

# NANG PHẾ QUẢN : MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CT SCAN VÀ GIẢI PHẪU BỆNH

*Võ Đắc Truyền\**, *Phạm Thọ Tuấn Anh\*\**

*Lê Nữ Thị Hòa Hiệp\*\*\**, *Phạm Ngọc Hoa\*\*\*\**

## TÓM TẮT

### MỤC TIÊU:

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm xác định một số đặc điểm hình ảnh CT scan của nang phế quản

### TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

10 trường hợp nang phế quản trung thất được tổng quan hồi cứu, có ghi nhận những đặc điểm LS, hình ảnh CTscan, phẫu thuật và giải phẫu bệnh.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu bao gồm 4 nam và 6 nữ, những bệnh nhân này từ 21 tuổi cho đến 65 tuổi. Tuổi trung bình của BN là 38 tuổi.

### KẾT QUẢ:

Tổng số có 10 nang phế quản trung thất. Trên CT scan (n=10), 9 nang có ranh giới xác định rõ với bờ trơn láng hoặc phân thùy. Bốn nang có đậm độ nước, 6 nang có đậm độ mô mềm. Trong 6 nang được phân loại đậm độ mô mềm trên CT scan thì 5 có biểu hiện nang, bởi vì đậm độ đồng nhất, không tăng quang bên trong nang, tăng quang thành nang và có vị trí đặc trưng. Một nang biểu hiện đặc dựa trên hình thái và đậm độ.

-----  
\* Khoa Ngoại bệnh viện C Thành phố Đà Nẵng.

\*\* Giảng viên trường đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, trưởng khoa phẫu thuật tim hở BV Chợ Rẫy TP Hồ Chí Minh.

\*\*\* Giảng viên trường đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, trưởng khoa ngoại Lồng ngực-Tim mạch BV Nhân Dân Gia Định TP Hồ Chí Minh.

\*\*\*\* Chủ nhiệm bộ môn Chẩn Đoán Hình Ảnh trường đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, trưởng khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh BV Chợ Rẫy TP Hồ Chí Minh.

### **KẾT LUẬN:**

Đặc trưng, CT scan của nang phế quản cho thấy một khối choán chỗ ở trung thất giới hạn rõ với đậm độ mô mềm hoặc nước. Phần lớn biểu hiện nang. Một số biểu hiện đặc và có thể nhầm với những tổn thương khác.

## **BRONCHOGENIC CYST: CT SCAN FEATURES WITH CLINICAL AND HISTOPATHOLOGIC CORRELATION**

### **SUMMARY**

**PURPOSE:** To characterize the CT scan features of bronchogenic cysts.

**MATERIALS AND METHODS:** The computed tomographic (CT) images in 10 histopathologically proved cases of bronchogenic cyst in 4 male and 6 female patients, aged 21 to 65 years (mean, 38 years), were retrospectively reviewed

**RESULTS:** There were 10 mediastinal bronchogenic cysts. At CT (n=10), 9 cysts were sharply margined with smooth or lobulated borders. Four cysts were of water attenuation, 6 were of soft-tissue attenuation. Of the 6 soft-tissue–attenuation lesions at CT, 5 appeared cystic because of internal homogeneity, lack of internal enhancement, mural enhancement, and characteristic location. One appeared solid based on morphology and attenuation.

**CONCLUSION:** CT of bronchogenic cysts typically shows sharply margined mediastinal masses of soft-tissue or water attenuation. Most appear cystic. A minority appear solid and can be confused with other lesions.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dạng nang của phổi đã được báo cáo từ thế kỷ thứ 17. Tuy nhiên, vào năm 1929, trong y văn của Mỹ, Mixter và Clifford đã báo cáo lần đầu tiên về một nang phế quản trung thất. Từ khi có bản báo cáo đầu tiên này, một loạt nghiên cứu đã cho thấy rằng nang phế quản là nang trung thất phổ biến nhất, nó chiếm khoảng 60% tất cả các nang trung thất. Năm 1972, Oldham, HN 41% (88/214) nang phế quản, năm 2003, Shin-ichi Takeda 45% (47/105) nang phế quản, năm 2004, Đồng Lưu Ba 6,5% (6/92) nang phế quản.

Nang phế quản là nang trung thất thường gặp nhất, nhưng nó chỉ chiếm khoảng 5% của tất cả các u và nang trung thất

Về mặt lịch sử, những phương pháp không xâm lấn đã được sử dụng để đánh giá những khối choán chỗ trong trung thất và đã có những thành công với mức độ khác nhau. Thời gian đầu, phim X-quang ngực thẳng nghiêng và phim cắt lớp thường đã được dùng để xác định vị trí, kích thước và đậm độ của những khối choán chỗ trung thất cũng như để phát hiện tính đồng nhất và sự hiện diện calci hóa của khối choán chỗ. Ở nước ta, trong những năm gần đây đã bắt đầu sử dụng rộng rãi kỹ thuật chụp cắt lớp điện toán trong chẩn đoán bệnh lý lồng ngực nói chung và u trung thất nói riêng.

Nghiên cứu này nhằm mục đích xác định một số đặc điểm lâm sàng và đặc điểm CT scan nang phế quản trung thất.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học là nang phế quản và có hình ảnh CT scan được điều trị khoa Phẫu Thuật Lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy và BV Nhân Dân Gia Định từ tháng 9/2004 đến tháng 12/2006 được đưa vào trong nghiên cứu, tổng cộng có 10 trường hợp, trong đó có 4 bệnh nhân nam và 6 bệnh nhân nữ, khoảng tuổi thay đổi từ 21 tuổi cho đến 65 tuổi.

Hồ sơ lâm sàng có được ở cả 10 trường hợp và chúng tôi tiến hành nghiên cứu có chú ý sự than phiền của bệnh nhân khi đến khám. Những báo cáo phẫu thuật cũng được xem xét để đánh giá vị trí của nang và sự hiện diện của cuống và một điểm hoặc nhiều điểm gắn vào những cấu trúc trung thất lân cận chẳng hạn như thực quản hoặc cây khí phế quản.

Tất cả những phim đều được xem xét lại một cách đồng thời bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Những dấu hiệu được ghi lại trên cơ sở đồng thuận.

Đánh giá trên CT scan về những đặc điểm sau:

Đặc điểm hình dáng, bờ của nang, sự nhìn thấy thành của nang, sự hiện diện của khối choán chỗ ảnh hưởng đến những cấu trúc lân cận, vị trí của nang, đậm độ của nang, tính đồng nhất, sự vôi hóa, đặc điểm tăng quang sau khi tiêm thuốc cản quang.

Vị trí của tổn thương được phân loại như sau:

Tổn thương ở trung thất trước nếu như tổn thương đó nằm trước tim hoặc các mạch máu lớn (khoang trước mạch máu).

Tổn thương ở trung thất sau nếu như tổn thương đó nằm trong vùng cạnh sống.

Tổn thương ở trung thất giữa nếu như tổn thương đó nằm cạnh khí quản hoặc dưới trục chia khí quản hoặc dọc theo đường đi của thực quản.

Trên phim CT scan, nang trung thất được phân loại hoặc là đậm độ nước hoặc là đậm độ mô mềm. Nếu như đo được đậm độ ở những vùng quan tâm trong nang thì tổn thương được phân loại là đậm độ nước khi đậm độ của nó nhỏ hơn 20 HU và được phân loại là đậm độ mô mềm khi đậm độ của nó lớn hơn 20 HU. Nếu như không đo được đậm độ ở những vùng quan tâm trong nang, thì nang được phân loại là đậm độ nước khi đậm độ của nó giống như dịch trong túi mật hoặc là trong ống sống và được phân loại là đậm độ mô mềm khi đậm độ của nó lớn hơn dịch trong túi mật và trong ống sống.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Biểu hiện lâm sàng

Bệnh nhân bao gồm 6 nữ (60%) và 4 nam (40%), có độ tuổi từ 21 cho đến 65 tuổi, tuổi trung bình là 38.

Có 8 bệnh nhân (80%) dưới 50 tuổi vào thời điểm đến khám.

Có 8 bệnh nhân (80%) có triệu chứng, bao gồm đau ngực (n=6), khó thở (n=2), ho (n=1), sốt (n=1). Có 2 bệnh nhân (20%) không có triệu chứng.

#### 2. Phẫu thuật

Cả 10 bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn nang, trong đó 5 trường hợp mở ngực và 5 phẫu thuật nội soi. Trong lúc mổ, có một trường hợp nang có cuống dính vào màng phổi. Kích thước nhỏ nhất của nang là 6,5cm, nhỏ nhất 3,3cm, kích thước trung bình 4,8cm

#### 3. Vị trí của nang

Có 10 nang phế quản trung thất, trong đó trung thất trước có 01 nang (10%), trung thất giữa có 8 nang (80%), trung thất sau có 01 nang (10%).

#### 4. Dấu hiệu CT scan

9 nang có bờ giới hạn rõ (90%), 01 (10%) nang ranh giới không thấy rõ ràng. 6 nang (60%) được phân loại là đậm độ mô mềm trên CT, 4 nang (40%) được phân loại là đậm độ dịch. Trong 6 nang được phân loại đậm độ mô mềm trên CT scan thì 5 có biểu hiện nang, một nang biểu hiện đặc dựa trên hình thái và đậm độ. Cangi hóa được ghi nhận chỉ trong một trường hợp (10%). Tăng quang thành thấy trong 5 nang (50%), không tăng quang gập trong 5 trường hợp (50%).

### IV. BÀN LUẬN

Nang phế quản là những tổn thương bẩm sinh, được nghĩ là do sự thâm nộ bất thường của ruột nguyên thủy ở phần bụng, mà điều này xuất hiện từ

ngày thứ 26 đến ngày thứ 40 của thai kỳ. Sau đó, nù bất thường này tạo thành một túi bọt kín một đầu và chứa đầy dịch. Hầu hết các nang nằm trong trung thất, gần trục chia khí quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 10 nang nằm trong trung thất và 8/10 nang (chiếm tỉ lệ 80%) nằm trong trung thất giữa. Ít phổ biến hơn, nang có thể xuất hiện trong nhu mô phổi, màng phổi hoặc cơ hoành. Một cuống gắn nang vào các cấu trúc trung thất lân cận là rất phổ biến, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thấy trong 01 trường hợp (chiếm 10%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như trong những nghiên cứu khác, phần lớn bệnh nhân đến khám trong một vài thập kỷ đầu tiên của cuộc đời. Bệnh nhân đến khám ngoài 50 tuổi thì rất hiếm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân (8/10, chiếm 80%) thì có triệu chứng khi đến khám. Đau ngực là triệu chứng phổ biến nhất. Triệu chứng nếu có thì chắc chắn có liên quan đến sự ảnh hưởng của khối choán chỗ đến các cấu trúc bên cạnh. Tuy nhiên, 2/10 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 20% không có triệu chứng và tổn thương được phát hiện tình cờ trên phim X-quang ngực.

Dịch trong nang phế quản thông thường là hỗn hợp của nước và chất nhầy. Thành phần của nang trong nghiên cứu của chúng tôi thì không được phân tích về mặt hóa học. Tuy nhiên, theo mô tả thì dịch thay đổi từ dịch loãng như nước cho đến dịch máu đến chất nhầy sền sệt. Sự thay đổi những chất chứa trong nang chắc chắn có ảnh hưởng đến đậm độ nhìn thấy trên CT. Dựa trên sự phân tích dịch trong nang, người ta gợi ý rằng, canci là yếu tố chính góp phần vào đậm độ cao trên CT. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy rằng chất nhầy và những mảnh vụn protein trong nang, chứ không phải canci, đã tạo ra sự tăng đậm độ nhìn thấy trên CT. 6/10 nang phế quản trung thất (chiếm 60%) trong nghiên cứu của chúng tôi được phân loại

có đậm độ mô mềm trên CT dựa trên sự đo đậm độ bên trong nang. Tuy nhiên, 5 của những tổn thương này là những nang chứa dịch (bao gồm đậm độ bên trong nang đồng nhất, không tăng quang ở trung tâm và có thành mỏng và thường tăng quang) và hầu hết xuất hiện ở vị trí đặc trưng chẳng hạn dưới trục chia khí quản hoặc cách khí quản. Xét 4 tổn thương khác thì thấy chứa đầy dịch trên CT scan (theo sự đo đậm độ bên trong). Dựa trên kinh nghiệm của chúng tôi, chúng tôi tin rằng, những dấu hiệu hình ảnh sau đây có thể hữu ích để chẩn đoán phân biệt giữa nang phế quản không có đậm độ nước với những khối choán chỗ đặc:

Thứ nhất, sự hiện diện của thành mỏng, trơn láng, giới hạn rõ thì gợi ý tổn thương đó là nang. Sự quan sát thành tổn thương sẽ dễ dàng hơn trên phim có tiêm thuốc cản quang. Thành dày hoặc không đều đặn thì không phải là dấu hiệu đặc trưng của nang phế quản và gợi ý một tân sinh hoại tử hoặc tình trạng sưng hạch.

Thứ hai, những nang phế quản với đậm độ CT cao thì thường đậm độ đồng nhất và những thành phần bên trong nang không tăng quang sau khi tiêm thuốc cản quang. Trong thực tế, do những thành phần bên trong nang không tăng quang, vì thế có sự khác biệt về đậm độ giữa mô mềm trung thất và nang và những thành phần của nang được nhìn rõ sau khi tiêm thuốc cản quang.

Chúng tôi công nhận là có một số giới hạn trong nghiên cứu của chúng tôi. Bởi vì do tính chất hồi cứu và đa trung tâm cho nên kỹ thuật của CT không đồng bộ với nhau. Đặc biệt sự đo đậm độ CT ở những vùng quan tâm không có được trong mọi trường hợp, cho nên đặc điểm về đậm độ trong những trường hợp này chỉ dựa trên tiêu chuẩn nhìn thấy. Nếu như đo được

đậm độ ở những vùng quan tâm trong tất cả các trường hợp thì ít tổn thương hơn được phân loại như là loại tổn thương có đậm độ mô mềm trên CT.

Điều trị phù hợp nang phế quản thì phụ thuộc vào tuổi của bệnh nhân và triệu chứng khi đến khám. Những nang có triệu chứng nên được cắt bỏ hoặc là mổ ngực hoặc là nội soi lồng ngực. Người ta khuyến cáo rằng, những nang không có triệu chứng ở người trẻ cũng nên được cắt bỏ, bởi vì nguy cơ phẫu thuật thấp, nhưng tiềm năng biến chứng muộn thì rất lớn ví dụ như nhiễm trùng, xuất huyết hoặc thoái hóa ác tính trong nang. Điều trị mang tính bảo tồn tức là đợi và xem được khuyến cáo cho những người lớn không có triệu chứng hoặc những bệnh nhân có nguy cơ cao.

## **KẾT LUẬN**

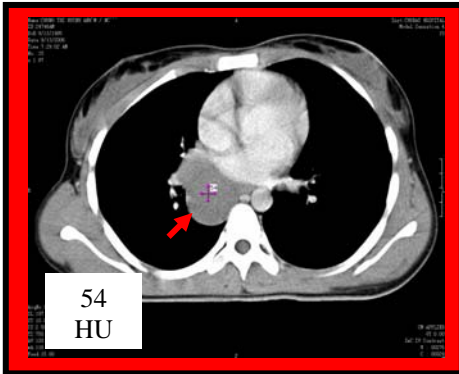
Nang phế quản là khối choán chỗ giới hạn rõ nằm trong trung thất giữa có đậm độ nước hoặc mô mềm trên CT. Phần lớn các nang phế quản có thể chẩn đoán trên phim không cản quang. Tuy nhiên, phim có thuốc cản quang giúp chúng ta phân biệt nang phế quản đậm độ mô mềm với những u trung thất.



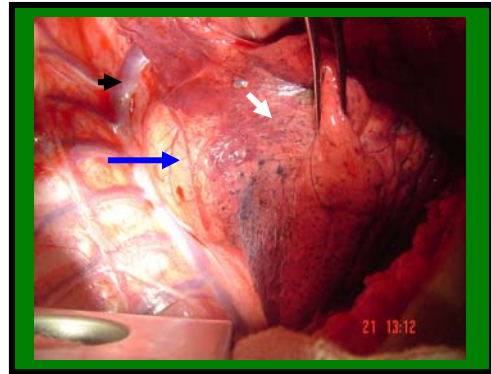
## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alpay Sarper, MD, Arife Ayten, MD, Ilhan Golbasi, MD, Abid Demircan, MD, Erol Isin, MD. "Bronchogenic cyst", *Tex Heart Inst J* 2003;30:105-8.
2. H. Page McAdam et al. "Bronchogenic cyst: Imaging Features with clinical and histopathologic correlation", *Radiology* 2000; 217; 441-446.
3. St-Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, et al. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult. *Ann Thorac Surg* 1991; 52:6–13.
4. Suen HC, Mathisen DJ, Grillo HC, et al. Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts. *Ann Thorac Surg* 1993; 55:476–481.
5. Ribet ME, Copin MC, Gosselin B. Bronchogenic cysts of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 109:1003– 1010.
6. Glazer HS, Siegel MJ, Sagel SS. Low-attenuation mediastinal masses on CT. *AJR Am J Roentgenol* 1989; 152:1173–1177.
7. Nakata H, Sato Y, Nakayama T, Yoshimatsu H, Kobayashi T. Bronchogenic cyst with high CT number: analysis of contents (case report). *J Comput Assist Tomogr* 1986; 10:360.
8. Patel SR, Meeker DP, Biscotti CV, Kirby TJ, Rice TW. Presentation and management of bronchogenic cysts in the adult. *Chest* 1994; 106:79–85.
9. Cioffi U, Bonavina L, De Simone M, et al. Presentation and surgical management of bronchogenic and esophageal duplication cysts in adults. *Chest* 1998; 113: 1492–1496.

## BỆNH ÁN MINH HỌA



Phim CT cản quang của ổ trung thất thấy nang PQ giới hạn rõ, đậm độ mô mềm ở trung thất giữa



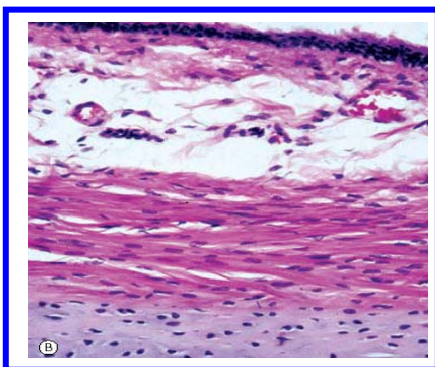
Sau khi mở ngực thấy khối u nằm ở trung thất giữa dưới trạc chia khí quản (mũi tên xanh), TM đơn (mũi tên đen), phổi được kéo lên (mũi tên trắng)



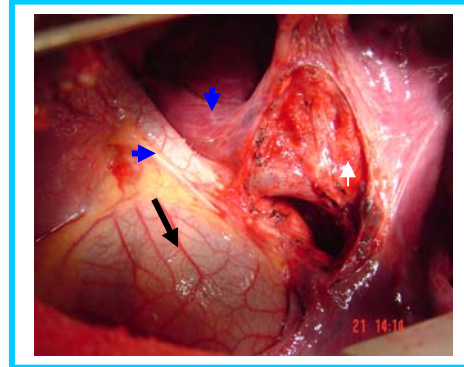
Nang phế quản nhìn ngoài, dịch trong nang nhầy, đặc (mũi tên đỏ)



Nang được mở ra, thành nang rất mỏng



Hình ảnh vi thể: Thấy lớp lót là biểu mô hô hấp, cơ trơn và sụn trong thành nang.



Sau khi mổ xong, nhìn thấy: TK hoành (mũi tên xanh) TM phổi (mũi tên trắng), TMC dưới (mũi tên xanh), màng tim (mũi tên đen)