

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG XUYÊN MÀNG CỨNG: NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Hoàng Hữu Đức¹, Vũ Văn Cường¹, Đinh Thế Hưng¹,
Nguyễn Duy Linh¹, Lê Đức Anh¹, Vũ Thị Giang¹,
Đàm Mạnh Tiến¹, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng xuyên màng cứng chỉ chiếm từ 0.26–0.30% trong tổng số thoát vị đĩa đệm cột sống nhưng lại gây nên tổn thương thần kinh nghiêm trọng và rất dễ bỏ sót trong quá trình phẫu thuật nếu không nghĩ tới và mở màng cứng thăm dò. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam, 59 tuổi vào viện vì thoát vị đĩa đệm L12 gây liệt rễ L2. Bệnh nhân được phẫu thuật hàn xương liền thân đốt L12, tuy nhiên trong quá trình phẫu thuật chúng tôi không tìm thấy khối thoát vị tương ứng và đã mở màng cứng kiểm tra xác định khối thoát vị xuyên màng cứng. Sau phẫu thuật bệnh nhân giảm đau nhiều và dần hồi phục về vận động.

Từ khóa: Ca lâm sàng, thoát vị đĩa đệm cột sống, xuyên màng não

SUMMARY

INTRADURAL LUMBAR DISC HERNIATION: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Lumbar intradural disk herniation (IDH) is a rare but serious complication of spinal disk protrusions. Diagnosis is still difficult despite current neuroradiologic imaging techniques and their surgical treatment requires a transdural approach. A 59 years old male, who had low back pain and radiculopathy L2 pain of 1 week duration. Neurological examination showed strength L2 2/5. The patients underwent surgery and in this case a hard mass was palpated through the dura. The patients experienced immediate postoperative relief of back pain following surgery. His neurologic deficit returned.

Keywords: Case report, lumbar intradural, disc herniation

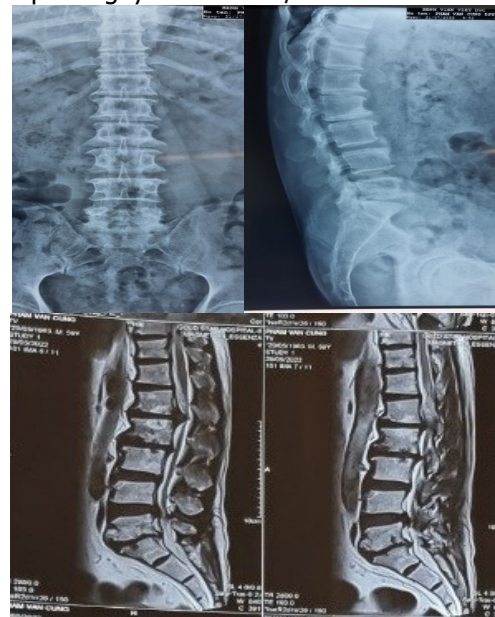
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng là sự di chuyển của nhân nhày đĩa đệm xuyên qua màng cứng vào khoang dưới màng cứng[1]. Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng chỉ chiếm từ 0.26–0.30% trong tổng số thoát vị đĩa đệm cột sống và chủ yếu gặp ở vùng cột sống thắt lưng chiếm tới 92%.[1]. Tuy tỷ lệ gặp rất thấp nhưng chúng

lại gây nên tổn thương thần kinh nặng nề hơn và có thể bỏ sót trong quá trình phẫu thuật. Vì vậy nghiên cứu chẩn đoán trước và trong phẫu thuật các trường hợp thoát vị xuyên màng cứng là cần thiết để có phương pháp phẫu thuật phù hợp tránh bỏ sót và gây các tổn thương thần kinh không hồi phục. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật cột sống, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Ca lâm sàng. Bệnh nhân nam, 59 tuổi, tiền sử đái tháo đường điều trị thường xuyên. Cách vào viện 1 tuần bệnh nhân xuất hiện đau cột sống thắt lưng. Sau 3 ngày bệnh nhân xuất hiện đau lan chân phải không đi lại được. Khám vào viện: Bệnh nhân tỉnh, huyết động ổn, đau chân phải rễ L2, cơ lực rễ L2 phải 3/5, các rễ khác cơ lực 5/5, chức năng cơ tròn bình thường. MRI có hình ảnh thoát vị đĩa đệm L12 lớn chèn ép thần kinh lệch phải. Bệnh nhân được chỉ định mổ nhưng do đường huyết cao >15mmol/l nên cần điều trị ổn định trước mổ. Bệnh nhân được mổ sau 1 tuần điều trị đường máu ổn định với cơ lực rễ L2 phải ngay trước mổ 1/5.



¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

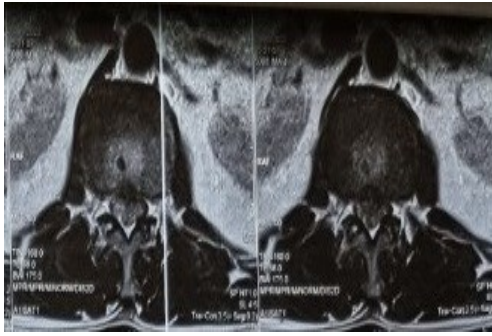
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hữu Đức

Email: hoangduc256@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật hàn xương liên thân đốt L12 qua lỗ liên hợp. Trong quá trình phẫu thuật mở cung sau và lỗ liên hợp 2 bên chúng tôi thấy màng cứng rất căng khó di động. Tuy nhiên khi thăm 2 bên từ lỗ liên hợp vào mặt trước màng cứng thì không thấy thoát vị lớn tương xứng trên phim. Chúng tôi quyết định mở màng cứng. Dưới kính vi phẫu, màng cứng được mở theo đường giữa và thấy khối thoát vị lớn nằm trong màng cứng bên phải, có điểm rách màng cứng phía trước. Tiến hành lấy thoát vị kích thước 1*2cm và gửi giải phẫu bệnh rồi đóng màng cứng vị trí mở, vị trí màng cứng rách phía trước chúng tôi không can thiệp.



Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy đây là tổ chức nhân nhày đĩa đệm. Hậu phẫu bệnh nhân ổn định, dẫn lưu không ra dịch não tủy và được rút sau 48h. Sau 5 ngày bệnh nhân có thể ngồi dậy và đi lại nhẹ nhàng. Sau 1 tuần bệnh nhân được xuất viện và tiếp tục phục hồi chức năng. Khám lại 2 tháng sau mổ cơ lực rễ L2 phải hồi phục và đạt cơ lực 3/5.

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng lần đầu được báo cáo vào năm 1942 bởi Danny và sau đó có 140 ca được báo cáo tiếp theo tới năm 2009.[1]. Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng chỉ chiếm từ 0.26–0.30 % trong tổng số thoát vị đĩa đệm cột sống và chủ yếu gặp ở vùng cột sống thắt lưng chiếm tới 92% và 5% ở vùng cột sống ngực [1]. Trong đó 55% thoát vị xuyên màng cứng cột sống thắt lưng ở vị trí L45, 16% ở vị trí L34, 10% ở L5S1 và một số rất nhỏ xảy ra ở L12 và L23. [2]

Cơ chế bệnh sinh của thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng chưa được xác định chính xác. Tuy nhiên các tác giả đều thống nhất để có thoát vị xuyên màng cứng cần có sự tổn thương của cả dây chằng dọc sau và màng cứng với 1 số yếu tố nguy cơ như sau:[3]

- Có sự kết dính phía sau của dây chằng dọc sau và màng cứng tự nhiên. Yildizhan và cộng sự đã phẫu tích 40 mẫu xác và phát hiện ra các mối liên hệ mật thiết giữa màng cứng, và dây chằng dọc sau; những sự kết dính này xảy ra thường xuyên nhất trong khoảng trống L45. Vì vậy đây là vị trí hay gặp nhất của thoát vị xuyên màng cứng.[4]

- Hẹp ống sống bẩm sinh làm cho khoang ngoài màng cứng hẹp hơn vì thế dễ gây nên tình trạng thoát vị xuyên màng cứng hơn.

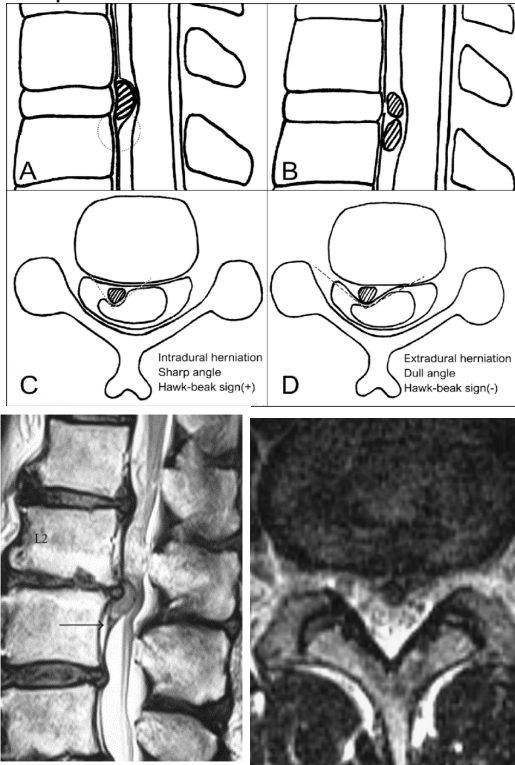
- Tình trạng màng cứng mỏng bẩm sinh

- Sự kết dính của màng cứng và dây chằng dọc sau sau phẫu thuật.

Chẩn đoán thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng trước phẫu thuật luôn là 1 thách thức cho các phẫu thuật viên. Triệu chứng lâm sàng của thoát vị đĩa đệm đơn thuần và thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng là tương tự như nhau. Tuy nhiên hội chứng đuôi ngựa thường xuất hiện sớm và với tần suất nhiều hơn ở thoát vị xuyên màng cứng. Tỷ lệ hội chứng đuôi ngựa ở thoát vị đĩa đệm cột sống lưng đơn thuần là 0,5-1% [5] trong khi đó ở thoát vị xuyên màng cứng là 30% [1]. Với bệnh nhân của chúng tôi thì triệu chứng liệt rễ thần kinh xuất hiện sớm nhưng bệnh nhân không có hội chứng đuôi ngựa đi kèm.

Có 3 phương pháp chính giúp chẩn đoán thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng là: Chụp Xquang tủy cản quang, cắt lớp vi tính tủy cản quang và cộng hưởng từ. Cộng hưởng từ đang được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm và cần phối hợp với gadolinium-diethylenetriaminopentaacetic acid (DTPA) khi có nghi ngờ thoát vị xuyên màng cứng. 2 dấu hiệu quan trọng hướng tới thoát vị xuyên màng cứng

là sự mất liên tục của dây chằng dọc sau và dấu hiệu mỏ chim ưng. Đôi khi chúng ta cũng cần phân biệt với các u thần kinh như u màng não, u màng nhện, viêm màng nhện...[3] Với bệnh nhân của chúng tôi do chúng tôi chưa nghĩ tới thoát vị xuyên màng cứng trước mổ nên bệnh nhân không được chụp phim cộng hưởng từ có tiêm thuốc nhưng trên phim không tiêm thuốc cũng có thể thấy dấu hiệu mỏ chim ưng mà chúng tôi đã bỏ qua.



Tuy nhiên rất nhiều trường hợp không thể phân biệt được thoát vị ngoài hay dưới màng cứng. Vì vậy bất chấp sự tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh thì chẩn đoán thoát vị xuyên màng cứng cuối cùng vẫn dựa vào trong mổ.[3]

Về phẫu thuật, theo Blikra và cộng sự báo cáo, hầu hết các trường hợp thoát vị đĩa đệm xuyên màng cứng có sự dính giữa màng cứng và khoang đĩa đệm. Vì thế tác giả đưa ra khuyến cáo cần nghĩ tới thoát vị xuyên màng cứng khi gặp khó khăn trong quá trình phẫu tích màng cứng và khoang đĩa đệm [6]. Theo báo cáo của Aydin và Lee cũng cần nghĩ tới thoát vị xuyên màng cứng khi thấy màng cứng căng, khó di động mà không tìm được khối thoát vị phía trước tương xứng [7]. Với bệnh nhân của chúng tôi, sau khi mở rộng cung sau và lỗ liên hợp, chúng

tôi thấy màng cứng rất căng, bị đẩy lệch mà không tìm thấy thoát vị khi thăm dò phía trước. Vì thế chúng tôi quyết định mở màng cứng và làm việc dưới kính vi phẫu. Việc sử dụng kính vi phẫu được khuyến cáo là cần thiết để tránh làm tổn thương thần kinh xuất hiện thêm trong quá trình phẫu thuật. Với vết rách màng cứng phía trước, theo tác giả Yildizhan, việc đóng lại vết rách ấy bằng chỉ rất khó và không cần thiết. Tác giả khuyến cáo nên dùng các vật liệu cầm máu hoặc vật liệu vá màng cứng để hỗ trợ và nên để bệnh nhân nghỉ ngơi tuyệt đối trong 48 giờ đầu tránh rò dịch não tủy sau mổ. [4]

V. KẾT LUẬN

Thoát vị xuyên màng cứng là một thể thoát vị rất hiếm gặp. Tuy nhiên để chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật là rất khó. Vì thế cần chú ý các dấu hiệu như dính màng cứng và 0 khoang đĩa đệm hay màng cứng căng, khó di động mà không tìm thấy thoát vị tương xứng trong phẫu thuật để có quyết định mở màng cứng phù hợp tránh bỏ sót.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Epstein NE, Syrquin MS, Epstein JA, Decker RE.** Intradural disc herniations in the cervical, thoracic and lumbar spine: report of three cases and review of the literature. *J Spinal Disord.* 1990;3(4):396–403
2. **Oztürk A, Avci E, Yazgan P, Torun F, Yücetaş S, Karabağ H.** Intradural herniation of intervertebral disk at the level of lumbar 1–lumbar 2. *Turk Neurosurg* 2007;17(2):134–7
3. **Giancarlo D’Andrea, Giuseppe Trill, Raffaelino Roperto,** Intradural lumbar disc herniations: the role of MRI in preoperative diagnosis and review of the literature, *Neurosurg Rev* (2004) 27:75–80 DOI 10.1007/s10143-003-0296-3.
4. **Yildizhan A, Paşaoğlu A, Okten T, Ekinci N, Aycan K, Aral O.** Intradural disk herniations pathogenesis, clinical picture, diagnosis and treatment. *Acta Neurochir (Wien)* 1991;110(3–4):160–5
5. **Kardaun JW, White LR, Shaffer WO.** Acute complications in patients with surgical treatment of lumbar herniated disc. *J Spinal Disord.* 1990;3(1):30–38. doi: 10.1097/00002517-199003000-00006.
6. **Blikra G.** Intradural herniated lumbar disc. *J Neurosurg.* 1969;31:676–679. doi: 10.3171/jns.1969.31.6.0676.
7. **Lee JS, Suh KT.** Intradural disc herniation at L5–S1 mimicking an intradural extramedullary spinal tumor: a case report. *J Korean Med Sci.* 2006;21:778–780. doi: 10.3346/jkms.2006.21.4.778