

quả tốt. 10/65 bệnh nhân biểu hiện suy tuyến yên như đói nhạt, mệt mỏi, ăn uống giảm và ngủ kém. Sau 1 năm chỉ còn 3 BN cần điều trị. Kết quả thẩm mỹ ghi nhận 52/58 (89,7%) vết mổ đẹp và 4/58 (6,9%) vết mổ chấp nhận được. Đánh giá kết quả thẩm mỹ, chúng tôi sử dụng thang điểm Vancouver Scar Scale. Xếp loại đẹp khi không nhìn thấy vết sẹo, vết mổ (10). Kết quả liền xương được ghi nhận ở 65 bệnh nhân. Xương liền tốt ở 52/58 (89,7%). Mức độ liền xương được đánh giá tại thời điểm 1 năm sau mổ dựa trên quan sát vết mổ lõm hay không, phẳng hay không và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, x quang.

Đánh giá kết quả xa bằng thang điểm Glasgow Outcome Scale và thang điểm Karnofsky. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong, sống thực vật hay di chứng liệt nửa người. Tỷ lệ hồi phục hoàn toàn 81%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt u tăng trước nền sọ bằng vi phẫu thuật mở nắp sọ ổ khoá trên cung mà là phẫu thuật hiệu quả, tỷ lệ cắt hết u và gần hết u rất cao. Tỷ lệ tai biến và biến chứng, di chứng thấp. Không có biến chứng nặng, di chứng nặng hay tử vong. Kỹ thuật này có thể áp dụng với nhiều loại u tăng trước nền sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ormond D R and Hadjipanayis C G (2013), The supraorbital keyhole craniotomy through an eyebrow incision: its origins and evolution, Minim invasive surg, ID 296469. Published online 2013 jul 10. doi: 10.1155/2013/296469
2. Nangarwal B et al (2022), Anterior skull base meningioma: surgical approach and complication avoidance, J Neurol Surg B Skull Base, DOI.10.1055/a-1733-9320.
3. Peng Y et al (2016), The supraorbital keyhole approach to the suprasellar and supra-intrasellar Rathke cleft cyst under pure endoscopic visualization, World Neurosurg, 92, 120-125.
4. Fan M et al (2013), Individualized surgical strategies for Rathke cleft cyst based on cyst location, J Neurosurg, 119, 6, 1437-1446
5. Patankar A et al (2022), An entirely suprasellar Rathke's cleft cyst: a rare case report with review of literature, Egyptian Journal of Neurosurgery, 37, 21, 1-10
6. Grewal M R et al (2020), Gross total versus subtotal surgical resection in the management of craniopharyngioma, Allergy and Rhinology, Volume 11: 1-6. Journals.sagepub.com/home/aar. DOI: 10.1177/2152567-2096-4158
7. Mortazavi M et al (2016), Planum sphenoidale and tuberculum sellae meningiomas: operative nuances of a modern surgical technique with outcome and proposal of a new classification system, Worl Neurosurg, 86, 270-286.
8. King J A J et al (2016), Craniopharyngioma, Chapter 135, Neurosurgery, Springer Edition, 15-25.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U NÃO THẤT BÊN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ 2019-2020

Nguyễn Đức Đông¹, Lê Hồng Nhân¹, Ngô Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u não thất bên tại Bệnh viện Việt Đức từ 2019-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 37 trường hợp đã được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u não thất bên tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình 34±5.8. Tỷ lệ nam/nữ 0.57/0.43. Triệu chứng chủ yếu là đau đầu 70.2%. Kích thước u trung bình 4.7±0.5(cm). Tỷ lệ lấy hết u 29.7%. U nguyên bào thần kinh đệm và u tế bào thần kinh trung ương là loại u thường gặp nhất. 64.9% số bệnh nhân cải thiện tốt sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật u não thất bên còn khó khăn, tỉ lệ lấy toàn bộ u còn

thấp nhưng vẫn là phương pháp điều trị chính, tiên lượng sau mổ tốt

Từ khóa: U não thất bên, lâm sàng, phẫu thuật

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGING FINDING AND SURGICAL RESULT OF LATERAL VENTRICULAR TUMOR IN VIET DUC HOSPITAL IN 2019-2020

Objective: assessment of surgical results of lateral ventricular tumor in Viet Duc hospital in 2019-2020. **Patients and methods:** A retrospective, cross-section, and descriptive study with 37 patients who were diagnosed and treated with lateral ventricular tumor in Viet Duc hospital from Jan 2019 to Dec 2020. **Results:** The mean off age was 34±5.8. Male/female ratio was 0.57/0.43. Most common sign was headache 70.2%. Tumor's size means 4.7±0.5(cm). Total removal of tumors was taken in 29.7% of the patients. Glioblastoma and Central neurocytoma was the most common histologic result. 64.9% of patients had good outcome. **Conclusion:** Surgery for lateral ventricular tumors is difficult, the

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Đông

Email: nguyenducdong.2293@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 26.12.2022

rate of removal of the entire tumor is still low, but it is the main treatment method, and the prognosis after surgery is good.

Keywords: Lateral ventricular tumors, clinical features, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U não thất bên là những khối u nằm ở các vị trí khác nhau của não thất bên hoặc u phát triển từ tổ chức não xung quanh mà có 2/3 khối u nằm trong não thất bên¹. U não thất thường tiến triển chậm và không có triệu chứng đặc hiệu. Các triệu chứng chính của u não thất bên thường là hậu quả của giãn não thất hoặc tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy hơn là do chèn ép trực tiếp của khối u². Với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh việc chẩn đoán u não thất bên ngày càng chính xác và dễ dàng hơn. Tuy nhiên phẫu thuật lấy toàn bộ u vẫn còn nhiều thách thức do vị trí nằm sâu, liên quan đến nhiều cấu trúc quan trọng³. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị u não thất bên tại Bệnh viện Việt Đức

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn sau

- Được chẩn đoán u não thất bên dựa vào triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh
- Được phẫu thuật lấy u và được theo dõi tại Trung tâm Phẫu thuật thần kinh Bv Việt Đức
- Có kết quả mô bệnh học
- Có đầy đủ hồ sơ
- Bệnh nhân được khám lại, chụp phim sau mổ
- Bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đáp ứng được một trong các tiêu chuẩn trên

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

Thời gian nghiên cứu: từ 01.01.2019 đến 31.12.2020

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, tình trạng lâm sàng trước mổ, đặc điểm hình ảnh học trước mổ, đặc điểm phẫu thuật và kết quả phẫu thuật, đặc điểm giải phẫu bệnh, kết quả bệnh nhân lúc ra viện và sau 1 tháng đánh giá theo thang điểm mRS

Bảng 1. Thang điểm mRS (modified Ranking Scale)

Điểm	Mô tả
0	Không hề có triệu chứng
1	Thương tổn không có ý nghĩa mặc dù có triệu chứng; có khả năng thực hiện được tất cả công việc và sinh hoạt

2	Thương tổn nhẹ; không thể thực hiện các công việc trước đó, nhưng có khả năng thực hiện được các phần việc cá nhân mà không cần sự hỗ trợ
3	Thương tổn trung bình; cần một vài sự giúp đỡ nhưng có khả năng đi bộ mà không cần hỗ trợ
4	Thương tổn trung bình nặng, không thể đi bộ mà không có sự hỗ trợ và không thể tự chăm sóc bản thân mà không cần sự hỗ trợ
5	Thương tổn nặng, nằm liệt giường, đại tiện tiện không tự chủ, luôn cần tới sự chăm sóc của y tế
6	Tử vong

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học và đạo đức Đại học Y Hà Nội năm 2020. Toàn bộ thông tin của bệnh nhân chỉ được dùng cho mục đích y khoa, được mã hoá thông tin cá nhân. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị cũng như quyền lợi kinh tế của bệnh nhân và gia đình

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có 37 bệnh nhân, trong đó 21 nam (56,7%) và 16 nữ (43,3%). Nhóm bệnh nhân có độ tuổi 3-62 tuổi, tuổi trung bình là 34±5.8, độ tuổi tập trung nhiều nhất là 20-39 (16 BN, chiếm 43.2%)

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng BN	%
Nhức đầu	25	67.6
Liệt, yếu nửa người, hoặc một chi	8	21.6
Nôn, buồn nôn	6	16.2
Mờ mắt	5	13.5
Động kinh	5	13.5
Hôn mê, lơ mơ	2	5.4
Thất ngôn	2	5.4
Rối loạn trí nhớ	1	2.7

Triệu chứng đau đầu là triệu chứng chính xuất hiện ở 67.6% bệnh nhân, các triệu chứng phổ biến khác là yếu nửa người, nôn, buồn nôn, mờ mắt, có 2 bệnh nhân vào viện trong tình trạng lơ mơ

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh học

		Số lượng	%
Vị trí	Sừng trán	12	32.4
	Thân	11	29.7
	Sừng chẩm	9	24.3
	Ngã ba não thất	4	10.8
	Sừng thái dương	1	2.8
Kích thước		47±5.2 (mm)	

Cấu trúc	Đặc	15	40.5
	Hỗn hợp	22	59.5
Ranh giới	Rõ	13	35.1
	Không rõ	24	64.9
T1	Đồng tín hiệu	6	16.3
	Tăng tín hiệu	7	18.9
	Giảm tín hiệu	15	40.5
	Hỗn hợp	9	24.3
T2	Đồng tín hiệu	1	2.7
	Tăng tín hiệu	10	27.1
	Giảm tín hiệu	13	35.1
	Hỗn hợp	13	35.1
Ngấm thuốc sau tiêm	Không	12	32.4
	Viên	7	19.0
Giãn nở thất	Có	20	54.0
	Không	17	46.0

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

		Số lượng	%
Đường mổ	Trán	15	40,5
	Thái dương chẩm	11	29,7
	Chẩm	6	16,2
	Thái dương	2	5,4
	Đỉnh	3	8,2
Mức độ lấy u	Toàn bộ	15	40,5
	Một phần	22	59,5

Bảng 5. Đặc điểm giải phẫu bệnh

	Phân độ theo WHO	Số lượng	%
U sao bào lông	I	3	8.1
U dưới màng nội tuỷ	I	1	2.7
U nguyên bào mạch máu	I	1	2.7
U màng não	I	5	13.5
U sao bào tế bào lớn dưới màng nội tuỷ	I	2	5.4
U màng nội tuỷ	II	2	5.4
U tế bào thần kinh trung ương	II	7	19.0
U màng nội tuỷ kém biệt hoá	III	3	8.1
U sao bào kém biệt hoá	III	2	5.4
U nguyên bào thần kinh đệm	IV	8	21.6
U thần kinh đệm đường giữa	IV	3	8.1

Bảng 6. Kết quả điều trị

		Số lượng	%
Cải thiện triệu chứng sau mổ	Tốt hơn	14	37.8
	Không thay đổi	18	48.6
	Xấu hơn	5	13.6
Phim sau mổ	Tốt	30	81.1
	Chảy máu	5	13.5
	Phù não	2	5.4
	Giãn nở thất mới	0	0

Bảng 7. Kết quả sau mổ theo mRS

	mRS	Số lượng	%
Ra viện	Tốt (0-2)	24	64.8
	Xấu (3-6)	13	35.2
Sau 1 tháng	Tốt (0-2)	26	70.2
	Xấu (3-6)	11	29.8

IV. BÀN LUẬN

Dịch tễ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 bệnh nhân nam, 16 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1.3/1, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác khi cho rằng không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ u não thất bên ở nam và nữ⁴⁻⁶

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 34±5.8, trong đó nhóm tuổi thường gặp nhất là 20-39 chiếm 43.2%. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác khi cho rằng u não thất bên gặp ở mọi lứa tuổi nhưng độ tuổi thường gặp nhất là dưới 40. Tỉ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi của Pendl là 65%¹, của Dănilă là 69.3%⁶. Của tác giả Đồng Phạm Cường là 63.16%⁷

Triệu chứng lâm sàng. Các khối u thường phát triển chậm bên trong não thất đến khi gây cản trở lưu thông dịch não tuỷ, gây giãn nở thất dẫn đến tăng áp lực nội sọ, hoặc chèn ép vào các cấu trúc lân cận gây nên các khiếm khuyết thần kinh². Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất, xuất hiện ở 67.6% bệnh nhân. Kết quả tương tự cũng gặp ở nghiên cứu của Dănilă với 61.38%⁶. Tỉ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu của các tác giả khác Anderson 35.7%², Pendl 47%¹, Gökalp 35.7%⁴ có thể là do bệnh nhân của chúng tôi đến viện muộn khi các triệu chứng đã rõ ràng. Các triệu chứng thường gặp khác là yếu nửa người 21.6%, nôn, buồn nôn 16.2%, mờ mắt 13.5%, động kinh 13.5%, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đồng Phạm Cường⁷

Đặc điểm hình ảnh học. Chụp cộng hưởng từ có thuốc đối quang từ cho hình ảnh rõ nét hơn về vị trí, kích thước, ranh giới khối u và sự xâm lấn vào cấu trúc xung quanh, đặc biệt hình ảnh T2W cho biết mức độ phù não quanh u, các nang dịch, giúp cho phẫu thuật viên lựa chọn đường mổ một cách hợp lý, thuận lợi nhất. Về tiên lượng, hình ảnh cộng hưởng từ cho biết mức độ xâm lấn của u vào các vùng chức năng quan trọng, các mạch máu lớn, xoang tĩnh mạch dọc dưới, xoang thẳng. Dựa trên hình ảnh bắt thuốc trên phim, phẫu thuật viên có thể đánh giá sơ bộ được tính chất mô bệnh học, mức độ lành tính hay ác tính của u để lựa chọn phương án điều trị⁸. Trong nghiên cứu này chúng tôi chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc cản quang cho tất cả 37

trường hợp. Tín hiệu u thường hỗn hợp, không điển hình, có 15 bệnh nhân giảm tín hiệu trên T1 (40.5%), 13 bệnh nhân tín hiệu hỗn hợp trên T2 (35.1%), ranh giới không rõ ràng 64.9%. Những đặc điểm này phù hợp với tính chất phức tạp, không đặc trưng của đặc điểm giải phẫu bệnh. Kích thước u trung bình lớn 47 ± 5.2 mm, vị trí thường gặp nhất là sừng trán (32.4%) và thân não thất (29.7%), gây giãn não thất trong 20 trường hợp (54%), phần lớn u bắt thuốc đối quang từ 67.6% mức độ từ ít đến nhiều. So sánh chúng tôi nhận thấy kết quả tương tự với một số nghiên cứu khác^{4,6,7}

Đặc điểm phẫu thuật. Việc lựa chọn đường vào trong phẫu thuật u não thất bên phụ thuộc vào các yếu tố: (1) vị trí của khối u trong não thất, (2) có giãn não thất không, (3) bán cầu não liên quan có chiếm ưu thế không, (4) kích thước của khối u, (5) nguồn cấp máu cho khối u, (6) đặc điểm mô bệnh học. Đường mổ lý tưởng nhất phải cho phép tiếp cận cắt bỏ từng phần của u, xác định các mạch nuôi, không gây chèn ép não và hạn chế tổn thương vỏ não chức năng². Có hai đường mổ chính lấy u não thất bên là đường mổ qua nhu mô và qua khe liên bán cầu. Mặc dù đường mổ qua khe liên bán cầu ít gây tổn thương não và ít gây các khiếm khuyết thần kinh, động kinh sau mổ nhưng lại khó khăn trong việc tiếp cận khối u. Ngày nay việc lựa chọn đi qua nhu mô não ở các vị trí ít chức năng và mở nhỏ làm giảm thiểu tối đa các biến chứng⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân được mổ bằng đường qua nhu mô não. Lý do là phần lớn các bệnh nhân có biểu hiện tăng áp lực nội sọ, não phù khó vén não nếu đi qua khe liên bán cầu. Mặt khác u thường có kích thước lớn nên qua đường mổ này có thể mở rộng phẫu trường khi cần thiết, đỡ khó khăn hơn trong việc lấy u và xử lý biến chứng (chảy máu, phù não) so với đường qua khe liên bán cầu. Có 15 bệnh nhân mổ qua nhu mô trán, 11 bệnh nhân qua nhu mô thái dương chẩm, 6 bệnh nhân qua nhu mô chẩm, 3 bệnh nhân qua nhu mô đỉnh, 2 bệnh nhân qua nhu mô thái dương. Kết quả lấy u trong nghiên cứu của chúng tôi là 40.5% lấy toàn bộ u, 59.5% lấy một phần u. So sánh kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Gökalp⁴ và Đồng Phạm Cường⁷.

Đặc điểm mô bệnh học. Cũng như các nghiên cứu khác, mô bệnh học của u não thất bên khá đa dạng. Nghiên cứu của chúng tôi có 11 loại u, trong đó hay gặp nhất là u nguyên bào thần kinh đệm (21.6%) và u tế bào thần kinh trung ương (19%), các loại khác ít gặp hơn là u

màng não (13.5%), u màng nội tuỷ kém biệt hoá (8.1%). Tuy u nguyên bào thần kinh đệm chiếm tỉ lệ cao nhất nhưng tổng số các loại u độ thấp (I,II) chiếm 56,8%. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả D'Angelo⁵ (65%), Pendl¹ (56%), Đồng Phạm Cường⁷ (42,1%)

Kết quả điều trị. Tính đến thời điểm ra viện, có 14 bệnh nhân cải thiện triệu chứng tốt hơn (37.8%), 18 bệnh nhân triệu chứng không thay đổi (48.6%), 5 bệnh nhân triệu chứng xấu hơn (13.6%) trong đó có 2 bệnh nhân tử vong: 1 bệnh nhân chảy máu não thất, 1 bệnh nhân phù não. Phim chụp kiểm tra sau mổ 30 bệnh nhân kết quả tốt (81.1%), 5 bệnh nhân chảy máu (13.5%), 2 bệnh nhân phù não (5.4%). Kết quả tốt lúc ra viện (mRS: 0-2) là 64.8%, sau 1 tháng là 70.2%. Kết quả này của chúng tôi tương đương kết quả của Đồng Phạm Cường 65% kết quả tốt⁷, tuy nhiên tỉ lệ tử vong thấp hơn 5.4% so với 13.7%. Kết quả này một phần là do trình độ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên được cải thiện, một phần là do thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn

V. KẾT LUẬN

U não thất bên thường gặp ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, triệu chứng lâm sàng và đặc điểm chẩn đoán hình ảnh không điển hình. Điều trị phẫu thuật là phương pháp chính với kết quả tương đối tốt tuy vẫn còn gặp biến chứng nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pendl G, Oztürk E, Haselsberger K.** Surgery of tumours of the lateral ventricle. *Acta Neurochir (Wien)*. 1992;116(2-4):128-136.
2. **Anderson RCE, Ghatan S, Feldstein NA.** Surgical approaches to tumors of the lateral ventricle. *Neurosurgery Clinics of North America*. 2003;14(4):509-525.
3. **Rhoton AL.** The lateral and third ventricles. *Neurosurgery*. 2002;51(4 Suppl):S207-271.
4. **Gökalp HZ, Yüceer N, Arasil E, et al.** Tumours of the lateral ventricle. A retrospective review of 112 cases operated upon 1970-1997. *Neurosurg Rev*. 1998;21(2-3):126-137.
5. **D'Angelo V, Galarza M, Catapano D, Monte V, Bisceglia M, Carosi I.** Lateral ventricle tumors: surgical strategies according to tumor origin and development--a series of 72 cases. *Neurosurgery*. 2005;(6 Suppl 3).
6. **Dănăilă L.** Primary tumors of the lateral ventricles of the brain. *Chirurgia (Bucur)*. 2013;108(5):616-630.
7. **Cường ĐP.** Nghiên Cứu Chẩn Đoán và Đánh Giá Kết Quả Điều Trị vi Phẫu Thuật u Não Thất Bên.
8. **Delmaire C, Boulanger T, Leroy HA, Tempremant F, Pruvo JP.** [Imaging of lateral ventricle tumors]. *Neurochirurgie*. 2011;57(4-6):180-192.