

U QUÁI TRƯỞNG THÀNH TRONG PHỔI: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

*TS.BS VÕ ĐẮC TRUYỀN**

TÓM TẮT

U quái trưởng thành là hình thái mô học phổ biến nhất của u tế bào mầm. U tế bào mầm bắt nguồn từ túi hầu thứ 3 và có biểu hiện rất đa dạng về triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học^{[6],[10]}. U quái nguyên phát trong phổi thì rất hiếm và đã được báo cáo lần đầu tiên bởi Mohr vào năm 1839^{[3],[9]}

Tác giả trình bày một trường hợp bệnh hiếm, u quái trưởng thành trong phổi trên bệnh nhân nữ 22 tuổi, biểu hiện lâm sàng ho, ho ra máu, sốt, đau ngực và sụt cân. Phẫu thuật là phương pháp điều trị được lựa chọn, vào thời điểm mở ngực thùy trên và thùy giữa phổi phải đã được cắt bỏ.

Bệnh nhân trải qua giai đoạn hậu phẫu một cách bình thường và xuất viện vào ngày thứ 20 sau mổ.

INTRAPULMONARY MATURE TERATOMA: A CASE REPORT

SUMMARY

Mature teratomas are the most common histological type of germ cell tumors, followed by seminomas. Germ cell tumors are predominantly found in the gonads, while the anterior mediastinum is the most common extragonadal site. The first case of pulmonary teratoma was reported by Mohr in 1839.

We report a 22 year-old female with intrapulmonary mature teratoma. Clinical presentation is cough, hemoptysis, fever, weight loss. Surgical excision was the treatment of choice and at thoracotomy upper lobe and middle lobe must be removed. The patient had an uneventful postoperative course and was discharged on the twenty postoperative day.

** Giám đốc Trung Tâm Ung Bướu Bệnh Viện C Đà Nẵng*

Tel: 0913488520, Email: vodactruyen@gmail.com

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U quái trưởng thành là hình thái mô học phổ biến nhất của u tế bào mầm. U tế bào mầm bắt nguồn từ túi hầu thứ 3 và có biểu hiện rất đa dạng về triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học, tuyến sinh dục là vị trí thường gặp nhất, tiếp theo là trung thất trước^[6,10]. U quái nguyên phát trong phổi thì rất hiếm và đã được báo cáo lần đầu tiên bởi Mohr vào năm 1839^{[2],[4]}.

Trong bài báo này chúng tôi trình bày một trường hợp u quái trưởng thành trong phổi được chẩn đoán và điều trị tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh Viện C Đà Nẵng. Đây là trường hợp bệnh rất hiếm gặp.

II. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ, 22 tuổi.

Địa chỉ: Thôn Thái Đông, Xã Bình Nam, Thăng Bình, Quảng Nam.

Số vào viện: 10677/15, ngày nhập viện: 13/7/2015, ngày xuất viện: 14/10/2015

Lý do nhập viện: Ho, ho ra máu, sốt, đau ngực, sụt cân.

Bệnh sử: Bệnh nhân cảm thấy ho, khạc đàm, thỉnh thoảng ho ra máu, đau ngực và sụt cân dần cách ngày nhập viện khoảng 2 năm. Bệnh nhân đã nhiều lần nhập viện nhiều nơi để điều trị nhưng không đỡ, lần này bệnh nặng hơn, ho nhiều có đàm, sốt liên tục và suy kiệt nên xin vào viện.

Khám: Bệnh nhân sốt, ho nhiều khạc đàm lẫn máu, thể trạng gầy yếu, suy nhược, phổi phải nghe nhiều ran ẩm. Sinh hiệu: Mạch 80 l / ph, Nhiệt độ 38°C, huyết áp 120/80 mmHg. Bụng mềm không đau, không có u, gan, lách không sờ chạm. Hạch ngoại biên không sờ chạm.

Cận lâm sàng:

Chụp điện toán cắt lớp: Nhìn thấy u nằm ở nửa trên phổi phải, kích thước 5 x 4 x 7cm, u có bờ không đều, ranh giới xung quanh không rõ, tỉ trọng không đồng nhất, có nhiều tỉ trọng hiện diện trong u gồm tỉ trọng mô mềm, tỉ trọng dịch và tỉ trọng mỡ. Hiện diện dấu hiệu khí phế ảnh.

Các xét nghiệm tiền phẫu bao gồm: Công thức máu, sinh hoá máu, chức năng đông máu, điện tim, siêu âm tim, siêu âm bụng, chức năng hô hấp, X-quang phổi, nội soi phế quản trong giới hạn bình thường.

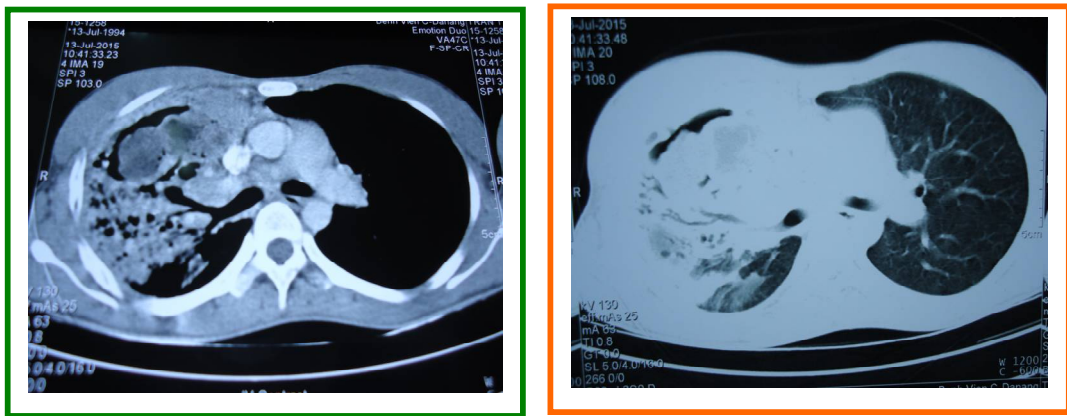
Chẩn đoán sơ bộ: U quái trưởng thành trong phổi.

Bệnh nhân được mổ ngày 22.9.2015.

Tường trình phẫu thuật:

Mở ngực qua khoang liên sườn V đường trước bên phải vào ngực kiểm tra thấy u rất lớn nằm ở thùy trên và thùy giữa phổi phải, u dính vào thành ngực và màng phổi trung thất, thông với hệ thống phế quản, tiến hành phẫu tích gỡ dính rất khó khăn, cắt bỏ thùy trên và thùy giữa phổi phải kèm theo khối u. Mặt trong u gồm nhiều tổ chức mô mềm, rất nhiều chất bã nhờn màu vàng.

Tăng cường các mỗm mạch máu và mỗm phế quản bằng keo sinh học, lau rửa sạch khoang màng phổi, dẫn lưu kín khoang màng phổi phải, đóng ngực theo các lớp giải phẫu.



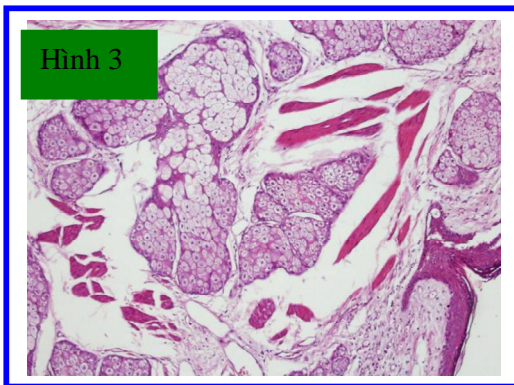
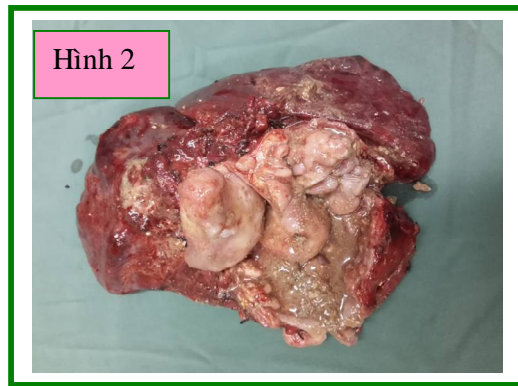
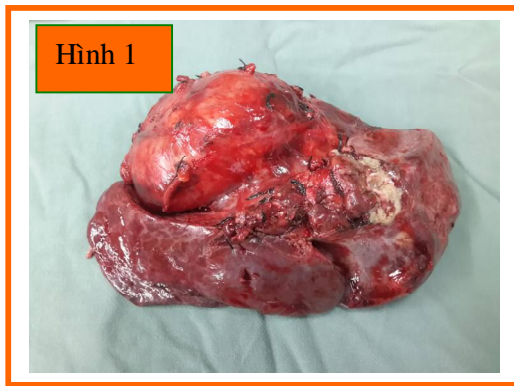
Phim CT-scan lồng ngực cửa sổ trung thất và cửa sổ phổi nhìn thấy u ở nửa trên phổi phải, u đa hốc, bờ không đều, ranh giới xung quanh không rõ, tỉ trọng không đồng nhất, hiện diện nhiều tỉ trọng khác nhau: mô mềm, dịch và mỡ. U dính vào thành ngực và màng phổi trung thất, hiện diện dấu hiệu khí phế ảnh.

III. BÀN LUẬN

U quái trưởng thành là hình thái mô học phổ biến nhất của u tế bào mầm, tiếp theo là u tinh bào và u không phải tinh bào. U tế bào mầm chủ yếu được tìm thấy ở hệ sinh dục, trong khi đó trung thất trước là vị trí ngoài sinh dục thường gặp nhất^{[6],[10],[1]}. Trường hợp đầu tiên về một u quái trong phổi đã được báo cáo bởi Mohr vào năm 1839.

Điển hình, u quái trong phổi thường xuất hiện ở bệnh nhân nữ, già, khoảng từ 20 - 40 tuổi. Triệu chứng lâm sàng bao gồm: đau ngực, ho, ho ra máu, ho ra tóc. Ho ra tóc là triệu chứng đặc hiệu^{[4],[5],[7]}.

Điển hình, u quái trong phổi có kích thước trong khoảng từ 2,8 đến 3cm, thường là dạng nang và đa hốc, hiếm khi gặp dạng đặc. 42% u quái liên tục với phế quản vì vậy bệnh nhân có triệu chứng ho ra máu, ho ra tóc hoặc chất bã nhờn. Về mặt vi thể, các thành phần nội bì phổi, ngoại bì phổi và trung bì phổi hiện diện với những tỉ lệ khác nhau. Thông thường, u quái trong phổi bao gồm các loại mô trưởng thành, mặc dù các thành phần ác tính có thể hiện diện.



Hình 1: Toàn bộ u cùng với thùy trên và thùy giữa phổi phải được cắt bỏ

Hình 2: Mặt trong u đa hốc nhiều nốt mô mềm và chất bã nhờn màu vàng

Hình 3: Hình ảnh vi thể u quái trưởng thành

Thành phần tuyến ức hoặc tuyến tụy có thể tìm thấy trong u quái trưởng thành. U quái ác tính trong phổi biểu hiện như sarcom hoặc ung thư biểu mô với sự hiện diện của những thành phần không trưởng thành như mô thần kinh^{[6],[10]}.

Về lâm sàng, bệnh nhân bị u quái trong phổi có đau ngực 52%, ho 39%, ho ra máu 42%. Ho ra tóc là triệu chứng đặc hiệu chiếm tỉ lệ 13%. Dẫn phế quản xuất hiện trong 16% trường hợp.

Về mặt hình ảnh học, tổn thương này điển hình là khối choán chỗ dạng nang bên trong có những điểm vôi hóa. CT-scan đánh giá chính xác các đậm độ trong tổn thương, u quái bao gồm nhiều đậm độ khác nhau, đậm độ mô mềm có trong hầu hết các trường hợp, nước 88%, mỡ 76%, calci 53%, thỉnh thoảng có sự hiện diện của xương và răng^{[6],[10]}.

Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị được lựa chọn^{[4],[5],[7],[8]}.

IV. KẾT LUẬN

U quái trong phổi là u hiếm. U này bắt nguồn từ túi hầu thứ 3 và là tổn thương dạng nang trong phần lớn các trường hợp. Về mặt mô học, u quái lành tính bao gồm 2 hoặc 3 lớp mầm. Bệnh nhân biểu hiện đau ngực, ho, ho ra máu và ho ra tóc. Cắt bỏ hoàn toàn là phương pháp tối ưu cho bệnh nhân với tiên lượng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ajit Vigg, Sanjeev K. Khulbey, Sanjay Kumar Agarwal, Vijay Dikshit, A. Sathpathy, U. Srinivas, G. Swarnalata, Tejal Modi (2012), Intra-pulmonary Teratoma: A Rare Case, Indian J Chest Dis Allied Sci 55:155-157.
2. Colby TV, Koss MN, Travis W (1994), Atlas of tumour pathology: Tumours of the lower respiratory tract, third series. Armed forces institute of pathology, pp. 487–489.
3. Collier FC, Dowling EA, Plot D, Schneider H (1959), Teratoma of the lung. Archives of pathology, 68:138–142.
4. Dasbaksi K, Haldar S, Mukherjee K, Chakraborty U, Majumdar P, Mukherjee P (2016), Intrapulmonary teratoma: Report of a case and review of literature, Asian Cardiovasc Thorac Ann, 24(6):574-7.
5. Drevelegas A, Palladas P, Scordalaki A (2001), Mediastinal germ cell tumors: a radiologic-pathologic review. Eur Radiol, 11:1925–1932.

6. Moeller KH, Rosado-de-Christenson ML, Templeton PA (1997), Mediastinal mature teratoma: imaging features. *AJR Am J Roentgenol*, 169:985–990.
7. Monika Lamba Saini, S Krishnamurthy and Rekha V Kumar (2006), Intrapulmonary mature Teratoma, *Diagn Pathol*, 1: 38.
8. Morgan DE, Sanders C, Mcelvein RB (1992), Intrapulmonary teratoma: a case report and review of the literature. *J Thorac Imaging*, 7:70–77.
9. Sushama A, Gomathy S, Rajendran V R, Vasu C K (2003), Mature intrapulmonary teratoma - a case report. *Indian J Radiol Imaging*, 13:31-2.
10. Takeda S, Miyoshi S, Ohta M, Minami M, Masaoka A, Matsuda H (2003), Primary germ cell tumors in the mediastinum. A 50-year experience at a single Japanese institution, *Cancer*, 97:367–376.

=====