

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT CẮT U QUÁI TRUNG THẤT KHÔNG LỖ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Việt Cường¹, Vũ Lê Thùy Trang¹, Ngô Quốc Anh¹

TÓM TẮT

U quái trung thất tiến triển âm thầm, có thể phát triển lớn mà không có triệu chứng. Khi u đủ lớn, nó có thể chèn ép tim, mạch máu, thực quản, khí quản và phổi, gây đau ngực, khó thở, ho. Chụp cắt lớp vi tính (CT) lồng ngực giúp chẩn đoán và lên chiến lược điều trị phù hợp. Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp phẫu thuật cắt u quái trung thất khổng lồ tại Bệnh viện Quân Y 175. Bệnh nhân nữ 34 tuổi, nhập viện do đau tức ngực phải và khó thở kéo dài. Hình ảnh chụp CT phát hiện khối u lớn, chèn ép phổi phải, tim và các mạch máu lớn. Kết quả nội soi phế quản và sinh thiết xuyên thành ngực hỗ trợ chẩn đoán u quái trung thất. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối u hoàn toàn, tách u khỏi màng phổi, tim và mạch máu, không xâm lấn các cơ quan này. Hậu phẫu, bệnh nhân hồi phục tốt. Giải phẫu bệnh kết luận u quái trưởng thành. Phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu đối với u quái trung thất, giúp loại bỏ hoàn toàn khối u và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Từ khóa: u quái trung thất.

CASE REPORT: SURGICAL RESECTION OF A GIANT MEDIASTINAL TERATOMA AT MILITARY HOSPITAL 175

ABSTRACT

Mediastinal teratomas develop silently and can grow large without symptoms. When sufficiently enlarged, they may compress the heart, blood vessels, esophagus, trachea, and lungs, causing chest pain, shortness of breath, and coughing. Computed

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi: Nguyễn Việt Cường, email: vietcuongbl@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2024

Ngày phản hồi: 27/9/2025.

tomography (CT) is essential for diagnosis and treatment planning. We report a case of giant mediastinal teratoma resection at Military Hospital 175. A 34-year-old female patient was admitted due to persistent right chest pain and dyspnea. CT imaging revealed a large tumor compressing the right lung, heart, and major blood vessels. Bronchoscopy and transthoracic biopsy confirmed the mediastinal teratoma diagnosis. The patient underwent surgical resection, successfully removing the tumor without invasion of adjacent structures. Postoperatively, she recovered well. Histopathological analysis confirmed a mature teratoma. Surgery remains the optimal treatment for mediastinal teratomas, ensuring complete tumor removal and improved patient outcomes.

Keywords: *mediastinal teratoma.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

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 lồng ngực có cản quang là phương pháp 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 u quái trung thất trưởng thành qua đường mở ngực giữa xương ức.

2. GIỚI THIỆU CALÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, Nguyễn T. M. A.,

sinh năm 1990, nhập viện 20/11/2024 với lý do đau tức ngực phải và khó thở.

Bệnh sử: Cách nhập viện 6 tháng bệnh nhân bắt đầu có triệu chứng đau tức ngực phải, đi khám uống thuốc giảm đau, sau đó cách nhập viện 3 tháng bệnh nhân tái phát triệu chứng đau tức ngực phải triệu chứng âm ỉ nhẹ kéo dài, đến trước nhập viện 1 tuần đau tức nhiều hơn, âm ỉ kéo dài liên tục, tăng khi hít sâu, kèm khó thở, uống thuốc không giảm đau, không ho, không sốt, đi khám tại Bệnh viện Quân y 175 được chụp X-quang ngực thẳng phát hiện khối choán chỗ thùy trên - giữa phổi P, kích thước lớn, nhập viện điều trị.

Tiền căn: Phẫu thuật cắt u nang buồng trứng 05 năm.

Khám: Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, tổng trạng trung bình, da niêm mạc hồng, không phù, không sốt, không xuất huyết dưới da, hạch ngoại vi không sờ thấy, khó thở nhẹ, rì rào phế nang 2 phổi (+), sinh hiệu ổn, bụng mềm, gan lách

không sờ chạm. Chiều cao: 1m59, cân nặng: 52kg, BMI: 20,6.

Bệnh nhân được làm xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu cho kết quả bình thường

Điện tâm đồ, siêu âm tim, siêu âm ổ bụng: không thấy bất thường

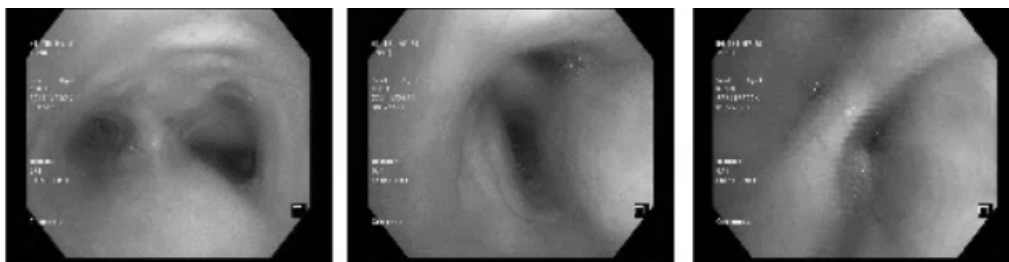
Các xét nghiệm về lao (AFB đờm, PCR lao): âm tính

Kết quả chụp CLVT: khối tổn thương choán chỗ trung thất lệch phải có kích thước 92x87x103mm, thành phần gồm có mô, mỡ, ngấm thuốc thành, vách sau tiêu, chèn ép gây xẹp nhu mô phổi lân cận, ép nhĩ phải. Gây xẹp hoàn toàn thùy trên, thùy giữa phổi phải do chèn ép. Kết luận: u trung thất trước trên, theo dõi u quái (Hình 1).



Hình 1. U trung thất trước trên lệch phải gây xẹp thùy trên và giữa phổi phải

Kết quả nội soi phế quản: Phế quản gốc phải và thùy giữa phổi phải bị đè ép từ ngoài vào, niêm mạc xung huyết, trơn nhẵn, lưu thông khí bơm nước, không có u sùi bất thường (Hình 2)



Hình 2. Phế quản gốc phải và thùy giữa phổi phải bị đè ép

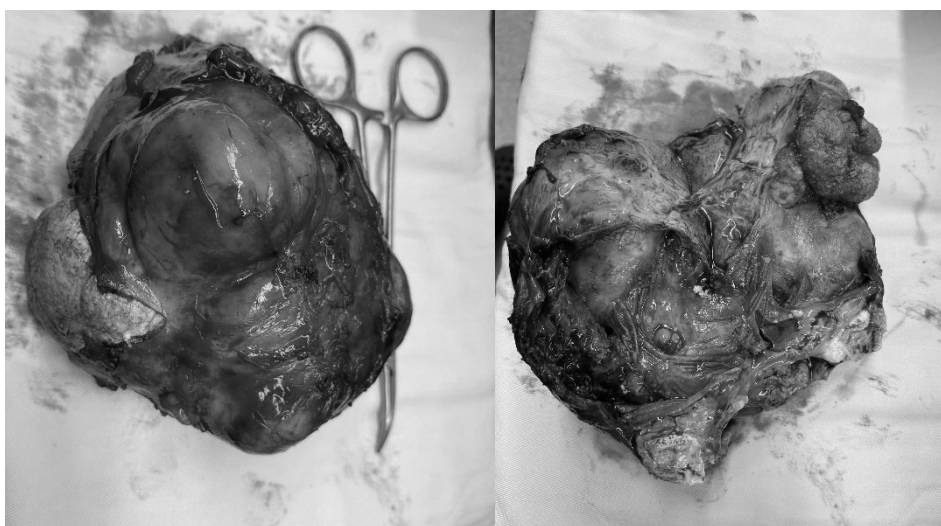
Kết quả sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT ngực: chỉ thấy mô sợi viêm.

Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 10/12/2024.

Quá trình phẫu thuật: Bệnh nhân nằm nghiêng trái, được mê nội khí quản hai nòng, mở ngực đường ngực bên liên sườn 5, ghi nhận khối u trung thất lớn, đè xẹp thùy trên và thùy giữa phổi phải. Tiến hành bóc tách khối u ra khỏi thành ngực, thấy khối u chưa xâm lấn thành ngực, vẫn còn một mặt phẳng giữa vỏ u và màng phổi thành. Tiếp tục gỡ u khỏi màng ngoài tim và tuyến ức, ghi nhận u chưa xâm lấn vào tổ chức này. Sau khi u di động được một phần, tiếp tục gỡ u khỏi các mạch máu lớn của phổi, động mạch tĩnh mạch phổi, tĩnh mạch vô danh. Một phần nhu mô phổi kéo dài tới rốn phổi dính chặt vào vỏ u. Bóc tách khối u khỏi các cơ quan này nhờ sự hỗ trợ của dao siêu âm.

Tiếp tục bóc tách mặt sau cho đến khi khối u được đưa dần ra khỏi lồng ngực.

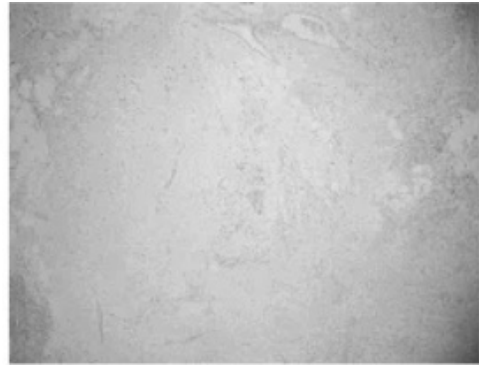
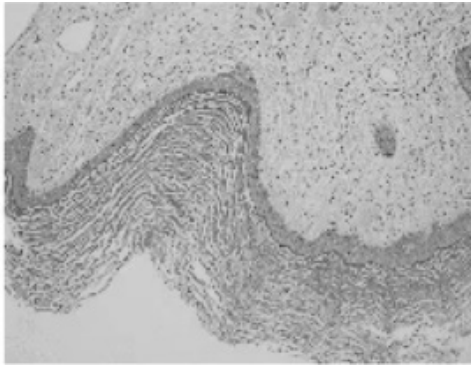
Sau khi lấy u ra, kiểm tra phổi phải nở hoàn toàn, không dấu hiệu rò khí.



Hình 3. Hình ảnh đại thể khối u

Diễn tiến hậu phẫu: bệnh nhân được rút ống nội khí quản sau 2 giờ phẫu thuật, sau mổ được chuyển về khoa ngoại lồng ngực cùng ngày. Trong giai đoạn hậu phẫu bệnh nhân được hỗ trợ dinh dưỡng, tập vật lý trị liệu hô hấp, dùng thuốc kháng sinh, giảm đau. Bệnh nhân được rút dẫn lưu sau 3 ngày và ra viện sau 01 tuần.

Kết quả giải phẫu bệnh: u quái trưởng thành.



Hình 4. Hình ảnh vi thể của khối u

Trước khi ra viện bệnh nhân được chụp XQ ngực thẳng kiểm tra



Hình 5. Hình chụp X-quang ngực thẳng trước ra viện

3. 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 thất [1]. 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. Trường hợp của chúng tôi là một bệnh nhân nữ 34 tuổi, có kết quả giải phẫu bệnh là u quái trưởng thành. Theo nhiều nghiên cứu khác nhau, tiên lượng của u quái trưởng thành tùy thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có vị trí u, kích thước, tình trạng viêm nhiễm và tuổi của bệnh nhân [2],[3]. Tuy vậy, tiên lượng của u quái trưởng thành ở người lớn xấu hơn. Một biến chứng chính của u quái là vỡ khối u mà người ta cho rằng là do các enzym tiêu hóa hoặc phân giải protein do chính khối u tiết ra [5]. 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 này [4]. 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 2022 [5]. Vì tốc độ phát triển chậm nên bệnh thường tiến triển âm thầm không có triệu chứng, 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, đau lệch về bên ngực có chứa khối u, khó thở, ho. Bệnh nhân có thể có sốt, sụt cân, nôn ói và suy mòn [6]. Trong trường hợp này, bệnh nhân có triệu chứng khó thở, đau ngực phải 6 tháng, diễn biến từ từ. 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. Sự hiện diện của mô mỡ được coi là đặc hiệu để chẩn đoán u quái. 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. Mặt khác: lymphoma, u tuyến ức và nang phế quản là những chẩn đoán phân biệt thường gặp nhất với u quái trung thất [7]. Trên phim chụp CT, 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 bắt thuốc cản quang [8]. Trong trường hợp của chúng tôi, phim chụp CT 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, chúng tôi chọn lựa đường

ngực bên phải vì vị trí u lệch hoàn toàn bên phải, u có thể dính hoặc xâm lấn màng ngoài tim, các nhánh của quai động mạch chủ, động tĩnh mạch phổi, tĩnh mạch vô danh và khí quản, phế quản gốc phải. Những cấu trúc này dễ tiếp cận và bảo vệ hơn với đường mở ngực bên, tiếp cận trực tiếp. 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, khối u xâm lấn thùy trên và giữa phổi phải nhưng có thể bóc tách gỡ dính bằng dao siêu âm. Trong trường hợp này, chúng tôi đặt vấn đề sinh thiết u xuyên thành ngực trước mổ vì u to, sát thành ngực dễ dàng cho sinh thiết xuyên thành ngực, bản chất u chưa rõ ràng, hình ảnh u trên phim chụp CT có xâm lấn, đè ép các cơ quan quan trọng, u đã gây ra biến chứng đau ngực, khó thở và để chẩn đoán phân biệt lymphoma, u tuyến ức và nang phế quản, các khối di căn ác tính. Biết được bản chất u 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 khoa Ngoại Lồng Ngực, Bệnh viện Quân y 175. Kết quả thành công bước đầu về kỹ thuật góp phần giúp cho nhóm phẫu thuật phát triển kỹ thuật, tiếp tục thực hiện những ca phẫu thuật phức tạp, giúp bệnh nhân nâng cao chất lượng cuộc sống sau điều trị.

4. KẾT LUẬN

U quái trưởng thành là một bệnh lý phức tạp, có tiên lượng lâu dài không tốt. Đặc điểm hình ảnh đặc hiệu của u là khối có cấu trúc hỗn hợp với các thành phần bên trong bao gồm cấu trúc đặc, dịch, mỡ, canxi hóa. Phần lớn các trường hợp u quái trưởng thành là lành tính và sự nguy hiểm của nó thường đến từ các biến chứng. Phẫu thuật cắt bỏ đến nay vẫn là phương cách điều trị tối ưu đối với căn bệnh này.

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*. 2023 Mar-Apr;40(2):155-60. 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*. 2020 Sep 14;20(1):203. doi: 10.1186/s12893-020-00864-y.
4. Wang R, Li H, Jiang J, Xu GJ. Incidence, treatment, and survival analysis in mediastinal malignant teratoma population. *J Thorac Cancer Res*. 2020;9(4):2492-502.

5. Cung Văn Công. U quái thành thực lạnh 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)*. 2016 Jun;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*. 2015 Sep;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)*. 2023 Apr 23;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*. 2020 Feb 17;15(1):36. doi: 10.1186/s13019-020-1075-8.