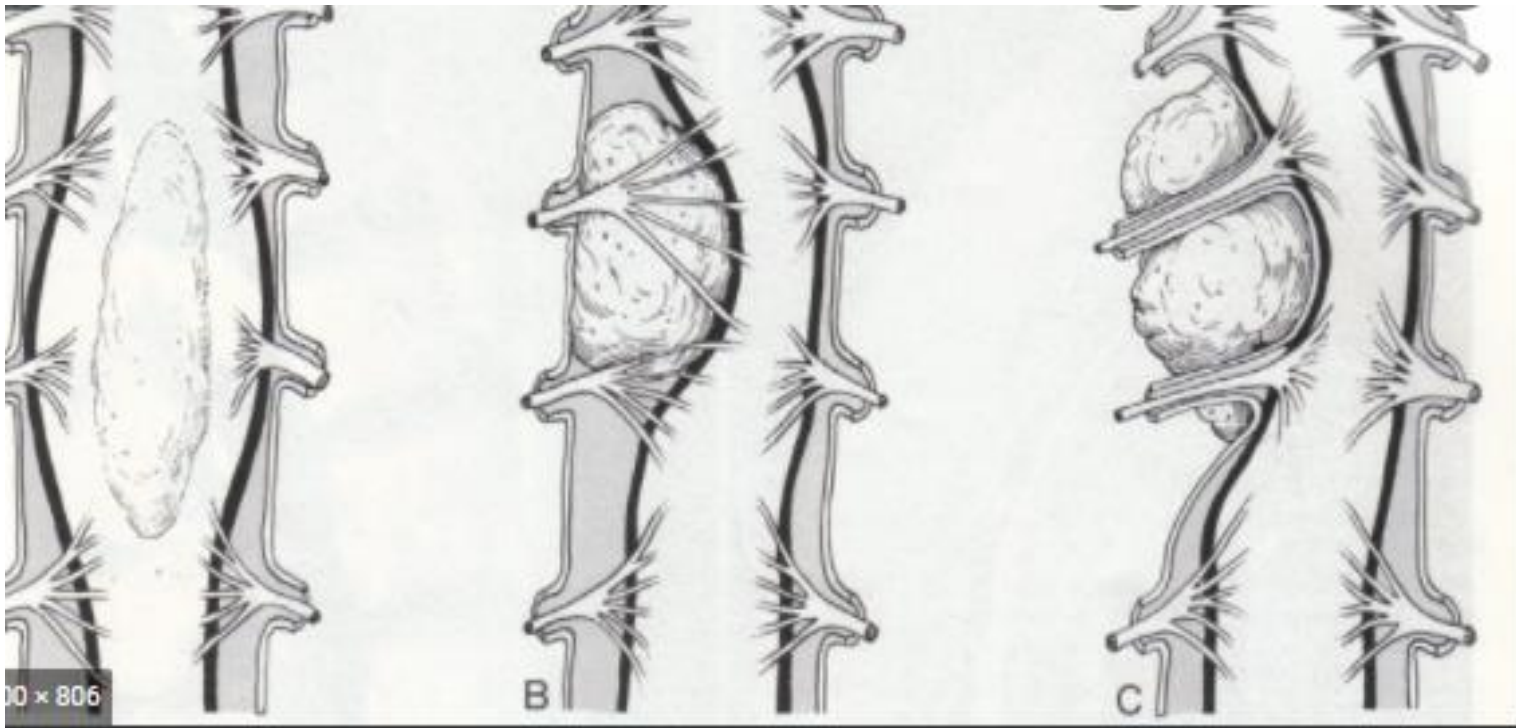


TỔNG QUAN U TỬY SỐNG

Khái niệm

U tủy sống: u phát triển trong ống sống, gây chèn ép tủy, rễ thần kinh hoặc cả hai. Tỷ lệ 4%-8% u thuộc hệ thần kinh TW (*Benzel's Spine Surgery 4th ed pp 953*)



(Nguồn: (*Benzel's Spine Surgery 4th ed*)

Phân loại

Theo định khu

- ❖ U vùng cột sống cổ, tỷ lệ thấp ($< 25\%$), hay gặp u nội tủy (ependimoma)
- ❖ U vùng cột sống ngực, tỷ lệ cao nhất ($> 65\%$)
- ❖ U vùng cột sống thắt lưng-cùng, khoảng $15 - 25\%$, hay gặp u rễ thần kinh

Phân loại (tt)

Tổ chức học

- ❖ U nguyên phát (u màng ống nội tủy, u nguyên bào thần kinh đệm, u nguyên bào tủy, u mạch máu...)
- ❖ U di căn do ung thư từ cơ quan khác đến tủy

Phân loại (tt)

Dựa trên nguồn gốc tổ chức học u

- ❖ Meningioma (u màng tủy – tỷ lệ khoảng 15 – 25%).
- ❖ Neurinoma (u rễ thần kinh – bao gồm cả Schwannoma và neurofibroma chiếm tỷ lệ cao nhất từ 30 – 50%).
- ❖ Myxopapillary ependymoma (filum terminal) (10-25%)

Phân loại (tt)

Dựa trên nguồn gốc tổ chức học u (tt)

Các u tỷ lệ thấp

- ❖ Ependymoma (u màng ống nội tủy)
- ❖ Astrocytoma (u tế bào hình sao)
- ❖ Dermoid cyst (u nang bì)
- ❖ Lipoma (u mỡ)
- ❖ Lymphoma (u hạch bạch huyết)
- ❖ Haemangioma (u máu)
- ❖ U sụn
- ❖ U di căn
- ❖ U hỗn hợp khác

Phân loại (tt)

Theo giải phẫu

- ❖ U nội tủy (intramedulle tumor): hiếm gặp (khoảng 5 – 10%), thường gặp u màng ống nội tủy (ependymoma), u nang, u nguyên bào xốp, hoặc u mỡ (lipoma)...
- ❖ U ngoài tủy (extramedulle tumor): hay gặp (90%)

Phân loại (tt)

U ngoài tủy (extramedulle tumor)

- ❖ U ngoài tủy- dưới màng cứng (intradural- extramedulle tumor):
meningioma, nerve sheath tumor (neurofibroma, schwannoma),
Myxopapillary Ependymoma...chiếm đa số
- ❖ U ngoài tủy – ngoài màng cứng (extradural-extramedulle tumor): u di căn, u máu hoặc u xương... tỷ lệ thấp, 15 – 25%
- ❖ U hỗn hợp: loại u phát triển cả trong và ngoài màng cứng, có dạng hình “đồng hồ cát” hoặc có dạng hai túi (dumbbell): schwannoma, neurofibroma

U dưới màng tủy ngoài tủy (IEST)

“Nerve sheath tumors (schwannomas and neurofibromas) and meningiomas are the most common tumor types in this group, accounting for approximately 30% of cases each. Myxopapillary ependymomas of the filum terminale make up a majority of the remaining lesions.[3-6](#) ...The remaining 10% to 15% of IDEM tumors consist of rare pathologic entities including metastases, paragangliomas, hemangioblastomas, arachnoid cysts, lipomas, dermoid and epidermoid cysts, teratomas, hemangiopericytomas, and hemorrhage.”

(Benzel's Spine Surgery 4th ed pp 953)

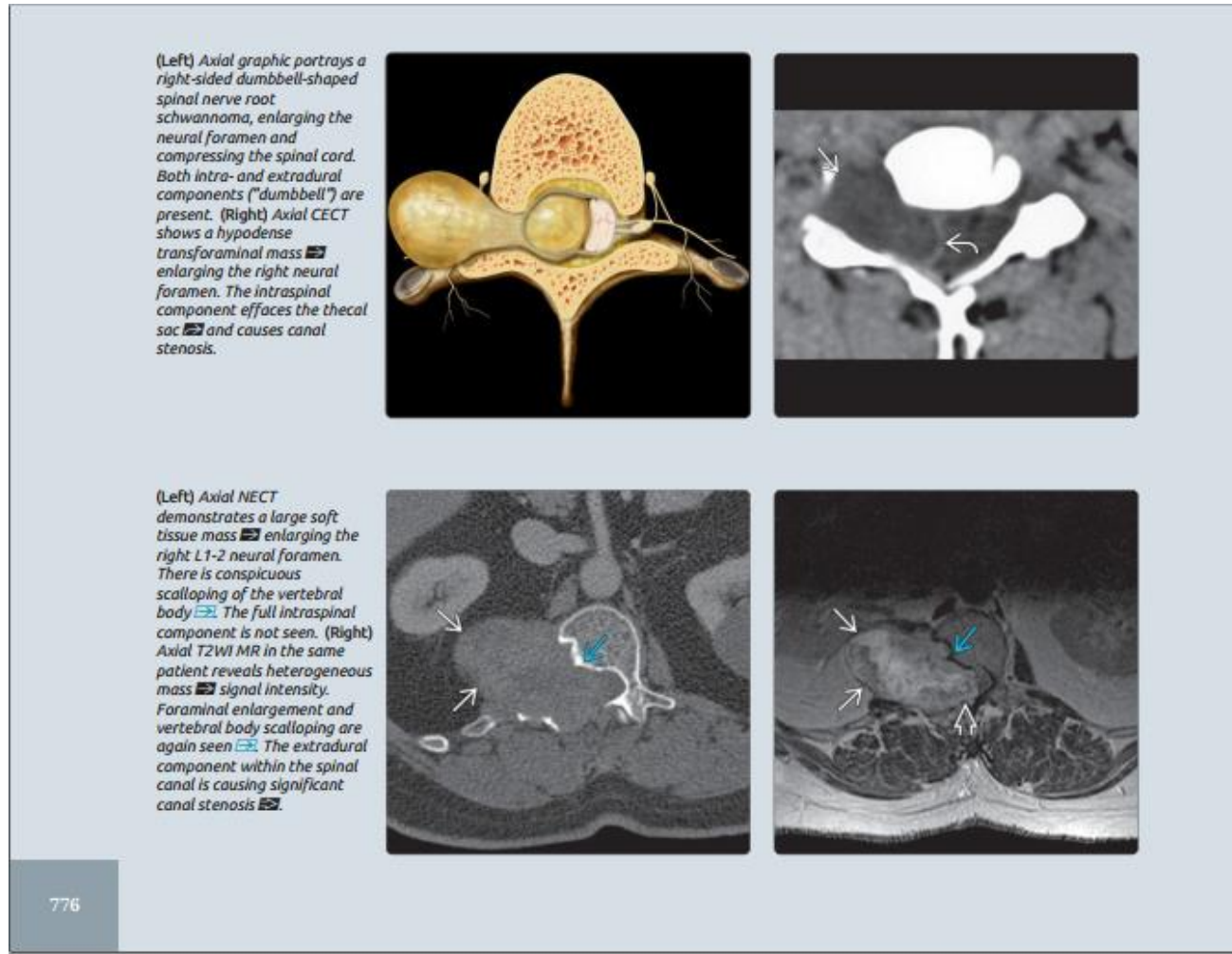
U dưới màng tủy ngoài tủy (IEST)(tt)

TABLE 110-1 A List of the Most Common Intradural Extramedullary Tumors, Their Approximate Incidence, and MRI Characteristics^{8,9,16}

Tumor	Percentage Representation of all Intradural Extramedullary Tumors	MRI Imaging Characteristics
Schwannoma	15%–50%	T1 iso/hypointense, T2 hyperintense; more commonly exophytic; heterogeneous contrast enhancement
Neurofibroma	5%–30%	T1 hypointense, T2 hyperintense, target sign; more commonly fusiform; uniform to heterogeneous contrast enhancement
Meningioma	30%	T1 iso/hypointense, T2 hyperintense; commonly have a dural tail and calcification; avid uniform contrast enhancement
Filum terminal ependymoma (myxopapillary ependymoma)	10%–25%	T1 hypointense, T2 hyperintense; commonly have hemorrhage; homogenous contrast enhancement

(Benzel's Spine Surgery 4th ed pp 954)

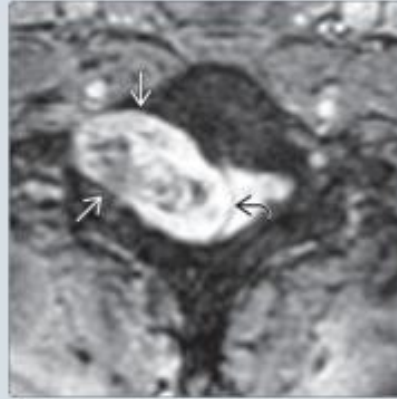
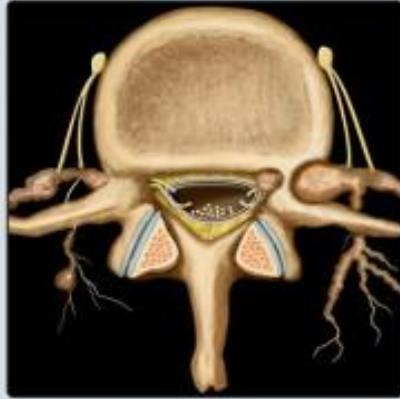
U dưới màng tủy ngoài tủy (IEST)(tt)



Schwannoma (Nguồn: Diagnostic Image Spine 3th)

U dưới màng tủy ngoài tủy (IEST)(tt)

(Left) Axial graphic portrays bilateral lobulated plexiform neurofibromas in NF1. There is erosion of the left pedicle by the tumor. (Right) Axial T2* MR shows a mass centered within and widening the right neural foramen [2] and the posterolateral margin of the cervical vertebral body. The intraspinal extradural component of the mass [3] causes severe canal stenosis. The mass is predominantly hyperintense with some whorled hypointensity centrally.



(Left) Coronal T1 W1 C+ MR shows an enhancing paraspinal mass on the left at L1-2 extending into the left neural foramen, with minimal impact on the thecal sac [2]. Remodeling causes enlargement of the left L1-2 neural foramen with thinning of the L1 pedicle [3]. (Right) Axial T2 W1 in the same patient shows central areas of T2 hypointense signal [2] with peripheral rim of hyperintensity. This target sign is not specific, but is seen more commonly with neurofibroma than with schwannoma.

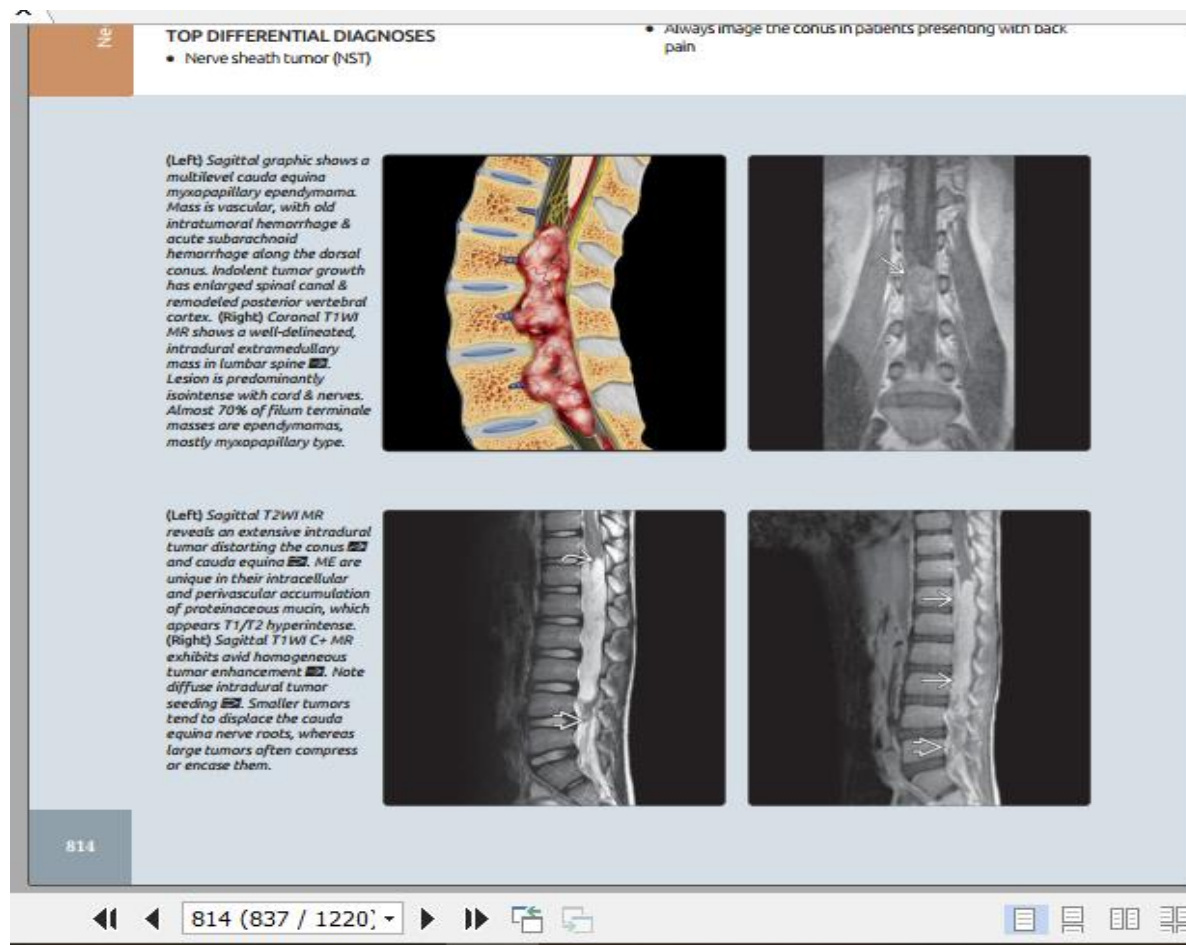


U dưới màng tủy ngoài tủy (IEST)(tt)



Meningioma (Nguồn: Diagnostic Image Spine 3th)

U dưới màng tủy ngoài tủy (IEST)(tt)



Maxopapillary ependymoma (Nguồn: Diagnostic Image Spine 3th)

(Nguồn: Khoa CDHA Bv ĐK tỉnh QT)

Triệu chứng lâm sàng

Kinh điển: 3 hội chứng

- ❖ Hội chứng tổn thương tại vị trí u
- ❖ Hội chứng tổn thương dưới u
- ❖ Rối loạn về dịch não tủy (?)

Triệu chứng tương đồng: thoái hóa CS gây chèn ép rễ, ống sống: đau lưng thấp, HOS, bệnh lý thoái hóa đĩa đệm CS, viêm khớp háng...

Triệu chứng lâm sàng (tt)

Sự kết hợp của đau và thiếu sót thần kinh

- Đau:

- ❖ Tại vị trí cột sống có u (lưng 95%, ngực 75%, cổ 33%, lan theo rễ)
- ❖ Đau tăng dần, không giải thích được, xuất hiện về đêm hoặc đau kiểu rễ
- ❖ Đau lưng không giải thích được ở bệnh nhân có khối u nguyên phát khác

- Thiếu sót thần kinh theo khoanh tủy

- ❖ Yếu, liệt không đối xứng
- ❖ Rối loạn, mất cảm giác
- ❖ Rối loạn đại, tiểu tiện, chức năng sinh dục...

Triệu chứng lâm sàng (tt)

- ❖ Hội chứng tủy trước
- ❖ Hội chứng Brown-Séquard (hiếm gặp)
- ❖ Hội chứng tủy trung tâm ảnh hưởng đoạn tủy cổ
- ❖ Hội chứng nón tủy
- ❖ Bệnh lý tủy cắt ngang

Chẩn đoán

- ❖ Triệu chứng lâm sàng (phát hiện muộn, không phù hợp với bệnh lý khác, hoặc tình cờ)
- ❖ Cận lâm sàng: XQ, CLVT, Myelography, MRI, Chọc dò dịch não tủy

Chẩn đoán (tt)

MRI: phương pháp chẩn đoán hình ảnh chính xác nhất

- ❖ Vị trí tổn thương, hình thái, bản chất u
- ❖ Tổn thương tủy sống
- ❖ Chèn ép tủy
- ❖ Tổn thương mô mềm
- ❖ Các tổn thương xương (tiêu xương, phì đại xương nặng, lún xẹp, gãy, chệch đĩa đệm, khối u)

Điều trị

- ❖ **Phẫu thuật:** lấy u vi phẫu triệt để, giảm áp (MIS, OS)
 - Đường sau: đa số trường hợp
 - Đường trước: ít, vị trí đặc thù hoặc u xâm lấn thân sống
- ❖ **Spinal stereotactic radiosurgery (SRS)**

Case lâm sàng

Bệnh nhân: N.T.D, 71 tuổi, nữ.

Lí do nhập viện: đau lưng đoạn ngực, thắt lưng, mạn sườn phải, liệt hai chân, đại tiểu tiện không tự chủ.

Bệnh sử: đau lưng, đau lan hai chân đã lâu. Gần một năm trở lại đau lưng lên đoạn ngực, tê, cảm giác kim châm mạn sườn phải; teo cơ, yếu dần hai chân, hai tháng trước nhập viện liệt hẳn hai chân kèm đại, tiểu tiện không tự chủ.

Thường xuyên có những cơn đau buốt dọc cột sống, mạn sườn phải

Tiền sử: điều trị nội khoa và YHCT nhiều lần, cải thiện kém

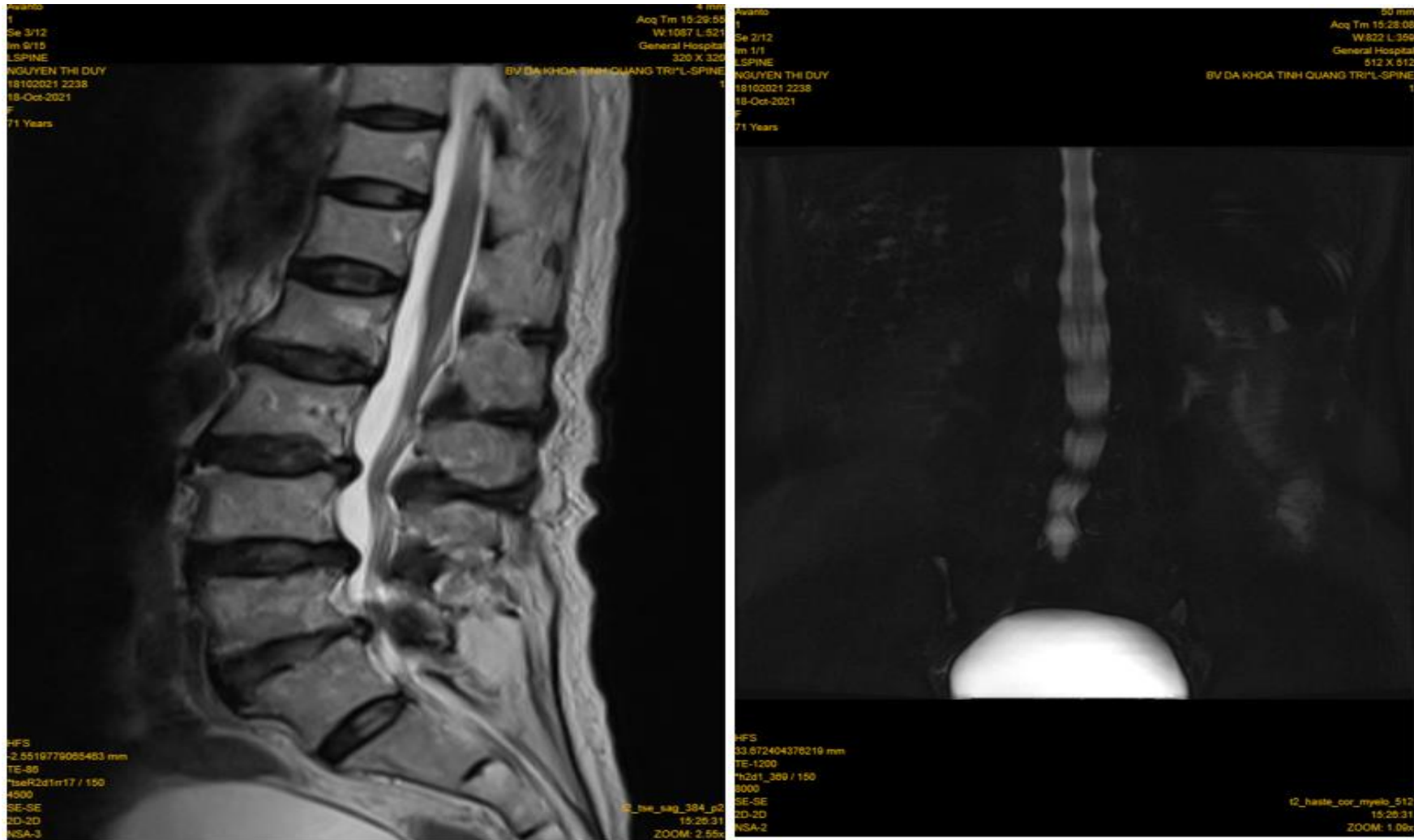
Điều trị tại Khoa YHCT, chẩn đoán: thoái hóa CSTL, HOS thắt lưng 2 tuần, không hiệu quả, bệnh nhân liên tục than khóc, la hét.

Case lâm sàng (tt)

Thăm khám lúc hội chẩn

- ❖ Mất và rối loạn cảm giác từ ngực trên núm vú đến 2 chân, liệt 2 chân
- ❖ Đau rát, tê bì da vùng ngực phải lan theo dermatome D2,D3. Đau liên tục không ngừng (VAS khoảng 8,9 điểm)
- ❖ Liệt hai chân: chân phải teo cơ nặng, liệt mềm; giảm phản xạ gân xương; chân trái teo cơ vừa, đa động; tăng phản xạ gân xương Babinski (+) hai chân
- ❖ Đại, tiểu tiện không tự chủ, không có cảm giác tăng sinh môn
- ❖ Hai tay không teo cơ, rối loạn cảm giác, vận động, Hoffmann (-)

Case lâm sàng (tt)



MRI Cột sống thắt lưng N.T.D (Nguồn: Khoa CDHA Bv ĐK tỉnh QT)

Case lâm sàng (tt)

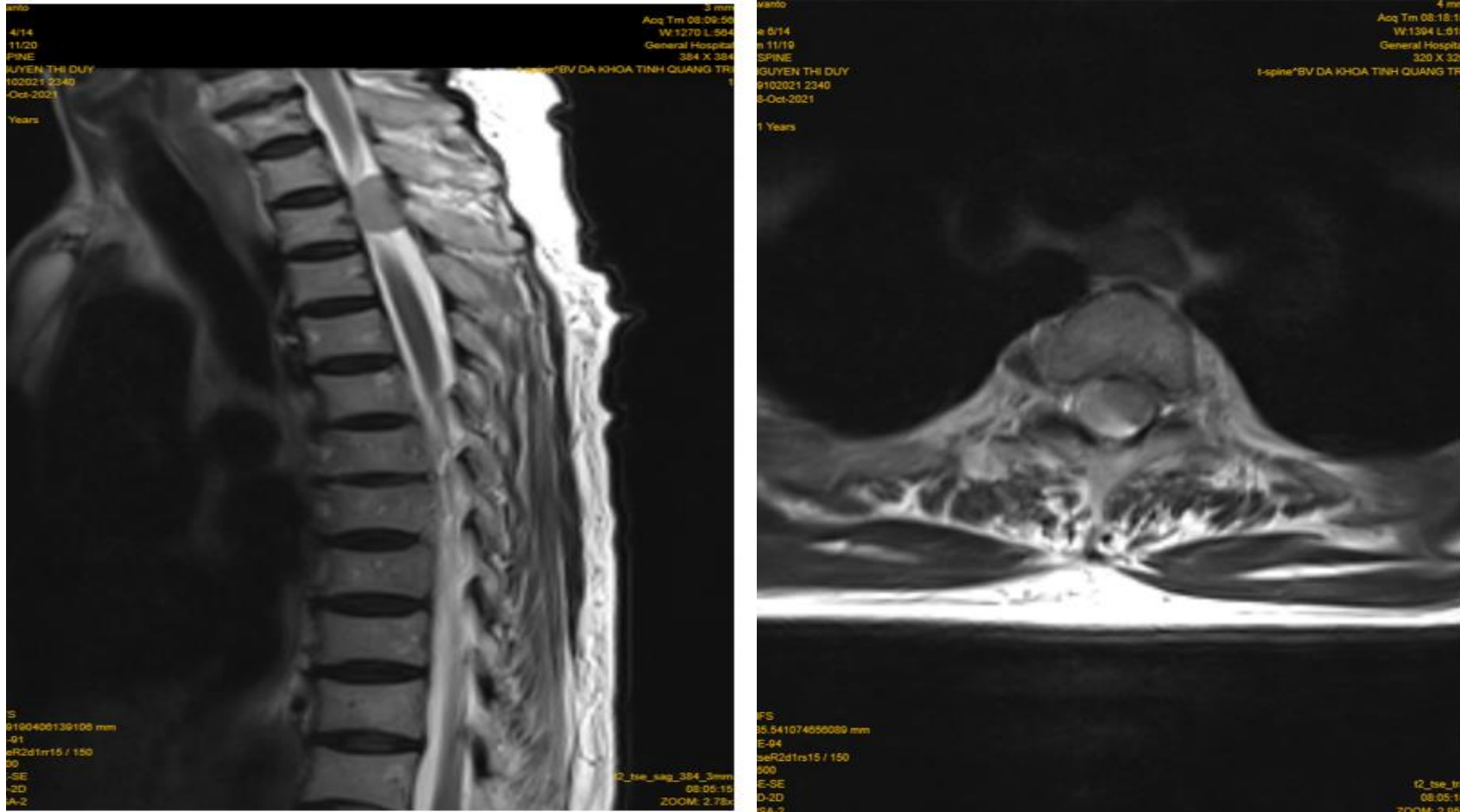
Phim MRI CSTL: Thoát vị đĩa đệm đa tầng, tầng L5-S1 chèn ép rễ L5 hai bên nhiều. Thoái hóa CSTL

Nhận định:

- ❖ Triệu chứng lâm sàng không phù hợp kết quả phim MRI CSTL
- ❖ Thống nhất chẩn đoán: tổn thương tủy đoạn ngực cao, chưa rõ bản chất

Chỉ định: MRI cột sống đoạn ngực khảo sát tổn thương

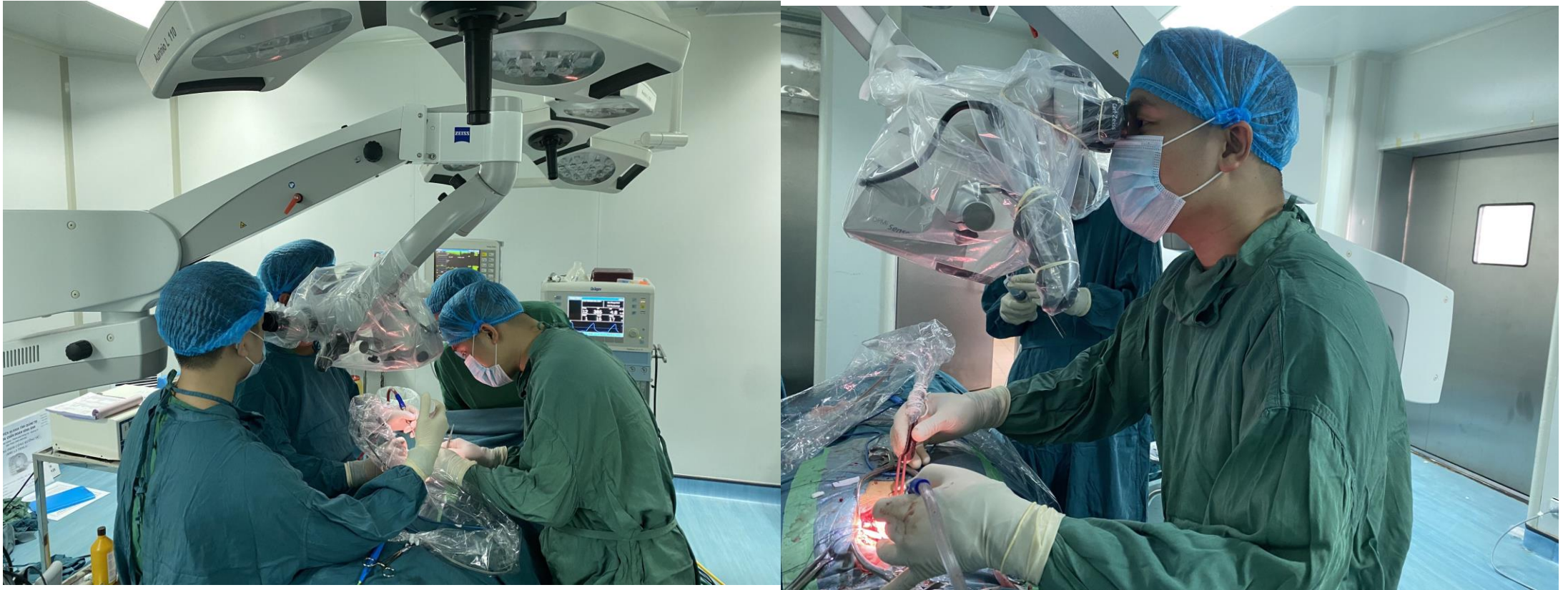
Case lâm sàng (tt)



MRI có thuốc N.T.D: Mennigoma D2 chèn ép tủy ngực đoạn D2

(Nguồn: Khoa CDHA Bv ĐK tỉnh QT)

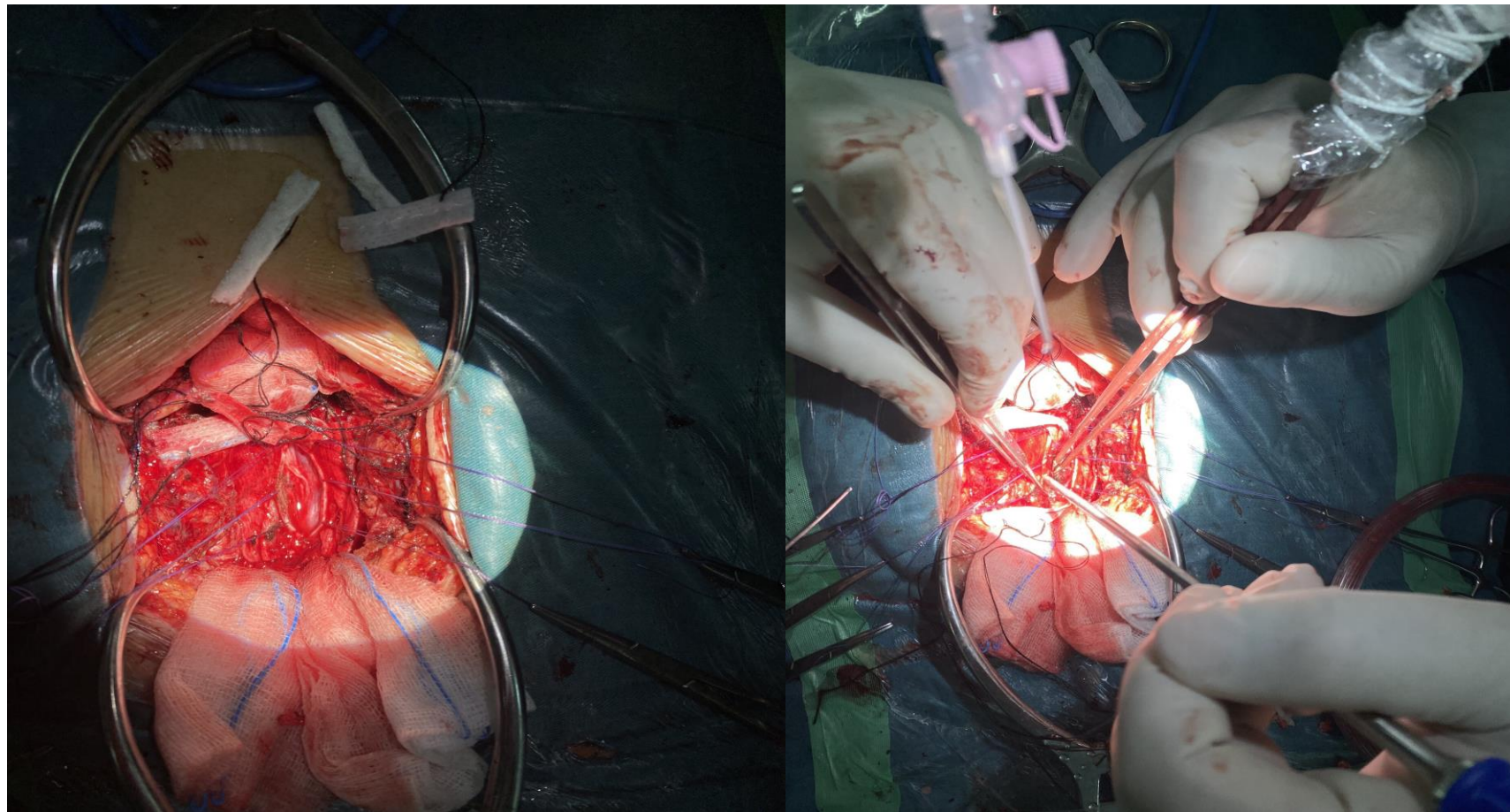
Case lâm sàng (tt)



Sử dụng kính vi phẫu (12.5F) trong quá trình phẫu thuật

(Nguồn: Bs Nam Khoa Ngoại CTB Bv ĐK tỉnh QT)

Case lâm sàng (tt)



Tiến hành bóc tách Mennigioma D2 dưới kính vi phẫu
(Nguồn: Bs Nam Khoa Ngoại CTB Bv ĐK tỉnh QT)

Case lâm sàng (tt)



Phim MRI N.T.D kiểm tra một tuần sau mổ
(Nguồn: Khoa CDHA Bv ĐK tỉnh QT)

**XIN CẢM ƠN ĐÃ CHÚ
Ý LẮNG NGHE**