

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF EPILEPTIC LESIONS SURGERIED AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Sy Lanh^{1*}, Nguyen Quoc Dat¹, Le Duc Anh¹, Nguyen Tung Ngoc¹
Nguyen Thi Yen¹, Tran Hai Anh¹, Ho Thi Ha¹, Tran Dinh Van²

¹Department of Pathology, Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem district, Hanoi, Vietnam

²Department of Neurosurgery I, Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem district, Hanoi, Vietnam

Received: 22/5/2025

Revised: 03/6/2025; Accepted: 05/6/2025

ABSTRACT

Background: Epilepsy is one of the most common and serious neurological disorders worldwide, with an increasing burden and affecting nearly all age groups. Histopathological examination after epilepsy surgery plays an important role in determining the cause of epilepsy, guiding treatment, and providing essential information for research into epileptogenic mechanisms and the development of new therapeutic approaches.

Objective: To evaluate histopathological lesions in patients undergoing epilepsy surgery and several clinical characteristics.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 46 patients who underwent epilepsy surgery and histopathological examination at the Department of Pathology, Viet Duc University Hospital, from January 2024 to December 2024.

Results: The mean age of the study group was 21.98 ± 9.381 years, with a male-to-female ratio of 1.7. The proportion of seizures with and without aura was 41.3% and 58.7%, respectively. All patients presented with focal seizures. The most common symptoms were sudden loss of consciousness (93.5%), early eye or head deviation (47.8%), and automatisms (45.7%). Hippocampal sclerosis accounted for 30.4%, focal cortical dysplasia for 19.6%, glioma for 23.9%, and dysembryoplastic neuroepithelial tumor for 4.3%. Hippocampal sclerosis combined with focal cortical dysplasia accounted for 13%, hippocampal sclerosis combined with Glioma for 6.5%, and hippocampal sclerosis combined with dysembryoplastic neuroepithelial tumor for 2.2%.

Conclusion: Epilepsy can onset at any age but tends to be more prevalent in the younger age group from 10 to 29 years, with no gender difference. The most common clinical seizure type is focal impaired awareness seizure. The most frequent histopathological findings are hippocampal sclerosis and focal cortical dysplasia.

Keywords: Epilepsy, hippocampal sclerosis, focal cortical dysplasia, epilepsy histopathology.

*Corresponding author

Email: nguyensylanhbvvd@gmail.com **Phone:** (+84) 912462417 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD9.2675**

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC TỔN THƯƠNG ĐỘNG KINH ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Sỹ Lánh^{1*}, Nguyễn Quốc Đạt¹, Lê Đức Anh¹, Nguyễn Tùng Ngọc¹
Nguyễn Thị Yến¹, Trần Hải Anh¹, Hồ Thị Hà¹, Trần Đình Văn²

Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam
Khoa Phẫu thuật thần kinh I, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 22/5/2025

Ngày chỉnh sửa: 03/6/2025; Ngày duyệt đăng: 05/6/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh là một trong những bệnh lý thần kinh nghiêm trọng phổ biến nhất toàn cầu với gánh nặng ngày càng tăng và ảnh hưởng đến hầu hết mọi lứa tuổi. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật động kinh đóng vai trò quan trọng trong việc xác định nguyên nhân gây động kinh và hướng dẫn điều trị cũng như cung cấp thông tin cần thiết cho nghiên cứu về cơ chế gây động kinh và phát triển các phương pháp điều trị mới.

Mục tiêu: Đánh giá tổn thương mô bệnh học trên bệnh nhân được phẫu thuật động kinh và một số đặc điểm lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân phẫu thuật điều trị động kinh được làm xét nghiệm mô bệnh học tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $21,98 \pm 9,381$, tỷ lệ nam/nữ = 1,7. Con động kinh khởi phát có tiền triệu và không có tiền triệu lần lượt là 41,3% và 58,7%, tất cả các trường hợp đều là con động kinh cục bộ. Triệu chứng hay gặp nhất trong cơn là mất ý thức đột ngột (93,5%), quay mắt hoặc quay đầu sớm (47,8%), động tác tự động (45,7%). Xơ hóa hải mã chiếm 30,4%, loạn sản vỏ não khu trú (19,6%), u thần kinh đệm (23,9%), u biểu mô thần kinh nghịch sản phôi (4,3%). Xơ hóa hải mã phối hợp loạn sản vỏ não khu trú (13%), xơ hóa hải mã phối hợp u thần kinh đệm (6,5%), xơ hóa hải mã phối hợp u biểu mô thần kinh nghịch sản phôi (2,2%).

Kết luận: Động kinh có thể khởi phát ở mọi lứa tuổi, thường ưu thế ở nhóm tuổi trẻ từ 10-29 tuổi, không có khác biệt giữa hai giới. Dạng cơn lâm sàng hay gặp là cơn cục bộ mất ý thức. Tổn thương giải phẫu bệnh hay gặp là xơ hóa hải mã và loạn sản vỏ não khu trú.

Từ khóa: Động kinh, xơ hóa hải mã, loạn sản vỏ não khu trú, mô bệnh học động kinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trong những bệnh lý thần kinh nghiêm trọng phổ biến nhất toàn cầu với gánh nặng ngày càng tăng và ảnh hưởng đến hầu hết mọi lứa tuổi. Trên thế giới ước tính có khoảng hơn 51 triệu người mắc bệnh động kinh, số mắc mới từ 16-134/100.000 người. Tỷ lệ này ở Việt Nam là 44,8/100.000 người.

Mặc dù hiện nay có nhiều loại thuốc chống động kinh ra đời, nhưng tỷ lệ kháng thuốc khá cao, chiếm 30%. Trên thế giới, chiến lược điều trị động kinh kháng thuốc gồm 3 nhóm cơ bản: điều trị thuốc chống động kinh, phẫu thuật và điều trị thay thế (kích thích thần kinh, chế độ ăn sinh ceton). Phẫu thuật có vai trò quan trọng nhằm loại bỏ vùng não gây cơn động kinh, giúp cải thiện chất lượng sống và giảm gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân. Tổn thương mô bệnh học là yếu tố quan

trọng trong chẩn đoán và điều trị động kinh, đặc biệt là đối với các trường hợp động kinh kháng trị. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật động kinh đóng vai trò quan trọng trong việc xác định nguyên nhân gây động kinh và hướng dẫn điều trị cũng như cung cấp thông tin cần thiết cho nghiên cứu về cơ chế gây động kinh và phát triển các phương pháp điều trị mới. Đã có nhiều nghiên cứu về động kinh ở Việt Nam, tuy nhiên hầu hết là các nghiên cứu về lâm sàng chứ chưa có nghiên cứu nào về mô bệnh học. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tổn thương mô bệnh học trên bệnh nhân được phẫu thuật động kinh và một số đặc điểm lâm sàng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

46 bệnh nhân phẫu thuật điều trị động kinh được làm

*Tác giả liên hệ

xét nghiệm mô bệnh học tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các bước nghiên cứu:

- Thu thập thông tin lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng.

- Thu thập tiêu bản HE và hóa mô miễn dịch, khối nền của các trường hợp nghiên cứu đánh giá đặc điểm mô bệnh học động kinh.

Các số liệu và kết quả thu được được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0 tính tần suất, tỷ lệ %, số trung bình, kiểm định Chi bình phương.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu

Giới	Độ tuổi trung bình	p
Nam	23,86 ± 8,551	0,073
Nữ	18,76 ± 9,941	
Tổng	21,98 ± 9,381	

Nhận xét: Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 46 người có tuổi trung bình là 21,98 ± 9,381, với nam giới là 23,86 ± 8,551 và nữ giới là 18,76 ± 9,941. So sánh độ tuổi trung bình ở nam giới và nữ giới thấy không có sự khác biệt với p = 0,073.

Bảng 2. Phân bố nhóm tuổi theo giới tính (n = 46)

Nhóm tuổi		Giới tính		Tổng (n = 46)
		Nam (n = 29)	Nữ (n = 17)	
< 10 tuổi	n	2	4	6
	Tỷ lệ	6,9%	23,5%	13,0%
10-19 tuổi	n	7	6	13
	Tỷ lệ	24,1%	35,3%	28,3%
20-29 tuổi	n	10	5	15
	Tỷ lệ	34,5%	29,4%	32,6%
30-39 tuổi	n	10	1	11
	Tỷ lệ	34,5%	5,9%	23,9%
≥ 40 tuổi	n	0	1	1
	Tỷ lệ	0%	5,9%	2,2%

Bảng 3. Phân loại dạng động kinh (n = 46)

Phân loại cơn	n	Tỷ lệ
Khởi phát có tiền triệu	19	41,3%
Khởi phát không có tiền triệu	27	58,7%
Cơn cục bộ còn ý thức	2	4,3%
Cơn cục bộ mất ý thức khởi phát không vận động	14	30,4%
Cơn cục bộ mất ý thức chuyển cục bộ co cứng co giật toàn thể	30	65,3%
Cơn khởi phát toàn thể	0	0%

Nhận xét: Khởi phát cơn động kinh có tiền triệu là 41,3%, còn lại 58,7% là các trường hợp không có triệu chứng báo trước. Toàn bộ người bệnh cơn động kinh khởi phát là cơn cục bộ, đa số là cơn cục bộ mất ý thức chiếm 95,7%, trong đó cơn cục bộ mất ý thức chuyển thành cục bộ co cứng co giật toàn thể chiếm 65,3%, và cơn cục bộ mất ý thức khởi phát không vận động chiếm 30,4%.

Bảng 4. Triệu chứng trong cơn động kinh (n = 46)

Triệu chứng trong cơn động kinh	n	Tỷ lệ
Mất ý thức đột ngột	43	93,5%
Quay mắt hoặc quay đầu sớm	22	47,8%
Động tác tự động (nhai, liếm môi, vờ đầu ngón tay)	21	45,7%
Co giật cục bộ	16	34,8%
Hét to hoặc rên rỉ	6	13,0%
Hành động vô thức	3	6,5%

Nhận xét: Bảng trên cho thấy đa số người bệnh trong cơn động kinh đều mất ý thức (93,5%); triệu chứng cơn động kinh đa dạng, trong đó triệu chứng phổ biến là: quay mắt quay đầu sớm (47,8%), động tác tự động (45,7%), co giật cục bộ (34,8%), hét to hoặc rên rỉ (13%). Các triệu chứng ít gặp như hành động vô thức (6,5%).

Bảng 5. Đặc điểm mô bệnh học (n = 46)

Tổn thương mô bệnh học		n	Tỷ lệ
Một tổn thương	Loạn sản vỏ não khu trú	9	19,6%
	Xơ hóa hải mã	14	30,4%
	U thần kinh đệm	11	23,9%
	U biểu mô thần kinh nghịch sản phôi	2	4,3%
	Tổng	36	78,3%

Tổn thương mô bệnh học		n	Tỷ lệ
Hai tổn thương	Loạn sản vỏ não khu trú phổi hợp xơ hóa hải mã	6	13,0%
	Loạn sản vỏ não khu trú phổi hợp u thần kinh đệm	0	0%
	Loạn sản vỏ não khu trú phổi hợp u biểu mô thần kinh nghịch sản phổi	0	0%
	Xơ hóa hải mã phổi hợp u thần kinh đệm	3	6,5%
	Xơ hóa hải mã phổi hợp u biểu mô thần kinh nghịch sản phổi	1	2,2%
	Tổng	10	21,7%

Nhận xét: 36 trường hợp có 1 tổn thương giải phẫu bệnh, trong đó xơ hóa hải mã chiếm 30,4%, u thần kinh đệm 23,9%, loạn sản vỏ não khu trú 19,6%, u biểu mô thần kinh nghịch sản phổi 4,3%. Có 10 trường hợp có kết hợp 2 tổn thương giải phẫu bệnh: loạn sản vỏ não khu trú phổi hợp xơ hóa hải mã chiếm 13%, xơ hóa hải mã phổi hợp U thần kinh đệm 6,2%, xơ hóa hải mã phổi hợp u biểu mô thần kinh nghịch sản phổi chiếm 2,2%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, tuổi trung bình thời điểm phẫu thuật của mẫu nghiên cứu là $21,98 \pm 9,381$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,7, tương đồng với nghiên cứu động kinh kháng thuốc của Cossu M [5] và kết quả nghiên cứu của Trần Đình Văn [2]; sự khác biệt giới tính của nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê, tương tự các nghiên cứu của Lê Viết Thắng [1], Trần Đình Văn [2] và Riney K [7]. Độ tuổi phẫu thuật động kinh là một yếu tố tiên lượng quan trọng, phẫu thuật càng sớm càng giúp người bệnh có cơ hội cao khỏi bệnh và quay trở lại cuộc sống bình thường. Phẫu thuật sớm các trường hợp động kinh kháng thuốc có ý nghĩa đặc biệt quan trọng đối với trẻ em, nguyên nhân được đa số các tác giả đồng thuận là do cơ chế mềm dẻo của não bộ giúp trẻ em có khả năng phục hồi và bù trừ tốt hơn. Nghiên cứu của Barba C và cộng sự [3] so sánh hai nhóm phẫu thuật động kinh thùy thái dương kháng thuốc ở trẻ em và người lớn (trên 16 tuổi), kết quả chỉ ra tỉ lệ kiểm soát cơn lâu dài hơn và cắt thuốc chống động kinh ở trẻ em cao hơn so với người lớn. Các cơn co giật trong bệnh động kinh ảnh hưởng đến một vài yếu tố như làm thay đổi tính toàn vẹn của mạng lưới chất trắng, ảnh hưởng đến thể tích và cấu trúc của vùng hồi hải mã, chúng đều có khả năng ảnh hưởng đến kết quả nhận thức ở trẻ em. Việc sử dụng thuốc chống động kinh lâu dài, đặc biệt trong giai đoạn trẻ đang phát triển, có thể dẫn đến các tác động bất lợi về nhận thức tích lũy. Vì vậy, với mục đích rút ngắn thời gian mắc bệnh và thời gian sử dụng thuốc chống động kinh, cần phải phẫu thuật sớm để tối ưu hóa tiềm năng phát triển thần kinh của trẻ em. Một số nghiên cứu chỉ ra thời gian mắc động kinh ngắn hơn tương quan với chỉ số thông minh (IQ) cao hơn, là yếu tố quan trọng quyết định chỉ số IQ sau phẫu thuật, kết quả cải thiện IQ sau phẫu thuật cũng liên quan đến việc ngừng thuốc chống động kinh.

Theo Liên đoàn Quốc tế chống động kinh (ILAE), tiền triệu là một phần của cơn động kinh, xảy ra ngay trước khi bệnh nhân mất ý thức nên có thể mô tả được các tiền triệu này. Tiền triệu là triệu chứng báo hiệu của cơn động kinh cục bộ phức tạp. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khởi phát tiền triệu chiếm tỷ lệ 41,3%; toàn bộ người bệnh có biểu hiện dạng cơn cục bộ, trong đó cơn cục bộ mất ý thức chiếm đa số (95,7%) bao gồm cơn cục bộ mất ý thức chuyển cục bộ co cứng co giật toàn thể (65,3%), cơn cục bộ mất ý thức khởi phát không vận động (30,4%), còn lại là cơn cục bộ còn ý thức (4,3%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Yasagil M.G và cộng sự [9] khi tiến hành phẫu thuật 73 trường hợp động kinh thái dương kháng thuốc với triệu chứng động kinh cục bộ mất ý thức chiếm đa số (89%), cơn cục bộ chuyển toàn thể hóa chiếm 64,4%; kết quả của Trần Đình Văn [2] cho thấy 40% trường hợp khởi phát có tiền triệu. Có thể giải thích một phần do số lượng mẫu chưa đủ đại diện. Tiền triệu rất có giá trị định hướng cơn động kinh ở thùy thái dương hay ngoài thùy thái dương, trong đó một số tiền triệu như khó chịu vùng thượng vị hoặc các triệu chứng thần kinh tự chủ (đổ mồ hôi, khó thở, chảy nước dãi, đánh trống ngực) rất có giá trị gợi ý động kinh vị trí mặt trong thùy thái dương hơn là động kinh vỏ não thùy thái dương. Tiền triệu về ảo giác thường xuyên gặp ở động kinh thùy thái dương hơn động kinh thùy chẩm hoặc thùy trán. Tiếng kêu (hét to, rên rĩ) được tạo ra do co giật cơ ngực - bụng trong cơn toàn thể hóa cũng thường xuyên quan sát thấy tại nhóm động kinh do xơ hóa hải mã.

Trong khi co giật tay chân khu trú hay chuyển động ngược của đầu hoặc mắt chỉ thấy ở nhóm tổn thương vỏ não. Co giật cơ vùng mặt xảy ra trước co giật chi, hiện tượng này do cơn động kinh bắt nguồn từ vùng sau Sylvian thuộc thùy thái dương lan lên vùng trước Sylvian (vùng vận động thùy trán), là dấu hiệu khu trú gợi ý cơn động kinh bắt nguồn từ thùy thái dương. Chuyển động đầu hoặc mắt quay về đối bên tổn thương, không đặc hiệu cho động kinh phát sinh tại vùng vỏ não nào.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả giải phẫu bệnh sau mổ gồm: xơ hóa hải mã (30,4%), loạn sản vỏ não khu trú (19,6%), u thần kinh đệm (23,9%), u biểu mô

thần kinh nghịch sản phôi (4,3%), xơ hóa hải mã kết hợp loạn sản vỏ não khu trú (13%), xơ hóa hải mã kết hợp u thần kinh đệm (6,5%), xơ hóa hải mã phối hợp u biểu mô thần kinh nghịch sản phôi (2,2%). Nghiên cứu không gặp các tổn thương u mạch thể hang, dị dạng thông động - tĩnh mạch não hoặc củ lao.

Xơ hóa hải mã là tổn thương hay gặp nhất trong động kinh thùy thái dương, chiếm 50-70% trường hợp động kinh thái dương kháng thuốc ở thanh thiếu niên và người lớn. Blumcke I và cộng sự [4] nghiên cứu mô bệnh học trên 9523 bệnh nhân động kinh được phẫu thuật, xơ hóa hải mã tìm thấy ở 36,4% trường hợp, khá tương đồng với kết quả của chúng tôi (30,4%). Tuy nhiên kết quả này cao hơn nghiên cứu của Tassi L và cộng sự [8] trên 243 bệnh nhân phẫu thuật động kinh, chỉ ra 14% trường hợp xơ hóa hải mã đơn độc. Các đặc điểm điển hình của xơ hóa hải mã trên mô bệnh học gồm: mất tế bào hình nón tại các vùng tế bào CA1, CA3, CA4. Mất các tế bào thần kinh hình nón kết hợp với phản ứng của mô thần kinh đệm gây xơ cứng mô, hay còn gọi “xơ hóa sừng Ammon”. Những bất thường cũng tìm thấy tại hồi răng dưới dạng phân tán tế bào hạt, hoặc mất tế bào tại các vùng vỏ não lân cận như giá hải mã, vỏ não nội khứu, hạnh nhân. Nguyên nhân gây ra xơ hóa hải mã đến hiện tại còn chưa rõ ràng, tuy nhiên một số nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa xơ hóa hải mã và tiền sử sốt cao, co giật. Một số yếu tố liên quan khác đến mức độ xơ hóa hải mã gồm tuổi, thời gian mắc động kinh, tần suất cơn động kinh.

Kết quả của chúng tôi chỉ ra loạn sản vỏ não khu trú chiếm 19,6%, loạn sản vỏ não khu trú kết hợp xơ hóa hải mã chiếm 13%. Nghiên cứu của Blumcke I và cộng sự [4] cũng cho kết quả gần tương đồng là 19,8% loạn sản vỏ não khu trú. Kết quả khác biệt so với nghiên cứu của Tassi L và cộng sự [8], dị tật phát triển vỏ não gặp ở 45% bệnh nhân. Loạn sản vỏ não khu trú lần đầu tiên được mô tả vào năm 1971, bệnh lý này phát sinh vào giai đoạn phát triển đầu tiên của vỏ não, nguyên nhân do sự bất thường trong quá trình tăng sinh và biệt hóa của tế bào thần kinh, các tế bào thần kinh di cư và tái tổ chức tại vỏ não. Hình ảnh mô bệnh học loạn sản vỏ não khu trú biểu hiện các bất thường cấu trúc chủ yếu gồm lớp vỏ não sắp xếp lộn xộn, nặng hơn là có sự hiện diện của tế bào bóng và các tế bào thần kinh bất thường gồm tế bào chưa trưởng thành, tế bào thần kinh dị dạng, tế bào khổng lồ. Nghiên cứu cấp độ phân tử cho thấy cơ chế gây ra động kinh ở người bệnh có loạn sản vỏ não khu trú là do sự thay đổi về biểu hiện các thụ thể NMDA là thụ thể glutamat, chúng có vai trò kích thích, liên quan trong vận chuyển canxi. Sự vắng mặt tế bào thụ thể GABAergic gây tình trạng ức chế cũng được ghi nhận trong loạn sản vỏ não khu trú, từ đó làm tăng tính dễ bị kích thích và giảm ức chế của các tế bào thần kinh trong cơ chế bệnh sinh động kinh của loạn sản vỏ não khu trú. 50% loạn sản vỏ não khu trú ở vị trí thùy thái dương và cũng là nguyên nhân phổ biến gây động kinh kháng thuốc tại thùy này. Loạn sản vỏ não khu trú

đã được báo cáo ngày càng thường xuyên ở bệnh nhân động kinh được phẫu thuật. Chậm trễ nhận thức, khởi phát sớm cơn động kinh có liên quan đến tổn thương này, ý nghĩa lâm sàng khác nhau tùy thuộc phân nhóm.

Các khối u thần kinh đệm bậc thấp là nguyên nhân phổ biến thứ hai của bệnh động kinh cục bộ với 30% gây kháng thuốc phải phẫu thuật. Động kinh liên quan đến khối u não chia thành hai nhóm: nhóm 1 bao gồm các khối u không có triệu chứng khác, chỉ đơn thuần là triệu chứng động kinh (thường là khối u bậc thấp, gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi), nhóm 2 có triệu chứng thiếu hụt thần kinh khu trú tiên triền (thường là khối u bậc cao, gặp ở người trung niên và lớn tuổi). Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh là trẻ em và người trẻ tuổi (từ 2-44 tuổi), u thần kinh đệm chiếm 23,9%, u thần kinh đệm có kết hợp xơ hóa hải mã chiếm 6,5%, u biểu mô thần kinh nghịch sản phôi chiếm 6,7% (4,3% tổn thương đơn lẻ và 2,2% tổn thương kết hợp). Nghiên cứu của Blumcke I và cộng sự [4] có 23,6% trường hợp được chẩn đoán u não, ganglioglioma chiếm 82,5%, u biểu mô thần kinh nghịch sản phôi 5,9%, nghiên cứu cũng cho thấy tổn thương u hay gặp, u biểu mô thần kinh nghịch sản phôi chiếm tỷ lệ nhỏ trong quần thể nghiên cứu. Tassi L và cộng sự [8] cũng cho kết quả nghiên cứu 33% trường hợp có giải phẫu bệnh là u não. U biểu mô thần kinh nghịch sản phôi là u vỏ não độ I bao gồm thành phần nang, được mô tả lần đầu tiên năm 1988 bởi Daumas-Duport C và cộng sự [6], đây là tổn thương gây động kinh kháng thuốc gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi.

5. KẾT LUẬN

Động kinh có thể khởi phát ở mọi lứa tuổi, thường ưu thế ở nhóm tuổi trẻ từ 10-29 tuổi, không có khác biệt giữa hai giới. Dạng cơn lâm sàng hay gặp là cơn cục bộ mất ý thức. Tổn thương giải phẫu bệnh động kinh hay gặp là xơ hóa hải mã và loạn sản vỏ não khu trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lê Viết Thắng. Điều trị phẫu thuật động kinh thùy thái dương. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Published online 2021.
- [2] Trần Đình Văn. Nghiên cứu phẫu thuật điều trị động kinh kháng thuốc do tổn thương thùy thái dương. Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2024.
- [3] Barba C, Cossu M, Guerrini R et al. Temporal lobe epilepsy surgery in children and adults: A multicenter study. *Epilepsia*. 2021, 62 (1): 128-142. doi:10.1111/epi.16772
- [4] Blumcke I, Spreafico R, Haaker G et al. Histopathological Findings in Brain Tissue Obtained during Epilepsy Surgery. *N Engl J Med*, 2017, 377 (17): 1648-1656. doi:10.1056/NEJMoa1703784
- [5] Cossu M, Lo Russo G, Francione S et al. Epilepsy Surgery in Children: Results and

- Predictors of Outcome on Seizures. *Epilepsia*, 2008, 49 (1): 65-72. doi:10.1111/j.1528-1167.2007.01207.x
- [6] Daumas-Duport C, Scheithauer B.W et al. Dysembryoplastic neuroepithelial tumor: a surgically curable tumor of young patients with intractable partial seizures. Report of thirty-nine cases. *Neurosurgery*, 1988 Nov, 23 (5): 545-56. PMID: 3143922.
- [7] Riney K, Bogacz A, Somerville E et al. International League Against Epilepsy classification and definition of epilepsy syndromes with onset at a variable age: position statement by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia*. 2022, 63 (6): 1443-1474. doi:10.1111/epi.17240
- [8] Tassi L, Meroni A, Deleo F et al. Temporal lobe epilepsy: neuropathological and clinical correlations in 243 surgically treated patients. *Epileptic Disord*, 2009, 11 (4): 281-292. doi:10.1684/epd.2009.0279
- [9] Yasargil M.G, Krayenbühl N, Roth P, Hsu S.P.C, Yaşargil D.C.H. The selective amygdalohippocampectomy for intractable temporal limbic seizures. *J Neurosurg*, 2010, 112 (1): 168-185. doi:10.3171/2008.12.JNS081112

