

**U MÀNG ỐNG NỘI TỦY VÙNG CỔ C0 - D1:
BÁO CÁO CA LÂM SÀNG**

Nguyễn Thành Bắc¹, Nguyễn Mạnh Trường¹, Nguyễn Xuân Phương^{1}*

Tóm tắt

U màng ống nội tủy (UMONT) là tổn thương hiếm gặp trong các khối u hệ thần kinh trung ương, có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Khối u tiến triển từ từ với biểu hiện lâm sàng đa dạng phụ thuộc vào kích thước, vị trí khối u. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nam 47 tuổi, với lâm sàng nổi bật là các triệu chứng thần kinh khu trú kết hợp cùng các triệu chứng thần kinh thực vật, được chẩn đoán UMONT vùng cổ kéo dài từ C0 - D1. Sau phẫu thuật cắt hoàn toàn khối u, người bệnh (NB) hồi phục chức năng thần kinh tương đối tốt, các triệu chứng thần kinh thực vật thoái lui hoàn toàn. Kết quả này cho thấy khối UMONT kéo dài qua nhiều đoạn tủy sống có thể biểu hiện lâm sàng đa dạng, đồng thời phẫu thuật cắt hoàn toàn khối u sớm nhất có thể là phương pháp điều trị nền tảng giúp cải thiện tiên lượng bệnh, hạn chế các di chứng thần kinh do khối u chèn ép.

Từ khóa: U màng ống nội tủy; U tủy; U hệ thần kinh trung ương; Vi phẫu thuật.

**CERVICAL SPINAL CORD EPENDYMOMA C0 - D1:
A CLINICAL CASE REPORT**

Abstracts

Spinal ependymomas are rare lesions among central nervous system tumors and can occur at any age. These tumors progress slowly with diverse clinical manifestations depending on their size and location. We report a case of a 47-year-old male patient who presented with prominent neurological deficits combined with dysautonomia. The patient was diagnosed with a cervical spinal ependymoma extending from C0 to D1. After total tumor resection, the patient achieved a relatively good neurological recovery and complete resolution of dysautonomia symptoms.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

^{*}Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Phương (xuanphuong.pttk@gmail.com)

Ngày nhận bài: 29/6/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 15/8/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i8.1420>

This case study is a reaffirmation that spinal ependymomas extending across multiple spinal cord segments can present with diverse clinical manifestations. Also, gross total tumor resection as early as possible remains a fundamental method to improve prognosis and minimize neurological sequelae caused by tumor compression.

Keywords: Spinal ependymoma; Spinal tumor; Central nervous system tumor; Microsurgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não tủy (UMNT) là các khối tân sinh có nguồn gốc từ các tế bào biểu mô màng não thất hoặc màng ống nội tủy. UMNT có thể gặp ở tất cả các nhóm tuổi, tuy nhiên phổ biến hơn ở trẻ em, chiếm 3 - 6% trong tổng số các khối u thuộc hệ thần kinh trung ương, trong đó ở người lớn chiếm 1,9% và con số này ở trẻ em là 5,2% [1]. Mặc dù khối u nguyên phát ở tủy sống chỉ chiếm từ 4 - 10% trong các khối u hệ thần kinh trung ương, tuy vậy UMONT là loại khối u nội tủy phổ biến nhất với tỷ lệ 30 - 45% [2].

Theo CBTRUS, tỷ lệ mắc hàng năm của UMNT là 0,29 - 0,6 trên 100.000 người, con số này ở nam giới cao hơn nữ giới [1]. Một số nghiên cứu chỉ ra tuổi trung vị ở thời điểm chẩn đoán UMONT là 25 - 45 tuổi. Ngoài ra, vị trí xuất hiện khối u cũng có sự khác biệt rõ rệt ở người trưởng thành và trẻ em. Ở người lớn, UMNT ở màng ống nội tủy chiếm phần lớn các trường hợp (46%), u màng não thất hố sau (35%) và u màng não thất trên lều (19%) chiếm tỷ lệ thấp hơn [3]. Trong khi ở trẻ em, UMONT chiếm gần 90% các trường hợp [4].

Các khối UMONT thường biểu hiện lâm sàng mơ hồ, khó định khu. Ngoài ra, biểu hiện lâm sàng còn phụ thuộc vào vị trí và mức độ chèn ép của khối u. Hơn nữa, UMNT là khối u hiếm gặp trong các khối tân sinh của hệ thần kinh trung ương, do đó các tài liệu về UMNT đa số là các nghiên cứu hồi cứu với số lượng NB giới hạn hoặc báo cáo ca bệnh, chùm ca bệnh [5]. Sự thiếu hụt về tư liệu này làm cho việc chẩn đoán và điều trị một số trường hợp UMONT còn tồn tại nhiều khó khăn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Báo cáo ca bệnh UMONT kéo dài từ C0 - D1 với biểu hiện lâm sàng là các triệu chứng thần kinh khu trú và rối loạn thần kinh thực vật, được phẫu thuật cắt bỏ khối u thành công với mong muốn góp phần hiểu biết về mặt bệnh này.*

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

1. Diễn biến lâm sàng

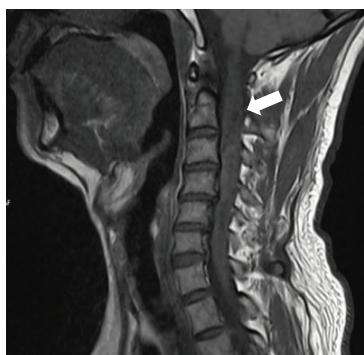
Người bệnh nam, 47 tuổi, biểu hiện đau nhức vùng cổ gáy 9 tháng trước vào viện, đau liên quan tới vận động kèm tê bì và yếu tứ chi, các triệu chứng nặng dần. Khoảng 1 tháng trước vào viện

thấy đại tiểu tiện khó. NB vào viện trong tình trạng ý thức tỉnh, tiếp xúc tốt (GCS 15 điểm), đau cột sống cổ lan xuống tứ chi, vận động tứ chi khó khăn với biểu hiện liệt cứng tứ chi độ IV, hô hấp thở nhanh nông, rối loạn thần kinh thực vật (mạch nhanh, huyết áp tăng, có cơn đỏ bừng mặt và hồi hộp trống ngực), tăng phản xạ gân xương, phản xạ bệnh lý bó tháp (+), giảm cảm giác nông tứ chi, teo cơ delta 2 bên và rối loạn cơ vòng kiểu trung ương.

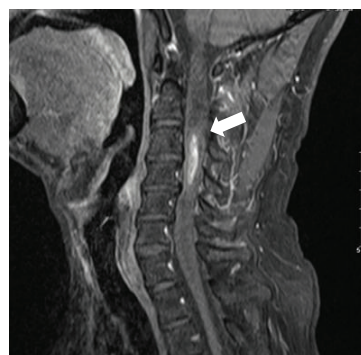
2. Chẩn đoán hình ảnh

Tổn thương trong ống nội tủy kích thước 10 x 28mm, kéo dài từ C0 - D1, giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu không thuần nhất trên T2, có phần đặc và phần dịch, sau tiêm ngấm thuốc.

Trên hình ảnh các chuỗi xung cộng hưởng từ (CHT) và vị trí khối u cho thấy tổn thương phù hợp với UMNT. Kết hợp với các triệu chứng lâm sàng, chúng tôi đưa ra chẩn đoán ban đầu là UMONT.



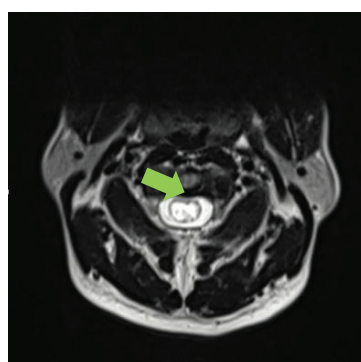
a. Khối u giảm tín hiệu trên xung T1.



b. Khối u ngấm thuốc trên xung T1.



c. Khối u tăng tín hiệu trên xung T2.



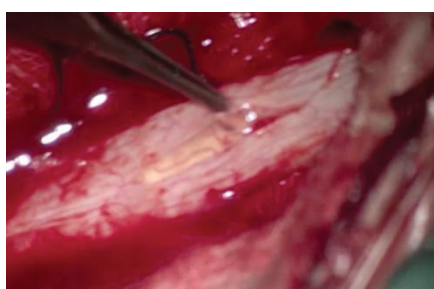
d. Khối u phát triển đồng tâm từ trung tâm tủy sống, ranh giới tương đối rõ.

Hình 1. Hình ảnh CHT trước phẫu thuật.

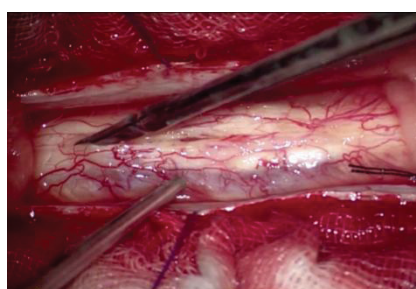
3. Phẫu thuật

NB tư thế nằm sấp trên bàn phẫu thuật, tư thế này giúp cho phẫu thuật viên dễ dàng tiếp cận với cột sống từ phía sau mà không làm tăng áp lực lên ổ bụng và lồng ngực. Rạch da từ vị trí ngang C1 - D1, bóc tách khối cơ cạnh sống, bộc lộ gai sau và cung sau cột sống, mở cung sau cột sống từ C1 - D1,

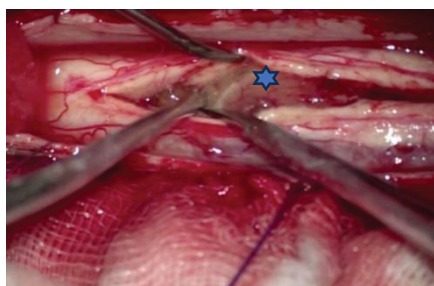
tiếp cận khối u bằng đường rạch màng mềm tủy qua vách giữa sau. Mở ống nội tủy qua vách giữa sau theo chiều dọc thấy khối u nằm trong ống nội tủy từ C0 - D1, u màu xám, nhầy, ranh giới với nhu mô tủy tương đối rõ ràng. Dưới kính vi phẫu, khối u được phẫu tích từ ngoại vi, giữa ranh giới với mô tủy lành. Khối u sau đó được cắt bỏ hoàn toàn.



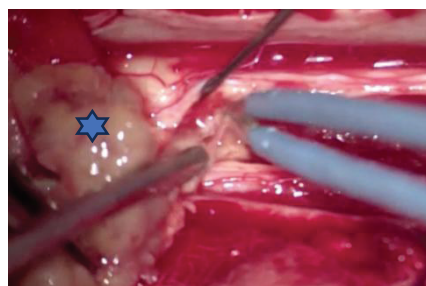
a. Mở màng cứng tủy.



b. Tiếp cận theo vách giữa sau.



c. Phẫu tích khối u.



d. Cắt hoàn toàn khối u.

Hình 2. Hình ảnh khối u trong phẫu thuật.

4. Kết quả

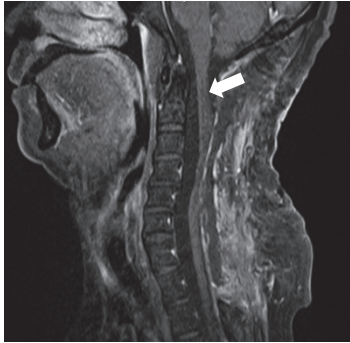
Sau phẫu thuật, NB được tiếp tục điều trị hậu phẫu tại Khoa Hồi sức Ngoại. Thăm khám NB sau phẫu thuật ngày thứ 1, NB tỉnh, tiếp xúc tốt, rút ống nội khí quản, tự thở tốt có oxy hỗ trợ, mạch huyết áp ổn định. Các triệu chứng lâm sàng có tiến triển rõ rệt, sức cơ tứ chi cải thiện, ưu thế ngón chi, cảm giác

nông tứ chi cải thiện, đặc biệt là cắt được những cơn rối loạn thần kinh thực vật. Đánh giá lại bằng hình ảnh CHT cho thấy khối u đã được cắt bỏ hoàn toàn, không có tổn thương hay máu tụ thứ phát. Kết quả mô bệnh học cho thấy mô u với những tế bào tăng sinh vây quanh mạch máu, các tế bào u có nhân tròn, tương đối đều, ít nhân chia, bào tương rộng. Nhuộm hóa mô miễn dịch

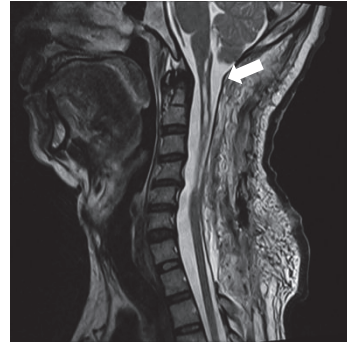
cho thấy khối u dương tính với Ki-67, S100, GFAP. Điều này khẳng định khối u có bản chất là UMNT độ I WHO.

NB xuất viện sau 2 tuần điều trị hậu phẫu với tình trạng sức cơ tứ chi cải

thiện rõ rệt, sức cơ 2 chi trên 4/5, 2 chi dưới 3/5, các biểu hiện của rối loạn cơ vòng thoái lui, NB đại tiểu tiện tự chủ, rối loạn cảm giác nông có xu hướng cải thiện dần.

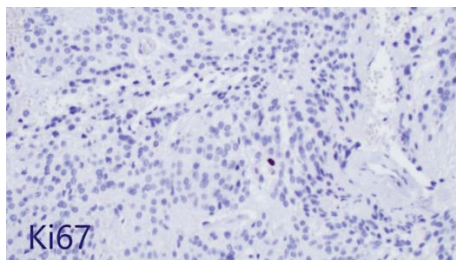
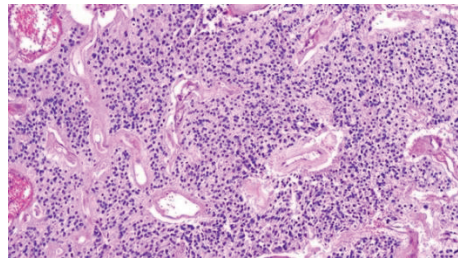
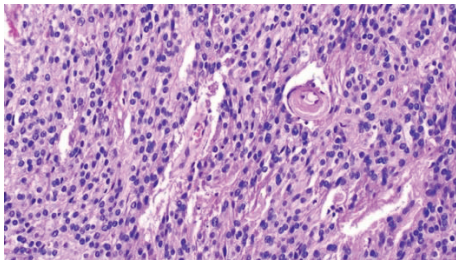


a. Hình ảnh trên xung T1W tiêm thuốc.

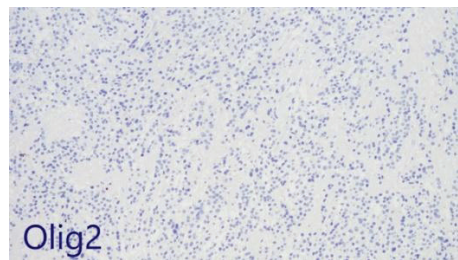


b. Hình ảnh trên xung T2W.

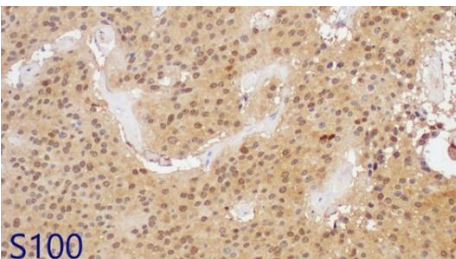
Hình 3. Hình ảnh sau phẫu thuật cắt hoàn toàn khối u.



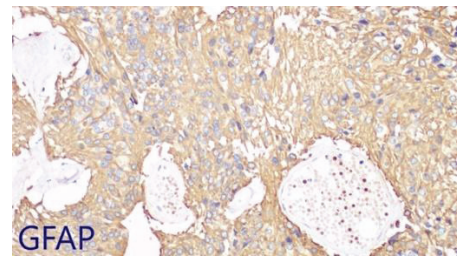
Ki67



Olig2



S100



GFAP

Hình 4. Hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch phù hợp UMONT.

BÀN LUẬN

Theo phân loại WHO 2021, các khối UMONT được chẩn đoán dựa trên hình thái và đặc điểm hoá mô miễn dịch của khối u, bao gồm UMONT, UMONT có khuếch đại gene MYCN (spinal ependymoma - MYCN amplified), u nhày nhú tủy và u dưới màng nội tủy [6]. Ngoại trừ các khối u nhày nhú tủy và u dưới màng nội tủy không có vị trí phát triển đặc hiệu. Theo tác giả Coy S và CS, một vài trường hợp có nhiều hơn một khối UMONT và thường gặp nhất ở tủy sống cổ với tỷ lệ 85,5%, các vị trí khác ít gặp hơn là tủy ngực (61,9%) và thắt lưng (7,5%) [7]. UMONT có khuếch đại gene MYCN thường gặp dạng khối u ngoài tủy kích thước lớn với tỷ lệ xâm lấn màng mềm cao ở vùng tủy sống cổ hoặc tủy sống ngực [8]. U dưới màng nội tủy là dạng hiếm gặp thường phát triển ở vùng tủy sống ngực. Trong khi đó, vị trí hay gặp của u nhày nhú tủy là nón cùng tủy và vùng đuôi ngựa, tuy nhiên một vài trường hợp xuất hiện khối u nhày nhú nội sọ hoặc vùng tủy cao hay ngoài hệ thần kinh trung ương [6].

Các triệu chứng ban đầu thường rất đa dạng và tiến triển từ từ. Khối u thường tồn tại trong thời gian dài trước khi được chẩn đoán, tuy nhiên cũng có một số trường hợp khởi phát cấp tính với các biểu hiện thiếu hụt thần kinh nặng nề do chảy máu trong khối u [9].

Các triệu chứng phụ thuộc vào vị trí và mức độ phát triển của khối u, đau khu trú vùng tổn thương thường xảy ra sớm nhất trong quá trình tiến triển của bệnh. Các khối u vùng cổ sẽ biểu hiện triệu chứng thần kinh chủ yếu ở chi trên trong khi các khối u từ vùng tủy thắt lưng trở xuống sẽ gây rối loạn vận động - cảm giác chủ yếu ở chi dưới. Rối loạn cảm giác là triệu chứng xảy ra sớm nhất, gặp ở 70% các trường hợp. Cảm giác tê bì thường bắt đầu ở vùng ngón chi và tiến triển dần về phía gốc chi. Các biểu hiện lâm sàng khác như đau cột sống, liệt chi và rối loạn chức năng ruột và bàng quang là triệu chứng cho thấy tủy sống bị chèn ép nghiêm trọng [9]. Trong trường hợp của chúng tôi, NB là nam giới trong độ tuổi phù hợp với độ tuổi khởi phát trong nhiều nghiên cứu là 25 - 45 tuổi, bệnh khởi phát từ từ trong thời gian 9 tháng với biểu hiện lâm sàng bao gồm đau cột sống cổ, liệt tứ chi kiểu trung ương, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ vòng. Đồng thời cùng với triệu chứng thần kinh khu trú là các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật như biến đổi về mạch, huyết áp, nhịp thở và biểu hiện da bề mặt vùng cổ mặt, đây là những triệu chứng hiếm gặp với các khối u vùng tủy cổ nói chung và UMONT nói riêng. Biểu hiện lâm sàng này có thể do khối u kéo dài từ vùng tủy cổ tới tủy ngực - là vị trí của trung khu điều hòa hệ thần kinh giao cảm ở sừng bên tủy sống từ đoạn D1 - L2.

Phương tiện chẩn đoán hình ảnh được ưu tiên sử dụng để đánh giá các khối tân sinh của tủy sống là CHT có tiêm thuốc đối quang từ. Các chuỗi xung để đánh giá khối u tủy bao gồm chuỗi xung T1 và chuỗi xung T2 trên mặt phẳng sagittal và axial, cùng với đó là chuỗi xung T1 có tiêm thuốc. Các khối UMONT thường nằm ở trung tâm tủy sống, có ranh giới rõ. Trên chuỗi xung T1 cho hình ảnh giảm tín hiệu và tăng tín hiệu trên chuỗi xung T2 so với nhu mô tủy. Hình ảnh u ngấm thuốc cản từ có thể thuần nhất hoặc không thuần nhất, tuy vậy UMONT luôn ngấm thuốc sau tiêm. Bên cạnh đó, có thể có hoại tử, chảy máu, thoái hoá dạng nang hay vôi hoá dẫn tới tín hiệu hỗn hợp trên các chuỗi xung. Trên ca lâm sàng của chúng tôi, CHT cột sống cổ (*Hình 1*) cho hình ảnh khối u phát triển đồng tâm từ vị trí trung tâm tủy sống, giảm tín hiệu trên chuỗi xung T1, tăng tín hiệu trên chuỗi xung T2, khối u ngấm thuốc sau tiêm. Do đó, chẩn đoán UMONT đưa ra tại thời điểm trước phẫu thuật là phù hợp, kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch sau phẫu thuật cũng ủng hộ chẩn đoán ban đầu.

Phương pháp điều trị UMONT bao gồm phẫu thuật cắt khối u, xạ trị và hoá trị trong một vài trường hợp [5]. Trong đó, phẫu thuật là phương pháp điều trị tiêu chuẩn được lựa chọn cho UMONT do phẫu thuật cắt hoàn toàn khối u cho

thấy kết quả khả quan và tiên lượng tốt nhất. Hầu hết các tác giả nhất trí điều trị phẫu thuật nên được thực hiện sớm nhất có thể bởi kết quả phục hồi chức năng thần kinh phục thuộc vào kích thước khối u và tình trạng chức năng thần kinh tại thời điểm phẫu thuật [10]. Xạ trị được chỉ định trong các trường hợp UMONT độ III theo WHO hoặc các trường hợp UMONT độ II nhưng phẫu thuật cắt một phần khối u. Nghiên cứu cho thấy xạ trị trong những trường hợp này giúp kéo dài thời gian sống không tiến triển của NB. Hoá trị được chỉ định cho những trường hợp UMONT tái phát và không đáp ứng điều trị tại chỗ [5]. Với chẩn đoán ban đầu là UMONT, NB được chỉ định phẫu thuật cắt khối u. Vì phẫu thuật cắt bỏ UMONT vùng cổ ở NB của chúng tôi có vị trí kéo dài từ C0 - D1 là thách thức kể cả với phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm vì u kéo dài từ phần dưới hành tủy đến đốt sống tủy ngực, hơn nữa trên NB đã có rối loạn hô hấp - tuần hoàn trước mổ nên có nhiều nguy cơ như NB không thể cai máy thở sau mổ, liệt hoàn toàn tứ chi và đặc biệt có thể rối loạn tuần hoàn trong mổ. Trong phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy khối u có ranh giới tương đối rõ với nhu mô tủy, do đó việc thực hiện cắt hoàn toàn khối u là khả thi và cần thiết nhằm đem lại kết quả tốt nhất cho NB. Sau phẫu thuật cắt hoàn toàn khối u, các triệu chứng thần kinh khu trú cải thiện,

không xuất hiện các triệu chứng mới. Tuy vậy, tại thời điểm được chẩn đoán, NB đã xuất hiện các thiếu hụt thần kinh tương đối nặng, do đó kết quả hồi phục mới chỉ đạt được một phần.

Các yếu tố liên quan tới tiên lượng ở NB UMNT được chỉ ra trong nhiều nghiên cứu là tuổi tại thời điểm chẩn đoán, giới tính, phương pháp điều trị, phân nhóm mô bệnh học, mức độ cắt bỏ khối u, vị trí và kích thước khối u. Mặc dù liên quan tới nhiều biến số, nhưng nhìn chung UMONT ở người lớn và trẻ em đều có tiên lượng tương đối tốt, với tỷ lệ sống sót không tiến triển bệnh trong thời gian 5 - 10 năm là 90 - 100% ở người lớn và 70 - 90% ở trẻ em [2].

KẾT LUẬN

U màng ống nội tủy là một bệnh hiếm gặp, tiến triển chậm của hệ thần kinh trung ương. Trong quá trình thăm khám, đánh giá NB, ngoài phát hiện các triệu chứng thần kinh còn cần chú ý tới những biểu hiện hiếm gặp như rối loạn thần kinh thực vật (hô hấp, tuần hoàn, đổ da vùng cổ mặt,...); từ đó, có thể giúp chẩn đoán sớm khối u tủy và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp. Đồng thời, phẫu thuật cắt hoàn toàn khối UMONT sớm nhất có thể là phương pháp điều trị căn bản giúp NB phục hồi chức năng thần kinh, hạn chế được di chứng do khối u chèn ép.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103 đã hết lòng hỗ trợ chúng tôi trong quá trình nghiên cứu. Bài báo không nhằm mục đích nào khác ngoài cung cấp cho độc giả thông tin về một mặt bệnh hiếm gặp. Nếu có điều gì sai chúng tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ostrom QT, et al. CBTRUS statistical report: Primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2013-2017. *Neuro Oncol.* 2020; 22(12 Suppl 2):iv1-iv96.
2. Bertero L, et al. Ependymomas. *pathologica.* 2022; 114(6):436-446.
3. Vera-Bolanos E, et al. Clinical course and progression-free survival of adult intracranial and spinal ependymoma patients. *Neuro Oncol.* 2015; 17(3):440-447.
4. Lampros M, N Vlachos and GA Alexiou. Ependymomas in children and adults. *Adv Exp Med Biol.* 2023; 1405:99-116.

5. Rudà R, et al. Ependymoma: Evaluation and management updates. *Curr Oncol Rep.* 2022; 24(8):985-993.
6. Kresbach C, S Neyazi, and U Schüller. Updates in the classification of ependymal neoplasms: The 2021 WHO classification and beyond. *Brain Pathol.* 2022; 32(4):e13068.
7. Coy S, et al. An update on the CNS manifestations of neurofibromatosis type 2. *Acta Neuropathol.* 2020; 139(4): 643-665.
8. Ghasemi DR, et al. MYCN amplification drives an aggressive form of spinal ependymoma. *Acta Neuropathol.* 2019; 138(6):1075-1089.
9. Farooqi S, et al. Clinical characteristics, management, and outcomes of intramedullary spinal cord ependymomas in adults: A systematic review. *World Neurosurg.* 2023; 173:237-250.e8.
10. Lunder T, et al. Outcome after treatment of spinal ependymoma in children and adolescents: Long-term follow-up of a single consecutive institutional series of 33 patients treated over eight decades. *World Neurosurg.* 2021; 150:e228-e235.