

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U MÀNG NÃO HAI PHẦN BA TRONG CÁNH XƯƠNG BƯỚM TRÊN 29 BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đức Anh<sup>1</sup>, Kiều Đình Hùng<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

U màng não cánh xương bướm chiếm 15 - 20% tổng số u màng não. Phẫu thuật lấy u luôn là một thách thức với phẫu thuật viên do khối u tăng sinh mạch, xâm lấn xương, và liên quan chặt chẽ với các cấu trúc thần kinh, mạch máu quan trọng. Đánh giá kết quả điều trị u màng não 2/3 trong cánh xương bướm và các yếu tố tiên lượng khả năng lấy u là việc hết sức cần thiết. Chúng tôi tiến hành trên 29 bệnh nhân được chẩn đoán u màng não 2/3 trong cánh xương bướm từ 6/2017 - 7/2020. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật và theo dõi sau mổ và được đánh giá kết quả điều trị, theo dõi các tai biến, các yếu tố tiên lượng. Bệnh nhân vào viện do nguyên nhân của tăng áp lực nội sọ, đau đầu chiếm 51,7% và 69%, giảm thị lực chiếm 34,5%. Độ tuổi hay gặp là 50,5 tuổi. Có 79,3 % bệnh nhân là u màng não 1/3 trong cánh xương bướm trong đó có 16/29 ca có phá huỷ xương sọ. U kích thước lớn trên 6 cm chiếm 17,2%. Phù não quanh u chiếm 79,3%. Cả 18 ca được chụp DSA hoặc MS CT hay angio IRM trước mổ. 16/29 ca cần làm giảm thể tích, 13 ca còn lại quyết định lấy toàn bộ. Có 2/29 bệnh nhân (6,9%) tử vong sau mổ. Có 6/29 bệnh nhân (20,7 %) là u màng não thể không điển hình (độ II). Phân loại Karnofsky sau mổ có 86,2% số trường hợp thuộc nhóm tốt. Phân loại Karnofsky sau mổ 3 tháng có 79,3% số trường hợp thuộc nhóm tốt. Chẩn đoán u màng não cánh xương bướm không khó khăn. Bản chất khối u đa phần là lành tính, tuy nhiên, kết quả điều trị u màng não 2/3 trong cánh xương bướm còn hạn chế do khối u lớn, chèn ép, bao quanh mạch máu lớn nuôi não, nên nguy cơ phù não, tổn thương mạch não trong và sau mổ cao. Chỉ định xạ trị sau mổ là một trong những giải pháp cho những trường hợp không lấy được hết u

**Từ khoá:** u màng não cánh xương bướm, phẫu thuật nền sọ.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não là loại u phát triển từ lớp tế bào vi nhung mao của màng nhện, chiếm khoảng 34% các khối u của hệ thống thần kinh trung ương, trong đó u màng não cánh xương bướm chiếm tỷ lệ khá cao 15 - 20%.

Có nhiều cách phân loại u màng não cánh xương bướm nhưng phổ biến nhất là phân loại theo vị trí bám của khối u: 1/3 ngoài, 1/3 giữa.

1/3 trong cánh xương bướm. Những khối u phát triển ở 2/3 trong cánh bướm có thể gây chèn ép vào dây thị giác, khối u cũng có thể xâm lấn vào xoang hang, bao bọc lấy động mạch cảnh trong, dây thần kinh III, IV, V, VI.<sup>1,2</sup>

Với những tiến bộ rất lớn trong chẩn đoán hình ảnh thì việc chẩn đoán khối u là không khó nhưng để điều trị mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân còn nhiều thách thức.

Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu, nhưng việc lấy bỏ toàn bộ khối u là khó khăn. Trước đây phẫu thuật chỉ có thể lấy được một phần khối u, nhất là khối u vùng 2/3 trong, bao quanh động mạch cảnh, xoang hang, dây

Tác giả liên hệ: Nguyễn Đức Anh,

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Email: dacua2606@yahoo.com

Ngày nhận: 13/09/2020

Ngày được chấp nhận: 20/01/2021

thần kinh sọ hay xâm lấn xương, có thể chảy máu không kiểm soát được, dẫn tới nguy cơ tử vong cao, hoặc để lại di chứng nhiều. Hiện nay với sự kết hợp chụp - nút mạch chọn lọc trước mổ hay xạ trị sau mổ cùng nhưng tiến bộ của kỹ thuật - trang thiết bị phẫu thuật, kết quả điều trị u màng não cánh xương bướm đoạn 2/3 trong đã đem lại nhiều kết quả tích cực. Tuy nhiên, kết quả điều trị phẫu thuật u màng não thay đổi tùy từng trung tâm do có nhiều yếu tố ảnh hưởng, hơn nữa việc xác định các yếu tố có liên quan tới khả năng phục hồi sau mổ là một vấn đề quan trọng trong điều trị và tiên lượng đối với bệnh lý u màng não. Chính vì thế, trong nghiên cứu này, chúng tôi nhắm tới 2 mục tiêu:

- Mục tiêu thứ nhất: Nghiên cứu chẩn đoán của u màng não 2/3 trong cánh xương bướm.
- Mục tiêu thứ hai: Đánh giá kết quả điều trị u màng não 2/3 trong cánh xương bướm.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

- Đối tượng: bệnh nhân được chẩn đoán u màng não vị trí 2/3 trong cánh xương bướm được phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

- Địa điểm: Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.
- Thời gian: từ tháng 6/2017 đến tháng 7/2020.
- Chọn mẫu thuận tiện
- Cỡ mẫu: 29 bệnh nhân
- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán dựa theo lâm sàng và cận lâm sàng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân u màng não ở vị trí khác, không đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2. Phương pháp

- Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, mô tả lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị

#### **Thiết kế nghiên cứu**

- Bệnh nhân đến khám bệnh tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 6/2017 đến tháng

10/2020. Các lần khám lại sau từ sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

Lâm sàng

- Triệu chứng thị giác: người bệnh có thể biểu hiện tình trạng mất hoặc giảm thị lực, teo gai thị hay nhìn đôi, tăng nhãn áp.<sup>3</sup>
- Liệt nửa người - kèm theo thất ngôn (nếu u ở bên bán cầu ưu thế)
- Rối loạn về ý thức, thay đổi tính cách, giảm trí nhớ.
- Động kinh: động kinh hay gập, nhất là động kinh thái dương.
- Rối loạn về tâm thần.<sup>2,4</sup>
- Những khối u kích thước lớn, phát triển sang bên, chèn ép vào các tổ chức quanh hố yên. Khối u phát triển vào trong xoang hang có thể gây nên các triệu chứng thần kinh vùng xoang hang như: liệt dây III, IV, V, VI.
- U gây huỷ xương có thể gây cơn đau vùng mắt.<sup>5</sup>

#### **Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh u màng não cánh xương bướm**

Chụp X quang quy ước ít làm. Tuy nhiên nếu có có thể phát hiện những dấu hiệu gián tiếp của u não với các hình ảnh của biểu hiện tăng áp nội sọ kéo dài và hiệu ứng choán chỗ. Có ba đặc điểm trên các phim X quang thường quy cho phép nghĩ tới UMN, đó là sự tăng sinh xương, các dấu hiệu mạch máu tăng, và sự đóng vôi.<sup>2</sup>

Chụp cắt lớp vi tính (CT - Scan)

UMN điển hình thường đồng hoặc tăng nhẹ tỷ trọng nhẹ so với nhu mô não lân cận. Sự tăng tỷ trọng này thường thuần nhất và có ranh giới rõ. Trên phim CLVT có tiêm cản quang: các UMN điển hình thường ngấm cản quang mạnh, đồng nhất (90%).

Chụp cắt lớp vi tính dựng hình mạch: xác định mạch nuôi u, nằm trong, hay ngoài khối u

Chụp cộng hưởng từ (MRI): đánh giá hình thái (hình dạng của u, vị trí u và ảnh hưởng của

nó đối với nhu mô não lân cận) như sự tăng sinh xương, sự đóng vôi, sự bao bọc/xâm lấn mạch máu, và xác định các động mạch nuôi u và các tĩnh mạch dẫn lưu hay nơi u bám vào màng cứng có chân rộng hay không, mức độ phù quanh u.

Chụp mạch kỹ thuật số xóa nền: Chụp động mạch số hoá xoá nền do có tác dụng xoá xương nên cho phép xác định sự liên quan của khối u với mạch máu: Sự cung cấp, phân bố mạch máu cho u, sự dịch chuyển của động mạch. nguồn vào của động mạch nuôi. Vòng tuần hoàn hoàn phụ của não.

Làm tắc mạch trước mổ:

Thời gian từ lúc làm thuyên tắc mạch đến khi phẫu thuật rất quan trọng nếu cắt bỏ khối u 24h sau thuyên tắc mạch thì nguy cơ chảy máu cao hơn. Thời gian hợp lý nhất là 7 - 9 ngày.

#### **Điều trị phẫu thuật**

Bệnh nhân được đánh giá hiệu quả lúc nút mạch đến khi được phẫu thuật

Đường mổ được lựa chọn là đường trán thái dương cơ bản (chủ yếu cho hầu hết các ca mổ), bên cạnh đó đường trán - ổ mắt - cung tiếp thái dương có thể được áp dụng. Bệnh nhân được kiểm soát nhánh mạch nuôi u của động mạch cảnh ngoài và các nhánh nuôi từ màng cứng. Với khối u lớn hoặc u ở vị trí 1/3 trong thì phẫu thuật viên phải mài xương bướm mở rộng trường mổ. Sau khi mở màng cứng, cần phải mở Sylvian dưới kính vi phẫu. Khối u được tách dần ra khỏi màng cứng, lấy u từng phần để giảm thể tích, tránh việc phải vén não. Sau đó, màng nhện được phẫu tích nhằm bảo tồn những mạch máu và cấu trúc thần kinh quan trọng, cố gắng lấy u tới đa mà vẫn bảo tồn được các cấu trúc quan trọng nhằm giảm thiểu nguy cơ tái phát. Các biến chứng trong mổ có thể gặp là tổn thương các nhánh mạch liên quan

như động mạch cảnh trong, động mạch não giữa và các nhánh, xoang hang và các dây thần kinh sọ. Về đánh giá mức độ lấy hết u chủ yếu dựa theo phân độ Simpson. Với u ở vị trí 2/3 trong cánh xương bướm, thì việc lấy toàn bộ u, xương thâm nhiễm, hay màng cứng thực sự là việc khó khăn.

#### **Theo dõi sau mổ**

Theo dõi sau mổ với các trường hợp mổ u lớn, vị trí sâu là hết sức cần thiết. Lý tưởng nhất là chụp lại phim sọ CT kiểm tra trong vòng 2 tiếng sau mổ, tuy nhiên với điều kiện và hoàn cảnh của bệnh nhân cũng như bệnh viện không cho phép. Trên thế giới, chụp phim kiểm tra trong vòng 24h đã được thực hiện từ lâu (trước 1992 là CT, sau 1992 là chụp MRI tiêm thuốc). Ở bệnh viện hữu nghị Việt Đức, chúng tôi đều cố gắng cho bệnh nhân được chụp phim kiểm tra trước khi ra viện.

Biến chứng sau mổ có thể gặp là máu tụ ổ mổ, phù não, thiếu máu não do làm tổn thương mạch não, rò nước não tuỷ xuống nền sọ. Với trường hợp để muộn có thể dẫn tới viêm màng não, hôn mê, tử vong.

Bệnh nhân được phát hiện sớm biến chứng, có thể được chỉ định thêm thuốc, dịch truyền để đảm bảo khối lượng tuần hoàn, chống phù não, an thần thở máy. Nếu điều trị nội khoa thất bại phải tính đến phương án can thiệp phẫu thuật.

### **3. Phương pháp xử lý số liệu**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS

### **4. Đạo đức nghiên cứu**

Tất cả bệnh nhân và người nhà đã được giải thích, hiểu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đề tài nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của trường Đại Học Y Hà Nội và bệnh viện.

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm về lâm sàng

##### *Lí do vào viện*

**Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp**

Triệu chứng	Số ca	Tỷ lệ
Đau đầu	20	69%
Nôn, buồn nôn	3	10,3%
Giảm thị lực	4	13,8%
Rối loạn tri giác	2	6,9%

##### *Toàn thân*

Tuổi: Trung bình: 50,5 - Giới: Nam 44,8% (13/29)

##### *Triệu chứng thần kinh*

**Bảng 2. Các dấu hiệu thần kinh thường gặp**

Triệu chứng	Số ca	Tỷ lệ
Hội chứng tăng áp lực nội sọ	15	51,7%
Giảm thị lực	10	34,5%
Nhìn đôi	1	3,4%
Liệt nửa người	1	3,4%
Thất ngôn	1	3,4%
Động kinh	1	3,4%

##### *Karnofsky trước mổ*

**Bảng 3. Điểm Karnofsky trước mổ**

	Karnofsky trước mổ	Karnofsky lúc ra viện	Karnofsky sau mổ 3 tháng
Trung vị	80	90	90
Min	70	10	0
Max	100	100	100

#### 2. Chẩn đoán hình ảnh

##### *Trên cắt lớp vi tính*

- Vị trí khối u

Dựa vào vị trí 1/3 giữa và 1/3 trong cánh xương bướm. Đối với nhóm 1/3 trong cánh xương bướm, phân loại u theo Karnofsky (kết hợp với phim MRI)

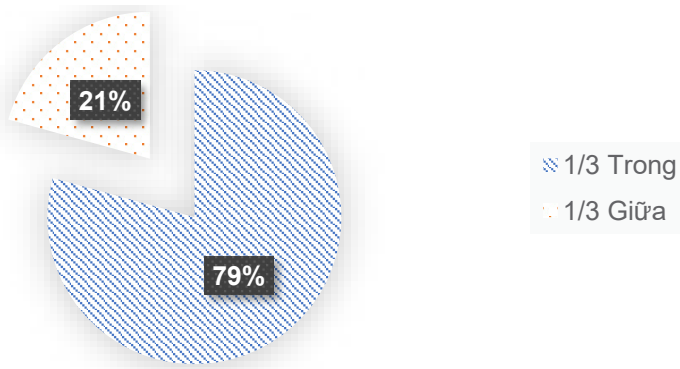
Nhóm 1: U xuất phát từ dưới mỏm yên bướm trước bao bọc động mạch cảnh và dính vào thành động mạch ở đoạn không có màng nhện. U phát triển dính vào nơi chia nhánh và bám dọc theo động mạch não giữa. Nhóm u này không thể tách u khỏi động mạch.

Nhóm 2: U xuất phát từ phía trên hoặc ngoài mỏm yên bướm trước, phía trên đoạn động mạch

cảnh (không có màng nhện) đi vào rãnh động mạch cảnh, u phát triển có lớp màng nhện ngăn u khỏi rãnh động mạch cảnh - gây chèn ép mạch máu nhưng không dính vào thành động mạch. Nhóm u này có thể tách u khỏi động mạch.

Nhóm 3: U xuất phát từ lỗ thị giác vào ống thị giác đến mỏm yên bướm. U này nhỏ, có màng nhện giữa u và mạch máu nhưng không có màng nhện giữa u và thần kinh thị giác.

Trong nghiên cứu có 6 trường hợp u ở vị trí 1/3 giữa cánh xương bướm và 23 trường hợp u ở vị trí 1/3 trong cánh xương bướm.



**Biểu đồ 1. Phân loại vị trí khối u**

- Mức độ xâm lấn và phá hủy xương : có 16 trường hợp có phá hủy xương, chiếm tỉ lệ 55,2% số bệnh nhân. Có 13 trường hợp không có hình ảnh phá hủy xương, chiếm tỉ lệ 44,8%.

***Trên cộng hưởng từ***

- Kích thước khối u

**Bảng 4. Phân loại kích thước khối u**

Kích thước	Số ca	Tỷ lệ
Nhỏ < 2 cm	2	6,9%
Trung bình 2 - 4 cm	11	37,9%
Lớn 4 - 6 cm	11	37,9%
Khổng lồ > 6 cm	5	17,2%

***Tính chất khối u***

Có 27 trường hợp có tăng sinh mạch trong u, chiếm tỉ lệ 93.1 %. Chỉ có 2 trường hợp không có tăng sinh mạch.

**Bảng 5. Liên quan đến động mạch**

Động mạch nằm trong u	Số ca	Tỷ lệ
Động mạch cảnh trong	11	37,9%
Động mạch não giữa	8	27,6%
Không có động mạch	10	34,5%

**Bảng 6. Phù não quanh u**

Phù não quanh u	Số ca	Tỷ lệ
Có	23	79,3%
Không	6	20,7%

**3. Phẫu thuật****Nút mạch trước mổ:**

Có 18/29 trường hợp được chụp và nút mạch trước mổ, chiếm tỉ lệ 62.1%

**Đường mổ****Bảng 7. Đường mổ**

	Số ca	Tỷ lệ
Trán - Thái dương	27	93,1%
Trán - ổ mắt - cung tiếp - thái dương	1	3,45%
Khác	1	3,45%

**Kỹ thuật lấy u****Bảng 8. Các kỹ thuật lấy u**

Kỹ thuật	Số ca	Tỷ lệ
Toàn bộ cùng lúc	13	44,8%
Giảm thể tích u	16	55,2%
Mở sylvien	13	44,8%
Mài cánh xương bướm	23	79,3%
Mài trần ổ mắt	2	6,9%

**Biến chứng trong mổ****Bảng 9. Biến chứng trong mổ**

Biến chứng	Số ca	Tỷ lệ
Tổn thương mạch cảnh	0	0%
Tổn thương mạch não giữa M1M2	1	3,4%
Tổn thương mạch não giữa M3M4	0	0%

Chảy máu	1	3,4%
Tổn thương dây thị giác	0	0%

**Phân độ Simpson****Bảng 10. Phân độ Simpson về mức độ lấy u**

Simpson	1/3 giữa	1/3 trong	Tổng
I	0	0	0
II	2	2	4
III	2	7	9
IV	0	15	15
V	0	1	1

**Biến chứng sau mổ****Bảng 11. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	Số ca	Tỷ lệ
Máu tụ	0	0%
Phù não	2	6,9%
Thiếu máu não	1	3,4%
Dò dịch não tủy	0	0%
Viêm màng não	0	0%
Hôn mê	1	3,4%
Tử vong	2	6,9%

**Xử trí biến chứng**

Có 1 trường hợp phù não, thiếu máu não được mổ giải tỏa, sau đó bệnh nhân nặng về tử vong. 1 trường hợp thở máy do phù não, bệnh nhân nặng gia đình xin về.

Có 1 trường hợp bệnh nhân phát hiện tổn thương động mạch não giữa trong mổ, được thực hiện phẫu thuật nối động mạch thái dương nông (thuộc hệ cảnh ngoài) với động mạch não giữa nhánh M3 (thuộc hệ cảnh trong). Sau mổ bệnh nhân ổn định không di chứng.

**Kết quả giải phẫu bệnh****Bảng 12. Phân loại u màng não theo giải phẫu bệnh**

Phân độ	Giải phẫu bệnh	Số ca	Tỷ lệ
I	U màng não dạng thượng mô	8	27,6%
	U màng não dạng sợi	5	17,2%
	U màng não dạng chuyển tiếp	5	17,27%
	U màng não dạng thể cát	1	3,4%
	U màng não dạng tăng sinh mạch	3	10,3%
	U màng não dạng thoái hóa vi nang	0	0%
	U màng não dạng chế tiết	0	0%
	U màng não giàu tương bào	0	0%
	U màng não dạng chuyển sản	0	0%
	II	U màng não không điển hình	6
U màng não dạng tế bào sáng		0	0%
U màng não dạng nguyên sống		1	3,4%
III	U màng não dạng hình gậy	0	0%
	U màng não dạng nhú	0	0%
	U màng não dạng thoái sản ác tính	0	0%

**Karnofsky sau mổ (< 3 tháng)****Bảng 13. Điểm Karnofsky sau mổ dưới 3 tháng**

Phân loại	Số ca	Tỷ lệ
Nhóm tốt (80 - 100)	25	86,2%
Nhóm trung bình (50 - 70)	2	6,9%
Nhóm kém (10 - 40)	0	0%
Tử vong	2	6,9%

**Điều trị sau mổ**

Chỉ có 1 trường hợp được xạ trị sau mổ là u ở vị trí 1/3 trong cánh xương bướm độ, giải phẫu bệnh là u màng não thể không điển hình (độ II)

**Kết quả chụp phim kiểm tra**

Có 1 trường hợp u được đánh giá tái phát sau 3 tháng.

**Karnofsky sau mổ (> 3 tháng)****Bảng 14. Phân loại Karnofsky sau mổ trên 3 tháng**

Phân loại	Số ca	Tỷ lệ
Nhóm tốt (80 - 100)	23	79,3%
Nhóm trung bình (50 - 70)	4	13,8%
Nhóm kém (10 - 40)	0	0%
Tử vong	2	6,9%

## IV. BÀN LUẬN

Về chẩn đoán u màng não 2/3 trong cánh xương bướm, trên lâm sàng, bệnh nhân vào viện chủ yếu do nguyên nhân đau đầu chiếm 69%, giảm thị lực chiếm 13,8%. Khám lâm sàng, có 51,7% bệnh nhân có biểu hiện tăng áp lực nội sọ, chỉ có 34,5% bệnh nhân biểu hiện giảm thị lực. Tỷ lệ này tương đương với các tác giả trên thế giới. Tuy nhiên các dấu hiệu về mắt chưa được chú ý khai thác kỹ nên có thấp hơn các tác giả khác. Honeybul nghiên cứu trên u màng não dạng mảng, cho thấy 92% bệnh nhân có biểu hiện lác.<sup>6</sup>

Độ tuổi hay gặp là 50.5 tuổi, tương đương với nghiên cứu của Ringel và cộng sự với tuổi trung bình là 51.<sup>7</sup>

Đối với u màng não, tỉ lệ nữ gặp nhiều hơn nam (16:13) cũng tương đương với nghiên cứu của tổ chức y tế thế giới.<sup>8</sup>

Trên chẩn đoán hình ảnh, có 79,3% bệnh nhân là u màng não 1/3 trong cánh xương bướm - chỉ có 20,7% là u màng não 1/3 giữa đơn thuần - trong đó có 16/29 ca có phá hủy xương sọ. Kết quả này cũng tương đương với Pieper với 26/51 ca có phá hủy xương sọ biểu hiện trên phim chụp CT.<sup>9</sup>

Có 2 trường hợp u dưới 2 cm, u kích thước lớn trên 6 cm chiếm 17,2%, nhiều nhất là nhóm có kích thước 2 - 4 cm và 4 - 6 cm chiếm 37,9%. Phù não quanh u ở 23 (79,3%) trường hợp.

Cả 18 ca được chụp DSA hoặc MS CT hay angio IRM trước mổ - đồng thời nút mạch chọn lọc để làm giảm nguy cơ chảy máu. Phần lớn bệnh nhân được lựa chọn nút chọn lọc các nhánh nuôi từ động mạch cảnh ngoài (động mạch màng não giữa).

Về kết quả điều trị, đối với phẫu thuật lấy u, các tác giả trên thế giới đều thống nhất rằng cần giảm thể tích khối u trong phẫu thuật. Trong nghiên cứu chúng tôi có 16/29 ca cần làm giảm thể tích, 13 ca còn lại quyết định lấy toàn bộ do

kích thước khối u bé, vị trí u có thể lấy toàn bộ cùng lúc.

Một số tác giả trên thế giới đưa ra khả năng lấy u toàn bộ dao động từ 43% (Nakamura), đến 91% (Pamir).<sup>10,11</sup> Điều này rất có thể liên quan đến sự khác biệt về thành phần bệnh nhân cũng như loại và kích thước của khối u. Với vị trí u màng não 1/3 giữa đơn thuần, khả năng lấy u hoàn toàn dễ dàng hơn vị trí 1/3 trong, xâm lấn xương, động mạch và màng cứng. Điều này cũng đúng với tỷ lệ tử vong và biến chứng của một loạt các u màng não 1/3 trong cánh xương bướm được báo cáo. Đáng chú ý là tỷ lệ tử vong cao trong báo cáo của Al - Mefty's và Puzzilli và cộng sự (8% và 15%) bởi nhóm bệnh nhân của họ có tỷ lệ liên quan đến xoang hang cao hơn. Trong nghiên cứu của tôi, có 2/29 bệnh nhân (6,9%) tử vong sau mổ. Ngoài ra, nghiên cứu của Al - Mefty có tỷ lệ phần trăm khối u tái phát cao hơn.<sup>12, 13</sup>

Trong nghiên cứu của mình, có 6/29 bệnh nhân (20,7%) là u màng não thể không điển hình (độ II), tương đương với các tác giả nghiên cứu trên thế giới, với tỉ lệ từ 20 - 35%.<sup>14</sup>

Phân loại Karnofsky sau mổ có 86,2% số trường hợp thuộc nhóm tốt và 13,8% số trường hợp là nhóm trung bình.

Phân loại Karnofsky sau mổ 3 tháng có 79,3% số trường hợp thuộc nhóm tốt và 13,8% số trường hợp là nhóm trung bình, 2 trường hợp tử vong.

Có 1 trường hợp u màng não 1/3 trong cánh xương bướm được chỉ định xạ phẫu và có kết quả tốt. Hiện nay, về việc chỉ định xạ trị cho u màng não độ II vẫn còn đang tranh cãi về hiệu quả và tác dụng.

## V. KẾT LUẬN

Ngày nay, chẩn đoán u màng não 2/3 trong cánh xương bướm không khó khăn nhờ vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, đặc biệt là cộng hưởng từ có tiêm thuốc.



Bản chất khối u đa phần là lành tính, tuy nhiên, kết quả điều trị u màng não 2/3 trong cánh xương bướm còn hạn chế do khối u lớn, chèn ép, bao quanh mạch máu lớn nuôi não như động mạch cảnh trong, não giữa, nên nguy cơ không lấy hết u, biến chứng phù não, tổn thương mạch não trong và sau mổ cao.

Xạ trị ngày một phát triển, việc chỉ định xạ trị sau mổ là một trong những giải pháp cho những trường hợp không lấy được hết u - giúp nâng cao hiệu quả điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Conger AR. Medial Sphenoid Wing Meningioma. In: Gadol AC - , ed. *The Neurosurgical Atlas*. 2017.
2. Simon M, Schramm J. Lateral and middle sphenoid wing meningiomas In: DeMonte F MM, Al - Mefty O ed. *Al - Mefty's Meningiomas*. 2 ed. New York: Thieme Medical 2011
3. Martin TJ. Neuroophthalmology In: *Youmans neurological surgery*. 6 ed. 2011.
4. Kirsch M. Surgical management of Midline anterior Skull Base meningiomas In: *Schmiddek & Sweet Operative Neurosurgical Techniques*. Vol 2. 6 ed. 2009
5. Krisht A. Clinoidal meningiomas In: DeMonte F MM, Al - Mefty O ed. *Al - Mefty's Meningiomas* New York Thieme Medical 2011
6. Honeybul S, Neil - Dwyer G, Lang D. Sphenoid wing meningiomas en plaque: a clinical review *Acta Neurochir (Wien)* 2001 143:749 - 758.
7. Florian Ringel MD, Cornelia Cedzich, M.D., Johannes Schramm, M.D. Microsurgical Technique and Results of a Series of 63 Sphenoid - orbital Meningiomas. *Operative Neurosurgery*. 2007;60:214 - 222.
8. Louis DN. Meningiomas. In: *WHO Pathology Classification of Tumours of the Central Nervous system 4ed.*: WHO; 2007 164 - 172.
9. Pieper D, Al - Mefty O, Hanada Y. Hyperostosis associated with meningiomas of the cranial base: secondary changes or tumor invasion *Neurosurgery* 1999 44 742 - 747.
10. Nakamura M, Roser F, Vorkapic P. Medial sphenoid wing meningiomas: clinical outcome and recurrent rate. *Neurosurgery* 2006 58: 626 - 639.
11. MN P, M B, K Ö. Anterior clinoidal meningiomas: analysis of 43 consecutive surgically treated cases *Acta Neurochir (Wien)* 2008 150 625 - 636.
12. Mefty OA - . Clinoidal meningiomas. *J Neurosurg*. 1990;73 (6):841.
13. Puzzilli F RA, Mastronardi L, Agrillo A, Ferrante L. Anterior clinoidal meningiomas: report of a series of 33 patients operated on through the pterional approach. *Neuro - Oncology*. 1999;1 (3):188 - 195.
14. Louis DN, Perry A, Reifenberger G, et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathologie*. 2016;131:803 - 820.

## Summary

### SURGICAL OUTCOME OF THE SPHENOID MENINGIOMAS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Sphenoid wing meningiomas poses a challenge for radical resection due to the complex anatomy of the sphenoid region. In Vietnam, the sphenoid ridge meningioma patients usually are admitted to

the hospital when their tumors are large in size and already invade the skull base structures. This study aims to evaluate the surgical outcome of middle and medial sphenoid ridge meningiomas. A prospective case series was implemented at Viet Duc University Hospital from 8/2017 to 7/2020. We used the convenience sampling. Inclusion criteria were patients diagnosed with middle and medial sphenoid ridge meningiomas based on clinical manifestations and imaging findings. Exclusion criteria were recurrence or reoperating or multiple meningiomas. There were 29 cases reported. The results showed that patients were admitted to the hospital due to increased intracranial pressure (72.4%), headache (69%), and visual defect (24.1%). Common age is 50.5. There are 79.3% of patients with meningiomas in the inner part of the sphenoid wing, of which 31% (16/29) have skull destruction over 6 cm. Brain edema around tumor accounts for 79.3%. All 29 cases were taken DSA or MS CT or angio MRI before surgery. 16/29 need debulking, the remaining 13 cases have full resection. 2/29 patients (6.9%) died after surgery. 6/29 patients (20.7%) had atypical meningiomas (grade II). Classification Karnofsky after surgery has 86.2% of cases belonging to the good group. Classification Karnofsky 3 months after surgery has 79.3% of cases belonging to the good group. In conclusion: Most of the sphenoid ridge meningiomas were grade I on histology. However, the tumors are usually large on admission. The radical resection gradually becomes more challenge than ever.

**Keywords: Sphenoid wing meningiomas, surgical skull base tumors**