

# BỐN TRƯỜNG HỢP U XƯƠNG SỌ LÀNH TÍNH ĐÃ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN AN GIANG

Nguyễn Minh Tâm, Khoa CTCH, Bệnh viện An Giang

## SUMMARY

*Four cases of osteoma in the skull were operated in An Giang Hospital*

*Osteoma of the skull are uncommon lesions that are seldom reported in the medical literature. Osteomas are the most common primary bone tumor of the calvaria. Most of them are benign, slow – growing lesions. Asymptomatic lesions may simply be followed. Surgery may be considered for cosmetic reasons, or its pressure on adjacent tissues producing discomfort. Based on classification of bone tumors – the modified Enneking’s staging system, we have chosen the appropriate surgical methods for each kinds of tumor. Four cases of osteoma in the skull were operated in An Giang hospital. We have a extremely rare case with mushroom shape located in temporal bone. We report 4 cases of skull osteoma being diagnosed and treated in our hospital.*

**TỪ KHÓA:** U xương lành: *osteoma*, xương sọ: *skull*, phân loại Enneking cải tiến: *the modified Enneking’s staging system*

## TÓM TẮT:

U xương sọ lành tính là tổn thương không phổ biến, ít được đề cập trong y văn. Ở vòm sọ, u xương sọ là loại u nguyên phát thường gặp nhất. Đây là tổn thương lành tính, tiến triển chậm. Đối với các tổn thương không triệu chứng thì có thể theo dõi thêm. Chỉ định phẫu thuật có thể đặt ra vì lý do thẩm mỹ hoặc chèn ép mô lân cận gây khó chịu. Dựa vào bảng phân loại bướu xương của Enneking cải tiến để lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Bốn trường hợp u xương sọ lành tính, trong đó có 1 trường hợp u xương sọ thái dương có dạng hình nấm, cực kỳ hiếm gặp, đã được phẫu thuật tại bệnh viện An Giang với kết quả tốt. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu trong chẩn đoán và điều trị loại bệnh lý này.

## MỞ ĐẦU

U xương lành (osteoma) là những khối u lành tính của mô giống như xương bình thường trưởng thành. Vị trí thường gặp là ở xương dài của tứ chi; ở vùng đầu cổ, u xương được tìm thấy ở xoang khí vùng cạnh mũi, xương mặt, xương sọ và xương hàm dưới.<sup>[2,3,7,10]</sup> Tuy nhiên, hiếm gặp u xương lành ở vùng đầu mặt, nhất là ở vòm sọ. U xương sọ được báo cáo lần đầu tiên bởi Jaffe vào năm 1958 và cho đến ngày nay, thì chỉ có các trường hợp lâm sàng về u xương sọ được báo cáo.<sup>[6,7,8,10]</sup> Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh

học (X quang và CTs sọ não). Chẩn đoán xác định và phân loại u xương dựa trên kết quả giải phẫu bệnh lý. Phẫu thuật cắt bỏ u là phương pháp điều trị chủ yếu. Tại An Giang, từ tháng 11 năm 2007 đến tháng 6 năm 2011, chúng tôi đã phẫu thuật 4 trường hợp u xương sọ lành tính – theo phân loại Enneking cải tiến, có kết quả tốt. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu trong chẩn đoán và điều trị loại bệnh lý hiếm gặp này.

## TRƯỜNG TRÌNH 4 TRƯỜNG HỢP U XƯƠNG SỌ ĐÃ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI AN GIANG

### TRƯỜNG HỢP 1

Bệnh nhân nữ 17 tuổi, ở huyện Phú Tân, tỉnh An Giang, vào viện tháng 11 năm 2007. Nhập viện với lý do khối u cứng ở đầu, đau đầu âm ỉ kéo dài trên 6 tháng và đau nhiều về đêm. Khám lâm sàng không ghi nhận dấu thần kinh khu trú, không phát hiện u bất thường ở mô mềm của da. Vùng thái dương trái có 1 khối nhô lên, đường kính khoảng 20 mm, không di động, mật độ cứng, ấn đau nhẹ. X quang sọ thường qui và CTs sọ não cho thấy bản sọ ngoài vùng thái dương trái có hình ảnh 1 khối tăng đậm độ đồng nhất có dạng hình nấm, đường kính khoảng 35 mm, cao 10 mm, có bờ rõ, không thấy hình ảnh hủy xương xung quanh, tủy xương và bản sọ trong còn nguyên vẹn. Chẩn đoán lâm sàng: u xương sọ vùng thái dương trái, dạng hình nấm.

Bệnh nhân được phẫu thuật. Vô cảm với phương pháp mê nội khí quản. Rạch da hình chữ U quanh khối u. Cưa mở nắp sọ thái dương trái có chứa khối u, khoảng 50 x 50 mm. Nhận thấy u phát triển từ bản ngoài xương sọ, có dạng hình nấm, bản sọ trong còn nguyên vẹn, màng cứng bình thường. Xử trí: tách bản ngoài xương sọ chứa u, đặt lại bản trong xương sọ nhằm tạo hình thẩm mỹ tránh khuyết mất sọ. Bản ngoài xương sọ chứa u được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Hậu phẫu: vết mổ lành tốt, cắt chỉ sau 10 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh lý: u xương lành tính (Osteoma). Tái khám sau phẫu thuật 1 tháng và 6 tháng, bệnh nhân sinh hoạt bình thường, không còn đau đầu nữa.

### TRƯỜNG HỢP 2

Bệnh nhân nữ 19 tuổi, ở huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang, vào viện tháng 2 năm 2008, với lý do đau đầu với khối u ở vùng thái dương phải. Người bệnh đau đầu âm ỉ kéo dài sau va chạm nhẹ vào đầu, đồng thời phát hiện vùng thái dương phải có 1 khối u nhô lên khỏi mặt da. Lâm sàng tương tự trường hợp 1. Khám vùng thái dương phải thấy có 1 khối nhô lên, đường kính khoảng 20 mm, không di động, mật độ cứng. X quang và CTs sọ não: hình ảnh 1 khối tăng đậm độ đồng nhất vùng xương thái dương phải, đường kính khoảng 27 mm, dày 19 mm,

bờ giới hạn rõ, nằm ở lớp tủy xương sọ, không thấy hiện tượng hủy xương xung quanh. Chẩn đoán lâm sàng: u xương sọ vùng thái dương phải.

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật lấy u. Mê nội khí quản. Rạch da hình chữ U, khoan găm bỏ sọ một lỗ đường kính 30 mm trên u. Nhận thấy màng cứng bình thường. Hậu phẫu tương tự trường hợp trên. Kết quả giải phẫu bệnh lý: Osteoma (u xương lành tính). Tái khám sau 1 tháng, vết mổ lành tốt, khuyết sọ 1 lỗ nhỏ, không đáng kể, người bệnh hết đau đầu.

### TRƯỜNG HỢP 3

Bệnh nhân nam 29 tuổi, ở huyện Phú Tân, tỉnh An Giang, vào viện tháng 6 năm 2009, với lý do có khối u ở da đầu vùng đỉnh trái gây mất tự tin trong sinh hoạt. Người bệnh đã lập gia đình trên 1 năm, phát hiện trên đỉnh đầu có 1 khối u nhỏ, mật độ cứng như xương, “có cảm giác như sắp mọc sừng” gây mất tự tin trong sinh hoạt. Khám lâm sàng thấy da đầu vùng đỉnh trái sát đường giữa có 1 khối u nhỏ, mật độ cứng, không di động, đường kính khoảng 15 mm, nhô lên khỏi mặt da khoảng 6 mm, không đau nhức, không dấu thần kinh khu trú. X quang và CTs sọ não: hình ảnh tăng đậm độ vùng bản ngoài xương sọ đỉnh trái sát đường giữa, đường kính 20 mm, bờ giới hạn rõ, không thấy tổn thương mô xung quanh.

Bệnh nhân được mổ vì lý do thẩm mỹ. Mê nội khí quản. Rạch da đường thẳng trên u. Bọc lộ vùng xương sọ chứa u. Nhận thấy u là tổ chức giống như xương màu trắng ngà, nằm ở bản ngoài xương sọ, bờ giới hạn rõ, đường kính khoảng 20 mm. Tiến hành đục bỏ bản ngoài xương sọ chứa mô u xương. Kết quả giải phẫu bệnh: Osteoma.

### TRƯỜNG HỢP 4

Bệnh nhân nữ 36 tuổi, ở thành phố Long Xuyên, tỉnh An Giang, vào viện tháng 4 năm 2011, với lý do có khối u vùng trán trái, gây mất thẩm mỹ. Người bệnh phát hiện có khối u vùng trán trái từ nhỏ, mật độ cứng, không di động, không đau nhức. Khám lâm sàng thấy da vùng trán trái cách đường chân tóc 1 cm có 1 khối u nhô lên khỏi mặt da khoảng 5 mm, đường kính 10 mm, tính chất u tương tự các trường hợp trên. X quang sọ không phát hiện bất thường. CTscan sọ cho thấy hình ảnh khối tăng đậm độ vùng bản ngoài xương sọ, giới hạn rõ, đường kính 8 mm, cao khoảng 4 mm, không có tổn thương mô xung quanh.

Bệnh nhân được mổ vì lý do thẩm mỹ. Gây tê tại chỗ. Rạch da theo đường chân tóc trán trái, tiến hành tương tự trường hợp 3. Kết quả giải phẫu bệnh: Osteoma.

### BÀN LUẬN

#### 1. Tần suất u xương sọ

U xương sọ có tần suất rất thấp. Tại Mayo Clinic, Hoa Kỳ, trong 1 nghiên cứu gồm 7975 bệnh nhân bị u xương các loại thì chỉ có 4 % bệnh nhân bị u xương vùng sọ mặt (đặc biệt chỉ có ở xương hàm dưới, xương hàm trên và xoang mũi). Trong nhóm này, có 19% là lành tính và 81% là ác tính. Trong các nghiên cứu khác, u xương sọ ước tính khoảng 1% trong các loại u xương.<sup>[1]</sup> Tại Việt Nam, trong 1 nghiên cứu của Lê Chí Dũng gồm 1712 bướu xương nguyên phát thì chỉ có 22 trường hợp (chiếm 1,3%) bướu phát triển ở vùng sọ mặt.<sup>[5]</sup> Chúng tôi chưa tìm thấy một báo cáo nào về u xương sọ tại Việt Nam. Tại An Giang, từ tháng 11/2007 đến tháng 6/2011, có bốn trường hợp u xương sọ đã được phẫu thuật, trong đó có một trường hợp u xương sọ có dạng hình nấm, một dạng lâm sàng rất hiếm. Chúng tôi chỉ thấy một trường hợp hình nấm tương tự được báo cáo tại Nhật Bản năm 2009.<sup>[8]</sup>

## 2. Chẩn đoán u xương sọ

Việc chẩn đoán u xương không khó, tuy nhiên phân biệt u lành tính hay ác tính thì rất quan trọng vì có ảnh hưởng trực tiếp đến phương pháp và kết quả điều trị.<sup>[4]</sup> Cả 4 trường hợp của chúng tôi đều có đặc điểm của u xương lành tính như u phát triển trong giai đoạn xương đang tăng trưởng (11 – 30 tuổi), u tăng trưởng chậm, có giới hạn rõ.<sup>[10]</sup> Khám lâm sàng ghi nhận đây là một khối có mật độ cứng, bờ tròn đều, không di động, da vùng trên khối u không viêm và không dính vào mô bên dưới. Hình ảnh học: X - quang và CTs cho thấy vùng tăng đậm độ đồng nhất, dày đặc, có ranh giới rõ, không có hiện tượng hủy xương. Kết quả giải phẫu bệnh lý là u xương lành tính (osteoma), phù hợp với chẩn đoán lâm sàng. Theo phân loại giai đoạn bướu xương của Enneking,<sup>[4]</sup> cả 4 trường hợp này đều là bướu lành, không hoạt động. Còn theo phân loại bướu xương của Lê Chí Dũng – phân giai đoạn Enneking cải tiến,<sup>[4]</sup> thì 4 trường hợp này đều là bướu lành, không hóa ác, giai đoạn 1.

Phân biệt u xương lành tính và ác tính rất quan trọng để có hướng chẩn đoán và điều trị thích hợp. Trong ba năm (2008 – 2010), tại bệnh viện An Giang, chúng tôi cũng gặp ba trường hợp u xương sọ ác tính với các đặc điểm sau: tăng trưởng nhanh, trong vòng ba tháng có kích thước khoảng 40x40 mm, nhô lên khỏi mặt da rõ, giới hạn không rõ, gây đau nhức nhiều, có hình ảnh tăng sinh mạch máu ở vùng da trên u. Hình ảnh học có hình ảnh hủy xương, xâm lấn ra màng xương và mô mềm xung quanh, bờ không rõ ràng. Cả ba trường hợp trên được bệnh viện Chợ Rẫy chẩn đoán u ác tính, không phẫu thuật do u nằm ở các vị trí nguy hiểm. Và hai trong ba bệnh nhân tử vong trong 6 tháng sau khi được chẩn đoán.

## 3. Phương pháp phẫu thuật

Theo phân loại Enneking cải tiến thì với các bướu xương lành, giai đoạn 1, hướng xử trí là để yên hoặc có thể nạo hoặc cắt bỏ nếu có triệu chứng hoặc vì thẩm mỹ. Đối với bướu lành, giai đoạn 2 (bướu lành, có thể hóa ác) thì để yên và theo dõi hoặc có thể cắt trọn bướu.<sup>[4]</sup> Theo Youmans, *Neurological Surgery* (1994) và Mark S. Greenberg, *Handbook of Neurosurgery* (2010) thì phương pháp phẫu thuật tùy thuộc vào kích thước và vị trí u xương. Đối với các u nhỏ, chỉ ở bản sọ ngoài thì có thể cắt bỏ hoặc nạo và chừa lại bản sọ trong. Đối với các u lớn, đặc biệt là u xuất phát từ bản sọ trong thì cần cắt bỏ xương sọ chứa u và tạo hình lại hộp sọ.<sup>[2,3]</sup> Đối với u nhỏ, có thể gây tê tại chỗ, dùng dao laser CO<sub>2</sub> cắt u.<sup>[9]</sup>

Tại An Giang, 4 trường hợp u xương sọ đã được phẫu thuật theo các phương pháp khác nhau tùy theo kích thước, vị trí u. Trong trường hợp 1, vì u có kích thước lớn (35 mm đường kính), chúng tôi cửa mở sọ rộng, bỏ phần bản sọ ngoài chứa u, đặt lại bản sọ trong còn nguyên vẹn nhằm tạo hình hộp sọ, tránh khuyết hồng do mất sọ. Không cần dùng vật liệu khác để tạo hình hộp sọ. Kết quả kiểm tra sau mổ: mảnh xương – bản sọ trong liền xương tốt. Trường hợp 2, vì u phát triển từ tùy xương sọ (diploe) ra và u có kích thước 27 mm đường kính nên chúng tôi găm bỏ 1 lỗ xương sọ có đường kính khoảng 30 mm, không tạo hình hộp sọ vì khuyết hồng mất sọ có kích thước nhỏ, không ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ. Trường hợp 3 và 4, u có kích thước nhỏ (20 mm đường kính) và nằm ở bản sọ ngoài, chúng tôi chỉ đục bỏ bản sọ ngoài chứa u.

Cả 4 trường hợp của chúng tôi đều có kết quả tốt, không có biến chứng liên quan đến kỹ thuật mổ.

## KẾT LUẬN

U xương sọ là bệnh lý hiếm gặp. Chẩn đoán và phân loại u xương sọ chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh học: X quang sọ, CTs sọ não. Phân biệt u xương lành tính và ác tính rất quan trọng để có hướng chẩn đoán và xử trí thích hợp. Điều trị chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ u. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật dựa vào bảng phân loại Enneking cải tiến. Điều trị u xương sọ lành tính cho kết quả tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

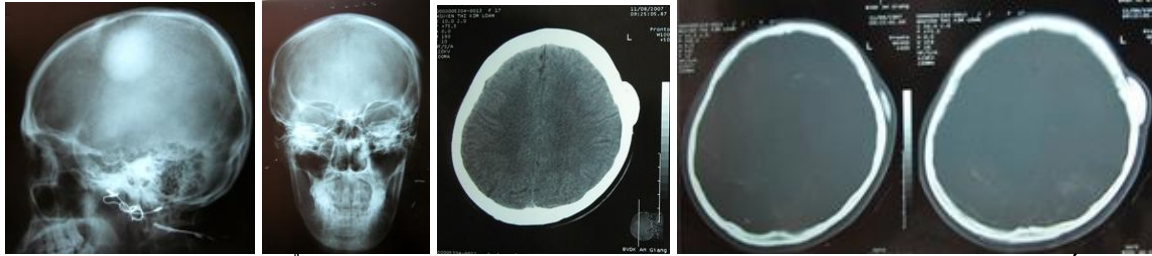
1. Draga Jichici: *Benign skull tumors*. Emedicine. Medscape. Update: Oct 13, 2009.
2. S. E. Doran, S. S. Gebarski, and J. T. Hoff: Tumor of the skull. *Youmans: Neurological Surgery*, fourth edition, vol IV. WB Saunders Company, 1994.
3. Mark S. Greenberg. Osteoma. *Handbook of Neurosurgery*. Seventh edition. Thieme Medical Publishers; 2010:698
4. Lê Chí Dũng: *Phân giai đoạn các bướu xương: yếu tố quyết định phương pháp điều trị và tiên đoán dự hậu*. Hội nghị thường niên lần thứ XV (2008). Hội chấn thương Chính hình Tp. Hồ Chí Minh. Lê Chí Dũng: *Bướu xương nguyên phát, nghiên cứu suất độ và phân loại 1712 trường hợp*.

<http://www.medic.com.vn/hncdha/24.htm> M Ruggieri et al. *Case report: Familial osteoma of the cranial vault*. The British of Radiology 1998;71:225-8.

5. B Prabhakar et al. *Osteoid osteoma of the skull*. The journal of bone and joint surgery 1972;54B(1):146-8.
6. Tadashi Akamatsu et al. *A case of mushroom shape temporal bone osteoma*. Tokai J Exp ClinMed 2009;34(3):87-91.
7. Lê Hồng Tân. *Cắt bỏ u xương sọ bằng dao laser CO<sub>2</sub>*. <http://medinet.vn/?cate=y&id=882da6e>.
8. Meher R, Gupta B, Singh I, Raj A. *Osteoma of occipital bone*. Indian J Surg. 2004; 66:365-7.

## HÌNH ẢNH MINH HỌA

### TRƯỜNG HỢP 1: OSTEOMA THÁI XƯƠNG TRÁI

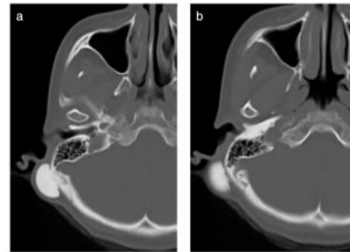


XQ trước mổ

CT scan: Osteoma TD (T) có dạng hình nấm

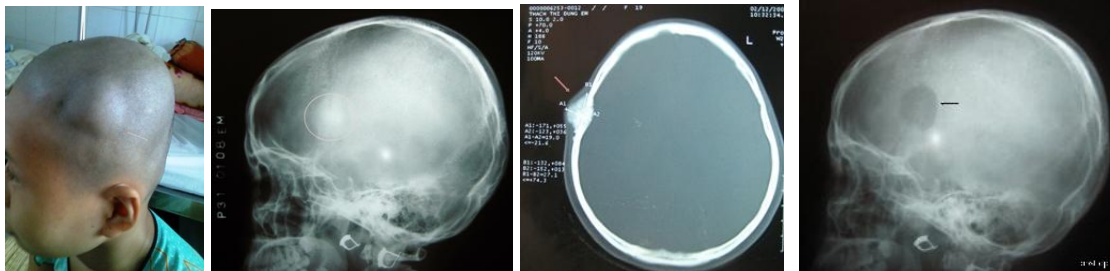


XQ kiểm tra sau mổ



Osteoma hình nấm – Nhật Bản (2009)

### TRƯỜNG HỢP 2: OSTEOMA THÁI DƯƠNG PHẢI



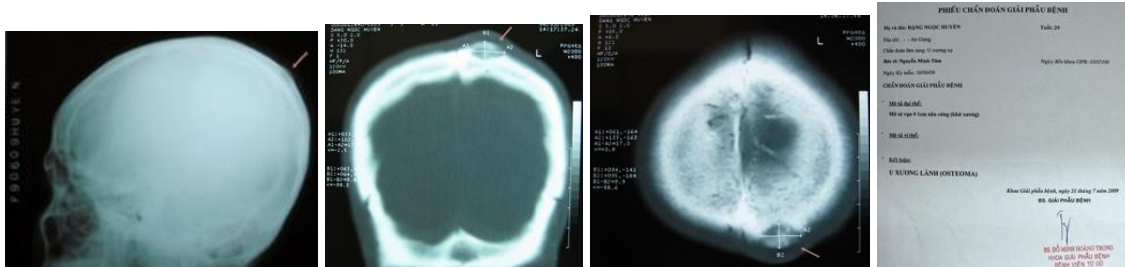
U vùng TD (P)

XQ trước mổ

CTs: u xương TD (P)

XQ kiểm tra sau mổ

### TRƯỜNG HỢP 3: OSTEOMA ĐỈNH TRÁI



XQ trước mổ

CTscan: Osteoma đỉnh (T)

Kết quả GPBL