

U MÀNG NÃO

BS Bùi Hữu Lượng

Khoa Ngoại Lồng Ngực- Mạch Máu- Thần Kinh

1. ĐỊNH NGHĨA:

- U màng não (UMN) là loại u mọc từ màng nhện (không phải màng cứng, phát triển chậm, ngoài trực, thường lành tính.
- Thường phẫu thuật lấy hết u, nhưng không phải luôn luôn lấy hết hoàn toàn
- Vị trí hay gặp: dọc liềm não, vòm não hoặc cánh bé xương bướm
- Thường gây tăng sản xương kế cận
- Thường có vôi hóa.
- Có thể xảy ra bất cứ nơi nào có tế bào màng nhện (giữa não và xương sọ, trong não thất và dọc tủy sống). UMN lạc chỗ có thể mọc trong xương sọ hoặc dưới da. Tỷ lệ ác tính khoảng 1,7%. UMN thường phát triển chậm nhưng cũng có một số trường hợp phát triển rất nhanh. UMN đa ổ có khi chiếm trên 8%.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán lâm sàng: tùy vị trí của u mà biểu hiện lâm sàng khác nhau.

Biểu hiện lâm sàng của một số UMN ở một số vị trí:

2.1.1. UMN liềm não, xoang tĩnh mạch dọc trên:

- Đoạn 1/3 trước (30%): hầu hết biểu hiện nhức đầu và rối loạn tâm thần
- Đoạn 1/3 giữa (50%): thường biểu hiện với động kinh và liệt một chi tiến triển
- Đoạn 1/3 sau (20%): nhức đầu, giảm thị lực, động kinh cục bộ hoặc rối loạn tâm thần

2.1.2. UMN rãnh khứu:

- Hội chứng Foster Kennedy: mất mùi, teo gai cùng bên và phù gai đối bên
- Rối loạn tâm thần
- Tiêu tiểu không tự chủ
- Giảm thị lực
- Động kinh

2.1.3. UMN cánh bé xương bướm:

U phát triển từ màng não dọc theo cánh bé xương bướm ở sán sọ và tùy theo vị trí giải phẫu có thể phân biệt hai dạng: (1) U phía ngoài cánh bé xương bướm: nếu u lớn có thể gây nhức đầu, động kinh (2) U phía trong cánh bé xương bướm: u có thể bao bọc dây thần kinh thị giác và động mạch cánh trong, xoang hang. Các dây thần kinh III, IV, VI và V có thể bị tổn thương. Nếu u lan vào trong hốc mắt có thể gây lồi nhãn cầu.

2.1.4. UMN cử yên:

Thường gây triệu chứng giảm thị lực, bán manh hai bên, teo gai nguyên phát

2.1.5. UMN lỗ chẩm:

U tiến triển rất chậm. Biểu hiện: thường nhức đầu và có thương tổn nhiều dây thần kinh sọ khác nhau. Thời kỳ đầu, thường khó phát hiện u về lâm sàng

2.1.6. UMN xương đá:

Phát triển ở mặt trên xương đá, hay liên quan với hố Meckel và hạch Gasser nên có thể biểu hiện như đau dây thần kinh số V. Nếu u chèn ép mặt dưới thùy thái dương, có thể gây động kinh thái dương. Nếu u phát triển về phần sau xương đá, có thể gây tổn thương các dây thần kinh V, VII và VIII.

2.1.7. UMN mặt dốc xương đá:

Có thể gây chèn ép cầu não, các dây thần kinh và mạch máu tại khu vực này. Ngoài ra có thể biểu hiện hội chứng tăng áp lực nội sọ do u chèn ép đường lưu thông của dịch não tủy.

2.2. Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1. X quang sọ qui ước:

Ba đặc điểm chính của UMN biểu hiện trên phim X quang: dày xương hoặc hủy xương, dấu dẫn rộng các mạch máu màng não và các nốt vôi hóa của u. Tỷ lệ tăng sinh xương hoặc hủy xương xấp xỉ khoảng 50% và vôi hóa khoảng 18%. Ngày nay, với sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh học hiện đại, X quang sọ qui ước còn ít giá trị trong chẩn đoán.

2.2.2. CT Scan não:

Khối đồng đậm độ, bắt cản quang, gốc bám rộng vào màng cứng. Trên phim không cản quang, với đậm độ 60-70 đơn vị Hounsfield thường liên quan đến sự vôi hóa dạng thể cát. Có thể phù não quanh u ít hoặc lan vào chất trắng cả bán cầu. UMN trong não thất: 50% có phù não ngoài não thất Ung thư tiền liệt tuyến có thể giả UMN (ung thư tiền liệt tuyến di căn đến não hiếm nhưng thường di căn đến xương và có thể đến xương sọ, gây tăng sinh xương).

2.2.3. MRI não:

Nơi u bám vào màng cứng có chân rộng. Đường mỏng màu đen (giảm tín hiệu trên T1W1) ngăn cách u với nhu mô não. Hình ảnh phù quanh u (Tăng tín hiệu trên T2W1, giảm tín hiệu trên T1W1)

T1W1: hình ảnh đồng hoặc hơi giảm tín hiệu so với chất xám

T2W1: hình ảnh đồng hoặc hơi tăng tín hiệu so với chất xám

Tăng tín hiệu vừa phải sau khi tiêm thuốc tương phản

Tuy nhiên độ thay đổi tín hiệu trên MRI không xác định được UMN lành tính hay ác tính

Với UMN, MRI còn xác định thêm sự lan rộng các hướng của u, sự liên quan giữa u và các cấu trúc thần kinh, mạch máu và nhu mô não kế cận.

2.2.4. Mạch não đồ:

Đặc trưng của UMN là nguồn cấp máu nuôi u xuất phát từ động mạch cảnh ngoài, ngoại trừ u ở đường giữa trán thấp (UMN rãnh khúu) nhận máu từ động mạch cảnh trong (các nhánh động mạch sàng từ động mạch mắt).

UMN trên yên cũng được cấp máu từ các nhánh lớn của động mạch mắt.

UMN cạnh yên cũng nhận máu từ động mạch cảnh trong. Nguồn cấp máu nuôi UMN thứ hai là từ các nhánh động mạch màng não của các động mạch não trước, não giữa và não sau. Mạch não đồ còn cung cấp thông tin về tắc xoang tĩnh mạch màng cứng, đặc biệt với UMN cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên, liềm não. Mạch não đồ còn cung cấp cơ hội gây tắc trước mổ.

2.3. Chẩn đoán giải phẫu bệnh:

Có nhiều cách phân loại giải phẫu bệnh của UMN. Ngày nay các nhà lâm sàng học đã sử dụng phân loại của Tổ chức y tế thế giới năm 1993 có ý nghĩa thực hành hơn cả .

A. U màng não

1. UMN dạng thượng mô
2. UMN dạng sợi
3. UMN dạng chuyển tiếp
4. UMN dạng thể cát
5. UMN dạng tăng sinh mạch
6. UMN dạng thoái hóa vi nang
7. UMN dạng chế tiết
8. UMN dạng tế bào sáng
9. UMN dạng nguyên sống
10. UMN giàu tương bào lympho
1. UMN dạng chuyển sản

B. U màng não không điển hình

C. U màng não dạng nhú

D. U màng não ác tính

2.4. Chẩn đoán phân biệt:

- UMN đa ổ: gợi ý đến Neurofibromatosis 2 (u xơ thần kinh)
- Pleomorphic xanthastrocytoma: dễ nhầm với UMN khi u ở vị trí ngoại biên và có thể có đuôi màng cứng

3. ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật là chọn lựa điều trị cho UMN có triệu chứng. Với những UMN phát hiện tình cờ không có phù não hoặc chỉ với triệu chứng động kinh mà dễ dàng kiểm soát được bằng thuốc thì có thể theo dõi qua hình ảnh học vì

UMN có xu hướng phát triển chậm và một số có thể ngừng phát triển. Phẫu thuật thường mất rất nhiều máu. Gây tắc trước mổ có thể hữu ích.

3.1. Nguyên tắc chung mổ UMN:

- Cắt đứt nguồn máu nuôi u sớm
- Giải ép trung tâm
- Tách bao u khỏi não bằng việc đốt và cắt mạch máu và màng nhện dính vào bao u, luôn kéo u về phía đã giải ép và hạn chế tối đa vén não
- Lấy luôn phần xương và màng cứng liên quan nếu có thể.
- Nguyên tắc chung mổ UMN liềm não, xoang tĩnh mạch dọc trên và cánh bé xương bướm: trước hết giảm áp một phần u từ bên trong, sau đó đến gốc bám của u (liềm hoặc xương).

3.2. Kỹ thuật mổ: tùy từng vị trí của u

3.2.1. UMN liềm não, xoang tĩnh mạch dọc trên:

Phần dưới của u có thể dính vào các nhánh của động mạch não trước. Với các UMN 1/3 giữa hoặc sau: đường rạch da theo hình móng ngựa, tư thế nghiêng hoặc ngồi. UMN đoạn 1/3 trước: rạch da theo đường trán 2 bên, tư thế nằm ngửa.

3.2.2. UMN cánh bé xương bướm:

Đường mổ: theo đường thấp trước bên với cổ hơi uốn để dễ vén não ra khỏi sàn sọ trước

UMN cánh bé xương bướm ngoài: tương tự như UMN vòm. Đầu nghiêng sang bên 60 độ, đường rạch da và mở sọ phải đủ rộng hơn u UMN cánh bé xương bướm trong: dẫn lưu thất lưng thường được dùng. Đầu nghiêng khoảng 30 độ. Khe Sylvian phải được tách rộng. Động mạch cánh trong và não giữa thường bị u bao bọc. Đôi khi lấy u khó khăn, buộc phải để lại một phần u và điều trị tiếp với xạ phẫu

3.2.3. UMN rãnh khứ:

Đường mổ: thường mở sọ dưới trán hai bên đối với u kích thước lớn, một bên với u kích thước nhỏ. Với u kích thước nhỏ, một số tác giả sử dụng đường mổ qua thấp trước bên (Pterional approach). Đường mở sọ trán 2 bên: mở sọ thấp trán, xử trí kỹ xoang trán, thắt xoang tĩnh mạch dọc trên và cắt liềm não. Đầu tiên phải lấy u từ đường giữa và hướng ra trước để giảm áp u và cắt nguồn máu nuôi u từ động mạch sàng trước và sau. Bao u phía sau được tách khỏi nhu mô não cẩn thận bằng cách kéo u về phía sàn sọ trước và chú ý tránh gây thương tổn các nhánh động mạch của phức hợp động mạch não trước bám dính bao u.

3.2.4. UMN Củ yên:

Loại u này điển hình thường đẩy lệch các dây thần kinh thị ra sau và sang bên. Đôi khi các dây thần kinh thị bị u chèn ép hoàn toàn. Đường mổ qua thấp bên trước thường hay dùng

3.2.5. UMN góc cầu tiểu não:

U xuất phát từ phía sau hoặc sau bên của lỗ chằm, thường mổ lấy được dễ dàng U ở vị trí phía trước và bên, có thể mổ qua đường sau bên. Với u phía trước, đường mổ qua lồi cầu là một trong những đường mổ được lựa chọn. Với u phía dưới động mạch đốt sống, các dây thần kinh sọ thấp bị đẩy lên trên cùng với động mạch đốt sống. Tuy nhiên khi u ở trên động mạch đốt sống, vị trí các dây thần kinh sọ thấp khó dự đoán trước được. Các u kích thước lớn có thể dính hoặc bao bọc các cấu trúc thần kinh mạch máu, nên lấy giảm áp u trước. Đường mổ dưới chằm phía sau: dùng cho u mọc từ phía sau lỗ chằm hoặc hơi lệch sau bên. Tư thế bệnh nhân: nằm sấp hoặc sấp ba phần tư. Cổ gập tối thiểu để tránh chèn ép thân não do u. Phẫu thuật viên cần thận trọng với động mạch tiểu não sau dưới (PICA) và động mạch đốt sống bị u bao phủ.

3.3. Xạ trị:

Nói chung không phải là phương thức điều trị cơ bản. Nhiều tác giả không thích xạ trị cho các thương tổn lành tính. Hiệu quả của xạ trị trong việc ngăn ngừa sự tái phát u còn nhiều tranh cãi. Một số phẫu thuật viên dùng xạ trị cho các UMN ác tính, nhiều mạch máu, tái phát nhanh hoặc không thể mổ lấy hết u. Đối với UMN thoái sản, không điển hình, tái phát, thì phần u còn để lại sau mổ thường được xạ trị với liều 55-60 Gy.

4. THEO DÕI VÀ TÁI PHÁT:

Tỉ lệ sống sót sau 5 năm của UMN khoảng 91,3%

Tái phát: Mức độ lấy u là một yếu tố quan trọng trong việc ngăn ngừa sự tái phát u.

Đánh giá mức độ phẫu thuật lấy u và các thành phần liên quan, dựa vào bảng phân độ Simpson:

Phân độ Simpson

Độ lấy u

I Lấy toàn bộ u và cắt bỏ màng cứng nơi u bám và xương bất thường

II Lấy toàn bộ u và đốt màng cứng nơi u bám

III Lấy toàn bộ u nhưng không cắt, không đốt màng cứng nơi u bám hay không cắt bỏ xương bất thường

IV Lấy không hoàn toàn u

V Giải ép đơn giản (có sinh thiết hoặc không)

Tái phát u sau khi lấy toàn bộ u xảy ra khoảng 11-15% các trường hợp nhưng khoảng 29% khi lấy u không hoàn toàn. Tỉ lệ tái phát chung sau 20 năm khoảng 19% theo một số tác giả và khoảng 50% theo một số tác giả khác. UMN ác tính có tỉ lệ tái phát cao hơn UMN lành tính.

Giá trị của xạ trị

Một nghiên cứu hồi cứu trên 135 trường hợp UMN theo dõi 5-15 năm, tỉ lệ tái phát u là 4% với những trường hợp lấy u toàn phần có xạ trị và 60% với những trường hợp lấy u bán phần không có xạ trị.