

Rối loạn vận động trên bệnh nhân viêm não tự miễn và các hội chứng thần kinh cận u

Bản gốc: J. Honnorat, B. Joubert, Movement disorders in autoimmune encephalitis and paraneoplastic neurological syndromes, *Neurol* - 1960, 2018. doi.org/10.1016/j.neurol.2018.07.006

Lược dịch: Nguyễn Hải Anh

Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

Rối loạn vận động là triệu chứng cực kỳ phổ biến và đa dạng trên các bệnh nhân viêm não tự miễn (AE) và hội chứng thần kinh cận u (PNS). Chúng có thể là triệu chứng chính, cũng có thể là một dấu hiệu thuộc bệnh cảnh lâm sàng phức tạp. Chẩn đoán sớm AE hoặc PNS là vô cùng quan trọng vì bệnh có thể đáp ứng tốt với liệu pháp miễn dịch. Trên lâm sàng, AE và PNS thường bị chẩn đoán nhầm với bệnh lý nhiễm khuẩn, rối loạn chuyển hoá, bệnh di truyền và bệnh lý thoái hoá. Bên cạnh đó, việc nhận diện chính xác các triệu chứng còn nhiều khó khăn. Tuy nhiên, mỗi loại viêm não tự miễn vẫn có những đặc điểm có độ đặc hiệu cao như tuổi, giới và loại ung thư liên quan. Trong bài báo hôm nay, chúng tôi sẽ trình bày kiến thức cập nhật về rối loạn vận động liên quan đến AE và PNS, cũng như cơ chế dẫn tới các rối loạn trên.

1. GIỚI THIỆU

Viêm não tự miễn và hội chứng thần kinh cận u là nhóm bệnh phát triển nhanh chóng thông qua việc xuất hiện thể bệnh mới cứ mỗi mười tháng trong vòng một thập kỷ trở lại đây. Nhóm bệnh này đặc trưng bởi sự hiện diện của tự kháng thể đặc hiệu trong huyết thanh và/hoặc dịch não tủy và chúng có thể sử dụng như một dấu ấn sinh học trong chẩn đoán bệnh. AE và PNS có thể xuất hiện ở cả hai giới tại bất cứ giai đoạn nào của cuộc đời. Tuy vậy, biểu hiện lâm sàng, chênh lệch giới, tuổi khởi phát và tiên lượng bệnh rất đa dạng và phụ thuộc vào loại tự kháng thể. Rối loạn vận động có thể là triệu chứng cơ bản và phổ biến nhất ở nhiều bệnh nhân AE và PNS, biểu hiện của chúng cũng dao động phụ thuộc vào từng bệnh cụ thể. Ví dụ, với viêm não với kháng thể kháng thụ thể LG1 (viêm não LG1), loạn trương lực mặt - cánh tay (faciobrachial dystonia) là dấu hiệu thần kinh chính. Trong viêm

não với kháng thể kháng thụ thể NMDA (viêm não NMDA), loạn động vùng hàm miệng là triệu chứng đi kèm các triệu chứng thần kinh quan trọng khác.

AE và PNS khá hiếm gặp mặc dù tỷ lệ và tần suất mắc bệnh chưa được biết rõ. Ngoài ra, nhiều khi việc chẩn đoán chỉ dựa vào việc phát hiện tự kháng thể dẫn đến nhiều ca bệnh không được chẩn đoán hoặc chẩn đoán quá muộn. Vì AE và PNS là bệnh có khả năng chữa khỏi cũng như có giá trị trong việc dự đoán khối u tân sinh, việc chẩn đoán sớm là vô cùng cần thiết và có thể kỳ vọng tiên lượng tốt khi được điều trị đầy đủ (liệu pháp miễn dịch và/hoặc điều trị khối u, phụ thuộc vào từng bệnh nhân cụ thể).

2. RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG LIÊN QUAN VỚI AE VÀ PNS

Trên bệnh nhân AE và PNS, rối loạn vận động có thể là triệu chứng đơn độc, thuộc nhóm nhiều rối

loạn vận động hoặc liên quan với các dấu hiệu thần kinh khác. AE và PNS hiện nay được chia thành hai nhóm chính, bao gồm: (i) nhóm bệnh liên quan đến tự kháng thể với kháng nguyên nhận diện trên bề mặt tế bào, hiếm khi có ung thư kèm theo (Bảng 1) và (ii) nhóm bệnh liên quan đến tự kháng thể với kháng nguyên nội bào, thường liên quan đến ung thư, chết tế bào thần kinh và miễn dịch tế bào (Bảng 2). Các triệu chứng thường cấp tính nhưng trong vài trường hợp chúng có thể diễn biến từ từ trong vài tháng.

2.1. Rối loạn vận động với tự kháng thể với kháng nguyên bề mặt tế bào

Nhóm bệnh này tiếp tục được chia thành hai dưới nhóm chính (Bảng 1). Trên các bệnh nhân viêm não tự miễn cấp tính hoặc bán cấp, rối loạn vận động thường xuất hiện cùng với các triệu chứng thần kinh khác. Đôi khi bệnh nhân cần phải nhập viện điều trị tích cực do tình trạng bệnh nặng nề với các dấu hiệu rối loạn thần kinh thực vật nghiêm trọng. Các bệnh tiêu biểu thuộc nhóm này bao gồm viêm não NMDA, viêm não DPPX, viêm não Gly. Ngoài trừ các bệnh nhân thất điều tiểu não cấp hoặc bán cấp, thường sẽ thấy tình trạng viêm trên dịch não tủy. Các loại viêm não khác thường gặp bao gồm viêm não Tr/DNER, viêm não VGCC, viêm não mGluR1, ngoài ra nhiều kháng thể hiếm hơn cũng đã được ghi nhận.

Nhóm bệnh còn lại có biểu hiện viêm não tiến triển hơn với các triệu chứng có thể nặng dần trong vài tuần. Dịch não tủy thường bình thường. Các rối loạn vận động có thể là triệu chứng duy nhất ở nhóm bệnh này, ví dụ như triệu chứng loạn trương lực cơ mặt - cánh tay ở bệnh nhân viêm não LGI1 hoặc thất điều tiểu não chu kỳ/tăng trương lực thần kinh ngoại biên (neuromyotonia) ở bệnh nhân viêm não CASPR2.

2.1.1. Viêm não kháng thể kháng thụ thể NMDA (Viêm não NMDA)

Viêm não NMDA là viêm não tự miễn thường gặp nhất, xuất hiện trên cả hai giới ở bất cứ độ tuổi nào đặc

biệt là ở nhóm phụ nữ trẻ tuổi. Tuổi khởi phát trung bình là 23, 40% trường hợp là trẻ em và 10% là nam giới trưởng thành. Khối u liên quan thường gặp nhất là u quái buồng trứng, có thể quan sát được ở 30% phụ nữ trẻ tuổi. U ác tính có thể phát hiện ở một vài bệnh nhân cao tuổi, ngược lại viêm não NMDA ở trẻ em và nam giới thường không liên quan đến u. Đa số bệnh nhân tiến triển qua nhiều giai đoạn, từ bất thường hành vi, rối loạn tâm thần, suy giảm trí nhớ, co giật, mất khả năng tích hợp ngôn ngữ hướng tới trạng thái không đáp ứng, rối loạn thần kinh thực vật và rối loạn hô hấp. Rối loạn vận động là triệu chứng thường gặp, xuất hiện từ giai đoạn khởi phát cho đến khi hôn mê.

Rối loạn vận động thường gặp nhất ở viêm não NMDA là loạn động vùng mặt - miệng (orofacial dyskinesia), thường xuất hiện trong giai đoạn không đáp ứng (unresponsiveness và catatonia). Ở giai đoạn cấp, biểu hiện bệnh có thể đa dạng hơn như múa giật, loạn trương lực cơ, cử động rập khuôn, giật cơ và run. Mặc dù rối loạn vận động thường gặp hơn nhiều so với co giật, đôi khi khó phân biệt chúng với nhau. Ở trẻ em được chẩn đoán viêm não NMDA, tình trạng loạn trương lực cơ hoặc tăng trương lực cơ một bên thoáng qua không có giật cơ thường gợi ý tình trạng rối loạn vận động thay vì cơn động kinh cục bộ. Sau vài ngày hoặc vài tuần, những bệnh nhi này có thể tiến triển thành múa giật toàn thể hoặc cử động rập khuôn cùng với cơn và loạn động mặt - miệng.

2.1.2. Viêm não kháng thể kháng DPPX 9 (Viêm não DPPX)

Viêm não DPPX thường xuất hiện trên bệnh nhân trưởng thành với tuổi trung bình là 57. Biểu hiện lâm sàng bao gồm sút cân rõ rệt hoặc tiêu chảy, giai đoạn tiếp theo có rối loạn nhận thức, suy giảm trí nhớ, các triệu chứng thần kinh, tiểu não hoặc động kinh. Rối loạn vận động đặc trưng là run, giật cơ và tăng giật mình (hyperekplexia). Tam chứng bao gồm triệu chứng tiêu hoá/sút cân, rối loạn chức năng tâm thần - nhận thức và rối loạn vận động.

Bảng 1. Rối loạn vận động trong viêm não tự miễn và hội chứng thần kinh cận u có liên quan đến tự kháng thể kháng nguyên bề mặt tế bào

Kháng nguyên đích	Số trường hợp đã công bố	Loại rối loạn vận động	Tần số gặp	Ung thư liên quan	Các triệu chứng khác
NMDAR	>800	Múa giật, cử động rập khuôn, catatonia, loạn trương lực cơ, opisthotonos, OMS, run, nhịp cơ, loạn động mặt - miệng	>25%	U quái buồng trứng (50%)	Loạn thân, co giật, rối loạn thần kinh thực vật, mất tiếp hợp ngôn ngữ, rối loạn ý thức với tái hoạt nghịch thường, viêm não hệ viển
DPPX	>3	Tăng giật mình (Hyperkplexia) Giật cơ Run Thất điều	30-90% 40-80% 60% 35-80%	-	Co giật, rối loạn nhận thức, sút cân, tiêu chảy, rối loạn thần kinh thực vật, đơ cứng cơ, rối loạn giấc ngủ, các hội chứng thân não
Thụ thể Dopamine D2	Khoảng 20	Hội chứng Parkinson Loạn trương lực Múa giật Thất điều	40% 40% 25% 15%	-	Rối loạn giấc ngủ, thờ ơ (lethargy), rối loạn nhận thức, loạn thân, hội chứng hành não, rối loạn thần kinh thực vật
Tr/DNER	Khoảng 60	Thất điều tiểu não	100%	U lympho Hodgkin (90%)	-
Thụ thể Glycine	Khoảng 40	PERM	100%	U tuyến ức (7%), u lympho (2%)	-
mGluR1	Khoảng 10	Thất điều tiểu não	100%	Bệnh huyết học (23%)	
VGCC	Khoảng 50	Thất điều tiểu não	Không rõ	Ung thư phổi tế bào nhỏ (81%)	LEMS
LGII	Khoảng 200	Loạn trương lực mặt - cánh tay Co giật	30-50%		Viêm não hệ limbic, hạ natri máu
CASPR2	>200	Tăng trương lực thần kinh ngoại biên (neuromyotonia) Thất điều tiểu não Thất điều chu kỳ Giật cơ	16-40% 30% 20% 6%	U tuyến ức (40%)	Hội chứng Morvan* Viêm não hệ viển

OMS: hội chứng giật cơ - động mắt; PERM: viêm não - tuỷ tiến triển với đơ cứng và giật cơ, LEMS: hội chứng Lambert-Eaton

*Hội chứng liên quan kháng thể kháng CASPR2 kết hợp triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật nặng nề, neuromyotonia, bệnh thần kinh sợi nhỏ và mất ngủ kéo dài (argypnia)

2.1.3. Viêm não kháng thể kháng thụ thể Dopamine D2

Viêm não với kháng thể kháng thụ thể Dopamine D2 thường gặp ở trẻ em cả hai giới trong bệnh cảnh sau tiêm vaccine hoặc sau nhiễm trùng. Triệu chứng khởi phát đa dạng, bao gồm thờ ơ (lethargy), triệu chứng tâm thần, rối loạn vận động và rối loạn dáng đi. Rối loạn vận động là triệu chứng chủ đạo bao gồm loạn trương lực cơ, run loạn trương lực, hội chứng parkinson và múa giật. Bão cử động nhãn cầu (oculogyric crises) và cuồng động nhãn cầu có thể quan sát ở các bệnh nhân có loạn trương lực hoặc hội chứng parkinson. Các triệu chứng tâm thần đặc trưng bởi kích thích, mất ổn định cảm xúc, lo âu và loạn thần. Rối loạn giấc ngủ, thờ ơ, ngủ gà, rối loạn chức năng thân não, co giật và thất điều cũng là các dấu hiệu thường gặp. Chưa ghi nhận khối u liên quan trên các bệnh nhân được báo cáo. Khoảng 50% bệnh nhân cho thấy tổn thương ở hạch nền trên phim chụp MRI sọ não.

2.1.4. Viêm não kháng thể kháng thụ thể Gly (Viêm não GlyR)

Triệu chứng lâm sàng của viêm não GlyR chưa được hiểu cặn kẽ. Chúng thường khởi phát ở người trưởng thành, khoảng 30% bệnh nhân ghi nhận có hội chứng viêm não tuỷ với đờ cứng và giật cơ (PERM). Tuy nhiên, các bệnh nhân cũng có thể có động kinh, thất điều tiểu não, rối loạn vận động như giật cơ, loạn trương lực cơ thanh quản, múa vung nửa người và tic cũng như rối loạn chức năng nhận thức.

2.1.5. Viêm não kháng thể kháng thụ thể Tr/DNE

Bệnh nhân thường có thất điều tiểu não cận u và bệnh Hodgkin. Đa số bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình khởi phát ở nhóm đã công bố là 61.

2.1.6. Viêm não kháng thể VGCC

Thường liên quan với Hội chứng Lambert-Eaton (LEMS) và thất điều tiểu não cận u, hay đi kèm với

ung thư phổi tế bào nhỏ. Hai hội chứng này có thể xuất hiện đồng thời trên cùng một bệnh nhân.

2.1.7. Viêm não kháng thể mGluR1

Thường liên quan với thất điều tiểu não tự miễn, được quan sát trên cả hai giới với tuổi trung bình là 58. Khoảng 20% ca có bệnh lý huyết học ác tính, tuy nhiên đa số không phát hiện u kèm theo.

2.1.8. Viêm não kháng thể CASPR2 (Viêm não CASPR2)

Viêm não kháng thể kháng CASPR2 ban đầu được mô tả trên các bệnh nhân có hội chứng Morvan và tăng hưng phấn (hyperexcitability) thần kinh ngoại biên, thường gặp ở nam giới trưởng thành với tuổi trung bình là 60 tuổi. Nhiều hội chứng đã được quan sát trên viêm não CASPR2, có thể kể đến tổn thương hệ viên, hội chứng Morvan và tăng trương lực thần kinh ngoại biên đơn độc. 30% bệnh nhân viêm não hệ viên có thể quan sát thấy hội chứng tiểu não, đa số là thất điều chu kỳ. Trên nhóm bệnh có hội chứng Morvan, khoảng 60% quan sát thấy u tuyến ức ác tính. Ít quan sát thấy khối u trên nhóm bệnh nhân không có hội chứng Morvan.

2.1.9. Viêm não kháng thể LGI1 (Viêm não LGI1)

Nhóm viêm não này thường gặp thứ hai, chỉ sau viêm não NMDA. Cả nam và nữ giới trưởng thành đều có thể mắc bệnh với tuổi trung bình là 60. Triệu chứng đầu tiên thường tiến triển trong vài tuần trước khi có rối loạn nhận thức trầm trọng. Khởi phát, bệnh nhân biểu hiện bởi các cơn động kinh cục bộ không co giật (cơn thực vật hoặc rối loạn nhận thức). Khoảng 50% ca bệnh có thể gặp loạn trương lực mặt - cánh tay đơn độc - loại rối loạn vận động đặc trưng của viêm não LGI1, bệnh nhân có thể trải qua khoảng vài cơn loạn trương lực trong ngày hoặc các cơn xuất hiện liên tục mỗi 2 phút. Điện não thường không cho thấy sóng động kinh. Mặc dù loạn trương lực mặt - cánh tay vốn chỉ khu trú ở một tay hoặc nửa mặt, đôi khi cũng quan

sát thấy loạn trương lực ở chi dưới. Các triệu chứng bên trái, phải hoặc cả hai bên có thể xen kẽ nhau. Ở giai đoạn sau của bệnh, các cơn động kinh co cứng - co giật xuất hiện nhiều. MRI sọ não điển hình cho thấy tăng tín hiệu vùng hồi hải mã trên xung T2 và có thể tiến triển thành xơ hoá hồi thái dương trong.

2.2. Rối loạn vận động với tự kháng thể với kháng nguyên nội bào

Rối loạn vận động với tự kháng thể với kháng nguyên nội bào cũng được chia thành hai dưới nhóm. Nhóm đầu tiên được định nghĩa bởi các kháng thể nội tế bào thần kinh như anti-Hu, CV2/

CRMP5, Ri, amphiphysin và Yo. Tần suất mắc ung thư ở nhóm bệnh trên là > 90%, tuổi trung bình của bệnh nhân là khoảng 60. Thất điều tiểu não là rối loạn vận động thường gặp nhất mặc dù múa giật hoặc loạn trương lực cơ đơn độc cũng đã được ghi nhận. Nhóm thứ hai gồm hai tự kháng thể khó phân loại. Kháng thể GAD65 (Glutamic acid decarboxylase) thường liên quan đến một số hội chứng như hội chứng người cứng đờ, thất điều tiểu não và viêm não hệ viển trong khi kháng thể IgLON5 thường liên quan với các bệnh thần kinh thoái hoá.

Bảng 2. Rối loạn vận động trong viêm não tự miễn và hội chứng thần kinh cận u có liên quan đến tự kháng thể kháng nguyên nội bào

Kháng nguyên đích	Số trường hợp đã công bố	Loại rối loạn vận động	Tần số gặp	Ung thư liên quan	Các triệu chứng khác
Hu	>300 ca	Múa giật, OMS Thất điều tiểu não	Không rõ 10-25%	Ung thư phổi tế bào nhỏ (65-75%)	Viêm não hệ viển, bệnh thần kinh cảm giác, rối loạn thần kinh thực vật
CV2/CRMP5	Khoảng 60 ca	Múa giật Thất điều tiểu não	26-54% 0-11%	Phổi, tuyến ức	Viêm não hệ viển, LEMS, bệnh thần kinh ngoại biên viêm võng mạc/ viêm màng bồ đào
Ri	<50 ca	OMS Thất điều tiểu não Loạn trương lực hàm, co thắt cơ thanh quản	35-50% >90% 25%	Vú, phổi	-
Yo	>150 ca	Thất điều tiểu não	100%	Vú, buồng trứng, tiểu khung (65-88%)	
Ma2	100-150 ca	Hội chứng Parkinson Thất điều tiểu não	8% 22-34%	U tinh hoàn (35-50%), ung thư phổi (18%)	Ngủ rũ, viêm não hệ viển, hội chứng sùng trước tuỷ sống, viêm thân não
GAD	Khoảng 500 ca	PERM/SPS Thất điều tiểu não	36% 28%	Phổi (5%), tuyến ức (4%)	Viêm não hệ viển, động kinh thùy trán

Kháng nguyên đích	Số trường hợp đã công bố	Loại rối loạn vận động	Tần số gặp	Ung thư liên quan	Các triệu chứng khác
Amphiphysin	>100 ca	PERM Thất điều OMS	29% 17% 9%	Phổi (73%), vú (25%)	Bệnh thần kinh ngoại biên, viêm não, viêm tuỷ, LEMS
IgLON5	Khoảng 50 ca	Múa giật Thất điều Hội chứng Parkinson Co thắt mặt	25-35% 35-70% 23%	-	Rối loạn giấc ngủ, hội chứng hành não, rối loạn nhận thức, liệt vận nhãn, rối loạn chức năng hô hấp, rối loạn thần kinh thực vật

OMS: opsoclonus myoclonus syndrome: hội chứng động mắt - giật cơ
 LEMS: Lambert- Eaton myasthenic syndrome: hội chứng Lambert-Eaton
 PERM: progressive encephalomyelopathy with rigidity and myoclonus: viêm não - tuỷ tiến triển có đờ cứng và giật cơ
 SPS: stiff person syndrome: hội chứng người cứng đờ

2.2.1. Viêm não kháng thể kháng Hu (Viêm não Hu)

Hội chứng rối loạn thần kinh cận u với kháng thể kháng Hu là nhóm bệnh thường gặp nhất, đa số bệnh nhân có ung thư phổi tế bào nhỏ và bệnh thần kinh cảm giác. Rối loạn vận động hiếm khi gặp ở viêm não Hu mặc dù loạn trương lực và giả múa vờ (pseudoathetosis) có thể thấy trên các bệnh nhân có bệnh thần kinh cảm giác và khoảng 10% bệnh nhân có thất điều tiểu não. Ở trẻ nhỏ, một vài ca bệnh với OMS cũng đã được ghi nhận có sự liên quan với u nguyên bào thần kinh.

2.2.2. Viêm não kháng thể kháng CV2/CRMP5 (Viêm não CV2/CRMP5)

Rối loạn vận động thường gặp hơn ở nhóm viêm não này. Trong khi thất điều tiểu não thường xuất hiện trên các bệnh nhân có bệnh thần kinh ngoại biên và ung thư phổi tế bào nhỏ, 10% bệnh nhân chỉ ghi nhận múa giật đơn độc. MRI sọ não có thể cho thấy viêm não chất trắng lan rộng và tăng tín hiệu vùng hạch nền trên T2.

2.2.3. Viêm não kháng thể kháng Ri (Viêm não Ri)

Chỉ vài bệnh nhân viêm não Ri đã được ghi

nhận, trong đó các công bố ban đầu cho thấy hội chứng opsomyoclonus và ung thư phổi tế bào nhỏ thường gặp. Quan sát sau này cho thấy thất điều tiểu não, loạn trương lực hàm, co thắt thanh quản và liệt vận nhãn là các rối loạn vận động phổ biến hơn.

2.2.4. Viêm não kháng thể kháng Yo

Thường gặp ở nữ giới với triệu chứng thất điều tiểu não cấp hoặc bán cấp đi cùng với ung thư phần phụ (buồng trứng hoặc vú). Chỉ rất ít ca bệnh nam giới được ghi nhận.

2.2.5. Viêm não kháng thể kháng Ma2

Các triệu chứng rối loạn chức năng hệ viền, gian não và thân não có thể xuất hiện đơn độc hoặc kết hợp với nhau. Nhiều bệnh nhân có biểu hiện ngủ ngày quá mức, đôi khi có thể có ngủ rũ và liệt liệt dọc, có thể tiến triển thành liệt toàn bộ cơ vận nhãn. Nhiều bệnh nhân có hội chứng parkinson không điển hình hoặc giảm động nặng nề, có xu hướng nhắm mắt và hạn chế giao tiếp rõ rệt. Các hội chứng thần kinh có thể báo trước ung thư tế bào mầm tinh hoàn hoặc ung thư phổi. MRI

sọ não thường cho thấy tăng tín hiệu vùng hệ viền hoặc gian não trên FLAIR, đôi khi có thể có tăng tín hiệu trên phim tiêm thuốc giống u lympho.

2.2.6. Viêm não kháng thể kháng Amphiphysin

Được mô tả đầu tiên trên phụ nữ với hội chứng người cứng đờ và ung thư vú kèm theo. Các triệu chứng lâm sàng ngày càng đa dạng, đặc biệt trên các bệnh nhân có biểu hiện bệnh đồng thời với kháng thể Hu. Rối loạn vận động thường gặp có thể là PERM, thất điều tiểu não và OMS.

2.2.7. Viêm não kháng thể GAD65

Nhiều hội chứng thần kinh như SPS, PERM, thất điều tiểu não và viêm não hệ viền cho thấy nồng độ cao tự kháng thể GAD. Kháng thể GAD thường không liên quan đến ung thư, tuy nhiên một số bệnh nhân có viêm tuyến giáp và đái tháo đường.

2.2.8. Viêm não kháng thể IgLON5

Trong những năm gần đây, kháng thể IgLON5 đã được ghi nhận với các triệu chứng thân não, tuổi trung bình là 64. Các triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám bệnh bao gồm rối loạn giấc ngủ non-REM với các biểu hiện vận động đơn giản hoặc có mục đích, bất thường dáng đi, rối loạn chức năng

thần não, múa giật và suy giảm nhận thức. Ở giai đoạn sau, bệnh nhân có thể có rối loạn giấc ngủ như mất ngủ hoặc khó thở khi ngủ, hội chứng thân não như khó nuốt, tăng tiết nước bọt, ngáy và các hội chứng hô hấp cấp tính với biểu hiện gằn tương tự liệt trên nhân tiến triển. Múa giật và cử động mắt bất thường với liệt liếc ngang, rung giật nhãn cầu, mất cử động mắt nhanh thường gặp nhất, ngoài ra còn có rối loạn thần kinh thực vật như hạ huyết áp tư thế và ngáy đêm. Các triệu chứng thần kinh thực vật khác có thể gặp như triệu chứng đường tiểu, tim đập nhanh, giảm thông khí trung ương. HLA-DRB1*10:01 và HLA-DQB1*05:01 dương tính ở hầu hết bệnh nhân và nhiều gấp 36 lần so với dân số thông thường.

3. KẾT LUẬN

Rối loạn vận động là triệu chứng phổ biến và đa dạng trên các bệnh nhân viêm não tự miễn và hội chứng thần kinh cận u, cũng là triệu chứng quan trọng giúp chẩn đoán bệnh. Các bác sĩ thần kinh cần có những quan sát và chẩn đoán chính xác để có thể điều trị kịp thời cho người bệnh.