

U DÂY THẦN KINH VII TRONG TUYẾN MANG TAI: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Thế Đường¹, Ngô Quốc Duy^{1,2}, Nguyễn Duy Thuận²,
Ngô Xuân Quý¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

U dây thần kinh VII là một bệnh hiếm gặp, vị trí U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai lại càng hiếm gặp hơn. Vì triệu chứng thường không đặc hiệu nên việc chẩn đoán trước phẫu thuật những khối u này rất khó khăn. Trên lâm sàng những bệnh nhân này thường không có bất kỳ rối loạn chức năng thần kinh mặt nào trong khi biểu hiện liệt mặt sau phẫu thuật khá phổ biến. Do đó, bác sĩ cần phải cảnh báo trước cho bệnh nhân về biến chứng này. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nữ 41 tuổi, được chẩn đoán U gốc dây thần kinh VII bên trái trong tuyến mang tai. Bệnh nhân này đã được siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ gợi ý một khối u hỗn hợp tuyến mang tai trái, nhưng đánh giá trong mổ và giải phẫu bệnh sau mổ đã cho kết luận chẩn đoán U gốc dây thần kinh VII. U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai là một bệnh hiếm gặp. Chẩn đoán trước phẫu thuật rất khó khăn và hầu hết đều chẩn đoán xác định khi quan sát trong phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Tiêu chuẩn vàng trong điều trị vẫn là phẫu thuật cắt bỏ khối u và bảo tồn tối đa thần kinh VII.

Từ khóa: U thần kinh, tuyến mang tai, dây thần kinh số VII

SUMMARY

INTRAPAROTID FACIAL NERVE SCHWANNOMA: A CASE REPORT

Facial nerve schwannoma is a rare condition, and the occurrence of tumor within the parotid gland is even rarer. Due to nonspecific symptoms, preoperative diagnosis of these tumors poses significant challenges. Clinically, patients often do not exhibit any facial nerve dysfunction before surgery, while postoperative facial paralysis is common. Therefore, it is crucial for surgeons to forewarn patients about this complication. We report a clinical case of a 41-year-old female diagnosed with left intraparotid facial nerve schwannoma. Ultrasonography and FNA suggested a pleomorphic adenoma, but intraoperative evaluation and postoperative histopathology confirmed the diagnosis of a facial nerve schwannoma. Intraparotid facial nerve schwannoma is rare condition. Preoperative diagnosis is challenging, and definitive diagnosis is often achieved intraoperatively and through postoperative histopathological examination. The gold standard for treatment remains surgical

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thế Đường

Email: leduong.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

excision of the tumor and maximum preservation of the facial nerve.

Keywords: Neuroma, parotid gland, facial nerve

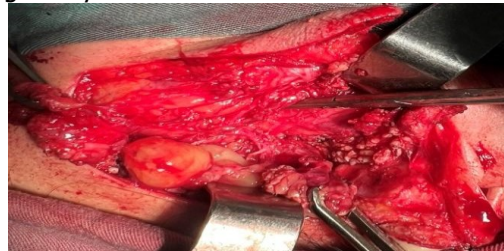
I. TỔNG QUAN

U dây thần kinh số VII là khối u lành tính hiếm gặp phát sinh từ tế bào Schwann. Chúng có thể xuất hiện bất cứ vị trí nào dọc theo đường đi của dây thần kinh từ góc cầu tiểu não đến các nhánh ngoại vi ngoài thái dương. Người ta thường phân loại U dây thần kinh VII thành trong sọ, trong thái dương, ngoài thái dương hoặc kết hợp giữa chúng. Phần lớn các khối u này được tìm thấy ở trong thái dương, chỉ có 9% được tìm thấy ở ngoài thái dương [1]. U dây thần kinh VII có biểu hiện lâm sàng đa dạng do sự đa dạng về vị trí của khối u và sự gần gũi với cơ quan thính giác [2]. Do đó trong điều trị, vị trí của khối u và mối tương quan của nó với cấu trúc xung quanh sẽ quyết định phương pháp phẫu thuật.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 41 tuổi, vào viện vì có khối ở vùng tuyến mang tai trái. Khám lâm sàng khối ở vị trí tuyến mang tai trái kích thước 2x2 cm, mật độ mềm, di động kém, không đau, không sưng nóng đỏ, không có yếu liệt mặt.

Hình ảnh siêu âm cho thấy tuyến mang tai trái nhu mô có khối giảm âm, kích thước 24x22mm, bờ ranh giới rõ, không thấy hạch bất thường vùng cổ 2 bên. Bệnh nhân được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cho kết quả không thấy tế bào ác tính. Bệnh nhân được chẩn đoán U hỗn hợp tuyến mang tai, được chỉ định cắt thùy nông tuyến mang tai, bảo tồn thần kinh VII. Đánh giá trong mổ, sau khi bóc lộ tuyến mang tai trái, và các nhánh thần kinh số VII từ ngoại vi vào vị trí gốc dây, đánh giá khối u thần kinh VII tại gốc dây kích thước 2x2 cm.



Hình 1. Khối u kích thước 2x2 cm nằm trên

đường đi của dây VII trước khi chia nhánh (Vị trí gốc dây thần kinh số VII)

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy nông tuyến mang tai trái, cắt u dây thần kinh VII, để lại vỏ bao. Giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả U tế bào Schwann. Bệnh nhân được ra viện sau một tuần điều trị. Hiện tại một tháng sau mổ bệnh nhân có biểu hiện liệt mặt bên trái với triệu chứng chủ yếu là mắt trái không nhắm kín và méo miệng.



Hình 2. Khối u đã được cắt bỏ hoàn toàn

III. BÀN LUẬN

U dây thần kinh VII là khối u lành tính không phổ biến có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, tuổi thường gặp từ 30 đến 60 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh như nhau ở cả nam và nữ [3]. Case lâm sàng được báo cáo đầu tiên vào năm 1931 bởi Schmidt, sau đó có khoảng 500 case U dây thần kinh VII đã được công bố [3,4]. Trong 142 trường hợp khối u tuyến mang tai thì U dây thần kinh VII được phát hiện rất hiếm chỉ chiếm 2 trường hợp [5]. Trong các khối U dây thần kinh VII nói chung thì tần suất của U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai chỉ khoảng 0,2% -1,5% [6]. Do tần suất thấp và rất ít dấu hiệu lâm sàng cũng như chẩn đoán hình ảnh điển hình nên việc chẩn đoán trước phẫu thuật U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai còn nhiều khó khăn.

U dây thần kinh VII không có triệu chứng cụ thể và chẩn đoán thường khó khăn [7]. Các triệu chứng sẽ khác nhau tùy thuộc vào khối u ở phần đoạn nào của dây thần kinh VII. Dây thần kinh VII được chia thành 3 đoạn gồm đoạn trong sọ, đoạn trong thái dương và đoạn ngoài thái dương. Đoạn trong sọ từ rãnh hành cầu đến lỗ ống tai trong. Đoạn trong thái dương đi từ lỗ ống tai trong đến lỗ trâm chũm, chúng được chia thành 2 phần là phần đi qua ống tai trong (đi cùng dây thần kinh VIII) và phần đi qua ống thần kinh mặt (gồm 3 đoạn là mê đạo, đoạn nhĩ và đoạn chũm). Đoạn ngoài thái dương đi từ lỗ chũm chũm đi ra trước chui vào và tận cùng trong tuyến mang tai, tại đây nó tách ra 5 nhánh tận chi phối vận động các cơ vùng thái dương, gò má, má, bờ hàm dưới và cổ. Nếu khối u ở

đoạn đi qua ống tai trong thường thấy triệu chứng điếc tiếp nhận và ù tai. Bệnh nhân có khối u trong đoạn mê đạo sẽ có xu hướng biểu hiện liệt mặt tiến triển chậm và điếc tiếp nhận. Bệnh nhân có khối u ở đoạn nhĩ thường có biểu hiện liệt mặt tiến triển, đầy tai và điếc dẫn truyền. Nếu khối u xuất hiện ở đoạn chũm, bệnh nhân cho thấy liệt mặt tiến triển, chảy dịch tai và điếc dẫn truyền. Bệnh nhân có khối u ở đoạn ngoài thái dương sẽ thấy một khối ở tuyến mang tai không đau với chức năng mặt bình thường, đôi khi có thể có liệt mặt tiến triển chậm [7]. Nói chung, liệt mặt tiến triển (73%) là triệu chứng phổ biến nhất [8]. Tuy nhiên, rối loạn chức năng thần kinh VII diễn ra trong một phổ rộng, dao động giữa chức năng thần kinh VII bình thường (11% -27%) và liệt mặt khởi phát đột ngột (14% -21%) [8]. Trong case lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân đến viện với biểu hiện một khối ở tuyến mang tai không đau, chức năng mặt hoàn toàn bình thường và không kèm theo triệu chứng nào khác.

Không thể chọc hút tế bào bằng kim nhỏ đối với các khối u ở sâu. Nhưng, ngay cả khi có thể (chẳng hạn như U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai) nó cũng có giá trị chẩn đoán hạn chế. Chong và cộng sự [9] báo cáo rằng chỉ có 1 bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật nghi ngờ U dây thần kinh VII nhờ chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong số 5 bệnh nhân có khối U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai. Bên cạnh đó tất cả các trường hợp này đều được chẩn đoán trong phẫu thuật [9]. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ đã được thực hiện trong case lâm sàng của chúng tôi và tương tự như các tài liệu nêu trên, không thể cung cấp được chẩn đoán cụ thể.

U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai rất khó chẩn đoán dựa vào lâm sàng. Cũng khó phân biệt với các khối u tuyến mang tai lành tính khác trên chẩn đoán hình ảnh như CT và MRI. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cũng không chính xác và vẫn còn gây tranh cãi. Do đó, chẩn đoán xác định chỉ có thể thực hiện được trong khi phẫu thuật và giải phẫu bệnh sau mổ. Khi kiểm tra đại thể, khối u thường xuất hiện dưới dạng một khối dạng nang với bề mặt nhẵn và nhiều màu sắc (hơi vàng, hơi đỏ, hơi hồng, trắng xám và tím sẫm) [10].

Điều trị cơ bản là phẫu thuật cắt bỏ khối u, bảo tồn tối đa dây thần kinh VII. Hiện nay vẫn có những tranh cãi về ranh giới của việc điều trị bảo tồn hay phẫu thuật cắt bỏ u, bác sĩ cần cân nhắc những bất lợi khi mà phẫu thuật có thể gây

biến chứng liệt mặt sau mổ còn điều trị bảo tồn sẽ có nguy cơ về việc để lại khối u. Vì chẩn đoán khối u dây thần kinh VII trong tuyến mang tai trước phẫu thuật rất khó khăn và thường nhầm lẫn với các khối u lành tính ở tuyến mang tai khác như hỗn hợp tuyến mang tai hoặc u Warthin, nên việc phẫu thuật không những có vai trò trong điều trị mà còn giúp chẩn đoán bệnh. Tóm lại u dây thần kinh VII trong tuyến mang tai rất hiếm và không thể phân biệt trên lâm sàng với các khối u tuyến mang tai lành tính khác. Do đó, cần đặt ra sự nghi ngờ cao khi gặp một khối u tuyến mang tai không có triệu chứng. Bên cạnh đó, bệnh nhân cũng nên được thông báo về khả năng mắc U dây thần kinh VII và những biến chứng có thể gặp phải của việc cắt bỏ khối u.

IV. KẾT LUẬN

U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai là bệnh lý hiếm gặp. Chẩn đoán trước phẫu thuật rất khó khăn và hầu hết đều chẩn đoán xác định khi quan sát trong phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Tiêu chuẩn vàng trong điều trị vẫn là phẫu thuật cắt bỏ khối u và bảo tồn tối đa tính toàn vẹn của dây thần kinh VII.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Forton GE, Moeneclaey LL, Offeciers FE. Facial nerve neuroma. Report of two cases

- including histological and radiological imaging studies. Eur Arch Otorhinolaryngol. 1994;251:17-22.
- Yamaki T, Morimoto S, Ohtaki M, Sakatani K, Sakai J, Himi T, et al. Intracranial facial nerve neurinoma: Surgical strategy of tumor removal and functional reconstruction. Surg Neurol 1998;49:538-46
 - Rainsbury JW, Whiteside OJ, Bottrill ID. Traumatic facial nerve neuroma following mastoid surgery: A case report and literature review. J Laryngol Otol 2007;121:601-5.
 - McClelland S 3rd, Dusenbery KE, Higgins PD, Hall WA. Treatment of a facial nerve neuroma with fractionated stereotactic radiotherapy. Stereotact Funct Neurosurg 2007;85:299-302.
 - Balle VH, Greisen O. Neurilemmomas of the facial nerve presenting as parotid tumors. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1984;93:70-72.
 - Chiang CW, Chang YL, Lou PJ. Multicentricity of intraparotid facial nerve schwannomas. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001;110:871-874.
 - Sherman JD, Dagnew E, Pensak ML, et al: Facial nerve neuromas: Report of 10 cases and review of the literature. Neurosurgery 50:450-456, 2002
 - Lipkin AF, Coker NJ, Jenkins HA, et al: Intracranial and intratemporal facial neuroma. Otolaryngol Head Neck Surg 96:71-79, 1987
 - Chong KW, Chung YF, Khoo ML, et al: Management of intraparotid facial nerve schwannomas. Aust N Z J Surg 70:732-734, 2000
 - Moghimi M, Nabieian M, Zarmahi S. Schwannoma of the parotid gland: a case report. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014;22:1299-303.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM FIBROSCAN GAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Lê Văn Phúc¹, Nguyễn Xuân Khái²,
Phạm Văn Việt², Hoàng Đình Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm fibroscan gan ở bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 142 BN ĐTĐ típ 2 được siêu âm Fibroscan tại bệnh viện Quân y 103 từ 4/2023 đến 2/2024. **Kết quả:** Chỉ số gan nhiễm mỡ trên Fibroscan trung bình là 250,2 ± 63,8 dB/m. Đa số bệnh nhân có gan nhiễm mỡ độ S3 trên Fibroscan (28,9%). Không có sự khác biệt giữa mức độ gan nhiễm mỡ trên

Fibroscan và thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2. Chỉ số xơ hóa gan trên Fibroscan trung bình là 6,16 ± 3,1 kPa. Phần lớn BN có xơ hóa độ F1 trên Fibroscan (14,1%). Không có sự khác biệt chỉ số xơ hóa gan trung bình theo thời gian. **Kết luận:** Chỉ số gan nhiễm mỡ trên Fibroscan trung bình là 250,2 ± 63,8 dB/m. Đa số bệnh nhân có gan nhiễm mỡ độ S3 trên Fibroscan (28,9%). Chỉ số xơ hóa gan trên Fibroscan trung bình là 6,16 ± 3,1 kPa. Phần lớn BN có xơ hóa độ F1 trên Fibroscan (14,1%). Thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2 không ảnh hưởng tới mức độ gan nhiễm mỡ và xơ hóa trên Fibroscan.

Từ khóa: Gan nhiễm mỡ, Xơ hóa gan, Fibroscan.

SUMMARY

**STUDYING LIVER FIBROSCAN
ULTRASOUND IMAGING
CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH
TYPE 2 DIABETES**

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khái

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024