

U SAO BÀO – ASTROCYTOMA

BS Bùi Hữu Lượng

Khoa Ngoại Lồng Ngực- Mạch Máu- Thần Kinh

1. ĐẠI CƯƠNG

Astrocytoma (U sao bào) là một trong 4 loại u tế bào thần kinh đệm thường gặp nhất. U sao bào (USB) có nguồn gốc từ tế bào hình sao (astrocyte cells), đây là loại tế bào chiếm đa số trong mô kẽ nhu mô của não. USB có phân độ u đa dạng từ tương đối lành tính đến độ ác tính cao.

2. NGUYÊN NHÂN

Đã có nhiều nghiên cứu về bệnh nguyên u não nhưng đến nay vẫn còn nhiều điều tranh cãi. Tuy nhiên, có một số yếu tố liên quan đến u não và có thể chia vào hai nhóm: các yếu tố tương đối liên quan và nhóm các yếu tố chưa rõ ràng. Những nghiên cứu ở mức độ phân tử, người ta thấy có sự liên quan giữa u não và sự thay đổi cấu trúc gene. Sự thay đổi này có thể do di truyền, yếu tố môi trường hoặc kết hợp cả hai. Các yếu tố môi trường ít có vai trò hơn các biến đổi về gene. Nhưng sự tiếp cận với các ion hóa của xạ trị cũng được nhận thấy có vai trò quan trọng trong khả năng sinh u, đặc biệt được ghi nhận sau xạ trị. Suy giảm miễn dịch, tiếp xúc với trường điện từ, chấn thương, tác nhân sinh học như virus, hóa chất là những yếu tố có thể là bệnh nguyên của u não nhưng chưa có đủ cơ sở để khẳng định.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Công việc chẩn đoán:

a/ Bệnh sử:

Thời kỳ kéo dài của diễn tiến cũng như sự xuất hiện của các triệu chứng tùy thuộc vào mức độ của u, tức sự tăng trưởng của u. Bệnh nhân với một USB có độ thấp (grade I, II) có thể có thời gian bệnh sử kéo dài với những cơn động kinh. Những USB có độ cao (grade III, IV) thường có thời gian bệnh sử tương đối ngắn từ vài tuần hoặc vài tháng.

b/ Triệu chứng lâm sàng:

Có 3 bệnh cảnh chính riêng rẽ hoặc kết hợp tùy từng trường hợp cụ thể:

- Bệnh cảnh tăng áp lực nội sọ.
- Bệnh cảnh khiếm khuyết thần kinh khu trú.
- Bệnh cảnh động kinh.
- Tăng áp lực nội sọ:

Tăng áp lực nội sọ do: sự chèn ép nội sọ bởi thể tích phát triển của u; sự phù quanh u; hậu quả đầu nước do tắc đường lưu thông của dịch não tủy. Ba triệu chứng kinh điển của tăng áp lực nội sọ là: nhức đầu, buồn nôn và nôn, giảm tri giác.

- Nhức đầu: là triệu chứng thường gặp. Nhức đầu tăng dần theo thời gian, thường xảy ra bên bán cầu có u nhưng cũng có thể hai bên hay lan tỏa. Nhức đầu thường nặng nề vào buổi sáng sớm.
- Buồn nôn và nôn: thường xảy ra và sẽ giảm nhức đầu sau khi nôn.
- Giảm tri giác: là tình trạng theo sau và liên quan với tăng áp lực nội sọ. Tuy nhiên, cần lưu ý bệnh nhân có thể vẫn còn tỉnh táo dù tình trạng tăng áp lực nội sọ đã nặng nề và sau đó sẽ nhanh chóng vào hôn mê: ngưỡng tụt não
- Dấu thần kinh khu trú: Dấu thần kinh khu trú (DTKKT) thường gặp ở bệnh nhân bị USB. Tính chất DTKKT tùy thuộc vị trí u, ảnh hưởng chèn ép của u.
- Động kinh: Động kinh là triệu chứng thường gặp nhất ở những bệnh nhân bị USB bán cầu đại não. Thường gặp ở những u nằm gần vỏ não hơn những u sâu. U vùng thùy chẩm cũng ít khi gây triệu chứng động kinh. Động kinh do USB có thể có dưới nhiều dạng: toàn thể hoặc khu trú.

c/ Cận lâm sàng:

CT scan và MRI là hai phương tiện chẩn đoán chủ yếu mang tính hiệu quả và chính xác, có giá trị chẩn đoán xác định cao.

- CT scan:

USB phân độ thấp thường biểu hiện vùng giảm đậm độ trên CT scan, không bắt cản quang và phù ít hoặc không phù quanh u. USB phân độ cao thường bắt cản quang mạnh ở vùng ngoại vi, mật độ không đều, giảm đậm độ vùng trung tâm. Phù quanh u rất nhiều và thường kèm dấu hiệu lệch đường giữa.

- MRI:

MRI ưu thế hơn CT scan trong chẩn đoán những USB nhỏ, nằm gần sán sọ, vùng thân não hoặc hố sau. MRI cũng cho chi tiết về mối quan hệ của u với nhu mô não chung quanh. USB thường cho hình ảnh tăng tín hiệu trên T2, giảm tín hiệu trên T1. Bắt tín hiệu Gadolinium rõ trên những USB phân độ cao. Perfusion-weight MRI giúp ích trong phân biệt USB tái phát với vùng hoại tử do xạ.

3.2. Chẩn đoán xác định trên lâm sàng:

Dựa vào:

- Lâm sàng
- Đặc thù hình ảnh USB trên CT scan và MRI

3.3. Chẩn đoán phân biệt:

Với những USB phân độ thấp: viêm, các bệnh lý nội thần kinh

Với những USB phân độ cao: u di căn

4. ĐIỀU TRỊ:

Có bốn giải pháp chính trong điều trị USB:

- Theo dõi diễn tiến lâm sàng và hình ảnh chẩn đoán.
- Phẫu thuật
- Xạ trị
- Điều trị hỗ trợ khác

Lựa chọn một giải pháp hay phối hợp các giải pháp trên trong điều trị USB tùy thuộc vào nhiều yếu tố.

4.1. Theo dõi:

Có thể theo dõi, tái khám định kỳ kiểm tra bằng CT và MRI những USB với bệnh sử động kinh đơn thuần, kích thước u nhỏ, vị trí sâu, vùng não chức năng hay không, không lệch đường giữa.

4.2 Phẫu thuật:

Chỉ định phẫu thuật có ba mục đích chính sau:

- Có chẩn đoán xác định về tế bào học
- Giảm triệu chứng và tình trạng tăng áp lực nội sọ
- Giảm thể tích u tạo điều kiện cho điều trị hỗ trợ

Điều trị phẫu thuật có thể là:

- Sinh thiết bởi khung định vị không gian 3 chiều (stereotactic);
- Mở sọ sinh thiết lấy bớt phần u hoặc lấy gần hết u hoặc lấy trọn u.
- Hoạch định phương cách phẫu thuật nào tùy thuộc vào:
- Vị trí u: U nằm nông hay sâu, vị trí u có liên quan vùng não chức năng quan trọng.
- Tính chất u: kích thước u, ranh giới u tương đối rõ hay không, u nang, u có độ phân độ thấp hay cao trên chẩn đoán hình ảnh học.
- Độ xâm nhiễm của u lan tỏa với mô não chung quanh.

4.3 Xạ trị:

Xạ trị sau mổ đã được xem như thường qui đối với những USB phân độ III và IV.

Xạ trị cũng được chỉ định với những trường hợp USB không thể có chỉ định ngoại khoa

5. ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

Điều trị nội khoa:

- Corticosteroid giúp cải thiện triệu chứng.
- Điều trị chống co giật với thuốc chống động kinh nên được dùng trước và cả sau phẫu thuật đặc biệt ở những bệnh nhân có bệnh sử co giật.
- Hóa trị liệu: Hiện nay, hóa trị liệu cho USB chưa có khẳng định lựa chọn trong hóa trị liệu hỗ trợ. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu lâm sàng cho thấy chỉ có tác dụng hiệu quả nhất định khoảng 50% các trường hợp và thường được chỉ định trong các trường hợp USB tái phát hơn là hỗ trợ sau mổ lần đầu.

- Các liệu pháp Miễn dịch trị liệu; Quang động lực liệu pháp; Geneliệu pháp là những liệu pháp còn đang nghiên cứu trên thế giới và chưa có tại VN.

6. THEO DÕI TIỀN LƯỢNG VÀ TÁI KHÁM

Không có một điều trị hữu hiệu nào đối với USB phân độ III và IV (anaplastic astrocytoma và glioblastoma multiforme). Tỷ lệ sống còn thường dưới một năm. Những USB có phân độ thấp (I và II), u nhỏ, không nằm gần vùng não chức năng quan trọng, ranh giới tương đối rõ, không có dấu hiệu thâm nhiễm mô não lành, không gây hiệu ứng choán chỗ rõ thường có thời kỳ sống còn kéo dài vài năm. Việc tái khám định kỳ mỗi 3 tháng là cần thiết.