

SCHWANNOMA CUỐNG GAN, MẠC NỎI NHỎ: BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Thái Nguyên Hưng¹, Thái Diệp Anh²

TÓM TẮT

Báo cáo hồi cứu mô tả loạt ca lâm sàng schwannoma cuống gan hoặc trong mạc nối nhỏ hiếm gặp với 2 mục tiêu: 1. *Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ca Schwannoma cuống gan mạc nối nhỏ.* 2. *Điểm lại Y văn.*

Kết quả nghiên cứu: 2 bệnh nhân. Ca 1 nam, 29 tuổi, tiền sử đã mổ cắt U Neurinoma cột sống L5 tại Bệnh viện Chợ Rẫy (5-6 lần). Ca 2. Nữ, 46 T, tiền sử chưa phẫu thuật. Lâm sàng đau thượng vị không rõ, kém ăn.

Ca 1: Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT): Khối U ranh giới rõ, kích thước 7-9 cm, hỗn hợp nửa đặc, nửa nang, không đồng nhất nằm sau đầu tụy, tá tràng, cạnh động mạch chủ. Khối U thứ 2 sau phúc mạc, dạng nang kích thước 3-3 cm, trước thận trái.

Tổn thương trong mổ: Khối u kích thước 7-9 cm, nằm sau, đè đẩy cuống gan, nằm sau đầu tụy, D1-D2 tá tràng, khối U lên tới bờ cong nhỏ, xâm lấn động mạch (ĐM) gan chung, nằm trước và chèn ép tĩnh mạch chủ dưới, khối u đè đẩy động mạch vị trái lan tới động mạch thân tạng. Phẫu thuật (mổ mở): cắt U khó khăn do khối u chèn ép tĩnh mạch chủ, nằm sau và xâm lấn đầu tụy, D1-D2 tá tràng, nằm sau và xâm lấn cuống gan, động mạch gan chung, xâm lấn bờ cong nhỏ dạ dày, xâm lấn động mạch vị trái cho tới động mạch thân tạng. Tiến hành phẫu tích, đặt Lac cuống gan, đặt Lac động mạch gan chung, Đặt Lac động mạch vành vị, làm thủ thuật Kocher, cắt U. Kết quả giải phẫu bệnh (GPB) và hóa mô miễn dịch là Schwannoma. Khối U thứ 2 dạng nang sau phúc mạc, nằm sát góc tá hồng tràng, 3-3 cm. Mổ mở cắt U. Kết quả giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch là schwannoma (hóa mô miễn dịch: S-100 (+), SOX10(+), Ki 67 (+) 3%).

Ca 2: (Chụp cắt lớp vi tính) Khối U 21-23 mm sát tâm vị, ngấm thuốc sau tiêm, bờ đều, ranh giới rõ, không xâm lấn xung quanh. Kết luận GIST tâm vị dạ dày, sỏi túi mật. Tổn thương trong mổ: Khối U 3-4 cm nằm ngang mức tâm vị, phía bờ cong nhỏ (BCN), nằm hoàn toàn trong mạc nối nhỏ, thành khối U không liên tục với tâm vị, tiếp xúc với ĐM vị trái. Mổ mở cắt U, cắt túi mật. Kết quả giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch Schwannoma (S-100 (+), SOX10(+), Ki 67 (+) 2%).

Kết luận: Khối U schwannoma cuống gan, bờ cong nhỏ là khối U thần kinh lành tính rất hiếm gặp (Y văn tiếng Anh có 9 ca). Vị trí U thường nằm trước tĩnh mạch chủ

dưới, sau tụy và D2 tá tràng, nằm sau cuống gan, dọc theo bờ cong nhỏ. Tính chất U: Khối U thường có dạng đặc phối hợp với dạng nang. Chụp CLVT là khối u có ranh giới rõ, mật độ không đồng nhất, hỗn hợp nửa đặc nửa nang, tỷ trọng thấp. Không thấy hạch, không thấy xâm lấn các mạch lớn, không thấy di căn xa. Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn (Với diện cắt R0). Có thể phẫu thuật nội soi cắt U (Theo Y văn tiếng Anh thế giới có 9 ca schwannoma cuống gan, 6 ca mổ mở, 3 ca phẫu thuật nội soi). Kết quả hóa mô miễn dịch S100 (+), SOX 10 (+), Ki67 (+) 2-3%.

Từ khóa: Schwannoma cuống gan, Schwannoma mạc nối nhỏ.

SUMMARY

SCHWANNOMA OF THE HEPATODUODENAL LEGAMENT AND LESSER SAC. SERIES CASES REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Aim of study

Retrospective study aims at 1. Evaluation of the clinical and paraclinical characteristics of Schwannoma of the hepatoduodenal ligament and Lesser Sac. 2. Surgical result and review of literature.

Results

There were 2 patients.

Case one: 29 year-old male with history of spinal neurinome surgery. Symptoms: Epigastric pain, weight loss, loss of appetite. Physical examination: Mass palpable epigastric.

Routine blood tests were normal. Ctsan revealed a well-defined 7-9 cm tumor, mixed solid-cystic lesion, heterogeneous enhancement, located posterior to hepatoduodenal ligament, posterior to pancreatic head and D1- D2 duodenum.

Surgical procedure: Tumor located posterior to posterior to pancreatic head and D2 duodenum. Juxta hepatoduodenal ligament, abutting to lesser sac, anterior to inferior vena cava. Surgical excision tumor with R0 resection. Histopathologic result showed schwannoma.

Case two: 46 year-old female patient. Symptoms: Epigastric pain, loss of appetite. There was no palpable tumor on physical examination. Ctsan showed well-defined tumor juxta gastric cardia measuring 21-23 mm. Gastroduodenal copy revealed gastroduodenal reflux and gastritis. Routine blood tests were normal. Lesion intra operation: Tumor juxta gastric cardia, located in lesser sac measuring 3-4 cm. Complete surgical excision. Histopathological result and immunohistochemistry: S-100 (+), SOX10(+), Ki 67 (+) 2%.

Conclusion: Schwannoma of hepatoduodenal ligament and schwannoma of lesser sac are rare and benign tumors (9 cases over world). The symptoms are not

¹Bệnh viện K.

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng.

Email thainguyenhung70@gmail.com

Mã bài: N856

Ngày nhận bài: 7/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/5/2026

Ngày duyệt bài: 27/6/2026

specific. Ctsan showed well-defined, heterogenous mixed solid-cystic tumor located juxta hepato-duodenal ligament, posterior to pancreatic head and D1-D2 duodenum or tumor of lesser sac. Surgical excision (Ro resection) is the only curative method (laparotomy or laparoscopy). Immunohistochemistry S-100 (+), SOX10 (+), Ki67 (+) 2-3%.

Key words: Schwannoma of hepatoduodenal ligament; Schwannoma of lesser sac.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối U Schwannoma thường xuất hiện ở hộp sọ và thần kinh ngoại vi. Schwannoma trong ổ bụng thường xuất phát từ đường tiêu hóa trong đó hay gặp nhất ở dạ dày. Các vị trí hiếm gặp hơn là mạc nối lớn, mạc nối nhỏ hoặc đường mật. Các khối U này là các khối U trung mô trong đó thường gặp nhất là GIST sau đó là U cơ trơn. Schwannoma chiếm 3% tỷ lệ các khối U trung mô.

Schwannoma đường tiêu hóa được Daimaru báo cáo lần đầu tiên 1988. Cho tới nay theo Y văn phần lớn các báo cáo về Schwannoma đường tiêu hóa là ca lâm sàng. Bởi vậy chúng tôi báo cáo loạt ca lâm sàng hiếm gặp với 2 mục tiêu:

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ca Schwannoma cuống gan mạc nối nhỏ hiếm gặp.

2. Điểm lại Y văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, Báo cáo loạt ca lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh án nghiên cứu 1

BN Ngô Hữu Nh. nam, 29 T Mã hồ sơ: 260222216

Vào viện vì đau thượng vị, dưới sườn phải.

Tiền sử: Đã phẫu thuật Neurinoma cột sống tại bệnh viện Chợ rẫy.

Lâm sàng: Đau bụng thượng vị, dưới sườn phải, gầy sút, kém ăn.

Khám: Mass dưới sườn phải, ấn tức.

Chụp CLVT: Khoảng sau phúc mạc vùng đầu tụy, cạnh động mạch chủ bụng có các khối giảm tỷ trọng, có phần thoái hóa dịch, bờ đều rõ, kích thước lớn nhất 36-42 mm. Khối U thứ 2 là u dạng nang sau phúc mạc, phía trước và phía trong thận trái, kích thước 3-2 cm.



Ảnh 1: Chụp cắt lớp khối U lớn cuống gan, đè đẩy tĩnh mạch chủ bụng, tiếp xúc với động mạch chủ bụng, đẩy cuống gan và động mạch gan.
(Ngô Hữu Nh. 29 T, Mã hồ sơ: 260222216)

Nội soi dạ dày (NSDD): Viêm dạ dày

Xét nghiệm (XN): Hồng cầu: 4,93 T/L; Huyết sắc tố 156 g/L, Hematocrite 0,483 L/L; Bạch cầu: 7.1 G/L; Tiểu cầu 270 G/L. Tổn thương trong mổ: Khối U lớn KT 8-6 cm, có phần đặc và phần nang nằm ngay sau cuống gan, sau tá tràng D1 và D2, sau đầu tụy, chèn ép đầu tụy, chèn ép và bao quanh động mạch gan, động mạch (ĐM) vành vị, lên tới ĐM thân tạng: Phẫu thuật đặt Lac cuống gan, đặt Lac và giải phóng ĐM gan chung, ĐM vành vị, làm thủ thuật Kocher bóc lộ đầu tụy đến bó mạch mạc treo tràng trên (MTTT), phẫu tích khối U ra khỏi đầu tụy, cuống gan, ĐM gan chung, ĐM vành vị, ĐM thân tạng, cắt U.

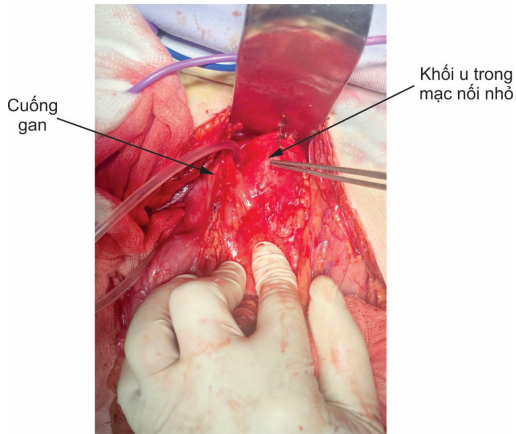
Sinh hóa: Đường 4,41 mmol/L; Creatinin 83,66 μ mol/L; GOT 45,49 U/L; GPT 46,48 U/L; Urê 4.69 mmol/L

Sinh thiết tức thì: U tế bào hình thoi, hướng tới U Schwannoma.

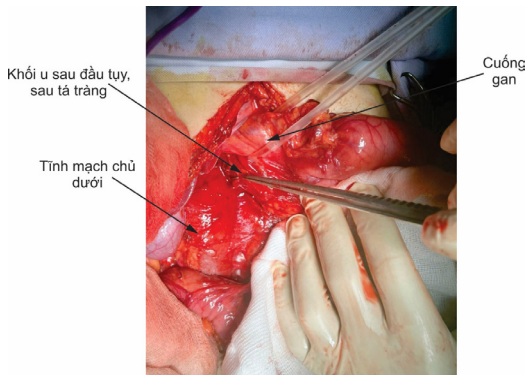
Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): Khối U thứ nhất (cuống gan): Bệnh phẩm dạng vách, 5,5-2,5 cm (khối này đã lần đi 1 phần U có kích thước 3-4 cm làm sinh thiết tức thì), mặt ngoài nhẵn, mặt trong lằn sần các tổ chức sùi 0,4-0,7 cm. Hình ảnh vi thể hướng tới U Schwannoma.

Khối U thứ 2 (nằm sát góc tá hồng tràng, trước thận trái): Kích thước 3-1,2-1 cm dạng nang. Vi thể và hóa mô miễn dịch (HMMD) là Schwannoma.

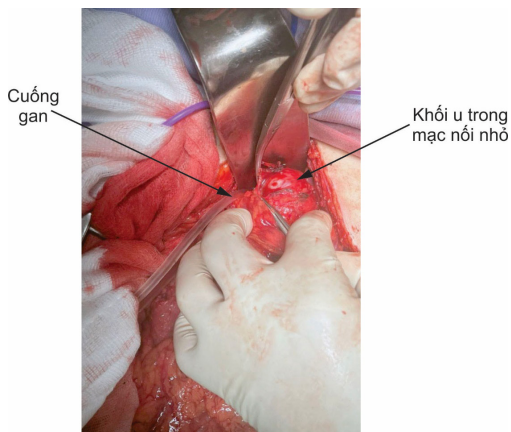
Hậu phẫu bình thường, BN ra viện sau 7 ngày.



Ảnh 2: Tổn thương trong mổ. Khối U nằm ở sau và chèn ép cuống gan, lan tới mạc nối nhỏ dọc theo bờ cong nhỏ, nằm sau đầu tụy, D2 tá tràng (Ngô Hữu Nh. 29 T, Mã hồ sơ:260222216)



Ảnh 3: Khối U nằm sau đầu tụy, D2 tá tràng, nằm trước tĩnh mạch chủ dưới. (Ngô Hữu Nh. 29 T, Mã hồ sơ:260222216)



Ảnh 4: Khối U nửa đặc nửa nang ở sau cuống gan, dọc theo bờ cong nhỏ, bao quanh động mạch gan chung (Ngô Hữu Nh. 29 T, Mã hồ sơ:260222216)

Bệnh án nghiên cứu 2:

Bệnh nhân (BN) Nguyễn Thị Th, 46 T Mã hồ sơ: 260201813.

Tiền sử: Không có gì đặc biệt.

Đau bụng thượng vị không rõ, kém ăn.

Khám bụng: Bụng mềm, không sờ thấy khối U.

NSDD: Viêm dạ dày, trào ngược thực quản.

Chụp CLVT: Khối U 21-23 mm sát tâm vị, ngấm thuốc sau tiêm, bờ đều, ranh giới rõ, không xâm lấn xung quanh. Kết luận GIST tâm vị dạ dày, sỏi túi mật.

Tổn thương trong mổ: Khối U 3-4 cm nằm ngang mức tâm vị, phía bờ cong nhỏ (BCN), nằm hoàn toàn trong mạc nối nhỏ, thành khối U không liên tục với tâm vị, tiếp xúc với ĐM vị trái. Mổ cắt U, cắt túi mật.



Ảnh 5: Khối U trong mạc nối nhỏ Nguyễn Thị Th, 46 T Mã hồ sơ: 260201813.

Hậu phẫu bình thường, ra viện sau 6 ngày.

Giải phẫu bệnh (GPB): U tế bào hình thoi 2,8-2,6-2,2cm.

Hóa mô miễn dịch (HMMD): S-110 (+), SOX10 (+), Ki 67(+) 2%. Kết luận Schwannoma.

IV. BÀN LUẬN

Schwannoma là khối U lành tính rất hiếm gặp xuất phát từ tế bào Schwann. Tế bào này bảo vệ tế bào thần kinh và tạo thành vỏ bao thần kinh. Schwannoma đường tiêu hóa xuất phát từ đám rối thần kinh Auerbach's trong lớp cơ ống tiêu hóa. Khối U thường tiến triển rất chậm, dấu hiệu lâm sàng, NSDD hay chụp CLVT thường không đặc hiệu bởi vậy chẩn đoán trước mổ thường nhầm với GIST đường tiêu hóa.

Schwannoma cuống gan rất hiếm gặp. Bekki và cộng sự [1] tổng kết từ năm 1993-2021 toàn thế giới có 9 BN Schwannoma cuống gan. Các ca này đều là khối U đơn độc, không có triệu chứng lâm sàng. Có 3 ca được phẫu thuật nội soi cắt U trong đó ca đầu tiên được Tao và cộng sự mô tả năm 2015.[2]

Marta Spalluto và cộng sự [3] báo cáo ca lâm sàng

BN nữ, 65 T, tình cờ phát hiện qua chụp CLVT khối U hình bầu dục, kích thước 4-2 cm dọc theo BCN dạ dày. Khối u ranh giới rõ, không xâm lấn các tạng xung quanh, có tỷ trọng thấp, không đồng nhất. Về lâm sàng BN có khó chịu vùng thượng vị, trào ngược thực quản, không nôn. Khám bụng không sờ thấy mass. Siêu âm nội soi (SANS) thấy khối 3 cm ranh giới rõ dọc theo BCN. Sinh thiết là khối U thần kinh. Tổn thương: là khối U xuất phát từ BCN dạ dày, ranh giới rõ, ít xâm lấn các tạng xung quanh. Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt U. Kết quả GPB là khối U thần kinh với vỏ nang là tổ chức liên kết kích thước 4-2,2-2 cm.

LM Toh báo cáo ca lâm sàng BN nam, 58 T, xuất hiện gầy sút, chướng bụng 2 tháng. Kết quả siêu âm bụng cho thấy khối U 5,2-6,7-7,6 cm tiếp giáp với đuôi tụy, gan trái, dạ dày, gồm nhiều nang giảm âm có vách ngăn xen kẽ với tổ chức đặc. Chụp CLVT bụng là khối ranh giới rõ, hỗn hợp đặc và nang, có vách ngăn, mật độ không đồng nhất, nằm sát thân tụy. Chẩn đoán cystadenoma hay cystadenocarcinoma. Tổn thương trong mổ là khối có vỏ, 8 cm xuất phát từ mạc nối nhỏ chứa chất nhầy. GPB là schwannoma bao gồm Anatoni A và Anatoni B. Kết quả hóa mô miễn dịch S100(+) [4]

Zain Al-Shareef và cộng sự báo cáo ca lâm sàng BN nữ, 32 T, tình cờ phát hiện khối U hỗn hợp đặc và nang kích thước 4,7 cm ở dưới sườn phải. Chụp CLVT là khối hình tròn, ranh giới rõ, tỷ trọng thấp, không đồng nhất vùng mạc treo và góc gan. Phẫu thuật nội soi thấy khối U nằm giữa đại tràng và mạc nối lớn. GPB là schwannoma.[5].

Akhil C và cộng sự [6] báo cáo 3 ca lâm sàng khối u schwannoma sau tụy và sau tá tràng:

Ca thứ 1: BN nữ, 40 T đau bụng thượng vị 1 năm. Khám bụng không thấy mass. Chụp CLVT thấy khối nhiều thùy và nang kích thước 4,6-4,8-5,6 cm vùng đầu tụy, liền kề với BCN dạ dày, đè đẩy tĩnh mạch cửa và D2 tá tràng. Xét nghiệm CEA và CA 19-9 không tăng. Phẫu thuật cắt U. Kết quả HMMD: S100(+).

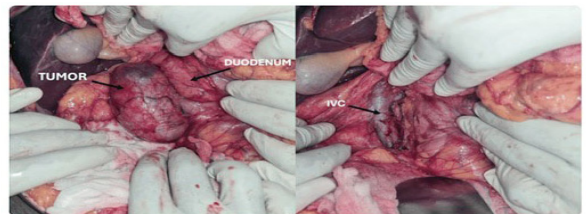


Ảnh 6: (CLVT) Khối U xuất phát từ đầu tụy, đè đẩy các mạch máu lớn (ca thứ 1) [6]



Ảnh 7: Dựng hình 3D, quan hệ mạch máu.[6]

Ca thứ 2: BN nữ, 38 T, khối U 4,7-5,5-7,5 cm xuất phát từ đầu tụy. Chụp CLVT là khối U sau D2 tá tràng và đầu tụy, sát tĩnh mạch chủ dưới. Tổn thương là khối U dạng nang 7-6 cm, sau D2 và đầu tụy, tiếp xúc với tĩnh mạch chủ dưới. GPB là u schwannoma.



Ảnh 8: (Sau khi đã làm thủ thuật Kocher) Khối U nằm sau tá tràng, đè đẩy tĩnh mạch chủ dưới.

Ca thứ 2) [6]

Ca thứ 3: BN nữ, 60T, tiền sử mắc đái tháo đường (ĐTĐ), đau bụng thượng vị xuyên ra lưng 3 tháng. Chụp CLVT là khối 4,5-5,1-5 cm sau phúc mạc, đẩy thận phải ra sau. Tổn thương ngang mức D2-D3 tá tràng. Phẫu thuật: khối U có vỏ rõ, mổ cắt U sau khi làm động tác Kocher. Kết quả hoá mô miễn dịch (+) với S100.[6]



Ảnh 9: CLVT khối U sau D2-D3 tá tràng (Ca thứ 3) [6]

Báo cáo của Akhil C và cộng sự [6] cho thấy 3 BN nữ, tuổi trung niên đến cao tuổi, triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu hoặc không có triệu chứng. Chụp CLVT là khối u có vỏ, ranh giới rõ, mật độ không

đồng nhất, có dạng nang, tỷ trọng thấp. Không thấy hạch, không thấy xâm lấn các mạch lớn, không có dấu hiệu di căn xa. Mặc dù các khối U tiếp xúc với các mạch máu lớn như TM chủ tuy nhiên có thể lấy toàn bộ U khi phẫu tích tỉ mỉ.

BN thứ 1 của chúng tôi có tiền sử đã mổ Neurinoma cột sống thắt lưng, đau thượng vị và dưới sườn phải nhiều tháng, gầy sút, khám bụng thấy mass dưới sườn phải và thượng vị.

Tổn thương trong mổ cho thấy khối U hỗn hợp tổ chức đặc, có vài nang dịch vỏ dày, vị trí U nằm trước tĩnh mạch (TM) chủ dưới và đẩy TM chủ dưới, sau trên đầu tụy, sau D1-D2 tá tràng, nằm sau cuống gan và chèn ép cuống gan, ôm quanh ĐM gan chung, nằm trong mạc nối nhỏ, cực trên u chèn ép ĐM thân tạng và vị trái. Sau khi phẫu tích khối U ra khỏi TM chủ dưới và làm động tác Kocher cũng như đặt Lac cuống gan, đặt Lac ĐM vị trái, phẫu tích tách khối u bao quanh ĐM gan chung, khối u lấy được hoàn toàn.

Như vậy về vị trí và đặc điểm khối U ở bệnh án 1 của chúng tôi khá tương đồng với khối U của 3 BN trong báo cáo của Akhil G [6] theo đó các khối U này có vị trí rất khó tiếp cận về phẫu thuật, nằm trước và chèn ép TM chủ dưới, nằm sau đầu tụy, D1-D2 tá tràng, nằm sau cuống gan và nằm trong mạc nối nhỏ, chèn ép hay ôm quanh ĐM gan chung, theo dọc BCN dạ dày cho tới tận ĐM thân tạng. Chúng tôi tiến hành phẫu tích và luồn Lac vào cuống gan cũng như các mạch lớn, phẫu tích tỉ mỉ, thận trọng nên đã lấy hết u. Nhận xét này cũng tương đồng với nhận xét của Akhil: Khối U có thể chèn ép các mạch lớn nhưng có thể phẫu tích cắt U.

V. KẾT LUẬN

Khối U schwannoma cuống gan, bờ cong nhỏ là khối U thần kinh lành tính rất hiếm gặp (Y văn tiếng Anh có 9 ca trên toàn thế giới). Vị trí U thường nằm trước tĩnh mạch chủ dưới, sau tụy và D2 tá tràng, nằm sau cuống gan, dọc theo bờ cong nhỏ. Tính chất U: Khối U thường có dạng đặc phổi hợp với dạng nang. Chụp cắt lớp vi tính là khối u có ranh giới rõ, mật độ không đồng nhất, hỗn hợp nửa đặc nửa nang, tỷ trọng thấp. Không thấy hạch, không thấy xâm lấn các mạch lớn, không thấy di căn xa. Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn. Có thể phẫu thuật nội soi cắt U (Theo Y văn tiếng Anh thế giới có 9 ca schwannoma cuống gan, 6 ca mổ mở, 3 ca phẫu thuật nội soi). Đặc điểm chung của hóa mô miễn dịch là S-100 (+), SOX10 (+), Ki67(+) 2-3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bekki T, Oshi K, Tadokoro T et al.** Laparoscopic resection of schwannoma in the hepato duodenal ligament: A case report. Surg Case Rep 2021;7:187.
2. **Tao L, Xu S, Ren Z et al.** Laparoscopic resection of benign schwannoma in hepatoduodenal ligament. A case report and review of the literature. Oncol Lett 2016;11:3349-3353.
3. **Marta Spalluto et al.** Schwannoma of the hepatoduodenal ligament. A case report and review of literature. Il Giornale Di Chirurgia. 44(4) 2024.
4. **LM Toh, SK Wong.** A case of Cystic Schwannoma of the Lesser Sac. Ann Acad. Med Singapore 2006;35:45-8.
5. **Zain Al-Shareef el al.** Laparoscopic Excision of an intra-abdominal Schwannoma. Annals of Saudi Medicine 17 (1) ,1997.
6. **Akhil G et al.** Retroduodenal and Juxtapancreatic Schwannoma: Clinical and Surgical Insights from Three Cases. Cureus Journal of Medical Science