

- Đái tháo đường, suy thận, suy tim, thiếu máu, tuổi từ 75 tuổi trở lên, thể tích cản quang vượt quá MACD đều làm gia tăng nguy cơ TTTC sau thủ thuật PCI.

- Bệnh nhân TTTC có nguy cơ tử vong nội viện cao hơn so với các bệnh nhân không TTTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Kim Linh** (2015), "Giá trị thang điểm AGEF trong dự báo bệnh thận do thuốc cản quang sau can thiệp động mạch vành", Luận văn thạc sĩ y học. Đại học y Hà Nội.
2. **Joe Aoun, et al.** (2018), "Maximum allowable contrast dose and prevention of acute kidney injury following cardiovascular procedures", Current opinion in nephrology and hypertension. 27(2), p. 121.
3. **Lorenzo Azzalini, et al.** (2018), "Incidence of contrast-induced acute kidney injury in a large cohort of all-comers undergoing percutaneous coronary intervention: Comparison of five contrast media", International Journal of Cardiology. 273, pp. 69-73.
4. **Wen-hua Li, et al.** (2013), "Impact of anemia on contrast-induced nephropathy (CIN) in patients undergoing percutaneous coronary interventions", International Urology and Nephrology. 45(4), pp. 1065-1070.
5. **Roxana Mehran, et al.** (2004), "A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: development and initial validation", Journal of the American College of Cardiology. 44(7), pp. 1393-1399.
6. **Charanjit S Rihal, et al.** (2002), "Incidence and prognostic importance of acute renal failure after percutaneous coronary intervention", circulation. 105(19), pp. 2259-2264.
7. **Thomas T Tsai, et al.** (2014), "Contemporary incidence, predictors, and outcomes of acute kidney injury in patients undergoing percutaneous coronary interventions: insights from the NCDR Cath-PCI registry", JACC: Cardiovascular Interventions. 7(1), pp. 1-9.
8. **Jin Wi, et al.** (2013), "Prediction of contrast-induced nephropathy with persistent renal dysfunction and adverse long-term outcomes in patients with acute myocardial infarction using the Mehran Risk Score", Clinical cardiology. 36(1), pp. 46-53.

U BAO R THẦN KINH CỘT SỐNG TẠI TRUNG THẤT SAU - BÁO CÁO CA BỆNH VÀ XEM XÉT TÀI LIỆU LIÊN QUAN

Cung Văn Công¹

TÓM TẮT

Trong hệ thống phân loại u thần kinh của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) 2021, các u thuộc dây thần kinh sọ não và dây thần kinh cạnh sống được nhắc đến, đó là: (1) U bao rể thần kinh (Schwannoma); (2) U sợi thần kinh (Neurofibroma); (3) U thần kinh ngoại biên (Perineurioma); (4) U thần kinh hỗn hợp (Hybrid nerve sheath tumours); (5) U vỏ thần kinh ngoại biên hắc tố ác tính (malignant melanotic nerve sheath tumour); (6) U vỏ thần kinh ngoại vi ác tính (malignant peripheral nerve sheath tumour); (7) U thần kinh nội tiết đuôi ngựa (Cauda equina), trước đây là u cận hạch thần kinh/paraganglioma. Schwannoma là một khối u lành tính phát sinh từ tế bào schwann và chủ yếu xuất hiện trong vỏ bọc dây thần kinh ở vùng nội tủy, ngoài màng cứng. Cấu trúc u có thể dạng đặc hay dạng nang (ít gặp hơn). Do thường phát sinh từ khu vực trong ống sống nên u thường gây rộng khe liên hợp và chèn ép rễ thần kinh. Chụp CT, chụp cộng hưởng từ và sinh thiết u dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính (CLVT) giúp chẩn đoán xác định. Phẫu thuật cắt bỏ u hoàn toàn vẫn là phương pháp điều trị được lựa

chọn mặc dù tỷ lệ tái phát còn cao. Chúng tôi báo cáo ca bệnh u bao rể thần kinh vị trí trung thất sau được chẩn đoán và điều trị phẫu tại bệnh viện Phổi trung ương. Phần tổng quan tài liệu và phương cách tiếp cận chẩn đoán sẽ được chúng tôi nêu trong phần bản luận. **Từ khoá:** U bao rể thần kinh; U sợi thần kinh; U thần kinh hỗn hợp; Cắt lớp vi tính; chụp cộng hưởng từ.

SUMMARY

SCHWANNOMA IN POSTERIOR MEDIASTINUM – CASE REPORT AND REVIEW RELATED DOCUMENTS

In the World Health Organization (WHO) 2021 classification system of neuroma, tumors of the cranial nerve and paravertebral nerve are mentioned, which are: (1) Schwannoma; (2) Neurofibroma; (3) Perineurioma; (4) Hybrid nerve sheath tumours; (5) malignant melanotic nerve sheath tumor; (6) Malignant peripheral nerve sheath tumor; (7) Cauda equina, (formerly paraganglioma). Schwannoma is a benign tumor arising from a schwann cell and mainly occurs in the nerve sheath in the intramedullary, epidural region. Tumor structures may be solid or cystic (less common). Because the tumor usually arises from the area within the spinal canal, the tumor often causes widening of the junctional cleft and compresses the nerve root. CT scan, magnetic resonance imaging and tumor biopsy under CT guidance help confirm the diagnosis. Total tumor resection remains the

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

treatment of choice despite the high recurrence rate. We report a case of posterior mediastinal nerve sheath tumor diagnosed and surgically treated at the National Lung Hospital. The literature review and approach will be discussed in the discussion section.

Keywords: Schwannoma; Neurofibroma, Computed tomography; Magnetic resonance imaging

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành lâm sàng chẩn đoán hình ảnh ngực, khối bất thường trung thất sau khu vực cạnh cột sống luôn đặt ra rất nhiều chẩn đoán phân biệt. Các trường hợp sau đây thường được kể đến: (1) U thần kinh (u bao rễ thần kinh/schwannome, u sợi thần kinh/neurofibroma); (2) U hạch thần kinh (Ganglioneuroma); (3) U hạch bạch huyết: nguyên phát (Lymphoma: HL, NHL); u hạch thứ phát; u Castleman; (4) U tế bào mầm (Tumor of germ cell origin); (5) Thoát vị màng nhện tủy cột sống; (6) U thực quản; (7) Giãn tĩnh mạch đơn; (8) U mỡ cạnh cột sống. Hiếm gặp hơn: u bao hoạt dịch màng phổi, u tuyến nang ruột; u bạch mạch; u máu... đòi hỏi thầy thuốc phải luôn chú ý toàn diện. Đặc biệt, phải khai thác kỹ các dấu hiệu lâm sàng đi kèm để đưa ra định hướng chẩn đoán.¹⁻⁶

Schwannomas phát triển từ các tế bào Schwann của vỏ bọc thần kinh. Những khối u này là lành tính và chiếm 29% các khối u tủy sống nguyên phát, chủ yếu xuất hiện trong vỏ bọc dây thần kinh ở vùng nội tủy, ngoài màng cứng, sau đó phát triển ra ngoài tạo thành khối u cạnh sống. Đa đa số u có cấu trúc rắn, những thay đổi thoái hóa như xuất huyết, vôi hóa và xơ hóa cũng thường thấy ở schwannomas. Trong y văn đã có báo cáo Schwannomas có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào của cột sống.³

Schwannomas thường là những khối u rắn hoàn toàn hoặc không đồng nhất, tỷ lệ ít xuất hiện dạng nang. Schwannomas gây ra sự phá hủy đáng kể các đốt sống hiếm khi được nhìn thấy; X quang và chụp cắt lớp vi tính có thể cho thấy sự mở rộng của các túi bao rễ thần kinh, xói mòn cuống, tăng khoảng cách giữa các đĩa đệm và tạo "hình vầy" của thân đốt sống lân cận. Cộng hưởng từ đã được coi là công cụ tốt nhất để khảo sát u này. Các khối u thường có tín hiệu trên T1W và ngấm đối quang từ mạnh sau tiêm. Có sự khác biệt tín hiệu trên T2W so với tủy sống. So với dịch não tủy bên cạnh, những khối u này thường tăng cường độ trên hình ảnh T1W và hơi giảm cường độ tín hiệu trên hình ảnh T2W vì yếu tố có tế bào đặc của chúng. Các tín hiệu cường độ cao quan sát được trên ảnh T2W thường đại diện cho sự hình thành các nang trong u, và cũng có thể liên quan đến xuất

huyết, tỷ lệ tế bào cao và thành phần collagen trong u. Sự hiện diện của giao diện chất lỏng - chất lỏng và các chất cặn có cường độ cao trên T2W cũng thấy trong các đợt xuất huyết lặp đi lặp lại trong một số trường hợp. Nói chung, các kiểu tăng cường tín hiệu của schwannomas rất khác nhau, từ tăng mạnh và đồng nhất vào một thời điểm đến khi chỉ có một vành tăng cường tín hiệu mỏng vào các thời điểm khác. Trong trường hợp u dạng nang, tăng cường dạng vành của tổn thương nên gợi ý cho chẩn đoán thể này.¹⁻⁴

Chẩn đoán xác định Schwannomas thường căn cứ kết quả giải phẫu bệnh (GPB) qua sinh thiết u. Các thể hay gặp có thể schwannoma đơn thuần (u vỏ TK), Neurofibroma (u sợi TK) và thể hỗn hợp trước kia đều được xếp chung vào nhóm u thần kinh.¹

Phẫu thuật cắt bỏ u tủy căn hiện vẫn lựa chọn đầu tiên cho điều trị căn bệnh này. Sau phẫu thuật u có thể tái phát, đặc biệt những u có phần nằm sâu phần bao rễ trong ống tủy mà phẫu thuật viên không thể phẫu tích hết được.¹⁻⁹

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân (BN) nam, 76 tuổi, bệnh viện tuyến trước chuyển đến bệnh viện Phổi trung ương với chẩn đoán theo dõi K màng phổi trái.

Bệnh sử: Cách thời điểm đi khám khoảng 1 tháng BN xuất hiện đau tức ngực trái, khó thở tăng dần, đồng thời BN ho nhiều, có đờm, không ho ra máu, không sốt, ăn ngủ kém, không gầy sút, mệt mỏi nhiều. BN đã đến y tế cơ sở khám, điều trị không đỡ. Sau đó BN được chụp phim X quang và CT ngực, nghi có u ác tính màng phổi trái => chuyển BV Phổi trung ương.

Khám lúc vào: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, không khó thở; thể trạng trung bình; không phù, không xuất huyết dưới da; hạch ngoại biên không to; gan lách không sờ thấy; tuyến giáp không to. Khám các hệ cơ quan khác: tim mạch, tiêu hoá, cơ xương khớp; thận tiết niệu không thấy gì bất thường. Mạch: 80 lần /phút; HA: 140/90mmHg; nhiệt độ: 36.5 độ C; thở 20 lần/phút; cao 1,50m; nặng 48 kg; BMI: 21.3

Xét nghiệm (XN) công thức máu (làm 4 lần khi vào và trong quá trình điều trị): Hồng cầu trong giới hạn bình thường; Bạch cầu tăng dần: 6.64 - 15.96 G/L; Tiểu cầu thường xuyên ở mức thấp: 79 - 94 G/uL.

Các XN sinh hoá máu, sinh hoá nước tiểu: trong giới hạn bình thường; Các marker viêm (CRP, PCT): Không tăng

Các XN về lao (AFB đờm trực tiếp; Gene Xpert đờm MTB; nuôi cấy đờm MGIT): âm tính.

Nội soi phế quản; siêu âm ổ bụng; siêu âm tim: Không thấy bất thường.

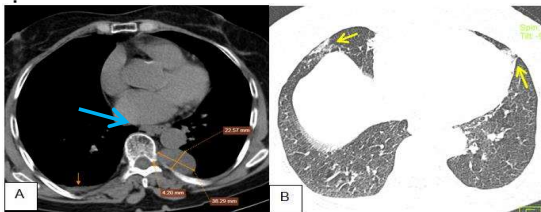
Bệnh nhân được chụp phim X quang thường qui ngực. Kết quả chi tiết được thể hiện trong hình 1.



Hình 1. X quang ngực khi BN vào viện

Quan sát thấy khối bất thường, cạnh trong chìm trong trung thất, cạnh ngoài lồi, nhẵn, không cùng bình diện với tim => **Kết luận:** TD hình ảnh u trung thất sau.

Do BN trong tình trạng nhiễm trùng (BC tăng/ĐNTT không tăng) và tiểu cầu ở mức thấp nên BN được hội chẩn, quyết định chụp CLVT ngực không tiêm cản quang để làm rõ u trung thất. Chi tiết hình ảnh và kết quả được thể hiện tại hình 2.



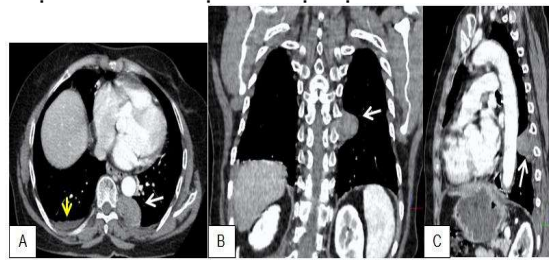
Hình 2. CT ngực khi BN vào viện

A: Cửa sổ trung thất: Xuất hiện khối mờ mềm, KT # 30 x 23 mm, bám sát bờ trái trung thất, bờ ngoài trơn nhẵn. Khe liên hợp giữa thân và cuống sống cùng bên tăng rộng 4,5 mm (so sánh bên đối diện - mũi tên xanh). Có ít dịch khoang màng phổi phải (mũi tên). B: Cửa sổ trung thất thấy các vùng đông đặc biểu thị viêm phổi (giải thích cho tình trạng tăng BC).

=> **Kết luận của CT ngực:** TD U thần kinh

Do có tình trạng nhiễm trùng nên BN đã được dùng kháng sinh 1 tuần. Đồng thời được truyền tĩnh mạch 2 khối tiểu cầu (tổng 300ml). Sau truyền số lượng TC đã đạt 112 G/uL, các chỉ số XN đông cầm máu cơ bản trong giới hạn cho phép => BN đã được hội chẩn: Tình trạng nhiễm trùng đã được kiểm soát, đề nghị sinh thiết xuyên thành ngực (STXTN) dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính (CLVT) chẩn đoán mô bệnh. Trước khi tiến hành, theo đúng qui định, BN được chụp CT

ngực lần 2, có tiêm thuốc cản quang. Chi tiết được hình ảnh được thể hiện tại hình 3.

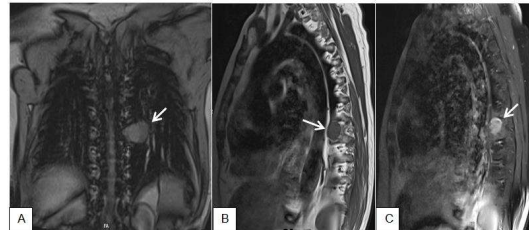


Hình 3. CT ngực, cửa sổ trung thất sau tiêm thuốc cản quang

(A: axial; B: Coronal; C: Sagital).

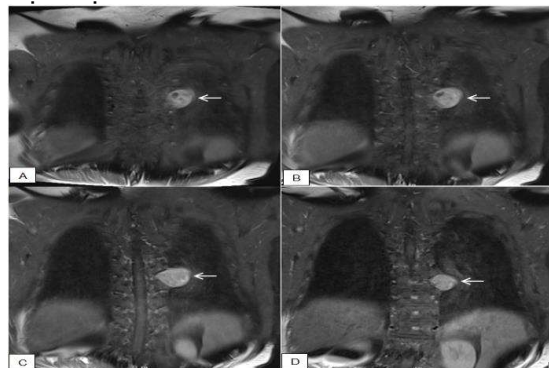
A: Khối bất thường, bám sát cột sống (~D8), ngấm thuốc cản quang tương đối đều (mũi tên trắng); có ít dịch KMP phải (mũi tên vàng). B,C: Quan sát thấy rõ 1 phần của khối lấn sâu vào và làm rộng khe liên hợp (mũi tên trắng). => **Kết luận:** Hướng nhiều đến u thần kinh.

Bệnh nhân được chụp CHT có tiêm đối quang tử, chi tiết được thể hiện trong hình 4.



Hình 4. CHT ngực chuỗi xung T1W trước và sau tiêm đối quang tử

A,B: Coronal và Sagittal T1W trước tiêm: Khối bất thường (mũi tên) khá đồng tín hiệu, đường bờ rõ, bờ trong lấn sâu vào khe liên hợp. C: T1W Sagittal sau tiêm đối quang tử: Khối bất thường ngấm thuốc mạnh, không đều. Khu vực xung quanh khối có ngấm thuốc, tăng cường độ tín hiệu nhẹ.

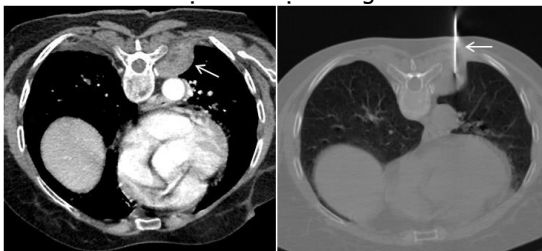


Hình 5. CHT các chuỗi xung T1W sau tiêm, hướng Coronal các lát từ sau tra trước

A-D: Khối ngấm đối quang không đều, trong có vài ổ/vùng ngấm thuốc kém. C: Khối có cuống lẫn sâu vào khe liên hợp hai đốt sống.

⇒ **Kết luận của hình ảnh CHT:** Hướng đến U thần kinh

Bệnh nhân được hội chẩn liên khoa, sinh thiết khối dưới hướng dẫn CT ngực được tiến hành. Chi tiết được thể hiện trong hình 6.



Hình 6. Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT

A: Lát cắt CT sau tiêm được chọn sinh thiết. B: Hình ảnh kim ST và vị trí lấy bệnh phẩm (mũi tên)

* **Kết quả GPB bệnh phẩm sinh thiết:** Mảnh ST bao gồm mô phổi và mô u. Mô u chủ yếu các tế bào hình thoi, nhân nhỏ, đều đứng thành từng đám hoặc rải rác trên nền mô đệm nhầy. => **Kết luận: U tế bào hình thoi hướng Schwannoma.**

Bệnh nhân đã được hội chẩn phẫu thuật. Xét thấy khối u cũng khá lớn, có dấu hiệu chèn ép bó rễ thần kinh gây đau nhiều cho BN => Chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u đã được đồng thuận (Thầy thuốc và BN). Cuộc mổ đã diễn ra sau đó 3 ngày.

***Tóm tắt biên bản mổ:** Rạch da, cho Trocar qua lỗ KLS VIII bên trái, quan sát thấy khối # 5 x 6 cm, bờ tròn nhẵn, nhiều mạch tăng sinh, không xâm lấn màng xương và nhu mô phổi, màng phổi thành bình thường, khoang màng phổi có ít dịch. Mở vỏ bao khối u, phẫu tích xung quanh khối u, cắt toàn bộ u và 1 phần thần kinh liên sườn. Chuyển toàn khối bệnh phẩm làm XN MBH. Cầm máu kỹ, phủ miếng vật liệu cầm máu lên móm cắt. Khâu tăng cường móm cắt động mạch liên sườn bằng chỉ PDS. Kiểm tra phổi nở tốt, đặt sonde dẫn lưu khoang màng phổi và đóng thành ngực.

***Kết quả GPB/MBH bệnh phẩm sau mổ:**

- **Đại thể:** Khối u kích thước # 4x3x2,5 cm, màu vàng, trung tâm có vùng đen mềm, vàng đậm.

- **Vi thể:** Mô u bao gồm các TB hình thoi đứng thành từng đám, thành bó, có vùng xoáy ốc gồm 2 vùng giàu và nghèo tế bào, mô đệm nhầy hoá. => Kết luận: **U Schwannoma.**

***Chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh:** U vỏ bao rễ thần kinh (schwannoma) cột sống ngực.

Sau phẫu thuật BN tiến triển tốt, được rút sode dẫn lưu sau 3 ngày, được xuất viện sau 1 tuần, được hẹn khám lại sau 1 tháng.

III. BÀN LUẬN

Schwannoma các dây thần kinh là các loại u tủy sống thường gặp nhất. Chúng chiếm 16 đến 30% trong tất cả các u tủy sống trong các báo cáo. Khoảng 72% là trong màng cứng ngoài tủy, 14% ngoài màng cứng, 13% là loại hình chùy (dumbbell/nửa trong, nửa ngoài màng cứng) và 1% là nội tủy. Schwannoma gặp nhiều nhất ở tủy sống ngực, tiếp đến ở cổ và ít nhất là ở vùng thắt lưng. Không có sự khác biệt về giới và bệnh thường gặp ở thập kỷ 40 – 50 của cuộc đời. Biểu hiện sớm là các triệu chứng chèn ép rễ thần kinh; các dấu hiệu của đường dẫn truyền thần kinh thường xuất hiện muộn hơn.^{1,2}

U bao dây thần kinh trong ống sống thường gây ra các thay đổi về hình ảnh X quang. Các dấu hiệu chẩn đoán trên phim X quang thường là giãn rộng khoảng cách giữa các chân cung sau có trong khoảng một nửa số trường hợp và mở rộng lỗ liên hợp. U ít khi có vôi hóa. Nếu u bao dây thần kinh phát triển thành hình chùy, chúng có thể tạo ra một khối u mềm điển hình, dễ xác định ở vùng cạnh cột sống. Trên phim chụp tủy sống có cản quang, u bao rễ thần kinh có thể tạo ra di lệch của tủy và ảnh khuyết hình mũ của cột thuốc cản quang. Ngày nay chụp CLVT có cản quang và chụp CHT có đối quang từ đã giúp phân biệt rõ hình thái, nguồn gốc, cấu trúc cũng như ảnh hưởng của u đến các thành phần giải phẫu liên quan.⁴

Điều trị Schwannoma bằng cách mổ lấy toàn bộ u. Kết quả tốt nhất ở những bệnh nhân trước mổ có rất ít các dấu hiệu thần kinh, nhưng cũng có một số trường hợp đã được báo cáo trước mổ đã có hội chứng cắt ngang tủy hoàn toàn song sau mổ vẫn hoàn toàn hồi phục. Tỷ lệ tử vong sau mổ được báo cáo là từ 0 đến 7%. Xạ trị không được chỉ định cho loại u lành tính này.¹⁻⁵

Hầu hết các Schwannoma được mô tả có cấu trúc dạng đặc song việc thoái hoá hoàn toàn thành u dạng nang cũng đã được Wu D và CS báo cáo. Hai BN có tiền sử đau vùng cột sống thắt lưng từ 6 đến 12 tháng kèm theo yếu chi dưới. Khi khám, 1 BN có sức mạnh cơ lực chi dưới hai bên 4/5, và hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy một khối u nang kích thước # 1,5x2,0 cm

(sagittal) ở L2-L3. Bệnh nhân thứ hai có sức mạnh cơ lực chi dưới bên phải 3/5 và hình ảnh cộng hưởng từ cũng cho thấy một khối u nang, kích thước # 2,0 × 3,0 cm (sagittal) ở L4-L5. Các BN đã được phẫu thuật điều trị và các khối u đã được loại bỏ hoàn toàn, cũng như phần đầu các sợi thần kinh dính vào khối u. Các nẹp vít cột sống được sử dụng để duy trì sự ổn định của cột sống thắt lưng. Kiểm tra đại thể các khối u cho thấy chất bên trong mềm màu trắng và vàng. Kiểm tra mô học xác nhận rằng chúng là những Schwannoma nang hoá hoàn toàn lành tính. Sau phẫu thuật, các triệu chứng thần kinh của BN hoàn toàn được giải quyết.¹ Samman AM và CS cũng đã có báo cáo trường hợp tương tự ở một BN nam 80 tuổi.⁵ Nhiều giả thuyết khác nhau đã được đưa ra để làm rõ căn nguyên của sự biến đổi nang xảy ra ở schwannomas. Sakamoto cho rằng hoại tử do thiếu máu cục bộ trung tâm, thứ phát sau sự phát triển của khối u cuối cùng dẫn đến hình thành một khoang dạng nang với hoại tử trung tâm. Một giả thuyết khác được Enzinger đưa ra, nói rằng sự thoái hóa của các khu vực Antoni B dẫn đến sự hình thành u nang, chúng liên kết với nhau theo thời gian và tạo thành một khoang nang duy nhất.⁵

Plexiform schwannoma (PS) là một dạng biến thể của schwannoma, thường liên quan đến nhiều khối u như u sợi thần kinh dạng plexiform, và thường nằm ở bên ngoài màng cứng. Tuy nhiên Yu D và CS lại có báo cáo trường hợp PS khổng lồ nằm trong ống tủy. Một người đàn ông 66 tuổi bị đau chân, giảm cảm giác và yếu hai chi trong 2 năm. Hình ảnh CHT cho thấy một tổn thương dạng khối lớn giống như khối u nhiều thùy liên tục và một phần nang từ L1 đến S3. Tổn thương có cường độ không đồng nhất trên hình ảnh T2W, đồng tín hiệu - thấp trên T1W và tăng cường không đồng nhất tín hiệu trên T1W sau tiêm đối quang tử. Cắt bỏ hoàn toàn u thành công ở cột sống thắt lưng, để lại 3 u tròn nhỏ ở vùng thắt lưng và một khối tròn nhiều thùy từ S2 đến S3 liên quan đến các dây thần kinh vận động của chi dưới và cơ vòng hậu môn. Kiểm tra mô học cho thấy mô hình tăng trưởng nhiều nốt hoặc dạng đám bao gồm các tế bào khối u hình thoi, chúng dương tính mạnh và lan tỏa với dấu ấn S100 với KI67 khi nhuộm hoá mô miễn dịch (HMMD). Theo dõi trong 2 năm không thấy có sự tái phát. Kết luận của báo cáo: Cắt bỏ tổng thể để giảm các triệu chứng về thần kinh và theo dõi chặt chẽ có thể được coi là một chiến lược điều trị thích hợp cho PS cột sống khổng (lành tính về các đặc điểm mô học), với nguy cơ cao bị tổn

thương thần kinh trong quá trình phẫu thuật.²

Các Schwannoma vùng cột sống cổ hiếm gặp, chỉ chiếm # 10% trong các Schwannomas cột sống. Airlangga PA và CS đã báo cáo trường hợp BN nam, 54 tuổi với các phàn nàn về tình trạng yếu dần và tê mỗi cánh tay phải trong 4 tháng. Tiền sử bị u hạch năm 2007 và cắt bỏ năm 2011. Kiểm tra X quang cho thấy tổn thương thân đốt cột sống cổ 2, 3 và 4. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy sự phá hủy kéo dài lên đến đốt sống C1. Hình ảnh CHT cho thấy khối u ngoài màng cứng chèn ép vào tủy sống. Phẫu thuật hai giai đoạn đã được thực hiện. Giai đoạn đầu là giải nén phía sau với thiết bị và dụng cụ kết hợp; giai đoạn thứ hai là giải nén phía trước và ghép thanh chống cột sống. Theo dõi ba tháng tiếp theo cho thấy sự cải thiện rõ rệt về thần kinh. Cắt bỏ toàn bộ là phương pháp điều trị được lựa chọn cho những khối u này. Chẩn đoán hình ảnh trước phẫu thuật nên được thực hiện để loại trừ khối u ác tính và xác định phạm vi mở rộng của u.³

Các khối u lành tính ở vỏ bọc dây thần kinh ngoại vi tương đối phổ biến; tuy nhiên, thể schwannoma biểu mô lành tính (Benign epithelioid schwannoma - BES) mặc dù cực kỳ hiếm song lại thường biến đổi thành ác tính. WHO phân loại u tế bào biểu mô vỏ bọc dây thần kinh ngoại vi ác tính mức độ thấp với ưu thế là tế bào biểu mô; về mặt mô học giống ung thư biểu mô hoặc u hắc tố. Wewel JT và CS đã có báo cáo trường hợp và khuyến cáo tất cả các bệnh phẩm sau mổ của Schwannoma cần phải được kiểm tra kỹ lưỡng vì BES thường có khả năng tái phát cao và biến đổi ác tính.⁴

Leclerc A và CS cũng đã báo cáo loạt 6 BN có Schwannoma mặt trước xương cùng dạng khổng lồ đã được phẫu thuật thành công. Tất cả các BN đều có các triệu chứng trước khi phẫu thuật (táo bón, tiểu khó, đau vùng kín hoặc tiểu khung) với thời gian trung bình là 7,4 tháng. Các BN đều được chụp MRI và CT trước khi phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp tiếp cận từ phía trước với thời gian trung bình là 246 phút cho 1 cuộc mổ. Chảy máu trong mổ dưới 500 ml cho 4 BN, 2 BN chảy máu đáng kể (2700 và 2900 mL). Một BN bị biến chứng trong mổ (thuyên tắc mạch do khí). Theo dõi sau mổ 3 tháng cho thấy kết quả thật tuyệt vời với sự biến mất của các triệu chứng cho tất cả các BN ngoại trừ một BN vẫn bị táo bón. Một BN bị biến chứng muộn (tắc ruột do dính). Ở lần tái khám cuối cùng không có BN nào có các triệu chứng lâm sàng gợi ý tái phát.⁶ Báo cáo của

Mazzini J và CS với 13 trường hợp phẫu thuật Schwannoma trước xương cùng - cột cứng cho thấy tình trạng tương tự. Các biến chứng khi phẫu thuật cần hết sức lưu ý đối với các Schwannoma khu vực này.⁷

Jiang WJ và CS đã báo cáo nghiên cứu so sánh phẫu thuật cắt Schwannoma nội soi (xâm lấn tối thiểu) và phẫu thuật mở. Mười năm BN đã được phẫu thuật nội soi có trợ giúp Video so sánh với nhóm chứng được phẫu thuật mở truyền thống. Kết quả: thời gian mổ của nhóm thử nghiệm và nhóm chứng lần lượt là (157 ± 27) phút và (158 ± 29) phút (P = 0,897). Lượng máu mất trong mổ lần lượt là (66 ± 27) ml và (110 ± 43) ml (P = 0,020). Thời gian nằm viện trung bình lần lượt là (7,60 ± 1,29) ngày và (11,67 ± 1,23) ngày (P = 0,000). Tỷ lệ mất máu trung bình và thời gian nằm viện ở nhóm thử nghiệm thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng, sự khác biệt về thời gian mổ giữa hai nhóm là không đáng kể, và không có sự khác biệt về kết quả chức năng thần kinh. Kết luận: Trong một số loại u schwannoma thắt lưng, phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu qua nội soi có ưu điểm là ít chấn thương phẫu thuật, ít chảy máu, phục hồi nhanh và là phương pháp điều trị phẫu thuật an toàn và hiệu quả.⁸

Trường hợp Schwannoma nội tuỷ (intramedullary schwannomas – IMS) là rất hiếm gặp và thường là tổn thương đơn độc. Mawrin C và CS đã báo cáo trường hợp IMS được chẩn đoán và phẫu thuật thành công trong ống sống cổ. Kết quả kiểm tra bệnh phẩm sau mổ thấy khối u rắn, màu vàng; Kiểm tra bằng kính hiển vi đối với các mẫu mô thu được trong quá trình phẫu thuật cho thấy các tế bào hình thoi, sắp xếp theo hình thấu kính điển hình. Các khu vực nhỏ bao gồm một cấu trúc myxoid giả tế bào. Các vết xuất huyết cũ thường xuyên được nhìn thấy. Hóa mô miễn dịch cho thấy phản ứng đồng nhất mạnh đối với protein S-100 nhưng âm tính với kháng nguyên màng biểu mô. Tỷ lệ tăng sinh (nhuộm Ki-67) thấp. Những phát hiện này phù hợp với chẩn đoán mô bệnh học của một schwannoma.⁹

IV. KẾT LUẬN

Qua báo cáo ca bệnh và xem xét tài liệu liên quan chúng ta thấy Schwannomas chiếm tỷ trọng lớn các u thần kinh cột sống, phần lớn là lành tính (trừ BES). Chúng có thể xuất hiện ở mọi vị trí của cột sống song vùng cổ và thắt lưng cùng là hiếm gặp hơn. Chẩn đoán phân biệt

Schwannomas với các loại u khác luôn được đặt ra; chẩn đoán xác định bằng GPB qua sinh thiết u, đôi khi cần sự trợ giúp của HMMD. Phẫu thuật cắt bỏ u là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất vẫn được áp dụng đến thời điểm này và phẫu thuật nội soi có trợ giúp video được chứng minh có nhiều lợi điểm. Khả năng tái phát u sau phẫu thuật là rất cao nên các trường hợp cần phải được theo dõi chặt chẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wu D, Ba Z, Huang Y, Zhao W et al.** Totally cystic schwannoma of the lumbar spine. *Orthopedics*. 2013 May;36(5):e679-82. doi: 10.3928/01477447-20130426-36.PMID: 23672923
2. **Yu D, Choi JH, Jeon I.** Giant intradural plexiform schwannoma of the lumbosacral spine - a case report and literature review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020 Jul 11;21(1):454. doi: 10.1186/s12891-020-03492-y. PMID: 32652976
3. **Airlangga PA, Priambodo B, Hidavat AR, Benedicta S.** Schwannoma of the upper cervical spine a case report. *Chin J Traumatol*. 2019 Dec;22(6):368-372. doi: 10.1016/j.cjtee.2019.07.005. Epub 2019 Sep 5.PMID: 31653502
4. **Wewel JT, Mangubat EZ, Patil J, Abraham KP, Sani S.** Intradural benign epithelioid schwannoma of the lumbar spine. *Neurol India*. 2016 Nov-Dec;64(6):1340-1341. doi: 10.4103/0028-3886.193803.PMID: 27841220
5. **Thoracic cystic schwannoma:** case report and review of literature. *Samman AM, Bardeesi AM, Alzahrani MT.Spinal Cord Ser Cases*. 2021 Jan 19;7(1):7. doi: 10.1038/s41394-020-00376-0.PMID: 33468989
6. **Leclerc A, Lebreton G, Huet A, Alves A, Emerv E.** Management of giant presacral schwannoma. *Clinical series and literature review. Clin Neurol Neurosurg*. 2021 Jan;200:106409. doi: 10.1016/j.dineuro.2020.106409. Epub 2020 Dec 4.PMID: 33341090
7. **Summers S, Jose J, Barrera CM, Pretell-Mazzini J, Subhawong T, Nguyen NV, Kerr D, Nielsen GP, Rosenbera AE.** Intraosseous schwannomas involving the sacrum: Characteristic imaging findings and review of the literature. *Neuroradiol J*. 2018 Oct;31(5):531-540. doi: 10.1177/1971400918782321. Epub 2018 Jun 12.PMID: 29890877
8. **Jiana WJ, Wana YZ, Yana J, Jia WO.** Comparison between minimally invasive surgery and traditional laminectomy in the resection of schwannoma of lumbar vertebra. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2020 Feb 4;100(4):274-278. doi: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2020.04.007.PMID: 32075355
9. **Swiatek VM, Stein KP, Cukaz HB, Rashidi A, Skalej M, Mawrin C, Sandalcioglu IE, Neyazi B.** *Neurosurg Rev*. 2021 Aug;44(4):1833-1852. doi: 10.1007/s10143-020-01357-5. Epub 2020 Sep 15.PMID: 32935226.