

# CHẨN ĐOÁN U NGUYÊN BÀO TỦY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Thanh Tuấn✉

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bao gồm 24 bệnh nhân được phẫu thuật u nguyên bào tủy tại bệnh viện Việt Đức, có kết quả mô bệnh học, giai đoạn 1/2018 đến 10/2019. Kết quả: Tuổi từ 02 - 34, tuổi trung bình  $12,12 \pm 9$ . Nhỏ nhất là 2 tuổi, cao nhất là 34 tuổi. Tỷ lệ Nam/Nữ = 1,2/1. Dấu hiệu đau đầu gặp ở 91,66%. Trên cộng hưởng từ 12,5% nằm ở bán cầu tiểu não, 87,5% nằm ở thùy nhộng. Tỷ lệ giãn não thất chiếm 70,83%. Kết luận: U nguyên bào tủy là u não ác tính độ 4 theo WHO. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp là đau đầu, nôn, đi lại khó. Kích thước khối u thường > 30mm, tập trung chủ yếu ở thùy nhộng. Chẩn đoán xác định sau phẫu thuật dựa vào kết quả mô bệnh học.*

**Từ khoá:** u nguyên bào tủy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào tủy (Medulloblastoma) là một thuật ngữ chuyên ngành để chỉ các khối u tiên phát ác tính trong tiểu não. U phát triển từ các nguyên bào thần kinh có nguồn gốc từ ống thần kinh trong giai đoạn phôi thai.<sup>1,2</sup>

Theo phân loại của WHO 2007, WHO 2016 thì đây là loại u ác tính độ IV, có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng gặp nhiều hơn ở độ tuổi < 16 tuổi với hơn 80% số ca mắc.<sup>3,4</sup>

U nguyên bào tủy chiếm 4 - 10% các u não và chiếm 20 - 25% số u não trẻ em. Nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1.

Độ tuổi hay gặp ở người lớn là 25,5 tuổi. Ở trẻ em hay gặp là 6,2 tuổi.

Tần suất mắc bệnh ở người lớn là 0,58/100000 dân/năm. Khu vực châu Âu và bắc Mỹ là 5 - 7/1 triệu trẻ. Ở Pháp tần suất mắc bệnh trẻ em là 6,4/1 triệu trẻ/năm. Ở Mỹ hàng năm có khoảng 250 - 300 ca bệnh u nguyên bào tủy được phát hiện.

---

*Tác giả liên hệ: Phạm Thanh Tuấn,  
Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng  
Email: drtuanneurovn@gmail.com  
Ngày nhận: 13/09/2020  
Ngày được chấp nhận: 20/01/2021*

Ở nước ta việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý này chỉ được tiến hành tại các bệnh viện lớn ở Hà Nội hoặc thành phố Hồ Chí Minh. Tuy vậy việc tiến hành nghiên cứu một cách chuyên sâu và bài bản còn diễn ra một cách riêng rẽ và chưa thực sự có hệ thống.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng u nguyên bào tủy; đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ trong u nguyên bào tủy trong chẩn đoán bệnh lý u nguyên bào tủy.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Gồm 24 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kết hợp cùng chẩn đoán mô bệnh học là u nguyên bào tủy với hồ sơ nghiên cứu đầy đủ, rõ ràng trong thời gian từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 10 năm 2019.

### 2. Phương pháp

Phương pháp mô tả hồi cứu cắt ngang không đối chứng.

Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu.

Đặc điểm nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian

khởi phát, hình ảnh cộng hưởng từ, kết quả mô bệnh học.

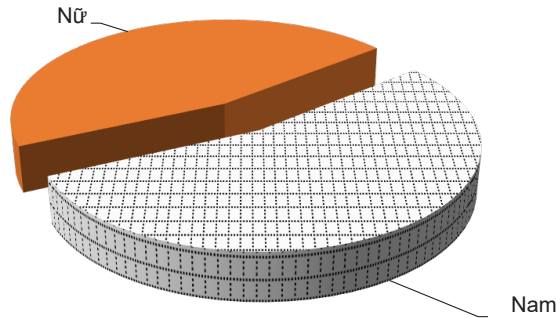
Các chỉ tiêu biểu hiện lâm sàng: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, hội chứng tăng áp lực nội sọ, hội chứng tiểu não, dấu hiệu thần kinh khu trú. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ sọ não, kích thước, vị trí, mức độ chèn ép và xâm lấn.

Chẩn đoán xác định bằng việc kết hợp dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ, kết quả

### III. KẾT QUẢ

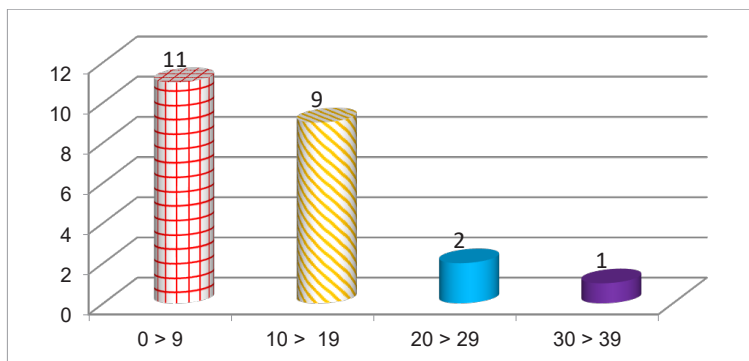
Qua tiến hành nghiên cứu 24 bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào tuỷ và tiến hành phẫu thuật lấy u với chẩn đoán xác định mô bệnh học là u nguyên bào tuỷ. Chúng tôi thu được kết quả như sau.

Trong 24 ca bệnh có 13 trường hợp là nam giới, 11 trường hợp là nữ giới. Tỷ lệ Nam/Nữ  $\approx 1,2$ .



**Biểu đồ 1. Biểu đồ giới tính**

Với độ tuổi trong nghiên cứu này từ 2 tuổi đến 34 tuổi. Độ tuổi trung bình  $12,12 \pm 9$  tuổi.



**Biểu đồ 2. Biểu đồ phân bố độ tuổi**

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong nghiên cứu là hội chứng tăng áp lực nội sọ: đau đầu, nôn với tất cả các ca bệnh.

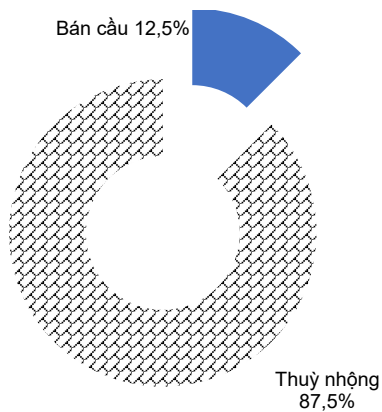
Hội chứng tiểu não: rối loạn thăng bằng, đi lại loạng choạng, hay vấp ngã, lác hoặc rung giật nhãn cầu.

Thời gian từ khi bệnh khởi phát đến khi bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cũng là một vấn đề

đáng quan ngại. Với đa số các ca bệnh đều có thời gian này khá dài, thường từ vài tháng đến vài năm ở các vùng sâu vùng xa. Điều này có thể giải thích được là do khối u đã xuất hiện và phát triển trong thời gian khá dài trước đó. Khi có kích thước đủ lớn thì gây chèn ép vào nhu mô não, gây biểu hiện lâm sàng để người bệnh phải đi khám bệnh.

Hình ảnh trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não kết hợp có tiêm thuốc đối quang từ cho thấy khối u thường có kích thước lớn, thường trên 30mm, khối u đa số phát triển từ thùy nhộng và xâm lấn sang hai bên bán cầu tiểu não, gây chèn ép mạnh vào não thất bốn. Một số trường hợp khối u có kích thước lớn, chèn ép và gây giãn hệ thống não thất, tăng áp lực nội sọ.

Vị trí khối u trong nghiên cứu này thường gặp ở thùy nhộng tiểu não với 21 trường hợp chiếm 87,5%. U nằm ở bán cầu tiểu não chiếm 12,5% số trường hợp.



**Biểu đồ 3. Vị trí khối u**

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $12,12 \pm 9$  tuổi. Tuổi thấp nhất trong nghiên cứu là 2 tuổi, bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 34 tuổi. Độ tuổi 0 - 9 với 11 trường hợp, chiếm 45,83 %. Từ 10 - 19 với 37,5%. Có 1 trường hợp 2 tuổi, 2 trường hợp lớn hơn 30 tuổi. So sánh với nghiên cứu của Giordana và cs (1999)<sup>5</sup> thì độ tuổi hay gặp từ 20 - 29

với 31,11%. Có thể thấy độ tuổi hay mắc của nghiên cứu này có xu hướng trẻ hơn nghiên cứu của Giordana và cs.

Trong nghiên cứu này tỉ lệ Nam/Nữ là 1,2/1, điều này khá tương đồng so với nghiên cứu của Rodriguez và cs với tỉ lệ Nam/Nữ là 1,38/1 nhưng khác biệt nhiều với nghiên cứu của Giordana với tỉ lệ Nam/Nữ là 2,4/1.<sup>5,6</sup>

Qua nghiên cứu 24 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật lấy bỏ khối u, kết quả mô bệnh học là u nguyên bào tủy với kết quả chụp cộng hưởng từ cho thấy hình ảnh khối u nguyên bào tủy đa số xuất hiện ở vị trí thùy nhộng tiểu não với 21 trường hợp, chiếm 87,5% . 3 trường hợp còn lại đều có hình ảnh u nằm trong nhu mô tiểu não trái. Điều này khác biệt với nghiên cứu của tác giả Rodriguez và cộng sự, tỉ lệ u nguyên bào ống tủy xuất hiện ở bán cầu tiểu não là 45%, thùy nhộng là 15%, còn lại 40% là các vị trí khác như não thất IV, khoang dưới nhện, góc cầu tiểu não.<sup>6</sup> Theo nghiên cứu của Hubbard (1989), tỉ lệ u ở bán cầu tiểu não là 61,76%, thùy nhộng là 38,24%.<sup>7</sup> Theo Koeller, điều này có thể được giải thích do các tế bào không biệt hóa di chuyển từ màng tủy sau về phía bên và phía trước tiểu não. Trong những năm đầu đời, các tế bào này cư trú tại thùy nhộng tiểu não, khi các tế bào này phát triển thành khối u sẽ cư trú tại vị trí này. Những năm sau này, các tế bào này có khuynh hướng di chuyển sang bên bán cầu tiểu não, và phát triển thành khối u ở bán cầu tiểu não và càng rời xa đường giữa của thùy nhộng tiểu não.<sup>8</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ giãn não thất chiếm 70,83% các trường hợp với các khối u đều có kích thước trên 3 cm, tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Riffaud L (60%). Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Kornienko 90% (2009).<sup>9,10</sup> Kích thước khối u càng lớn thì tình trạng chèn ép và giãn não thất càng nặng nề.

U nguyên bào tuỷ là bệnh lý ác tính cao nhất trong hệ thống phân loại u não của WHO 2007, 2016.<sup>3,4</sup> Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh chụp cộng hưởng từ. Khối u đa số nằm ở thùy nhộng tiểu não, một số ít nằm ở bán cầu tiểu não với kích thước khá lớn gây chèn ép và xâm lấn não thất IV và giãn não thất đi kèm. Tuy nhiên việc chẩn đoán xác định là u nguyên bào tuỷ sau khi phẫu thuật loại bỏ khối u lại phụ thuộc vào kết quả mô bệnh học. Việc chẩn đoán chính xác góp phần cho định hướng điều trị tiếp sau phẫu thuật cũng như việc tiên lượng và tái khám.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vinh TnQ. Chẩn đoán và điều trị vi phẫu thuật các u vùng não thất IV. *Luận án tiến sĩ Y học chuyên ngành Phẫu thuật đại cương, Đại học Y Dược TP HCM*. 2007;
2. Tuyển BQ. Bệnh học thần kinh, sau đại học. *Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân*. 2003:207 - 224.
3. System TWCoTotCN. Classification of Tumours of the Central Nervous System. *Acta Neuropathol*. 2007;volume 114:97 - 109.
4. System TWHOCototCN. World

Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System. *Acta Neuropathologica. Acta Neuropathologica*. 2016;Volume 131 ( Issue 6):803 - 820.

5. al GMe. Epidemiology of Adult Medulloblastoma. *IntJ Cancer, Italy*. 1999;chapter 80:689 - 692.

6. FJ R. grading of adults medulloblastomas. *American cancer society*. 2007;109:2557 - 2565.

7. JLH. Adult cerebellar medulloblastomas: the pathological, radiographic, and clinical disease spectrum. *JNeurosurg*. 1989;Vol 70:536 - 544

8. KK K. Medulloblastoma: A Comprehensive Review with Radiologic - Pathologic Correlation. *Radiographics*. 2003:1613 - 1637.

9. Kornienko PI. Infratentorial Tumors. *Diagnostic Neuroradiology*. 2009;1st edition:618 - 640.

10. al RLe. Survival and prognostic in a series of adults of medulloblastoma. *JNeurosurg*. 2009;Vol 111:478 - 487.

### Summary

## DIAGNOSIS OF MEDULLOBLASTOMA IN VIET DUC HOSPITAL

The study aims to diagnose medulloblastoma in 24 medulloblastoma surgery patients at Viet Duc hospital with histopathological results, from 1/2018 to 10/2019. The results showed that patient aged from 2 - 34, the mean age was 12.12 years old. The ratio male / female was 1.2/1. 12.5% had tumor in the cerebella hemisphere, 87.5% in cerebella vermis. Hydrocephalus occurred in 70.83%, headache was 91.66%. In conclusion, edulloblastoma was diagnosed as Grade IV tumor with headache, vomit, and cannot walk normally. The tumor size was almost > 30mm located in the in cerebella vermis. The definitive diagnosis post - surgery was based on histopathology.

**Keywords:** medulloblastoma, cerebella hemisphere, cerebella vermis