

U DI CĂN NÃO: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

ĐỒNG VĂN HÊ & TRINH TRUNG
Khoa Phẫu thuật Thần kinh, BV Việt Đức

TÓM TẮT

- Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu 79 bệnh nhân u di căn não được điều trị phẫu thuật từ 1/2005-5/2009 tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội. Tất cả 79 bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là u di căn não. Nghiên cứu viên trực tiếp khám hoặc mô tả dựa trên hồ sơ những dấu hiệu lâm sàng, tiền sử ung thư, phương pháp điều trị ung thư nguyên phát và những triệu chứng lâm sàng khác. Phim cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính sọ não, phim phổi, siêu âm ổ bụng hay những thăm dò hình ảnh, xét nghiệm khác được nghiên cứu viên trực tiếp khám và đọc kết quả. Mô tả và phân tích các kết quả.

- Trong tổng số 79 bệnh nhân có 61 nam (77,2%) và 18 nữ, tuổi từ 4 tới 79 (trung bình $52,8 \pm 15,2$). 58 bệnh nhân (73,4%) có tiền sử ung thư, trong đó chỉ có 15 bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị ung thư trước khi phát hiện ra u di căn não, và 43 trường hợp khác phát hiện ra u nguyên phát sau khi được chẩn đoán và điều trị u di căn não. U nguyên phát hay gặp nhất là phổi 31 bệnh nhân (53,4%), ung thư

đường tiêu hóa 8 (13,8%), u lympho 4 (6,9%), vú 5 (8,6%), tuyến giáp 3 (5,2%), buồng trứng 3 (5,2%), đường tiết niệu 4 (6,9%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau đầu 55 bệnh nhân (69,6%), liệt nửa người 36 (45,6%), nôn 11 (13,9%), phù gai thị 8 (10,1%) và động kinh chỉ gặp ở 3 bệnh nhân (3,8%). Tri giác khi nhập viện: 56 bệnh nhân tỉnh hoàn toàn (70,9%), lơ mơ 22 (27,8%) và 1 bệnh nhân hôn mê GCS 8. Chẩn đoán hình ảnh: 54 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính, 67 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ và 42 bệnh nhân có cả cộng hưởng từ và cắt lớp. Trên CLVT: phát hiện được 62 ổ tổn thương; u dạng nang, giảm tỷ trọng giữa, xung quanh tăng tỷ trọng 62,9%; khối u bắt thuốc cản quang 86,5%; u dạng đặc, bắt thuốc cản quang toàn bộ 27,0%; phù não 83,8% và u hay gặp nhất ở vùng thái dương 32,3%; hố sau 24,2%. Trên CHT: phát hiện 87 ổ tổn thương; u dạng nang 63,2%; đặc 16,1%; giảm tín hiệu trên T1 62,1%; tăng tín hiệu trên T2 70,1%; ngấm thuốc đối quang từ 75,9%; phù não nhiều 83,9%.

- U di căn não thường có dấu hiệu tăng áp lực

trong sọ và dấu hiệu của ung thư nguyên phát. U di căn chủ yếu từ phổi, đường tiêu hóa và sinh dục, tiết niệu. Khi bệnh nhân ung thư có dấu hiệu tăng áp lực trong sọ thì cần thiết phải chụp CLVT và/hoặc cộng hưởng từ.

Từ khóa: u di căn não, dấu hiệu lâm sàng, triệu chứng lâm sàng

SUMMARY

Material and methods: Retrospective study. The 79 patients with brain metastase were operated in VietDuc hospital from 1/2005 to 5/2009. All the patients have the results of histology. The researcher assessed and analysed the primary cancer: symptoms, surgical treatment, radiological treatment and/or chemiological treatment. The result of cerebral CTscan and cerebral, abdominal ultrasound, CTscan of lung and the other paraclinical examinations were described.

Results: Among 79 patients, there are 61 men (77.2%) and 18 women (22.8%). Age range from 4 to 79 years old (52 ± 15.2). The primary tumors were identified in 58 patients (73.4%). The primary cancer was identified and treated before admission in 15 patients and diagnosed after admission in 43 patients. Among 58 patients with primary cancer identified, there are 31 lung cancer (53.5%); 8 digestive cancer (13.8%); 4 lymphoma (6.9%); 5 breast (8.6%); 3 thyroid cancer (5.2%); 3 ovarian (5.2%) and 4 urologic cancer (6.9%). The clinical symptoms were headache in 55 (69.6%); vomiting in 11 (13.9%); hemiplegia in 36 (45.6%) and seizure in 3 (3.8%). The consciousness: 56 patients in full consciousness (70.9%); 22 in confuse condition (27.8%) and one in coma. There were 62 lesions on the 54 images of cerebral CTscan: sphere lesion with central hypodensity in 39 (62.9%); cerebral oedema in 52 (82.8%); contrast enhanced on CTscan in 32/37 (86.5%). There were 87 lesions on the 67 IRM: 55/87 (63.2%) with hypersignal in capsula and hyposignal in centre of lesions; hypersignal in 14 (16.1%); severe cerebral oedema in 73/87 (83.9%).

Conclusion: The patient with brain metastatic tumors have high intracranial pressure and the other clinical symptoms of primary cancer. The primary cancer were lung, digestive and urologic cancers. The cerebral CTscan and MRI have some special remarks.

Keywords: 54 images of cerebral CTscan, brain metastatic tumors

ĐẶT VẤN ĐỀ

U di căn não là loại u não rất hay gặp, chiếm từ 10-50% tổng số u não. Số lượng u di căn não ngày càng tăng do phát hiện sớm các loại ung thư, điều trị tốt hơn và thời gian sống của bệnh nhân kéo dài hơn. Điều đó đặt ra vấn đề phải có được phương pháp điều trị tốt nhất đối với u di căn não. Tuy nhiên, nhiều trường hợp bệnh nhân có u di căn não không được chẩn đoán sớm nên khó điều trị. Hay ngược lại, có nhiều trường hợp bệnh nhân chưa được phát hiện u

nguyên phát, không có tiền sử bệnh ung thư, và bệnh nhân tới khám bệnh vì dấu hiệu tăng áp lực trong sọ. Đó là hai bệnh cảnh lâm sàng hay gặp nhất của u di căn não. Tuy nhiên, để chẩn đoán u di căn não, thì hình ảnh cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ sọ não là hai phương pháp quan trọng nhất. Đã có nhiều công trình nghiên cứu về lâm sàng và chẩn đoán u di căn não trên thế giới nhưng còn rất ít tác giả quan tâm tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh u di căn não.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu dựa trên 79 bệnh nhân u di căn não đã được điều trị phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 1/2005 tới 5/2009. Tất cả 79 bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là u di căn từ nơi khác tới não (35 trong số đó là tiền cứu, 44 hồi cứu). Tất cả bệnh nhân đều được mô tả dấu hiệu lâm sàng, tiền sử bệnh ung thư, bệnh khối u và các bệnh liên quan, cũng như phương pháp điều trị các bệnh đó. Tiền sử bệnh ung thư dựa vào hồi bệnh, giấy khám, chữa bệnh, giấy ra vào viện, giấy mổ, biên bản mổ, phiếu trả lời kết quả giải phẫu bệnh, và khám trực tiếp bệnh nhân bằng lâm sàng, chụp x quang, chụp cắt lớp vi tính phổi, nội soi tiêu hóa, tiết niệu, siêu âm... (nghiên cứu viên khám hoặc gửi khám theo từng chuyên khoa bởi bác sỹ chuyên khoa). Bệnh về u di căn não được mô tả những triệu chứng cơ năng, thực thể và chẩn đoán hình ảnh. Những dấu hiệu quan trọng như đau đầu, nôn, buồn nôn, nhìn mờ, táo bón, co giật, liệt vận động, liệt nửa người, nói khó hay không nói được, khó nuốt, nuốt nghẹn, sặc, hội chứng tiểu não, thất điều, nystagmus, Romberg... Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT): số lượng tổn thương, vị trí, kích thước, hình dáng, dạng u nang hay u đặc, hay hỗn hợp cả nang và đặc, u tăng hay giảm tỷ trọng, tăng hay giảm tín hiệu, bắt thuốc cản quang, thuốc đối quang từ hay không, chèn ép đường giữa, cấu trúc não, não thất và chèn ép bề đáy, dẫn não thất, mức độ phù não. Khối u được mô tả cả trước khi tiêm thuốc cản quang và sau khi tiêm thuốc cản quang trên CLVT. Trên CHT: mô tả cả trên T1 và T2, mô tả trước và sau khi tiêm thuốc đối quang từ. So sánh hình ảnh trên CLVT và CHT. Phân tích kết quả dựa vào chương trình SPSS 14.0.

KẾT QUẢ

Chúng tôi đã lựa chọn 79 bệnh nhân u di căn não được mổ và đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong đó bao gồm 61 nam (77,2%) và 18 nữ (22,8%), tỷ lệ nam/nữ là 3,4/1. Tuổi thấp nhất là 4 tuổi và nhiều nhất là 79 tuổi, trung bình là 52,8±15,2. Bệnh nhân trên 50 tuổi là 56, chiếm 70,9%. Chỉ có 15 bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị ung thư trước khi phát hiện ra u não (15/58=25,9%), và 43 bệnh nhân (43/58=74,1%) phát hiện ra u nguyên phát sau khi đã chẩn đoán và điều trị u di căn não. Tỷ lệ các loại ung thư nguyên phát thấy rõ trong bảng 1.

Bảng 1- Phân bố các loại ung thư nguyên phát di căn não.

Nguồn gốc	Phổi	Tiểu hóa	Vú	Buồng trứng	Tuyến tiền liệt	Thận	Tuyến giáp	U lympho	Tổng
Số bệnh nhân	31	8	5	3	2	2	3	4	58
	53,4%	13,8%	8,6%	5,2%	3,4%	3,4%	5,2%	6,9%	100%
Số BN nam	25	6			2	2		2	37
	67,6%	16,2%							100%
Số BN nữ	6	2	5	3			3	2	21
	28,6%								100%

Tất cả 15 bệnh nhân có tiền sử ung thư đều được điều trị ung thư bằng phẫu thuật, phối hợp xạ trị hoặc hóa chất. Thời gian tính từ khi phát hiện ung thư nguyên phát tới khi phát hiện u di căn não dài nhất là 65 tháng (bệnh nhân bị u vú) và ngắn nhất là 8 tháng (bệnh nhân bị ung thư phổi). Trong số 43 bệnh nhân phát hiện u nguyên phát sau khi đã phát hiện u di căn não, có 20 bệnh nhân được phẫu thuật u nguyên phát sau khi phẫu thuật u não, 12 bệnh nhân được điều trị xạ trị hoặc hóa trị.

Bảng 2- Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của u di căn não:

Triệu chứng	Đau đầu	Nôn	Phù gai	Liệt nửa người	Động kinh	Sa sút trí tuệ	Hội chứng tiểu não
Số bệnh nhân	55	11	8	36	3	1	18
	69,6%	13,9%	10,1%	45,6%	3,8%	1,3%	22,8%

Phần lớn bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực trong sọ. Và 18 trong số 23 u ổ sau có hội chứng tiểu não (18/23=78,3%). Khi nhập viện có 1 bệnh nhân hôn mê (GCS = 8); 22 bệnh nhân lơ mơ (9 ≤ GCS ≤ 14) và 56 bệnh nhân tỉnh hoàn toàn (GCS = 15).

Trong số 79 bệnh nhân, 54 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính sọ não, phát hiện được 62 ổ tổn thương (Bảng 3), 67 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ sọ não, phát hiện được 87 ổ tổn thương (Bảng 4) và 42 bệnh nhân được chụp cả CLVT và CHT sọ não.

Bảng 3- Đặc điểm hình ảnh khối u di căn não trên CLVT:

Hình ảnh CLVT	U dạng nang, vỏ tăng và giữa giảm tỷ trọng	U dạng đặc, đồng nhất, tăng hoặc đồng tỷ trọng	U dạng nang, vỏ không đều	Ngấm thuốc cản quang	Phù não
Số bệnh nhân	52	10	19	32	52
	83,9%	16,1%	30,6%	86,5%	83,8%

Trên CLVT của 54 bệnh nhân xác định được 62 ổ tổn thương, và chỉ 33 trong số 54 bệnh nhân được tiêm thuốc cản quang. Phần lớn khối u có hình dạng giảm tỷ trọng ở giữa, vỏ tăng tín hiệu tự nhiên, bất thuốc cản quang.

Bảng 4- Đặc điểm hình ảnh khối u di căn não trên CHT:

Hình ảnh CHT	U dạng nang	U dạng đặc	Giảm tín hiệu trên T1	Tăng tín hiệu trên T2	Ngấm thuốc đối quang từ	Phù não
Số bệnh nhân	73	14	71	60	75	73
	83,9%	16,1%	81,6%	70,1%	86,2%	83,9%

Trên CHT có tiêm thuốc đối quang từ của 67 bệnh nhân xác định được 87 khối u.

42 bệnh nhân được chụp cả CLVT và CHT sọ não. Mức độ phù não xác định rõ, và rộng hơn trên CHT. Số lượng khối u trên CHT của 42 bệnh nhân là 51 trong khi trên CLVT chỉ là 47. Ranh giới khối u trên CHT rõ hơn và kích thước khối u lớn hơn.

Như vậy, trong số 79 bệnh nhân có 42 bệnh nhân được chụp cả CLVT và CHT sọ não, 25 bệnh nhân chỉ chụp CHT sọ não và 12 bệnh nhân chỉ chụp CLVT sọ não. Tổng số có 58 bệnh nhân có 1 khối u duy nhất và 21 bệnh nhân có hơn 2 khối u, chiếm 26,6%, trong đó nhiều nhất là 5 khối u.

BÀN LUẬN

U di căn não (UDCN) là khối u rất thường gặp trong u não và có xu hướng tăng dần. Tỷ lệ UDCN/u não là 3,2% (H.Cushing 1930); 17,9% (Baker 1960); 47% (Peace 1975) và ngày nay là 50% (Sheehan 2007). Tuy nhiên, tỷ lệ UDCN được phẫu thuật tại Bv Việt Đức cũng như tại Việt Nam còn thấp, có thể do quan niệm không đúng về ung thư, về khối u não nên bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật. Trong số 79 bệnh nhân của chúng tôi, có 61 bệnh nhân nam, chiếm 77,2%. Nhưng hầu hết các nghiên cứu của Posner, Walker, Robin, Sheehan, vWeinfeld... đều cho thấy tỷ lệ giữa nam và nữ

là bằng nhau. Bệnh nhân nhỏ nhất là 4 tuổi, nhiều nhất là 79 tuổi. Có 56 bệnh nhân trên 50 tuổi, chiếm 70,9%. Điều này phù hợp với tỷ lệ ung thư hay gặp ở người già.

Một điều đáng lưu ý là chỉ có 15 bệnh nhân đã có tiền sử bệnh ung thư trước khi phát hiện khối UDCN. 15 bệnh nhân này đã được điều trị bằng phẫu thuật, xạ trị hay hóa trị. Trong số 64 bệnh nhân không có tiền sử ung thư, khi đã được chẩn đoán là u não, và nghi ngờ u não đó là khối UDCN (dựa trên hình ảnh CLVT và CHT sọ não), chúng tôi tiến hành những thăm dò để tìm khối u nguyên phát bằng cách chụp x quang ngực, CLVT ngực, siêu âm ổ bụng, hệ thống tiết niệu, tuyến giáp và nội soi ống tiêu hóa (thường sau khi mổ UDCN). Nhờ đó, chúng tôi đã phát hiện được 43 bệnh nhân khác có khối u nguyên phát. Phần lớn u nguyên phát là u phổi 53,4% (bảng 1); ung thư đường tiêu hóa 13,8%; ung thư tuyến giáp 5,2%; ung thư vú 8,6%; ung thư đường tiết niệu 6,9%. Nếu tính theo giới thì u nguyên phát ở nam: ung thư phổi chiếm 67,6%; ung thư tiêu hóa 16,2% và ung thư đường niệu-sinh dục 10,8%. Ở nữ ung thư nguyên phát là ung thư phổi 28,6%; ung thư vú 23,8%; ung thư buồng trứng 14,3% và ung thư tuyến giáp 14,3%. Trong số 58 bệnh nhân xác định được u nguyên phát chỉ có 15 bệnh nhân có tiền sử ung thư (25,9%), 29 bệnh nhân phát hiện được u nguyên phát trước khi mổ UDCN

(50%) và 14 bệnh nhân phát hiện được u nguyên phát sau khi đã có kết quả giải phẫu bệnh khối u não là UDCN (24,1%). Việc phát hiện ra u nguyên phát là rất quan trọng vì sẽ giúp thầy thuốc có được chiến lược điều trị hợp lý. Chúng ta có thể dựa vào tiền sử ung thư, hình ảnh khối u não trên CLVT, CHT (ngghi ngờ UDCN) hay chắc nhất là dựa vào kết quả giải phẫu bệnh. Các nhà giải phẫu bệnh thường kết luận là u di căn não, nghi ngờ u nguyên phát từ một vài vị trí, cơ quan. Từ đó, chúng ta có thể khẳng định được khối u nguyên phát hoặc làm thêm một số thăm dò để xác định khối u nguyên phát khác. Theo nhiều tác giả, u di căn não thường có nguồn gốc là phổi, đường tiêu hóa, tiết niệu, vú và u hạch tố. Và 20-40% ung thư các loại có thể di căn não. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có nguồn gốc từ u hạch tố.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của UDCN là hội chứng tăng áp lực trong sọ và hội chứng tiểu não. Thường gặp nhất là đau đầu 69,6% và liệt nửa người 45,6%. Dấu hiệu liệt thường giảm đi khi điều trị chống phù não bằng corticoid do bệnh nhân UDCN bị phù não nhiều. Phù não gây chèn ép tới vùng vận động và bệnh nhân sẽ bị liệt. Đây là hai dấu hiệu đã được nhiều tác giả mô tả. Biểu hiện động kinh chỉ gặp ở 3,8% bệnh nhân của chúng tôi, trong khi nhiều tác giả thấy tỷ lệ này dao động 20%-40% (Kraker, Newton, Glantz, Batten, Soffietti). Có thể một số bệnh nhân có co giật khu trú và không được phát hiện khi tới Bệnh viện Việt Đức. Nghiên cứu hồi cứu dễ bỏ qua một số trường hợp co giật. Phù gai thị chứng tỏ bệnh nhân bị tăng áp lực kéo dài. Có tới 10,1% trong số 79 bệnh nhân có dấu hiệu phù gai thị trong khi phù gai chỉ gặp ở 0,5% bệnh nhân của Pirzkall. Bệnh nhân của chúng tôi tới muộn có thể là lý do giải thích cho sự khác nhau này. 23/79 bệnh nhân (29,1%) tới bệnh viện trong tình trạng lơ mơ hoặc hôn mê, và 56/79 bệnh nhân tỉnh hoàn toàn trước khi mổ.

Hình ảnh khối u trên CLVT và CHT là dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán u di căn não. Trên CLVT: phần lớn khối u có dạng nang, trung tâm giảm tỷ trọng, vỏ tăng tỷ trọng tự nhiên hoặc đồng tỷ trọng và bắt thuốc cản quang rõ, đôi khi bắt thuốc rất mạnh, vùng xung quang phù rộng (bảng 3). Vô khối UDCN có thể đều, hoặc không đều. Hình ảnh trên CLVT có thể nhầm lẫn với áp xe não và u tế bào thần kinh đệm, u tế bào hình sao dạng nang. Áp xe não gặp ở bệnh nhân có nhiễm khuẩn, sốt, bạch cầu tăng, máu lắng tăng. UDCN gặp

nhiều ở bệnh nhân có tiền sử ung thư, người già hay bệnh nhân có khối u khác. UDCN có thể có nhiều khối u ở cả hai bán cầu, tiểu não. Bệnh nhân có nhiều khối u nhất là 5 khối u rải rác cả trên lều và dưới lều.

Hình ảnh trên CHT của UDCN có một số tính chất như u dạng nang, giảm tín hiệu trên T1 ở trung tâm, tăng tín hiệu trên T2 ở trung tâm, phù não rộng (bảng 4). Tổn thương trên CHT rõ hơn, số lượng khối u chính xác hơn so với CLVT. Khối UDCN có khi nhiều ổ. Tỷ lệ UDCN nhiều ổ trên cả CLVT và CHT là 21/79, chiếm 26,6%. Tuy nhiên, CHT cũng có thể nhầm UDCN với áp xe não hay u nguyên phát ở não dạng nang. Trong số 67 bệnh nhân của chúng tôi, tất cả là CHT thường, không có CHT khuếch tán, CHT phổ nên khó phân biệt u với áp xe. Còn sự phân biệt giữa UDCN với u nguyên phát não cũng rất khó, dù trên CHT phổ hay khuếch tán.

KẾT LUẬN

U di căn não thường có nguồn gốc từ ung thư phổi, vú, đường tiêu hóa, tiết niệu-sinh dục. Bệnh hay gặp ở tuổi trên 50, với dấu hiệu đau đầu, liệt nửa người, co giật, phù gai. Chẩn đoán trước mổ dựa vào hình ảnh trên CLVT và CHT với khối u dạng nang, bắt thuốc nhiều ở vỏ khối u, trung tâm không bắt thuốc và phù não xung quanh rộng. Khi nghi ngờ tổn thương trên CHT và CLVT là UDCN thì nên làm các thăm dò khác để tìm khối u nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1-Das Sunit et al (2007), Surgery for brain metastases, Brain Metastases, Edition Springer, 75-90.
- 2-Newton Herbert B (2007), Symptom management and supportive care of the patient with brain metastases, Brain Metastases, Edition Springer, 53-74.
- 3-Walker M.T and Kapoor V (2007), Neuroimaging of parenchymal brain metastases, Brain Metastases, Edition Springer, 31-52.
- 4-Patchell R.A et al (1990), A randomized trial of surgery in the treatment of single metastases to the brain, New. Eng. J. Med, 322, 494-500
- 5-A.L. Boch (2004), Métastases cérébrales, Tumeurs cérébrales, Edition Masson, Chapitre 25, 259-266.
- 6-C.Destrieux et al (1995), Métastases intracrâniennes, Neurochirurgie, Edition Ellipses, Chapitre 14, 145-152.
- 7-Ranasinghe M and Sheehan J (2007), Surgical management of brain metastases, Neurosurg Focus 22, V3, 1-7.