

U MÀNG NÃO GÓC CẦU - TIỂU NÃO TRƯỚC VÀ SAU ỚNG TAI TRONG: CHẨN ĐOÁN VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

Phạm Duy^{1,2,✉}, Kiều Đình Hùng^{1,3}, Đỗ Thị Thanh Toàn¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

U màng não góc cầu - tiểu não là loại u thường gặp thứ hai ở vùng góc cầu - tiểu não. Tùy thuộc vào vị trí bám của u vào màng cứng, mà mối liên quan giữa u và các cấu trúc mạch máu-thần kinh quan trọng ở vùng góc cầu - tiểu não có sự khác biệt. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá ảnh hưởng của vị trí u màng não trước và sau ớng tai trong đến triệu chứng lâm sàng, hình ảnh và kết quả phẫu thuật. Phương pháp: nghiên cứu tiến cứu trên 33 bệnh nhân được điều trị bằng vi phẫu thuật từ 8/2020 đến 8/2022 tại Bệnh viện Việt Đức. Kết quả: Tuổi trung bình của 27 nữ (85%) và 6 (15%) nam là 54 ± 12 . Dựa theo vị trí của u so với ớng tai trong, có 16 ca trước ớng tai trong (49%) và 17 ca sau ớng tai trong (51%). Thời gian chẩn đoán của nhóm sau ớng tai trong muộn hơn nhóm trước ớng tai trong (16,5 tháng so với 9,7 tháng), kích thước u trung bình của 2 nhóm không khác biệt nhưng khi có chèn ép thân não, kích thước trung bình của nhóm sau ớng tai trong lớn hơn nhóm trước ớng tai trong (49 mm so với 44mm). Triệu chứng lâm sàng của nhóm sau ớng tai trong liên quan đến triệu chứng của tiểu não, trong khi triệu chứng của dây V đều đến từ nhóm trước ớng tai trong. Khả năng lấy u toàn bộ u của nhóm trước ớng tai trong là 31% và nhóm sau ớng tai trong là 71%. Kết quả bảo tồn dây VII của nhóm trước ớng tai trong thấp hơn nhóm sau ớng tai trong (44% so với 82%). Điểm Karnofsky sau mổ của nhóm sau ớng tai trong có cải thiện trong khi nhóm trước ớng tai trong không thay đổi. Kết luận: Phân loại u màng não góc cầu - tiểu não theo vị trí trước và sau ớng tai trong đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị, ảnh hưởng đến triệu chứng lâm sàng, chiến lược phẫu thuật cũng như kết quả phẫu thuật.

Từ khóa: U màng não góc cầu-tiểu não, trước ớng tai trong, sau ớng tai trong, vi phẫu thuật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não là u hệ thần kinh trung ương nguyên phát thường gặp nhất, chiếm xấp xỉ 1/3 u nguyên phát ở não và tuỷ sống. U màng não là loại u thường gặp thứ hai ở vùng góc cầu - tiểu não, đứng sau u dây VIII, chiếm 6 - 15% các u vùng góc cầu - tiểu não và 40 - 42% u màng não hố sau.¹⁻³ U bắt nguồn từ tế bào mũ của nhung mao màng nhện, thường nằm dọc theo các xoang tĩnh mạch lớn và hấp thu dịch

não tuỷ. U màng não góc cầu - tiểu não bám ở mặt sau xương đá, xung quanh ớng tai trong hoặc bám ở mặt dưới lều tiểu não hướng vào góc cầu - tiểu não.^{2,3}

Vị trí bám vào màng cứng cũng như hướng phát triển u thay đổi, liên quan phức tạp đến các cấu trúc thần kinh và mạch máu làm cho u màng não góc cầu - tiểu não có biểu hiện lâm sàng đa dạng, là thách thức với phẫu thuật.⁴ Vị trí bám màng cứng khác nhau làm cho việc tiên lượng hướng di lệch của các dây thần kinh sợ khó hơn, đặc biệt là phức hợp dây VII - VIII, do đó phẫu thuật u màng não góc cầu - tiểu não thậm chí còn nhiều thách thức hơn so với phẫu thuật u dây VIII.⁵

Tác giả liên hệ: Phạm Duy

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamduy@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 24/10/2022

Ngày được chấp nhận: 18/11/2022

Có nhiều cách phân loại u màng não góc cầu - tiểu não, trong đó phân loại phổ biến và dễ áp dụng thực tiễn là chia u màng não góc cầu - tiểu não thành 2 nhóm: trước và sau ống tai trong.^{3,6} Hai nhóm này khác biệt nhau về vị trí bám màng cứng của khối u so với ống tai trong, từ đó dẫn đến khác biệt về cấu trúc giải phẫu, biểu hiện lâm sàng cũng như kết quả phẫu thuật.^{3,7} Bài báo này là một phần của nghiên cứu của chúng tôi về u màng não góc cầu - tiểu não được điều trị vì phẫu thuật, với mục tiêu là đánh giá ảnh hưởng của vị trí u màng não trước và sau ống tai trong đến triệu chứng lâm sàng, hình ảnh và kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán u màng não góc cầu - tiểu não, được điều trị bằng vi phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán u màng não góc cầu - tiểu não, được vi phẫu thuật, có kết quả mô bệnh học là u màng não.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật hoặc xạ trị u màng não góc cầu - tiểu não, bệnh nhân u xơ thần kinh loại 2.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Cỡ mẫu

33 bệnh nhân. Chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2022.

Địa điểm nghiên cứu

Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Việt Đức.

Nội dung nghiên cứu

Các chỉ số nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và thu thập các dữ liệu về triệu chứng trước mổ. Tất cả bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ trước mổ, sau mổ 1 tháng và 6 tháng, bao gồm T1 và T2 trước và sau tiêm thuốc đối quang từ. Trên cộng hưởng từ thu thập số liệu về kích thước, vị trí cũng như các dấu hiệu chèn ép thần kinh khác. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật vi phẫu lấy u và đánh giá triệu chứng lâm sàng cũng như các biến chứng sau mổ. Bệnh nhân được khẳng định chẩn đoán là u màng não góc cầu - tiểu não khi kết quả mô bệnh học sau mổ là u màng não. U được đánh giá là lấy toàn bộ dựa vào khả năng lấy u trong mổ và kết quả phim cộng hưởng từ sau mổ 1 tháng và 6 tháng khẳng định không còn u. Bệnh nhân được khám lại sau mổ 1 tháng và sau mổ 6 tháng.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, lấy mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân và người nhà đã được giải thích, hiểu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học (IRB) phê duyệt số 484/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 10/05/2021.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của 33 bệnh nhân u màng não góc cầu - tiểu não

Đặc điểm		Kết quả
Số lượng bệnh nhân		33
Tuổi	Trung bình	54,1 ± 12,2
	Khoảng	32 - 82
Giới	Nữ	27 (85,3%)
	Nam	6 (14,7%)
Độ mô học WHO	I	29 (87,9%)
	II	4 (12,1%)
Vị trí	Trước ống tai trong	16 (48,5%)
	Sau ống tai trong	17 (51,5%)
Kích thước u	Trung bình (cm)	4,2 ± 1,3
	Khoảng (cm)	1,7 - 7,5

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng trước mổ của hai nhóm u màng não trước và sau ống tai trong

Triệu chứng lâm sàng		Trước ống tai trong (n = 16)	Sau ống tai trong (n = 17)
Thời gian biểu hiện triệu chứng	Trung bình (tháng)	9,7	16,5
	Khoảng (tháng)	0,5 - 36	0,25 - 84
Giảm thính lực		4 (25%)	2 (11,8%)
Rối loạn thăng bằng		2 (12,5%)	7 (41,2%)
Đau đầu		9 (56,3%)	13 (76,5%)
Đau, tê mặt		4 (25%)	0
Ù tai		2 (12,5%)	5 (29,4%)
Chóng mặt		5 (31,3%)	8 (47,1%)
Liệt mặt		0	1 (5,9%)
Sụp mí		1 (6,3%)	0
Nuốt khó		1 (6,3%)	1 (5,9%)

3. Đặc điểm hình ảnh

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh của hai nhóm u màng não trước và sau ống tai trong

Đặc điểm		Trước ống tai trong (n = 16)	Sau ống tai trong (n = 17)
Vị trí	Trái	4 (25%)	9 (52,9%)
	Phải	12 (75%)	8 (47,1%)
Kích thước	Trung bình (cm)	4,2 ± 1,3	4,2 ± 1,3
	Khoảng (cm)	1,7 - 7,5	2 - 6,4
Đuôi màng cứng		13 (81,3%)	5 (29,4%)
Mặt phẳng màng nhện		11 (68,8%)	12 (70,6%)
Phù quanh u		4 (25%)	6 (35,3%)
Chèn ép thân não		14 (87,5%)	11 (64,7%)
Kích thước u trung bình của nhóm chèn ép thân não (cm)		4,48 ± 1,19	4,96 ± 0,95
Thời gian biểu hiện triệu chứng trung bình của nhóm chèn ép thân não (tháng)		9,7	20
Não úng thủy		1 (6,3%)	6 (35,3%)

4. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật của hai nhóm u màng não trước và sau ống tai trong

Kết quả		Trước ống tai trong (n = 16)	Sau ống tai trong (n = 17)
Thời gian mổ (giờ)		6,5	4,2
Đường mổ	Trước xoang xích ma sau mê nhĩ	6 (37,5%)	0
	Sau xoang xích ma	4 (25%)	17 (100%)
	Xương đá trước	6 (37,5%)	0
Khả năng lấy u	Toàn bộ	5 (31,3%)	12 (70,6%)
	Không toàn bộ	11 (62,5%)	5 (29,4%)
Chức năng thần kinh mặt sau mổ	Không đổi	7 (43,8%)	14 (82,4%)
	Kém hơn	9 (56,3%)	3 (15,6%)

Kết quả	Trước ồng tai trong	Sau ồng tai trong
	(n = 16)	(n = 17)
Biến chứng sau mổ	Rò dịch não tủy	0
	Liệt thần kinh sọ	14 (87,5%)
	Não úng thủy	0
	Nhiễm trùng	0
	Tụ máu	1 (5,9%)
	Thiếu máu thân não	2 (11,8%)
	Mở khí quản	0
	Tử vong	0
Điểm Karnofsky	Trước mổ	80,6 ±8,7
	Sau mổ 3 tháng	78,4 ±13,2

Bảng 5. Biến chứng tổn thương thần kinh sọ sau mổ của hai nhóm u màng não trước và sau ồng tai trong

Biến chứng	Trước ồng tai trong (n = 16)	Sau ồng tai trong (n = 17)
Dây III	4 (25%)	0
Dây IV	4 (25%)	0
Dây V	3 (18,7%)	0
Dây VI	5 (31,2%)	0
Dây VII	Độ II	2 (12,5%)
	Độ III	2 (12,5%)
	Độ IV	4 (25%)
	Tổng	8 (50%)
Dây IX - XII	1 (6,2%)	3 (17,6%)

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm dịch tễ, kết quả của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của người bệnh là 54,1, với tỉ lệ nữ giới chiếm ưu thế. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của u màng não góc cầu - tiểu não theo nhiều báo cáo đã công bố.^{4,8,9} Kết quả mô bệnh học của u màng não góc cầu - tiểu não trong nghiên cứu của chúng tôi là

độ I và độ II theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), không có u màng não độ III, kết quả này tương tự với nhiều nhóm tác giả khác.^{2,9,10}

Về lâm sàng, thời gian từ lúc biểu hiện bệnh đến khi được chẩn đoán ở nhóm u trước ồng tai trong là ngắn hơn so với nhóm sau ồng tai trong, tức là nhóm u trước ồng tai trong thường

được chẩn đoán sớm hơn. Schaller nghiên cứu trên 31 ca bệnh cũng cho kết quả tương tự, khi thời gian chẩn đoán của nhóm trước ống tai trong trung bình là 1,1 năm trong khi nhóm sau ống tai trong trung bình là 2,7 năm.³ Ở cả hai nhóm, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất đều là đau đầu, rối loạn thăng bằng, ù tai và chóng mặt. Nhiều báo cáo cho thấy các triệu chứng thường gặp nhất trong 50 - 78% trường hợp là tại tai: nghe kém (41 - 68%), chóng mặt (20 - 31%) và ù tai (12 - 22%).^{2,5,11,12} Tuy nhiên, nhóm u sau ống tai trong triệu chứng về rối loạn thăng bằng có xu hướng cao hơn (41% so với 12%), kết quả này tương tự của Schaller. Điều này được lý giải bởi vị trí khối u nằm sau ống tai trong chèn ép trực tiếp tiểu não nhiều hơn và gây hội chứng tiểu não rõ ràng hơn. Tất cả bệnh nhân có u sau ống tai trong có hội chứng tiểu não cũng giảm hoặc hết triệu chứng sau mổ 1 - 2 tháng. Ngược lại, tất cả bệnh nhân có triệu chứng đau, tê mặt (triệu chứng do chèn ép dây V) đều thuộc về nhóm u trước ống tai trong. Do đường đi của dây V ra khỏi thân não nằm phía trên nên u màng não trước ống tai trong sẽ đè đẩy dây V lên trên hoặc vào trong, từ đó gây ra triệu chứng. Chúng tôi có 2 bệnh nhân bị nuốt khó và nói khàn do u chèn ép vào phức hợp dây IX - XI, ở cả 2 nhóm trước và sau ống tai trong đều là những khối u có kích thước rất lớn (6,4cm và 7,5cm), lan xuống lỗ tĩnh mạch cảnh. Trong mổ các khối u này chưa xâm lấn vào trong lỗ tĩnh mạch cảnh nhưng đều đè đẩy phức hợp dây IX-XI xuống dưới cực dưới của u. A.J.Kane và cộng sự báo cáo 92% bệnh nhân có triệu chứng nuốt khó hoặc nói khàn trong mổ thấy u xâm lấn vào lỗ tĩnh mạch cảnh.⁹

Về hình ảnh, kích thước trung bình khối u ở cả nhóm trước và sau ống tai trong cho kết quả tương đương nhau (4,2cm, $p = 0,428$, kiểm định T-test). Tuy nhiên, khi xem xét những trường hợp u chèn ép thân não, chúng tôi thấy

kích thước của u nhóm trước ống tai trong có xu hướng nhỏ hơn nhóm sau ống tai trong (4,48cm so với 4,96cm) và được chẩn đoán sớm hơn rõ ràng (9,7 tháng so với 20 tháng, $p = 0,015$, kiểm định T-test). Chúng tôi nhận thấy nhóm u trước ống tai trong có thể dễ dàng chèn ép thân não từ phía trước-bên hơn dù kích thước nhỏ, từ đó gây triệu chứng lâm sàng sớm và rõ rệt nên được chẩn đoán sớm hơn. U nằm sau ống tai trong trong quá trình phát triển thường gây chèn ép tiểu não trước, và khi đạt kích thước lớn (> 4 cm) mới gây chèn ép thân não từ phía sau-bên. Dựa trên cộng hưởng từ, chúng tôi xác định vị trí bám của khối u trước mổ so với ống tai trong, giúp phẫu thuật viên dự kiến được dạng đè đẩy các dây thần kinh sọ vùng góc cầu - tiểu não, từ đó có chiến lược lấy u và bảo tồn dây thần kinh sọ.² Nakamura và cộng sự báo cáo đối với u màng não sau ống tai trong phức hợp dây VII - VIII thường bị đẩy ra trước (63%) hoặc xuống dưới (25%), đối với u màng não trước ống tai trong phức hợp dây VII - VIII bị đẩy ra sau (45%) hoặc xuống dưới (43%).⁷ Bassiouni báo cáo tìm thấy phức hợp dây VII - VIII ở mặt trước u màng não sau ống tai trong (84%) và ở mặt sau (50%) và dưới (42,9%) u màng não trước ống tai trong trong.² Một số trường hợp khối u màng não lớn hoặc u phát triển dạng mảng bám vào toàn bộ mặt sau xương đá ở cả trước và sau ống tai trong rất khó xác định vị trí u trên cộng hưởng từ trước mổ nên trong mổ chúng tôi đánh giá vị trí bám của u cũng như vị trí các dây thần kinh sọ để có thể phân loại chính xác vị trí u.

Tất cả bệnh nhân u màng não sau ống tai trong đều được phẫu thuật bằng đường mổ sau xoang xích ma. Đường mổ sau xoang xích ma cung cấp đường vào rộng rãi cho toàn bộ mặt sau xương đá, bảo tồn được chức năng nghe so với các đường mổ mài xương đá nên hoàn toàn phù hợp cho nhóm u sau ống tai trong.⁸

Tuy nhiên, với nhóm u trước ống tai trong, đặc biệt u lan vào cả vùng dốc nền, chúng tôi cần nhiều đường mổ hơn để có thể tiếp cận được u. Đối với u màng não trước ống tai trong vùng đá - dốc nền có phần u lan vào hố sọ giữa lớn, phần ở vùng góc cầu - tiểu não nhỏ hơn và nằm trên ống tai trong, chúng tôi áp dụng đường mổ xương đá trước (còn gọi là đường Kawase). Đối với u màng não trước ống tai trong vùng đá - dốc nền lớn, chúng tôi áp dụng đường mổ trước xoang xích ma để có thể tiếp cận được dốc nền và mặt trước-bên của thân não.¹³ Nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân được mổ đường trước xoang xích ma và không có bệnh nhân nào mất thính lực hoàn toàn nên đường mổ trước xoang xích ma được lựa chọn là sau mê nhĩ. Các đường mổ xuyên mê nhĩ, xuyên ốc tai không được áp dụng trong trường hợp bệnh nhân còn chức năng nghe.⁸

Kết quả phẫu thuật của nghiên cứu cho thấy khả năng bảo tồn thần kinh mặt thấp hơn của u màng não trước ống tai trong thấp hơn nhóm ống tai trong (43% so với 82%, $p = 0,047$, kiểm định Fisher's Exact) và tỉ lệ tổn thương các dây thần kinh sọ khác của nhóm u trước ống tai trong cao hơn rõ rệt. Voss báo cáo tỉ lệ liệt mặt sau mổ ở nhóm u màng não trước ống tai trong là 30% và nhóm sau ống tai trong là dưới 15%.⁵ Nakamura báo cáo khả năng bảo tồn dây VII ở nhóm trước ống tai trong là 76% và nhóm sau ống tai trong là 90%, tỉ lệ này theo báo cáo của D'Amico là 66% của u vùng đá-dốc nền so với 89% của nhóm sau ống tai trong.^{7,14} Khả năng lấy u của nhóm trước ống tai trong cũng thấp hơn (31% so với 70%, $p = 0,024$, kiểm định Khi bình phương), kết quả này tương tự báo cáo của Wu (100% so với 75%).¹⁵ Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ tổn thương các dây thần kinh sọ khác sau mổ của nhóm trước ống tai trong cũng cao hơn rõ rệt. Hunter thống kê tỉ lệ tổn thương thần kinh sọ sau mổ ở u màng não trước ống tai

trong vùng đá-dốc nền từ 20,3 - 67%. Chúng tôi nhận thấy u màng não trước ống tai trong, đặc biệt có lan vào vùng dốc nền là khối u nằm ở vị trí sâu, trung tâm của nền sọ, bao bọc xung quanh bởi thân não và các dây thần kinh sọ. Đối với nhóm u này, các đường mổ tiếp cận u đều có những nhược điểm riêng. Khi phẫu thuật qua đường sau xoang xích ma, u sẽ được tiếp cận qua các tầng giữa các dây thần kinh sọ: tầng trên cùng giữa lều tiểu não và dây V, tầng thứ hai giữa dây V và phức hợp dây VII - VIII, tầng thứ ba giữa phức hợp dây VII - VIII và các dây thần kinh sọ dưới, tầng thấp nhất giữa các dây thần kinh sọ dưới và lỗ chằm. Quá trình phẫu tích qua các tầng chật hẹp giữa các dây thần kinh có thể làm tổn thương dây thần kinh. Ngược lại, nhóm u sau ống tai trong, đường tiếp cận u qua đường mổ sau xoang xích ma nông hơn, phức hợp dây VII - VIII sẽ nhìn thấy cuối cùng cuộc mổ ở bao sau của u và hoàn toàn có thể bóc tách phức hợp này khỏi vỏ u khi giải ép trong lòng u tốt. U màng não trước ống tai trong khi phẫu thuật qua đường xương đá trước cũng gặp khó khăn, kĩ thuật mài đỉnh xương đá là kĩ thuật khó, quá trình mở lều tiểu não tiếp cận phần u ở góc cầu - tiểu não có thể làm tổn thương các dây III, IV, VI. U màng não trước ống tai trong mổ qua đường trước xoang xích ma phức tạp về kĩ thuật mài xương, nguy cơ tổn thương dây VII - VIII trong quá trình mài cao, nguy cơ rò dịch não tủy, nguy cơ tổn thương thân não và động mạch nền trong quá trình phẫu tích u. Chúng tôi gặp 2 bệnh nhân liệt nửa người sau mổ ở nhóm u màng não trước ống tai trong, cả 2 trường hợp đều là khối u lớn lan vào dốc nền, mất mặt phẳng màng nhện giữa u và thân não, phim chụp sau mổ có hình ảnh thiếu máu một phần thân não và cuống não. Wu báo cáo tỉ lệ liệt nửa người sau mổ ở nhóm trước ống tai trong là 5/32 ca trong khi nhóm sau ống tai trong không gặp trường hợp nào.¹⁵

Áp dụng kiểm định Wilcoxon để so sánh điểm Karnofsky trung bình trước mổ và sau mổ 3 tháng cho kết quả: nhóm u màng não trước ống tai trong không có sự khác biệt ($p = 0,69$), trong khi điểm Karnofsky trước mổ và sau mổ 3 tháng của nhóm u màng não sau ống tai trong là khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Điều này có nghĩa phẫu thuật lấy u thực sự cải thiện điểm Karnofsky của nhóm u sau ống tai trong nhưng chưa mang lại sự khác biệt trong nhóm u trước ống tai trong. Áp dụng kiểm định Mann-Whitney để so sánh điểm Karnofsky trung bình của 2 nhóm cho kết quả: điểm Karnofsky trước mổ của 2 nhóm không có sự khác biệt ($p = 0,98$), tuy nhiên điểm Karnofsky sau mổ nhóm u sau ống tai trong cao hơn nhóm trước ống tai trong ($p = 0,001$). Điều này cho thấy kết quả phẫu thuật của nhóm sau ống tai trong tốt hơn nhóm trước ống tai trong theo nghiên cứu của chúng tôi. Vì thách thức trong khả năng lấy toàn bộ u và biến chứng sau mổ còn cao, chất lượng sống sau mổ của người bệnh không cải thiện nhiều dù cố gắng lấy toàn bộ u, nên một số tác giả hiện nay có xu hướng lấy u gần toàn bộ và xạ phẫu sau mổ đạt được tỉ lệ sống không tiến triển bệnh khoảng 80% đối với nhóm u trước ống tai trong xâm lấn dốc nền.⁸

V. KẾT LUẬN

Vị trí u màng não góc cầu - tiểu não so với ống tai trong có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị, ảnh hưởng đến triệu chứng lâm sàng, chiến lược phẫu thuật và kết quả phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mặc dù được chẩn đoán sớm hơn nhưng kết quả chức năng thần kinh sau mổ của nhóm trước ống tai trong kém hơn so với nhóm sau ống tai trong. Phẫu thuật lấy u màng não trước ống tai trong vẫn là thách thức lớn với phẫu thuật viên thần kinh vì vị trí sâu và liên quan đến các cấu trúc mạch máu-thần kinh quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samii M, Gerganov V. *Surgery of Cerebellopontine Lesions*. Springer; 2013.
2. Bassiouni H, Hunold A, Asgari S, Stolke D. Meningiomas of the posterior petrous bone: functional outcome after microsurgery. *J Neurosurg*. Jun 2004; 100(6): 1014-24. doi:10.3171/jns.2004.100.6.1014.
3. Schaller B MA, Gratzl O, Probst R. Premeatal and retromeatal cerebellopontine angle meningioma. Two distinct clinical entities. *Acta Neurochir (Wien)*. 1999;141(5):465-471.
4. Agarwal V, Babu R, Grier J, et al. Cerebellopontine angle meningiomas: postoperative outcomes in a modern cohort. *Neurosurg Focus*. Dec 2013; 35(6): E10. doi:10.3171/2013.10.FOCUS13367.
5. Voss NF VF, Heilman CB, Robertson JH. Meningiomas of the cerebellopontine angle. *Surg Neurol*. 2000; 53(5): 439-446.
6. Franco DeMonte MWM, Ossama Al-Mefty. *Al-Mefty's Meningiomas*. 2nd ed. Thieme; 2011.
7. Nakamura M RF, Dormiani M, Matthies C, Vorkapic P, Samii M. Facial and cochlear nerve function after surgery of cerebellopontine angle meningiomas. *Neurosurgery*. 2005; 57(1): 77-90.
8. Hunter JB, Weaver KD, Thompson RC, Wanna GB. Petroclival meningiomas. *Otolaryngol Clin North Am*. Jun 2015; 48(3): 477-90. doi:10.1016/j.otc.2015.02.007.
9. Kane AJ, Sughrue ME, Rutkowski MJ, Berger MS, McDermott MW, Parsa AT. Clinical and surgical considerations for cerebellopontine angle meningiomas. *J Clin Neurosci*. Jun 2011; 18(6): 755-9. doi:10.1016/j.jocn.2010.09.023.
10. Baroncini M TL, Reyns N, Schapira S, Vincent C, Lejeune JP. Retrosigmoid approach for meningiomas of the cerebellopontine angle: results of surgery and place of additional treatments. *Acta Neurochir (Wien)*. 2011;

153(10): 1931-40. doi:10.1007/s00701-011-1090-6.

11. Sekhar LN PJJ. Cerebellopontine angle meningiomas: Microsurgical excision and follow-up results. *J Neurosurg.* 1984; 60: 500-505.

12. Thomas NW, King TT. Meningiomas of the cerebellopontine angle. A report of 41 cases. *Br J Neurosurg.* Feb 1996; 10(1): 59-68. doi:10.1080/02688699650040539.

13. Xu F, Karampelas I, Megerian CA, Selman WR, Bambakidis NC. Petroclival meningiomas: an update on surgical

approaches, decision making, and treatment results. *Neurosurg Focus.* Dec 2013; 35(6): E11. doi:10.3171/2013.9.FOCUS13319.

14. D'Amico RS, Banu MA, Petridis P, et al. Efficacy and outcomes of facial nerve-sparing treatment approach to cerebellopontine angle meningiomas. *J Neurosurg.* Dec 2017; 127(6): 1231-1241. doi:10.3171/2016.10.JNS161982.

15. Wu ZB, Yu CJ, Guan SS. Posterior petrous meningiomas: 82 cases. *J Neurosurg.* Feb 2005; 102(2): 284-9. doi:10.3171/jns.2005.102.2.0284.

Summary

PREMEATAL AND RETROMEATAL CEREBELLOPONTINE ANGLE MENINGIOMA: DIAGNOSIS AND SURGICAL RESULTS

Cerebellopontine angle (CPA) meningiomas are the second most common tumor of the CPA. Depending on the location of tumor attachment to the dura mater, the relationship between the tumor and critical neurovascular structures of the CPA is different. This study assessed the clinical symptoms, imaging and surgical treatments of CPA meningiomas. From August 2020 to August 2022, 33 patients with CPA meningiomas were at Viet Duc Hospital; 27 were females (85%) and 6 (15%) were males. The mean age was 54 ± 12 years. Based on the location of the tumor relative to the internal auditory canal (IAC), there were 16 cases of premeatal (49%) and 17 cases of retromeatal (51%). Compared to the premeatal group, on average, those in the retromeatal group had later time of diagnosis after clinical symptoms (16.5 months vs 9.7 months). The average tumor sizes between the 2 groups were not statistically different, but when there was brainstem compression, the average tumor size of retromeatal group was larger (49mm vs 44mm). The clinical presentations of the retromeatal group were related to the cerebellar symptoms, while symptoms in the premeatal group were all related to trigeminal neuropathy. The percentage of gross-total resection in the premeatal group was 31% and in the retrometal group was 71%. The rates of preserving the facial nerve function in the premeatal group were lower than the retromeatal group (44% vs 82%). Postoperative Karnofsky score of the retromeatal group improved while the score of premeatal group did not change. The meningiomas' relative location anterior or posterior to the IAC is related to clinical symptoms and correct classification of CPA meningiomas is important in making diagnosis, surgical strategy as well as surgical outcomes.

Keywords: Cerebellopontine angle meningiomas, premeatal, retromeatal, microsurgery.