

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA U MÀNG NÃO CỬ YÊN

Tuberculum sellae meningioma: clinical and magnetic resonance imaging characteristics

Đặng Vĩnh Hiệp*, Nguyễn Hoàng Thịnh**, Nguyễn Quốc Dũng**

SUMMARY

This is a retrospective, cross-sectional study, applied on 32 tuberculum sella meningiomas who had been diagnosed and treated in Cho Ray Hospital from January 2011 to December 2013. The purpose of this study is to evaluate the prevalence of some morphologic characteristics of tuberculum sella meningiomas on MRI scan as well as some of its clinical features. The results are: most patient is female with female to male ratio 9,7:1, 75% of tumors have size range between 2-4cm, 78,1% patients have isointense signal on T1W, 71,1% hyperintense on T2W and 100% hyperintense on FLAIR. The other importance signs are: dural tail (96,9%), tamping of visual nerve (78,1%) and chiasm (96,9%).

Key words: tuberculum sellae meningiomas, tuberculum sellae meningiomas MRI, tuberculum sella meningiomas clinical features.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

** Bệnh viện Hữu Nghị

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não là khối u có nguồn gốc từ các tế bào màng nhện và các loại tế bào khác của màng mềm hoặc màng cứng như là nguyên bào sợi hoặc nguyên bào nội mô mạch máu. U màng não hiện là u nội sọ phổ biến nhất, với tỷ lệ trên 30% tổng số u nội sọ. U màng não củ yên (UMNCY) được định nghĩa là các u màng não phát triển ở vùng củ yên, hoành yên, chéo thị giác và rìa xương bướm, UMNCY chiếm tỷ lệ khoảng 4-10% trong tổng số các u màng não nội sọ [1].

UMNCY thường phát triển chèn ép vào dây thị và giao thoa gây giảm thị lực dẫn tới mù một hoặc cả hai mắt. Chẩn đoán xác định UMNCY chủ yếu dựa vào các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, trong đó quan trọng nhất là cộng hưởng từ (CHT) sọ não.

Trước đây, do hạn chế về phương tiện chẩn đoán, UMNCY đa số được chẩn đoán muộn nên dẫn tới khó khăn trong điều trị. Hiện nay nhiều bệnh viện trong cả nước đã được trang bị các phương tiện chẩn đoán hiện đại như: cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ (CHT)... giúp không chỉ chẩn đoán chính xác mà còn giúp khảo sát liên quan của u với các tổ chức xung quanh. Tuy nhiên hiện nay các nghiên cứu về hình ảnh UMNCY tại Việt Nam còn chưa nhiều, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CHT của UMNCY.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 32 BN được chẩn đoán và điều trị UMNCY tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2010 đến tháng 12/2013 thỏa mãn các điều kiện:

- Được điều trị phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là UMNCY.
- Có phim cộng hưởng từ sọ não trước phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Các thông tin lâm sàng, kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh được thu thập từ bệnh án gốc theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Phim CHT sọ não được đọc lại bởi nhóm tác giả.

Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Tác giả	Số lượng	Nữ	Nam	Tỷ lệ nữ/nam
Park CK, 2006 [2]	30	24	6	4/1
Võ Văn Nho, 2003 [3]	35	28	7	4/1
Đặng Vĩnh Hiệp	32	29	3	9,7/1

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ lên tới 90,6%, tỷ lệ nữ/nam là 9,7/1 cao hơn hẳn so với các tác giả khác.

1.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do vào viện:	
- Đau đầu	28/32 (87,5%)
- Mờ mắt	27/32 (84,4%)
- Buồn nôn, nôn	6/32 (15,6%)
Thời gian xuất hiện triệu chứng:	10,78 tháng
- Dưới 6 tháng	16/32 (50%)
- Trên 6 tháng	16/32 (50%)
Rối loạn nội tiết	1/32 (3,1%)

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

Lý do vào viện chủ yếu là do đau đầu và mờ mắt, tuy nhiên thời gian từ khi xuất hiện cho tới khi đi khám là khá dài 10,78 tháng với tỷ lệ triệu chứng kéo dài trên 6 tháng lên tới 50%.

Giảm thị lực thường có sớm, có thể một mắt sau thành hai mắt và nếu để lâu có thể mất thị lực từng mắt hoàn toàn. UMNVCY phát triển chậm, vị trí của u liên quan đặc biệt với thần kinh thị và chéo thị giác nên khi u phát triển lớn sẽ chèn ép trực tiếp vào thần kinh và gây nên các triệu chứng của dây thần kinh thị. Nhưng vì ngoài triệu chứng này bệnh nhân không có biểu hiện

gì khác nên dễ nhầm lẫn với các bệnh lý của mắt làm giảm thị lực. Nhức đầu lúc đầu thường nhẹ, người bệnh có thể chịu đựng được, triệu chứng này không đặc hiệu và có ở rất nhiều bệnh nên thường bị bỏ qua không được chú ý. Về sau khi nhức đầu ngày càng tăng kết hợp với triệu chứng mờ mắt nặng, lúc đó bệnh nhân mới đi khám và phát hiện ra bệnh.

Rối loạn nội tiết là triệu chứng hiếm gặp, trong 32 BN trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân có rối loạn nội tiết với triệu chứng tiết sữa và xét nghiệm có tăng prolactin. Dấu hiệu này trên lâm sàng thường gợi ý tới khối u có nguồn gốc tuyến yên, tuy nhiên trong UMNCY khối u lớn chèn ép vào tuyến yên cũng có thể gây ra triệu chứng này dù hiếm gặp.

Về giải phẫu bệnh, toàn bộ 32 trường hợp đều là UMN lành tính độ I theo phân loại của WHO 2007.

Type mô học	n	Tỷ lệ
Dạng thượng mô (Meningothelial meningioma)	28	87,5%
Dạng tăng sinh mạch (Angiomatous meningioma)	1	3,1%
Dạng chuyển tiếp (Transitional meningioma)	1	3,1%
Dạng chế tiết (Secretory meningioma)	2	6,3%

Bảng 3. Các type mô học

2. Đặc điểm hình ảnh CHT

2.1. Kích thước u

Những bệnh nhân nhập viện với kích thước của u từ 2cm trở xuống chỉ có 3/32 (9,4%) trường hợp, nhiều nhất là từ 2-3cm 12/32 (37,5%), 3-4cm 12/32 (37,5%), tổng số hai loại chiếm 75%. Kích thước u đo được từ 4cm chỉ có 5/27 (15,6%).

Kích thước của u (cm)	Fahlbusch R. [4] 47 ca	Võ Văn Nho [3] 35 ca	Đặng Vĩnh Hiệp 32 ca
< 2cm	32%	0%	9,4%
Từ 2 - 3cm	49%	20%	37,5%
Từ 3 – 4cm	19%	65,7%	37,5%
Từ 4cm trở lên	0%	14,3%	15,6%
Tổng cộng	100,0	100,0	100%

Bảng 4. Phân nhóm kích thước u trong nghiên cứu

Qua bảng so sánh trên, tỷ lệ kích thước u ở các nhóm 3-4cm và >4cm của chúng tôi lớn hơn rất nhiều so với Fahlbusch R. (19%) [4]. So với nghiên cứu của Võ Văn Nho trước đó thì nhóm nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn, giải thích về kết quả của Võ Văn Nho cao hơn vì tại thời điểm tiến hành nghiên cứu của ông, máy CHT còn chưa phải phương tiện chẩn đoán phổ biến. U có kích thước lớn hơn 4cm được gọi là khổng lồ và loại u này trong nhóm của chúng tôi chiếm tỷ lệ 15,6%.

2.2. Đặc điểm tín hiệu của khối u

Chuỗi xung	Đồng tín hiệu	Giảm tín hiệu	Tăng tín hiệu
T1W	25/32 (78,1%)	6/32 (18,8%)	1/32 (3,1%)
T2W	9/32 (28,1%)	0/32 (0%)	23/32 (71,9%)
Flair	0 (0%)	0 (0%)	32/32 (100%)

	Ngám đồng nhất	Ngám không đồng nhất	Không ngám
T1W sau tiêm	26/32 (81,3%)	6/32 (18,7%)	0/32 (0%)

Bảng 5. Đặc điểm tín hiệu và ngám thuốc trên cộng hưởng từ

UMN trên MRI không dùng chất tương phản thì ít đặc thù, tín hiệu u thường có khuynh hướng gần tương đương với tín hiệu của chất xám trên cả T1W và T2W, mặc dù trên T2W thường tăng nhẹ tín hiệu [5]. Hình ảnh u đồng tín hiệu với chất xám trên T1W và giảm nhẹ tín hiệu trên T2W. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 78,1% đồng tín hiệu với chất xám trên T1W và 71,1% tăng tín hiệu trên T2W. Tỷ lệ này có khác khi so sánh với một số tác giả khác. Theo Zimmerman, trên T1W: đồng tín hiệu (60%), giảm nhẹ tín hiệu (30%) và trên T2W: đồng tín hiệu (50%), tăng nhẹ tín hiệu (40%) [5]. Toàn bộ các BN trong nhóm chúng tôi có tăng tín hiệu trên chuỗi xung Flair (T2W xóa dịch não tủy).

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 81,3% bất cân từ đồng nhất sau tiêm thuốc đối quang, 18,7% ngấm không đồng nhất và không có trường hợp nào không ngấm thuốc.

2.3. Một số đặc điểm hình ảnh khác

Dấu hiệu	Tỷ lệ
Dấu hiệu đuôi màng cứng	31/32 (96,9%)
Chèn ép dây II	25/32 (78,1%)
Chèn ép giao thoa thị	31/32 (96,9%)

Bảng 6. Một số dấu hiệu hình ảnh khác trên cộng hưởng từ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kim C.J. and Hong S.H.(2008)** *TuberculumSellaemeningiomas, in Meningiomas: Diagnosis, Treatment and Outcome, Springer-Verlag: London.*

2. **Park CK (2006),** “Surgically treated tuberculum sellae and diaphragm sella meningiomas: The importance of short-term visual outcome”. *Neurosurgery, 59, pp. 238–243*

3. **Võ Văn Nho (2003),** “Vi phẫu thuật 35 trường hợp u màng não vùng củ yên”, *Tạp chí Y Học, TP. Hồ Chí Minh, 7(4), tr. 42-45*

4. **Fahlbusch R, Schott W (2002),** “Pterion surgery

3 yếu tố để phân biệt UMNVCY với u tuyến yên trên phim MRI là: bất thuốc cân từ mạnh và đồng nhất hơn, không làm giãn rộng hố yên và xâm lấn vào màng cứng sần sọ tạo nên hình ảnh đuôi màng cứng [6]. Trong nhóm BN của chúng tôi, tỷ lệ xuất hiện dấu hiệu đuôi màng cứng rất cao 96,9%.

Các dấu hiệu liên quan đến dây thần kinh thị cũng có tỷ lệ rất cao, chèn ép dây II là 78,1% và chèn ép giao thoa thị là 96,9%, tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ cao các BN có triệu chứng về thị lực như đã trình bày ở trên.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 32BN UMNCY khám và điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2010-12/2013, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

- Bệnh chủ yếu gặp ở nữ với tỷ lệ nữ:nam là 9,7:1.
- Lý do vào viện phổ biến là đau đầu và mờ mắt.
- Tỷ lệ u có kích thước 2-4cm chiếm 75%.
- 78,1% đồng tín hiệu với chất xám trên T1W và 71,1% tăng tín hiệu trên T2W.
- 100% tăng tín hiệu trên Flair.
- Các dấu hiệu quan trọng khác trên CHT là dấu hiệu đuôi màng cứng (96,9%), chèn ép dây thần kinh thị (78,1%) và chèn ép giao thoa thị giác (96,9%).

of meningiomas of the tuberculum sellae and planum sphenoidale, Surgical results with special consideration of ophthalmological and endocrinological outcome”, J. Neurosurg, 96, pp. 235-243.

5. **Zimmerman R.D (1999),** “MRI of Intracranial Meningiomas, Cranial MRI and CT”, McGraw-Hill. Fourth Edition, pp. 209-233.

6. **Taylor SL, et al (1992),** “Magnetic Resonance Imaging of Tuberculum Sella Meningiomas; Preventing Preoperative Misdiagnosis as Pituitary Macroadenoma”, *Neurosurgery 31, pp. 621-627.*

TÓM TẮT

Nghiên cứu áp dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân u màng não củ yên được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy nhằm mục đích nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của u màng não vùng củ yên.

Kết quả cho thấy: Bệnh chủ yếu gặp ở nữ với tỷ lệ nữ:nam là 9,7:1. Lý do vào viện phổ biến là đau đầu và mờ mắt. Tỷ lệ u có kích thước 2-4cm chiếm 75%. 78,1% đồng tín hiệu với chất xám trên T1W và 71,1% tăng tín hiệu trên T2W. 100% tăng tín hiệu trên Flair. Các dấu hiệu quan trọng khác trên CHT là dấu hiệu đuôi màng cứng (96,9%), chèn ép dây thần kinh thị (78,1%) và chèn ép giao thoa thị giác (96,9%).

Từ khóa: u màng não củ yên, CHT u màng não củ yên, lâm sàng u màng não củ yên.

Người liên hệ: Đặng Vĩnh Hiệp

ĐT: 0919 311 979

- Ngày nhận bài: 3/11/2014

- Ngày chấp nhận đăng: 12/2014

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **PGS.TS. Phạm Ngọc Hoa**