

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC CỦA ECCHORDOSIS PHYSALIPHORA: BÁO CÁO 2 CA BỆNH HIẾM

Nguyễn Bá Phong¹, Đặng Quang Hưng²,
Khổng Tiến Đạt¹, Phạm Quốc Thành¹

TÓM TẮT

Ecchordosis physaliphora là một tổn thương lành tính, hiếm gặp, có nguồn gốc từ dây sống (notochord). Tổn thương có các đặc điểm hình ảnh lành tính trên MRI, không có bằng chứng xâm lấn xương hay ảnh hưởng đến các cấu trúc lân cận. Nó thường nằm ở đường giữa, phía trước cầu não và phía sau dốc nền xương chẩm. Do có cùng nguồn gốc dây sống với u dây sống (chordoma), việc phân biệt hai loại tổn thương này bằng mô bệnh học gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán xác định. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp minh họa hình ảnh điển hình của tổn thương hiếm gặp này.

Từ khóa: Ecchordosis physaliphora (EP), khối u lành tính, u dây sống, dây sống.

SUMMARY

IMAGING FEATURE OF ECCHORDOSIS PHYSALIPHORA: A REPORT OF 2 RARE CASES

Ecchordosis physaliphora is a rare, benign lesion originating from the notochord. The lesion typically demonstrates benign imaging characteristics on MRI, showing no evidence of bone invasion or involvement of adjacent structures. It is usually located in the midline, anterior to the pons, and posterior to the clivus. Because it shares a notochordal origin with chordoma, histopathological differentiation between the two entities can be challenging. Therefore, imaging plays a crucial role in diagnosis. We report two cases illustrating the typical radiologic spectrum of this rare lesion. **Keywords:** Ecchordosis physaliphora (EP), benign tumor, chordoma, notochord

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ecchordosis physaliphora (EP) là một tổn thương u mô thừa (hamartomatous lesion) bắt nguồn từ tàn dư của dây sống (notochord remnant) [1]. Đây là bệnh lý hiếm, phát hiện tình cờ khi mổ tử thi chiếm khoảng 0.5-2% [1]. Một số ít các báo cáo ca bệnh và series ca bệnh được công bố. Một bài báo tổng hợp các trường hợp bệnh lý này được xuất bản trên PubMed, Web of Science và Embase từ 1982 đến 2023 cho thấy chỉ có 60 ca được công bố [2]. Ngoài ra

chúng tôi không tìm thấy các bài nghiên cứu trong nước về bệnh lý này.

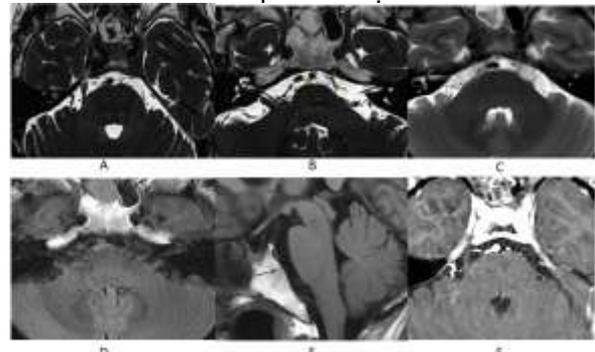
Tổn thương thường phát hiện tình cờ và không có triệu chứng [8] Bệnh này phát triển rất chậm, không xâm lấn xương, kích thước nhỏ và không triệu chứng lâm sàng [4]. Nó thường nằm ở vùng lưng của dốc nền xương chẩm và trước cầu não, nhưng có thể xuất hiện trên đường giữa dọc theo từ nền sọ tới xương cùng [3]. Bệnh lý ecchordosis physaliphora và u nguyên sống (chordoma) đều bắt nguồn từ chung nguồn gốc phôi thai, dẫn đến hình ảnh giải phẫu bệnh học gần như giống hệt, do đó phân biệt dựa vào chẩn đoán hình ảnh là cần thiết [3].

Trên phim cắt lớp vi tính, tổn thương khó quan sát do nhiều ảnh từ xương chẩm và mật độ giống dịch não tủy của tổn thương. Dốc nền chẩm bị khuyết xương với bờ và ranh giới rõ, gợi ý dạng lành tính [1] Trên MRI, tổn thương có tín hiệu thấp trên T1W, cao trên T2W, giảm FLAIR, tương tự dịch não tủy. Không thấy ngấm thuốc đối quang, điều này phân biệt với u nguyên sống (chordoma) [3]

Dưới đây, chúng tôi trình bày 2 ca bệnh Ecchordosis physaliphora với hình ảnh điển hình.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

2.1. Ca số 1. Bệnh nhân nữ 44 tuổi không có tiền sử bệnh lý sọ não. Đến khám vì đau đầu, diễn biến cấp tính, đau mức độ nhiều, ngoài ra không có các triệu chứng thần kinh khác, không sốt, không nôn. Các xét nghiệm máu, khám tai mũi họng không có bất thường. Sau đó bệnh nhân được chỉ định chụp MRI sọ não với hình ảnh bất thường. Hình ảnh CT-Scan được bổ sung thêm sau khi có kết quả MRI sọ não



Hình 1. Ảnh MRI với thứ tự (A), (B) T2W

¹Bệnh viện Đa khoa Vinmec Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phong

Email: phongnb.hmu@gmail.com

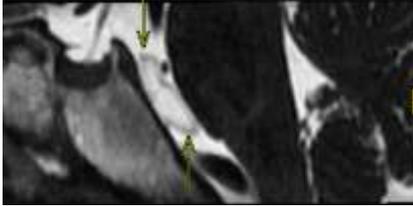
Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

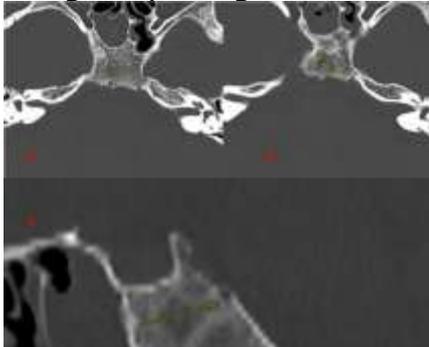
Ngày duyệt bài: 6.01.2026

3D CUBE, (C) T2W, (D) T2W FLAIR, (E)T1W, (F) T1W FS C+

Ở vị trí ngoài trục, trước cầu não, ngay sau dốc nền chẩm, ở đường giữa có khối nhỏ dạng nang kích thước 10x17x5mm bờ ranh giới rõ, tín hiệu tăng T2W, giảm T1W và FLAIR, không ngấm thuốc đối quang.



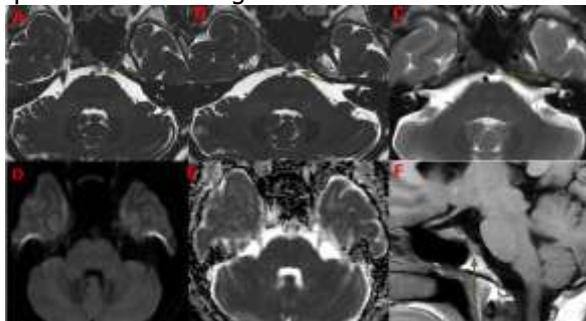
Hình 2. Hình T2W 3D CUBE được tái tạo mặt phẳng sagittal cho thấy tổn thương có bờ ranh giới rõ, không xâm lấn cầu não



Hình 3. ảnh CT scan cho thấy vài ổ khuyết xương rất nhỏ ở dốc nền xương chẩm, bờ ranh giới rõ

Với các hình ảnh CTscan và MRI đều điển hình cho chẩn đoán Ecchordosis physaliphora. Bệnh nhân được điều trị triệu chứng đau đầu và cải thiện rõ sau 1 tuần.

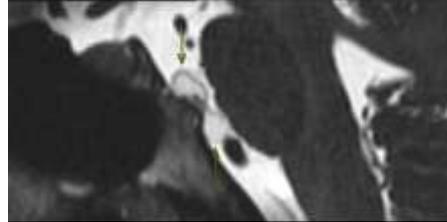
2.2. Ca số 2. Bệnh nhân nữ 37 tuổi vào viện vì đau đầu âm ỉ, không sốt, không nôn, không liệt vận động, mệt mỏi, ăn kém, ngủ kém. Sau đó bệnh nhân được chụp MRI sọ não cho kết quả khối bất thường.



Hình 4. (A) và (B) T2W 3D CUBE, (C) T2W, (D) và (E) DWI và ADC, (F) T1W

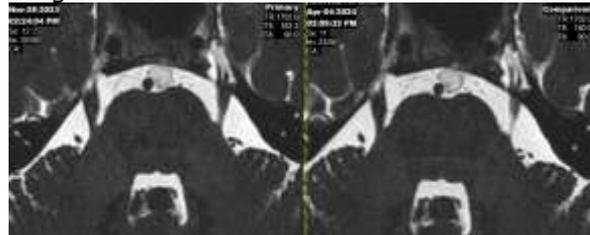
Vị trí trước cầu não và sau dốc nền chẩm có khối kích thước 14x5x7mm, tín hiệu tăng rõ trên

T2W, giảm trên T1W, không hạn chế khuếch tán. Xương chẩm sát khối có bờ xương không đều, tín hiệu tăng trên T2W, có phần xương nhô ra tạo hình ảnh cuống xương kết nối với tổn thương.



Hình 5. ảnh T2W 3D CUBE tái tạo mặt phẳng sagittal cho thấy tổn thương có bờ ranh giới rõ, cuống xương ở dốc nền chẩm nhô lên liên tục với khối

Kết quả MRI cho thấy hình ảnh giống với bệnh lý u mô thừa dây sống (Ecchordosis physaliphora) và được điều trị triệu chứng đau đầu, triệu chứng hết hoàn toàn sau 10 ngày sử dụng thuốc. Sau đó 6 tháng người bệnh quay lại chụp kiểm tra với mong muốn đánh giá khối vùng trước cầu não.



Hình 6. Kích thước khối không thay đổi kích thước và hình dạng sau 6 tháng theo dõi.

Ảnh bên phải là ảnh kiểm tra lại sau 6 tháng

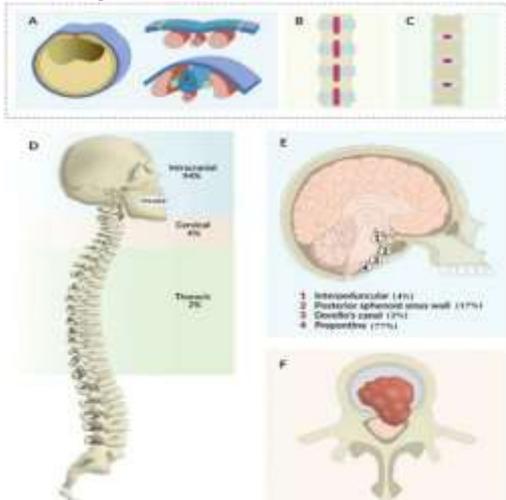
Với những hình ảnh MRI điển hình và không tiến triển sau 6 tháng theo dõi, chẩn đoán xác định là Ecchordosis physaliphora

III. BÀN LUẬN

Ecchordosis physaliphora thường không có triệu chứng, được tìm thấy khi nghiên cứu tử thi hoặc phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh. Dây sống là phần nguyên thủy sớm nhất của hệ trục xương cột sống, kéo dài từ túi Rathke tới xương cụt. Với các nghiên cứu mô bệnh học, Ribbert xác nhận nó có nguồn gốc từ dây sống [5]. Chordoma và ecchordosis physaliphora có nguồn gốc giải phẫu bệnh giống nhau. Rodriguez đề xuất các tổn thương trong màng cứng có nguồn gốc dây sống nên được gọi là ecchordosis physaliphora cho đến khi giải phẫu bệnh chứng minh đó là chordoma [6].

Về mặt lâm sàng, bệnh thường không có triệu chứng. Tuy nhiên, triệu chứng có thể xuất hiện khi khối u tăng kích thước, chèn ép xung quanh, thậm chí chảy máu trong u và cầu não

cũng từng được ghi nhận [8]. Triệu chứng thường gặp gồm đau đầu, chảy dịch não tủy qua mũi, viêm màng não, liệt dây thần kinh vận nhãn, chóng mặt, mất thính lực, rối loạn dáng đi, dị cảm vùng mặt [8]



Hình 7. Hình (A-C) Sự phát triển của EP từ dây sống. (D-F) Các vị trí các vị trí hay gặp của EP

Tổn thương chủ yếu nằm ở vị trí trong sọ với 94%, chỉ có 4% nằm ở đoạn cổ và 2 % ở đoạn ngực. Trong sọ tổn thương chủ yếu ở trước cầu não với 77% [2]

Ngoài chẩn đoán phân biệt chính với chordoma thì có rất nhiều chẩn đoán phân biệt khác. Các tổn thương ở vùng nền sọ trung tâm có thể di căn, myeloma, lymphoma, u tuyến yên xâm lấn, u màng não, u thần kinh đệm màng não, ung thư biểu mô hầu họng xâm lấn, chondrosarcoma (thường lệch đường giữa). Ngoài ra có tổn thương xương không phải u khác như loạn neuroenteric cyst (nang thần kinh ruột), fibrous dysplasia, langerhans'cell histiocytosis. [7]

Vị trí nền sọ trung tâm cũng có một số biến thể giải phẫu. craniopharyngeal canal (ống sọ hầu), canalis basilaris medianus (ống giữa xương chẩm), fossa navicularis magna (hố lớn trước xương chẩm), arrested sphenoid pneumatization (khí hóa xương bướm), asymmetric pneumatization petrous apex (khí hóa đỉnh xương đá không đối xứng), aberrant internal carotid artery (động mạch cảnh trong bất thường), fibrous dysplasia (loạn sản xơ xương) and cephalocele (thoát vị màng não tủy) [7]

Về mặt chẩn đoán hình ảnh ecchordosis physaliphora hay nằm trước cầu não, có tín hiệu cao trên T2W và thấp T1W, không hạn chế khuếch tán, gần tương tự như dịch não tủy và

không ngấm thuốc, không xâm lấn xương và đè đẩy cấu trúc lân cận [1],[4]. Điều này trái ngược với Chordoma (u nguyên sống) thường ngấm thuốc mạnh không đều, xâm lấn xung quanh [1]. Hai ca bệnh nêu trên có các đặc điểm tín hiệu điển hình của bệnh lý EP, tín hiệu gần giống dịch não tủy và không ngấm thuốc, không đè đẩy mạch máu, cầu não hay dây thần kinh. Các đặc điểm này phân biệt với nang thần kinh ruột (neuroenteric cyst) bệnh lý có các hình thái và vị trí giống bệnh lý EP, nhưng nang thần kinh ruột thường có tín hiệu tăng cao trên T1W và FLAIR do thành phần protein cao. Trong EP, xương gốc nền chẩm có thay đổi tín hiệu hiệu và một số trường hợp có chồi xương kết nối giữa xương chẩm và EP [1], như trong ca bệnh số 2 của chúng tôi có chồi xương nhô ra phía sau liên tục với tổn thương. Sự biến đổi tín hiệu xương và hình thái xương này khác biệt rõ ràng với các bệnh lý xương khác như loạn sản xơ xương, chondrosarcoma xương chẩm. Ngoài ra, không có các bất thường giải phẫu vùng xương chẩm với việc chụp CLVT cũng như các xung MRI phân giải cao.

Đặc điểm lành tính khác của EP là không thay đổi kích thước, theo nghiên cứu của Hun Ho Park et al với 8 bệnh nhân, thời gian theo dõi trung bình 3.6 năm bằng chụp MRI mỗi 6 tháng đến 12 tháng [4]. Với ca bệnh thứ 2 của chúng tôi, kiểm tra lại sau 6 tháng cũng cho thấy không có sự thay đổi về kích thước.

Vì 2 ca bệnh có hình ảnh không xâm lấn đè đẩy cấu trúc lân cận, bản thân chẩn đoán ecchordosis physaliphora cũng là tổn thương lành tính, do đó phẫu thuật không được đặt ra. Do thiếu giải phẫu bệnh, chúng tôi vẫn sẽ tiếp tục theo dõi các ca bệnh này với thời gian dài hơn nữa. Đây cũng là điểm hạn chế của nghiên cứu của chúng tôi khi không có hình ảnh mô bệnh học để đối chứng kết quả. Với các phân tích về tín hiệu, vị trí, diễn biến của bệnh nêu trên, chẩn đoán ecchordosis physaliphora cho 2 ca là chẩn đoán xác định.

Quản lý bệnh lý này thường qua chẩn đoán hình ảnh thông chụp định kì kiểm tra. Tuy nhiên, phẫu thuật có thể cân nhắc với trường hợp có triệu chứng. Phần lớn các phẫu thuật trước đây không đi qua nội soi đường mũi mà bằng các đường mổ ở dưới chẩm, qua xương đá [8]. Gần đây đường mổ bằng nội soi qua đường mũi cho thấy hiệu quả tốt [8].

III. KẾT LUẬN

Ecchordosis physaliphora là bệnh lý hiếm gặp, nguồn gốc từ dây sống. Do sự rất giống

nhau mô bệnh học với chordoma, một loại u ác tính, chẩn đoán hình ảnh EP đóng vai trò rất quan trọng. Đặc điểm hình ảnh bao gồm: vị trí trước cầu não và sau dốc nền chẩm, nằm trên đường giữa, tín hiệu cao trên T2W, thấp trên T1W gần tương tự dịch não tủy, không hạn chế khuếch tán, không ngấm thuốc, không xâm lấn đề dầy xung quanh, kích thước nhỏ, không thay đổi kích thước đáng kể khi theo dõi, bờ xương chẩm lân cận tổn thương thường có bờ không đều, đôi khi có cầu xương kết nối với tổn thương. Quản lý bệnh bằng theo dõi chụp MRI kiểm tra định kì. Những trường hợp có triệu chứng thì phẫu thuật có thể được đặt ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mehnert F, Beschoner R, Küker W, Hahn U, Nägele T.** Retroclival ecchordosis physaliphora: MR imaging and review of the literature. *American Journal of Neuroradiology*, 2004; 25(10):1851–1855.
2. **Gupta RK, Reddy TA, Gupta A, Samant R, Perez CA, Haque A.** An ecchordosis

physaliphora, a rare entity, involving the central nervous system: a systematic review of the literature. *Neurology International*, 2023; 15(4):1200–1211.

3. **Toda H, Kondo A, Iwasaki K.** Neuroradiological characteristics of ecchordosis physaliphora: case report and review of the literature. *Journal of Neurosurgery*, 1998; 89(5):830–834.
4. **Park HH, Lee KS, Ahn SJ, Suh SH, Hong CK.** Ecchordosis physaliphora: typical and atypical radiologic features. *Neurosurgical Review*, 2017; 40(1):87–94.
5. **Ribbert H, Steiger H.** Ueber die Ecchondrosis physaliphora sphenoccipitalis. Fischer Verlag, 1894.
6. **Rodriguez L, Colin J, Lopez J, Molina O, Cardozo J.** Intradural prepontine growth: giant ecchordosis physaliphora or extraosseous chordoma? *Neuropathology*, 2005; 25(10)
7. **Lakhani DA, Martin D.** Ecchordosis physaliphora: case report and brief review of the literature. *Radiology Case Reports*, 2021; 16(12):3937–3939.
8. **Toh PY, Ling S, Wong D, Tan JL.** Surgically managed symptomatic ecchordosis physaliphora: a systematic review. *Aust J Otolaryngol* 2023;6:20.

HIỆU QUẢ GÂY Mê TỈNH MẠCH CHO NỘI SOI ĐƯỜNG TIÊU HOÁ BẰNG PROPOFOL PHỐI HỢP VỚI FENTANYL

Nguyễn Bá Thanh¹, Phạm Thị Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả vô cảm và tính an toàn của phác đồ propofol phối hợp fentanyl (P-F) với propofol đơn thuần (P) trong gây mê tĩnh mạch cho nội soi đường tiêu hóa. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng được thực hiện trên 230 bệnh nhân (BN) tuổi từ 18-60, phân loại sức khỏe ASA I hoặc II, có chỉ định nội soi đường tiêu hóa. Bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm (n=115). Nhóm P được tiêm tĩnh mạch propofol liều khởi mê 1,5 mg/kg. Nhóm P-F được tiêm tĩnh mạch fentanyl 1 mcg/kg, sau đó tiêm propofol 1,5 mg/kg. Cả hai nhóm được duy trì mê bằng các liều propofol 0,5 mg/kg lặp lại khi có dấu hiệu tỉnh. Các chỉ số chính được đánh giá bao gồm thời gian khởi mê, tổng liều propofol, số lần thức tỉnh, các biến cố về huyết động, hô hấp và mức độ hài lòng của bệnh nhân. **Kết quả:** So với nhóm P, nhóm P-F có thời gian khởi mê ngắn hơn đáng kể ($2,0 \pm 0,40$ phút so với $2,5 \pm 0,45$ phút, $p < 0,001$). Tổng liều propofol trung bình sử dụng ở nhóm P-F thấp hơn 14% ($177,6 \pm 42,5$ mg) so với nhóm P ($206,6 \pm 54,4$ mg), ($p < 0,001$). Số lần thức

tỉnh cần can thiệp ở nhóm P-F cũng ít hơn ($2,5 \pm 1,0$ lần) so với nhóm P ($3,6 \pm 1,3$ lần), ($p < 0,001$). Về tính an toàn, tỷ lệ BN bị tụt huyết áp ở nhóm P cao hơn rõ rệt so với nhóm P-F ($p = 0,03$). Chất lượng hồi tỉnh ở nhóm P-F tốt hơn, với tỷ lệ buồn nôn ($p = 0,006$), chóng mặt ($p = 0,014$) và mệt mỏi ($p < 0,001$) đều thấp hơn đáng kể so với nhóm P. Tỷ lệ BN đánh giá "rất hài lòng" ở nhóm P-F cao hơn nhóm P ($p = 0,001$). **Kết luận:** Phác đồ propofol kết hợp fentanyl (1 mcg/kg) cho thấy hiệu quả vô cảm vượt trội so với phác đồ propofol đơn thuần trong nội soi tiêu hóa ở bệnh nhân ASA I-II. Phác đồ P-F giúp khởi mê nhanh hơn, giảm 14% liều propofol, ổn định huyết động tốt hơn (ít tụt huyết áp hơn), và cải thiện đáng kể chất lượng hồi tỉnh cũng như sự hài lòng của bệnh nhân. **Từ khóa:** Propofol, fentanyl, nội soi đường tiêu hóa, gây mê tĩnh mạch, hiệu quả vô cảm.

SUMMARY

EFFICACY OF PROPOFOL COMBINED WITH FENTANYL FOR INTRAVENOUS ANESTHESIA IN GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

Objective: To compare the anesthetic efficacy and safety of a propofol-fentanyl (P-F) combination regimen versus a propofol-only (P) regimen for intravenous anesthesia in gastrointestinal endoscopy. **Methods:** A controlled, cross-sectional descriptive study was conducted on 230 patients (pts) aged 18-60 years, ASA physical status I or II, scheduled for gastrointestinal endoscopy. Patients were randomly allocated into 2 groups (n=115). Group P received an

¹Trung tâm Y tế Thanh Thủy

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Thanh
Email: nguyenthuychi28160905@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026