

Báo cáo một trường hợp phẫu thuật cắt u quái trung thất không lồ tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

Võ Tuấn Anh*, Nguyễn Thời Hải Nguyên

TÓM TẮT

Mở đầu: U quái trung thất là một bệnh lý phát triển âm thầm, có thể đạt kích thước lớn mà bệnh nhân không có triệu chứng. Chụp cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán xác định và lên chiến lược điều trị phù hợp. Chúng tôi báo cáo một trường hợp phẫu thuật cắt triệt để 1 trường hợp u quái trung thất không trưởng thành.

Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhân nam, 18 tuổi, nhập viện vì khó thở. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có cản quang cho thấy một khối u trung thất kích thước 132 x 135 x 200 mm, chiếm gần toàn bộ lồng ngực trái, chèn ép tim, các mạch máu lớn sang phải, gây xẹp gần hoàn toàn phổi trái. Bệnh nhân được phẫu thuật lấy toàn bộ u qua đường giữa xương ức. Kết quả giải phẫu bệnh là u quái không trưởng thành. Quá trình hậu phẫu thuận lợi, bệnh nhân xuất viện ở ngày hậu phẫu 7.

Kết luận: U quái không trưởng thành là một bệnh lý ác tính có tiên lượng lâu dài không tốt. Phẫu thuật là phương pháp điều trị được chứng minh hiệu quả. Kết quả thành công bước đầu trong điều trị tại một bệnh viện tuyến tỉnh góp phần giúp cho nhóm phẫu thuật phát triển kỹ thuật, tiếp tục thực hiện những ca phẫu thuật phức tạp, giúp bệnh nhân không phải di chuyển xa và tiết kiệm chi phí.

Từ khóa: U trung thất khổng lồ, u quái không trưởng thành, mở ngực giữa xương ức.

GIANT IMMATURE TERATOMA RESECTION AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL: A CASE REPORT

ABSTRACTS

Introduction: Mediastinal teratoma is a disease that develops silently and can reach large sizes asymptotically. Computed tomography is a gold standard for diagnosis and treatment strategy. We report a case of radical surgical resection of an immature mediastinal teratoma.

Case report: A 18 year-old male patient admitted to the hospital due to shortness of breath. Contrast-enhanced computed tomography showed a mediastinal tumor of 132 x 135 x 200 mm. The tumor occupied nearly the entire left pleural space, compressed the heart and its large blood vessels to the right. The tumor was entirely resected via the median sternotomy. The pathology result was immature teratoma. Postoperative course was favorable, the patient was discharged from the hospital on postoperative day 7.

Conclusion: Immature teratoma is a malignant disease with poor long-term prognosis. Surgery is a proven effective treatment. Initial successful results at a provincial hospital

Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

*Tác giả liên hệ: Võ Tuấn Anh,

Email: dranhtuanvo@gmail.com, Tel: 0908520016

Ngày gửi bài: 26/03/2024 Ngày chấp nhận đăng: 15/04/2024

contribute to helping the surgical team develop techniques and continue to perform complex surgeries, the patients need not to travel long

distances and thus decrease the treatment cost.

Keywords: *Giant mediastinal tumor, immature teratoma, median sternotomy*

MỞ ĐẦU

U quái vùng trung thất là một bệnh lý có diễn tiến âm thầm, u có thể phát triển đến kích thước lớn mà bệnh nhân không có triệu chứng nào. Khi u đủ lớn, Khối u có thể chèn ép vào các cơ quan lân cận như tim, các mạch máu lớn, thực quản, khí quản và phổi và gây ra những triệu chứng như đau ngực, khó thở, ho và ho ra máu ¹. Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) lồng ngực có cản quang là chẩn đoán hình ảnh quan trọng giúp xác định vị trí, kích thước, mức độ chèn ép, xâm lấn của u vào cấu trúc xung quanh và hỗ trợ cho việc xác định bản chất của khối u. Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng, các đường tiếp cận như mở ngực, mở giữa xương ức được quyết định tùy thuộc theo vị trí của khối u. Chúng tôi báo cáo một trường hợp phẫu thuật cắt triệt để 1 trường hợp u quái trung thất khổng lồ trưởng thành qua đường mở ngực giữa xương ức.

BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân N.D.L, 18 tuổi

Ngày nhập viện: 17/1/2024

Lý do nhập viện: Khó thở

Bệnh sử: Cách nhập viện 01 tháng, bệnh nhân cảm thấy khó thở khi gắng sức, mức độ gắng sức giảm dần theo thời gian. Kèm theo khó thở là cảm giác đau ngực trái âm ỉ liên tục, đau không lan và không có yếu tố tăng, giảm đau. Bệnh nhân đến khám tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai, được chụp X-quang (XQ) ngực thẳng, phát hiện khối mờ ở trung thất lệch trái, đẩy lệch tim

và các cấu trúc quan trọng trong trung thất sang phải. Bệnh nhân được nhập viện và điều trị tại khoa Ngoại Lồng ngực - Tim mạch

Dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện: Mạch 120 lần/phút, huyết áp 105/75 mmHg, SpO2 93% với oxy khí trời

Cân nặng: 40 kg, chiều cao: 168 cm, BMI 14.17

Kết quả CLVT có cản quang: Tổn thương choán chỗ liên quan trung thất giữa lệch trái lan ra trung thất trước và chiếm gần toàn bộ phổi trái, kích thước u 132 x 135 x 200mm, giới hạn rõ, bờ đa cung. U chèn ép và đẩy lệch tim và mạch máu lớn của trung thất, khí quản sang phải. U chèn ép nhu mô phổi trái gây xẹp gần hoàn toàn phổi trái. U có đậm độ mô dịch, hình ảnh vôi hóa, có tăng sinh mạch máu bên trong, phần mô bắt thuốc cản quang không đồng nhất sau tiêm. Kết luận: Theo dõi u trung thất nghĩ U quái không trưởng thành (Hình 1).

Các dấu hiệu ung thư:

Kết quả chụp cộng hưởng từ sọ não: Chưa ghi nhận hình ảnh di căn não

Kết quả chụp CLVT có cản quang ổ bụng: Chưa ghi nhận hình ảnh di căn trong ổ bụng

Kết quả xạ hình xương: Chưa ghi nhận hình ảnh di căn xương.

Kết quả xét nghiệm alpha – foetoprotein: 4.6 mIU/ml (không tăng)

Kết quả xét nghiệm β-hCG: 3.8 mIU/ml (tăng nhẹ)



Hình 1. U chiếm toàn bộ lồng ngực trái trên XQ ngực thẳng (Trái) – U đẩy lệch tim và các cấu trúc quan trọng sang phải (Phải)

Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 22/01/2024.

Quá trình phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản. Mở ngực đường giữa xương ức, ghi nhận khối u trung thất lớn chiếm chỗ toàn bộ phía trước và bên trái. Tiến hành bóc tách dần khối u ra khỏi màng ngoài tim và tuyến ức. Ghi nhận khối u không xâm lấn vào các cấu trúc này.

Tiếp tục bóc tách dần khối u ra khỏi thành ngực, nhận thấy u chưa xâm lấn thành ngực trước, vẫn còn mặt phẳng giới hạn giữa vỏ u và màng phổi thành. Đi theo mặt phẳng này về phía bên trái đến 1/3 dưới của lồng ngực trái.

Sau khi di động u ra khỏi thành ngực trước, tiến hành bóc tách về phía nền cổ. Chúng tôi tìm và bộc lộ các cấu trúc quan trọng của vùng này, bao gồm tĩnh mạch vô danh, động mạch thân

cánh tay đầu, động mạch cảnh chung bên trái, động mạch dưới đòn bên trái và khí quản. Bóc tách khối u khỏi các cơ quan quan trọng này với sự hỗ trợ của dao siêu âm.

Khối u được đưa dần ra khỏi lồng ngực, tiếp tục bóc tách mặt sau u với phổi trái và màng phổi thành cho đến khi đưa được toàn bộ u ra ngoài.

Nhận định màng phổi tạng vùng tiếp xúc u dày và chắc, chúng tôi thực hiện bóc vỏ màng phổi cho bệnh nhân. Thực hiện thông khí phổi, nhận thấy phổi trái nở được gần toàn bộ.

Đặt dẫn lưu màng phổi trái, dẫn lưu màng tim và dẫn lưu trung thất. Đóng ngực bằng 5 mũi chỉ thép

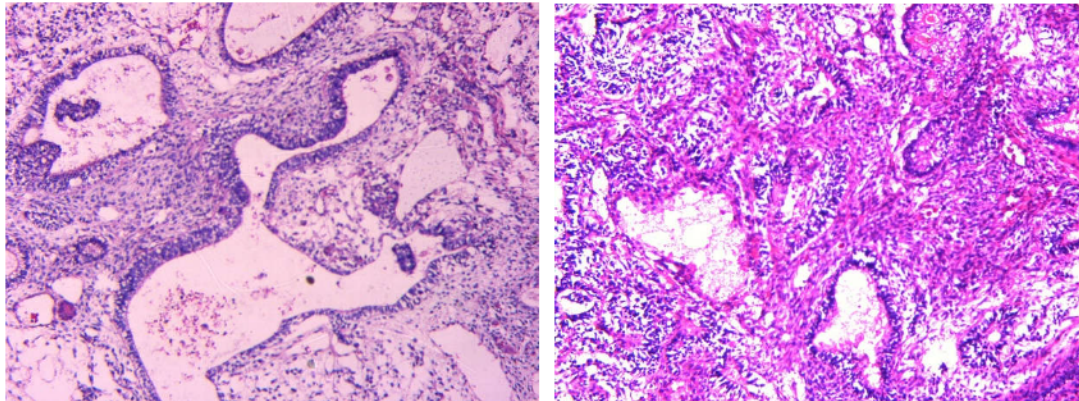
Khối u có khối lượng 1.5 kg (Hình 2).



Hình 2. Khối lượng, kích thước và hình ảnh đại thể của khối u

Diễn tiến hậu phẫu: Bệnh nhân được rút nội khí quản 4 giờ sau phẫu thuật, chuyển khoa Ngoại Lồng ngực Tim mạch ở ngày hậu phẫu 1. Trong giai đoạn hậu phẫu, bệnh nhân được hỗ trợ dinh dưỡng, tập vật lý trị liệu tích cực để hỗ trợ nở phổi trái và xuất viện ở ngày hậu phẫu thứ 7.

Kết quả giải phẫu bệnh: U quái không trưởng thành ở tuyến ức



Hình 3. Giải phẫu bệnh vi thể của khối u

Bệnh nhân được chuyển bệnh viện Ung bướu TP.HCM để tiếp tục điều trị.

BÀN LUẬN

Trung thất trước là vị trí thường gặp nhất của u tế bào mầm ngoài sinh dục, trong đó u quái là u tế bào mầm thường gặp nhất ở trung thất¹. Mô u quái trung thất thường chứa các thành phần từ lớp thượng bì như răng, tóc, ngoài ra, u có thể chứa các thành phần từ lớp trung bì và nội bì. Một số trường hợp hiếm, khi có sự hiện diện của mô phôi không trưởng thành trong u quái, u sẽ được xếp loại không trưởng thành². Cách điều trị và tiên lượng của loại u này khác với u quái trưởng thành (trích dẫn). Trường hợp của chúng tôi là một bệnh nhân nam 18 tuổi, có kết quả giải phẫu bệnh là u quái không trưởng thành. Theo nhiều nghiên cứu khác nhau, tiên lượng của u quái không trưởng thành tùy thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có vị trí u và tuổi của bệnh nhân^{2,3}. Tuy vậy, tiên lượng của u quái không trưởng thành ở người lớn xấu hơn. Wang và cộng sự báo cáo sống còn của bệnh nhân u quái trung thất thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với những ung thư khác của trung thất. Các tác giả cũng nhận định

phẫu thuật sẽ có kết quả tốt hơn so với trị liệu đa mô thức (phẫu thuật cùng với hóa trị, xạ trị) đối với loại bệnh này⁴. Tác giả Cung Văn Công cũng báo cáo một trường hợp u quái trưởng thành trên bệnh nhân 14 tuổi được điều trị phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Phổi trung ương năm 2022⁵. Vì tốc độ phát triển chậm, u quái trung thất thường biểu hiện triệu chứng khi kích thước u đủ lớn và gây chèn ép vào các cấu trúc xung quanh. Các triệu chứng thường gặp là đau ngực sau xương ức, lệch về bên ngực có chứa khối u, khó thở, ho. Bệnh nhân có thể có sốt, sụt cân, nôn ói và suy mòn⁶. Trong trường hợp này, bệnh nhân có triệu chứng khó thở, đau ngực trái 1 tháng, và có suy dinh dưỡng nặng với BMI là 14.17.

Để chẩn đoán u quái trung thất, chụp cắt lớp vi tính là lựa chọn đầu tay. Đây là phương tiện hình ảnh học giúp xác định vị trí, kích thước u, mức độ chèn ép và xâm lấn của khối u vào các cơ quan lân cận cũng như mức độ bắt thuốc cản quang của u. Hạch lympho, u tế bào mầm, các u tuyến ức là những nguyên nhân thường gặp nhất

của các khối choán chỗ trong trung thất trước. Vì vậy, lymphoma, u tuyến ức và nang phế quản là những chẩn đoán phân biệt thường gặp nhất với u quái trung thất⁷. Trên phim chụp CLVT, u quái trung thất có đặc điểm là khối u lệch về một bên lồng ngực, mật độ u không đồng nhất, bên trong có chứa mô mỡ, vôi hóa và những vùng mật độ mô mềm bất thường cản quang⁸. Trong trường hợp của chúng tôi, phim chụp CLVT phù hợp với những đặc điểm u quái trung thất.

Đối với u quái trung thất, phẫu thuật cắt toàn bộ khối u đã được chứng minh là hiệu quả^{3,9}. Các yếu tố ủng hộ cho quyết định phẫu thuật trong trường hợp này là kích thước khối u và triệu chứng của bệnh nhân do u chèn ép các cơ quan quan trọng trong lồng ngực như tim, phổi. Đường tiếp cận được chọn lựa dựa vào vị trí của khối u, trong trường hợp này, chúng tôi chọn lựa đường giữa xương ức vì vị trí u chủ yếu ở trung thất trước, u có thể dính hoặc xâm lấn màng ngoài tim, các nhánh của quai động mạch chủ, tĩnh mạch vô danh và khí quản, phế quản trái. Những cấu trúc này dễ tiếp cận và bảo vệ hơn với đường mở giữa xương ức. Chúng tôi cũng dự trù trường hợp phải mở thêm 1 đường mở ngực trái trước ở liên sườn V nếu u quá lớn và xâm lấn vào thành ngực. Tuy vậy, phương án này không cần được thực hiện vì khối u không xâm lấn nhiều vào màng phổi thành bên trái. Một số báo cáo cho thấy u có thể xâm lấn vào mô phổi, cần phải cắt phổi không điển hình. Trong trường hợp này, tuy khối u không xâm lấn phổi trái nhưng màng phổi trái dày, làm cho phổi không nở được nên cần phải thực hiện bóc vỏ phổi kèm theo.

Quyết định thực hiện phẫu thuật u được đưa ra sau khi hội chẩn liên chuyên khoa: Ngoại lồng ngực - tim mạch, ung bướu và gây mê hồi sức.

Trong trường hợp này, chúng tôi không đặt vấn đề sinh thiết u xuyên thành ngực để biết rõ bản chất vì chỉ định phẫu thuật để giải áp và lấy trọn khối u đã có, hình ảnh gợi ý bản chất u quái trên phim chụp CLVT tương đối rõ ràng. Việc sinh thiết trước không còn cần thiết và tăng nguy cơ và thời gian chờ đợi cho bệnh nhân. Những trường hợp bản chất u chưa rõ ràng, u có xâm lấn các cơ quan quan trọng hoặc di căn xa, chưa gây ra các biến chứng như chèn ép, ho ra máu... sẽ được xem xét sinh thiết đánh giá bản chất để lên kế hoạch điều trị rõ ràng cho bệnh nhân.

Thân nhân bệnh nhân sau khi được giải thích kỹ về đường tiếp cận, các yếu tố nguy cơ và quyết định thực hiện phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai. Kết quả thành công bước đầu về kỹ thuật tại một bệnh viện tuyến tỉnh góp phần giúp cho nhóm phẫu thuật phát triển kỹ thuật, tiếp tục thực hiện những ca phẫu thuật phức tạp, giúp bệnh nhân không phải di chuyển xa và tiết kiệm chi phí.

KẾT LUẬN

U quái không trưởng thành là một bệnh lý ác tính có tiên lượng lâu dài không tốt. Phẫu thuật là phương pháp điều trị được chứng minh hiệu quả. Kết quả thành công bước đầu trong điều trị tại một bệnh viện tuyến tỉnh góp phần giúp cho nhóm phẫu thuật phát triển kỹ thuật, tiếp tục thực hiện những ca phẫu thuật phức tạp, giúp bệnh nhân không phải di chuyển xa và tiết kiệm chi phí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goyal VD, Pahade A, Misra G, Kaira V, Prajapati N. Large mediastinal/thoracic benign teratoma presenting with haemoptysis: Report of a case and review of the literature. *Lung India*. Mar-Apr 2023;40(2):155-160. doi:10.4103/lungindia.lungindia_198_22

2. Kang J, Mashaal H, Anjum F. Mediastinal Germ Cell Tumors. *StatPearls*. 2024.
3. Mardani P, Naseri R, Amirian A, et al. Intrapulmonary mature cystic teratoma of the lung: case report of a rare entity. *BMC Surg*. Sep 14 2020;20(1):203. doi:10.1186/s12893-020-00864-y
4. Wang R, Li H, Jiang J, Xu GJTCR. Incidence, treatment, and survival analysis in mediastinal malignant teratoma population. 2020. 2020;9(4):2492-2502.
5. Cung Văn Công. U quái thành thực lành tính trong trung thất ở bệnh nhi - báo cáo ca bệnh và xem xét tài liệu liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;522:53-60.
6. Mustafa OM, Mohammed SF, Aljubran A, Saleh WN. Immature mediastinal teratoma with unusual histopathology: A case report of multi-lineage, somatic-type malignant transformation and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. Jun 2016;95(26):e3378. doi:10.1097/MD.0000000000003378
7. No TH, Seol SH, Seo GW, et al. Benign Mature Teratoma in Anterior Mediastinum. *J Clin Med Res*. Sep 2015;7(9):726-8. doi:10.14740/jocmr2270w
8. Moraru L, Mitranovici MI, Chiorean DM, et al. Immature Teratoma: Diagnosis and Management-A Review of the Literature. *Diagnostics (Basel)*. Apr 23 2023;13(9)doi:10.3390/diagnostics13091516
9. Tian Z, Liu H, Li S, et al. Surgical treatment of benign mediastinal teratoma: summary of experience of 108 cases. *J Cardiothorac Surg*. Feb 17 2020;15(1):36. doi:10.1186/s13019-020-1075-8

