

# U QUÁI TRƯỞNG THÀNH TRUNG THẤT: MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CT-SCAN

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

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

## TÓM TẮT

### MỤC TIÊU

Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định một số đặc điểm lâm sàng và đặc điểm CT scan của u quái trưởng thành trung thất.

### TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

29 trường hợp u quái trưởng thành trong trung thất được tổng quan hồi cứu, có ghi nhận những đặc điểm lâm sàng, CTscan, phẫu thuật và giải phẫu bệnh.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu bao gồm 18 nữ và 11 nam, những bệnh nhân này từ 17 tuổi cho đến 64 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 33 tuổi.

### KẾT QUẢ

25 bệnh nhân có triệu chứng, chủ yếu là đau ngực khó thở và ho. 4 BN không có triệu chứng. Tất cả khối u đều được tìm thấy trong trung thất trước.

-----  
\* 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.

Nghiên cứu hình ảnh CTscan cho thấy những khối choán chỗ có đậm độ không đồng nhất với sự kết hợp khác nhau của đậm độ mô mềm, dịch, mỡ và canci. Đậm độ mô mềm được quan sát thấy trong 29 khối u (100%), đậm độ dịch trong 25 khối u (86%), mỡ trong 24 khối u (82%) và can ci trong 14 khối u (48%). Sự kết hợp thường xuyên nhất của các giá trị đậm độ là mô mềm, dịch và mỡ, được ghi nhận trong 11 khối u (37,9%). Sự kết hợp của 4 đậm độ mô mềm, dịch, mỡ và canci được tìm thấy trong 10 khối u (34,5%) và sự kết hợp của mô mềm và dịch được tìm thấy trong 3 khối u (10,34%).

Tất cả khối u đều được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn. Sử dụng đường mổ ngực trước bên trong 25 trường hợp (86%), mổ xương ức đường giữa trong 2 trường hợp (7%) và phẫu thuật nội soi trong 2 trường hợp (7%).

## **KẾT LUẬN**

Điển hình, u quái trưởng thành trung thất biểu hiện trên CT như là một khối choán chỗ không đồng nhất ở trung thất trước, bao gồm đậm độ mô mềm, dịch, mỡ và canci hoặc sự kết hợp bất kỳ của những đậm độ trên.

Những vùng nang chứa dịch, mỡ và canci xuất hiện thường xuyên. Tổn thương nang không có mỡ và canci thì hiện hiện trong 10,34% tất cả các khối u. Mức mỡ-dịch, được xem như là dấu hiệu đặc hiệu cao để chẩn đoán u quái trưởng thành trung thất, thì không phổ biến. CT là phương pháp ghi hình được lựa chọn để đánh giá những tổn thương này.

## **MEDIASTINAL MATURE TERATOMA:**

### **CLINICAL, CT SCAN FEATURES**

#### **SUMMARY**

#### **OBJECTIVE**

The purpose of this study was to characterize the clinical and CT scan imaging features of mediastinal mature teratomas.

## **MATERIALS AND METHODS**

Twenty-nine cases of mediastinal mature teratoma were retrospectively reviewed, noting clinical, CTscan, surgical, and pathologic findings. The patient population consisted of 18 females and 11 males who were 17 years to 67 years old (mean age, 33 years ).

## **RESULTS**

Twenty-five patients presented with symptoms, predominantly chest pain, dyspnea, and cough. Four patients were asymptomatic. Twenty-nine tumors were found in the anterior mediastinum. CT studies showed masses of heterogeneous attenuation with varying combinations of soft tissue, fluid, fat, and calcium. Soft-tissue attenuation was observed in 29 tumors ( 100%), fluid in 25 tumors (86%). fat in 24 tumors (82%), and calcification in 14 tumors (48%). The most frequent combination of attenuations was soft tissue, fluid and fat, which was noted in 11 tumors (37.9%). The combination of soft tissue, fluid, fat and calcium was seen in 10 masses (34.5%) and the combination of soft tissue and fluid was seen in 3 tumors (10.34%).

All tumors are completely surgically removed, using anterolateral thoracotomy in 25 tumors (86%), median sternotomy in 2 tumors (7%) and thoracoscopy in 2 tumors (7%).

## **CONCLUSION**

Mediastinal mature teratoma typically manifests on CT as a heterogeneous anterior mediastinal mass containing soft-tissue, fluid, fat, or calcium attenuation, or any combination of the four. Cystic areas containing fluid, fat, and calcification occur frequently. Cystic lesions without fat or calcium were seen in 10,34% of tumors. Fat-fluid levels, considered highly specific for the diagnosis of mediastinal mature teratoma, are uncommon.

CT is the imaging technique of choice in the evaluation of these lesions.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những khối u tế bào mầm là những khối tân sinh không phổ biến, thường xuất phát từ tuyến sinh dục. Khoảng 7.000 trường hợp mới của u tế bào mầm được chẩn đoán ở Mỹ trong năm 1997. Người ta ước lượng rằng, chỉ có khoảng 1% đến 3% của tất cả các khối u tế bào mầm xuất phát ở trung thất. U tế bào mầm cũng xuất hiện ở những vị trí ngoài sinh dục khác, bao gồm sau phúc mạc, tuyến tụy và vùng xương cùng cụt. U tế bào mầm trung thất tiêu biểu cho vị trí ngoài tuyến sinh dục phổ biến nhất và chiếm 50% đến 70% của tất cả các khối u tế bào mầm trong hầu hết các nghiên cứu ở người lớn <sup>[4,5]</sup>

U quái trung thất lành tính là khối u tế bào mầm phổ biến nhất, chiếm 70% tất cả những u tế bào mầm trung thất <sup>[19]</sup>

Ở nước ta, u quái trưởng thành chiếm một tỉ lệ tương đối cao trong tất cả các loại u và nang trung thất nói chung. Trong một báo cáo của Đồng Lưu Ba về 321 u và nang trung thất đã được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy thì có 131 (40%) u quái lành tính <sup>[1,2]</sup>

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. Trong những năm sau này, khả năng chẩn đoán đã được mở rộng với sự có mặt sẵn sàng của CTscan. Năm 1979, Livesay và cộng sự đã nghiên cứu 30 bệnh nhân nghi ngờ khối choán chỗ trung thất sử dụng CT và kết luận rằng, kỹ thuật này có thể mang lại những thông tin chẩn đoán có giá trị, có thể ảnh hưởng đến sự điều trị lâm sàng và liên quan đến tiên lượng ở những bệnh nhân với nghi ngờ u trung thất.

Eschapasse (1979), một nhà lãnh đạo có tên tuổi trong lĩnh vực phẫu thuật lồng ngực, đã nói rằng: “CT scan và siêu âm là những phương pháp mới mà chắc chắn là có lợi ích trong một số trường hợp”.

Ở nước ta, trong những năm gần đây đã bắt đầu sử dụng rộng rãi kỹ thuật chụp CLĐT 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 của u quái trưởng thành trung thất.

## II. TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học là u quái trưởng thành và có hình ảnh CT scan được điều trị khoa Phẫu Thuật Lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2004 đến tháng 11/2006 được đưa vào trong nghiên cứu, tổng cộng có 29 trường hợp, trong đó 21 trường hợp được lưu giữ trong máy tính ở khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh bệnh viện Chợ Rẫy và 8 trường hợp từ các bệnh khác chuyển đến.

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.

Bệnh sử được phân tích, có chú ý đến tuổi, giới và triệu chứng lúc nhập viện. Những báo cáo về phẫu thuật và giải phẫu bệnh được xem xét để xác định vị trí, kích thước của tổn thương và những đặc điểm đại thể.

Chẩn đoán u quái trưởng thành được khẳng định về mặt giải phẫu bệnh trên từng trường hợp.

Những trường hợp u quái chưa trưởng thành, u quái ác tính hoặc u quái liên hệ với sự gia tăng chất nhận dấu u trong huyết thanh ( $\alpha$ -fetoprotein,  $\beta$ -hCG) chứa đựng những yếu tố ác tính nội tại thì được loại ra khỏi nghiên cứu.

Phim CT scan ngực được xem xét trong từng trường hợp.

Phim CT scan ngực thu được với cùng một kỹ thuật chụp và bơm thuốc cản quang . Tất cả các trường hợp đều có chụp cản quang và không cản quang.

Phim CT scan được phân tích có chú ý đến đặc điểm bờ khối u, vị trí, những thành phần mô trong khối u (như mô mềm, dịch, mỡ và đậm độ canci) và tần suất hiện diện của chúng.

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 (khoảng 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.

Nếu như không đo được đậm độ ở những vùng quan tâm trong khối u (đối với những phim từ các bệnh viện khác) thì chúng tôi sử dụng cơ thành ngực, mỡ dưới da và những cấu trúc xương như là những tiêu chuẩn tham khảo bên trong theo thứ tự lần lượt cho mô mềm, mỡ và canci.

Những vùng không tăng quan với đậm độ trung gian giữa mô mềm và mỡ thì được phân loại như dịch. Những vùng đã đo được đậm độ thì được chú ý nếu có thể được.

Những vùng canci hóa được phân loại thành dạng nốt, dạng viền và dạng đám.

Những dấu hiệu thêm vào bao gồm: ảnh hưởng của khối u, những bất thường có liên quan đến phổi, màng phổi và màng tim cũng được ghi nhận.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Những đặc điểm về lâm sàng

Bệnh nhân bao gồm 18 nữ (62%) và 11 nam (38%), có độ tuổi từ 17 cho đến 64 tuổi, tuổi trung bình là 33.

Có 19 bệnh nhân (66%) dưới 40 tuổi vào thời điểm đến khám.

Có 25 bệnh nhân (86%) có triệu chứng, bao gồm đau ngực (n=25), khó thở (n=10), ho (n=6), sốt (n=1), ho ra máu (n=3), tràn dịch màng phổi (n=1).

Có 16 bệnh nhân (64%) có nhiều triệu chứng phổi hợp. Có 4 bệnh nhân (14%) không có triệu chứng.

#### 2. Những đặc điểm trên CT-scan

23 khối choán chỗ (80%) có bờ giới hạn rõ, tương phản với phổi bên cạnh trên CT scan. 7 khối u (24%) có sự hiện diện mặt phẳng mô giữa khối u và các cấu trúc lân cận. Tất cả các khối u đều có vị trí trong trung thất trước, trong đó 17 khối u (59%) phát triển về bên trái lồng ngực, 9 khối u (31%) phát triển về bên phải lồng ngực và 3 khối u (10%) nằm ngay đường giữa. Kích thước khối u nhỏ nhất 5,5cm, lớn nhất 16,5cm, kích thước trung bình 9,50cm. Thành khối u dày thấy trong 27 trường hợp (93%).

Biểu hiện thường gặp nhất trên CT của u quái trưởng thành trung thất là một khối choán chỗ không đồng nhất chứa đậm độ mô mềm, dịch, mỡ và canci. Sự kết hợp của các đậm độ này được thấy trong 10 khối u (34,5%). Tuy nhiên, những sự kết hợp của các đậm độ CT khác cũng thường được quan sát thấy: mô mềm dịch và mỡ 11 khối u (37,9%, mô mềm, dịch 3 khối u (10,34%). Những kết hợp ít gặp hơn bao gồm: mô mềm, dịch và canci thấy trong 1 khối u (3%), mô mềm, mỡ và canci trong 3 khối u (10%).

Đậm độ mô mềm thấy trong tất cả các khối u, trong đó dạng nốt mô mềm 7 khối u (25%), dạng vách khối u (57%), dạng ngoại biên 5 (18%). Giá trị đậm độ mô mềm thường trên 30 HU.

Đậm độ mỡ thấy trong 24 khối u (82%), mức độ thay đổi từ nốt mỡ (7 trường hợp 30%) cho đến mỡ chiếm hoàn toàn khối u (16 trường hợp chiếm 70%). Giá trị đậm độ mỡ thay đổi từ -18 HU cho đến -124 HU.

Đậm độ dịch hiện diện trong 25 khối u (86%). Giá trị đậm độ dịch thay đổi từ 1 HU cho đến 10HU.

Canci hiện diện trong 14 khối u (48%), trong đó dạng viền 3 khối u (21%), dạng đám 3 khối u (21%), dạng nốt 8 khối u (58%).

Khối u liên hệ với tràn dịch màng phổi chỉ ghi nhận trong một trường hợp.

#### **IV. BÀN LUẬN**

Một trong những báo cáo đầu tiên của u quái trung thất, được xuất bản năm 1927, đã mô tả một đứa trẻ 3 tháng tuổi được chẩn đoán ban đầu là “phì đại tim nguyên phát”.

Trung thất trước là vị trí phổ biến nhất của u tế bào mầm ngoài sinh dục. U quái trưởng thành ở trung thất là một khối u hiếm, lành tính và tiến triển chậm. Thông thường, u quái trưởng thành ở trung thất xuất hiện bên trong hoặc gần tuyến ức và chiếm khoảng 75% của tất cả các khối u tế bào mầm nguyên phát ở trung thất <sup>[10,16,18]</sup>.

Sự suy đoán về nguyên nhân của u quái trung thất thì nhiều. Nhưng có lẽ lý thuyết được chấp nhận rộng rãi nhất cho rằng, những u quái trung thất ngoài sinh dục xuất phát từ những tế bào mầm lạc chỗ trong quá trình di chuyển của chúng từ nội bì phôi nơi vách túi noãn hoàng đến tuyến sinh dục trong giai đoạn sớm của quá trình phát triển phôi <sup>[13-19]</sup>



U quái trưởng thành ở trung thất điển hình xuất hiện ở bệnh nhân trẻ <sup>[15]</sup> Những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình xấp xỉ 33 tuổi và 19 bệnh nhân (66%) thì trẻ hơn 40 tuổi. Hầu hết các báo cáo đều ghi nhận tỉ lệ ngang nhau giữa nam và nữ <sup>[8,15]</sup> nhưng trái lại nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự nổi trội hơn của phái nữ với tỉ lệ nam/nữ là 1/1,6. Nói chung, người ta tin rằng, bệnh nhân bị u quái trưởng thành ở trung thất thì thường không có triệu chứng <sup>[6, 16]</sup>. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, 86% bệnh nhân có triệu chứng, chủ yếu là đau ngực, khó thở và ho.

Về mặt đại thể, u quái trưởng thành ở trung thất là những khối u hình cầu, có thùy, có vỏ bọc và nhiều nang. U quái trưởng thành ở trung thất cho thấy sự đa dạng của các thành phần thay đổi từ dịch giàu lipid và những chất giống như phomat cho đến những mô đã hình thành rõ như răng, tóc. Những tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi thì lớn, với kích thước trung bình là 9,5cm.

Phần lớn u quái trung thất trong nghiên cứu của chúng tôi mở rộng chủ yếu về một phía của đường giữa. 59% của những khối u thì ở bên trái. Nguồn gốc tuyến ức của những tổn thương này là cơ sở để giải thích tính ưu thế về bên trái của chúng, bởi vì thùy trái của tuyến ức thì lớn hơn và mở rộng về phía dưới hơn là thùy phải. Điều này phù hợp với những nghiên cứu trước đây <sup>[9]</sup>.

Tất cả u quái trung thất trong nghiên cứu của chúng tôi đều xuất phát từ trung thất trước.

Những đặc điểm CT đã được báo cáo trước đây về u quái trưởng thành đều dựa trên những nghiên cứu nhỏ và bao gồm những khối u xuất phát từ nhiều vị trí giải phẫu khác nhau. Friedman và cộng sự <sup>[18]</sup> đã mô tả 9 khối choán chỗ chủ yếu là dạng nang mỡ với mô mềm gắn vào hoặc những thành phần calci nhô vào trong nang. Những nốt mô mềm trong khối u, đã được mô tả như là những nốt Rokitanski trong phần mô tả bệnh học của u quái trưởng thành

buồng trứng, đã không được quan sát thường xuyên trong những mô tả trước đây về u quái trưởng thành trung thất. U quái ở khắp nơi trên cơ thể có biểu hiện đặc điểm đại thể và X-quang khác nhau. Vì thế, sự mô tả đặc điểm hình ảnh học mà chỉ dựa trên một nghiên cứu về những u quái xuất phát từ nhiều vị trí giải phẫu khác nhau thì có thể không có giá trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những nốt mô mềm đi kèm chỉ thấy trong 7 trường hợp (25%), điều này phù hợp với nghiên cứu của Moeller 1997<sup>[8]</sup> Moeller có 13 trường hợp (20%). Suzuki và cộng sự<sup>[15]</sup> đã mô tả 6 u quái trung thất trước, 3 trong số đó biểu hiện như một nang thành dày, điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

U quái trung thất trong nghiên cứu của chúng tôi biểu hiện điển hình như là những khối choán chỗ ở một bên, bờ rõ, hình tròn hay phân thùy, không đồng nhất ở trung thất trước. CT cho thấy những vùng chứa dịch (nang) trong 86% các trường hợp. CT cho thấy mỡ (82%) và canci (48%) trong tổn thương. Những phát hiện của chúng tôi ngược lại với một báo cáo<sup>[15]</sup>, báo cáo này cho rằng, mỡ thì không thường được nhìn thấy trong u quái trưởng thành, trong nghiên cứu của chúng tôi, mỡ hiện diện trong 82% số trường hợp. Tuy vậy, những kết quả của chúng tôi thì phù hợp với nghiên cứu của Moeller<sup>[9]</sup>.

Sự kết hợp của những yếu tố nhiều mô trong một khối choán chỗ dạng nang của trung thất thì gợi ý chẩn đoán u quái trưởng thành<sup>[11,12]</sup>. Mặc dù, Suzuki và đồng sự<sup>[15]</sup> đã báo cáo chỉ một khối u (17%) có đậm độ mô mềm, dịch, mỡ và canci, nhưng sự kết hợp của các đậm độ CT này thì được phát hiện một cách thường xuyên trong nghiên cứu của chúng tôi, thấy trong 10 trường hợp (35%). Điều thú vị, 10,34% tổn thương biểu hiện như là khối choán chỗ dạng nang nhưng không có đậm độ mỡ hoặc canci.. Vì thế, chẩn đoán của u quái trưởng thành cũng có thể được xem như khối choán chỗ dạng

nang ở trung thất trước, mà khối choán chỗ này thiếu đậm độ mỡ hoặc canci trên phim CT scan.

Mặt phẳng mô dày đủ hoặc một phần giữa tổn thương và những cấu trúc trung thất lân cận được ghi nhận chỉ trong 24% các trường hợp, có lẽ do u quái thường dính vào các cấu trúc trung thất bên cạnh. CT scan cung cấp những thông tin về mối liên quan với bệnh lý màng phổi là 3,4% trong nghiên cứu của chúng tôi.

CT là kỹ thuật hình ảnh được lựa chọn để đánh giá những bất thường của trung thất<sup>[3]</sup>. Nó cho thấy một cách tuyệt vời vị trí và mức độ của bệnh cũng như những yếu tố bên trong của tổn thương, bao gồm mô mềm, mỡ, dịch và canci.

Chẩn đoán phân biệt những khối choán chỗ trung thất chứa mỡ bao gồm: khối mỡ trung thất, bệnh u mỡ trung thất, u mỡ, thoát vị màng nối, u mỡ tuyến ức và sarcom mỡ<sup>[18]</sup>. Tuy nhiên, u quái trưởng thành dễ dàng phân biệt với những tổn thương này bởi biểu hiện nang của chúng với sự nổi trội của các thành phần dịch và tỉ lệ cao của canci. Những thành phần này dễ dàng được nhìn thấy trên CT.

Tất cả khối u đều được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, sử dụng đường mổ ngực trước bên là phương pháp tiếp cận được lựa chọn nhiều nhất trong 25 trường hợp (86%), mổ xương ức đường giữa trong 2 trường hợp (7%) và phẫu thuật nội soi trong 2 trường hợp (7%).

## **V. KẾT LUẬN**

U quái trưởng thành trung thất điển hình xảy ra ở những bệnh nhân có triệu chứng. Trên CT, những khối u này là những khối choán chỗ ở trung thất trước không đồng nhất, có bờ rõ, có hình cầu hoặc phân thùy với những thành phần nang. Những vùng nang thì thường phân chia thành khoang bởi những

vách mô mềm mỏng (57%), nhưng những thành phần mô mềm dạng nốt cũng thường được nhìn thấy (25%%). Mô mềm thì luôn luôn được nhìn thấy và hiếm khi là thành phần chủ yếu của khối u. Dịch thường gặp (86%) và là thành phần chủ yếu trong 80% của khối u. Mỡ, canci hoặc cả hai hiện diện trong 76% các khối u. Tổn thương dạng nang không có mỡ hoặc canci chiếm 10,34% các trường hợp. Sự kết hợp thường nhất của các đậm độ CT là mô mềm, dịch, mỡ và canci được nhìn thấy trong 34,5% các trường hợp. CT thì hữu ích để gợi ý chẩn đoán chính xác trong phần lớn bệnh nhân, trên cơ sở tỉ lệ cao những vùng nang và mỡ được nhìn thấy trong u quái trưởng thành.

Điều trị được lựa chọn là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u, thông qua đường mở ngực trước bên, mở xương ức đường giữa hoặc phẫu thuật nội soi.

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

## I. TÀI LIỆU TRONG NƯỚC

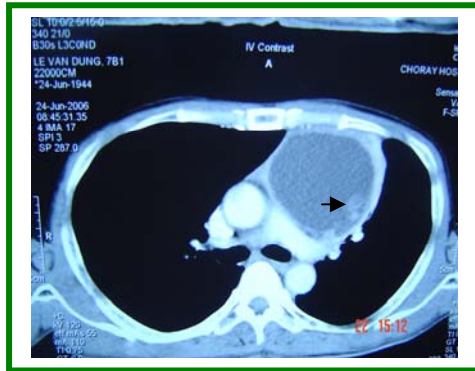
1. Đồng Lưu Ba, Nguyễn Hoàng Bình (2001), “Tình hình phẫu thuật u trung thất tại khoa phẫu thuật lồng ngực-tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy”, *Tạp chí thông tin Y Dược học*, tập 2, tr.121-125.
2. Đồng Lưu Ba, Huỳnh Quang Khánh (2004), “U trung thất một số kinh nghiệm chẩn đoán và xử trí”, *Tạp chí Y học thực hành* (491), tr.375-378.
3. Phạm Ngọc Hoa, Lê Văn Phước (2004), “*Hình ảnh CT ngực*”, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

## II. TÀI LIỆU NƯỚC NGOÀI

4. Cohen AJ, Thompson L, Edwards FH (1991), “Primary cysts and tumors of the mediastinum”, *Ann Thorac Surg* vol 51, pp.378.
5. Davis RD. Oldham HN Jr. Sabiston DC Jr. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: recent changes in teratomas' clinical presentation, methods of diagnosis, management, and results. *Ann Thorac Surg* 1987;44:229-237
6. Davidson AJ, Hartman DS, Goldman SM. Mature teratoma of the retroperitoneum: radiologic, pathologic, and clinical correlation. *Radiology* 1989; 172:421-425
7. Fulcher AS, Proto AV, Jolles H. Cystic teratoma of the mediastinum: demonstration of fat/fluid level. *AiR* 1990;154:259-260
8. Friedman AC, Pyatt RS, Hartman DS, Downey EF Jr, Olson WB. CT of benign cystic teratomas. *AiR* 1982;138:659-665
9. Kathleen H.Moeller (1997) “ Mediastinal mature teratoma: Imaging Features” *AJR* 1997;169, 985-990.
10. Kaneko M, eds. *Surgical pathology of the mediastinum*. New York: Raven, 1984:117-159

11. Lewis BD, Hurt RD, Payne WS, Farrow GM, Knapp RH, Muhm JR. Benign teratomas of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 86:727-731
12. Levitt RG, Husband JE, Glazer HS. CT of primary germ-cell tumors of the mediastinum. *AJR* 1984; 142:73-78
13. Mullen B, Richardson JD. Primary anterior mediastinal tumors in children and adults. *Ann Thorac Surg* 1986;42:338-345
10. Morrison IM. Tumors and cysts of the mediastinum. *Thorax* 1958;13:294-307
14. Suzuki M, Takashima T, Itoh H, Chouh 5, Kawamura I, Watanabe Y. Computed tomography of mediastinal teratomas. *J Comput Assist Tomogr* 1983;7:74-76
15. Marchevsky AM, Kaneko M. Other tumors of the thymus. In: Marchevsky AM, Rosado-de-Christenson ML, Templeton PA, Moran CA. Mediastinal germ cell tumors: radiologic and pathologic correlation. *RadioGraphics* 1992; 12: 1013-1030
16. Nichols CR. Mediastinal germ cell tumors: clinical features and biologic correlates. *Chest* 1991; 99:472-479
17. Rosado-de-Christenson ML, Pugatch RD, Moran CA, Galobardes I. Thymolipoma: analysis of 27 cases. *Radiology* 1994;193:121-126
18. Strollo DC, M L. Rosado de Christenson and JR Jett (1997), "Tumors of the Anterior Mediastinum", *Chest* vol112, pp.511-522.

# NHỮNG BỆNH ÁN MINH HỌA



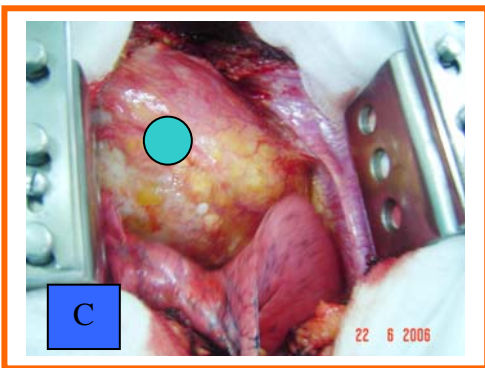
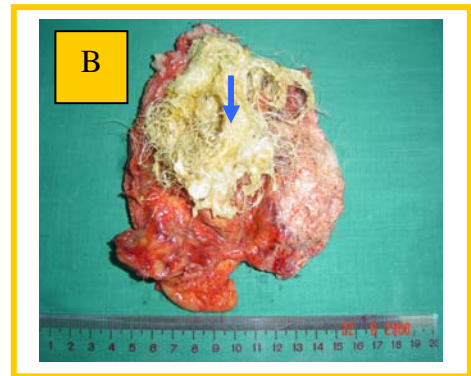
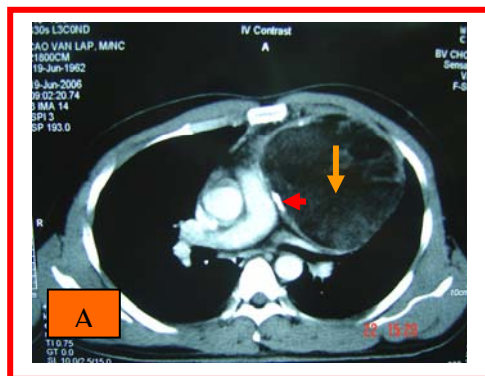
## **U quái trưởng thành**

Phim CT scan có cản quang cho thấy: khối u tròn, không đồng nhất, nằm ở trung thất trước. Hiện diện nốt mô mềm trong khối u, giá trị đậm độ đo được 34 HU (mũi tên đen)



## **U quái trưởng thành**

Khối u được cắt ra nhìn thấy: toàn bộ u là một nang với nhiều nốt mô mềm trong lòng u tương ứng trên phim CT-scan, thành khối u dày (mũi tên xanh)



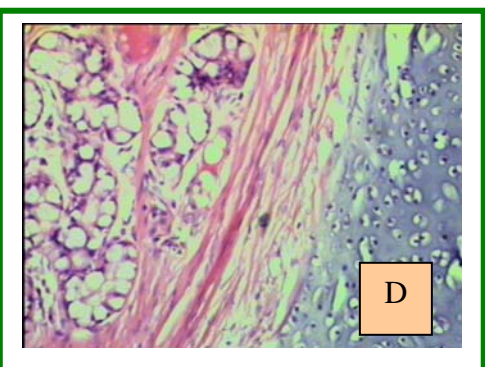
## **U quái trưởng thành**

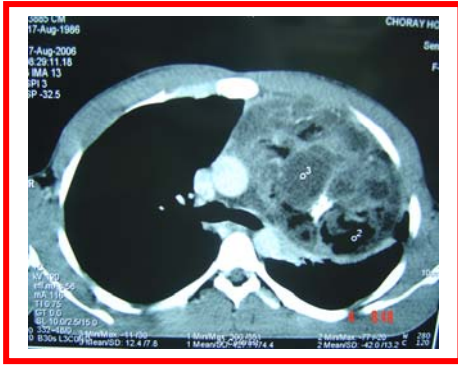
A. Phim CT-scan cửa sổ trung thất ngang mức động mạch phổi có cản quang cho thấy: khối choán chỗ ở trung thất trước hình tròn, đậm độ không đồng nhất, chủ yếu là đậm độ mỡ, giá trị đậm độ đo được -124 HU (mũi tên cam) và canci hóa dọc theo thành khối u (đầu mũi tên đỏ).

B. Khối u được lấy ra, nệnh phẩm nhìn thấy rất nhiều tóc (mũi tên xanh).

C. Khối u nhìn thấy sau khi mở ngực đường trước bên trái (vòng tròn xanh).

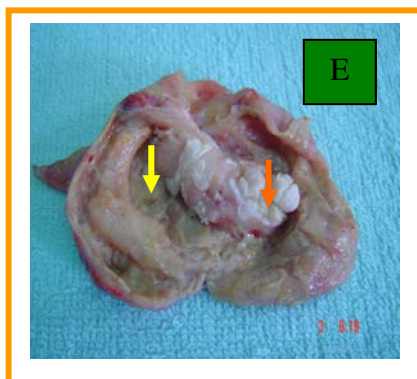
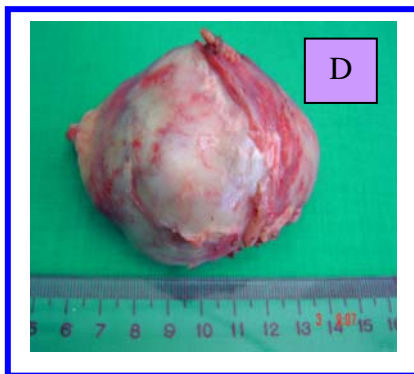
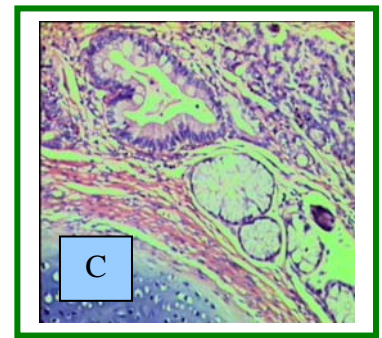
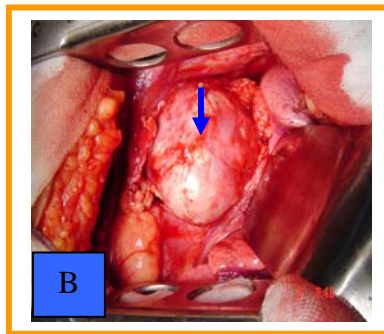
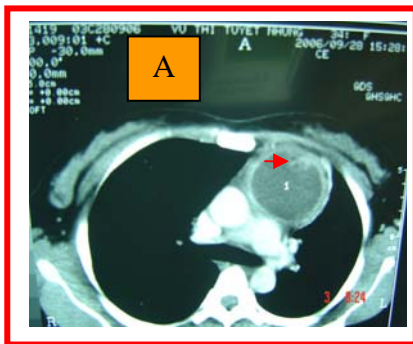
D. Hình ảnh vi thể u quái trưởng thành





### U quái trưởng thành

Phim CT scan cửa sổ trung thất có cản quang cho thấy: khối choán chỗ tròn, không đồng nhất, nằm trong trung thất trước. Khối u nhiều hốc với các vách mô mềm, đủ 4 thành phần: mô mềm, mỡ, dịch và canci. Bệnh phẩm thấy trong lòng u nhiều hốc, hiện diện xương trong u (mũi tên xanh)



### U quái trưởng thành

**A.** Phim CT scan cửa sổ trung thất có cản quang cho thấy: khối choán chỗ tròn, không đồng nhất, nằm trong trung thất trước. Khối u thành dày, nang dịch, có hiện diện nốt mô mềm (đầu mũi tên).

**B.** Khối u được nhìn thấy rõ sau khi mở ngực trái đường trước bên (mũi tên xanh).

**C.** Hình ảnh vi thể u quái trưởng thành.

**D.** Toàn bộ khối u được lấy ra ngoài, khối u tròn, u được bọc trong một lớp vỏ dày.

**E.** Mặt trong khối u, thấy rất rõ vỏ u dày, trong lòng u có nhiều hốc (mũi tên vàng) và có sự hiện diện của nốt mô mềm (mũi tên cam).