

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT U DÂY 8 TẠI BỆNH VIỆN VIỆT - ĐỨC

HÀ KIM TRUNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

U dây thần kinh số VIII là u lành tính của nhánh tiền đình dây thần kinh số VIII (Vestibular Schwannoma). U dây VIII thường xuất phát từ ống tai trong ở chỗ tiếp giáp giữa trung tâm và ngoại vi của lớp vỏ myelin (Shiffman 1973).

Hiện nay điều trị u dây VIII chủ yếu là vi phẫu thuật đem lại nhiều kết quả khả quan trong điều trị u dây VIII. Tuy nhiên, kết quả phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào kích thước khối u, vì vậy đòi hỏi phải chẩn đoán sớm.

Ở Nước ta, việc phát hiện bệnh sớm vẫn còn là một thách thức lớn. Từ khi có các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, bệnh được phát hiện nhiều hơn. Bệnh viện Việt - Đức sử dụng kính vi phẫu trong mổ lấy u dây VIII từ năm 2001 mang lại kết quả đáng khích lệ, tỉ lệ tử vong thấp hơn nhưng việc bảo tồn chức năng dây thần kinh số 7 vẫn còn rất khó khăn. Nhằm góp phần tìm hiểu các triệu chứng lâm sàng, đặc điểm hình ảnh và kết quả điều trị của u dây VIII tại khoa PTTK Bệnh viện Việt - Đức trong việc áp dụng vi phẫu thuật điều trị u dây VIII. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u dây VIII tại bệnh viện Việt - Đức” với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u dây VIII*

2. *Đánh giá kết quả sớm điều trị vi phẫu u dây VIII.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm những bệnh nhân u dây VIII được chẩn đoán và điều trị vi phẫu tại bệnh viện Việt - Đức (17 tháng) từ 04/2008 đến 09/2009

Nghiên cứu mô tả lâm sàng, cắt ngang và tiến cứu, không đối chứng.

1. Các chỉ tiêu cần nghiên cứu

Chẩn đoán: Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng (chụp cắt lớp và cộng hưởng từ)

Điều trị vi phẫu thuật: Chỉ định mổ khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng và có hình ảnh u trên phim CLVT, CHT.

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào:

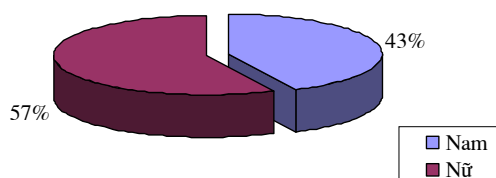
- Kết quả ngay sau mổ

- Kết quả khám lại: đánh giá theo thang điểm Karnofski, hồi phục liệt mặt.

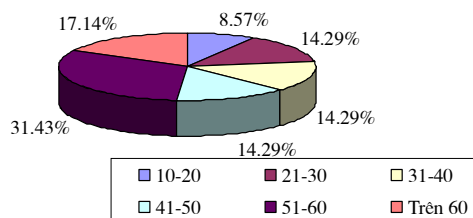
2. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học chương trình EPI-INFO 6.0. Kết quả thu được dưới dạng tỷ lệ %, tính trị số trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỷ lệ %.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh theo giới



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh theo nhóm tuổi

2. Đặc điểm lâm sàng.

- **Ù tai:** là triệu chứng lâm sàng khởi phát hay gặp nhất, có 25/35 trường hợp chiếm 71%. Điều này cũng phù hợp với nhận định của nhiều tác giả như: Medelhall, Mehta, Mc Menomey và các tác giả khác

- **Đau đầu:** là triệu chứng khởi đầu hay gặp thứ hai trong nghiên cứu này với 12/35 trường hợp chiếm 34%. Đau đầu liên qua đến kích thước khối u, xảy ra khoảng 20% với u từ 1- 3cm đường kính và khoảng 43% với u trên 3cm.

- **Giảm, mất thính lực (hearing loss):** Triệu chứng này xảy ra từ từ (3 tháng đến 1 năm), trong thời gian này tai kia vẫn nghe tốt nên nhiều bệnh nhân không nhận ra.

- **Tổn thương dây thần kinh VII.** Biểu hiện bằng liệt mặt chiếm 40%(14/35) trong nghiên cứu này là một minh chứng nữa của bệnh nhân đến viện muộn. Dây VII hiếm khi tổn thương khi u ở kích thước nhỏ và trung bình. So với nghiên cứu của Hilla Levo (2001) 348 bệnh nhân, liệt mặt chiếm 11%, Syms III (1997) chỉ có 4% liệt mặt. Trong khi đó bảo tồn chức năng dây VII là một trong những mục tiêu quan trọng của mổ u dây VIII. Như vậy, với tỷ lệ liệt mặt cao như nghiên cứu của chúng tôi, làm giảm kỳ vọng bảo tồn dây số VII sau mổ đáng kể.

3. Đặc điểm lâm sàng.

Chụp CLVT

*Dấu hiệu trực tiếp:

- Tỷ trọng: Gặp nhiều nhất là tỷ trọng hỗn hợp 37% (7/19), so với một nghiên cứu khác trong nước của Nguyễn Đình Chính là 40%. Tiếp theo là 26% giảm tỷ trọng. Gặp ở 21% là tăng tỷ trọng và đồng tỷ trọng 16% gặp tương đương với nghiên cứu của Dominique, và David.

- Cấu trúc: Đa số gặp ở dạng nang dịch (nang nước) chiếm 53% (10/19). Nguyễn Quốc Dũng gặp ở 50%, Nguyễn Đình Chính gặp ở 46,7%, kết quả cũng tương tự. Tiếp theo gặp cấu trúc hỗn hợp (dạng đặc, và nang) chiếm 37%.

*Dấu hiệu ngấm thuốc cản quang:

Chụp CLVT có giá trị cao đối với các tác giả nước ngoài trong chẩn đoán u dây VIII. Thực tế qua nghiên cứu này chụp CLVT có một số hạn chế sau: một số chỉ miêu tả đơn thuần, không có kết luận cụ thể, chất lượng máy chụp có khác nhau và các chuyên gia chẩn đoán hình ảnh ở các cơ sở khác nhau... do đó dẫn đến việc tất cả 35 bệnh nhân nghiên cứu đều được chụp CHT.

Đặc điểm trên phim CHT

*Kích thước:

Đại đa số gặp nhóm 3-5cm chiếm 77% (27/35), so với Nguyễn Đình Chính là 76,7%. Tiếp theo là kích thước nhỏ hơn 3cm 17%. So với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài tỷ lệ u nhỏ của họ cao hơn (47% - 60%). Sở dĩ như vậy vì bệnh nhân nước ta thường vào viện muộn hơn. Các tuyến cơ sở còn thiếu các phương tiện cận lâm sàng hiện đại do đó chẩn đoán còn khó khăn, thường khi nhập viện tuyến trên mới phát hiện bệnh.

Chủ yếu gặp u có ranh giới rõ 86% (30/35). Một tỷ lệ lớn u dây VIII ngấm Gadolinum-DTPA mạnh chiếm 86% (30/35). Kiểu ngấm không đồng nhất cũng là đặc điểm nổi bật khi chiếm đến 66%.

4. Kết quả điều trị.

Biến chứng sau mổ

*Viêm màng não:

Là một nguy cơ lớn sau mổ, do thời gian mổ lâu, mổ vào màng não. Chúng tôi gặp 1 trường hợp (28%) viêm màng não sau mổ 4 ngày, cấy dịch não tủy và máu không tìm được nguyên nhân gây bệnh, điều trị kháng sinh liều cao hết sốt sau 2 tuần. Glasscock (1986) mổ 616 trường hợp viêm màng não chiếm 33 trường hợp (5,35%), Võ Văn Nho [2001] gặp 4/47 chiếm 8,5% viêm màng não sau mổ u dây VIII trong nghiên cứu của mình.

*Rò dịch não tủy:

Là biến chứng thường gặp nhất trong phẫu thuật lấy u dây VIII đường sau xoang xích ma như miêu tả của House và Gormley. Các trường hợp mổ u dây VIII trong nghiên cứu của chúng tôi đều được đóng kín màng cứng, nếu cần lấy thêm cân để vá. Đặt lại bột xương, đóng 3 lớp: cơ, cân, da. Cầm máu kỹ, không đặt dẫn lưu.

*Dẫn não thất:

Gặp 6% (2/35) trường hợp. Hai trường hợp được dẫn lưu não thất ra ngoài, rút sau một tuần không để lại di chứng gì hơn. Võ Văn Nho gặp dẫn não thất trong 2,12% bệnh nhân nghiên cứu của mình. Cohen, Ebersson, Viet và Teixido là 0,7-1,7%. Một nghiên cứu của Glasscock giãn não thất chiếm 0,6%. Dẫn não thất sau mổ thường do vẫn còn u, phù tiểu não gây chèn ép đoạn thấp của cống Sylvius hoặc do rối loạn hấp thụ tạm thời dịch não tủy sau mổ. Trường hợp cấp tính nhằm giảm áp lực nội sọ nên dẫn lưu ra ngoài, rút sau mổ 5-7 ngày. Với di chứng giãn não thất sau mổ thì đặt dây dẫn lưu não thất ổ bụng (VP – Shunt).

*Tụ dịch vùng mổ:

Chúng tôi gặp một trường hợp, đó là trường hợp đã có mổ u dây VIII ở viện khác, đến với chúng tôi đã có tụ dịch trước mổ.

*Suy hô hấp:

Nghiên cứu chúng tôi gặp 1 trường hợp, bệnh nhân nam 52 tuổi, sau mổ bệnh nhân tỉnh nhưng suy hô hấp phải mở khí quản chăm sóc, sau đó rút được nội khí quản sau mổ 3 tuần.

*Tử vong: Chúng tôi gặp 1 trường hợp tử vong, chiếm 2,85%. Bệnh nhân sau mổ một tuần tỉnh, chậm, nuốt sặc và suy hô hấp, đã được mở khí quản, chăm sóc tại phòng hồi sức tích cực 2 tuần. Bệnh nhân chết ở nhà sau mổ 1 tháng. Cùng với nghiên cứu tương tự của đồng nghiệp trong thành phố Hồ Chí Minh là 12% (do biến chứng chảy máu). Dĩ nhiên không thể so sánh với thời đại trước kính vi phẫu có tỷ lệ tử vong có khi lên đến 89%.

Bảo tồn dây TK số VII về chức năng.

Về chức năng dây VII phân chia theo House-Brackmann, độ I, II sau mổ u dây VIII được coi là bảo tồn về mặt chức năng.

Nghiên cứu của chúng tôi 57% bệnh nhân bảo tồn chức năng. House và Luetje (1968) bảo tồn chức năng dây VII ở 72%. Trong một nghiên cứu khác House và Brackmann có 62,1% bệnh nhân sau mổ chức năng dây VII về bình thường hoặc gần bình thường. Ông cũng nhận xét, có một tỷ lệ nhỏ liệt mặt tạm thời sau mổ và sự hồi phục chức năng dây VII sau 6 tháng là dần dần và rất chậm chạp.

Ảnh hưởng của dây V trong mổ u dây VIII

Chúng tôi có 4 bệnh nhân đau dây V trước mổ chiếm 11%, sau mổ có 3 trường hợp hết đau, một trường hợp giảm đau.

Chụp kiểm tra sau mổ

Có 24 bệnh nhân chụp lại sau mổ, đa số CHT hoặc CLVT, kết quả 19 bệnh nhân không thấy u (79%). Tuy vậy, khi trên phim chụp không thấy u không có nghĩa là hết hoàn toàn u vì nếu để lại một ít u, kích thước không đủ lớn có thể không thấy trên phim chụp, hơn nữa muốn chụp chính xác nên chụp sau mổ 3 tháng để máu và những vật liệu cầm máu đã được tiêu đi

5. Đánh giá kết quả gần theo chỉ số KARNOFSKI

Đây là chỉ số quan trọng đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân sau mổ u não. Nghiên cứu trong thời gian có hạn nên chỉ có được 18/35 bệnh nhân khám lại sau 6 tháng và 35/35 bệnh nhân khám lại sau 3 tháng. Trước mổ nhóm I có 29%, sau mổ 3 tháng có 69%. Sau 6 tháng khám 18/35 trường hợp thì có nhóm I là 78%. Bệnh nhân sống được độc lập với sinh hoạt cá nhân, đôi khi có số ít triệu chứng nhưng nỗ lực vẫn làm được.

Nhóm II trước mổ là 46%, kiểm tra sau mổ còn 11%. Với nhóm III trước mổ chiếm tỷ lệ khá cao 25%, sau 3 tháng còn 14%, sau 6 tháng là 11%.

Với nhóm IV, chịu tàn phế nặng sau mổ 3 tháng kiểm tra có 2 bệnh nhân: một tử vong, một sống trên giường bệnh. Một hậu quả khó tránh khỏi với một cuộc mổ lớn xét trên số đồng.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u dây VIII.

- Triệu chứng sớm hay gặp nhất là ù tai chiếm 71%, tiếp theo là đau đầu có 34% và mất thính lực với 20%.

- Lý do đến viện gặp nhiều nhất là đau đầu chiếm 43%, tiếp theo là chóng mặt, mất thăng bằng có 29% và ù tai với 11%.

- CLVT: Tỷ trọng hỗn hợp (7%), cấu trúc dạng nang dịch (53%). Tiêm thuốc u ngấm thuốc mức độ vừa (47%), không đồng nhất (68%).

- Đặc điểm nổi bật trên phim CHT: T1 giảm tín hiệu (54%), T2 tăng tín hiệu (77%), ranh giới rõ (86%), ngấm đối quang tử mạnh (86%) không đồng nhất (66%), não thất đa số bị đè ép (97%).

2. Kết quả điều trị vi phẫu

- Phim chụp lại sau mổ 24/35 bệnh nhân, không thấy u là 79%

- Sau mổ 3 tháng tỷ lệ tốt 69%

- Sau 6 tháng khám lại được 18/35 bệnh nhân tỷ lệ tốt 77,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Glasscock M. E., 3rd, Pappas D. G. J., Manolidis S., VonDoersten P.G., Jackson C. G., Storper I. S. (1997), "Management of acoustic neuroma in the elderly population", *Am J Otol Mar*, 18 (2), 236-41.

2. Hilla Levo "Vestibular Schwannoma postoperative recovery" 2001 Helsinki University Central hospital Finland.

3. Horvath M., Babel B., Nyary I., Vajda J., Czirjak S., Gador I. (1996), "Tumors of the cerebellopontine angle, Changing policy in treatment", *Neurosurg. Rev.* 19 (4), 243-6.

4. House W. F., Luetje C. M., Doyle K. J. (1997), *Acoustic tumors, Diagnosis and Management*, Singular publishing group, San Diego 2nd ed.

5. Kameyama S., Tanaka R., Kawaguchi T., Fukuda M., Oyanagi K. (1996), "Cystic acoustic neurinomas, Studies of 14 cases", *Acta Neurochir Wien*, 138 (6), 695-9.

6. Kawaguchi S., Sakaki T., Hirabayashi H., Hashimoto H., Shimogawar T. (1995), "Eight cranial nerve lipoma manifesting as intractable vertigo, Case report", *Neurol Med Chir Tokyo*, Nov, 35(11), 818-21.

7. Kazner E. Wende S., Grumme T., Stochdorph O., Felix R., Claussen C. (1998), *Computed Tomography and Magnetic Resonance Tomography of intracranial tumors*, Springer verlag Berlin Heidelberg, 304-324.

8. Magnan J., Chays A., Lepetre C., Pencroffi E., Locatelli P. (1994), "Surgical perspectives of endoscopy of the cerebellopontine angle", *Am J Otol*, May, 15 (3), 366-70.

9. Mirsa B. K. (1997), *11th international congress of neurological surgery, Microsurgical approach to cerebellopontine angle tumors*, Monduzzi Editore, 363-369.