

U MÀNG NÃO XƯƠNG ĐÁ MẶT ĐỐC: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

NGUYỄN PHONG

Khoa phẫu thuật thần kinh, bệnh viện Chợ Rẫy

TÓM TẮT

Mục tiêu: Điều trị phẫu thuật u màng não xương đá mặt đốc vẫn còn là thách thức. Do vị trí xuất phát UMNXĐMD có các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học riêng, việc chẩn đoán sớm khi khối u còn nhỏ giúp rất nhiều trong công tác điều trị. Chúng tôi xác định các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của loại u này nhằm giúp cho việc chẩn đoán và điều trị.

Phương pháp: Báo cáo này trình bày các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học (MRI) trên cơ sở 35 trường hợp UMNXĐMD được phẫu thuật qua đường xương đá từ tháng 3/2005 đến tháng 2/2008 (3 năm).

Kết quả: Có 28 bệnh nhân nữ (80%) và 7 nam (20%). Tuổi thay đổi từ 36 đến 67, trung bình là 49,3. Các triệu chứng thường gặp nhất: đau đầu (74,3%), bệnh lý dây V (42,9%), tổn thương bó tháp (42,9%), bệnh lý của các dây IX, X (34,3%). U nhỏ chiếm 5,7%, trung bình 65,7% và lớn 28,6%.

Kết luận: UMNXĐMD có thời gian khởi phát kéo dài, khi chẩn đoán đã có kích thước khá lớn và gây nhiều triệu chứng. MRI cần thiết cho chẩn đoán và chiến lược điều trị.

Từ khóa: u màng não xương đá mặt đốc, lâm sàng.

SUMMARY

OBJECTIVE: Surgical treatment of petroclival meningioma remains a challenging. Because the tumors have clinical and radiological characteristics, diagnosis when the tumors still small has many advantages in treatment. We demonstrate clinical and radiological characteristics for surgical treatment.

METHODS: This series represents clinical features and radiological characteristics on MRI of 35 petroclival meningiomas which were operated via transpetrosal approach from 3/2005 to 2/2008 (3 years).

RESULTS: 28 female (80%) and 7 male (20%). Age ranges from 36 to 67, mean 49.3. The most common signs and symptoms are headache (74.3%), trigeminal neuropathy (42.9%), pyramid tract deficits (42.9%), IX and X deficits (34.3%). The tumor size: small (5.7%), moderate (65.7%), big (28.6%).

CONCLUSION: The onset of symptoms is insidious and the tumors reach giant size at the time of diagnosis with many neurological deficits. MRI is necessary for diagnosis and treatment planning.

Keywords: meningioma, MRI.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não xương đá mặt đốc (UMNXĐMD) là loại u hiếm gặp và vị trí rất khó cho việc phẫu thuật: ở trung tâm của hố sọ sau, kề cận với thân não, các dây thần kinh sọ từ dây III đến dây XII, và các động

mạch của hệ tuần hoàn sau. UMNXĐMD xuất phát trong khu vực khớp sụn bướm chẩm, mặt đốc xương chẩm và đỉnh xương đá. Loại u này có thể có thể phát triển tới lều tiểu não, hố Meckel, hố sọ giữa, vùng cạnh yên, xoang tĩnh mạch hang và các lỗ đi ra của các dây thần kinh sọ từ dây III tới dây XII. Những u này khởi phát âm thầm và phát triển chậm nên khi được chẩn đoán thường đã có kích thước lớn, chèn ép làm xoắn vặn thân não, đẩy hoặc ồm lấy các dây thần kinh sọ và động mạch thần nền, động mạch cảnh và các nhánh của nó. Chính vì vậy, phẫu thuật loại u này vẫn còn là thách thức lớn đối với chuyên gia phẫu thuật thần kinh.

Từ thập niên 70, nhiều tác giả chuyên về phẫu thuật nền sọ công bố các báo cáo kết quả điều trị UMNXĐMD với các đường mổ khác nhau, tuy nhiên đa số không thu được kết quả phẫu thuật như mong đợi. Các tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, gây mê hồi sức, kỹ thuật vi phẫu và các đường mổ vào sán sọ trong thời gian gần đây cho kết quả mổ tốt hơn với các biến chứng và tử vong giảm đáng kể. Hiện nay, kích thước khối u và tuổi bệnh nhân là các yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật. Chính vì vậy việc chẩn đoán sớm, chính xác loại u này giúp cho việc điều trị loại u này tốt hơn.

Công trình này nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học UMNXĐMD để giúp cho các bác sĩ ngoại thần kinh có thể chẩn đoán sớm và chính xác loại u này.

DỮ LIỆU LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân

Có 35 bệnh nhân UMNXĐMD được điều trị phẫu thuật (bằng đường mổ qua xương đá) tại khoa ngoại thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 3 năm 2005 đến tháng 2 năm 2008 (3 năm). Các trường hợp u màng não sán sọ hố sau khác, kể cả UMNXĐMD được phẫu thuật không phải đường qua xương đá không nằm trong nghiên cứu này. Tuổi, giới tính, thời gian khởi bệnh, lý do nhập viện, các triệu chứng lâm sàng, các kết quả khám xét thần kinh khi được chẩn đoán của nhóm bệnh này được ghi nhận.

Chẩn đoán hình ảnh

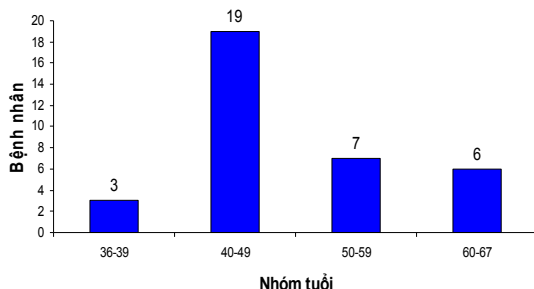
Một số bệnh nhân được chụp CT não có cản quang. Tất cả bệnh nhân thuộc nhóm này đều được chụp MRI não có gadolinium. Kích thước của khối u: dài, cao và rộng được ghi lại. Khối u được phân ra theo kích thước lớn nhất của u: khối u nhỏ (< 20 mm), trung bình (21 - 40 mm) và lớn (> 40 mm). Các đặc

điểm của khối u trên T1, T2, hình ảnh phù thân não, mối liên quan với thân não và các mạch máu lớn trong khu vực này, hướng phát triển của khối u ... được ghi nhận.

KẾT QUẢ

Các đặc điểm dịch tễ học

Trong 35 bệnh nhân UMNXĐMD có 28 bệnh nhân nữ (80%) và 7 nam (20%). Tuổi của nhóm bệnh nhân này thay đổi từ 36 đến 67 (trung bình là 49,3), trong đó nhóm bệnh nhân từ 40 đến 59 chiếm 19 bệnh nhân (biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: phân bố nhóm tuổi của 35 bệnh nhân UMNXĐMD được mổ qua đường xương đá

Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng

Các than phiền thường gặp nhất là đau đầu (74,3%), tiếp theo là các triệu chứng của bệnh lý dây V (42,9%) như tê mặt, đau dây V. Yếu liệt chi cũng thường gặp (42,9%). Các triệu chứng của tổn thương dây IX, X như nuốt khó, nói khàn là 34,3%. Hội chứng tiểu não gặp trong 42,9% (bảng 1).

Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán thay đổi từ 3 tháng tới 8 năm, trung bình là 19,5 tháng.

Bảng 1: Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng chính của 35 bệnh nhân UMNXĐMD

Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng	Tỷ lệ
Đau đầu	74,3%
Bệnh lý rễ dây V	42,9%
Hội chứng tháp	42,9%
Bệnh lý rễ IX, X	34,3%
Hội chứng tiểu não	42,9%

Hình ảnh học

Tất cả bệnh nhân thuộc nghiên cứu này đều được làm chẩn đoán bằng MRI có gadolinium, được cắt theo cả ba mặt phẳng. Một số bệnh nhân có cả hình ảnh CT, tuy nhiên chỉ tham khảo thêm. Kích thước trung bình của khối u theo chiều:

Ngang: 41,3 mm

Dài: 34,5 mm

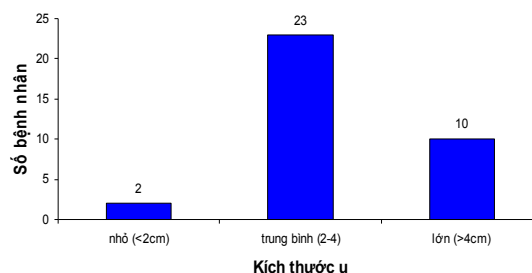
Cao: 34 mm

Phân loại u theo kích thước dài nhất (biểu đồ 2):

Khối u nhỏ: 2 trường hợp (5,7%)

Khối u trung bình: 23 trường hợp (65,7%)

Khối u lớn: 10 trường hợp (28,6%)



Biểu đồ 2: kích thước khối u của 35 bệnh nhân UMNXĐMD.

Có 6 trường hợp u xâm lấn vào trong xoang hang (17,1%) và 27 trường hợp khối u phát triển lên lều tiểu não (77,1%). Có 8 trường hợp có hình ảnh phù thân não trên T2 (22,9%) và 24 trường hợp còn hình ảnh lớp màng nhện giữa thân não và khối u (68,6%). Hình ảnh dẫn não thất gặp trong 62,9%.

BÀN LUẬN

Cách phân loại u

Từ 1938, Cushing và Eisenhardt đã đề xuất cách phân loại u màng não dựa vào vị trí màng não mà nó xuất phát. Năm 1953, Castellano và Ruggiero phân loại u màng não thuộc hố sau làm năm loại [1 dẫn]:

Mặt lồi tiểu não (cerebellar convexity)

Lều tiểu não (tentorium)

Mặt sau xương đá (posterior surface of the petrous bone)

Mặt dốc (clivus)

Lỗ chằm (foramen magnum)

Nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại và nhất là việc sử dụng rộng rãi kính hiển vi phẫu thuật cho phép các phẫu thuật viên phẫu thuật được nhiều loại u màng não và xác định được các tiêu chuẩn cho việc phân nhóm. Nhờ đó, Yasargil và cộng sự (năm 1980) [1 dẫn] đề xuất phân loại mới cho các u màng não sàn sọ hố sau:

Mặt dốc (clival)

Xương đá mặt dốc (petroclival)

Xương bướm xương đá mặt dốc (sphenopetroclival)

Lỗ chằm (foramen magnum)

Góc cầu tiểu não (cerebellopontine angle)

Yasargil và cộng sự định nghĩa UMNXĐMD: là loại u xuất phát từ hai phần ba trên mặt dốc và quanh chỗ tiếp nối mặt dốc – xương đá. Trong thực tế, các phẫu thuật viên xác nhận phần lớn các UMNXĐMD bám cả vào mặt dốc và đỉnh xương đá. Từ thập niên 1990s, thuật ngữ này được chấp thuận và sử dụng rộng rãi. Có tác giả còn chia thêm các phân loại tùy thuộc vào vị trí khối u phát triển như: UMNXĐMD lều tiểu não (tentorial petroclival m.), UMNXĐMD xương bướm (sphenopetroclival m.). Tuy nhiên, chúng thường được gọi bằng tên chung: UMNXĐMD.

Tần xuất của UMNXĐMD

UMNXĐMD là loại u hiếm gặp, khoảng 3% đến 10% u màng não thuộc hố sau [1], [2], [3] (u màng não hố sau chiếm khoảng 10% các u màng não trong

sọ). Như vậy, UMNĐMD chỉ chiếm từ 0,3 đến 1% các u màng não trong sọ. Tuy nhiên, tỷ lệ thực sự của loại u này khó xác định chính xác vì đây là loại u khó chỉ được điều trị tại một số trung tâm ngoại thần kinh chuyên về phẫu thuật sọ não. Một lý do nữa là tên gọi và phân loại loại u này chưa thống nhất, có thể được xếp vào các nhóm u khác. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, u màng não chiếm 22,3% các u trong sọ [4], trong đó u màng não hố sau chiếm 10,1% [5] (trong các số liệu trên không có UMNĐMD vì khi đó chúng tôi chưa mổ được loại u này). Phạm Hòa Bình [6] có gặp 1 trường hợp UMNĐMD trong 40 trường hợp u màng não trong sọ. Các báo cáo của các trung tâm ngoại thần kinh trong nước khác về u màng não [7], [8] cũng không đề cập gì đến UMNĐMD.

Dịch tễ học

Tuổi trung bình của bệnh nhân khi làm chẩn đoán thay đổi rất nhiều trong các thống kê khác nhau. Tuổi trung bình trong báo cáo của Al-Mefty [1] nằm trong nhóm tuổi 40, thay đổi từ 5 tháng đến 69 tuổi. Nhóm bệnh của Havenbergh [3] có tuổi trung bình là 56,8, tuy nhiên, đây là nhóm bệnh không mổ, điều trị nội khoa vì các lý do có bệnh lý nội khoa. Như vậy số liệu của chúng tôi (49,3) cũng giống với của Natarajan [10] (51) và của Erkmen [11] (50).

Trong phần lớn các nghiên cứu cho thấy nữ bị loại u này nhiều hơn nam, nhất là các thống kê với số lượng lớn. Nghiên cứu của Havenbergh [3] cho thấy nữ chiếm 76%, nam 24%. Nghiên cứu của Little [12], của Natarajan [10], của Erkmen [11], Couldwell [9] cũng cho số liệu tương đương. Ngược lại Castellano và Rugiero [1 dẫn], Hakuba [1 dẫn] cho thấy tỷ lệ nam, nữ tương đương, tuy nhiên số liệu của các báo cáo này đều rất nhỏ.

Triệu chứng và các dấu hiệu lâm sàng

Bệnh nhân bị UMNĐMD thường nhập viện trong các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, thay đổi từ triệu chứng đơn độc như tê hay đau mặt hoặc liên quan với tổn thương nhiều dây thần kinh sọ đồng thời với thất điều và tổn thương bó tháp. Các triệu chứng khởi phát âm thầm, từ khi xuất hiện đến khi được chẩn đoán thay đổi rất nhiều, từ 1 tháng đến 17 năm, trung bình là 3 đến 5 năm (số liệu của chúng tôi: 19,5 tháng). Các triệu chứng khác nhau cũng có thời gian khởi phát kéo dài khác nhau. Báo cáo của Havenbergh [3] cho thấy các triệu chứng nhức đầu, rối loạn dáng đi, giảm thị lực có thời gian dài, còn các triệu chứng do tổn thương các dây thần kinh sọ như: giảm thị lực, đau mặt, liệt mặt, nuốt khó có thời gian ngắn hơn.

Tần xuất gặp các triệu chứng này thay đổi theo các tác giả khác nhau cũng như theo thời gian. Năm 1977, Hakuba và cs [1 dẫn] đã ghi nhận các triệu chứng lâm sàng của 44 bệnh nhân: tăng áp lực nội sọ (70%), rối loạn tiểu não (70%), triệu chứng của dây V (68%), giảm thính lực (64%), liệt mặt (57%), tổn thương tháp (57%), tổn thương các dây IX, X (34%). So sánh với số liệu của Hakuba cho thấy bệnh nhân của chúng tôi có

tần xuất các triệu chứng nhẹ hơn, có thể vì ngày nay nhờ có MRI nên chẩn đoán được sớm hơn.

Các trường hợp đau dây V thường được chẩn đoán sớm, khối u còn nhỏ, tuy nhiên trong các trường hợp khối u lớn thì triệu chứng lại là tê, giảm cảm giác của mặt. Tương tự: các trường hợp khối u lớn phát triển nhiều ra mặt sau xương đá gây rối loạn chức năng của các dây IX, X. Các trường hợp khối u lớn chèn ép, làm xoắn vặn thân não gây tổn thương bó tháp.

Chẩn đoán hình ảnh học

CT scan (ce) và MRI (gd) có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị UMNĐMD, mỗi loại có vai trò riêng và không thể thay thế cho nhau được. Các đặc điểm hình ảnh học của UMNĐMD trên CT và MRI cũng như các loại u màng não khác trong sọ. Các thông tin quan trọng nhất mà phẫu thuật viên cần phải biết trước khi phẫu thuật gồm: vị trí và mức độ lan rộng của nơi u bám vào màng cứng, kích thước khối u, đậm độ và tình trạng tưới máu, phần xương bị ảnh hưởng, giao diện u-thân não có còn lớp màng nhện không, phù thân não, sự lan rộng của u sang các phần kế cận, hình ảnh các não thất... chỉ có MRI mới có thể trả lời các câu hỏi này. Chính vì vậy, chụp MRI là bắt buộc trong chẩn đoán và điều trị UMNĐMD. Cần cắt qua các mặt phẳng ngang, thẳng đứng và dọc giữa. Hiện nay, các phẫu thuật viên chuyên về phẫu thuật sọ não đều nhất trí về vai trò của MRI trong chẩn đoán UMNĐMD và sự cần thiết của nó trong việc lên kế hoạch điều trị.

Sekhar [13] chỉ ra rằng trong một số trường hợp u màng não có sự xâm lấn của các mạch máu nhỏ vào lớp màng nuôi thân não làm cho việc bóc tách khối u-thân não nguy hiểm. Trong các trường hợp như vậy, việc lấy toàn bộ u bị cấm và có thể tránh bởi có hình ảnh phù nề của thân não trên MRI trước mổ, xác định bởi cường độ tín hiệu cao trên T2 cùng với việc thiếu hình ảnh màng nhện giữa thân não và u.

Trong các trường hợp không thể chụp MRI, ta có thể sử dụng CT có độ phân giải cao. Khi sử dụng CT Scan có độ phân giải cao, có thể chẩn đoán phân biệt với các loại thương tổn bệnh lý khác. CT scan còn có thể tái tạo ba chiều, giúp cho việc xác định mối liên quan với lều tiểu não và các cấu trúc xung quanh.

Chụp mạch máu là bắt buộc với một số phẫu thuật viên, và với một số khác thì không bắt buộc. Chụp mạch máu, cả động mạch cảnh và động mạch cột sống, là bắt buộc đối với Al-Mefty [1]. Chụp mạch máu chỉ cho hình ảnh gián tiếp khối u đẩy, ôm lấy các động mạch lớn (trong khi MRI cho hình ảnh trực tiếp). Nó còn cung cấp một số tin tức về việc cấp máu cho khối u (UMNĐMD được cấp máu với các mức độ khác nhau của động mạch thân màng não yên, nhánh sau của động mạch màng não giữa, nhánh màng não của động mạch cột sống, động mạch mặt dốc xuất phát từ đoạn siphon của động mạch cảnh, các nhánh xương đá của động mạch màng não giữa và nhánh hầu lên của động mạch cảnh ngoài). Thi tính mạch xác định sự hiện diện và kết nối của các

xoang tĩnh mạch tại hội lưu và vị trí của tĩnh mạch labbé. Những thông tin này cần thiết khi lập kế hoạch mổ. Khi thực hiện chụp mạch máu, có thể làm tắc các mạch máu nuôi u để phẫu thuật dễ dàng hơn (khi mài xương đá trong lúc thực hiện đường mổ qua xương đá, ta đã thực hiện một phần việc cắt bớt nguồn nuôi u).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Mefty O., Smith R.R., (1991). "Clival and petroclival meningiomas". *Meningiomas*, Raven Press, New York, pp.517-537.
2. Claus E.B., Bondy M., Schildkraut J.M., Wiemels J.L., Wrensch M., Black P.M., (2005). "Epidemiology of intracranial meningioma". *Neurosurgery* 57, pp.1088-1095.
3. Havenbergh T.V., Carvalho G., Tatagiba M., Plets C., Samii M., (2003). "Natural history of petroclival meningiomas". *Neurosurgery* 52, pp.55-64.
4. Nguyễn Phong, Nguyễn Quang Hiển và CS, (2002). "U não: Đặc điểm dịch tể học". *Y học thành phố Hồ Chí Minh (chuyên đề phẫu thuật thần kinh)*. Tr. 238-247.
5. Nguyễn Phong, Nguyễn Quang Hiển, Nguyễn Ngọc Khang, Trần Minh Trí, Trần Huy Hoàn Bảo, Lương Viết Hòa, Phan Quang Sơn, Võ Thanh Tùng, (2003). "u màng não: Nhận xét trên 339 trường hợp được phẫu thuật". *Y học thành phố Hồ Chí Minh (chuyên đề phẫu thuật thần kinh)* Tập 7, Tr.34-37.
6. Phạm Hòa Bình, Nguyễn Phương Tri, Dương Quang Sâm, Nguyễn Văn Ngạn, Đỗ Việt Hằng, Phạm Ngọc Chính, Phan Trọng Hậu, Nguyễn Trọng Yên, (2003). "Kết quả điều trị phẫu thuật 40 trường hợp u màng não trong sọ". *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 7, số 2, tr.45-49.
7. Nguyễn Quang Bài, Nguyễn Công Tô và CS, (2003). "Nhận xét qua 476 u não mổ tại khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện Xanh – pôn (1999-2002)". *Y học thành phố Hồ Chí Minh (chuyên đề phẫu thuật thần kinh)*, tập 7, Tr. 27-30.
8. Lê Điền Nhi và CS, (2003). "Kết quả điều trị phẫu thuật 98 trường hợp u màng não trong sọ". *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 7, Tr. 35-41.
9. Couldwell W.T., Fukushima T., Giannotta S.L., and Weiss M.H., (1996). "Petroclival meningiomas: surgical experience in 109 cases". *J Neurosurg* 84, pp.20-28.
10. Natarajan S.K., Sekhar L.N., Schessel D., Morita A., (2007). "Petroclival meningiomas: multimodality treatment and outcomes at long-term follow-up". *Neurosurgery* 60, pp.965-981.
11. Erkmen K, Pravdenkova S., Al-Mefty O., (2005). "Surgical management of petroclival meningiomas: factors determining the choice of approach". *J Neurosurg* 19, pp.1-12.
12. Little K.M., Friedman A.H., Sampson J.H., Wanibuchi M., Fukushima T., (2005). "Surgical management of petroclival meningiomas: defining goals based on risk of neurological morbidity and tumor recurrence rates in 137 patients". *Neurosurgery* 56, pp.546-559.
13. Sekhar L.N., Wright D.C., Richardson R., Monacci W., (1996). "Petroclival And Foramen Magnum Meningiomas: Surgical Approaches And Pitfalls". *J Neurooncol* 29, pp.249-259.