

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U DÂY THẦN KINH SỐ VIII KÍCH THƯỚC LỚN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

TS. NGÔ MẠNH HÙNG - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức  
TS. NGUYỄN ĐỨC NGHĨA - Trường Đại học Y Hà Nội

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN VŨ  
(2) TS. NGUYỄN ANH TUẤN

**TÓM TẮT:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 29 bệnh nhân u dây thần kinh VIII kích thước lớn (KOOS độ IV) một bên, điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Nam giới (34,5%) mắc bệnh ít hơn nữ giới (65,5%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $50,41 \pm 9,43$  tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình  $12,89 \pm 12,94$  tháng. Đa số bệnh nhân có triệu chứng ù tai (86,2%), giảm/mất thính lực (79,3%), đau đầu (75,9%) và mất thăng bằng (62,1%). U dây thần kinh số VIII bên phải (51,7%) tương đương bên trái (48,3%). Chủ yếu bệnh nhân có cấu trúc u dạng hỗn hợp (62,1%) và u không chèn ép vào não thất tư (62,1%). Kích thước u trung bình là  $38,1 \pm 7,1$  mm. 89,6% bệnh nhân phẫu thuật theo đường mổ dưới cằm - sau xoang tĩnh mạch sigmoid. Sau phẫu thuật, 48,3% bệnh nhân hết u, 51,7% bệnh nhân còn u (trong đó, 13,8% u KOOS độ 1; 27,6% u KOOS độ 2; 10,3% u KOOS độ 3). Sau phẫu thuật 3 tháng, tình trạng liệt mặt giảm rõ rệt so với ngay sau mổ.

**Từ khóa:** U dây thần kinh số VIII, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

**ABSTRACT:** A retrospective study with 29 patients with large unilateral acoustic neuroma (KOOS grade IV) who were surgically treated in Viet-Duc hospital. **Results:** Female (65.5%) was predominant than male (34.5%). The age mean was  $50.41 \pm 9.43$  (year). The onset duration was  $12.89 \pm 12.94$  months. The most symptoms were tinnitus, hearing loss, headache, and ataxia (86.2%; 79.3%; 48.3% and 62.1%, respectively). There were no significant difference between the tumor's location on the right and left side (51.7 versus 48.3%). 62.1% of tumors were heterogenesis. The fourth ventricular were not displaced in 62.1%. The mean size off the tumors was  $38.1 \pm 7.1$  mm. Almost of tumors (89.6%) were approached by retrosigmoid way. The post-operation results: total removed (48.3%); partial removed (51.7%) including KOOS 1 (13.8%); KOOS 2 (27.6%); KOOS 3 (10.3%). The facial nerve palsy was significantly improved at 3 months follow.

**Keywords:** Unilateral acoustic neuroma, Viet-Duc hospital.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Ngô Mạnh Hùng, Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/10/2020, mời phản biện khoa học: 11/2020; chấp nhận đăng: 31/11/2020.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

U dây thần kinh số VIII là tổn thương lành tính, phát triển từ tế bào Schwann của dây thần kinh số VIII. U thường xuất phát từ dây thần kinh tiền đình, song cũng có thể từ dây thần kinh ốc tai. U dây thần kinh số VIII chiếm 80-90% tổng số u vùng góc cầu tiểu não. U có thể xuất hiện ngẫu nhiên hoặc gặp trong bệnh lí u xơ thần kinh loại 2 (Neurofibromatosis type 2). Phân loại kích thước u theo phân độ KOOS được áp dụng rộng rãi trên thế giới [1]. Trong đó, giai đoạn IV bao gồm các u đã chèn ép vào thân não. Có ba phương pháp chính kiểm soát u dây thần kinh số VIII là điều trị nội khoa, điều trị phẫu thuật và xạ trị. Phẫu thuật được chỉ định cho hầu hết các u dây thần kinh số VIII kích thước lớn, nhưng phương pháp này còn nhiều tranh luận về đường mổ, chiến thuật phẫu thuật cũng như kết quả điều trị.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích

đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị u dây thần kinh số VIII (u độ IV) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

29 bệnh nhân (BN) u dây thần kinh số VIII độ IV (theo phân độ KOOS), điều trị phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2019.

Lựa chọn BN u dây thần kinh số VIII một bên, mới được chẩn đoán, chưa điều trị bằng xạ trị/gamma knife; kết quả mô bệnh học là u thần kinh; BN không ở nhóm hội chứng u xơ thần kinh loại 2; hồ sơ bệnh án đủ các tham số nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả.
- Các chỉ số nghiên cứu: đặc điểm BN (tuổi, giới tính, thời gian phát hiện bệnh); đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng; kết quả điều trị.

- Phân loại kích thước u dây thần kinh VIII theo phân độ KROOS.

- Đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội chấp nhận. Mọi thông tin của BN được bảo mật và chỉ sử dụng với mục đích y khoa.

- Xử lý số liệu: theo các thuật toán thống kê thông thường, sử dụng phần mềm SPSS.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.**

**3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:**

- Giới tính: 10 BN (34,5%) nam; 19 BN (65,5%) nữ; khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Tuổi đời: BN từ 30-70 tuổi, trung bình 50,41 ± 9,43 tuổi.

- Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được chẩn đoán: sớm nhất là 1 tháng, muộn nhất là 48 tháng, trung bình là 12,89 ± 12,94 tháng.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:**

- Triệu chứng lâm sàng khi chẩn đoán (n = 29):

+ Û tai: 25 BN (86,2%).

+ Giảm/mất thính lực: 23 BN (79,3%), trong đó, 18 BN mất hoàn toàn thính lực tai bên tổn thương.

+ Mất thăng bằng: 18 BN (62,1%).

+ Đau đầu: 22 BN (75,9%).

+ Rối loạn/giảm cảm giác nửa mặt: 7 BN (24,1%).

+ Liệt mặt: 1 BN (3,4%).

Đa số BN có triệu chứng Û tai (86,2%), giảm/mất thính lực (79,3%), đau đầu (75,9%) và mất thăng bằng (62,1%).

- Triệu chứng cận lâm sàng (n = 29):

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh học u dây thần kinh số VIII trên phim cộng hưởng từ (n = 29).

Đặc điểm cộng hưởng từ		Số BN	Tỉ lệ %
Bên tổn thương	Bên phải	15	51,7
	Bên trái	14	48,3
Cấu trúc u	U đặc	10	34,5
	Dạng nang	1	3,4
	Dạng hỗn hợp	18	62,1
Chèn ép vào não thất tư	Có	11	37,9
	Không	18	62,1
Kích thước u	Nhỏ nhất	26 mm	
	Lớn nhất	54 mm	
	Trung bình	38,1 ± 7,1 mm	

51,7% u dây thần kinh số VIII ở bên phải, 48,3% u dây thần kinh số VIII ở bên trái. Chủ yếu BN cấu trúc u dạng hỗn hợp (62,1%) và u không chèn ép

vào não thất tư (62,1%). 11/29 BN (37,9%) u chèn ép vào não thất tư, trong đó có 5 trường hợp gây giãn não thất phía trên (não thất bên, não thất ba) trước mỏ. Kích thước u từ 26-54 mm, trung bình là 38,1 ± 7,1 mm.

**3.3. Kết quả điều trị:**

- Đường phẫu thuật (n = 29):

+ Đường mổ dưới cằm - sau xoang tĩnh mạch sigmoid: 26 BN (89,6%).

+ Đường mổ qua mê nhĩ: 3 BN (10,4%).

- Biến chứng sau mổ: 1 BN (3,4%) giãn não thất do phù tiểu não, chèn ép não thất tư gây ứ trệ dịch não tủy (BN được điều trị bằng dẫn lưu não thất - ổ bụng sau mổ). Không có biến chứng gây tử vong liên quan đến phẫu thuật.

- Kết quả điều trị:

Bảng 2. Kết quả chụp cộng hưởng từ theo phân độ KOOS sau mổ (n = 29).

Phân độ KOOS		Số BN	Tỉ lệ %
Hết u		14	48,3
Còn u	KOOS 1	4	13,8
	KOOS 2	8	27,6
	KOOS 3	3	10,3
	Tổng	15	51,7

Sau phẫu thuật, 48,3% BN hết u, 51,7% BN còn u (trong đó 13,8% BN u KOOS 1; 27,6% u KOOS 2; 10,3% BN u KOOS 3).

Bảng 4. Tình trạng liệt dây thần kinh mặt ngay sau mổ và sau mổ 3 tháng.

Liệt mặt	Ngay sau mổ	Sau mổ 3 tháng	p
Độ I	5 BN	9 BN	0,008
Độ II	8 BN	17 BN	
Độ III	10 BN	4 BN	
Độ IV	6 BN	1 BN	
Tổng	29 BN	29 BN	

Sau phẫu thuật 3 tháng, tình trạng liệt mặt độ III, IV giảm rõ rệt.

**4. BÀN LUẬN.**

- Đặc điểm BN nghiên cứu: u dây thần kinh số VIII (còn gọi là u thần kinh tiền đình) là một trong những dạng u thường gặp nhất ở vùng góc cầu tiểu não [2]. Điều trị phẫu thuật dạng u này còn nhiều thách thức. Mục tiêu chính của điều trị u dây thần kinh số VIII là lấy tối đa một cách an toàn khối u và bảo tồn chức năng của dây thần kinh mặt [3]. Có ba phương pháp chính kiểm soát bệnh lý u dây thần kinh số VIII là điều trị nội khoa, điều trị phẫu thuật và xạ trị, trong đó phẫu thuật được chỉ định cho hầu hết các u dây thần kinh số VIII kích thước lớn. Kết quả nghiên cứu thấy,

nam giới (34,5%) mắc bệnh ít hơn so với nữ giới (65,5%); tương tự kết quả nghiên cứu của Ankinduro [3]. Tuổi BN từ 30-70 tuổi, trung bình là  $50,41 \pm 9,43$  tuổi; cao hơn kết quả nghiên cứu của Thapa (tuổi trung bình BN là 46 tuổi [2]).

- Triệu chứng lâm sàng: do u dây thần kinh số VIII thường phát triển từ từ, nên không có các triệu chứng đặc hiệu của u, khiến người bệnh chỉ phát hiện được khi u đã có kích thước lớn. Nghiên cứu cũng chỉ ra, triệu chứng lâm sàng ù tai (86,2%) thường gặp nhất; tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả [2, 7]. Triệu chứng giảm/mất thính lực (79,3%) cũng thường gặp, tuy nhiên, do hầu hết các u dây thần kinh số VIII ở một bên, nên triệu chứng này ít được BN lưu tâm. Kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Thapa (72% BN giảm/mất thính lực [2]); tương đương nghiên cứu của Akinduro (78% BN giảm/mất thính lực [3]); nhưng thấp hơn nghiên cứu của Awan (96% BN mất thính lực một bên [7]). Điều này cho thấy, không chỉ ở nước ta, ngay cả ở các nước có trình độ y học tiên tiến, phát hiện u dây thần kinh số VIII vẫn chưa có nhiều cải thiện. Tần suất gặp u dây thần kinh số VIII ở bên phải (51,7%) và bên trái (48,3%) tương đương nhau. 62,1% BN có u dạng hỗn hợp (chứa nang), 34,5% là u đặc, không có nang, 3,4% u nang đơn thuần. Kích thước u từ 26-54 mm, trung bình là  $38,1 \pm 7,1$  mm. 37,9% u đã chèn ép làm biến dạng não thất tư. Đây là các yếu tố ảnh hưởng khó khăn đến điều trị nói chung và điều trị phẫu thuật nói riêng.

- Kết quả điều trị: 26 BN (89,6%) phẫu thuật với đường mổ qua dưới cằm - sau xoang sigmoid, 3 BN (10,4%) phẫu thuật với đường mổ qua mê nhĩ; tương đương chiến lược điều trị của Akinduro trong kiểm soát các trường hợp u dây thần kinh số VIII kích thước lớn (có cùng đặc điểm với BN trong nghiên cứu của chúng tôi) [3]. Nghiên cứu chỉ ra, trong số 29 trường hợp điều trị phẫu thuật, có 14 BN (48,3%) lấy hết u; 15 BN (51,7%) không lấy hết u (chỉ lấy nhiều nhất ở mức an toàn). Chúng tôi cho rằng, ngoài việc bảo tồn chức năng của dây thần kinh mặt, chức năng và chất lượng sống sau mổ của BN cũng cần phải được tính toán đến trước mổ, đặc biệt là các trường hợp u lớn. Phần u tồn dư sẽ được theo dõi định kì, sau đó điều trị phẫu thuật lại hay điều trị xạ phẫu tùy thuộc tình trạng từng cá thể. Đánh giá tình trạng liệt mặt ngay sau mổ và sau mổ 3 tháng, chúng tôi thấy có sự cải thiện đáng kể; khác biệt giữa ngay sau mổ và sau mổ 3 tháng có ý nghĩa thống kê. Do trong quá trình phẫu thuật, các phẫu thuật viên cố gắng bảo tồn dây thần kinh mặt, không cố gắng lấy hết toàn bộ khối u.

## 5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 29 BN u dây thần kinh số VIII độ KOOS 4, một bên, điều trị phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 4/2018 - 6/2019, kết luận:

- Bệnh nhân trung bình  $50,41 \pm 9,43$  tuổi; nam giới (34,5%) ít hơn nữ giới (65,5%). Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được chẩn đoán trung bình  $12,89 \pm 12,94$  tháng.

- Đa số BN có triệu chứng ù tai (86,2%), giảm/mất thính lực (79,3%), đau đầu (75,9%) và mất thăng bằng (62,1%). Vị trí u ở bên phải (51,7%) tương đương bên trái (48,3%). Chủ yếu BN có cấu trúc u dạng hỗn hợp (62,1%) và u không chèn ép vào não thất tư (62,1%). Kích thước u trung bình là  $38,1 \pm 7,1$  mm.

- Đa số BN phẫu thuật theo đường mổ dưới cằm - sau xoang tĩnh mạch sigmoid (89,6%). Sau phẫu thuật, 48,3% BN hết u, 51,7% BN còn u (trong đó 13,8% BN u KOOS 1; 27,6% u KOOS 2; 10,3% BN u KOOS 3). Sau mổ 3 tháng, tình trạng liệt mặt độ III, IV giảm rõ rệt so với ngay sau mổ.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi cho rằng: chiến lược điều trị phẫu thuật u dây thần kinh số VIII kích thước lớn là lấy gần toàn bộ khối u và bảo tồn tối đa thần kinh mặt để nâng cao chất lượng cuộc sống của BN sau điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Koos W.T et al (1998), "Neurotopographic considerations in the microsurgical treatment of small acoustic neurinomas", *J Neurosurg*, 88 (3): p. 506-12.
2. Thapa P.B et al (2019), "Vestibular Schwannoma: An Experience in a Developing World", *World J Oncol*, 10 (2): p. 118-122.
3. Akinduro O.O et al (2019), "Outcomes of large vestibular schwannomas following subtotal resection: early post-operative volume regression and facial nerve function". *J Neurooncol*.
4. Lees K.A et al (2018), "Natural History of Sporadic Vestibular Schwannoma: A Volumetric Study of Tumor Growth", *Otolaryngol Head Neck Surg*, 159 (3): p. 535-542.
5. Berkowitz O et al (2017), "Gamma Knife Radiosurgery for Vestibular Schwannomas and Quality of Life Evaluation", *Stereotact Funct Neurosurg*, 95 (3): p. 166-173.
6. Stangerup S.E et al (2006), "The natural history of vestibular schwannoma", *Otol Neurotol*, 27 (4): p. 547-52.
7. Awan M.S et al (2001), "Vestibular schwannomas: clinical presentation, management and outcome", *J Pak Med Assoc*, 51 (2): p. 63-7. □