

U TẾ BÀO SCHWANN VÀ U TỦY MỠ XUẤT HIỆN ĐỒNG THỜI Ở TUYẾN THƯỢNG THẬN: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

**Nguyễn Thị Kim Thoa^{1*}, Nguyễn Tiến Mạnh², Phạm Quang Thông²,
Lê Hồ Ngọc Trâm¹, Hoàng Hạnh Dung¹, Hoàng Văn Thịnh²**

TÓM TẮT

U tủy mỡ là một u lành không thường gặp ở tuyến thượng thận, và u tế bào Schwann - một u bao sợi thần kinh ngoại biên lành tính, thậm chí còn hiếm hơn ở vị trí này. Sự xuất hiện đồng thời, cùng một vị trí của cả hai loại u ở tuyến thượng thận là cực kỳ hiếm, với chỉ vài trường hợp được ghi nhận trong y văn. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh nhân nữ, 62 tuổi, tình cờ phát hiện một khối u lớn ở tuyến thượng thận phải trong một lần khám sức khỏe. Chụp cắt lớp vi tính có cản quang cho thấy một khối tăng cường độ tương phản không đồng nhất, kích thước khoảng 11 cm ở tuyến thượng thận phải, nghi ngờ xâm lấn gan. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u. Khảo sát mô bệnh học xác định tình trạng u hỗn hợp ở tuyến thượng thận gồm u tế bào Schwann và u tủy mỡ. Nhân trường hợp này chúng tôi hồi cứu y văn và thảo luận các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh.

Từ khóa: U tế bào Schwann; u tủy mỡ; u hỗn hợp tuyến thượng thận.

ADRENAL COLLISION TUMOR OF MYEOLIPOMA AND SCHWANNOMA: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Myelolipoma is an uncommon benign neoplasm of the adrenal gland, and schwannoma - a benign peripheral nerve sheath tumor - is even rarer in this location. The synchronous occurrence of both as a primary adrenal collision tumor is exceptionally rare, with only a few cases documented in the literature. We report the case of a 62-year-old woman in whom a large right adrenal mass was incidentally detected during a routine health check-up. Contrast-enhanced computed tomography revealed an 11 cm heterogeneous enhancing mass in the right adrenal gland, with suspected liver invasion. The patient

¹**Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh**

²**Bệnh viện Chợ Rẫy**

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Thoa

Email: ntkthoa.nt.gpb24@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

underwent surgical resection. Histopathological examination showed that the predominant component of the mass was consistent with schwannoma, supported by strong S-100 immunoreactivity. Adjacent to it was a well-circumscribed, brownish nodule measuring approximately 1.5 cm, identified as a myelolipoma. No features of malignancy or local invasion were identified. Postoperative recovery was uneventful, with no abnormalities detected on follow-up imaging at three months. Adrenal collision tumors composed of schwannoma and myelolipoma are exceedingly rare and often lack specific clinical or radiologic characteristics. Definitive diagnosis requires thorough gross and microscopic evaluation. Long-term prognosis is expected to be positive due to the benign nature of both components.

Keywords: Schwannoma; myelolipoma; adrenal collision tumor.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Hiệp hội Nội tiết học châu Âu 2023, tỷ lệ phát hiện khối u tuyến thượng thận trong cộng đồng đã tăng gấp 10 lần từ năm 1995 đến năm 2017, chủ yếu là các trường hợp phát hiện tình cờ [1]. Phần lớn các tổn thương lành tính. U tủy mỡ chiếm khoảng 3,3-6,5% trong tổng số các u thượng thận nguyên phát [1, 6, 7]. U tế bào Schwann còn hiếm gặp hơn, dưới 1% các khối u tại vị trí này [1, 3]. U hỗn hợp ở tuyến thượng thận là một thực thể hiếm gặp, định nghĩa là sự hiện diện đồng thời của hai khối u nằm kế cận trong cùng tuyến thượng thận nhưng biệt lập về mặt mô học, không có sự pha trộn tại vùng tiếp giáp [2, 8]. Nhiều dạng phối hợp đã được mô tả, chẳng hạn như u tuyến với di căn, u tuyến với u tủy thượng thận hoặc u mạch máu, ung thư vỏ thượng thận với u mỡ tủy, carcinosarcoma với di căn, hoặc u mỡ tủy với u lympho Hodgkin. Đáng chú ý, chỉ có rất ít báo cáo ghi nhận sự kết hợp

giữa u bao Schwann và u tủy mỡ, cụ thể là các báo cáo trong y văn tiếng anh của Gomez và cộng sự (2020) và Kai-Fu Yang và cộng sự (2015). Chẩn đoán trước phẫu thuật thường gặp khó khăn do biểu hiện lâm sàng nghèo nàn, hình ảnh học không đặc hiệu và đôi khi có hiện tượng xuất huyết trong khối u gây nhầm lẫn [5]. Phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị chủ yếu trong những trường hợp khối u có kích thước lớn, nguy cơ xuất huyết hoặc nghi ngờ ác tính [2, 5]. Tuy nhiên, số lượng ca bệnh được báo cáo còn hạn chế nên diễn tiến lâm sàng, tiên lượng và chiến lược xử trí vẫn thiếu cơ sở dữ liệu [2]. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp u hỗn hợp tuyến thượng thận hiếm gặp gồm u tế bào Schwann và u tủy mỡ. Ca bệnh này góp phần bổ sung thêm dữ liệu cho y văn và khẳng định vai trò của giải phẫu bệnh trong xác định bản chất tổn thương.

2. BÁO CÁO CA BỆNH



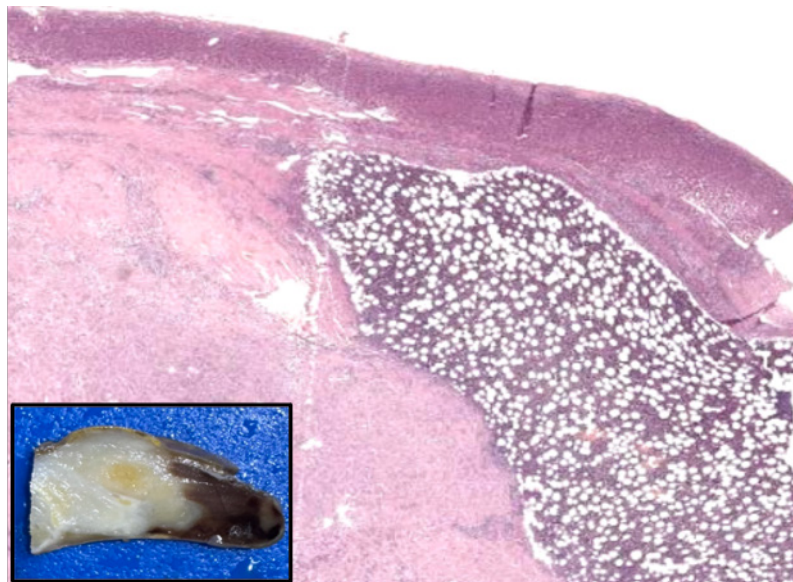
Hình 1: Ảnh chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang mặt phẳng axial

(A) Trước tiêm thuốc cản quang: khối choán chỗ đậm độ thấp so với nhu mô gan xung quanh, tổn thương nằm ở hạ phân thùy giữa và hạ phân thùy bên, co kéo bờ gan. (B, C) Tổn thương bắt thuốc nhẹ và tăng dần từ thì động mạch đến thì tĩnh mạch

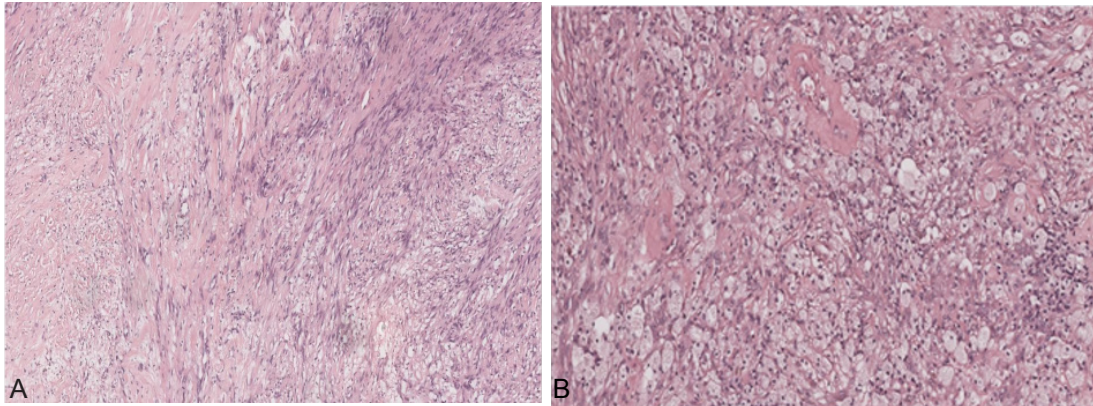
Bệnh nhân nữ 62 tuổi, phát hiện tình cờ một khối u tuyến thượng thận phải lớn trong một lần khám sức khỏe định kỳ. Bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng đau đầu, chóng mặt, vã mồ hôi, tăng huyết áp. Các xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, sinh hóa máu trong giới hạn bình thường. Khảo sát miễn dịch âm tính với HBV, HCV. Siêu âm bụng ghi nhận có 01 cấu trúc echo kém ở vùng hạ sườn phải nằm dưới gan, cạnh thận phải, bờ đều, giới hạn rõ, kích thước 13×8,6 cm, tiếp đó, bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang. Kết quả cho thấy có tổn thương choán chỗ tuyến thượng thận phải, kích thước 11×6,8 cm, xâm lấn nhu mô gan phải hạ phân thùy VII bắt thuốc mạnh sau tiêm (Hình 1). Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u. Bệnh phẩm được gửi về khoa Giải phẫu bệnh lý.

Quan sát đại thể, bệnh phẩm u gồm hai mẫu mô có tổng kích thước đường kính lớn nhất

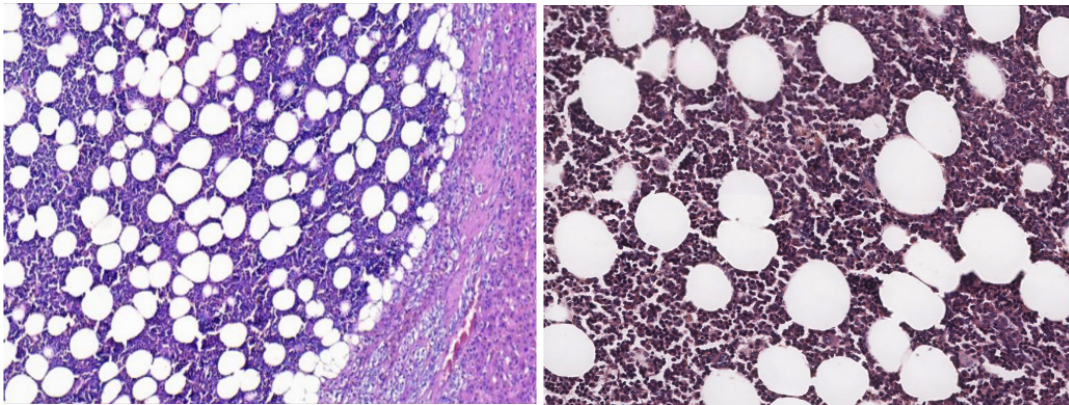
13 cm, có giới hạn rõ, mặt cắt đặc, chắc, màu trắng vàng tương ứng trên tiêu bản H&E (Hình 2). Khảo sát vi thể cho thấy khối u nằm trong tuyến thượng thận, phần lớn là u tế bào hình thoi với đặc điểm các vùng giàu tế bào xen kẽ vùng thưa tế bào với mô nền nhầy. Ở vùng tế bào thưa có mạch máu thành dày, hyalin hóa, xen lẫn bọt bào (Hình 3). Hóa mô miễn dịch cho thấy tế bào u dương tính mạnh, lan tỏa với dấu ấn S100 (Hình 5). Các đặc điểm trên xác định chẩn đoán u tế bào Schwann. Ngoài ra, ở ngoại vi có một vùng mô nhỏ kích thước khoảng 1,5 cm, mặt cắt mềm, màu nâu, vi thể thấy u nằm sát tuyến thượng thận với đặc điểm mô mỡ trưởng thành đan xen các đảo tế bào tạo máu. Tế bào mỡ kích thước lớn kèm các mẫu tiêu cầu với nhiều tiêu cầu khổng lồ có nhân nhiều thùy, chất nhiễm sắc thô phù hợp u tủy mỡ (Hình 4). Hai thành phần hiện diện đồng thời nhưng tách biệt hoàn toàn, khẳng định chẩn đoán u hỗn hợp tuyến thượng thận gồm u tế bào Schwann và u tủy mỡ.



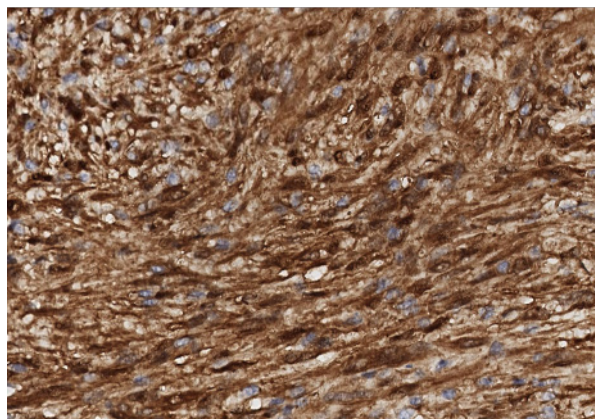
Hình 2: Vị trí tiếp giáp của 2 thành phần u với viền mô tuyến thượng thận phía trên (H&E X100), kèm hình chụp đại thể lát cắt tương ứng (ảnh nhỏ)



Hình 3: (A) Thành phần u tế bào Schwann gồm các vùng giàu tế bào và thưa tế bào (H&E X100).
 (B) Vùng tế bào thưa có mạch máu thành dày, hyalin hóa, xen lẫn bọt bào (H&E X100)



Hình 4: (A) Thành phần u mỡ bên cạnh mô tuyến thượng thận (bên phải) với các tế bào mỡ trưởng thành và các tế bào tạo máu (H&E X100). (B) Tế bào mỡ trưởng thành và các tế bào tạo máu của u mỡ (H&E X100)



Hình 5: Phản ứng miễn dịch của tế bào Schwannoma với protein S100 (H&E X100)

3. BÀN LUẬN

Sự tồn tại đồng thời u tế bào Schwann và u tủy mỡ tại tuyến thượng thận cực kỳ hiếm, đến nay chỉ có vài ca được báo cáo trong y văn [1]. Trong ca bệnh của chúng tôi, cả hai thành phần đều lành tính, không xâm lấn và được phát hiện tình cờ, từ đó định hướng can thiệp và tiên lượng phù hợp. U tủy mỡ thường gặp ở độ tuổi trung bình là 50-70, không phân biệt giới tính, nhưng có xu hướng xảy ra ở tuyến thượng thận bên phải [1, 2, 6]. Ngoài tuyến thượng thận, tổn thương còn được ghi nhận tại nhiều vị trí khác nhau như: vùng trước xương cụt, vùng chậu, sau phúc mạc, phổi, cột sống ngực, trung thất, lách, gan, mạc treo ruột và hạch bạch huyết [2]. U tế bào Schwann có thể gặp đầu, cổ, ống tiêu hóa, chi và nhiều tạng đặc (gan, tụy, thận, tim), tổn thương tại tuyến thượng thận cực kỳ hiếm do bản chất của tuyến này không phải là nơi phân bố dày đặc thần kinh ngoại biên và đa số được phát hiện tình cờ, thường ở nữ giới [8]. Trường hợp đầu tiên được Yang và cộng sự (2015) báo cáo ở một bệnh nhân nữ 47 tuổi, có béo phì và đái tháo đường, nhập viện vì đau bụng và viêm gan do sỏi mật, phát hiện khối u ở tuyến thượng thận trái kích thước 7 cm. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tuyến thượng thận kèm túi mật, bệnh nhân hồi phục tốt và không tái phát sau 2 năm. Trường hợp thứ hai do Gomez và cộng sự (2020) công bố ở bệnh nhân nam 65 tuổi, tiền sử bệnh tim mạch phức tạp, phát hiện tình cờ khối u thượng thận trái kích thước 13 cm khi theo dõi phình động mạch chủ bụng. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi và diễn tiến ổn sau mổ.

Các khối u này thường diễn tiến âm thầm, không triệu chứng hoặc chỉ gây biểu hiện mơ hồ như đau bụng, đau hông lưng, đầy bụng. Một số trường hợp có thể biểu hiện biến chứng nặng nề như vỡ u, xuất huyết sau phúc mạc, sụt cân, sốt hoặc tiểu máu. Các yếu tố liên quan được ghi nhận gồm béo phì, tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, đái tháo đường hoặc ung thư [1, 2]. Trong ca bệnh

của chúng tôi, bệnh nhân không có triệu chứng đặc hiệu, chỉ phát hiện tình cờ khi khám tổng quát, cũng chưa ghi nhận bệnh lý kèm theo. So với báo cáo của Yang, bệnh nhân có tiền sử béo phì và đái tháo đường, vào viện vì đau thượng vị và mệt mỏi, được phát hiện khối u 7 cm khi khảo sát bệnh lý đường mật, cho thấy các bệnh lý chuyển hóa có thể là yếu tố nguy cơ và dễ che lấp triệu chứng. Trong khi đó, Gomez ghi nhận bệnh nhân có nhiều bệnh lý tim mạch nền, phát hiện tình cờ khối u 13 cm khi chụp theo dõi phình động mạch chủ bụng. Như vậy, cả ba trường hợp đều được phát hiện tình cờ, không có biểu hiện đặc hiệu, nhưng khác biệt bệnh lý kèm theo, phản ánh tính đa dạng lâm sàng của thực thể hiếm gặp này.

Hiện có hai giả thuyết chính đề xuất cơ chế bệnh sinh của các khối u hỗn hợp này. Giả thuyết đầu tiên, cũng là cách giải thích đơn giản nhất, cho rằng sự xuất hiện đồng thời của hai khối u nguyên phát biệt lập trong cùng một tuyến thượng thận là hoàn toàn ngẫu nhiên, không có mối liên hệ sinh học chung. Lý thuyết này đặc biệt được chấp nhận trong các trường hợp cả hai tổn thương đều mang bản chất lành tính và không có đặc điểm gợi ý hội chứng di truyền đi kèm. Giả thuyết thứ hai cho rằng một kích thích gây sinh u như rối loạn tín hiệu tăng sinh, thay đổi vi môi trường hoặc yếu tố nội tiết tại chỗ có thể ảnh hưởng lên một vùng mô cụ thể trong tuyến thượng thận, từ đó kích hoạt sự phát triển độc lập của hai dòng tế bào u khác nhau trong cùng một vị trí giải phẫu. Một biến thể của giả thuyết này cho rằng sự hiện diện của khối u thứ nhất có thể tự làm biến đổi môi trường vi mô xung quanh, tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện thứ phát của khối u thứ hai [5]. Ca bệnh của Gomez mô tả khối u thượng thận trái đường kính khoảng 13 cm, trong đó u tủy mỡ chiếm ưu thế với kích thước gần 10 cm, còn u tế bào Schwann chỉ chiếm một phần nhỏ. Ngược lại, báo cáo của Yang và cộng sự (2015) ghi nhận khối u thượng thận trái kích thước 7 cm, với u tủy mỡ khoảng 4 cm. So với hai báo cáo trên, ca bệnh của chúng

tôi khối u thượng thận có kích thước lớn nhất lên tới 13 cm, nhưng khác với hai trường hợp trên, thành phần u tế bào Schwann chiếm phần lớn thể tích khối u, trong khi u tủy mỡ chỉ là thành phần phụ. Đặc điểm mô học của hai thành phần hoàn toàn biệt lập, không có sự hòa trộn tại vùng tiếp giáp, cùng với việc cả hai đều lành tính, nhiều khả năng ủng hộ giả thuyết ngẫu nhiên.

Mặc dù chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ là công cụ quan trọng trong phát hiện tổn thương tuyến thượng thận, nhưng chúng thường không đủ khả năng xác định chính xác bản chất từng thành phần trong u hỗn hợp tuyến thượng thận. Sự chồng lấp về đặc điểm giữa u tế bào Schwann và u tủy mỡ, cả hai đều có thể biểu hiện dưới dạng khối mô mềm, ranh giới rõ, kèm vùng hoại tử hoặc lẫn mỡ khiến việc phân biệt trước mổ trở nên khó khăn, đặc biệt khi so với các khối u thượng thận thường gặp như u tuyến, carcinôm hay u tủy thượng thận vốn có đặc điểm hình ảnh điển hình hơn. Sự phổ biến của các kỹ thuật cắt lớp hiện đại, nhất là chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ, đã làm tăng đáng kể tỷ lệ phát hiện các u thượng thận ngẫu nhiên. Trong ca bệnh chúng tôi, siêu âm bụng ghi nhận một khối vùng hạ sườn phải, định hướng chẩn đoán phân biệt u sau phúc mạc hoặc u tuyến thượng thận. Chụp cắt lớp vi tính có cản quang cho thấy khối u lớn 11 cm, bắt thuốc không đồng nhất, nghi ngờ xâm lấn gan gợi ý tổn thương ác tính cho thấy độ đặc hiệu không cao của hình ảnh học với các u phức hợp. Khác với khối u đơn thuần, việc nhận diện chính xác từng thành phần trong u hỗn hợp tuyến thượng thận trước phẫu thuật là thách thức đáng kể, kết quả thay đổi tùy trường hợp. Chụp cắt lớp vi tính có cản quang độ phân giải cao có thể hỗ trợ phân biệt các mô khác biệt dựa trên độ đậm mô và kiểu bắt thuốc [7]. Do đó, mô bệnh học sau phẫu thuật giúp xác định bản chất từng loại u, vừa loại trừ tổn thương ác tính tiềm ẩn.

U tế bào Schwann không thể phân biệt được về mặt lâm sàng và hình ảnh trong chẩn đoán hình

ảnh như chụp X-quang hay cộng hưởng từ và tỷ lệ mắc rất thấp nên thường được chẩn đoán xác định dựa vào kết quả mô bệnh học. Trong ca bệnh của chúng tôi, mật độ tế bào Schwann tương đối nhiều, nhân xếp hàng rào tạo thể Verocay, dương tính với S100. Kết quả mô bệnh học và hoá mô miễn dịch phù hợp với u tế bào Schwann lành tính. Bên cạnh đó là một khối u có kích thước nhỏ gồm các tế bào mỡ và các đảo tế bào tạo máu giống với tủy xương, có nhiều tiểu cầu không lồ phù hợp u tủy mỡ. So với ca bệnh của Yang, ca bệnh chúng tôi không kèm thêm các biến đổi thoái hóa như vôi hóa, xơ hóa, hoại tử khu trú và nhân dị dạng.

Theo y văn, nguy cơ ác tính của khối u tuyến thượng thận gia tăng rõ rệt khi kích thước khối u lớn hơn 4 cm, trong đó các khối u có đường kính trên 6 cm ghi nhận tỷ lệ ác tính trên 25%. Ngoài ra, nguy cơ biến chứng cơ học như hoại tử, vỡ hoặc xuất huyết sau phúc mạc tăng rõ rệt [2, 4]. Bên cạnh đó do cơ chế sinh bệnh chưa rõ ràng nên việc điều trị dựa trên các báo ca tương tự trên thế giới. Do vậy, phẫu thuật được khuyến cáo là phương pháp điều trị chủ yếu ở những trường hợp này. Đối với các khối u nhỏ hơn 4 cm, việc theo dõi định kỳ được xem là lựa chọn thích hợp. Ngoài ra, phẫu thuật cũng cần được chỉ định khi khối u có đặc điểm tăng trưởng nhanh, cấu trúc không đồng nhất, hình dạng không đều, kèm hoại tử hoặc có dấu hiệu xâm lấn các cơ quan lân cận, vì những yếu tố này đều gợi ý khả năng ác tính [4]. Trong ca bệnh của chúng tôi, khối u đường kính lớn nhất 13 cm, vượt ngưỡng nguy cơ ác tính và biến chứng, do đó chỉ định phẫu thuật là hoàn toàn cần thiết [1, 2, 8]. Việc chuẩn bị phương án kiểm soát chảy máu trong và sau mổ cũng đặc biệt quan trọng, bởi u kích thước lớn dễ kèm xuất huyết. So với ca của Yang, khối u 7 cm kèm bệnh lý sỏi mật có triệu chứng. Với kích thước trên 6 cm và bệnh lý kèm theo, tác giả chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tuyến thượng thận kết hợp cắt túi mật. Còn với ca của Gomez, khối u có cùng kích

thước với ca bệnh chúng tôi nhưng được phát hiện trong lúc theo dõi bệnh lý mạch máu. Mặc dù bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền, nhóm tác giả vẫn tiến hành phẫu thuật cắt tuyến thượng thận để tránh nguy cơ xuất huyết và loại trừ ác tính.

U hỗn hợp có hai thành phần lành tính như ca bệnh này thường có diễn tiến thuận lợi [2, 8]. Tuy nhiên, cần theo dõi dài hạn bằng hình ảnh học định kỳ vì nguy cơ tái phát hoặc xuất hiện tổn thương thứ phát tuy hiếm nhưng không thể loại trừ. Bệnh nhân của chúng tôi khỏe mạnh sau ba tháng phẫu thuật cùng với chụp cắt lớp vi tính không ghi nhận bất thường giúp củng cố tiên lượng nhìn chung thuận lợi liên quan đến can thiệp phẫu thuật trong các trường hợp u hỗn hợp ở tuyến thượng thận.

4. KẾT LUẬN

Sự tồn tại đồng thời của u tế bào Schwann với u mỡ tủy là một phát hiện hiếm gặp ở tuyến thượng thận và rất khó chẩn đoán lâm sàng. Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị được lựa chọn. Chẩn đoán mô bệnh học kết hợp với hóa mô miễn dịch, nhất là trong bối cảnh hình ảnh học không phân biệt rõ được các thành phần mô. Đa số các trường hợp có tiên lượng tốt, theo dõi sau phẫu thuật là cần thiết để phát hiện và can thiệp kịp thời khi tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]. Fassnacht M, Tsagarakis S, Terzolo M, et al. European Society of Endocrinology clinical practice guidelines on the management of adrenal incidentalomas, in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *European Journal of Endocrinology*. 2023;189(1):G1-G42.

[2]. Gomez M, Mehta R. A rare case of adrenal collision tumor: myelolipoma and schwannoma in the adrenal gland. *SAGE Open Medical Case Reports*. 2020;8:1-4.

[3]. Hamid T A, Yaser K, Alsai K A, et al. Adrenal Schwannoma: A Rare but Important Consideration in Adrenal Tumors. *Cureus*. 2025;17(5).

[4]. Huang H, Ding Q, Lin X, et al. Clinical features and outcomes of adrenal schwannoma: a study of 13 cases from a single centre. *Endocrine Connections*. 2021;10(5):543-549.

[5]. Katabathina V S, Flaherty E, Kaza R, et al. Adrenal collision tumors and their mimics: multimodality imaging findings. *Cancer Imaging*. 2013;13(4):602.

[6]. Mete O, Papotti M, Falhammar H, et al. Adrenal myelolipoma in WHO Classification of Tumours. 5th ed. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2022. p. 128-130.

[7]. Raveendran S, Harish Babu SP, Arun Kumar ML, et al. Adrenal Adenoma–Hemangioma: A Unique Collision Tumor. *World Journal of Endocrine Surgery*. 2014;3(3):125-127.

[8]. Yang K-F, Lee H-Y, Wu W-J, et al. Ancient schwannoma and myelolipoma coexist in an adrenal incidentaloma. *Urological Science*. 2015;26(2):134-138.