đến biến chứng của vi phẫu thuật UMNLTN?

Để trả lời những câu hỏi trên, đề tài này góp phần góp chia sẻ những kết quả và kinh nghiệm trong điều trị vi phẫu thuật UMNLTN tại bệnh viện Chợ Rẫy. Đây là vấn đề quan trọng và bức thiết của đề tài.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Nghiên cứu này sẽ đóng góp trong việc chẩn đoán sớm, đánh giá hiệu quả của phương pháp vi phẫu thuật cũng như khảo sát được các yếu tố liên quan đến kết quả và biến chứng của vi phẫu thuật, từ đó giúp giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng. Nghiên cứu cũng đưa ra hệ thống phân loại u của Yasargil và cách chọn đường vào phẫu thuật lấy u cho từng vị trí u ở lều tiểu não.

Một đóng góp nữa của nghiên cứu này là: so sánh kết quả nghiên cứu, tỉ lệ các biến chứng với các tác giả khác trên thế giới, từ đó tìm ra nguyên nhân của sự khác biệt đó và đưa ra khuyến cáo nếu có.

BỐ CỤC CỦA LUẬN ÁN

Luận án có 142 trang, được bố cục thành 4 chương: Tổng quan tài liệu (47 trang), Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu (22 trang), Kết quả nghiên cứu (25 trang), Bàn luận (44 trang); và 3 phần: Đặt vấn đề và Mục tiêu nghiên cứu (2 trang), Kết luận (1 trang) và Kiến nghị (1 trang). Trong luận án có 47 bảng, 7 biểu đồ, 1 sơ đồ, 36 hình, 130 tài liệu tham khảo (22 Tiếng Việt, 108 tài liệu nước ngoài) và 05 phụ lục. Phụ lục danh sách bệnh nhân gồm 86 bệnh nhân (có xác nhận của phòng kế hoạch tổng hợp).

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tình hình nghiên cứu u màng não lều tiểu não

1.1.1. Nước ngoài

Theo Cushing và Eisenhardt thì Andral là người đầu tiên tình cờ phát hiện một trường hợp u màng não lều tiểu não vào năm 1833.

Năm 1938, Harvey Cushing và Eisenhardt báo cáo phẫu thuật 14/15 trường hợp UMNLTN thì có 3 trường hợp lấy toàn bộ u và 11 trường hợp lấy bán phần u với tỷ lệ tử vong là 14%.

Tiếp theo là các báo cáo của: Castellano (1953), Barrows (1962), Lecuire (1971), Frowein (1975), McCarty (1979), Sekhar (1984), Sugita và Suzuki (1991), Samii (1996), Bret (2000) có tỷ lệ tử vong 14 - 44%.

Sau đó các báo cáo về vi phẫu thuật UMNLTN của Schaller (2002), Bassiouni (2004), Coli B.O (2008), Aguiar (2010): tỷ lệ tử vong < 5%.

1.1.2. Trong nước

Năm 2005, Trần Hùng Phong nghiên cứu tiên cứu 24 trường hợp u màng não lều tiểu não được phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 09/2002 đến 02/2005. Kết quả: tỷ lệ lấy toàn bộ u là 91,7%, bệnh nhân hồi phục tốt 87,5% và tỷ lệ tử vong 4,2%.

1.2. Sơ lược về giải phẫu

1.2.1. Giải phẫu hố sọ sau

Ở giữa từ trước ra sau có: rãnh nền, lỗ chằm, mào chằm, ụ chằm trong. Hai bên có hai hố tiểu não và có các lỗ sau: rãnh xoang tĩnh mạch ngang, lỗ ống tai trong (dây TK VII, VIII chui qua), lỗ lồi cầu trước (dây TK hạ thiệt chui qua), lỗ lồi cầu sau, lỗ chũm, lỗ rách sau có vịnh tĩnh mạch cảnh trong và các dây TK sọ IX, X, XI chui qua. Hố sọ sau xấp xỉ 1/8 thể tích hộp sọ nhưng chứa các con đường điều hòa tri giác, chức năng sinh tồn, chức năng vận động, tiếp nhận cảm giác ở đầu, thân thể và tứ chi, nó có chức năng điều khiển thăng bằng và dáng đi. Chi có 2 trong 12 đôi dây TK sọ nằm hoàn toàn bên ngoài hố sọ sau.

1.2.2. Giải phẫu lều tiểu não

1.2.2.1. Cấu trúc của lều tiểu não: Lều tiểu não là lá màng cứng cong, cao ở giữa và nghiêng xuống hướng về chu vi, đỉnh lều là ngã ba của tĩnh

mạch Galen và xoang thẳng. LTN bao phủ bề mặt trên của tiểu não, nâng đỡ thùy chẩm. Bờ trong tự do và lõm hình bầu dục gọi là khuyết lều cho cầu não đi qua. Bờ ngoài gắn vào mặt trong xương chẩm ở rãnh ngang tạo thành xoang ngang và hội lưu xoang, kết thúc ở xoang đá trên. Theo Plaut: chỗ bám cuối ở phía trước của bờ tự do là đỉnh xương đá là vị trí thấp nhất (nơi có thể thoát vị qua lều tiểu não).

1.2.2.2. Khuyết lều tiểu não: Bề rộng từ 26-35 mm (tb 29,6mm) và đường kính trước sau từ 46-75mm (tb 52mm). Vùng giữa thân não và bờ tự do của lều tiểu não được chia thành 3 khoang: khoang khuyết lều trước trong phần trước của thân não; hai khoang khuyết lều giữa ở phần bên tới thân não và khoang khuyết lều sau ở phần sau thân não.

1.2.3. Giải phẫu tiểu não và não thất IV

1.2.3.1. Giải phẫu tiểu não: Tiểu não nằm ở hố sọ sau, gồm thùy giun ở giữa và hai bán cầu tiểu não ở hai bên, gắn vào thân não bằng 3 cuống tiểu não: trên, giữa và dưới. Tiểu não cao 5 cm, ngang 8-10 cm, dày 5-6 cm, nặng 140-150gr. Vỏ tiểu não có 3 lớp: lớp phân tử ngoài cùng có ít neuron nhiều sợi thần kinh, lớp Purkinje đơn ở giữa, lớp trong cùng nhiều neuron. Tiểu não duy trì tư thế và phối hợp vận động (thăng bằng khi đi bộ và chạy, thực hiện liên tục các động tác như: ăn, mặc, viết). Tiểu não có 3 bề mặt: bề mặt lều, bề mặt dưới chẩm, bề mặt xương đá.

1.2.3.2. Não thất IV: Não thất IV là một khoang rộng, hình lều nằm giữa tiểu não và thân não, đỉnh nối với não thất III qua cống não, đuôi thông với lỗ Magendie của bể lớn, ở bên thông với lỗ Luschka tại góc cầu tiểu não. Hầu hết các dây sọ xuất phát gần trần của nó. Nó có một trần, một sàn, và hai bên bị lõm. Mặt lưng não thất IV có tiểu não, mặt bụng liên quan cầu não, hành tủy, mặt bên liên quan các cuống tiểu não.

1.2.4. Các cấu trúc thần kinh cận kề tiểu não và lều tiểu não

Tiểu não và lều tiểu não liên quan mật thiết với thân não, bao gồm: cầu não, hành não và trung não.

1.2.5. Động mạch cấp máu cho lều tiểu não

Lều tiểu não nhận sự cấp máu từ các nhánh ĐM trên lều: nhánh LTN giữa và bên, các nhánh trước bên của ĐM màng não giữa và các nhánh ĐM dưới lều: từ phía trên của các nhánh cổ đi lên bởi các ĐM hầu. Hai

phần ba bên của LTN được cấp bởi các cuống của ĐM đá (động mạch LTN bên) và ĐM cằm. bên dưới lều là ĐM màng não sau và ĐM cằm. 1/3 trong của LTN được cung cấp bởi ĐM giữa lều (đm Bernasconi, đm Cassinari) và các nhánh lều của thân màng não-hạ đồi.

1.2.6. Xoang tĩnh mạch và tĩnh mạch dẫn lưu của lều tiểu não

- Các tĩnh mạch cầu nối của bán cầu tiểu não xuất hiện ở đoạn 1/3 giữa (37,5%) hoặc ở 1/3 bên (25%). Khoảng cách từ đường giữa đến các TM cầu nối là 22,1 mm, và giữa hai TM cầu nối phải-trái là 44,4 mm. Một TM cầu nối đơn độc ở tiểu não có thể cắt được do sự thông nối tốt, nhưng thất nhiều TM cầu nối có thể gây biến chứng sau phẫu thuật.

- Có 4 đám rối dẫn lưu TM ở hố thái dương sau: đám rối bên, trước dưới, giữa dưới, sau dưới; dẫn lưu chính vào lều tiểu não cách chỗ nối xoang đá trên-ngang-xích ma từ 1,5-2 cm.

- Hội lưu Herophili được tạo bởi xoang dọc trên, xoang thẳng, xoang ngang. Xoang lều tiểu não có thể bị thất khi mổ.

1.3. Giải phẫu bệnh của u màng não

Hiện các nhà lâm sàng sử dụng phân loại của tổ chức y tế thế giới năm 2007: U màng não mô học độ I (WHO grade I), U màng não mô học độ II (WHO grade II), U màng não mô học độ III (WHO grade III).

1.4. Sinh lý bệnh của u màng não

Tạo ra khuyết xương sọ, tăng sinh xương và xương dày lên, cũng như sự choán chỗ của u.

1.5. Triệu chứng lâm sàng

UMNLTN thường biểu hiện bởi các hội chứng và triệu chứng sau:

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ: Các triệu chứng chính của tăng áp lực trong sọ bao gồm: nhức đầu, ói mửa, phù gai thị giác, về sau thường gây giảm thị lực, tâm thần trì trệ và có thể dẫn tới hôn mê.

- Hội chứng tiểu não thường gặp trong bệnh lý UMNLTN với triệu chứng nổi bật là giảm trương lực cơ: bệnh nhân đứng dạng chân đế và luôn luôn lao đảo; thất điều: thất điều đáng đi, thất điều tư thế, thất điều chi, thất điều lời nói; rối loạn thăng bằng và dáng đi.

- Các dấu chứng thần kinh do vị trí u: u ở khuyết lều có thể có giảm thị lực, song thị, tháp tứ chi, yếu $\frac{1}{2}$ người, đau tê mặt; u ở lều tiểu não bên có thể ù tai, giảm thính lực; u lằn thùy chẩm có thể có bán manh đồng danh, cơn ảo giác thị giác; u lằn thùy thái dương có thể động kinh.

1.6. Hình ảnh học của u màng não lều tiểu não

1.6.1. X quang sọ qui ước: không có giá trị.

1.6.2. Chụp cắt lớp vi tính: có thể thấy tăng sinh hoặc hủy xương, đóng vôi, phù quanh u, xuất huyết trong u. UMN thường bắt thuốc cản quang đậm đồng nhất (90%), đôi khi có dạng nang hoặc cản quang viền.

1.6.3. Chụp cộng hưởng từ: Chụp cộng hưởng từ khảo sát tốt hơn về vị trí giải phẫu của u ở lều tiểu não và sự liên quan của nó với các cấu trúc thần kinh mạch máu xung quanh, là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UMNLTN. Hình ảnh T2-weight giúp phát hiện mức độ phù não và đánh giá bản chất mô u mềm hay chắc để dự trừ máu trước phẫu thuật.

1.6.4. Chụp mạch máu não: Chụp mạch máu được sử dụng để làm thuyên tắc mạch trước phẫu thuật (lợi ích không nhiều, cần cân nhắc). Ngoài ra để phân biệt với Hemangioblastoma, túi hình tuần hoàn sau.

1.7. Phân loại u màng não lều tiểu não

- Phân loại của Kenichio Sugita và Yoshio Suzuki.
- Phân loại của Khaled A. Aziz.
- Phân loại của Yasargil (1996): hiện được đa số tác giả áp dụng.

1.8. Điều trị: Phẫu thuật là phương pháp điều trị lựa chọn.

1.8.1. Đánh giá bệnh nhân trước phẫu thuật

Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng, nằm sấp, mô ngồi.

1.8.2. Các đường mổ (Phương pháp phẫu thuật)

Tùy vị trí u (của Yasargil) mà chọn đường mổ phù hợp, gồm:

- 1). Đường vào bên dưới chẩm sau xoang xích-ma
- 2). Đường bên dưới chẩm xuyên lều
- 3). Đường giữa dưới chẩm hai bên liên bán cầu
- 4). Đường dưới thái dương sau
- 5). Đường vào dưới lều trên tiểu não

- 6). Phối hợp đường mỡ trên và dưới lều
- 7). Đường vào sau xoang xích ma
- 8). Đường phối hợp dưới thái dương-sau xoang xích ma

1.8.3. Nguyên tắc phẫu thuật u màng não lều tiểu não

1. Tư thế bệnh nhân, đường rạch da và mở sọ phù hợp với đường vào lấy u cho từng vị trí của u ở lều tiểu não.
2. Giảm tưới máu u nếu có thể được.
3. Dẫn lưu dịch não tủy thất lưng (nếu cần), mở bể lớn hút bớt dịch não tủy để làm mềm não, bớt phải vén não nhiều.
4. Bất cứ lúc nào có thể được, cắt đốt gốc bám của u.
5. U chỉ được cắt sau khi lấy u từng phần từ bên trong bao u.
6. Bóc tách và đốt các nguồn cấp máu cho u từ xung quanh, chú ý bảo vệ lớp màng nhện.
7. Bảo tồn các cấu trúc thần kinh và mạch máu lân cận, nhất là hệ thống tĩnh mạch sâu.
8. Lấy u, màng cứng và xương bị thâm nhiễm tùy mức độ có thể.
9. Tái tạo và đóng kín màng cứng.

1.8.4. Chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật

Bệnh nhân sau mổ: theo dõi dấu sinh tồn, chức năng hô hấp, cân bằng nước, điện giải, các biến chứng phẫu thuật (xuất huyết não, phù não, động kinh và tình trạng liệt các dây sọ thấp).

1.8.5. Gây tắc trước phẫu thuật

Gây tắc có giá trị khi u lớn và có nhiều mạch máu nuôi u. Gây tắc động mạch cảnh ngoài là nguồn cung cấp máu và nhánh lều tiểu não của đoạn xoang hang của động mạch cảnh trong: giảm mất máu trong mổ.

1.8.6. Biến chứng phẫu thuật

Máu tụ nội sọ, phù não sau phẫu thuật (do vén não quá mức trong quá trình phẫu thuật), thương tổn mạch máu, thương tổn các dây thần kinh sọ, rò dịch não tủy, viêm màng não, động kinh, tử vong.

1.8.7. Xạ phẫu

Xạ phẫu là phương thức điều trị được lựa chọn khi:

1. U tái phát có đường kính $\leq 2,5\text{cm}$ sau phẫu thuật lấy toàn bộ u.

2. Sau mổ lấy bán phần u (GPB lành tính): để giảm tỷ lệ tái phát u.
3. UMNLTN chưa mổ ở bệnh nhân lớn tuổi hoặc có tình trạng y khoa nặng nề nguy hiểm khi phẫu thuật (hiệu quả cao nếu $u \leq 2,5\text{cm}$).
4. Sau phẫu thuật lấy u và có kết quả giải phẫu bệnh là u màng não dạng chuyển tiếp và u màng não ác tính theo phân loại của WHO.

1.8. Tái phát u

Các báo cáo từ 1984-2000 có tỷ lệ tái phát 16%-25,9%. Bassiouni (2004) tái phát 8,6%, Aguiar (2010) tái phát 6,6%.

1.9. Di căn của u màng não

UMN có thể di căn qua đường máu hoặc dịch não tủy, tỷ lệ di rất thấp, hay gặp là: phổi (60%), cơ quan ở bụng (34%), thân sống (11%).

Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

86 bệnh nhân được chẩn đoán xác định u màng não lều tiểu não và vi phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2011 đến 31/12/2015.

* **Tiêu chuẩn chọn lựa:** Bệnh nhân được chẩn đoán u màng não lều tiểu não bằng chụp cộng hưởng từ không và có thuốc tương phản từ, bệnh nhân được điều trị bằng vi phẫu thuật lấy u.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán u màng não lều tiểu não không theo dõi được sau mổ hoặc kèm u ở vị trí khác trong sọ.

* **Cỡ mẫu nghiên cứu:** lấy toàn bộ mẫu trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca. Tiến cứu các yếu tố gồm:

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

2.3.1. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian thu thập số liệu: Từ 01/01/2011 đến 31/12/2015.
- Thời gian theo dõi từ khi bắt đầu thu thập số liệu (tháng 01/2011) đến khi kết thúc thu thập số liệu (tháng 12/2015) thêm mười hai tháng.

2.3.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Ngoại Thần kinh BV Chợ Rẫy.

2.3.3. Công cụ nghiên cứu

- Bảng phân độ cơ lực
- Thang điểm GOS và thang điểm Karnofsky
- Phân độ Kazner (1981) đánh giá mức độ phù quanh u
- Chẩn đoán giãn não thất theo Handbook of Neurosurgery 2001
- Phân độ Simpson: đánh giá mức độ lấy u
- Phân loại của Yasargil: phân loại u màng não lều tiểu não.
- Chẩn đoán giải phẫu bệnh dựa trên tiêu chuẩn của WHO theo ấn phẩm "Pathology & Genetic Tumor of the Nervous System" của Hiệp hội Ung thư thế giới năm 2007.
- Đọc và phân tích kết quả giải phẫu bệnh lí do bác sĩ khoa Giải Phẫu Bệnh, bệnh viện Chợ Rẫy thực hiện.
- Bảng thu thập số liệu: gồm bộ câu hỏi đã soạn sẵn để thu thập các biến số nghiên cứu.

2.3.4. Phương tiện và trang thiết bị

- Máy chụp cắt lớp vi tính Siemens 12 và 64 lát cắt.
- Máy chụp cộng hưởng từ Siemens 1.5 Tesla.
- Kính vi phẫu thuật Leica F50, Zeiss OPMI Vario S88.

2.3.5. Phương thức tiến hành

- Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân
- Bước 2: Khám và đánh giá trước phẫu thuật
- Bước 3: Thu thập các dữ liệu hình ảnh học
- Bước 4: Thực hiện vi phẫu thuật
- Bước 5: Theo dõi và đánh giá hậu phẫu
- Bước 6: Theo dõi sau xuất viện

2.3. Lưu trữ và phân tích số liệu

Tiến hành mã hóa dữ liệu theo qui ước cho từng biến số, dữ liệu thu thập được nhập, phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

Phân tích thống kê: Thống kê mô tả và Thống kê phân tích

- Ngưỡng có ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Trong 5 năm (từ 01/2011-12/2015) có 86 bệnh nhân u màng não lều tiểu não đã được vi phẫu thuật lấy u, nữ nhiều gấp 5,6 lần nam (73 nữ, 13 nam) với tuổi trung bình 52 tuổi (nhỏ nhất 20 tuổi, lớn nhất 80 tuổi).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Đa số bệnh nhân nhập viện vì đau đầu (34,9%), chóng mặt (17,4%), buồn ói (13,9%), rối loạn vận động (8,1%). Lâm sàng, triệu chứng hay gặp nhất là đau đầu vùng gáy chằm kéo dài (90,7%), chóng mặt (47,7%), rối loạn vận động kiểu thất điều tiểu não (24,4%). Khám lâm sàng: tăng áp lực nội sọ (65,1 %), hội chứng tiểu não (48,8%), rối loạn chức năng dây sọ (17,4%). Có 5 trường hợp giảm tri giác kèm giãn não thất được đặt V.P Shunt cấp cứu sau đó mới mổ lấy u ở lần mổ sau.

Trước khi phẫu thuật lấy u, bệnh nhân có điểm Karnofsky nhỏ nhất: 50, lớn nhất: 100, trung bình: 76.51 ± 11.86 (Trung vị 80). Đa số bệnh nhân nhập viện đã có dấu hiệu và triệu chứng bệnh với điểm Karnofsky 60-80 (57/86 trường hợp: tỷ lệ 66,3%). Có 4/86 trường hợp (4,7%) với Karnofsky từ 0-50 điểm, có 25/86 trường hợp (29,0%) bệnh nhân vào viện với Karnofsky 90-100 điểm (chủ yếu là đau đầu), có 1 bệnh nhân phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe và 3 bệnh nhân sau chấn thương đầu do tai nạn giao thông.

3.3. Chẩn đoán hình ảnh học

3.3.1. Đặc điểm khối u trên phim cắt lớp vi tính

- Đa số u có hình ảnh tăng đậm độ so với chất xám của não (82,1%), bắt cản quang khi tiêm thuốc (94,0%), phù não quanh u (88,1%) và có 9/67 trường hợp (13,4%) u có canxi.

- Tỷ lệ phù quanh u trên chụp cắt lớp vi tính là 88,1%, trong đó phù độ III theo Kazner chiếm tỷ lệ 20,9%.

3.3.2. Hình ảnh trên phim cộng hưởng từ

- Chúng tôi chọn cách chia kích thước UMNLTN theo 3 nhóm: < 3 cm, 3-5 cm và > 5 cm như tác giả C. Schaller, Bassiouni. Kết quả: có

84/86 trường hợp u kích thước lớn và khổng lồ, trong đó có 29/86 trường hợp (33.7%) u khổng lồ (đường kính > 50 mm).

- Đa số các trường hợp u có đồng tín hiệu (62/86 t/h: 72.1%) hoặc giảm tín hiệu (24/86 t/h: 27.9%) so với chất xám trên T1W và đồng tín hiệu, giảm tín hiệu so với chất xám trên T2W (50/86 t/h: 58.1%).

3.4. Điều trị phẫu thuật

- Có 80 trường hợp sử dụng một đường mổ, 6 trường hợp phối hợp hai đường mổ. Đường mổ được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là đường bên dưới lều trên tiểu não 36 trường hợp (41,9%), đường bên dưới chằm xuyên lều 16 trường hợp (18,6%) và đường giữa dưới chằm xuyên lều 10 trường hợp (11,6%).

- Phẫu thuật lấy toàn bộ u được thực hiện ở 80/86 trường hợp (chiếm 93,0%), chỉ 7/86 trường hợp (chiếm 7,0%) lấy gần trọn u, không có trường hợp nào chỉ sinh thiết đơn thuần.

- Có 47/86 trường hợp (54.7%) không phải truyền máu trong mổ, chỉ có 39/86 trường hợp (45.3%) được truyền máu trong mổ với 33 trường hợp truyền 1 - 2 đơn vị và 1 trường hợp phải truyền 7 đơn vị. Có sự liên quan giữa lượng máu cần truyền trong khi phẫu thuật với kích thước của khối u: u có kích thước càng lớn thì khả năng phải truyền bù máu nhiều hơn ($p < 0,05$). Với phương trình hồi qui:

$$\text{Lượng máu truyền} = 10.31 \times \text{Kích thước u} + 74.58$$

- Thời gian mổ ngắn nhất là 120 phút, dài nhất là 670 phút. Thời gian trung bình của cuộc mổ là 252 phút (1SD = 103,21 phút).

3.5. Phân loại vị trí u theo Yasargil

Đa số u ở mặt dưới LTN (56/86 trường hợp: chiếm 65.1%), có 22/86 trường hợp (25.6%) u ở mặt trên LTN, có 8/86 trường hợp (9.3%) u phát triển cả trên và dưới LTN. Theo phân loại của Yasargil: có 30/86 trường hợp (34,9%) UMNLTN sau bên (nhóm V), có 30/86 trường hợp (34,9%) UMNLTN sau giữa (nhóm III), có 9/86 trường hợp (10,5%) UMN khuyết lều tiểu não (nhóm II), có 9/86 trường hợp (10,5%) UMN liềm lều tiểu não (nhóm I) và có 8/86 trường hợp (9,3%) UMNLTN hội lưu xoang (nhóm IV).

3.6. Kết quả phẫu thuật

3.6.1. Kết quả phẫu thuật

Kết quả ghi nhận tại thời điểm xuất viện theo thang điểm GOS là: GOS=5 chiếm 94.2%, GOS=4 chiếm 4.6%, GOS=2 chiếm 1.2%.

Kết quả ghi nhận tại thời điểm sau xuất viện 1 tháng theo thang điểm Karnofsky có 71/86 trường hợp tốt (82,6%), 12/86 trường hợp vừa (15,1%) và 2/86 trường hợp xấu (2,3%). Và kết quả qua quá trình theo dõi tới thời điểm tái khám gần đây nhất (sớm nhất 14 tháng và dài nhất 74 tháng) sau phẫu thuật ghi nhận được là: 82/86 trường hợp tốt (95,3%), 3/86 trường hợp vừa (3,5%), 1/86 trường hợp xấu (1,2%).

3.6.2. Kết quả phẫu thuật và các yếu tố liên quan

3.6.2.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả phẫu thuật: chúng tôi nhận thấy không có sự liên quan giữa tuổi và kết quả sau phẫu thuật (Kiểm định chi bình phương McNemar, $p = 0,713$).

Bảng 3.20. Liên quan giữa tuổi với Karnofsky sau phẫu thuật

Tuổi	Karnofsky sau mổ			Tổng (n=86)
	Tốt (90-100) (n=82)	Vừa (60-80) (n=3)	Xấu (0-50) (n=1)	
20-39	10 (12.2)	1 (33.3)	0	11 (12.8)
40-59	52 (63.4)	1 (33.3)	1 (100)	54 (62.8)
≥ 60	20 (24.4)	1 (33.3)	0	21 (24.4)

Phép kiểm chi bình phương: $p = 0.713$

3.6.2.2. Liên quan giữa kích thước u và kết quả sau phẫu thuật

Bảng 3.21. Liên quan giữa kích thước u với Karnofsky sau mổ

Kích thước u	Karnofsky sau mổ			Tổng (n=86)
	Tốt (90-100) (n=82)	Vừa (60-80) (n=3)	Xấu (0-50) (n=1)	
< 3cm	2 (2.4)	0	0	2 (2.3)
3-5cm	52 (63.4)	2 (66.7)	1 (100)	55 (64.0)
> 5cm	28 (34.1)	1 (33.3)	0	29 (33.7)

Phép kiểm chi bình phương: $p=0.957$

Qua bảng: không có sự liên quan giữa kích thước khối u và kết quả sau phẫu thuật (Kiểm định chi bình phương McNemar, $p = 0,957$).

3.6.2.3. Liên quan giữa vị trí u và kết quả sau phẫu thuật

Bảng 3.22. Liên quan giữa vị trí u với Karnofsky sau mổ

Kích thước u	Karnofsky sau mổ			Tổng (n=86)
	Tốt (90-100) (n=82)	Vừa (60-80) (n=3)	Xấu (0-50) (n=1)	
I	9	0	0	9 (10.5)
II	8	1	0	9 (10.5)
III	28	1	1	30 (34.9)
IV	8	0	0	8 (9.3)
V	29	1	0	30 (34.9)

Phép kiểm chi bình phương: $p=0.852$

Nhận xét: không có sự liên quan giữa vị trí khối u ở lều tiểu não và kết quả phẫu thuật (Kiểm định chi bình phương McNemar, $p = 0,852$).

3.6.2.4. Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện và kết quả sau phẫu thuật

Bảng 3.23. Liên quan giữa tình trạng bệnh nhân nhập viện và kết quả.

Karnofsky trước mổ	Kết quả phẫu thuật			Tổng cộng
	Xấu (0 – 50)	Vừa (60 – 80)	Tốt (90 – 100)	
0 – 50	1	0	3	4 (4,7%)
60 – 80	0	3	54	57 (66,3%)
90 – 100	0	0	25	25 (29,1%)
Tổng cộng	1	3	82	86 (100%)

- Có 1/4 trường hợp (25,0%) tình trạng xấu lúc nhập viện có kết quả xấu sau mổ, và có 25/25 trường hợp (100%) tình trạng tốt lúc nhập viện có kết quả tốt sau mổ.

Qua đó chúng tôi nhận thấy rằng có mối liên quan rõ rệt giữa tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật ($p < 0,001$).

3.6.2.5. Liên quan giữa vị trí u với biến chứng phẫu thuật

Bảng 3.17. Liên quan giữa vị trí u với biến chứng phẫu thuật

Vị trí u	Biến chứng		Tổng (n=86)
	Có (n=30)	Không (n=56)	
I	5	4	9 (10.5)
II	4	5	9 (10.5)
III	12	18	30 (34.9)
IV	4	1	8 (9.3)
V	5	25	30 (34.9)

Phép kiểm chi bình phương: $p = 0.016$

- Có sự liên quan giữa vị trí u và biến chứng phẫu thuật: u ở vị trí lều tiểu não bên thì biến chứng phẫu thuật ít hơn u ở vị trí lều tiểu não giữa và khuyết lều ($p < 0,05$).

3.7. Kết quả giải phẫu bệnh lý

Giải phẫu bệnh của UMNLTN phần lớn là dạng thượng mô: 44/86 trường hợp (51.3%) và dạng chuyển tiếp: 22/86 trường hợp (25.6%). Dạng ác tính chỉ có 1/86 trường hợp (1.2%).

3.8. Theo dõi sau mổ

3.8.1. Giai đoạn trước khi ra viện

- Theo dõi tình trạng bệnh (đánh giá theo GOS, điểm Karnofsky), biến chứng sau mổ, tử vong, mức độ lấy u (chụp cắt lớp vi tính có cản quang hoặc MRI có cản từ).

- Sự cải thiện các triệu chứng:

- Rối loạn tri giác: Có 5/86 bệnh nhân rối loạn tri giác với Karnofsky 50 kèm hội chứng TALNS: được chống phù não và mổ cấp cứu đặt VPShunt thì tri giác cải thiện, sau đó được phẫu thuật lấy u và cho kết quả tốt, bệnh nhân tỉnh táo sau mổ.

- Rối loạn vận động: Có 7/86 bệnh nhân yếu nửa người trước mổ, khi ra viện 6 bệnh nhân phục hồi, còn 1 bệnh nhân xấu hơn trước mổ.

- Rối loạn dáng đi: có 42 bệnh nhân rối loạn dáng đi trong hội chứng tiểu não đều không còn rối loạn dáng đi khi ra viện.

- Giảm thị lực: có 7 bệnh nhân giảm thị lực trước mổ, khi ra viện cả 7 bệnh nhân đều hồi phục thị lực.

- Rối loạn chức năng dây sọ: Các bệnh nhân rối loạn TK V, VI, VIII, IX trước mổ đều hồi phục khi ra viện. Với 4 bệnh nhân rối loạn TK II trước mổ: khi ra viện có 2 bệnh nhân hồi phục và 2 bệnh nhân chưa. Một bệnh nhân rối loạn TK VII cũng chưa hồi phục khi ra viện.

- Xuất hiện các triệu chứng mới:

- Có 2 bệnh nhân bị bán manh do tổn thương vùng chẩm sau mổ, cả 2 bệnh nhân đều chưa hồi phục trước khi xuất viện.

- Có 1 bệnh nhân bị liệt VII ngoại biên độ II sau mổ, chưa hồi phục trước khi xuất viện.

- Có 2 bệnh nhân bị rò dịch não tủy sau mổ đều được đặt dẫn lưu thất lưng thì chỉ trường hợp rò dịch não tủy qua vết mổ hết rò và cải thiện tốt; còn trường hợp rò dịch não tủy qua tai không hết rò phải mổ lại vá rò, sau mổ lại hết rò nhưng bị viêm màng não nặng và tử vong sau khi xuất viện 7 ngày.

- Giảm não thất: có 3 bệnh nhân đau đầu kèm giảm não thất sau mổ thì 2 bệnh nhân được đặt VPShunt và 1 bệnh nhân đặt EVD (bị viêm màng não) đều hồi phục.

3.8.2. Giai đoạn sau khi ra viện

Tất cả bệnh nhân được hẹn tái khám và theo dõi sau phẫu thuật tại thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm và mỗi một năm. Thời gian bắt đầu theo dõi từ bệnh nhân đầu tiên trong nghiên cứu này (tháng 1/2011) và kết thúc theo dõi 12 tháng sau khi bệnh nhân cuối cùng xuất viện (12/2016). Tất cả các bệnh nhân tái khám được đánh giá tình trạng lâm sàng, sự cải thiện các triệu chứng, sự xuất hiện các triệu chứng và tái phát u với thời gian theo dõi trung bình 44 tháng (sớm nhất 14 tháng, dài nhất 74 tháng).

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm về dịch tễ học

4.1.1. Tỷ lệ về giới

Tỷ lệ nữ thường cao hơn nam ở các thống kê về UMN nói chung và UMNLTN nói riêng. Một số tác giả cho rằng hoc môn sinh dục liên quan với u màng não. Kết quả nghiên cứu của Aguiar: UMNLTN ở nữ chiếm 73,3% và nam 26,7%. Tỷ lệ nữ/nam theo nghiên cứu của một số tác giả khác như sau: Guidetti 67,2%/32,8%; Samii 72%/28%; Ph. Bret 74%/26%, Bassiouni là 85,2%/14,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ nữ/nam là 84,9%/15,1%, tương tự Bassiouni.

4.1.2. Tỷ lệ về tuổi

So sánh độ tuổi trung bình của bệnh nhân UMNLTN trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả Guidetti, Ph. Bret, Hisham Bassiouni và Aguiar.

Trong vi phẫu thuật UMNLTN thì cần chú ý tới tư thế bệnh nhân và thời gian mổ thường kéo dài. Do đó, bệnh nhân lớn tuổi có bệnh lý nội khoa nặng thì nên lấy u bán phần kèm xạ phẫu hỗ trợ sau mổ hoặc xạ phẫu đơn thuần nên được lựa chọn, nhất là khi u có kích thước $\leq 2,5\text{cm}$.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Thời gian từ lúc khởi bệnh đến lúc nhập viện

Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 12,01 tháng và không có sự khác biệt giữa các vị trí u, của tác giả Bassiouni là 10 tháng, Samii là 48 tháng và Guidetti là 29 tháng giống nhau cho mọi vị trí.

4.2.2. Lý do nhập viện

Kết quả chúng tôi ghi nhận rằng: đa số bệnh nhân UMNLTN khi nhập viện đã có đau đầu vùng gáy chằm kéo dài trước đó 78/86 trường hợp (90,7%) nhưng chỉ có 30/86 trường hợp (34,9%) nhập viện vì đau đầu; còn phần lớn bệnh nhân còn lại chỉ đến khi xuất hiện thêm triệu chứng khác như yếu liệt, ói, chóng mặt, động kinh hoặc giảm tri giác thì

mới đến nhập viện (một số bệnh nhân được điều trị trong thời gian dài với chẩn đoán viêm xoang sàng). Chóng mặt cũng là lý do nhập viện thường gặp của nghiên cứu. Tuy nhiên, bệnh nhân thường đã được khám và điều trị trong một thời gian dài với chẩn đoán rối loạn tiền đình hoặc thiếu năng tuần hoàn não. Kết quả nghiên cứu của Bassiouni năm 2004 thì lý do bệnh nhân nhập viện đầu đầu chiếm 75,3%, chóng mặt 49,3% và rối loạn dáng đi do thất điều tiểu não 45,7%.

Đau đầu, chóng mặt là hai triệu chứng khởi phát sớm và chiếm tỷ lệ cao trong UMNLTN nhưng cũng là hai triệu chứng dễ bị chẩn đoán nhầm với bệnh lý viêm xoang và rối loạn tiền đình. Vì vậy, để phát hiện sớm UMNLTN khi bệnh nhân đến khám vì các triệu chứng trên, chúng ta phải khám kỹ bệnh nhân và chỉ định chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ cho bệnh nhân trong những trường hợp này là cần thiết.

4.2.3. Triệu chứng lâm sàng

UMNLTN có sự khác biệt với UMN vùng bán cầu đại não và UMN cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên và liềm não ở triệu chứng yếu liệt 1/2 người, động kinh, hội chứng tiểu não, khiếm khuyết dây sọ; và sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Đồng thời UMNLTN có các triệu chứng gần tương tự UMNXD mặt dốc, là u cũng thuộc hố sọ sau.

4.2.4. Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện

Đa số bệnh nhân nhập viện khi đã có dấu hiệu và triệu chứng bệnh với điểm Karnofsky 60-80 (57/86 trường hợp: chiếm 66,3%). Có 56/86 trường hợp (65,1%) nhập viện với hội chứng tăng áp lực nội sọ, trong đó có 5 trường hợp (5,8%) kèm giảm tri giác phải phẫu thuật cấp cứu đặt V.P Shunt.

4.3. Chẩn đoán hình ảnh học

4.3.1. Giá trị của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

Trong nghiên cứu này, toàn bộ 86 trường hợp UMNLTN đều được chụp MRI sọ não có tiêm thuốc phản từ, trong đó 67 trường hợp được chụp cả MRI và CTScan sọ não có tiêm thuốc cản quang. Đặc biệt, có 6 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ và tái tạo mạch máu (MRA), 5 bệnh

nhân chụp mạch máu não số hóa xoá nền (DSA) để khảo sát mạch máu và 2 trường hợp trong số này được gây tắc mạch trước phẫu thuật. Theo chúng tôi, chụp cắt lớp vi tính có cản quang có thể cho biết một số thông tin cần thiết để chẩn đoán UMNLTN, tuy nhiên với vị trí u đặc biệt này cần chụp cộng hưởng từ để có đầy đủ những thông tin quan trọng như vị trí, kích thước, hướng phát triển của u (trên, dưới lều), sự chèn ép vào thân não, tình trạng não thất và các mối liên quan với những cấu trúc mạch máu, thần kinh quan trọng quanh u để phẫu thuật viên hoạch định phương pháp phẫu thuật, chọn đường vào phẫu thuật chính xác và tiên lượng tốt cho cuộc phẫu thuật.

4.3.2. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Có 94,0% u bắt cản quang khi tiêm thuốc, tương đương với Greenberg 95% và Osborn (>90%). Cũng theo Greenberg và Osborn, tỷ lệ UMN có canxi hóa là 15-27% và 20-25%; sự canxi hóa có liên quan đến UMN dạng thể cát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ UMN có canxi là 13,4%, nhưng chỉ có 2,3% là UMN dạng thể cát.

4.3.3. Một số đặc điểm của u trên phim cộng hưởng từ

Phần lớn bệnh nhân UMNLTN của nghiên cứu này nhập viện với kích thước u lớn hơn của các tác giả khác, có thể do chẩn đoán trễ hơn.

Trong nghiên cứu này có 91,9% u tăng tín hiệu đồng nhất sau khi bơm thuốc tương phản, tỷ lệ này cũng tương đương với Osborn (90%) và Zimmerman (92%). Tỷ lệ phù quanh u là 86%, phù não chất trắng 44,2%, u đẩy xẹp não thất IV là 47,7% và giãn não thất trên lều 45,3%.

4.4. Phân loại vị trí u màng não lều tiểu não

Chúng tôi thấy cách phân loại của Yasargil rất chi tiết và đặc trưng về giải phẫu phẫu thuật cho từng nhóm vị trí u ở lều tiểu não. Phân loại này có cách nhìn chính xác nhất, mạnh nhất về giải phẫu phẫu thuật cho loại u này, giúp thực hành lâm sàng thuận lợi. Theo Harrison và Al-Mefty: phân loại UMNLTN theo hệ thống phân loại của Yasargil là hữu dụng nhất. Hiện nay, đa số các tác giả chọn cách phân loại của Yasargil.

4.5. Điều trị vi phẫu thuật

4.5.1. Phương pháp phẫu thuật lấy u

Chọn đường vào phẫu thuật lấy u:

Chọn đường vào lấy u chính xác quyết định thành công cuộc mổ. Chọn đường mổ phải dựa trên phân tích kỹ lưỡng kết quả cộng hưởng từ trước phẫu thuật: tùy vị trí u và hướng phát triển của u ở lều tiểu não sao cho đạt đường vào rộng rãi và sớm cắt được nguồn nuôi u.

4.5.2. Mức độ lấy u

Tỷ lệ lấy toàn bộ u của chúng tôi cao hơn Guidetti và Bret, thấp hơn Aguiar (số liệu Aguiar nhỏ hơn) và tương đương với Bassiouni. Theo Bassiouni, phần u liên quan tĩnh mạch sâu, thân não, dây sọ không nên cố gắng lấy triệt để mà nên để lại để tránh khiếm khuyết thần kinh sau mổ. Chúng tôi cùng quan điểm với tác giả Ph. Bret là: “Khả năng tốt nhất là không phải luôn luôn cần thiết lấy triệt để u”.

4.5.3. Lượng máu truyền trong phẫu thuật

Ngày nay với sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, tiến bộ của gây mê thần kinh, phương tiện và kỹ thuật vi phẫu thì việc mất máu trong phẫu thuật UMNLTN không còn là vấn đề nan giải nữa.

4.5.4. Biến chứng phẫu thuật và tử vong

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: có tất cả 21 biến chứng của 10 loại biến chứng xảy ra trên 15 bệnh nhân (17,4%), bao gồm:

Máu tụ nội sọ, dập não xuất huyết: xảy ra ở 5/86 bệnh nhân (5,8%), do khi lấy u đã gây chấn thương mô não xung quanh nhiều, chấn thương gây nhồi máu các mạch máu nhỏ và thường kèm dập phù não sau mổ, hoặc do cầm máu không an toàn. Trong phẫu thuật UMNLTN, do phẫu trường chật hẹp, nếu không cắt nguồn mạch nuôi u sớm và lấy u trong lòng để giảm khối tốt thì sẽ phải vén não nhiều gây tổn thương mô não xung quanh. Theo Al-Mefty, Elias, Sekhar, Samii, Bassiouni bắt đầu với việc phá và hút dịch não tủy ở các bề sọ làm não bớt căng phù đỡ phải vén não nhiều, lấy u từ bên trong lòng bao u, bảo vệ lớp màng nhện khi tách u khỏi mô não và mạch máu xung quanh sẽ giảm thương tổn dập

não xuất huyết sau mổ. Các tác giả khuyên vén não nhẹ nhàng và không kéo dài quá 30 phút. Aguiar ghi nhận trong 30 bệnh nhân UMNLTN được phẫu thuật thì có 1 bệnh nhân bị máu tụ và 1 bệnh nhân phù não do làm tổn thương tĩnh mạch dẫn lưu khi phẫu thuật.

Nhồi máu và phù thân não: xảy ra ở 1 trường hợp u ở khuyết lều chèn vào thân não. Bệnh nhân được lấy hết u nhưng bị tàn phế nặng có lẽ do tổn thương trực tiếp vào thân não hoặc mạch máu đến thân não. Guidetti có 1 trường hợp không tỉnh do tổn thương cầu não. Để tránh biến chứng này, Samii khuyên: 1) lấy u từng phần từ bên vào giữa và cuối cùng là phần lấn vào thân não; 2) khi lấy u giữa các dây sọ thì bảo vệ dây sọ bằng gòn phẫu thuật; 3) tưới nước liên tục (bởi người phụ mổ) khi lấy u để phẫu trường sạch và phẫu thuật viên sử dụng cả 2 tay cắt u ra khỏi mạch máu - thần kinh xung quanh, bảo vệ lớp màng nhện. Bassiouni để lại phần u xâm nhiễm thân não để bảo tồn chức năng thần kinh mà không làm tăng tỷ lệ tái phát u.

Tụ dịch não tủy sau mổ: có 2/86 trường hợp tụ dịch não tủy dưới da đầu vùng mổ do rò dịch não tủy chiếm 2,3%. Cả 2 trường hợp này được dẫn lưu dịch não tủy thất lưng thất bại nên phải mổ lại vá rò kèm đặt dẫn lưu thất lưng thì cho kết quả tốt. Sau 2 trường hợp này, khi mổ nếu vá màng cứng không kín tuyệt đối thì chúng tôi sử dụng thêm keo sinh học hoặc chúng tôi vừa đặt dẫn lưu vùng mổ vừa đặt dẫn lưu dịch não tủy thất lưng ngay sau mổ thì tránh được biến chứng này.

Phân tích trường hợp tàn phế nặng và trường hợp tử vong

Chúng tôi có một trường hợp sau mổ bệnh nhân bị tàn phế nặng, đó là trường hợp bệnh nhân bị nhồi máu và phù thân não (đã nói trên). Tác giả Bassiouni và Shukla thì khuyên nên để lại phần u xâm lấn thân não để tránh khiếm khuyết thần kinh sau mổ mà không gia tăng tái phát u. Trên MRI, dấu hiệu nhận biết u xâm lấn thân não là tăng tín hiệu trên T2 của thân não nơi u xâm lấn do tổn thương hàng rào màng nhện và phù não, dự báo khó khăn trong tách u khỏi thân não khi phẫu thuật.

Chúng tôi có 1/86 trường hợp tử vong sau phẫu thuật chiếm 1,2%. Trường hợp tử vong là UMNLTN bên, có một phần u lan tới mặt trước trong của xương đá nên được cắt xương đá khi mở sọ. Sau mổ bệnh nhân tỉnh, 5 ngày sau rò dịch não tủy qua tai rồi viêm màng não mủ nặng, điều trị nội khoa đáp ứng kém, bệnh nhân suy kiệt nặng và tử vong tại nhà sau xuất viện 7 ngày. Để tránh biến chứng rò dịch não tủy qua tai, M. Samii khuyên sau khi đóng màng cứng, xương đá được phủ bởi miếng cơ và vôi keo sinh học (fibrin glue). Biến chứng sau phẫu thuật gây ra di chứng nặng hoặc tử vong nguyên nhân chính là do tổn thương mạch máu cấp máu đến thân não, hoặc tổn thương hệ thống tĩnh mạch dẫn lưu, nhất là các tĩnh mạch sâu.

4.6. Kết quả phẫu thuật

4.6.1. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Hiện các tác giả đều đánh giá kết quả phẫu thuật bằng thang điểm Karnofsky sau một thời gian theo dõi. Kết quả qua quá trình theo dõi tới thời điểm tái khám gần nhất (tb 44 tháng) sau mổ là: 94,2% tốt; 3,5% vừa; 1,2% xấu và tử vong 1,2%. Kết quả này tương đương với của tác giả Bassiouni và tốt hơn các tác giả Sekhar, Guidetti, Aguiar.

Nếu đánh giá theo điểm GOS (thang điểm tiên lượng) tại thời điểm xuất viện thì có tỷ lệ là: GOS = 5 chiếm 94,2%, GOS = 4 chiếm 3,5% và GOS = 3 chiếm 2,3%. Như vậy, so với tác giả Ph. Bret và tác giả Zaater thì chúng tôi có kết quả tốt cao hơn và chỉ có 2 trường hợp (2,3%) tàn phế nặng (GOS=3).

4.6.2. Liên quan giữa tuổi và kết quả sau phẫu thuật

Theo nghiên cứu của Bassiouni, McCarty & Tayloy: bệnh nhân >70 tuổi có kết quả phẫu thuật không tốt bằng bệnh nhân \leq 70 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi, tuổi không liên quan kết quả phẫu thuật, nhưng tuổi của bệnh nhân cũng là một yếu tố cần quan tâm trước mổ.

4.6.3. Liên quan giữa lâm sàng trước mổ và kết quả sau phẫu thuật

Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện là yếu tố liên quan và tiên lượng cho kết quả sau phẫu thuật lấy u: điểm Karnofsky trước mổ tốt thì sau mổ

cũng có kết quả tốt hơn so với nhóm bệnh nhân có điểm Karnofsky trước mổ xấu ($p < 0,001$). Theo kết quả nghiên cứu của Kaki năm 1999 với 20 trường hợp UMNLTN được phẫu thuật cũng cho kết luận rằng: tình trạng bệnh nhân có điểm Karnofsky tốt trước phẫu thuật thì liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả tốt sau phẫu thuật và là một yếu tố tiên lượng kết quả phẫu thuật ($p < 0,05$).

4.6.4. Liên quan giữa kích thước u và kết quả sau phẫu thuật

Báo cáo của Kaki (1999), u có đường kính ≤ 3 cm thì có kết quả sau phẫu thuật tốt hơn ($p < 0,05$). Theo Aguiar (2010): tiên lượng của UMNLTN phụ thuộc vào vị trí và kích thước của u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự liên quan giữa kích thước khối u và kết quả sau phẫu thuật ($p = 0,957$). Có thể lý giải rằng: với sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, gây mê thần kinh, kỹ thuật mổ vi phẫu và các phương tiện hỗ trợ khi lấy u thì kích thước u lớn không còn là vấn đề quá thách thức trong khi phẫu thuật u màng não lều tiểu não.

4.6.5. Liên quan giữa phân loại u và kết quả sau phẫu thuật

Đa số các tác giả đều nhận thấy rằng UMNLTN bên thì kết quả sau phẫu thuật tốt hơn UMNLTN giữa và khuyết lều. Nhưng kết quả sau phẫu thuật của chúng tôi thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các vị trí u. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng của UMNLTN ở các vị trí: trước bên, ở giữa và khuyết lều cũng cao hơn UMNLTN sau bên như các tác giả trước đây. Có thể lý giải là: do chúng tôi nghiên cứu kỹ lưỡng kết quả cộng hưởng từ trước phẫu thuật và lựa chọn đường vào lấy u phù hợp, cùng với kỹ thuật mổ vi phẫu và sử dụng các phương tiện hỗ trợ trong quá trình lấy u như hút đốt siêu âm, theo dõi điện thế gọi thân não trong những trường hợp u ở vị trí khó (lều tiểu não giữa, khuyết lều) nên các biến chứng phẫu thuật có xảy ra nhưng không gây hậu quả nặng và vẫn đem lại kết quả sau phẫu thuật đạt kết quả tốt.

4.7. Theo dõi sau mổ

Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật vẫn là một vấn đề khó khăn trong tất cả các nghiên cứu, nhất là những bệnh nhân ở xa. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, có 81 bệnh nhân tái khám sau 3 tháng chiếm tỷ lệ 95,3%, 69 trường hợp tái khám sau 6 tháng chiếm tỷ lệ 81,2% và 61 trường hợp tái khám sau 1 năm chiếm tỷ lệ 71,8%. Một số trường hợp bệnh nhân ở xa và điều kiện kinh tế khó khăn nên không vào tái khám trực tiếp được nhưng tiếp xúc qua điện thoại được biết tình hình bệnh nhân vẫn sinh hoạt bình thường, nên việc đánh giá kết quả sau phẫu thuật chấp nhận được.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 86 trường hợp u màng não lều tiểu não được điều trị vi phẫu thuật, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Hiệu quả của vi phẫu thuật trong điều trị u màng não lều tiểu não qua kết quả phẫu thuật theo thang điểm GOS, Karnofsky và tỷ lệ lấy u triệt để theo phân độ của Simpson

Kết quả vi phẫu thuật UMNLTN tại thời điểm ra viện theo điểm GOS là: GOS bằng 5: 94,2%, GOS bằng 4: 3,5% và GOS bằng 3: 2,3%.

Kết quả vi phẫu thuật UMNLTN đánh giá theo thang điểm Karnofsky tại thời điểm bệnh nhân tái khám sau: tốt 94,2%; vừa 3,5 và xấu 1,2%.

Tỷ lệ lấy toàn bộ u đạt 93,0% (Simpson I và II), chỉ 7% lấy gần trọn u (Simpson IV), không có giải ép đơn thuần (Simpson V).

2. Mối liên quan giữa vị trí và kích thước u, tình trạng lâm sàng bệnh nhân trước phẫu thuật với kết quả điều trị

Vị trí u và kích thước u không liên quan đến kết quả phẫu thuật.

Tình trạng lâm sàng bệnh nhân lúc nhập viện tốt có liên quan đến kết quả tốt sau phẫu thuật, là yếu tố tiên lượng kết quả phẫu thuật.

3. Tỷ lệ biến chứng và các yếu tố liên quan đến biến chứng của phẫu thuật

Tỷ lệ các biến chứng phẫu thuật thấp: máu tụ sau mổ 5,8%, tổn thương thần kinh 5,8%, phù não 1,2%, giãn não thất 3,5%, rò dịch não tủy 2,3%, viêm màng não 3,5% và tử vong 1,2%.

UMNLTN ở vị trí giữa lều và khuyết lều có biến chứng nhiều hơn ở vị trí lều tiểu não bên.

Biến chứng bán manh do vén thùy chẩm mạnh và kéo dài, nếu nặng có thể không hồi phục.

KIẾN NGHỊ

U màng não lều tiểu não là một vị trí u có phẫu trường chật hẹp, đường tiếp cận u khó khăn, nhất là khi u ở vị trí khuyết lều, nơi có các cấu trúc mạch máu thần kinh rất quan trọng. Việc sử dụng kính vi phẫu trong điều trị phẫu thuật đem lại hiệu quả cao, giảm thiểu biến chứng và tử vong, giúp điều trị thành công loại u này. Vì vậy, cần trang bị kính vi phẫu và thực hành kỹ năng vi phẫu thuật thần kinh trong điều trị phẫu thuật UMNLTN ở các khoa, trung tâm phẫu thuật thần kinh.

Trong thực hành lâm sàng, cần khám kỹ và chỉ định chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ cho những trường hợp đau đầu, chóng mặt kéo dài giúp phát hiện sớm u khi lâm sàng còn tốt để đạt kết quả phẫu thuật tốt.

Bên cạnh đó, để đạt được kết quả cao trong điều trị vi phẫu thuật, cần phân tích kỹ lưỡng, cẩn thận kết quả cộng hưởng từ trước phẫu thuật để chọn đường vào lấy u phù hợp nhất thì cũng cần trang bị thêm các phương tiện hỗ trợ phẫu thuật như: hút đốt siêu âm, máy theo dõi điện thế gọi thần kinh. Và kết hợp với phương tiện điều trị khác sau mổ như: Xạ phẫu dao Gamma cho những trường hợp cần điều trị bổ sung.

Ưu điểm của nghiên cứu này là được tiến hành ở khoa Ngoại thần kinh thuộc bệnh viện lớn có trang thiết bị khá hiện đại với số lượng lớn bệnh nhân nên cỡ mẫu đủ lớn cho nghiên cứu. Hạn chế của nghiên cứu là thời gian theo dõi sau mổ còn ngắn nên chưa đánh giá chính xác được sự tái phát u. Do đó cần được tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau mổ trong thời gian dài hơn.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Trần Hùng Phong (2016), “Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học u màng não lều tiểu não”, *Y học Việt Nam*, Tập 449, Số đặc biệt, tr. 119-127.
2. Trần Hùng Phong (2016), “U màng não lều tiểu não: lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật”, *Y học Việt Nam*, Tập 449, Số đặc biệt, tr. 128-137.