

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U HỔ SAU THỂ ASTROCYTOMA PILOCYTIC TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

NGUYỄN THANH XUÂN, LÝ NGỌC LIÊN, NGÔ MẠNH HÙNG

TÓM TẮT

Nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật 26 bệnh nhân u hố sau thể *Astrocytoma pilocytic* có tuổi trung bình 16,38 tuổi. U gặp chủ yếu ở thùy nhộng và bán cầu tiểu não (76,9%). Cấu trúc trên phim cộng hưởng từ 100% u gồm phần đặc bắt thuốc và phần nang kèm theo, 65,4% có giãn não thất và 50% có chèn ép vào thân não. Kết quả sau mổ cho tỷ lệ tốt 73,1%, trung bình 23,1%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, không có biến chứng tử vong.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U não *Astrocytoma pilocytic* (AP) là một loại u tế bào sao của não được Tổ chức y tế thế giới xếp vào loại Grade I. U thường xuất hiện phổ biến ở tuổi thiếu niên, hay gặp ở tiểu não, giao thoa thị giác, thân não, vùng dưới đồi, não thất III...

U chiếm 0,6 đến 6% các loại u nội sọ và 32 % u tế bào sao của tuổi thanh thiếu niên. Người lớn cũng xuất hiện nhưng hiếm gặp.

U não thể *Astrocytoma pilocytic* hay gặp ở tiểu não của lứa tuổi thanh thiếu niên, nhưng hay bị chẩn đoán nhầm trước mổ do triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nhiều khi giống các u vùng này như: *Medulloblastoma*, *Ependymoma*, *Hemangioblastoma*, *Astrocytoma fibrilare*..

Việc điều trị u ở vùng này chủ yếu là phẫu thuật cho kết quả rất tốt, với tỷ lệ sống trên 10 năm đạt trên 90%. Ngoài ra với những u không thể phẫu thuật hoặc phẫu thuật không hết có thể xem xét điều trị xạ, hóa chất

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 26 trường hợp được chẩn đoán u não hố sau có kết quả giải phẫu bệnh *Astrocytoma pilocytic* thời gian từ 1/2009 đến 6/2010 tại khoa Phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Việt Đức. Các bệnh nhân có bệnh án đầy đủ được theo dõi lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ, kết quả phẫu thuật sớm sau mổ bằng lâm sàng, chụp phim kiểm tra.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2009 đến 6/2010, chúng tôi đã mổ cho 26 bệnh nhân u hố sau thể *Astrocytoma pilocytic* gồm 11 nam và 15 nữ, tuổi trung bình là 16,38 tuổi, thấp nhất 3 tuổi, cao nhất là 34 tuổi. Lứa tuổi từ 10 đến 20 chiếm 16/26 (61,5%), trên 20 chiếm 6/26 (23,1%), dưới 10 tuổi chiếm 4/26 (15,4%). Có 7 bệnh nhân được phẫu thuật lần 2 do u tái phát.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng khi vào viện

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hội chứng tăng áp lực nội sọ	26	100
Rối loạn thăng bằng	20	76,9
Rối loạn về phối hợp động tác	16	61,5
Nystamus	9	34,6
Giảm thị lực	5	19,2
Liệt dây thần kinh sọ	4	15,4

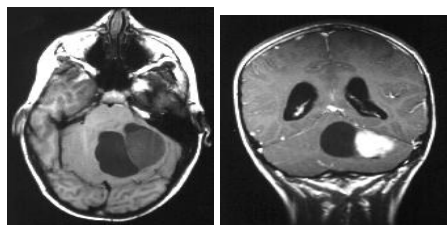
Hôn mê, dọa tụt kẹt	1	3,8
---------------------	---	-----

Triệu chứng cộng hưởng từ

Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ trước khi mổ. Kích thước trung bình chiều lớn nhất của u 37,4 ±8,6mm, 100% u có phần đặc, phần nang kèm theo, phần đặc bắt thuốc sau tiêm.

Bảng2: Vị trí u

Vị Trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bán cầu tiểu não	11	42,3
Thùy nhộng	9	34,6
Thân não	2	7,7
Não thất IV	4	15,4



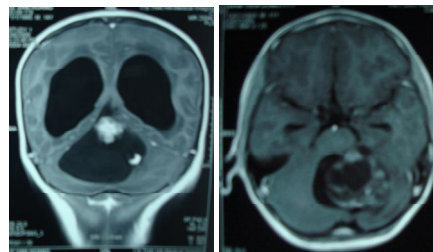
Hình 1: U não hố sau *Astrocytoma pilocytic*

Bảng3: Tính chất u

Tính chất	Số lượng	Tỷ lệ (%)
U dạng nang lớn đơn thuần	10	38,5
U dạng nang hỗn hợp	13	50
U dạng nang nhỏ	3	11,5
U đặc không có nang	0	0

Bảng4: Các triệu chứng kèm theo

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phù não quanh u	6	23,1
Giãn não thất	17	65,4
Chèn ép thân não	13	50
U vị trí khác kèm theo	2	7,7
NFI	1	3,8
Can xi hóa	2	7,7
U có chảy máu	1	3,8



Hình 2: U có nang hỗn hợp gây giãn não thất

Bảng 5: Kết quả phẫu thuật

Cách thức	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lấy toàn bộ u	19	73,1
Lấy gần toàn bộ	7	26,9

Sinh thiết u đơn thuần	0	0
------------------------	---	---

Bảng 6: Biến chứng sau phẫu thuật

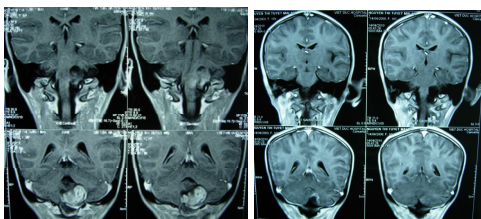
Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu não thất	0	0
Rò DNT	2	7,6
Viêm màng não	1	3,8
Liệt thân kinh sọ	1	3,8
Tử vong	0	0

Kết quả phẫu thuật thành công cao với tỷ lệ toàn bộ u 73,1%, lấy gần toàn bộ u 26,9%. Có 2 trường hợp rò dịch, trong đó 1 trường hợp viêm màng não điều trị nội khoa khỏi bệnh, 1 trường hợp tổn thương thân kinh sọ do u xâm lấn. không có bi

Biến chứng tử vong.

Bảng 7: Kết quả sau mổ theo thang điểm Karnofski

Thang điểm	SL	(%)
Tốt (Karnofski 80-100 điểm, chụp kiểm tra không còn u)	19	73,1
Trung bình (Karnofski 60-80 điểm, chụp còn u)	6	23,1
Xấu (Karnofski < 60 điểm)	1	3,8



Hình 3: Hình ảnh cộng hưởng từ trước và sau mổ (Bệnh nhân Nguyễn Thị Tuyết M.10t)

BÀN LUẬN

Astrocytoma pilocytic Là một dạng u sao bào lành tính được Penfield đặt tên dựa trên cấu trúc giải phẫu bệnh từ đầu thế kỷ 20. Đã có rất nhiều những báo cáo về dạng u này như Harvey Cushing(1931), Kagan(1958), Clack(1985), Giarcia(1995)..đã nêu bật u thường gặp ở tuổi thiếu niên, ít khi gặp ở lứa tuổi lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu ở tuổi trẻ, lứa tuổi từ 10 đến 20 tuổi gặp 61,5%. Theo thống kê trong thời gian nghiên cứu của chúng tôi có 41 trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là u Astrocytoma pilocytic ở các vị trí thì 26/41 là ở hố sau. Như vậy tỷ lệ u gặp ở hố sau là cao nhất. Điều này cũng phù hợp với nhiều báo cáo của các tác giả khác trên thế giới.

Triệu chứng lâm sàng của u AP hố sau thấy dạng điển hình chung của các loại u hố sau khác gồm hội chứng tăng áp lực nội sọ, hội chứng tiểu não, các triệu chứng điển hình của hố sau. Rất khó có thể dựa vào lâm sàng để phân biệt. Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có biểu hiện triệu chứng rất điển hình hố sau và tăng áp lực nội sọ. Đối chiếu với hình ảnh cộng hưởng từ về kích thước u chúng tôi thấy hầu hết là u có kích thước khá lớn trung bình 37,4mm, có tới 65,4% có hình ảnh giãn não thất và 50% chèn ép

thân não. Như vậy bệnh nhân thường đến khám bệnh ở giai đoạn khá muộn.

Chụp cộng hưởng từ cho hình ảnh rất đặc trưng của u loại này: 100% bệnh nhân u có phần đặc và phần nang. Cấu trúc phần đặc thường bắt thuốc sau tiêm, u thường nằm gần vị trí của mạch máu. Phần nang rất đa dạng: có thể là nang to, nang nhỏ hoặc hỗn hợp. Đây có thể là hình ảnh phân biệt nhưng nhiều khi cũng hay nhầm lẫn chẩn đoán trước mổ của một số u ở vùng này, đặc biệt u nằm ở vị trí thùy nhộng, não thất IV hay nhầm với u nguyên bào tủy(Medulloblastoma), Ependimoma. Những u có nang lớn nằm ở bán cầu tiểu não hay nhầm với Hemangioblastoma. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 9 bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u Medulloblastoma hay Hemangioblastoma hoặc Ependimoma. U gặp chủ yếu ở bán cầu tiểu não(42,3%) hay thùy nhộng(34,6%), ít gặp ở thân não vì trong nghiên cứu này thống kê trên những bệnh nhân được mổ nên có thể ít gặp hơn ở thân não do những u thân não thường chỉ định mổ hạn chế hơn.

Đặc điểm phẫu thuật: U lành tính nên kết quả sau mổ phụ thuộc vào cuộc mổ rất nhiều. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi thấy: thường có nguồn nuôi nhưng mức độ chảy máu ít, kiểm soát được nguồn nuôi bằng cách đi theo rìa của u, theo tổ chức não lành quanh u kẹp và đốt được mạch máu nuôi u. U thường gây giãn não thất nên bước đầu tiên làm xẹp được não: hút dịch não tủy qua bể lớn, mổ nang nếu có, thậm chí dẫn lưu não thất nếu cần để tránh làm tổn thương tiểu não, kiểm soát được vùng thân não, sàn não thất IV tránh biến chứng nặng. Đa số là lấy được cả khối, hoặc sau khi kiểm soát được chảy máu lấy từng phần, dùng dao mổ siêu âm(Sonopet) hút dần u thì sẽ đỡ chảy máu và ít gây biến chứng. Biến chứng hay gặp mổ u hố sau dò DNT nên đóng màng cứng và vùng hố sau nối chung cẩn thận để tránh biến chứng này. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy lấy được toàn bộ u chiếm 73,1%, có 26,9 % lấy gần toàn bộ u để lại phần dính vào hành tủy hoặc những cấu trúc nguy hiểm như thân kinh, mạch máu lớn để đảm bảo chức năng sống tốt cho bệnh nhân. Điều này giải thích trong nghiên cứu có 7/26 bệnh nhân được mổ lần 2 do phẫu thuật lần trước đó để lại nên u tiếp tục phát triển. Những bệnh nhân chúng tôi cần phân biệt giữa lành tính hay ác tính vùng này thường được làm sinh thiết tức thì trong mổ để quyết định chiến thuật mổ.

KẾT LUẬN

U não hố sau thể Astrocytoma pilocytic là một loại u hay gặp ở tuổi thiếu niên. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng chung của các u vùng hố sau, chụp phim cộng hưởng từ 100% có hình ảnh phần đặc bắt thuốc và phần nang nhưng nhiều khi khó phân biệt với các u ở vùng này nên vẫn phải dựa vào kết quả giải phẫu bệnh. Điều trị phẫu thuật cho kết quả thành công cao, không gặp biến chứng tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdollahzadeh M, Hoffman HJ, Blazer SI, et al. Benign cerebellar astrocytoma in childhood:

experience at the Hospital for Sick Children 1980-1992. Childs Nerv Syst 1994; 10:380-383.

2. Boch AL, Cacciola F, Mokhtari K, Kujas M, Phillippon J. Benign recurrence of a cerebellar pilocytic astrocytoma 45 years after gross total resection. Acta Neurochir (Wien) 2000; 142:341-346.

3. Burger PC, Scheithauer BW, Paulus W, Szymas J, Giannini C, Kleihues P. Pilocytic astrocytoma. In: Kleihues P, Cavenee W, eds. Pathology and genetics of tumours of the nervous system. Lyon, France: IARC, 2000

4. Coakley KJ, Huston J 3rd, Scheithauer BW, Forbes G, Kelly PJ. Pilocytic astrocytomas: well-demarcated magnetic resonance appearance despite frequent infiltration histologically. Mayo Clin Proc 1995; 70:747-751.

5. Dirven CM, Mooij JJ, Molenaar WM. Cerebellar pilocytic Astrocytoma: a treatment protocol based upon

analysis of 73 cases and a review of the literature. Childs Nerv Syst. 1997 Jan;13(1):17-23.

6. Forsyth PA, Shaw EG, Scheithauer BW, O'Fallon JR, Layton DD Jr, Katzmann JA. Supratentorial pilocytic astrocytomas: a clinicopathologic, prognostic, and flow cytometric study of 51 patients. Cancer 1993; 72:1335-1342.

7. Garcia DM, Fulling KH. Juvenile pilocytic astrocytoma of the cerebrum in adults: a distinctive neoplasm with favorable prognosis. J Neurosurg 1985; 63:382-386.

8. Ideguchi M, Nishizaki T, Harada K, Kwak T, Murakami T, Ito H.

Pilocytic astrocytomas of the posterior fossa. A follow-up study in 33 patients. Acta Neurochir (Wien). 1994; 129(3-4):131-9

9. Schneider JH Jr, Raffel C, McComb JG. Benign cerebellar astrocytomas of childhood. Neurosurgery 1992; 30:58-63.