

U TRUNG THẤT

ThS BS Lê Nguyễn Quyền

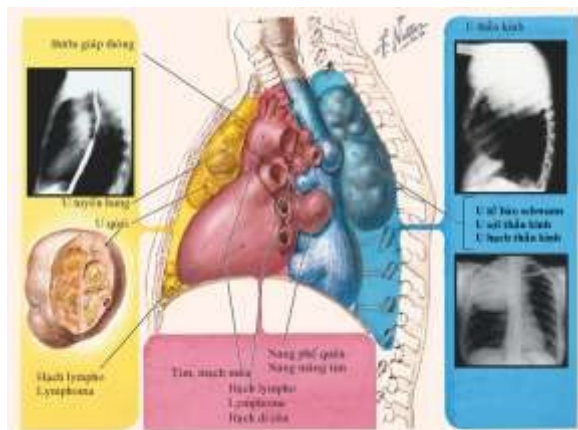
Khoa Ngoại Lồng ngực-Mạch máu-Thần kinh

1. ĐỊNH NGHĨA:

Có nhiều cách để phân chia trung thất, thông thường theo các nhà lâm sàng trung thất thường được chia thành 3 khoang trước, giữa và sau: trung thất trước được tính từ mặt sau xương ức đến mặt trước tim, trung thất sau từ phía trước cột sống đến mặt sau của tim, trung thất giữa ở giữa trung thất trước và sau. Vị trí của u liên quan đến tim giúp định hướng bản chất của u.

2. NGUYÊN NHÂN

Trung thất	Loại u thường gặp
Trước	<ul style="list-style-type: none"> ▪ U tuyến hung ▪ Bướu giáp thòng ▪ U quái (và các loại u tế bào mầm khác) ▪ Lymphoma
Giữa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nang phế quản bẩm sinh ▪ Nang màng tim ▪ U ác tính (carcinoma phế quản, hạch di căn, lymphoma, bạch cầu cấp...) ▪ Sarcoidosis ▪ Nang đôi thực quản
Sau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ U tế bào thần kinh (neuroblastoma, ganglioneuroma, ganglioneuroblastoma) ▪ U vỏ bao thần kinh (schwannoma, neurofibroma, malignant schwannoma) ▪ U tế bào cận hạch (chemodectoma, pheochromocytoma) ▪ U cột sống (di căn, u xương nguyên phát) ▪ U trung mô (u sợi, u mỡ, u cơ, u mạch máu, u bạch mạch...) ▪ Mô tạo máu ngoài cơ thể



Các loại u thường gặp ở trung thất

Dịch tễ học: U lympho là khối u trung thất phổ biến nhất trong tất cả các nhóm tuổi. U thần kinh thường gặp ở em. Khả năng ác tính lớn nhất trong nhóm tuổi từ 10 đến 50. Sự hiện diện của các triệu chứng gợi ý là nhiều hơn một tổn thương ác tính. Các triệu chứng thường không đặc hiệu và bao gồm khó thở, ho, khàn tiếng, đau ngực mơ hồ, và sốt.

3.CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Trên lâm sàng bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì hoặc có những triệu chứng liên quan đến sự chèn ép, xâm lấn đến các cơ quan xung quanh hay các triệu chứng do u tiết ra các hormone, kháng thể.

Các triệu chứng thường gặp là đau ngực (90%), sốt (20%), ho (16%), khó thở (16%).

Triệu chứng do chèn ép, xâm lấn tại chỗ:

- Chèn ép tĩnh mạch chủ trên: bệnh nhân có phù mắt, cổ, tay.
- Chèn ép thực quản: nuốt khó, nuốt nghẹn.
- Chèn ép khí quản: khó thở, thở rít.
- Chèn ép dây thần kinh quặt ngược: nói khàn, nói giọng đôi.
- Chèn ép dây thần kinh giao cảm cổ: sụp mí, co đồng tử, bừng nóng, khô ở 1/2 mặt.

Triệu chứng toàn thân:

Hội chứng	Loại u
Tăng huyết áp	U tế bào ưa crôm, u hóa thụ thể, u hạch thần kinh, u nguyên bào thần kinh
Hạ đường huyết	U trung biểu mô, u quái, sacom sợi, sacom thần kinh
Tiêu chảy	U hạch thần kinh, u nguyên bào thần kinh, U sợi thần kinh

Tăng can xi máu	U tuyến/ung thư tuyến cận giáp, bệnh Hodgkin
Con bão giáp	U tuyến/ung thư tuyến giáp
Bệnh vú to ở nam	U tế bào mầm không thuộc seminoma

3.2.Cận lâm sàng

- X quang
- CT scanner
- PEP CT
- MRI
- Sinh thiết u bằng kim qua da
- Sinh thiết u qua khí quản dưới hướng dẫn siêu âm
- Sinh thiết u qua thực quản dưới hướng dẫn siêu âm
- Nội soi trung thất sinh thiết u
- Mở trung thất sinh thiết u
- Mở ngực sinh thiết u
- Phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết u

4.ĐIỀU TRỊ

4.1. U trung thất trước

U trung thất trước bao gồm nhiều loại khác nhau như: Bướu giáp thông, lymphoma, u tuyến hung, u quái, u tế bào mầm,...

Phần lớn bướu giáp thông vào trung thất có thể cắt bỏ qua đường mổ từ trên cổ, trong những trường hợp khó khăn có thể kết hợp với phẫu thuật nội soi lồng ngực hay mở xương ức.

Điều trị u tuyến hung, u quái trung thất chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ qua đường mở ngực hay phẫu thuật nội soi lồng ngực

Đối với u tế bào mầm thì seminoma nguyên phát hay seminoma có nguồn gốc từ tinh hoàn rất nhạy với xạ trị, trong khi non-seminoma đáp ứng tốt với hóa trị.

U tuyến cận giáp lạc chỗ cũng là bệnh lý được điều trị bằng phẫu thuật, hầu hết tuyến cận giáp lạc chỗ thường ở vị trí trong lồng ngực, gần tuyến hung nên thích hợp để điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực.

4.2. U trung thất giữa

Trung thất giữa thường bao gồm nang màng tim, nang phế quản, lymphoma, hạch di căn, nang đôi thực quản.

Một số nang phế quản và nang màng tim kích thước nhỏ có thể điều trị bảo tồn với việc dõi bằng CT scanner, nếu nang có triệu chứng chèn ép, nhiễm trùng hay khi nghi ngờ là ác tính thì phẫu thuật cắt nang. Phẫu thuật cắt nang nhất là bằng phẫu thuật nội soi có nhiều thuận lợi khi giải quyết các triệu chứng, cắt bỏ được khối u và có được chẩn đoán bản chất của u.

Đối với lymphoma, hạch di căn, phẫu thuật chỉ có vai trò chẩn đoán. Điều trị xác định được thực hiện khi đã có kết quả giải phẫu bệnh. Điều trị lymphoma chủ yếu là hóa trị và xạ trị.

4.3. U trung thất sau

U trung thất sau chủ yếu có nguồn gốc thần kinh. Tần suất u ở hai bên rãnh cạnh cột sống là bằng nhau. Điều trị phẫu thuật cắt u thần kinh lành tính là thích hợp và ít gặp tái phát u.

Cần thực hiện CT scanner và MRI trước mổ để phát hiện thành phần u trong ống sống hay còn gọi là u thần kinh dạng đồng hồ cát. Trong trường hợp như vậy phải thực hiện vừa cắt phần u trong lồng ngực vừa cắt phần u trong ống sống để tránh tái phát.