

ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT CỘT SỐNG CHẾ ĐÔI TRẺ EM

Đặng Đỗ Thanh Cân*, Lại Huỳnh Thuận Thảo*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật dị tật cột sống chế đôi ở trẻ em bằng kính hiển vi phẫu thuật và máy kích thích thần kinh – cơ.

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu tiên cứu mô tả trên 12 bệnh nhi bị dị tật cột sống chế đôi được phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6 – 2009 đến tháng 10 – 2009. Các dữ kiện lâm sàng, cận lâm sàng (cộng hưởng từ), kết quả phẫu thuật và biến chứng được thống kê và phân tích trên phần mềm SPSS 11.5.

Kết quả: Tỷ lệ cải thiện triệu chứng 33,3%, không thay đổi 58,3%, xấu hơn 8,3% (tổn thương rễ L5). Có 1 trường hợp sau mổ tổn thương rễ L5.

Kết luận: Việc ứng dụng vi phẫu thuật và máy kích thích thần kinh – cơ có thể hạn chế được tỷ lệ biến chứng thần kinh sau mổ.

Từ khóa: dị tật cột sống chế đôi, thoát vị màng tủy, thoát vị tủy-màng tủy, thoát vị tủy-màng tủy-mỡ, cột sống bị dính chặt.

ABSTRACT

THE TREATMENT OF CHILDREN SPINA BIFIDA

Dang Do Thanh Can, Lai Huynh Thuan Thao

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol.14 – Supplement of No 1-2010: 210 - 213

Object: To evaluate application of microscopy and neuro-muscular stimulation in the treatment of children spina bifida. SPSS 11.5 is used to analyze the clinical status, images, results and complications.

Method: This is a prospectively descriptive statistics in series 12 children who were operated in Cho Ray hospital from 6 – 2009 to 10 – 2009.

Results: With recovery 33,3%, no change 58,3%, worse 8,3%. One case is injured L5 nerve root.

Conclusion: Applying microscopy and neuromuscular stimulator can reduce the neurological complication risk after surgery.

Keywords: spina bifida, meningocele, myelomeningocele, lipomyelomeningocele, tethered cord

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật cột sống chế đôi là một bất thường của sự phát triển trong giai đoạn rất sớm từ tuần thứ 3 – 5 của phôi khi bắt đầu hiện tượng khép ống thần kinh^(2,3). Hiện tượng này không hoàn chỉnh dẫn đến khuyết thành phần cung sau của đốt sống (mỏm gai, bàng sống). Từ đó các thành phần của ống thần kinh sẽ bị thoát vị ra ngoài ống sống, đôi khi các thành phần khác của ngoại bì (mô da), trung bì (mô mỡ), nội bì (mô ruột) lại chui vào trong dính vào tẩm thần kinh^(2,3,4).

Tùy hình thái khối thoát vị, người ta chia làm 2 dạng chính:

Dị tật cột sống chế đôi hở (spina bifida aperta, spina bifida cystica, opened spina bifida): khi có các thành phần của mô thần kinh trong túi thoát vị

- Thoát vị màng tủy (meningocele)
- Thoát vị tủy màng tủy(myelomeningocele)
- Thoát vị tủy (myelocele)

Dị tật cột sống chế đôi kín (spina bifida occulta, closed spina bifida): khi ống thần kinh

* Bộ môn Ngoại Thần kinh - Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
Địa chỉ liên hệ: BS. Đặng Đỗ Thanh Cân DT: 0919168345

Email: drthanhcان@gmail.com

không bị thoát vị ra khỏi ống sống. Có rất nhiều tổn thương trong nhóm này.

- Thoát vị tuỷ - màng tuỷ - mỡ (lipomyelomeningocele)
- U mỡ dây tặn cùng (fatty filum)
- U mỡ trong màng cứng (intradural lipoma)
- Dây tặn cùng bị dính chặt (tight filum terminale)
- Xoang bì (dermal sinus)
- Nang thần kinh - ruột (neurenteric cyst)
- Tuỷ sống chẻ đôi (diastatomyelia)

Về tần suất mắc từ 1 - 2/1000 trẻ sinh sống

Các yếu tố nguy cơ⁽²⁾:

- Gia đình có người mắc bệnh: 2-3%/1MM, 6-8%/ 2MM
- Môi trường sống: chiến tranh, nghèo đói, thảm họa.
- Thai sản:
 - + Thiếu acid folic (liên quan đến 70-80% trường hợp)
 - + Sử dụng thuốc valproic acid, vitamin A
 - + Béo phì, tiểu đường

Đột biến gen.

Vấn đề chẩn đoán tiền sản rất quan trọng cần được thực hiện một cách thường qui ở tất cả các sản phụ để có thể tư vấn thích hợp. Có 3 xét nghiệm thường được thực hiện^(2,3):

- AFP/máu: được xét nghiệm từ tuần 15 - 20 thai kì (>2 lần mức bình thường) có thể phát hiện với độ nhạy 90%. Có đến 20% dị tật cột sống chẻ đôi kín không tăng AFP/máu. Những trường hợp thai có thoát vị rốn cũng có thể tăng AFP/máu.
- Siêu âm thai: trong 3 tháng giữa có thể phát hiện đến 90 - 95% trường hợp, nhất là khi có tăng AFP/máu và có thể phân biệt được tăng AFO/máu không do nguyên nhân dị tật ống thần kinh.
- Chọc ối (đo AFP/dịch ối): trong những trường hợp AFP/máu tăng mà siêu âm bình thường. Nguy cơ sảy thai do thủ thuật là 6%.

Lâm sàng rất đa dạng

Biểu hiện da: dọc theo cột sống là dấu hiệu quan trọng nhất (chủ yếu ở thắt lưng - cùng, có thể bị nhiều nơi).

- Tuỷ - màng tuỷ lộ ra ngoài
- Nang chứa dịch não tuỷ
- Khối u mỡ dưới da
- Rậm lông
- U mạch máu dưới da
- Máu da thừa
- Lõm đồng tiền
- Dát thay đổi sắc tố
- Lỗ dò

Trẻ có thể có các triệu chứng yếu chi, rối loạn cảm giác, loét cùng cụt, rối loạn cơ vòng....

Có rất nhiều dị tật khác đi kèm:

- Đầu nước
- Dị dạng Arnold - Chiari type II
- Gù, vẹo cột sống
- Tuỷ bị dính chặt
- Biến dạng khớp háng, gối, gót ...

Vấn đề chỉ định mổ tuỷ thuộc vào loại dị tật kín hay hở. Tất cả những trường hợp hở, đã vỡ hay có nguy cơ vỡ nên mổ càng sớm càng tốt (24 - 36h đầu) để tránh nguy cơ nhiễm trùng^(2,3). Những dị tật kín khi có triệu chứng thì có chỉ định mổ. Trường hợp thoát vị tuỷ - màng tuỷ - mỡ chùm đuôi ngựa không triệu chứng còn nhiều bàn cãi, một số chủ trương theo dõi, số khác mổ phòng ngừa⁽³⁾. Để trẻ có thể hoà nhập vào cuộc sống và tự chăm sóc được bản thân, cần sự phối hợp rất nhiều chuyên khoa: ngoại thần kinh, nhi khoa, tiết niệu, chỉnh hình, phục hồi chức năng, tâm lí ...

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng

Các bệnh nhi bị dị tật cột sống chẻ đôi được phẫu thuật tại BV Chợ Rẫy từ tháng 6/2009 đến tháng 10/2009.

Phương pháp

Đây là nghiên cứu tiền cứu mô tả, các dữ liệu được thống kê và xử lý trên phần mềm SPSS 11.5

Chỉ định phẫu thuật

Những trường hợp dị tật cột sống chẻ đôi hở có các dấu hiệu vỡ, doạ vỡ, nhiễm trùng tại chỗ hay có viêm màng não chúng tôi chỉ định mổ cấp cứu không chờ kết quả phim MRI.

Những trường hợp dị tật kín chúng tôi tiến hành chụp MRI toàn bộ hệ thần kinh trung ương, CT scan não, XQ cột sống, XQ xương chi để khảo sát các dị tật kèm theo và mô chương trình.

Tường trình phẫu thuật

- Bệnh nhân được đặt nội khí quản, gây mê toàn thân
- Kê tư thế nằm sấp
- Sát trùng tại chỗ bằng dung dịch Betadine. Trải khăn mổ.
- Cài đặt máy TOF-WATCH, gắn đầu transducer vào ngón chân cái bệnh nhân, hai đầu điện cực âm, dương sẽ được gắn vào chui que bipolar.
- Rạch da theo chu vi tổn thương, theo đường ngang hoặc dọc, chú ý không để thiếu da lúc đóng vết mổ. Bóc tách mô dưới da tìm màng cứng. Mỡ màng cứng.
- Bóc tách tẩm thần kinh khỏi mô xung quanh, cắt khối u mỡ dưới kính hiển vi phẫu thuật. Máy kích thích điện thần kinh - cơ sẽ được dùng thăm dò trong lúc bóc tách để tránh cắt nhầm vào rễ thần kinh.
- Khâu tạo hình lại ống thần kinh theo 5 lớp: plade code, màng cứng, khâu tăng cường bằng vạt cơ cạnh sống, mô dưới da và da.

KẾT QUẢ

Tuổi

Độ tuổi từ 3 tháng đến 8 tuổi, tập trung lứa tuổi 1 – 2 tuổi.

Giới

Phân bố theo giới: nam 7 ca (58,3%), nữ 5 ca (41,7%)

Các yếu tố dịch tễ

Con đầu lòng chiếm 11 ca, có 1 ca là con thứ hai tuy nhiên không trường hợp nào có anh, chị, em bị dị tật cột sống chẻ đôi. Về thai kì của mẹ, 11 trường hợp được khám thai đầy đủ có sử dụng viên Fe – acid folic suốt thai kì, một trường hợp người dân tộc thiểu số không khám thai và tự sanh tại nhà.

Chẩn đoán tiền sản

Có 11 trường hợp không được chẩn đoán trước sanh, 1 trường hợp phát hiện vào tháng thứ 8 thai kì.

Lâm sàng

Biểu hiện trên da

Dấu hiệu	Tỉ lệ
Nang dịch	100% (2/2 myelomeningocele)
Doạ vỡ	100% (2/2 myelomeningocele)
U mỡ	100% (9/9 lipomyelomeningocele)
Râm lông	16,7 % (2/12)
Dát sắc tố	8,3% (1/12)
Lõm đồng tiền	58,3% (7/12)
U mạch máu	25% (4/12)

Triệu chứng

Triệu chứng	%
Yếu chi	8,3
Rối loạn cơ vòng	58,3
Loét da + rối loạn cơ vòng	8,3
Không triệu chứng	25

Phân loại

Phân loại	Số ca	%
TV tuỷ - màng tuỷ	2	16,7
TV tuỷ - màng tuỷ - mỡ	9	75
Tuỷ bị dính chặt	1	8,3

Dị tật kèm theo

Dị tật kèm theo	Số ca	%
Không có	2	16,7
Tuỷ bị dính chặt	9	75
Biến dạng chi	1	8,3

Vị trí

Vị trí	%
D4 – D8	8,3
L1 – L5	8,3
S1 – S5	83,4

Biến chứng

Biến chứng	Số ca	%
Yếu chi	1	8,3
Nhiễm trùng vết mổ	1	8,3
Dò DNT	1	8,3

Kết quả

Kết quả	Số ca	%
Không thay đổi	7	58,3
Cải thiện	4	33,3
Xấu hơn	1	8,3

BÀN LUẬN

Dị tật cột sống chẻ đôi là một khiếm khuyết phát triển ống thần kinh nặng, thường kèm đa dị tật, tỉ lệ tử vong và di chứng nặng. Vai trò chẩn đoán tiền sản rất quan trọng. Trong nghiên cứu có 11 trường hợp không được chẩn đoán trước sanh, thậm chí có 1 trường hợp không được khám thai. Cho thấy ý thức của sản phụ còn thấp và vai trò tư vấn, tầm soát ở tuyến tỉnh chưa được chú trọng.

Những biểu hiện ở da rất quan trọng và đặc hiệu, nhất là khi sờ dọc theo móm gai các đốt sống dễ dàng phát hiện bệnh nhân bị tật cột sống chẻ đôi hay không. Những trường hợp dị tật hở cần được chuyển đến tuyến chuyên khoa ngay sau sanh để phẫu thuật sớm 24h đầu, hạn chế nhiễm trùng sơ sinh. Những trường hợp dị tật kín thường không có triệu chứng lâm sàng ngoại trừ những biểu hiện kín đáo ở da nên thường phát hiện trễ hơn sau 1 tuổi. Cho thấy việc thăm khám kĩ trẻ sau sanh giúp phát hiện sớm những dị tật ẩn này.

Phẫu thuật giải phóng ống thần kinh khỏi mô xung quanh hoặc u mỡ gặp rất nhiều khó khăn, nguy cơ cắt phải rễ thần kinh rất cao. Trong nghiên cứu chúng tôi dùng máy kích thích thần kinh - cơ (TOF-WATCH) để thăm dò rễ vận động và dùng kính hiển vi phẫu thuật để bóc tách cho thấy độ an toàn cao (11/12 ca = 91,7%). Trong điều kiện không có máy đo điện thế gọi kích thích (Evoked Potential) có thể phát hiện rễ vận động, cảm giác một cách liên tục trên biểu đồ thì việc ứng dụng máy kích thích thần kinh - cơ của chúng tôi có thể chấp nhận được

và cho thấy có lợi ích.

KẾT LUẬN

Điều trị dị tật cột sống chẻ đôi là một thách thức lớn của y học cần sự phối hợp nhiều chuyên khoa. Vai trò chẩn đoán tiền sản cần được thực hiện tốt ở các bệnh viện phụ sản, nhất là tuyến tỉnh.

Ngày nay, việc ứng dụng vi phẫu thuật và đo điện thế gọi kích thích rất quan trọng để làm giảm tỉ lệ biến chứng thần kinh sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lại Huỳnh Thuận Thảo (2009). Đề cương: “Ứng dụng máy kích thích thần kinh - cơ trong điều trị thoát vị tuỷ - màng tuỷ trẻ em”, ĐHYD TPHCM
2. Mark. Greenberg (2006). “Neural tube defect”. Hand book of neurosurgery, Thieme, New York, p111 - 118.
3. Mmet Ozek et al (2008). Spina bifida, Springer - Verlag, Italy, p19 - 58, p143 - 156, p445 - 474.
4. Phạm Hồng Huân (2006). Điều trị vi phẫu thuật thoát vị tuỷ - màng tuỷ ở trẻ em, ĐHYD TPHCM.

