

U TẠO MÁU NGOÀI TỦY XƯƠNG TRONG KHOANG NGOÀI MÀNG CỨNG ỐNG SỐNG NGỰC

BÙI VĂN LỆNH, ĐOÀN TIẾN LƯU

TÓM TẮT

Mục tiêu: Giới thiệu kinh nghiệm chẩn đoán cộng hưởng từ u tạo máu trong khoang ngoài màng cứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** là một bệnh nhân 24 tuổi có cơ địa thiếu máu mạn tính nhập viện với các dấu hiệu chèn ép tủy ngực. **Kết quả:** Chụp cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán tối ưu. **Kết luận:** Bệnh nhân có cơ địa thiếu máu mạn tính có biểu hiện chèn ép tủy ngoài những nguyên nhân thường gặp không nên loại trừ u tạo máu ngoài tủy xương.

Từ khóa: u tạo máu ngoài tủy xương, Cộng hưởng từ, thiếu máu mạn tính.

SUMMARY

Aim: to introduce our experiences how to diagnose extramedullary hematopoiesis presenting as a thoracic spinal cord compressive lesion on MR images. **Method:** a case study. **Object:** a 24-year-old man with chronic anemia was admitted to hospital because of weakness and dysesthesia in his legs. **Result:** MR imaging can describe extramedullary hematopoiesis in the spinal extradural space clearly. **Conclusion:** if a chronic-anemia patient presents a spinal cord compression, don't forget that the cause may be extramedullary hematopoiesis.

Keywords: thoracic extramedullary hematopoiesis, MRI, chronic anemia.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chèn ép tủy do các khối tạo máu ngoài tủy xương (extramedullary hematopoiesis) đã được báo cáo trong một số ít tài liệu y học [1]. Hầu hết các trường hợp khối tạo máu nằm trong khoang mỡ ngoài màng cứng ống sống, một số rất hiếm trường hợp tổn thương nằm trong u khác gây chèn ép tủy sống như trong u nguyên bào nội mạch (hemangioma), u màng não (meningioma), u tế bào sao thể nang lông (pilocytic astrocytoma) [1, 5]. Bệnh nhân thường có biểu hiện thiếu máu mạn tính do mắc các bệnh như u bạch cầu cấp, xơ hóa tủy, và các hội chứng loạn sản tủy khác hoặc các bệnh thiếu máu di truyền thalassemia [2, 3, 5]. Trước những bệnh nhân trong bệnh cảnh thiếu máu mạn tính có tổn thương chèn ép tủy thì một trong những nguyên nhân cần được đặt ra là do các khối tạo máu ngoài tủy xương [1, 5].

GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, 24 tuổi, vào viện với lý do: yếu hai chân. Tiền sử chưa phát hiện bệnh gì đặc biệt.

Diễn biến lâm sàng từ 3 tháng nay, tê bì hai chân, hai

chân yếu tăng dần, có các đợt đau thắt lưng, nước tiểu vàng xẫm. Khám lâm sàng thấy da vàng, niêm mạc nhợt, lách to, liệt nhẹ hai chi dưới, tăng phản xạ gân xương và giảm cảm giác từ ngang mức núm vú trở xuống.

Các xét nghiệm máu có kết quả thiếu máu nhược sắc, hồng cầu nhỏ.

Chỉ định chụp cộng hưởng từ cột sống ngực. Trên các xung T2W, T1W, trước và sau tiêm thuốc đối quang từ có hình ảnh 03 khối kích thước 10 – 20mm nằm sát nhau trong khoang mỡ ngoài màng cứng sau tủy ngực đoạn từ D4 đến D7 chèn ép mạnh cột tủy ngực ra trước, nhiều khối kích thước từ vài mm đến 30mm nằm quanh thân các đốt sống ngực, giữa các móm liên gai và giữa các đầu sau xương sườn, đặc điểm chung của các khối là tăng tín hiệu trên T1W và T2W, tăng nhẹ tín hiệu so với tủy xương, cấu trúc đồng nhất, ngấm thuốc đối quang từ mạnh, ranh giới rõ, không thấy tổn thương xâm lấn xương các đốt sống và xương sườn. Chẩn đoán là các khối tạo máu ngoài tủy quanh cột sống ngực chèn ép tủy ngực đoạn D4-D7.



Phẫu thuật cắt bỏ các khối trong khoang mỡ ngoài màng cứng ống sống ngực giải ép tủy ngực.

Kết quả giải phẫu bệnh đại thể gồm 2 khối kích thước 2x1 cm và 2x2 cm, màu nâu đen đồng nhất, vi thể là mô u có ranh giới rõ bởi vách xơ mảnh, các tế bào u thuộc dòng tủy biệt hóa xen lẫn các đám nhỏ tế bào mỡ trưởng thành, không có dấu hiệu ác tính của tế bào u, kết luận: u tạo máu ngoài tủy.

BẢN LUẬN

Tạo máu ngoài tủy xương là cơ chế tạo máu bù trừ cho tình trạng thiếu máu mạn tính do giảm sản hồng cầu trong các bệnh máu như u bạch cầu cấp, xơ hóa tủy, các hội chứng loạn sản tủy khác, trong các bệnh lý tan máu mạn tính và trong các bệnh rối loạn sinh hồng cầu như bệnh thalassemia [2, 3, 4, 5].

Cơ chế hình thành các khối tạo máu ngoài tủy được giải thích bởi hai khả năng đó là sự di chuyển của các đảo tế bào tạo máu đi ra ngoài tủy xương hoặc các tế bào tạo máu phát triển từ trong tủy vượt qua vỏ xương ra tổ chức lân cận [1, 4].

Vị trí xuất hiện tổn thương tạo máu ngoài tủy xương thường gặp ở gan, lách, hạch, trong lồng ngực quanh cột sống ngực, một số vị trí khác hiếm gặp như quanh cột sống thắt lưng, cột sống cùng, nội sọ, tuyến vú, tuyến giáp, thượng thận, quanh thận, dây chằng rộng. Trong lồng ngực là vị trí hay gặp, tổn thương thường nằm quanh thân các đốt sống, giữa các móm ngang và đầu sau xương sườn, ít gặp trong khoang ngoài màng cứng ống sống ngực, tổn thương gây chèn ép tủy ngực được báo cáo trong một số rất hiếm trường hợp [2, 3, 4].

Các khối tạo máu ngoài tủy thực chất không phải tổn

thương u mà chỉ gồm các tế bào tạo máu biệt hóa bình thường, xen lẫn bởi các đám tế bào mỡ trưởng thành, không thấy dị sản tế bào. Vì đặc điểm cấu trúc giống tủy xương có các đám tế bào mỡ nên đặc điểm hình ảnh của các khối là tăng tín hiệu trên cả T1W và T2W, đồng nhất, ranh giới rõ, bắt thuốc đối quang từ mạnh do giàu mạch nuôi dưỡng, không thấy đặc điểm xâm lấn, phá hủy tổ chức xung quanh [1, 3]. Ở hầu hết các vị trí tổn thương tạo máu ngoài tủy tạo thành các khối ranh giới rõ nhưng tổn thương ở gan và ở lách có thể ở dạng lan tỏa không thành khối, trên hình ảnh ta chỉ thấy gan, lách tăng kích thước, hoặc cũng có thể tạo thành các khối khu trú trong nhu mô gan và lách. Một số trường hợp những thay đổi của xương do tăng sinh tủy đáp ứng bù trừ tình trạng thiếu máu kéo dài được biểu hiện bởi sự mở rộng tủy xương, các bản vỏ xương mỏng ở xương hộp sọ với hình ảnh điển hình “tóc mọc ngược” (hair-on-end), cũng có thể thấy ở một số xương khác như xương cột sống, xương sườn, xương chậu, một số xương dài [5].

Các khối tạo máu trong lồng ngực thường không có biểu hiện lâm sàng, một số ít trường hợp có biểu hiện tràn máu màng phổi hoặc có biểu hiện do các khối chèn ép như khó thở, khó nuốt. Khi điều trị tốt tình trạng thiếu máu và bệnh lý gây thiếu máu thì kích thước các khối thường giảm kích thước đáng kể, chỉ định điều trị trực tiếp đối với các khối tạo máu ngoài tủy có biểu hiện lâm sàng do các khối gây ra. Trong hầu hết các trường hợp, truyền máu, phối hợp với hóa trị hoặc xạ trị nếu nguyên nhân là do các loại ung thư, có kết quả cải thiện đáng kể [3, 4]. Đối với trường hợp chúng tôi gặp, do các khối chèn ép tủy ngực gây liệt tiến triển nên phẫu thuật được chỉ định với mục đích cắt bỏ khối giải phóng sự chèn ép tủy.

KẾT LUẬN

Các khối tạo máu ngoài tủy xương gây chèn ép tủy ngực hiếm gặp. Tuy nhiên trước các bệnh nhân thiếu máu mạn tính có biểu hiện chèn ép tủy ngực thì cộng hưởng từ là phương pháp được chọn để chẩn đoán và một trong các nguyên nhân chúng ta cần nghĩ đến là các khối tạo máu ngoài tủy ở khoang mỡ ngoài màng cứng ống sống ngực. Chỉ định phẫu thuật cắt bỏ các khối tạo máu ngoài tủy trong trường hợp này với mục đích giải phóng sự chèn ép tủy là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amir Saied Seddighi, 2010, Extramedullary hematopoiesis presenting as a compressive cord and cerebral lesion in a patient without a significant hematologic disorder, Journal of medical case reports, 4:319, <http://jmedicalcasereports.com/content/4/1/319>
2. Kichun Jason Lee, 2005, extramedullary hematopoiesis, Applied radiology, 34(10):44-47, <http://www.medscape.com/viewarticle/514632>
3. Pramod Gupta, 2003, Focal intrahepatic extramedullary hematopoiesis, American journal of Roentgenology, 184:1031-1032, <http://www.ajronline.org/cgi/content/full/182/4/1031>
4. Rita Agarwala, 2006, extramedullary hematopoiesis, Applied radiology, volume 35, number 4, [http://www.appliedradiology.com/Issues/2006/04/Cases/Extramedullary-hematopoiesis-\(EMH\).aspx](http://www.appliedradiology.com/Issues/2006/04/Cases/Extramedullary-hematopoiesis-(EMH).aspx)
5. Sule Peker, 2003, Paraplegia due to extramedullary hematopoiesis in β -thalassemia intermedia, Turk J med sci, 33: 341-344, <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-03-33-5/sag-33-5-13-0304-7.pdf>