

- options for management of endometrial hyperplasia. *Journal of gynecologic oncology*, 27(1), e8. <https://doi.org/10.3802/jgo.2016.27.e8>
2. **Yuk JS SJ, Lee JH, Park WI, Ahn HS, Kim HJ,.** Levonorgestrel-releasing intrauterine systems versus oral cyclic medroxyprogesterone acetate in endometrial hyperplasia therapy: a meta-analysis. *Annals of Surgical Oncology* 2017;25(5):1322-1329.
 3. **Gallos, I. D., Alazzam, M., Clark, T. J., Faraj, R., Rosenthal, A., Smith, P. P., & Gupta, J. K. (2016).** Management of endometrial hyperplasia. *RCOG/BSGE Green-top Guideline*, 67, 1-30.
 4. **Nguyễn Ngọc Minh, Nguyễn Đức Vi, Dương Thị Cường.** Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị quá sản nội mạc tử cung bằng lynestrenol. *Trường Đại học Y Hà Nội*; 2005.
 5. **J. Donez TC, Kauderer J, Zaino R, Silverberg S, Lim PC, Burke JJ, et al.** Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 2006; 106(4):812-819.
 6. **Lei Li VG, Marks J, Tureanu V, Abu-Rafea B, Vilos AG,.** The levonorgestrel intrauterine system Is an eAective treatment in selected obese women with abnormal uterine bleeding *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2011;18(1):75-80.
 7. **Hà Duy Tiến, Phạm Thị Tân, Nguyễn Ngọc Phương, et al.** Hiệu quả của dụng cụ tử cung Mirena trong điều trị một số bệnh lý lành tính của tử cung. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 504(1):205-208.

U HẠCH HIẾM GẶP Ở VỊ TRÍ MÁNG CẢNH TRÁI: THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Anh Huy², Nguyễn Mạnh Hùng¹, Nguyễn Duy Gia²,
Nguyễn Duy Thăng^{1,2}, Vũ Ngọc Tú^{1,2}

TÓM TẮT

Một bệnh nhân nam 33 tuổi với tiền sử khỏe mạnh vào viện vì chứng mất ngủ tăng dần và đôi khi có khó thở khi ngủ không do các nguyên nhân công việc, gia đình hay tâm lý. Khám lâm sàng không phát hiện dấu hiệu đặc biệt nào. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CT) và cộng hưởng từ (MRI) sọ não phát hiện một khối u ở vùng khoang cảnh trái. Sau đó bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật lấy bỏ khối u, giải phẫu bệnh là Ganglioneuroma. Bệnh nhân tái khám sau đó 1 tháng và đã không còn các triệu chứng gây khó chịu.

SUMMARY

RARELY CERVICAL GANGLIONEUROMA: A CASE REPORT

A 33-year-old man with a previously healthy history was admitted to the hospital with insomnia and sleep apnea that persisted for several days. On clinical examination, no special symptoms were found. CT and MRI revealed a posterior left carotid structure that did not invade surrounding tissues. The patient underwent surgery to remove the tumor, histology is Ganglioneuroma. One month after surgery, the patient no longer had any unpleasant symptoms.

Keywords: Ganglioneuroma, carotid artery, Hanoi Medical University Hospital.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch Lồng ngực – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022

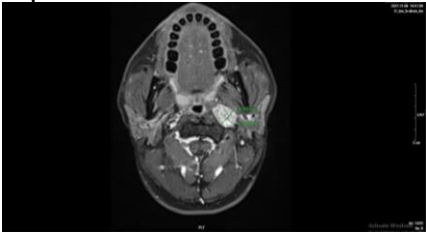
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U hạch (Ganglioneuroma) là một khối u lành tính của hệ thần kinh giao cảm, có thể xuất hiện dọc theo các hạch giao cảm cạnh đốt sống, từ cổ đến xương chậu, và đôi khi ở tủy thượng thận.⁴ Khối u thường phát triển không có triệu chứng ở bệnh nhân dưới 20 tuổi và được chẩn đoán tình cờ trong các xét nghiệm hình ảnh được yêu cầu vì các lý do khác. Mặc dù bản chất lành tính của nó, sự chuyển đổi thành Schwannoma ác tính đã được ghi nhận trong một số trường hợp và nó có liên quan đến các khối u như Pheochromocytoma.^{4,5} U hạch được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ có tiên lượng tốt. Chúng tôi báo cáo một bệnh nhân với khối u ở máng cảnh trái được chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện của Đại học Y Hà Nội, thông qua trường hợp này, chúng tôi tổng kết y văn trên thế giới về dịch tễ, chẩn đoán và chiến lược điều trị cho bệnh lý này.

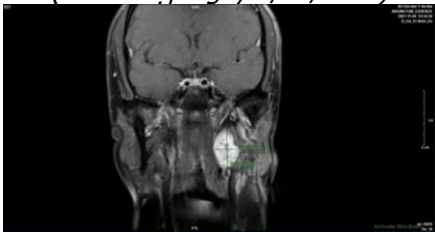
II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 33 tuổi, tiền sử khỏe mạnh. Theo lời kể của bệnh nhân, vài tháng gần đây bệnh nhân xuất hiện khó ngủ, mất ngủ tăng dần kèm đôi lúc khó thở khi ngủ. Bệnh nhân không gặp các vấn đề về công việc và gia đình. Bệnh nhân không sử dụng các chất kích thích hay thay đổi thói quen sinh hoạt. Tình trạng mất ngủ ngày càng trầm trọng, bệnh nhân đi khám chuyên khoa nội thần kinh tại phòng khám, được làm các xét nghiệm siêu âm và chụp MRI sọ não phát hiện một khối u ở vị trí máng cảnh trái.

Sau đó bệnh nhân vào bệnh viện Đại học Y Hà Nội kiểm tra lại trong tình trạng tỉnh, không yếu liệt, không khó thở, mạch đều 75 chu kì/ phút. Huyết áp 120/80mmHg, khám sơ bộ không thấy có dấu hiệu bất thường. Tại đây kết quả chụp MRI sọ não phát hiện khối ngấm thuốc vị trí khoang cảnh bên trái kích thước 17x26x36mm. Khối có bờ đều, ranh giới rõ, ngấm thuốc mạnh và tương đối đồng nhất sau tiêm. Tổn thương gây đè đẩy nhẹ khoang cảnh hầu ra trước và bỏ mạch cảnh trong ra sau, không xâm lấn các cấu trúc lân cận và không gây hẹp hầu họng nghi ngờ u cuộn cảnh.

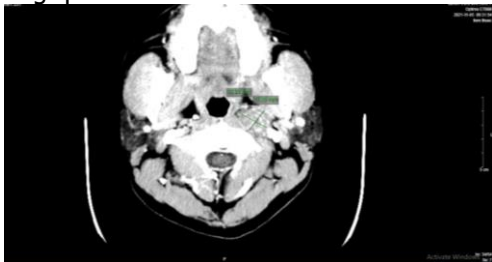


Hình 1: Mặt cắt ngang qua khối ngấm thuốc vị trí khoang cảnh trái. (Phim chụp ngày 4/11/2021)



Hình 2: Mặt cắt đứng ngang qua khối. (Phim chụp ngày 4/11/2021)

Kết quả siêu âm Doppler mạch cảnh cho thấy có khối giảm âm vị trí phía trong gốc động mạch cảnh trong trái. Không thấy tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler màu, bờ đều, ranh giới rõ, tiếp xúc với động mạch cảnh trong nhưng không gây hẹp lòng mạch, không thâm nhiễm hay xâm lấn ra xung quanh.



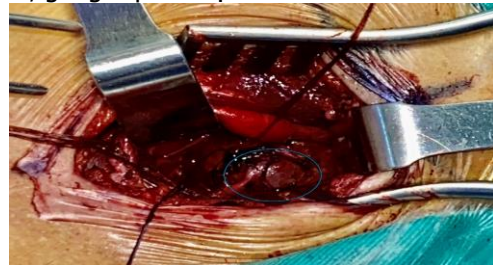
Hình 3: Phim chụp CT có tiêm thuốc với mặt cắt ngang (Phim chụp ngày 5/11/2021)

Kết quả chụp phim CT hạ họng, thanh quản có tiêm thuốc cản quang thấy khối nằm ở ngay phía trên chỗ chia của động mạch cảnh chung

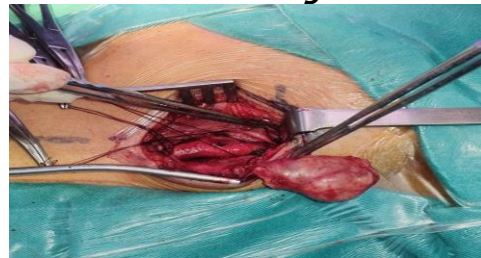
kích thước 22x26x35mm, tỉ trọng tổ chức, ngấm thuốc mạnh sau tiêm nhưng không đồng nhất.

Các xét nghiệm sinh hóa, công thức máu, miễn dịch, Xquang tim phổi của bệnh nhân không có gì đặc biệt. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật theo kế hoạch ngày 16/11/2021. Mục đích phẫu thuật: lấy khối choán chỗ, chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học

Sau khi phẫu tích vào mặt trước động mạch cảnh chung, lấy được 2 hạch kích thước 2x1 cm và 1x0,5 cm. Tiếp tục phẫu tích đến ngã ba động mạch cảnh, kiểm tra thấy thần kinh XII, X không đi vào u. Phẫu tích bộc lộ khối u ở vị trí mặt sau động mạch cảnh trong, kích thước khoảng 3x4cm có thần kinh XI đi vào. Tiến hành cắt bỏ khối u, gửi giải phẫu bệnh và thắt nhánh thần kinh.



Hình 4: Khối U vị trí mặt sau động mạch cảnh trong



Hình 5: Lấy bỏ khối U, gửi giải phẫu bệnh

Sau khi mổ xong, bệnh nhân rút ống nội khí quản sau 30 phút.

Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, giảm đau và corticoid để chống phù nề trong 4 ngày và ra viện trong tình trạng ổn định, không có biến chứng. Hình thái mô bệnh học là Ganglioneuroma.

III. BÀN LUẬN

Ganglioneuroma (Gn) là một khối u hiếm gặp, phát triển chậm, phát sinh từ các tế bào thần kinh giao cảm nguyên phát của mào thần kinh. Gn thuộc nhóm các khối u thần kinh phát sinh ở nhóm này, cùng với u nguyên bào hạch và u nguyên bào thần kinh, nhưng không giống như các khối u này là nó bao gồm các tế bào hạch trưởng thành không có khả năng ác tính.^{4,6} Có nhiều tranh cãi về việc liệu Gn có thể xuất

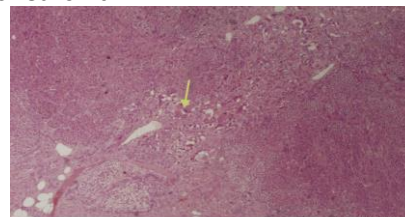
hiện de novo (Gn nguyên phát) hay là kết quả của sự biệt hóa và trưởng thành từ u nguyên bào hạch hoặc u nguyên bào thần kinh.^{5,6} Các khối u xảy ra dọc theo chuỗi giao cảm đốt sống, từ cổ đến xương chậu, và đôi khi ở tủy thượng thận. Chúng thường nằm ở trung thất sau (40%) và sau phúc mạc (37%), và hiếm hơn ở trung thất trước, dạ dày, ruột thừa hoặc tuyến tiền liệt. Gn ở cổ chiếm tỉ lệ 8% theo các nghiên cứu của tác giả nước ngoài.⁶ Chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu về tỉ lệ mắc và phân bố của Gn trong quần thể người Việt Nam.

Tỷ lệ mắc Gn đã tăng lên trong những năm gần đây do tỷ lệ phát hiện khối u ngẫu nhiên ngày càng tăng trong các xét nghiệm hình ảnh ngày càng được thực hiện với chất lượng được nâng cao. Mặc dù các trường hợp cũng đã được báo cáo ở trẻ em, Gn chủ yếu ảnh hưởng đến thanh niên và không có ưu thế giới tính.^{4,7} Khoảng một nửa số bệnh nhân không có triệu chứng và khi những triệu chứng này xảy ra, các dấu hiệu lâm sàng phổ biến nhất của một khối u ở cổ bao gồm các triệu chứng như sờ thấy một khối ở cổ, khó thở khi khối u chèn ép vào đường hô hấp trên, khó nuốt, mất ngủ, tiêu chảy, tăng huyết áp và các triệu chứng của thần kinh sọ IX, X, XI, XI.⁶ Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân bị mất ngủ tăng dần, thi thoảng còn cảm thấy khó thở khi ngủ, các biểu hiện khác không được ghi nhận.

Các báo cáo về u hạch Gn trước đây chỉ ra khối u có thể xuất hiện ở cả hai bên cổ và có thể kéo dài từ cổ đến trung thất một bên. Gns thường không chế tiết theo quan điểm chức năng, nhưng 20–30% tiết ra catecholamine và các chất chuyển hóa. Khi hoạt động của hormone tồn tại, tiêu chảy (giải phóng peptide hoạt động của ruột), đổ mồ hôi, hoặc huyết áp cao có thể được xuất hiện, nhưng những điều này không gây ra bệnh cảnh cấp cứu lâm sàng, không giống như trong bệnh u pheochromocytoma.⁶

Bước đầu tiên trong chẩn đoán luôn bao gồm các xét nghiệm hormone để tìm khối u không hoạt động: cortisol tự do trong nước tiểu 24 giờ, ức chế bằng dexamethasone 1mg, cortisol nền huyết thanh, ACTH, renin, aldosterone huyết tương, và catecholamine (epinephrine và norepinephrine) và các chất chuyển hóa của chúng trong máu và nước tiểu.^{3,5} Tuy nhiên, ở bệnh nhân của chúng tôi không làm các xét nghiệm hormone do không ghi nhận các dữ kiện lâm sàng gợi ý như tăng huyết áp, tiêu chảy, đổ mồ hôi.

Các xét nghiệm hình ảnh hữu ích nhất là CT và chụp cộng hưởng từ (MRI), đã được chứng minh là vượt trội hơn so với siêu âm trong việc phát hiện và xác định đặc điểm của khối u. Gn được nhìn thấy trên CT là một khối rắn rõ ràng, hình bầu dục hoặc phân thùy với tỉ trọng thấp giảm thấp (thường dưới 40 đơn vị Hounsfield) và một bao xơ (Hình 3). Vôi hóa trong u gặp trong 42–60% trường hợp, và đôi khi có thể không đồng nhất sau khi dùng thuốc cản quang. Trong MRI chúng hiển thị tín hiệu cường độ thấp ở T1 và không đồng nhất với cường độ cao ở T2 (Hình 1,2).⁶ Chụp cắt lớp phát xạ Positron (PET) gần đây đã được kết hợp để bổ sung cho cả hai xét nghiệm trong chẩn đoán Gn và trên hết, để loại trừ các tình trạng ác tính.^{2,4,6} Chẩn đoán cuối cùng được thực hiện sau khi phân tích mô bệnh học của bệnh phẩm phẫu thuật. Hình dạng hiển vi đặc trưng là hình ảnh đồng nhất với chất nền bao gồm các tế bào Schwann theo chiều ngang và dọc đan xen không đều nhau. Đôi khi có thể tìm thấy chất béo. Các tế bào thần kinh tương đối trưởng thành với ít chất Nissl và hình thành các nhóm nhỏ hoặc tổ được tìm thấy rải rác khắp nền Schwannian này. Thường thấy một tế bào chất bạch cầu ái toan khổng lồ và một đến ba nhân.^{5,6} Ở bệnh nhân của chúng tôi, kết quả phân tích mô bệnh học khối u bằng phương pháp nhuộm hai màu Hematoxyline-Eosin thấy chủ yếu là tế bào hình thoi, nhân hiền hòa, lượn sóng, không có nhân quái, nhân chia. Rải rác các tế bào bào tương nhân lớn, hạt nhân nổi bật. u có vùng giàu-nghèo tế bào, không thấy tế bào ác tính. Hình ảnh mô bệnh học phù hợp với Ganglioneuroma.



Hình 6: Tế bào hạch trưởng thành thành nhóm nhỏ và tổ (mũi tên) với mô đệm thần kinh, phát triển trên nền hạch giao cảm bình thường.

Chỉ định phẫu thuật cho các khối u hạch giao cảm ngẫu nhiên vùng cổ, không hoạt động không được xác định rõ ràng và chưa có một khuyến cáo cụ thể. Đa phần chỉ định phụ thuộc vào kích thước, vị trí khối u và triệu chứng lâm sàng. Một số tác giả khuyến khích phẫu thuật nên được thực hiện trên các khối u có triệu chứng lớn hơn 6 cm (tỷ lệ ung thư biểu mô tăng lên đã được thấy trong các tổn thương này) hoặc cho

thấy các đặc điểm ác tính trên phim.^{1,5} Theo dõi lâm sàng và cận lâm sàng thường được thực hiện cho các tổn thương dưới 4 cm, mặc dù một số tác giả khuyến nghị phẫu thuật cắt bỏ ở bệnh nhân trẻ tuổi vì thời gian theo dõi rất dài và điều này có thể gây ra lo lắng.⁷ Điều trị các tổn thương từ 4 đến 6 kích thước cm đang gây tranh cãi, và cả hai phương pháp phẫu thuật cắt bỏ và theo dõi đã được khuyến cáo. Phẫu thuật nên được chỉ định nếu khối u phát triển trong thời gian theo dõi hoặc được cho là gây ra các triệu chứng lâm sàng khó chịu.^{1,5} Chỉ định phẫu thuật với bệnh nhân của chúng tôi là do bệnh nhân trẻ tuổi có chứng mất ngủ và khó thở khi ngủ xuất hiện tăng dần mà không tìm được nguyên nhân nghi ngờ nào khác dù kích thước khối u chưa to như khuyến cáo. Sau khi bệnh nhân ra viện và tái khám với chúng tôi 1 tháng sau đó, các triệu chứng như mất ngủ, khó thở đã không còn xuất hiện.

IV. KẾT LUẬN

U hạch (Ganglioneuroma) ở cổ là một thể hiếm gặp trong bệnh lí u hạch. Đây là một tổn thương lành tính với các triệu chứng có thể gặp theo y văn ghi nhận là khó thở, mất ngủ, tiêu chảy, vẩy mồ hôi, tăng huyết áp. Phẫu thuật lấy bỏ khối u được đặt ra khi nghi ngờ khối u gây ra các triệu chứng lâm sàng khó chịu hoặc ở bệnh nhân trẻ tuổi khi thời gian theo dõi dài có thể gây ra các vấn đề về tâm lý dù không có triệu

chứng là một lựa chọn cho kết quả khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bingbing S, Han-zhong L, Cheng C, Shi R, Hua F, Jin W, et al. Differential diagnosis and laparoscopic treatment of adrenal pheochromocytoma and ganglioneuroma. Chin Med J. 2009;122:1790---3.
2. Guo YK, Yang ZG, Li Y, Deng YP, Ma ES, Min PQ, et al. Uncommon adrenal masses: CT and MRI features with histopathologic correlation. Eur J radiol. 2007;62:359---70.
3. Mawaja S, Materne R, Detrembleur N, De Leval L, Defecheroux T, Meurisse M, et al. Adrenal ganglioneuroma. Am J Surg.2007;194:683-4.
4. Titos García A, Ramírez Plaza CP, Ruiz Diéguez P, Marín Camero N, Santoyo Santoyo J. Ganglioneuroma como causa infrecuente de tumor suprarrenal [Ganglioneuroma as an uncommon cause of adrenal tumor]. Endocrinol Nutr. 2011 Oct;58(8):443-5. Spanish. doi: 10.1016/j.endonu.2011.02.013. Epub 2011 May 4.
5. Titos García A, Ramírez Plaza CP, Ruiz Diéguez P, Marín Camero N, Santoyo Santoyo J. Ganglioneuroma como causa infrecuente de tumor suprarrenal [Ganglioneuroma as an uncommon cause of adrenal tumor]. Endocrinol Nutr. 2011 Oct;58(8):443-5. Spanish. doi: 10.1016/j.endonu.2011.02.013. Epub 2011 May 4.
6. Xu T, Zhu W, Wang P. Cervical ganglioneuroma: A case report and review of the literature. Medicine (Baltimore). 2019 Apr;98(15):e15203.
7. Zografos GN, Kothonidis K, Ageli C, Kopanakis N, Dimitriou K, Papalioti E, et al. Laparoscopic resection of large adrenal ganglioneuroma. JLS. 2007;11:487---92.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Trần Quyết Thắng*, Hà Văn Quyết**, Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 43 bệnh nhân ung thư đại tràng phải tại bệnh viện Thanh Nhàn từ 7/2017 đến 10/2021. Bệnh nhân được phẫu thuật

nội soi cắt đại tràng phải và nối máy. Chúng tôi đánh giá các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $53,5 \pm 0,7$, tỷ lệ nam/nữ là 1,26; 62,8% chỉ số BMI bình thường (18,5 – 24,9%). Đau bụng là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất (83,7%); 11,6% bệnh nhân sờ thấy u khi khám bụng. 100% khối u được phát hiện qua nội soi đại tràng: 48,8% ở đại tràng lên, 41,9% ở đại tràng góc gan; 83,7% u thể sùi; 83,7% có kích thước > 1/2 chu vi đại tràng. 97,7% khối u được phát hiện trên cắt lớp vi tính ổ bụng với hình ảnh dày thành đại tràng. Tỷ lệ giai đoạn I, II, III sau mổ là 9,3%; 48,8%; 42,9%. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật nội soi được chẩn đoán ở giai đoạn sớm với triệu chứng lâm sàng không điển hình. Nội soi đại tràng là phương pháp chẩn đoán có giá trị quan trọng nhất. **Từ khóa:** ung thư đại tràng, phẫu thuật, nội soi, triệu chứng.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

**Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết Thắng

Email: tranquyetthang13779@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 11.4.2022