

(HADS). Nhìn chung, BN đau vai mạn tính có nguy cơ gặp vấn đề về rối loạn trầm cảm.

Chúng tôi thấy rằng người bệnh nữ có tỷ lệ rối loạn trầm cảm nhiều hơn nam ($p=0.004$). Tuy nhiên, nghiên cứu của Ding H và cộng sự [8] hay của Chul-Huyn Cho và cộng sự [1] lại không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Nguyên nhân có thể do sự kết hợp giữa yếu tố sinh học, xã hội, và văn hóa ảnh hưởng đến kết quả khảo sát. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy người bệnh đau vai nặng hơn có nguy cơ rối loạn trầm cảm cao hơn. Điều này cũng được ủng hộ trong báo cáo của tác giả Chul-Huyn Cho và cộng sự [9].

V. KẾT LUẬN

Người bệnh bị đau vai mạn tính có một tỷ lệ khá cao bị rối loạn giấc ngủ (37%), lo âu (44.4%), và trầm cảm (16.7%). Đau vai càng nặng thì càng dễ bị rối loạn giấc ngủ, và có thể dẫn đến trầm cảm. Chất lượng giấc ngủ, thời gian để đi vào giấc ngủ, lý do rối loạn giấc ngủ, ảnh hưởng hoạt động ban ngày là những yếu tố chính bị ảnh hưởng trên người bệnh đau vai mạn tính. Do đó, bên cạnh các điều trị dùng thuốc và tập vật lý trị liệu cho người bệnh đau vai mạn thì việc tầm soát và điều trị đồng thời tình trạng rối loạn giấc ngủ, lo âu, trầm cảm là hết sức cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cho CH, Jung SW, Park JY, Song KS, Yu KI, "Is shoulder pain for three months or longer correlated

with depression, anxiety, and sleep disturbance?," J Shoulder Elbow, pp. 22(2):222-8, 2013.

2. Alizadehkhayat O, Fisher AC, Kemp GJ, et al, "Pain, functional disability, and psychologic status in tennis elbow," Clin J Pain, pp. 23(6):482-9, 2007 Jul.
3. Börsbo B, Peolsson M, Gerdle B, "Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health - a study of chronic whiplash - associated disorders," J Rehabil Med, pp. 40(7):562-9, 2008.
4. Celiker R, Borman P, Oktem F, et al, "Psychological disturbance in fibromyalgi relation to pain severity," Clin Rheumatol, pp. 16(2):179-84, 1997.
5. Tekeoglu I, Ediz L, Hiz O, et al, "The relationship between shoulder impingement syndrome and sleep quality," Eur Rev Med Pharmacol Sci, pp. 17(3):370-4.
6. Bagheri F, Ebrahimzadeh MH, Moradi A, Bidgoli HF, "Factors Associated with Pain, Disability and Quality of Life in Patients Suffering from Frozen Shoulder," Arch Bone Jt Surg, pp. 4(3):243-247, 2016.
7. Smith MT, Perlis ML, Smith MS, et al, "Sleep quality and presleep arousal in chronic pain," J Behav Med, no. 10.1023/a:1005444719169. PMID: 10749008, pp. 23(1):1-13, 2000 Feb
8. Ding H, Tang Y, Xue Y, et al, "A report on the prevalence of depression and anxiety in patients with frozen shoulder and their relations to disease status," Psychol Health Med, pp. 19(6):730-737, 2014.
9. Cho CH, Seo HJ, Bae KC, et al, "The impact of depression and anxiety on self-assessed pain, disability, and quality of life in patients scheduled for rotator cuff repair," Journal of Shoulder and Elbow Surgery, pp. 22(9):1160-1166, 2013.

BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT CẮT U TRUNG THẤT SAU KÍCH THURS LỚN VÙNG NGỰC - BỤNG BÊN PHẢI TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU

Nguyễn Khắc Kiểm¹, Mai Văn Tuấn¹, Nguyễn Đức Thái¹

TÓM TẮT

U schwannoma là một loại u hiếm gặp hình thành trong hệ thần kinh, là loại u thần kinh ngoại biên phổ biến nhất ở người lớn, phát triển từ các tế bào gọi là tế bào schwann, tế bào vỏ thần kinh chúng có chức năng bảo vệ và hỗ trợ tế bào thần kinh. Khối u schwannoma thường là lành tính, tuy nhiên một số ít các trường hợp, khoảng 2,5% đến 5% là ung thư. U schwannoma là khối u hay gặp nhất ở trung thất sau,

chiếm khoảng 80%, chúng thường ít gây ra các triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán dựa vào cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ ngực [1] [2]. Phương pháp điều trị của hầu hết u trung thất sau là phẫu thuật cắt bỏ u và đáp ứng là tốt trong hầu hết mọi trường hợp. **Trường hợp lâm sàng:** Bệnh nhân nam 43 tuổi, đi khám vì tức ngực và bụng, phát hiện u trung thất sau kích thước lớn vùng ngực - bụng bên phải qua chụp cắt lớp vi tính. Chúng tôi đã cắt bỏ khối u qua đường mổ ngực sau bên.

SUMMARY

REPORT OF 1 CASE OF SURGERY FOR POSTERIOR MEDIASTINIUM TUMOR REMOVAL RIGHT CHEST – ABDOMINAL AREA AT K TAN TRIEU HOSPITAL

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thái

Email: drthainguyenduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024

Schwannoma is a rare type of tumor that forms in the nervous system, Schwannoma is the most common type of peripheral nerve tumors in adults. Schwannoma grows from cells called Schwann cells. Schwann cells protect and support the nerve cells of the nervous system. Schwannoma tumors are often benign, which means they are not cancer. But, in rare cases, about 2,5% to 5% of them, they can become cancer. Schwannoma is the most common tumor in the posterior mediastinum, accounting for about 80%, they often cause little clinical symptoms, diagnosis is based on computed tomography or chest magnetic resonance. The treatment of most posterior mediastinum tumors is surgical removal of the tumor and the response is good in most cases. **Clinical case:** 43 year old male patient, went to doctor because of chest and abdominal pain and was found to have a large – sized mediastinal tumor in the right chest – abdominal area through a computed tomography scan. We removed the tumor through a posterolateral thoracotomy. **Keywords:** posterior mediastinal tumor, endoscope, dumbbell tumor, Neurogenic tumor, paravertebral

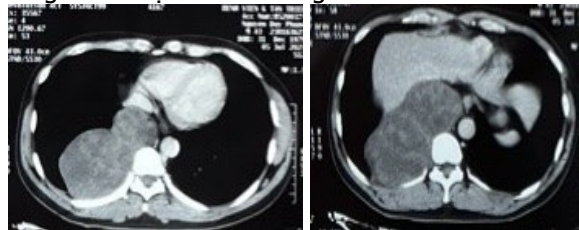
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trung thất sau là một khoang tiềm năng dọc theo các rãnh cạnh cột sống hoặc giữa mặt sau của màng ngoài tim và các đốt sống. U trung thất sau có thể là u nguyên phát hoặc thứ phát, lành tính hoặc ác tính, xuất hiện ở mọi lứa tuổi, chiếm khoảng 25% bệnh lý u trung thất. Khoang này là vị trí thường gặp nhất của các khối u thần kinh schwannoma, chiếm khoảng 80% [2]. Schwannoma phát triển từ các tế bào Schwann của vỏ bọc thần kinh Những khối u này thường 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. Trong y văn đã có báo cáo Schwannomas có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào của cột sống. Khối u thường phát triển chậm trong một thời gian dài mà không có triệu chứng nên bệnh thường được phát hiện tình cờ (>50%). Với các dấu hiệu lâm sàng nghèo nàn, chẩn đoán chủ yếu dựa vào cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ ngực. Phương pháp điều trị của hầu hết u trung thất sau là phẫu thuật cắt bỏ u và đáp ứng là tốt trong hầu hết mọi trường hợp. Khối u trung thất khổng lồ được định nghĩa là chiếm một nửa lồng ngực hoặc có kích thước > 10cm, việc chuẩn bị chi tiết trước phẫu thuật đối với các khối u trung thất lớn là điều kiện tiên quyết để có kết quả phẫu thuật thuận lợi và phải bao gồm hình ảnh đa chiều trước phẫu thuật, nhấn mạnh vào giải phẫu mạch máu và đặc điểm xâm lấn của khối u [3]. Sau phẫu thuật u có thể tái phát với tỷ lệ từ 4% đến 6%, với các yếu tố nguy cơ bao gồm cắt

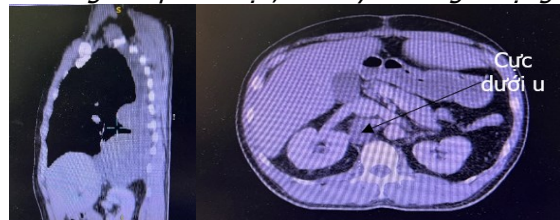
bỏ tổn thương toàn bộ ở nhiều mức độ, kích thước khối u lớn [4]. Chúng tôi ở đây báo cáo một trường hợp liên quan bệnh nhân có khối u schwannoma kích thước lớn trung thất sau vùng ngực – bụng bên phải, mô tả và báo cáo khó khăn trong quá trình phẫu thuật để cắt bỏ khối u.

II. GIỚI THIỆU BỆNH NHÂN

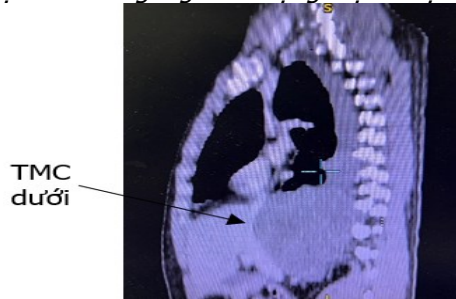
Chúng tôi tiến hành hồi cứu 1 trường hợp bệnh nhân nam 43 tuổi, được phát hiện khối u kích thước lớn trung thất sau vùng ngực – bụng bên phải. Trên cắt lớp vi tính ngực trước mổ cho thấy hình ảnh khối u trung thất sau kt 14x19cm, cực trên u ngang mức D6-7, cực dưới u ngang mức động mạch thận phải, u dính thùy dưới phổi phải và thành ngực sau bên. Chẩn đoán mô bệnh học bằng sinh thiết kim trước mổ là u schwannoma. Bệnh nhân đã được hội chẩn giữa các chuyên gia về ổ bụng, lồng ngực và gây mê để đưa ra phương án điều trị an toàn nhất cho bệnh nhân. Bệnh nhân sáu mổ được hồi sức tích cực và được rút dẫn lưu sau 4 ngày. Sau 15 ngày nằm viện, bệnh nhân được trở về với cuộc sống sinh hoạt bình thường.



Hình 2.1. Hình ảnh u trung thất sau, lan xuống khoang sau phúc mạc, đè đẩy khoang ổ bụng



Hình 2.2. Hình ảnh cực trên u ngang mức D6-7 và cực dưới u ngang mức động mạch thận phải



Hình 2.3. Hình ảnh u trung thất đè đẩy tĩnh mạch chủ dưới

III. PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

3.1. Phương pháp phẫu thuật. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật mở ngực đường sau bên lấy u trung thất cho bệnh nhân: Bệnh nhân được gây mê toàn thân bằng ống nội khí quản 2 nòng Carlens, lập các đường truyền tĩnh mạch trung tâm và huyết áp động mạch xâm lấn

Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm nghiêng sấp 90 độ

Chúng tôi dự kiến mở ngực qua đường mở ngực sau bên để tiếp cận u gần và thuận lợi nhất



Hình 3.1 Tư thế bệnh nhân và đường mổ ngực sau bên

Phẫu thuật: bệnh nhân được mở ngực qua đường sau bên, làm xẹp phổi phải, khối u kích thước lớn choán gần toàn phổi trường; u nằm cưỡi trên cơ hoành, cực dưới của u ăn sâu xuống qua chân cơ hoành vào khoang sau phúc mạc, đè đẩy vào khoang ổ bụng; u dính chặt thành ngực sau bên và thùy dưới phổi phải, mặt trong của u dính sát và đè đẩy tĩnh mạch chủ dưới.



Hình 3.2. Khối u kích thước lớn choán toàn bộ phổi trường và diện thành ngực

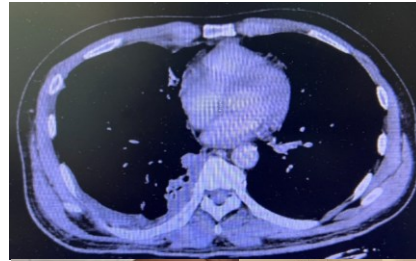
Quá trình phẫu thuật: phẫu tích gỡ dính vị trí u dính thành ngực, thùy dưới phổi phải, đặc biệt mặt trong của khối u dính vào tĩnh mạch chủ dưới phẫu tích vô cùng khó khăn, diện chảy máu rộng và nhiều. Phẫu tích vị trí mặt sau dưới u gặp nhiều khó khăn do u dính và ăn sâu xuống sát chân cơ hoành, cầm máu diện chảy bề mặt cơ hoành gặp nhiều khó khăn do tính di động liên tục của cơ hoành. Đánh giá lượng máu mất trong phẫu thuật là khoảng 1000ml, bệnh nhân được bồi phụ tuần hoàn liên tục bằng dịch

truyền, khối hồng cầu và plasma. Khối u được cắt bỏ hoàn toàn, sau cầm máu kỹ và lau rửa khoang màng phổi, bệnh nhân được đặt 1 dẫn lưu ngực, đóng ngực theo lớp giải phẫu.



Hình 3.3. Diện thành ngực sau lấy u và khối u trung thất kích thước lớn

3.2. Kết quả. Khối u đã được lấy bỏ hoàn toàn. Bệnh nhân được rút dẫn lưu sau 4 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u schwannoma lành tính.



Hình 3.4. Cắt lớp vi tính sau mổ, vết mổ và bệnh nhân sau rút sonde dẫn lưu

IV. 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 độ tuổi từ 40 đến 50 tuổi [1] [2]. Theo nhiều tài liệu tham khảo đã công bố, u schwannoma thường là lành tính, phương pháp điều trị là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u và đáp ứng là tốt trong hầu hết mọi trường hợp, tỷ

lệ tử vong sau mổ được báo cáo là dưới 7%. Phẫu thuật mở ngực thường được chỉ định cho các khối u có kích thước > 6cm, đặc biệt những khối u có kích thước chiếm một nửa lồng ngực hoặc có đường kính > 10cm phải mở rộng đường mổ ra phía sau lồng ngực để cắt bỏ u. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật khối u thần kinh vào khoảng 20% đến 30% [3] [5]. Việc chuẩn bị chi tiết trước phẫu thuật đối với u trung thất kích thước lớn là điều kiện tiên quyết để có kết quả phẫu thuật thuận lợi và phải bao gồm hình ảnh đa chiều trước phẫu thuật, nhấn mạnh vào giải phẫu mạch máu và đặc điểm xâm lấn của khối u. Yuming Qin và cộng sự đánh giá kết quả phẫu thuật của 78 bệnh nhân u trung thất khổng lồ; nghiên cứu cho kết quả rất khả quan: các triệu chứng do khối u trung thất khổng lồ gây ra đã thuyên giảm sau phẫu thuật, tỷ lệ sống sót chung sau 2 năm và tỷ lệ sống không bệnh lần lượt là 100% và 86,7% [3]. Furák và cộng sự đã báo cáo 1 ca bệnh bé gái 15 tuổi, có khối u hạch thần kinh kích thước 10cm vùng trung thất sau bên trái, sau phẫu thuật bệnh nhân bị liệt 2 chi dưới cấp tính. Sau kiểm tra đánh giá, tác giả nghi ngờ tuần hoàn tủy sống được cung cấp một phần qua các động mạch đi qua khối u đã bị cắt bớt trong phẫu thuật [6]. Joanne B. Szewczyk và cộng sự báo cáo 1 ca bệnh u bao sợi thần kinh trung thất sau lớn dính vào cung động mạch chủ sau và bao bọc các động mạch dưới đòn và đốt sống trái. Phẫu thuật cắt bỏ yêu cầu cắt bỏ mạch máu của một đoạn động mạch dưới đòn trái và tái tạo mảnh ghép bằng polytetrafluoroethylene (PTFE). Báo cáo này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lập kế hoạch trước phẫu thuật với việc xem xét cách tiếp cận đa ngành để chuẩn bị cho việc cắt bỏ các khối trung thất sau lớn và phức tạp [7].

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. Wewel JT và cộng sự đã có báo 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 [8].

V. KẾT LUẬN

Qua các báo cáo ca bệnh và các tài liệu, chúng ta thấy u Schwannoma chiếm tỷ lệ lớn trong các u thần kinh trung thất sau, phần lớn là lành tính (trừ BES). Chúng có thể xuất hiện ở

mọi vị trí của cột sống, đặc biệt là cột sống ngực, vùng cổ và thắt lưng cùng là hiếm gặp hơn. Với các triệu chứng nghèo nàn, chủ yếu được phát hiện tình cờ qua cắt lớp vi tính/công hưởng từ ngực. Phẫu thuật cắt bỏ u là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất vẫn được áp dụng đến thời điểm này. Phẫu thuật mở ngực thường được chỉ định cho các khối u có kích thước > 6cm, đặc biệt những khối u có kích thước chiếm một nửa lồng ngực hoặc có đường kính > 10cm phải mở rộng đường mổ ra phía sau lồng ngực để cắt bỏ u. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật khoảng từ 20%-30%. Đối với những u trung thất kích thước lớn, việc lập kế hoạch và đánh giá kỹ lưỡng trước mổ là điều kiện tiên quyết để có kết quả thuận lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **"Schwannoma"**. Johns Hopkins Medicine. xem tại đây
2. **Sevki Mustafa Demiroz, Muhammet Savan, and Ali Celik** (2022). "Giant tumors of the posterior mediastinum: a narrative review of surgical treatment". *Mediastinum*. 2022; 6: 36. Published online 2022 Dec 25. doi: 10.21037/med-21-39. xem tại đây
3. **Yu Fang, Zhiming Qin, Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg** (2021). "Surgical treatment of giant mediastinal tumors" *Turkish journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2021 Jan; 29(1): 52–60. xem tại đây
4. **Takuya Takahashi, Takashi Hirai, Toshitaka Yoshii, Hiroyuki Inose, Masato Yuasa.** 2023 "Risk factors for recurrence and regrowth of spinal schwannoma". *Journal of Orthopaedic Science* Volume 28, Issue 3, May 2023, Pages 554-559 xem tại đây
5. **Erkan Kaba, Mazen Rasmi Alomari, Alper Toker** (2017). "Open surgery for posterior mediastinal neurogenic tumors". Vol 1, No 3 (July 2017). xem tại đây
6. **Furák J, Géczi T, Tizslavicz L, Lázár G.** Postoperative paraplegia after resection of a giant posterior mediastinal tumour. Importance of the blood supply in the upper spinal cord. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011;12:855–856 xem tại đây
7. **Joanne B. Szewczyk, Krista Hachey, Jorge Rev. Dao M. Nguyen, and Nestor R. Villamizar** "Large mediastinal schwannoma with great vessel encroachment requiring vascular reconstruction" *Mediastinum*. 2021; 5: 37. Published online 2021 Dec 25. doi: 10.21037/med-20-71 xem tại đây
8. **Joshua T Wewel, Erwin Z Manqubat, Jyothi Patil, Kurian P Abraham, Sepehr Sani** (2016). "Intradural benign epithelioid schwannoma of the lumbar spine" *neurology india*. Volume: 64 | Issue: 6 | Page: 1340-1341 xem tại đây