

# MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U TUYỂN CỔ CAO

NGUYỄN HÙNG MINH, NGUYỄN THÀNH BẮC

## TÓM TẮT

Từ tháng 05 năm 2006 đến tháng 05 năm 2009, Tại khoa PTTK bệnh viện 103 chúng tôi đã vi phẫu thuật 21 bệnh nhân được chẩn đoán u tuỷ cổ cao. Với 12 BN nam, 09 bệnh nhân nữ. Tuổi từ 16 đến 62. Giải phẫu bệnh: Neurinoma 48,86%; Meningioma 23,81%; Atrocytoma 14,29%; Ependymoma 14,29%; Kyst tumor 4,76%. Kết quả sớm sau phẫu thuật: Tốt 14,29%; Như cũ 57,14%; Xấu 19,05%; Tử vong 9,25%.

## SUMMARY

Some remarks on diagnosis and outcome of Spinal cord tumors of high cervical operated in 103 hospital (5/2006 - 5/2009)

The authors show 21 cases of spinal cord tumors of high cervical operated in 103 Hospital from March 2006 to March 2009. The common age of patients was from 16 to 62 years old. Male 12; Female 09. 100% of all patients had taken MRI for diagnosing. The pathology results are Neurinoma 48,86%; Meningioma 23,81%; Atrocytoma 14,29%; Ependymoma 14,29%; Kyst tumor 4,76%. The early results: Good 14,29%; no change 54,14%; bad: 19,05%; death: 9,52%. However the diagnosis and treatment are still difficult but the management of spinal cord tumors of high cervical has relatively good results, and helps the patients to return to daily activities.

## ĐẶT VẤN ĐỀ:

U tuỷ là bệnh lý hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 2,04% các loại u trong cơ thể nói chung và 15% các u thuộc hệ thống thần kinh trung ương. U tuỷ cổ cao hiếm gặp hơn. Do đặc điểm giải phẫu vùng này có khoang dưới nhện rộng nên sự chèn ép của khối u tiến triển chậm, khi có biểu hiện lâm sàng thì u đã có kích thước lớn. Đây là vùng tiếp giáp giữa tuỷ sống và não, đặc biệt tiếp giáp vùng hành, cầu não có các trung khu về hô hấp, tim mạch nên lâm sàng của bệnh nhân nặng nề (rối loạn về hô hấp, tim mạch, vận động...), phẫu thuật khó khăn (không lấy triệt để u, phù tuỷ-não, suy thở, mất vững cột sống...), để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.

Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ của u tuỷ cổ cao-u tuỷ ngang lỗ chằm.
2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u tuỷ cổ cao-u tuỷ ngang lỗ chằm.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu:

- 21 bệnh nhân chẩn đoán u tuỷ cổ cao được phẫu thuật bằng kính OMPI VARRIO tại Khoa phẫu thuật thần kinh-Bệnh viện 103 từ tháng 05 năm 2006 đến tháng 05 năm 2009.

- Các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ trước mổ và đầy đủ các xét nghiệm thường qui.

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu

3. Kết quả:

3.1. Tuổi – giới:

Bảng 1: Tuổi – giới

Tuổi/Giới	< 20	20 - 50	> 50 - 60	> 60	Tổng
Nam	1	3	7	1	12(57,14%)
Nữ	0	1	4	4	9(42,86%)
Tỷ lệ %	1(4,76%)	4(19,05%)	11(52,38%)	5(23,81%)	21(100%)

- Lứa tuổi chủ yếu là từ 50-60 tuổi gặp 52,38%.

3.2. Đặc điểm giai đoạn bệnh lý:

Bảng 2: Đặc điểm giai đoạn bệnh.

Giai đoạn bệnh	Đau rễ	Liệt không hoàn toàn	Liệt hoàn toàn	Tổng số
Số Bệnh nhân	2	15	4	21
Tỷ lệ	9,52%	71,43%	19,05%	100%

- BN được phẫu thuật ở giai đoạn đau rễ thấp chiếm 2/21 BN (9,52%)

3.3. Đặc điểm về giải phẫu u tuỷ trong ống sống:

Bảng 3: Vị trí u trong ống sống.

Vị trí	Số BN	Tỷ lệ
U ngoài màng cứng	0	
U dưới màng cứng – ngoài tuỷ	11	52,38%
U nội tuỷ	7	33,33%
U dạng đồng hồ cát	3	14,29%
Tổng số	21	100%

- Chúng tôi gặp chủ yếu là u dưới màng cứng, ngoài tuỷ 11/21BN (52,38%)

3.4. Kết quả lấy bỏ u trong phẫu thuật:

Bảng 4: Mức độ lấy bỏ của các loại u trong phẫu thuật

Mức độ Loại u	Lấy toàn bộ	Gần hoàn toàn	Lấy một phần	Tổng cộng
U dưới màng cứng-ngoài tuỷ	Neurinoma 6			6
	Meningioma 5			5
U nội tuỷ	Atrocytoma	1	2	3
	Ependymoma	2	1	3
	U nang	1		1
Đồng hồ cát	Neurinoma 2	1		3
Tổng cộng	13(61,90%)	5(23,81%)	3(14,29%)	21(100%)

- Phẫu thuật lấy toàn bộ u chủ yếu là Neurinoma và meningioma 13/21 BN

### 3.5. Kết quả giải phẫu bệnh:

Bảng 5: Kết quả giải phẫu bệnh.

Loại u	Số BN	Tỷ lệ
Neurinoma	9	42,86%
Meningioma	5	23,81%
Atrocytoma	3	14,29%
Ependymoma	3	14,29%
U nang	1	4,76%
Tổng số	21	100%

### 3.6. Biến chứng sau mổ:

Bảng 6: Biến chứng trong và sau mổ.

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ
Liệt chi thể tăng lên	4	19,05%
Thở máy kéo dài trên 10 ngày	5	23,81%
Bội nhiễm phổi	4	19,05%
Nhiễm khuẩn vết mổ	3	14,29%
Rò dịch não tủy qua vết mổ kéo dài	3	14,29%
Loét điểm ty	6	28,57%
Nhiễm khuẩn tiết niệu	4	19,05%

### 3.7. Kết quả gần sau phẫu thuật:

Bảng 7: Kết quả sớm sau phẫu thuật.

Giai đoạn bệnh	Tốt	Như trước mổ	Xấu đi	Tử vong
Giai đoạn đau rễ	1	1	0	0
Liệt gần hoàn toàn	2	8	4	1
Liệt hoàn toàn	0	3	0	1
Tổng số	3(14,29%)	12(57,14%)	4(19,05)	2(9,52%)

### 3.8. Kết quả nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng:

- Khởi phát bệnh hầu hết là tự nhiên 21/21BN.
- Các rối loạn về cảm giác: 21/21 BN xuất hiện đau mỗi cổ gáy là các triệu chứng đầu tiên, kèm theo các biểu hiện đau đầu vùng chẩm, chóng mặt.
- Các rối loạn về vận động: có 19/21BN bại yếu tứ chi, liệt hoàn toàn kiểu trung ương.
- Các rối loạn phản xạ: 21/21BN tăng phản xạ gân xương đều tứ chi. Hội chứng tháp gặp 21/21BN.

### BÀN LUẬN:

#### 1. Tuổi, giới:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi hay gặp nhất là từ 50 đến 60 chiếm 11/21BN (52,38%), tuổi cao nhất là 63. Theo các tác giả khác thì thường gặp ở lứa tuổi 20 đến 50. Nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới, song khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

#### 2. Giai đoạn bệnh:

Bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật chủ yếu ở giai đoạn liệt gần hoàn toàn chiếm 15/21BN (71,43%), liệt hoàn toàn 4/21BN(19,05%). Do khoang dưới nhện ở vị trí này khá rộng nên chỉ khi u phát triển to, những biểu hiện lâm sàng mới rõ và được phát hiện, điều trị muộn.

#### 3. Triệu chứng lâm sàng:

Rối loạn cảm giác: 21/21 BN trong nghiên cứu của chúng tôi. Khởi đầu thường với hội chứng cổ vai, sau đó biểu hiện giảm cảm giác đau. Những rối loạn cảm giác do u đè vào các bó tủy đôi thị bên gây nên.

Rối loạn vận động: 19/21 BN bại yếu, liệt cứng.

Theo Selosse (1968), do u phát triển to dần gây chèn ép tủy sống, nên các rối loạn vận động từ từ, tăng dần với mức độ nhẹ như yếu một vài nhóm cơ, nặng dần bại yếu, liệt chi thể. Thực tế, hầu hết khi có triệu chứng này bệnh nhân lo lắng mới tới khám tại các cơ sở chuyên khoa. Trong 4/21BN (19,05%) liệt hoàn toàn đều là u nội tủy và là u atrocytoma, diễn biến liệt cơ của các bệnh nhân này nhanh hơn.

Rối loạn phản xạ: 21/21BN tăng phản xạ gân xương do tổn thương bó tháp.

### 4. Vị trí u trong ống sống:

Về vị trí u trong ống sống theo các tác giả gặp chủ yếu là dưới màng cứng-ngoài tủy chiếm tới 41,6% theo Austin G.M (1961), 68% theo Vũ Hồng Phong (2001). Tương đương với tỷ lệ của chúng tôi là 52,38%. Chúng tôi không gặp trường hợp nào u ngoài màng cứng ở đoạn tủy cổ. U nội tủy chúng tôi gặp chủ yếu là u tế bào sao và u màng ống nội tủy chiếm 7/21BN (33,33%); một số tác giả khác gặp 20% như Brotschi J (1998), Hoshimaru M (1999), Chang U.K (2002).

### 5. Mức độ lấy u trong phẫu thuật:

Với những u neurinoma, meningioma chúng tôi lấy hoàn toàn u (13/21BN), chủ yếu là những u dưới màng cứng-ngoài tủy. Song cũng gặp khó khăn với những u nằm phía trước tủy, với những trường hợp này thường phải lấy u trong bao, vén tủy cần nhẹ nhàng. Với những u nội tủy, mặc dù sử dụng kính vi phẫu, nhưng chúng tôi cũng chỉ lấy gần hoàn toàn hoặc một phần u 7/21BN, gặp chủ yếu là u màng ống nội tủy và u tế bào sao, vì gianh giới u không rõ, nếu cố tình lấy hết u sẽ gây tổn thương những trung khu quan trọng (hô hấp, tim mạch).

### 6. Đặc điểm giải phẫu bệnh của u:

Chúng tôi gặp chủ yếu u neurinoma (9/21BN) và meningioma (5/21BN). Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác khi nghiên cứu u tủy trên toàn bộ tủy sống, và với những loại u này thì kết quả điều trị tốt hơn cả.

### 7. Biến chứng sau mổ:

Một trong những biến chứng sau mổ thường gặp là suy thở, cần thở máy hỗ trợ, chúng tôi gặp 5/21BN, chủ yếu là trong nhóm u nội tủy; do phù tủy lan rộng, ảnh hưởng trực tiếp tới trung khu hô hấp ở hành não. Chính điều này gây nên bội nhiễm phổi 4/5BN, thường gặp ở người cao tuổi; các trường hợp này đều phải mở khí quản.

Loét điểm ti chúng tôi gặp 6/21BN là loét u chẩm ngoài, do bệnh nhân bị liệt, thay đổi tư thế khó khăn. Đây là những đặc điểm khá riêng biệt của u vùng cổ cao mà với u ở các vị trí khác thường ít hoặc không gặp.

### 8. Kết quả gần sau phẫu thuật:

Chúng tôi có kết quả sớm sau phẫu thuật:

- Kết quả tốt 3/21BN (14,17%).
- Như trước mổ 12/21BN (57,14%).
- Xấu đi 4/21BN (19,05%).
- Tử vong 2/21BN (9,52%)

Những bệnh nhân có kết quả tốt là được mổ ở giai

đoạn sớm của bệnh, giải phẫu bệnh là u rỗng hoặc u màng tuỷ.

2 trường hợp tử vong là do viêm phổi và rò dịch não tuỷ dẫn đến viêm não-tuỷ mủ.

#### **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 21 trường hợp u tuỷ cổ cao chúng tôi có một số nhận xét sau:

- Gặp chủ yếu tuổi 50 – 60, chiếm 11/21BN (52,38%), tỷ lệ nam/nữ là 12/9.

- Rối loạn cảm giác gặp ở 21/21BN, rối loạn vận động gặp 19/21BN, rối loạn phản xạ gặp 21/21BN

- Bệnh nhân được phẫu thuật ở giai đoạn liệt không hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao nhất 15/21BN (71,43%).

- U dưới màng cứng, ngoài tuỷ chiếm 11/21BN (52,38%), u rỗng thân kinh gặp 6/21BN (28,57%), u màng tuỷ gặp 5/21BN (23,81%).

- Những biến chứng sau mổ thường gặp là suy thở 5/21BN (23,81%), bội nhiễm phổi 4/5BN, rò dịch não tuỷ kéo dài 3/21BN.

- Kết quả gần sau phẫu thuật tốt là 3/21BN (14,29%); như trước mổ 12/21BN (57,14%), xấu đi 4/21BN (19,05%), tử vong 2/21BN (9,52%).

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Austin. GThe spinal cord 1961, 1 – 144.
2. Bowers D.C, Weprin BEIntramedullary spinal cord tumors 2003; 207 – 212.
3. Pasztor. EConcise neurosurgery for general practioners and students 1980; 46 – 102.
4. Sheldon. R and Simon. MDOrthopaedic basic science 1996; 325 –396.
5. Võ Xuân SơnTổng kết mổ u tuỷ sống tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 6/1994 – 6/1996 (Báo cáo Hội nghị Việt – Nhật TP HCM 11/1997).