

U QUÁI TRUNG THẤT VỠ VÀO PHỔI: NHÌN LẠI Y VĂN VÀ BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

*Nguyễn Ngọc Trung¹, Nguyễn Văn Nam¹, Trần Thanh Bình¹
Nguyễn Thuỳ Linh², Đặng Tuấn Nghĩa^{1*}*

Tóm tắt

U quái là loại u tế bào mầm, chiếm khoảng 8% tổng số u trung thất. Đa số u quái là lành tính, phát triển thầm lặng. Triệu chứng lâm sàng thường mờ nhạt, chủ yếu là đau ngực, khó thở và chỉ biểu hiện khi kích thước u đã lớn gây chèn ép các cơ quan trong lồng ngực. U quái vỡ vào các cơ quan lân cận như màng phổi, màng tim, phổi... là biến chứng rất hiếm, gây ra nhiều rối loạn nặng nề, nếu không được cấp cứu, điều trị kịp thời thì BN thậm chí có thể tử vong. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp u quái thuần thực trung thất vỡ vào phổi trái, đây là trường hợp rất hiếm, chỉ gặp ở một số ca lâm sàng được công bố trên y văn trước đây.

Từ khóa: U quái trung thất; U quái trung thất vỡ vào phổi; Ho máu.

MEDIASTINAL TERATOMA RUPTURED INTO THE LUNG: A LITERATURE REVIEW AND CLINICAL CASE REPORT

Abstract

Teratoma is a type of germ cell tumor, accounting for approximately 8% of all mediastinal tumors. Most teratomas are benign and grow slowly. When present, common manifestations include chest pain and dyspnea, typically occurring once the tumor has reached a large size and begun compressing adjacent thoracic structures. Rupture of a teratoma into surrounding organs such as the pleura, pericardium, or lung parenchyma is a rare but serious complication that can lead to significant physiological disturbances and even death. We report a rare case of a mature mediastinal teratoma that ruptured into the left lung, an uncommon complication that has been infrequently described in the literature.

Keywords: Mediastinal teratoma; Rupture of mediastinal teratoma into the lung; Hemoptysis.

¹Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Đặng Tuấn Nghĩa (dangtuannghia3112@gmail.com)

Ngày nhận bài: 14/7/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 19/8/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i8.1443>

ĐẶT VẤN ĐỀ

U quái thuộc nhóm u tế bào mầm hiếm gặp, là loại u phổ biến nhất tại vùng cùng cụt ở trẻ em và tinh hoàn ở người lớn. Tại lồng ngực, u tế bào mầm thường phát triển ở trung thất trước và chiếm 10 - 12% tổng số u trung thất nguyên phát [1]. Trong các loại u tế bào mầm trung thất, u quái hay gặp nhất. Đa số u quái là lành tính, phát triển chậm và không có triệu chứng rõ ràng. Các biểu hiện lâm sàng, nếu có, chủ yếu do khối u lớn chèn ép cấu trúc lân cận như khí quản, phế quản, mạch máu hoặc phổi. Trường hợp khối u vỡ vào phổi là rất hiếm gặp. Ho máu là triệu chứng đặc hiệu khi u vỡ vào nhu mô phổi - phế quản [2]. Tình huống này dễ bị nhầm lẫn với các bệnh lý hô hấp thông thường như lao phổi, giãn phế quản hay ung thư phổi. Việc chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời đóng vai trò quan trọng nhằm ngăn ngừa các biến chứng nặng nề. Chúng tôi báo cáo một trường hợp u quái trung

thất trước có kích thước lớn, vỡ vào phổi gây ho máu, đã được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Quân y 103, đồng thời tổng quan lại một số điểm chính trong y văn về vấn đề này nhằm: *Góp phần phong phú thêm kiểu hình của mặt bệnh và đưa ra một số lưu ý trong thực hành lâm sàng ở những bệnh nhân ho máu có kèm theo u trung thất.*

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

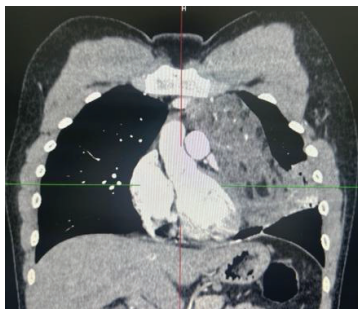
Bệnh nhân (BN) nam, 23 tuổi, tiền sử khoẻ mạnh. Trước khi vào viện 1 tháng, BN xuất hiện đau ngực trái âm ỉ, lan lên hai vai. Thời điểm 7 ngày trước khi nhập viện, BN ho ra máu tươi, mỗi ngày khoảng 5 - 10mL, không sút cân. Thăm khám lâm sàng không sốt, có hội chứng 3 giảm lồng ngực bên trái. Soi phế quản thấy niêm mạc phế quản thùy trên, dưới trái sung huyết mạnh. Xét nghiệm nồng độ alpha fetoprotein (AFP), beta HCG, CEA, huyết thanh trong giới hạn bình thường, riêng CA 125 tăng gấp hai lần.

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm sinh hóa máu.

Chỉ số	Kết quả	Bình thường
Beta HCG (mIU/mL)	0,24	< 5
AFP (Ng/mL)	1,22	< 10
CEA (Ng/mL)	2,82	< 5
CA 125 (U/mL)	80,3	< 35

Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao có tiêm thuốc cản quang thấy trung thất trước lệch trái có tổn thương kích thước $50 \times 71 \times 130\text{mm}$, tỷ trọng không đồng nhất thì trước tiêm, bên trong có phần tỷ trọng mỡ, vôi hóa, có các ổ

tỷ trọng dịch và thành vách, sau tiêm khối ngấm thuốc không đều, có tăng sinh mạch nhiều nghi từ động mạch vú trong, động mạch phổi trái và ngoại vi từ nhánh mạch thùy lưỡi phổi trái, đè ép các cấu trúc trung thất và phổi lân cận, ranh giới không rõ với thùy lưỡi. Kết luận: U trung thất trước lệch trái, khả năng Teratoma, tăng sinh mạch, ranh giới không rõ với thùy lưỡi, hình ảnh đông đặc kèm kính mờ thùy lưỡi - thùy trên phổi trái (Hình 1, 2, 3).



Hình 1. Phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực dựng hình cắt đứng ngang cho thấy u kéo dài từ đỉnh phổi đến ngang mỏm tim, xâm lấn thành ngực bên trái, bên trong có các nốt vôi hoá, nhiều cấu trúc dạng nang đan xen.



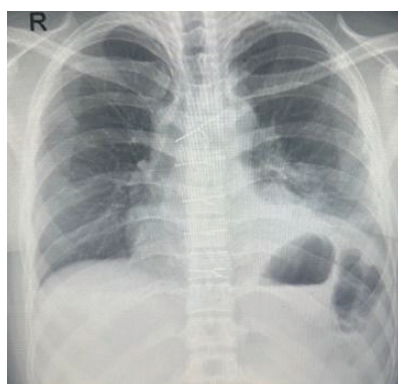
Hình 2. Phim chụp cắt lớp vi tính ngực cắt ngang cho thấy u xâm lấn thành ngực trước bên trái và màng tim.



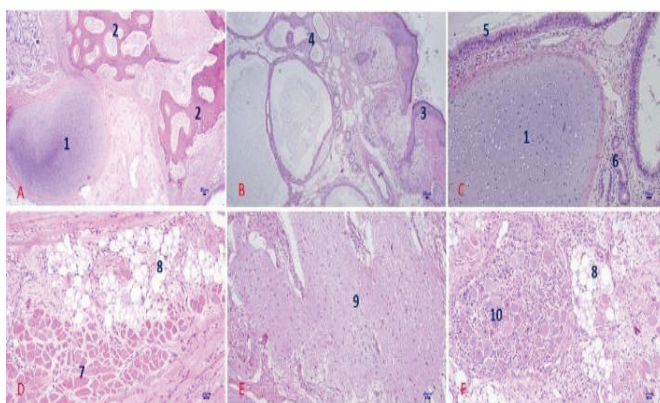
Hình 3. Phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực dựng hình cắt đứng dọc cho thấy u kéo dài từ dưới xương đòn đến ngang mỏm tim, dính sát màng tim, bên trong có các nốt vôi hoá, nhiều cấu trúc dạng nang đan xen.



Hình 4. Khối u sau khi cắt bỏ, kích thước khoảng 12 x 15cm.



Hình 5. Hình ảnh X-quang ngực sau mổ ngày thứ 3, phổi nở tốt, các ống dẫn lưu màng phổi và trung thất đã được rút.



Hình 6. Hình ảnh nhuộm HE sau mổ.

(Ảnh A, B, C nhuộm HE, 4X; ảnh D, E, F nhuộm HE, 10X; 1. Mô sụn trong; 2. Mô xương; 3. Biểu bì da; 4. Thành phần phụ của da gồm nang tuyến mô hôi và tuyến bã; 5. Biểu mô trụ hô hấp của phế quản; 6. Tuyến dưới niêm mạc phế quản; 7. Mô cơ vân; 8. Mô mỡ; 9. Mô não; 10. Mô hạch thần kinh)

BN được chẩn đoán u quái thuần thực trung thất trước, lệch trái, nghi ngờ vỡ vào phổi trái. Sau 7 ngày vào viện, BN được phẫu thuật theo đường mở ngực dọc giữa xương ức. Đại thể trong mổ khối u có kích thước khoảng 12 x 10 x 15cm (*Hình 3*), mật độ chắc không đồng đều, dính nhiều thành ngực, màng tim, khối u kéo dài từ dưới xương đòn đến cơ hoành trái, dính một phần mặt trên cơ hoành trái. Khối u cũng xâm lấn vào phân thùy lưỡi (phân thùy 4, 5) của thùy trên phổi trái; mất ranh giới giữa vỏ u và phân thùy lưỡi phổi trái, tại đây có vùng khối u hoại tử vỡ vào nhu mô phổi. Tổn thương này được xác định là nguyên nhân trực tiếp gây ho máu. Chúng tôi tiến hành phẫu tích cắt toàn bộ khối u. Một phần u viêm dính màng tim ngang vị trí thân động mạch phổi, được cắt bỏ kèm màng tim sau đó vá lại bằng miếng màng tim nhân tạo. Phần tổn thương phổi được loại bỏ hoàn toàn thông qua cắt phân thùy lưỡi bằng 3 stapler. Phần diện cắt màng tim làm kết quả giải phẫu bệnh là tổ chức viêm, không còn tổ chức u. Kết quả giải phẫu bệnh khối u nhuộm HE sau mổ (*Hình 6*) xác định là u quái thành thực với đa dạng mô mỡ, cơ vân, mô não, mô xương và mô biểu bì...

Sau mổ, BN đã hết hoàn toàn ho máu, kết quả chụp X-quang phổi trái nở hoàn toàn, BN được rút dẫn lưu sau 3 ngày (*Hình 4*). BN ổn định ra viện sau 7 ngày phẫu thuật.

BÀN LUẬN

U quái trung thất là dạng u tế bào mầm hiếm gặp, chủ yếu phát triển ở trung thất trước, chiếm 8% trong tổng số u trung thất nguyên phát và hay gặp ở độ tuổi 20 - 40 tuổi [1]. Các báo cáo về u quái trung thất phần lớn đến từ các tác giả ở Nhật Bản và Trung Quốc [2]. U quái trung thất vỡ lại càng hiếm gặp. Theo nghiên cứu tổng hợp nhiều dữ liệu y văn của tác giả Ota (2021) với 56 ca u trung thất vỡ, tỷ lệ u vỡ vào phổi là 29%, vào màng tim là 13% và vào màng phổi là 27%. Tỷ lệ tử vong khi u vỡ khoảng 5% [3].

Tác giả Gunes (1997) đã báo cáo trường hợp ho máu sét đánh do u quái vỡ vào phổi. Nội soi phế quản thấy máu chảy nhiều từ phế quản thùy trên phải. BN được đặt bóng chèn bít phế quản thùy trên phải để cầm máu tạm thời và hạn chế chảy máu ồ ạt vào đường thở. Chụp động mạch phát hiện nhánh mạch tân tạo nuôi khối u xuất phát từ động mạch vú trong bên phải, gây tăng dòng chảy khi u vỡ vào phổi. BN sau đó đã được mổ cắt u cùng với cắt thùy trên phổi phải và sống sót [4]. Tác giả Upadhyay và CS (2014) công bố ca bệnh u quái vỡ vào phế quản, đáng chú ý, BN ho ra cả máu và tổ chức tóc [5]. Tác giả Ota (2021) ghi nhận thêm trường hợp u vỡ vào trung thất gây nhiễm trùng trung thất nặng [3]. Tác giả Kang và CS (2021) báo cáo 2 trường

hợp u quái vỡ vào màng tim gây chèn ép tim cấp [6]. Những trường hợp u quái vỡ vào phổi được báo cáo bởi tác giả Goyal và Tian đều có triệu chứng điển hình là ho máu [2, 7]. Tác giả Tian và CS nghiên cứu trong 26 năm trên tổng số 108 ca u quái trung thất trước chỉ có 2 ca có biến chứng ho máu do u vỡ vào phổi, chiếm 1,8% [7].

Nguyên nhân gây vỡ được nhiều tác giả ghi nhận là trong thành phần khối u quái có xuất hiện mô giống mô tụy và tiết ra enzyme tiêu protein. Thực tế tổn thương trong mô có nhiều ca vỡ thành đường rò từ u quái vào mô lân cận giống rò tiêu hóa [2].

Do u quái thường lành tính và phát triển chậm nên triệu chứng lâm sàng mờ nhạt và ít đặc hiệu. Khối u to gây chèn ép các cơ quan trong lồng ngực là nguyên nhân chính gây triệu chứng. Do vậy, các BN thường đến viện muộn khi kích thước u đã lớn. Một số ít phát hiện bệnh một cách tình cờ qua kiểm tra sức khỏe định kỳ. Theo tác giả Goyal, các triệu chứng hay gặp nhất là đau ngực, ho khan và khó thở. Báo cáo của tác giả Tian cho thấy đau ngực gặp với 36%, ho khan với 7,4% [2]. Tuy nhiên, khi u quái trung thất vỡ, triệu chứng lại khá phong phú, tùy thuộc vào vị trí cơ quan đích như vỡ vào phổi gây ho máu; vỡ vào màng tim gây rối loạn nhịp, chèn ép tim cấp; vỡ vào trung thất gây nhiễm trùng trung thất; vỡ vào màng phổi gây

tràn máu màng phổi, suy hô hấp, mũ màng phổi.

Hầu hết các tác giả đều nhận thấy khối u quái trung thất có tăng sinh rất nhiều mạch máu, nguồn chủ yếu từ động mạch vú trong, hoặc mạch từ phổi, do vậy, khi khối u vỡ, nhất là vào phổi có thể gây ho máu số lượng lớn, nguy cơ gây suy hô hấp và tử vong.

BN của chúng tôi là một trường hợp nam giới, trẻ tuổi, có đau ngực, ho máu tương đồng với nhiều báo cáo tương tự trong y văn. Trên phim chụp cắt lớp vi tính của BN cho thấy tăng sinh khá nhiều mạch máu, có nguồn gốc từ động mạch vú trong trái, một số BN nghi ngờ có nguồn gốc từ phổi. Tuy nhiên, khi khối u vỡ vào phổi gây ho máu với số lượng chỉ khoảng 5 - 10 mL/ngày, triệu chứng này khá dai dẳng, thậm chí dùng các thuốc cầm máu cũng chỉ giảm tạm thời.

Chẩn đoán u quái trung thất chủ yếu dựa vào phim cắt lớp vi tính lồng ngực. Hình ảnh điển hình là khối u kích thước lớn có mật độ không đồng nhất, có tổn thương dạng mô mỡ xen lẫn các nang dịch và tổ chức vôi hóa. Đặc hiệu hơn có thể thấy các tổn thương dạng xương, răng trong khối u. Ngoài ra, xét nghiệm dấu ấn sinh học AFP và beta HCG huyết thanh có giá trị cao trong tiên lượng. Chỉ số này bình thường gợi ý tới u lành tính, nếu tăng cao có thể chỉ điểm tổn thương u ác tính. BN của chúng tôi có

hình ảnh cắt lớp vi tính ngực khá điển hình của u quái (*Hình 1, 2*). AFP và beta HCG trong giới hạn bình thường. Thủ thuật chọc sinh thiết u xuyên thành ngực được khuyến cáo là không cần thiết với những u có khả năng phẫu thuật. Chỉ nên áp dụng để chẩn đoán khi u xâm lấn rộng không còn khả năng phẫu thuật, nhằm chẩn đoán giải phẫu bệnh phục vụ hoá xạ trị và điều trị miễn dịch [2].

Phẫu thuật vẫn là biện pháp điều trị được ưu tiên hàng đầu đối với u quái trung thất. Lựa chọn phương pháp mổ tùy thuộc vào nhiều yếu tố. Với các khối u lớn, xâm lấn cấu trúc lân cận, việc lập kế hoạch mổ kỹ càng và phối hợp đa chuyên khoa (phẫu thuật lồng ngực, gây mê hồi sức, giải phẫu bệnh) là điều kiện cần thiết để đảm bảo an toàn và triệt để. U tăng sinh mạch lớn có thể cần can thiệp nút mạch trước mổ để giảm nguy cơ chảy máu trong mổ. Tác giả Tian khuyến cáo nên mổ mở đối với những u > 10cm. Riêng những khối u chèn ép cả hai bên lồng ngực, u liên quan tới mạch máu (tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch vô danh) hoặc phát triển cao đến nền cổ, tác giả đề nghị mở đường dọc xương ức thay vì mổ ngực bên, thậm chí có thể mở rộng trên cổ để kiểm soát tối đa khối u. Tuy nhiên, một số u có kích thước rất lớn nhưng trong lòng chủ yếu chứa nang dịch có thể mổ u hút tổ chức dịch làm giảm kích thước và mổ nội soi hỗ trợ (VATS) [2, 7]. Chiến lược trong cắt

u quái trung thất, nhất là u quái đã có biến chứng vỡ không cố định, xử trí hoàn toàn phụ thuộc vào tình huống cụ thể. Trong nghiên cứu của Tian, cắt màng tim với 12/108 ca, cắt thùy phổi 5 ca và 8 ca cắt Wedge. Các tác giả cũng khuyến cáo trường hợp ho máu nên gây mê ống hai nòng kê cả mở mở để hạn chế chảy máu vào đường thở [2, 7]. Những ca u lớn nằm sát dây thần kinh hoành, tác giả Goyal đề xuất để chừa lại một phần tổ chức vỏ u để bảo tồn tối đa dây thần kinh hoành, với điều kiện phải sinh thiết diện cắt và u trong mổ để chắc chắn u là lành tính. Nếu u ác tính phải cắt triệt để và chấp nhận liệt hoành sau mổ. Trong trường hợp của chúng tôi, khối u xâm lấn màng tim và phân thùy lưỡi của thùy trên phổi trái. Phẫu thuật bao gồm cắt một phần màng tim và cắt hình chêm (wedge resection) phân thùy lưỡi bằng stapler.

Các biến chứng sau mổ theo tác giả Goyal là liệt hoành, tràn dịch màng phổi dưỡng chấp và hội chứng Horner (với những u lên cao vùng hạch sao nền cổ). BN ở nghiên cứu của chúng tôi được theo dõi sau mổ ghi nhận không có biến chứng. Kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ là u quái thành thực cũng phù hợp với phim cắt lớp vi tính ngực và chỉ số dấu ấn miễn dịch trước mổ. Mặc dù lành tính, u quái vẫn có khả năng tái phát nên cần theo dõi định kỳ lâu dài sau mổ.

KẾT LUẬN

U quái trung thất, cụ thể là u quái thuần thực hầu hết đều ở giai đoạn sớm không có triệu chứng. U quái trung thất vỡ vào phổi là biến chứng cực kỳ hiếm gặp, gây ho máu và có thể đe dọa tính mạng. Chẩn đoán sớm bằng chụp cắt lớp vi tính lồng ngực với hình ảnh khối u mất ranh giới với các cấu trúc xung quanh là gợi ý khối u đã vỡ. Can thiệp phẫu thuật kịp thời là phương pháp chính để điều trị hiệu quả bệnh lý này.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức nghiêm ngặt trong nghiên cứu y học, các quy định do Học viện Quân y ban hành. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hammen I, Lal Yadav A. Teratoma as unusual cause of chest pain, hemoptysis and dyspnea in a young patient. *Respir Med Case Rep.* 2018; 23:77-79.
2. Goyal VD, Pahade A, Misra G, et al. Large mediastinal/thoracic benign teratoma presenting with haemoptysis: Report of a case and review of the literature. *Lung India.* 2023; 40(2):155-160.
3. Ota E, Kudo Y, Maehara S, et al. Ruptured mediastinal mature teratoma causing severe mediastinitis: Report of a surgically resected case and a literature review. *Surg Case Rep.* 2021; 7(1):48.
4. Gunes S, Varon J, Walsh G. Mediastinal teratoma presenting as massive hemoptysis in an adult. *J Emerg Med.* 1997; 15(3):313-316.
5. Upadhyay A, Verma A, Sharma J, et al. Imaging of trichoptysis - How a radiologist can help? *Int J Trichology.* 2014; 6(4):177-179.
6. Kang DK, Kang MK, Heo W, et al. Cardiac tamponade due to ruptured cystic teratoma: Report of two cases. *Oxf Med Case Reports.* 2021; 2021(6):omab044.
7. Tian Zhenhuan, Liu Hongsheng, Li Shan-qing, et al. Surgical treatment of benign mediastinal teratoma: Summary of experience of 108 cases. *Journal of Cardiothoracic Surgery.* 2020; 15.