

**PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ KHÍ QUẢN NGUYÊN PHÁT:
NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP**

*Nguyễn Ngọc Trung¹, Trần Thanh Bình¹, Nguyễn Khánh¹, Vũ Anh Hải¹
Lê Việt Anh¹, Đặng Tuấn Nghĩa¹, Trần Đắc Tiệp²*

Tóm tắt

Ung thư khí quản nguyên phát (UTKQNP) là tình trạng bệnh lý rất hiếm gặp, chỉ chiếm 0,03% các loại ung thư trên cơ thể. Bệnh thường khó phát hiện ở giai đoạn sớm, chỉ biểu hiện khi bệnh nhân (BN) thấy khó thở nhiều do khối u kích thước lớn che lấp đường thở. Phẫu thuật là phương pháp tối ưu ở những trường hợp này nhưng cũng là thách thức lớn cho các phẫu thuật viên lồng ngực trong việc cắt bỏ khối u và tạo hình lại khí quản đảm bảo toàn vẹn đường thở. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả một trường hợp BN nữ 36 tuổi, được chẩn đoán u khí quản nguyên phát được phẫu thuật cắt u kết hợp tạo hình khí quản tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103. Quá trình phẫu thuật và hậu phẫu an toàn, BN được xuất viện sau mổ 10 ngày.

* *Từ khóa: U khí quản nguyên phát; Tạo hình khí quản.*

**PRIMARY MALIGNANT TRACHEAL TUMOR RESECTION:
A CASE REPORT**

Summary

Primary malignant tracheal tumors are rare and account for 0.03% of all registered malignancies. Its symptoms generally *do not manifest* in the early stages until patients experience shortness of *breath* because the large *tumor blocks their airway*. *Surgery* is considered as the first *choice of treatment* but poses a great challenge to thoracic surgeons in terms of tracheal resection and tracheal anastomosis. This report describes a 36-year-old female diagnosed with a primary tracheal tumor and *underwent tracheal resection and* tracheal anastomosis at the Department of Thoracic Surgery, Military Hospital 103. The surgical procedure was safe, and the patient was discharged 10 days after surgery.

**Keywords: Primary tracheal tumor; Tracheal anastomosis.*

¹Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103

²Khoa Gây mê - Hồi sức, Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi: Trần Thanh Bình (thanhbinh7713@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/9/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 14/10/2022

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v47i9.211>

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khí quản là trình trạng bệnh lý rất hiếm gặp, tỷ lệ xuất hiện chỉ khoảng 0,2% các khối u ác tính của đường hô hấp và 0,03% các loại ung thư nói chung. U khí quản có thể xuất hiện cả người lớn và trẻ em. Ở người lớn, 90% khối u khí quản là ác tính, ngược lại tỷ lệ này ở trẻ em chiếm khoảng 10 - 30%. Theo dữ liệu nghiên cứu tại Đại học McGill và Bệnh viện Montreal General ở Mỹ vào những năm 1930, chỉ có 2 trường hợp UTKQNP được phát hiện sau sinh thiết trong đó 12,700 trường hợp. Theo nghiên cứu tại Trung tâm Dữ liệu Ung thư Quốc gia Hà Lan từ năm 1989 - 2002, tỷ lệ UTKQNP là 0,142/100.000 người [4, 7, 8].

Diễn biến lâm sàng của u khí quản thường âm thầm, chỉ biểu hiện khi BN xuất hiện các dấu hiệu của tắc nghẽn đường thở. Vấn đề chẩn đoán cũng khó khăn ở giai đoạn đầu mà phần lớn chỉ chẩn đoán được khi BN nhập viện với biểu hiện lâm sàng nặng.

Việc lựa chọn phương pháp điều trị u khí quản thực sự là một thách thức với các bác sĩ lâm sàng. Hiện nay, có một số phương pháp điều trị u khí quản với sự can thiệp ít xâm lấn như nội soi phế quản ống cứng cắt u, đốt laser u khí quản, đặt stent khí quản... Tuy nhiên,

phẫu thuật cắt u vẫn là phương pháp được lựa chọn bởi sự ưu thế trong việc cắt trọn khối u, đảm bảo về ung thư học cũng như tạo hình lại khí quản.

Hiện nay ở Việt Nam, các báo cáo về ung thư khí quản còn rất hạn chế, chủ yếu là báo cáo ca lâm sàng [9, 10]. Phẫu thuật cắt u cũng như tạo hình khí quản cũng là những kỹ thuật đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên lồng ngực cũng như kíp gây mê hồi sức kết hợp. Vì vậy các trường hợp này cũng chỉ được báo cáo tại một số trung tâm phẫu thuật lồng ngực lớn như Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Việt Đức... Tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi gặp một trường hợp UTKQNP đoạn cổ. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả ca lâm sàng cùng với phương pháp điều trị và hồi cứu y văn để thảo luận và rút kinh nghiệm.

CA LÂM SÀNG

BN nữ 36 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, nhập viện ngày 02/11/2021 tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103. BN xuất hiện khó thở khoảng 4 tháng, khó thở có lúc thành cơn, tăng khi thay đổi thời tiết hoặc gắng sức, không ho khạc đờm, không ho máu, không gầy sút cân. Khoảng 2 ngày trước khi vào viện, BN thấy khó thở tăng, khó thở liên tục, tăng khi nằm ngửa, không ho khạc đờm. Đi khám

chuyên khoa tai - mũi - họng phát hiện khối bất thường khí quản. Sau đó, BN vào Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 điều trị.

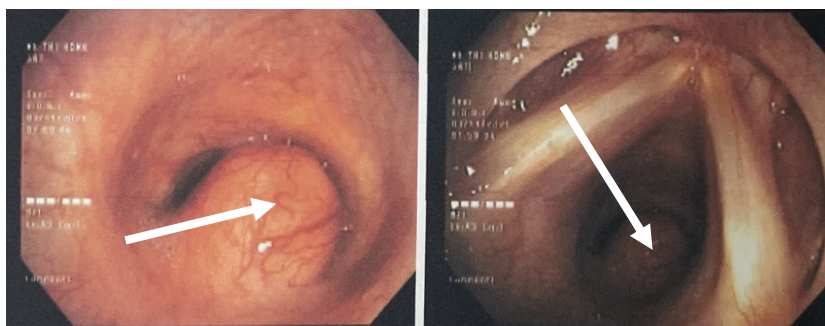
Triệu chứng lâm sàng: Tỉnh táo, khó thở mức độ vừa, tần số thở 27 - 28 lần/phút, SpO₂: 97 - 98%, phải thở oxy hỗ trợ 3 L/phút; nghe phổi có tiếng rít vùng đỉnh phổi, gần hõm ức.

* Triệu chứng cận lâm sàng:

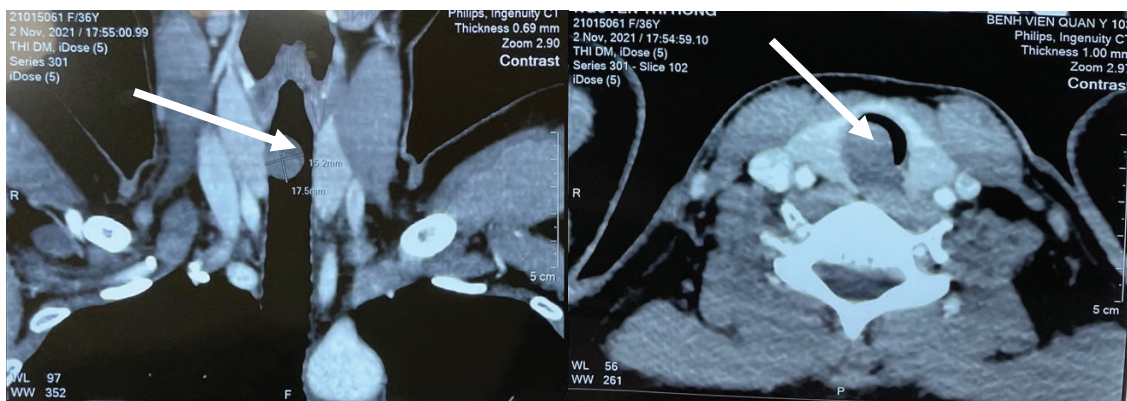
- CT-scan cổ ngực: U khí quản ngang mức C6 kích thước 15 x 22 mm, chón chỗ gần hết lòng khí quản.

- Soi tai mũi họng: Khối u khí quản dưới thanh quản 2,5 cm.

- Soi phế quản: Khối u thành sau khí quản, kích thước 22 mm, cách nắp thanh môn 1,5 cm.



Hình 1: Hình ảnh khối u trên nội soi tai - mũi - họng.



Hình 2: Hình ảnh khối u trên phim chụp cắt lớp vi tính cổ - ngực.

BN được hội chẩn cấp cứu với Khoa Gây mê, Khoa Nội Hô hấp và được tiến hành phẫu thuật cắt u kết hợp tạo hình khí quản:

Đầu tiên, BN được gây mê tĩnh mạch, đeo mặt nạ thông khí hỗ trợ, duy trì SpO₂: 97 - 100%. Rạch da 8 cm theo đường nếp lằn cổ dưới, bộc lộ

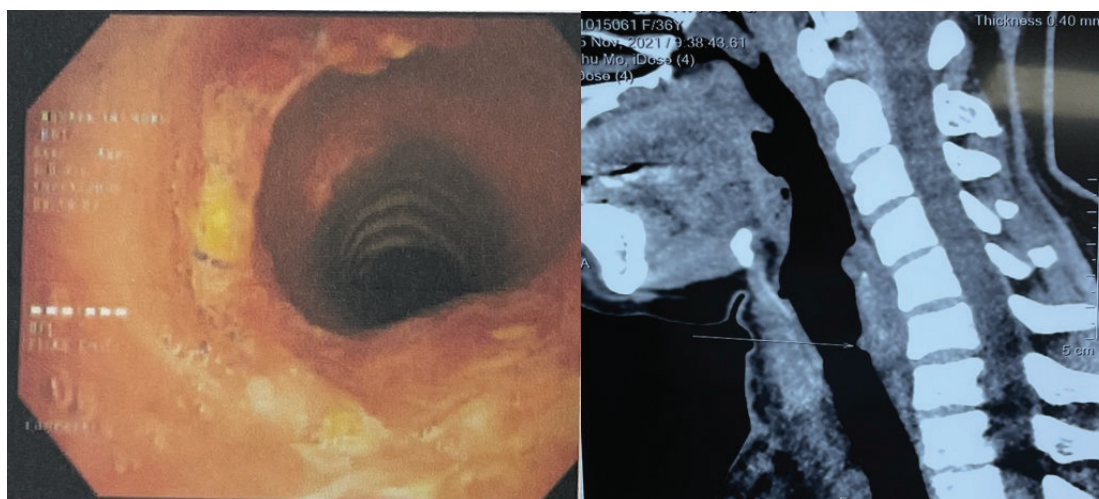
khí quản đoạn cổ. Tiến hành mở khí quản dưới u khoảng 2 cm, luồn một ống nội khí quản cỡ 5,5 Fr, (nối ống nội khí quản với hệ thống dây thở vô khuẩn).

BN được phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản. Xác định vị trí u ở ngay dưới sụn nhẫn, nằm sau eo tuyến giáp. Tiến hành xẻ eo tuyến giáp, mở ngang khí quản tại vị trí u kiểm tra thấy: Khối u nằm ở thành sau bên phải, kích thước 2 x 2,5 cm, nằm sát sụn nhẫn. Tiến hành cắt trọn khối u cùng đoạn khí quản dài khoảng 2 cm, diện cắt đến sát sụn nhẫn. Lấy diện cắt trên và diện cắt dưới làm giải phẫu bệnh.

Khâu nối khí quản tận - tận, chuyển thông khí cho BN qua đường miệng (rút ống nội khí quản tại vùng mổ, phẫu thuật viên kết hợp với kíp gây mê

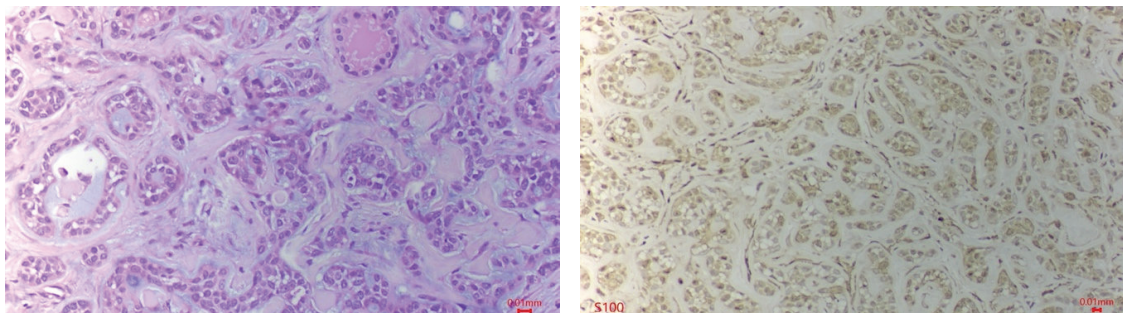
đặt ống nội khí quản đường miệng, luồn ống nội khí quản qua chỗ nối khí quản). Kiểm tra thấy miệng nối kín, không có điểm rò khí, khâu phục hồi eo tuyến giáp che phủ miệng nối, đặt dẫn lưu hút áp lực âm cạnh miệng nối và khâu đóng vết mổ theo lớp.

Sau mổ, BN được rút ống nội khí quản ngay tại phòng mổ và chuyển về Khoa Phẫu thuật Lồng ngực tiếp tục theo dõi. Trong quá trình hậu phẫu, BN tỉnh táo, tự thở thỏa đáng, nằm ở tư thế gấp cổ về phía trước, nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch trong 4 ngày đầu sau mổ. Dẫn lưu vết mổ được rút sau mổ 7 ngày. BN ra viện sau mổ ngày thứ 10, nói nuốt bình thường. Sau mổ 14 ngày, BN được soi phế quản kiểm tra thấy miệng nối liền tốt, lồng khí quản thông thoáng.



Hình 3. Hình ảnh khí quản sau tạo hình 14 ngày

* *Kết quả giải phẫu bệnh khối u: Ung thư biểu mô dạng tuyến nang (Adeno Cystic Carcinoma). Diện cắt trên dương tính.*



Hình 4: Hình ảnh mô bệnh học khối u (nhuộm bằng phương pháp HE).

BÀN LUẬN

UTKQNP là khối u ác tính cực kỳ hiếm gặp của đường hô hấp, có thể bắt nguồn từ tế bào biểu mô đường hô hấp, tế bào tuyến nước bọt và tế bào trung mô của khí quản. Một số báo cáo cho thấy tỷ lệ mắc bệnh là 1/1 triệu người, chiếm 0,2% các loại ung thư đường hô hấp và chỉ 0,03% các loại ung thư nói chung.

Thể mô bệnh học hay gặp nhất là ung thư biểu mô tế bào vảy (Squamous cell carcinoma - SCC) tiếp đó là ung thư biểu mô dạng tuyến nang (Adeno cystic carcinoma - ACC) [5]. Theo nhiều nghiên cứu đa trung tâm tại các quốc gia trên thế giới, tỷ lệ của SCC chiếm từ 46 - 72% còn ACC dao động từ 7 - 11%. Chẩn đoán thể mô bệnh học là yếu tố rất quan trọng ở BN ung thư khí quản do có một số sự khác biệt nhất định giữa các thể mô bệnh liên quan tới đặc điểm lâm sàng.

Theo nghiên cứu của Henri (2006), UTKQNP phần lớn gặp ở nam giới do liên quan tới yếu tố hút thuốc lá. Mặc dù ACC chiếm tỷ lệ thấp nhưng lại được phát hiện ở nữ giới nhiều hơn và không liên quan tới yếu tố hút thuốc lá [6]. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Gaissert (2004) khi có tỷ lệ nữ giới chiếm 53% ở BN thể ACC, còn SCC chiếm 32% [2]. Theo báo cáo của Licht và CS, 59% BN là nam giới và tỷ lệ hút thuốc lá chiếm 73%. Một đặc điểm khác ở thể ACC là hay gặp ở người trẻ tuổi. Theo Gelder và Hetzel (1993) nghiên cứu trên 34 trường hợp thể ACC, tuổi trung bình là 50; nghiên cứu của Gaissert (2004) là 49 tuổi. BN trong ca lâm sàng của chúng tôi cũng có các đặc điểm dịch tễ phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới: BN nữ, trẻ tuổi (36 tuổi), không có tiền sử hút thuốc lá.

Hiện nay, điều trị u khí quản có nhiều phương pháp bao gồm phẫu thuật, cắt u bằng nội soi có sử dụng laser, xạ trị, hóa chất... Theo nhiều tác giả, việc lựa chọn phương pháp điều trị BN UTKQNP phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thời điểm chẩn đoán, tình trạng bệnh, thể mô bệnh học, trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong đó, phẫu thuật là phương pháp được ưu tiên hơn cả trong các trường hợp có thể phẫu thuật.

Theo báo cáo của Henri (2006), tỷ lệ sống sau 5 năm ở BN được phẫu thuật là 51% so với 11% ở BN được xạ trị và 4% với các phương pháp khác. Tương tự, theo nghiên cứu trên 208 trường hợp u khí quản ở Pháp, Regnard và CS cho kết quả tỷ lệ sống sau 5 năm sau phẫu thuật lên tới 65%. Tác giả Gaissert và Macchiarini cũng nhấn mạnh rằng, trừ khi có sự hạn chế về kỹ thuật cũng như các chống chỉ định khác, phẫu thuật luôn là sự lựa chọn ưu tiên ở BN UTKQNP. Bên cạnh đó, BN vào viện thường trong tình trạng khó thở nhiều hoặc suy hô hấp do khối u che lấp đường thở. Do đó, cần phải can thiệp sớm, vừa giải quyết khối u và phục hồi lưu thông đường hô hấp cho BN [3]. Trong nghiên cứu của các tác giả này, tỷ lệ phẫu thuật chiếm hơn 50% tổng số BN. Tuy nhiên, điều này lại khác với một số tác giả ở châu Âu, như Licht có tỷ lệ

phẫu thuật 7% ở Đan Mạch, Honing có tỷ lệ phẫu thuật 12% ở Hà Lan, Gelder với 10% BN được phẫu thuật. Điều này được các tác giả giải thích rằng phần lớn BN trong các nghiên cứu này phát hiện bệnh muộn, không có chỉ định phẫu thuật do khối u xâm lấn xuyên thành khí quản, di căn xa... Đồng thời, việc áp dụng phẫu thuật cắt u kết hợp tạo hình khí quản còn chưa được áp dụng rộng rãi, bởi phẫu thuật này đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên lồng ngực cũng như sự phối hợp của phẫu thuật và gây mê [4, 7].

Vị trí của khối u là yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn đường mổ. Với khối u ở đoạn cổ, đường mổ ưu tiên là đường cổ; nếu khối u kéo dài xuống ngực hoặc ở đoạn ngực thì đường mổ sẽ là đường dọc giữa xương ức kết hợp đường cổ. Với khối u ở carina, tác giả Pearson ưu tiên đường dọc giữa xương ức còn tác giả Grillo lại lựa chọn đường ngực bên [6]. Trường hợp trong nghiên cứu này có khối u nằm dưới nắp thanh môn 2,5 cm, ngay sát sụn nhẫn, chúng tôi đã lựa chọn đường cổ thấp để tiến hành phẫu thuật. Quá trình phẫu tích chúng tôi quyết định bảo tồn sụn nhẫn do nguy cơ gây tổn thương dây thần kinh thanh quản nếu cắt quá triệt để. Trường hợp này mặc dù diện cắt trên về vi thể có kết quả (+), chúng tôi vẫn quyết định bảo tồn sụn nhẫn và cho BN điều trị hỗ trợ sau mổ.

Chiều dài khối u là yếu tố quyết định trong đánh giá khả năng tạo hình lại khí quản. Đồng thời, các yếu tố liên quan đến tuổi, khả năng vận động vùng cổ và thể trạng BN cũng là những vấn đề cần cân nhắc. Theo Gaissert, khối u dài 4 cm nếu ở người già, cổ ngắn, thể trạng gầy thì khả năng phục hồi khí quản một thì là khó khăn nhưng với người trẻ tuổi, thể trạng cao lớn thì đoạn khí quản được cắt bỏ có thể lên tới 6 cm [2]. BN của chúng tôi là nữ giới, trẻ tuổi, với chiều dài khối u lớn nhất là 2,5 cm và đoạn khí quản được phẫu tích dài 4 cm nên chúng tôi đã lựa chọn tạo hình khí quản bằng kỹ thuật khâu nối tận - tận.

Do phần lớn BN nhập viện thường trong tình trạng khó thở vì khối u che lấp đường thở và khả năng đặt ống nội khí quản qua khối u khó khăn; hơn nữa, do khối u kích thước lớn, nguy cơ chảy máu cao nên việc lựa chọn phương pháp gây mê là một vấn đề rất quan trọng. Theo các tác giả trên thế giới, lựa chọn phương pháp gây mê tùy theo tình trạng BN và tính chất tổn thương của khối u cùng với khí quản, các phương pháp gây mê bước đầu có thể lựa chọn bao gồm: Mê nội khí quản ống mềm, thông khí phụt khí tần số cao, mê mask thanh quản, mở khí quản và gây mê tĩnh mạch [1]. Ở trường hợp của chúng tôi, BN vào viện với tình trạng khó thở, thở rít và khối u che lấp

gần toàn bộ đường kính trong của khí quản, không thể đưa ống nội khí quản qua khối u cùng với nguy cơ chảy máu nếu tiếp xúc trực tiếp với khối u. Do đó, với ưu tiên hàng đầu là đảm bảo lưu thông đường thở của BN, chúng tôi đã lựa chọn phương pháp mở khí quản đoạn dưới u để thông khí cho BN một cách an toàn, sau đó bắt đầu tiến hành xử trí khối u.

KẾT LUẬN

UTKQNP là trường hợp bệnh lý rất hiếm gặp. Vấn đề phát hiện và chẩn đoán sớm còn nhiều khó khăn. Phần lớn BN được phát hiện khi đã bắt đầu có biểu hiện nặng đòi hỏi phải nhập viện và can thiệp sớm. Điều trị u khí quản nguyên phát phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng BN, vị trí khối u, kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng... Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u kèm tạo hình khí quản vẫn là phương pháp ưu tiên lựa chọn vì có thể mang lại kết quả tốt về mặt bệnh học cũng như cải thiện chất lượng sống cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dharmaraj, Benedict, et al. (2021). Non-intubated video-assisted thoracoscopic tracheal resection and reconstruction for benign distal tracheal stenosis: A case report and review of literature. *AME Surgical Journal*; 7: 1-7.

2. Gaissert, H. A., et al. (2004). Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina. *Ann Thorac Surg*; 78(6):1889-1896; discussion 1896-1897.
3. Honings, J., et al. (2010). Clinical aspects and treatment of primary tracheal malignancies. *Acta Otolaryngol*; 130(7): 763-772.
4. Honings, J., et al. (2007). Incidence and treatment of tracheal cancer: A nationwide study in the Netherlands. *Ann Surg Oncol*; 14(2): 968-976.
5. Junker, K. (2014). Pathology of tracheal tumors. *Thorac Surg Clin*; 24(1);7-11.
6. Macchiarini, Paolo (2006). Primary tracheal tumours. *The Lancet Oncology*; 7(1): 83-91.
7. Madariaga, M. L. L. and Gaissert, H. A. (2018). Overview of malignant tracheal tumors. *Ann Cardiothorac Surg*; 7(2):244-254.
8. Nouraei, S. M., et al. (2014). Management and prognosis of primary tracheal cancer: a national analysis. *Laryngoscope*; 124(1); 145-50.
9. Online: "<https://tuoitre.vn/phau-thuat-thanh-cong-mot-ca-benh-ung-thu-khi-quan-hiem-gap-20211112142113249.htm>"
10. Vũ Hữu Vĩnh (2017). U khí quản: Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa cắt bỏ khối u và tái tạo khí phế quản. Tạp chí Thời sự Y học. Chuyên đề Hô hấp; Tháng 3/2017: 77-81.