

# U hạch thần kinh (ganglioneuroma) trung thất sau: Báo cáo trường hợp lâm sàng

## Ganglioneuroma in posterior mediastinum: A case report

Cung Văn Công

Bệnh viện Phổi trung ương

### Tóm tắt

U hạch thần kinh (Ganglioneuroma - GN) là một loại u thần kinh lành tính, hiếm gặp. U là sự kết hợp của các tế bào hạch, các tế bào Schwann trưởng thành và mô sợi thần kinh thuộc hệ thần kinh giao cảm (thần kinh tự động). GN thường xuất hiện ở trung thất sau hoặc sau phúc mạc và thường không có bất kỳ triệu chứng nào. Mặc dù là u lành tính song đôi khi nó có thể phát triển nhanh và gây ra các biến chứng nghiêm trọng. Khối GN có thể được chẩn đoán bằng chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ hoặc siêu âm. Sinh thiết u là cần thiết để chẩn đoán. Điều trị phẫu thuật trong nhiều trường hợp là không cần thiết vì là u lành tính, có thể theo dõi, tránh rủi ro khi phẫu thuật. Khi có biến chứng điều trị phẫu thuật cắt bỏ khối u thường được tiến hành. Chúng tôi báo cáo trường hợp lâm sàng GN ở một bệnh nhân nam 20 tuổi, được chẩn đoán xác định và phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Mục tiêu của báo cáo với mong muốn được bổ sung cho y văn trường hợp bệnh hiếm gặp, nhấn mạnh các đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và vai trò của giải phẫu bệnh trong chẩn đoán xác định bệnh; khuyến cáo phương cách tiếp cận chẩn đoán và điều trị tốt nhất cho khối u lành tính dạng này.

*Từ khóa:* U hạch thần kinh, trung thất, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, siêu âm, sinh thiết xuyên thành ngực.

### Summary

Neuroblastoma (GN) is a rare, benign neuroma. The tumor is a combination of ganglion cells, mature Schwann cells, and nerve fiber tissue of the sympathetic (autonomic) nervous system. GN usually occurs in the posterior mediastinum or retroperitoneum and usually does not present any symptoms. Although it is a benign tumor, it can sometimes grow quickly and cause serious complications. GN mass can be diagnosed with computed tomography, magnetic resonance or ultrasound. Tumor biopsy is required for diagnosis. Surgical treatment in many cases is not necessary because it is a benign tumor that can be monitored, avoiding risks during surgery. When there are complications, surgical removal of the tumor is usually performed. We report a case of GN in a 20-year-old male patient who was confirmed and successfully operated on at the National Lung Hospital. The objective of the report is to supplement the rare case literature, emphasizing the clinical features, diagnostic imaging and the role of pathology in the definitive diagnosis of the disease; recommends the best diagnostic and therapeutic approach for this benign tumor.

*Keywords:* Ganglioneuroma, mediastinum, computed tomography, magnetic resonance imaging, ultrasound, transthoracic biopsy.

---

Ngày nhận bài: 10/10/2022, ngày chấp nhận đăng: 01/2/2023

Người phản hồi: Cung Văn Công, Email: [vancong13071964@gmail.com](mailto:vancong13071964@gmail.com) - Bệnh viện Phổi trung ương

## 1. Đặt vấn đề

Trong thực hành lâm sàng, các 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/schwannoma, u sợi thần kinh/neuronoma); (2) U hạch thần kinh (Ganglioneuroma); (3) U hạch bạch huyết: nguyên phát: Lymphoma (Hogdkin, không Hogdkin), thứ phát (Castleman); (4) U tế bào mầm; (5) Thoát vị màng nhện tuỷ cột sống; (6) U thực quản; (7) Giãn TM 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 chẩn đoán [1].

Ganglioneuroma (GN) là một loại u thần kinh lành tính, hiếm gặp. U hình thành do sự kết hợp các tế bào hạch, các tế bào Schwann trưởng thành, các mô sợi thần kinh và được gọi là u hạch thần kinh (Ganglioneuroma - GN). GN thường được tìm thấy ở trung thất sau hoặc sau phúc mạc và thường ở khu vực cạnh dọc cột sống (nơi phân bố của hệ thần kinh giao cảm). Các u nhỏ thường được phát hiện tình cờ, hầu hết các BN không có triệu chứng. Một số trường hợp u có thể xâm lấn, bào mòn, phá huỷ cấu trúc cột sống, BN có thể có một vài triệu chứng về phổi và tim [2, 3].

Trên X-quang thường qui u thường xuất hiện với hình khối mờ có đường bờ nhẵn, gianh giới thường rõ ràng, bám sát cột sống. Trên chụp cắt lớp vi tính khối u thường có tỷ trọng mô mềm, ngấm cản quang ở mức thấp. Trên cộng hưởng từ u thường đồng tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W và có ngấm đối quang từ mạnh sau tiêm [4].

Sinh thiết u xuyên thành ngực dưới cắt lớp vi tính hoặc qua nội soi phế quản siêu âm (EBUS) lấy bệnh phẩm và giải phẫu bệnh lý vẫn là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán GN. Nhuộm hoá mô miễn dịch (HMMD) giúp xác định chính xác hơn nguồn gốc tế bào [2-5].

Do là u lành tính nên phần lớn các trường hợp được theo dõi mà không cần phải can thiệp nếu chưa có biến chứng. Phẫu thuật cắt bỏ các u bám sát cột sống luôn tiềm ẩn nhiều rủi ro trong và sau phẫu

thuật vì liên quan đến sự phức tạp về giải phẫu ở khu vực này. Một số trường hợp u phát triển nhanh có thể chèn ép cột sống, chèn ép bao rễ thần kinh gây đau, thậm chí có trường hợp xâm lấn vào ống tuỷ [5].

Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân GN đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung Ương với đầy đủ các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán xác định trước mổ bằng giải phẫu bệnh (GPB). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ u và kết quả GPB bệnh phẩm sau mổ hoàn toàn phù hợp với GPB trước mổ. Mục tiêu của báo cáo muốn bổ sung cho Y văn trường hợp bệnh hiếm gặp, nhấn mạnh các đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và vai trò của GPB/MBH trong chẩn đoán xác định bệnh. Đặc biệt, khuyến cáo phẫu thuật tiết căn vẫn là phương pháp điều trị thích hợp/hiệu quả nhất đối với căn bệnh này.

## 2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nam, 20 tuổi, bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh chuyển đến Bệnh viện Phổi Trung ương với chẩn đoán theo dõi u màng phổi.

Bệnh sử: Cách 1 tháng trước khi đến viện BN thấy xuất hiện đau ngực, đau thường xuyên kèm ho ra ít máu đỏ tươi lẫn đờm. Bệnh nhân đến BV chuyên khoa phổi tuyến tỉnh khám, chụp phim CT ngực thấy có khối bất thường trung thất sau nghĩ đến u màng phổi, sau đó BN được chuyển đến Bệnh viện Phổi Trung ương.

Khám lúc vào: BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt, da niêm mạc kém hồng, không sốt, không ho ra máu, không khó thở; nghe phổi không thấy ran bệnh lý; khám các chuyên khoa khác (tim mạch, tiêu hoá, thần kinh, thận - tiết niệu sinh dục, cơ xương khớp) không thấy gì bất thường. Mạch 80 lần/phút; huyết áp 100/70mmHg; Nhiệt độ: 36,5 độ C; nhịp thở 20 lần/phút, cân nặng 70kg. Bệnh nhân đã tiêm 3 mũi vắc xin phòng COVID-19.

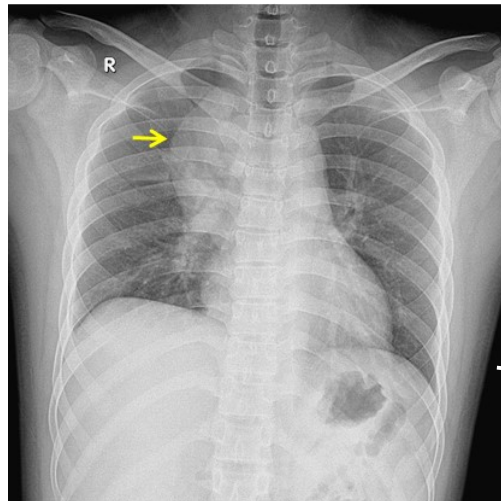
Các xét nghiệm cơ bản đã được tiến hành (công thức máu, sinh hóa máu, sinh hóa nước tiểu, đông máu cơ bản, khí máu, CRP) tất cả trong giới hạn bình thường, ngoại trừ men gan tăng nhẹ (GPT: 93U/L) và marker viêm CRP = 43,3mg/l.

Các xét nghiệm về lao (AFB đờm trực tiếp; Gene Xpert MTB; Nuôi cấy MGIT): Âm tính. Xét nghiệm PCR Sars-CoV-2: Âm tính.

Siêu âm tim, điện tim, siêu âm ổ bụng tổng quát không thấy bất thường.

Nội soi phế quản: Niêm mạc khí - phế quản xung huyết theo dõi do viêm.

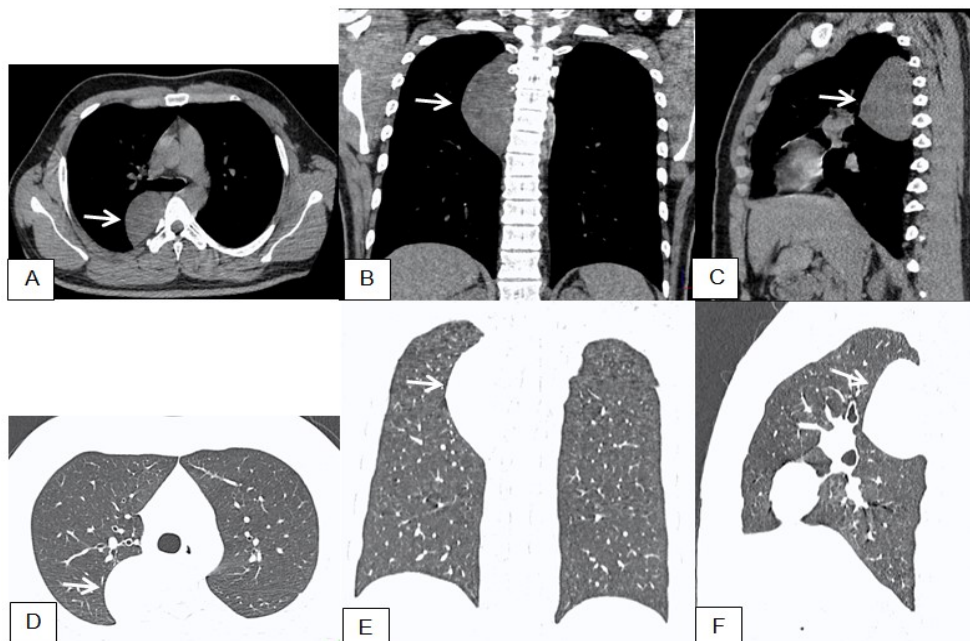
Bệnh nhân được chụp phim X-quang ngực qui ước (thẳng và nghiêng phải). Kết quả chi tiết được thể hiện trong Hình 1.



**Hình 1.** Hình ảnh u trên phim X-quang ngực thẳng khi BN mới vào viện

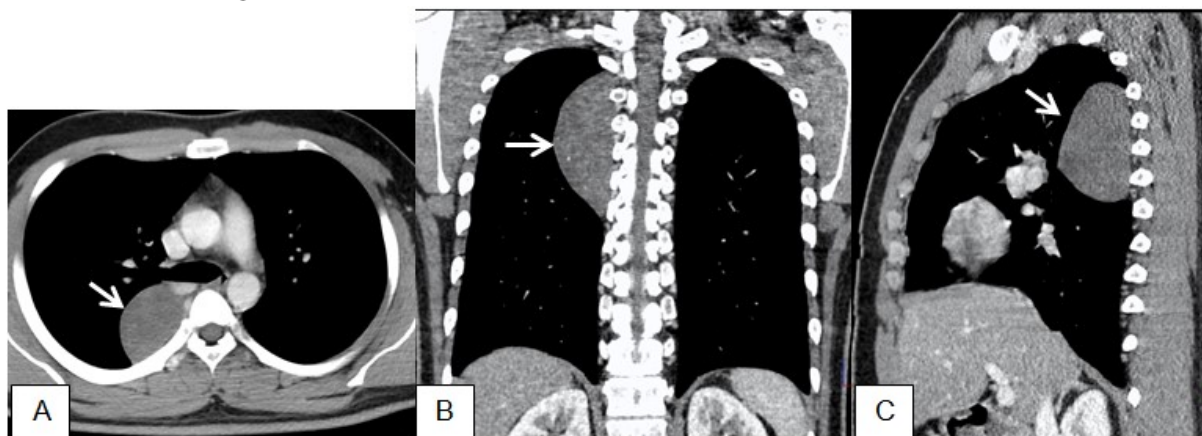
Xuất hiện khối bất thường xoá bờ trung thất 2/3 trên bên phải, cạnh lồng ra phía nhu mô phổi phải trơn nhẵn (mũi tên), vẫn quan sát được động mạch phổi phải (không cùng bình diện với rốn phổi). Cột sống vẹo sang trái nhẹ.

Bệnh nhân được chỉ định chụp CLVT ngực, trước và sau tiêm cản quang. Chi tiết hình ảnh và kết quả được thể hiện tại Hình 2 và 3.



**Hình 2.** Hình ảnh u trên phim CT ngực: A-C cửa sổ trung thất; D-F: Cửa sổ nhu mô phổi B, C, E, F: Ảnh dựng hình đa hướng (MPR)

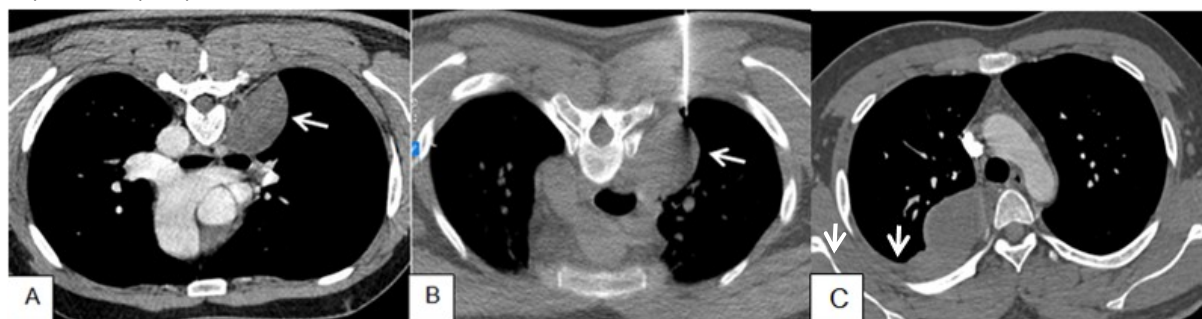
Xuất hiện khối mô mềm (các mũi tên), bám sát bờ phải cột sống (trung thất sau), bờ ngoài lồi, nhẵn, kích thước: Cao 84mm x rộng (phải - trái) 44mm x sâu (trước - sau) 46mm.



**Hình 3.** Hình ảnh u trên phim CT ngực cửa sổ trung thất sau tiêm cản quang (dựng hình đa hướng (MPR))

Xuất hiện khối mô mềm (các mũi tên), bám sát bờ phải cột sống (trung thất sau), bờ ngoài lồi, nhẵn, kích thước: Cao 84mm x rộng (phải - trái) 44mm x sâu (trước - sau) 46mm. Kết luận của chụp CLVT: Theo dõi u trung thất sau. Các chẩn đoán phân biệt được đặt ra: (1) u thần kinh; (2) u hạch thần kinh; (3) u bao hoạt dịch màng phổi; (4) kén phế quản.

Bệnh nhân đã được hội chẩn, quyết định sinh thiết khối u xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT sau đợt điều trị kháng sinh và hỗ trợ gan. Thủ thuật sinh thiết đã được tiến hành 1 tuần sau đó. Sau sinh thiết có gây chảy máu màng phổi, mức độ ít (theo dõi, tự cầm). 4 mảnh bệnh phẩm đã được gửi giải phẫu bệnh. Chi tiết được thể hiện tại Hình 4.



**Hình 4.** Hình ảnh sinh thiết u xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT

A: CT ngực có tiêm cản quang để lựa chọn lát chọc (BN nằm sấp). B: Hình kim sinh thiết và vị trí cắt sinh thiết (Mũi tên/BN nằm sấp). C: Sau sinh thiết có chảy máu màng phổi phải, mức độ ít (mũi tên/BN nằm ngửa).

Kết quả GPB: Mảnh sinh thiết là mô u bao gồm các tế bào hình thoi, nhân nhỏ đều lành tính, sắp xếp thành dải, thành bó hoặc thành dây, xen kẽ là các tế bào hạch thần kinh, mô đệm thoái hoá nhày, không thấy hoại tử, không thấy nhân chia. Mô u có vỏ bọc rõ. *Kết luận:* Hình ảnh của u hạch thần kinh (Ganglioneuroma).

Bệnh nhân đã được hội chẩn liên khoa trong bệnh viện: Mặc dù là đã xác định u hạch lành tính

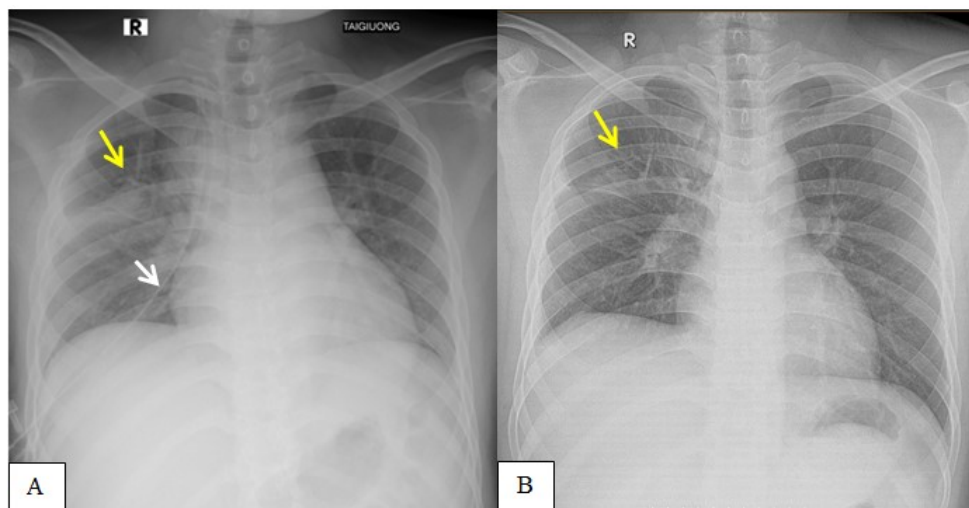
song do kích thước u quá lớn (84 x 44 x 46mm) và nguy cơ còn tiếp tục tăng kích thước (xem xét y văn) và sẽ gây ra các biến chứng, vì vậy quyết định của hội chẩn: Phẫu thuật nội soi bóc u. Các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật đã được tiến hành, cho kết quả bình thường. Bệnh nhân đã được phẫu thuật 3 ngày sau đó.

Chi tiết quá trình mổ như sau: Rạch da 3cm khoang liên sườn V bên phải; đặt 1 troca lòng 10mm

khe liên sườn VIII đường nách giữa cùng bên. Quan sát thấy khối u tại trung thất sau, nằm sát tĩnh mạch Azygos, màng phổi khu vực tiếp giáp dính nhiều vào khối u. Tiến hành gỡ dính màng phổi, phẫu tích giải phóng khối u bằng dao Ligasure. Lấy mảnh tổ chức trong u làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và vi sinh,

sau đó tiến hành cắt bỏ u hoàn toàn. Cầm máu kỹ, đặt 1 tấm Surgicel phủ lên mổ cắt. Đặt 1 sonde dẫn lưu màng phổi. Đóng thành ngực.

Quá trình hậu phẫu BN ổn định. BN được rút sonde dẫn lưu sau 3 ngày. Phim X-quang ngực hậu phẫu ngày thứ 3 và 6 được thể hiện trong Hình 5.



**Hình 5.** Hình ảnh phim X-quang ngực chụp tại giường (A) hậu phẫu ngày thứ 3 (BN nằm ngửa) và X-quang ngực thẳng ngày thứ 6 (tư thế chuẩn)

A: Hình sonde dẫn lưu khoang màng phổi phải sau mổ (mũi tên trắng).

B: Không còn khối u trung thất như ở Hình 1.

Giải phẫu bệnh bệnh phẩm sau mổ: U hạch thần kinh (Ganglioneuroma).

Hiện BN đã ra viện, theo dõi tại y tế cơ sở. Được Bệnh viện Phổi Trung ương hẹn khám lại sau 1 tháng.

### 3. Bàn luận

Trên CLVT cách chẩn đoán phân biệt chính xác nhất khối trung thất là dựa trên vị trí xuất phát trực tiếp của khối từ các cấu trúc trong trung thất (ví dụ: hạch bạch huyết, động mạch và tĩnh mạch, tuyến ức, tuyến giáp, khí quản, thực quản, đốt sống ...). Nếu không phân định được vị trí xuất phát thì có thể xem xét vị trí của tổn thương với các khu vực cụ thể của trung thất (ví dụ: khoang trước mạch máu, khoang trước khí quản, khoang dưới carina, cửa sổ chủ phổi, góc sườn hoành trước, khu vực cạnh sống ...). Cách đánh giá này cũng rất có giá trị trong chẩn đoán phân biệt và có độ đặc hiệu cao hơn so với việc chỉ phân chia tổn thương thuộc trung thất trước, giữa hay sau. Mặc dù phim X-quang qui ước có thể cho thấy các biến đổi bất thường khá rõ ràng ở nhiều BN có bệnh lý trung thất, tuy nhiên phương

pháp này vẫn bị giới hạn bởi độ nhạy trong phát hiện tổn thương cũng như khả năng đánh giá chính xác mức độ lan rộng của tổn thương và mối liên quan của tổn thương với các thành phần trung thất. CLVT hiện vẫn là phương pháp CĐHA chủ đạo để đánh giá tổn thương trung thất. Kỹ thuật chụp CLVT có thể được tinh chỉnh tùy theo các chỉ định cụ thể cũng như để phù hợp với loại máy chụp được sử dụng. Đối với các BN nghi ngờ có khối u trung thất, quy trình chụp thích hợp có thể sử dụng như sau: (1) Chụp trong thì hít vào tối đa; (2) Tư thế nằm ngửa; (3) Độ dày lớp cắt 1,25-5mm; (4) Tiêm thuốc cản quang với vận tốc 3-5mL/s, tổng liều #100ml [1].

Chẩn đoán phân biệt các khối trung thất phụ thuộc vào một số đặc điểm chính: (1) Vị trí của khối (trung thất trước, giữa, sau; tầng trên hay dưới; hay ở các vị trí đặc biệt khác của trung thất như cửa sổ chủ

phổi); (2) Bản chất (tổn thương đơn độc; đa ổ tổn thương (như hạch lympho)); (3) Liên quan rộng với các thành phần trung thất; (4) Tỷ trọng (mỡ, dịch, mô mềm, vôi hoá) [1].

Trường hợp bệnh mà chúng tôi báo cáo do có kích thước khá lớn nên đã thấy rõ trên phim X-quang thường qui. Tuy nhiên trên chụp CLVT đã cho chúng ta thấy rõ đó là khối có tỷ trọng mô mềm, vị trí trung thất sau, bám sát bờ cột sống (như đã mô tả ở trên).

Đa số các u hạch thần kinh thường xuất phát từ các hạch thuộc hệ giao cảm bám sát cột sống. Khi u nhỏ thường không có triệu chứng gì, thường được phát hiện một cách tình cờ. Khi u lớn (đặc biệt lớn nhanh) BN sẽ xuất hiện các triệu chứng (cơ năng, thực thể) và sẽ đến các cơ sở y tế thăm khám. Zhang Q và cộng sự đã báo cáo 1 trường hợp tương tự của chúng tôi: Một BN nữ, 35 tuổi đến BV khám vì ho ra máu tái phát nhiều lần. Chụp CT ngực cho thấy một khối rất lớn áp sát cột sống ngực trái và cong vẹo cột sống. Chụp MRI lồng ngực cho thấy một khối u có hình tròn, đường kính 16cm, lan rộng vào ống sống qua khe đĩa đệm và cột sống cong vẹo với sự mở rộng của đĩa đệm T4-T7. Bệnh nhân này không có bất kỳ triệu chứng thần kinh nào và không có tiền sử gia đình mắc bệnh tương tự. Sinh thiết khối u này dưới hướng dẫn CLVT và kết quả MBH cho thấy đó là u hạch. Các xét nghiệm chức năng phổi, máu, điện tâm đồ cho thấy không có chống chỉ định phẫu thuật. Trường hợp bệnh này đã được hội chẩn với các bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình và thần kinh, thảo luận khả năng cắt bỏ khối u và khắc phục chứng vẹo cột sống. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u thành công; theo dõi 16 tháng sau mổ không có tái phát [2].

GN là một bệnh lý hiếm gặp song có rất nhiều chẩn đoán phân biệt. Goldberg JL và cộng sự đã báo cáo 1 trường hợp BN nam khoẻ mạnh có xuất hiện đau cột sống vùng tương ứng T12-L1. Kết quả CLVT và CHT chẩn đoán 1 khối u máu bám cạnh trái cột sống từ D11-L1, có xâm lấn vào đĩa đệm và ống tuỷ. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bỏ u (cả phần xâm lấn đĩa đệm). Giải phẫu bệnh sau mổ là GN [3].

GN có thể bắt chước thoát vị đĩa đệm thắt lưng (hội chứng lumbosciatica - hội chứng thắt lưng hông). López C và cộng sự đã báo cáo trường hợp một người đàn ông 40 tuổi bị đau thần kinh tọa bên

phải, đau như kim châm kèm theo yếu cơ toàn thân. Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng cho thấy một tổn thương bao quanh khoang đĩa đệm L5-S1, được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Do có hội chứng chèn ép thần kinh nên BN được quyết định phẫu thuật. Trong quá trình phẫu thuật, các bác sĩ quan sát thấy một khối có vỏ bọc chắc, hình bầu dục nằm sát gốc S1 bên phải. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối. Kiểm tra mô bệnh học cho thấy các cụm tế bào hạch trưởng thành với mô đệm thần kinh, phù hợp với GN [4].

Cavanaugh DA và cộng sự lại báo cáo một trường hợp GN vùng cạnh đốt sống cổ. Một người đàn ông 41 tuổi có biểu hiện bệnh lý đau cột sống cổ bên trái, được chẩn đoán theo dõi thoái hóa đĩa đệm, cột sống ở ngang mức C5-6 và C6-7. Kết quả chẩn đoán hình ảnh cho thấy một khối bất thường ở bên trái cổ, nằm giữa động mạch cảnh và tĩnh mạch cảnh. Phẫu thuật cắt bỏ khối u được thực hiện thành công và chẩn đoán MBH sau đó là một u hạch thần kinh [5].

Shrestha P và cộng sự có báo trường hợp khá đặc biệt. Một bệnh nhân nam 34 tuổi bị bệnh đau cơ vùng thắt lưng và lan xuống cẳng chân bên phải kèm theo tê bì. Chụp MRI cho thấy một thoát vị đĩa đệm ở L5-S1 chèn ép bao rễ thần kinh bên phải. Phẫu thuật đã được tiến hành để cắt bỏ và giải nén bao rễ thần kinh. Khi mở ra quan sát thấy bao rễ thần kinh bị viêm và không có thoát vị đĩa đệm. Bao rễ thần kinh đã được mở ra và bọc lộ ra khối u của rễ thần kinh. Cắt bỏ tổng thể u đã được thực hiện. Giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy trường hợp GN [6].

GN có thể xuất hiện như 1 u thực quản. Dim C và cộng sự đã báo cáo trường hợp một trường hợp u hạch cạnh thực quản được chẩn đoán bằng phương pháp chọc hút kim nhỏ có hướng dẫn siêu âm qua nội soi đường tiêu hoá. Một người đàn ông 75 tuổi có tiền sử ung thư biểu mô tuyến phổi, được ghi nhận có khối u trung thất trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Nội soi siêu âm qua thực quản xác định một khối 40×17mm nằm ngoài thực quản ngực. Chọc hút khối bằng kim nhỏ có hướng dẫn siêu âm qua nội soi (EBUS) cho thấy các mảnh xen kẽ của tế bào hình thoi và tế bào hạch được trộn lẫn trong một lớp đệm xơ cơ hỗn hợp. Hóa mô miễn dịch cho thấy cả thành phần tế bào hình thoi và tế bào hạch đều dương tính với protein S-100 và âm

tính với pancytokeratin. Kết quả này cho phép khẳng định là khối GN [7]. Cũng có báo cáo tương tự của Mettler T và cộng sự đã sử dụng nội soi siêu âm lồng ngực để tiến hành sinh thiết một trường hợp u hạch trung thất và cho kết quả GN [8].

GN có thể gặp ở khoang sau phúc mạc, tăng bụng. Fang C và cộng sự đã báo cáo 2 trường hợp thuộc loại này, được chẩn đoán đầu tiên bằng phương pháp tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ (FNA). Trường hợp đầu tiên BN có biểu hiện buồn nôn, nôn, táo bón và giảm bạch cầu sau ba chu kỳ hóa trị để điều trị ung thư vú, trong khi BN thứ hai có biểu hiện đau bụng không rõ căn nguyên và giảm dẫn cơ lực hai chi dưới. Cả hai đều được chụp cắt lớp vi tính và thấy một khối mô mềm trong khoang sau phúc mạc. Sinh thiết hút bằng kim nhỏ qua nội soi ổ bụng được thực hiện trên cả hai BN và kết quả là các GN sau phúc mạc. Về mặt tế bào học, cả hai khối đều cho thấy các tế bào hạch lớn, rải rác với nhiều tế bào chất và nhân lớn trên nền tế bào hình thoi lượn sóng với nhân dài. Nhuộm hoá mô, cả hai đều dương tính với S-100 và được chẩn đoán là u hạch thần kinh lành tính. Vì xác định là u lành tính, phẫu thuật đã không được tiến hành. BN được theo dõi hình ảnh định kỳ. Các tác giả khuyến cáo có thể chẩn đoán u hạch thần kinh sau phúc mạc bằng sinh thiết kim nhỏ, tránh được phẫu thuật xâm lấn và các rủi ro kèm theo của nó, cần hỗ trợ tốt hơn cho việc theo dõi hình ảnh định kỳ [9].

#### 4. Kết luận

Qua trường hợp bệnh đã báo cáo và xem xét các báo cáo liên quan, chúng tôi thấy GN là căn bệnh hiếm gặp, nguồn gốc từ hệ thần kinh giao cảm, thường liên quan đến cột sống (nơi tồn tại của các hạch giao cảm) ở tất cả các đoạn (cổ, ngực, thắt lưng, cùng cụt). U hạch thần kinh thường là lành tính; thường chỉ theo dõi định kỳ; trường hợp u đã lớn (khi phát hiện) hoặc có tốc độ tăng trưởng nhanh rất cần phẫu thuật. Bệnh thường khỏi hoàn toàn, rất ít khả năng tái phát.

#### Tài liệu tham khảo

1. Richard Webb W, Charles B Higgins (2017) *Thoracic Imaging: Pulmonary and cardiovascular radiology*. Lippincott Williams & Wilkins (LWW), Third edition: 207-275.
2. Zhang Q, Li F, Liu D, Zhao S (2020) *A giant ganglioneuroma accompanied with scoliosis*. Ann R Coll Surg Engl 102(6): 133-135. doi: 10.1308/rcsann.2020.0048. Epub 2020 Apr 1. PMID: 32233849.
3. Goldberg JL, Tong J, McGrath LB J (2022) *Spinal Ganglioneuroma*. World Neurosurg 162: 15-16. doi: 10.1016/j.wneu.2022.03.046. Epub 2022 Mar 17. PMID: 35306201.
4. Barrena López C, De la Calle García B et al (2018) *Intradural ganglioneuroma mimicking lumbar disc herniation: Case report*. World Neurosurg 117: 40-45. doi: 10.1016/j.wneu.2018.05.225. Epub 2018 Jun 7. PMID: 29886296.
5. Cavanaugh DA, Jawahar A, Harper J et al (2010) *Cervical ganglioneuroma in an adult man: Case report and literature review of a rare occurrence*. 162(4): 218-221. PMID: 20882815.
6. Shrestha P, Singh AM, Adhikari RB, Sayami G, Yamaguchi S, Kurisu K (2016) *Ganglioneuroma of spinal nerve root: A rare case mimicking herniated lumbar disc and lumbar radiculopathy*. Hiroshima J Med Sci 65(3-4): 61-63. PMID: 29989721
7. Mettler T, Stuart J, Racila E, Mallery S, Amin K (2020) *Mediastinal ganglioneuroma diagnosed by transesophageal endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration (EUS-FNA)*. Diagn Cytopathol 48(8): 769-772. doi: 10.1002/dc.24445. Epub 2020 May 12. PMID: 32396276.
8. Mettler T, Stuart J 3rd, Racila E, Mallery S, Amin K (2020) *Mediastinal ganglioneuroma diagnosed by transesophageal endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration (EUS-FNA)*. Diagn Cytopathol 48(8): 769-772. doi: 10.1002/dc.24445. Epub 2020 May 12. PMID: 32396276.
9. Fang C, Pizzillo I, Shi Y, Sun W, Brandler TC (2022) *Ganglioneuroma on fine needle aspiration cytology: Case series and review of the literature*. Diagn Cytopathol 50(6): 146-150. doi: 10.1002/dc.24931. Epub 2022 Jan 5. PMID: 34985204.