

# U TRUNG THẬT

**Thạc sĩ Bác sĩ Trần Thanh Vỹ**

**Bộ môn Phẫu Thuật Tim Mạch Lồng Ngực**

# Mục tiêu

1. Biết giải phẫu và sinh lý học trung thất.
2. Biết đại cương về các loại u ở trung thất
3. Biết các u trung thất thường gặp
4. Chẩn đoán xác định u trung thất
5. Các đường vào trung thất và xử trí u trung thất

# Mục Lục Các Nội Dung

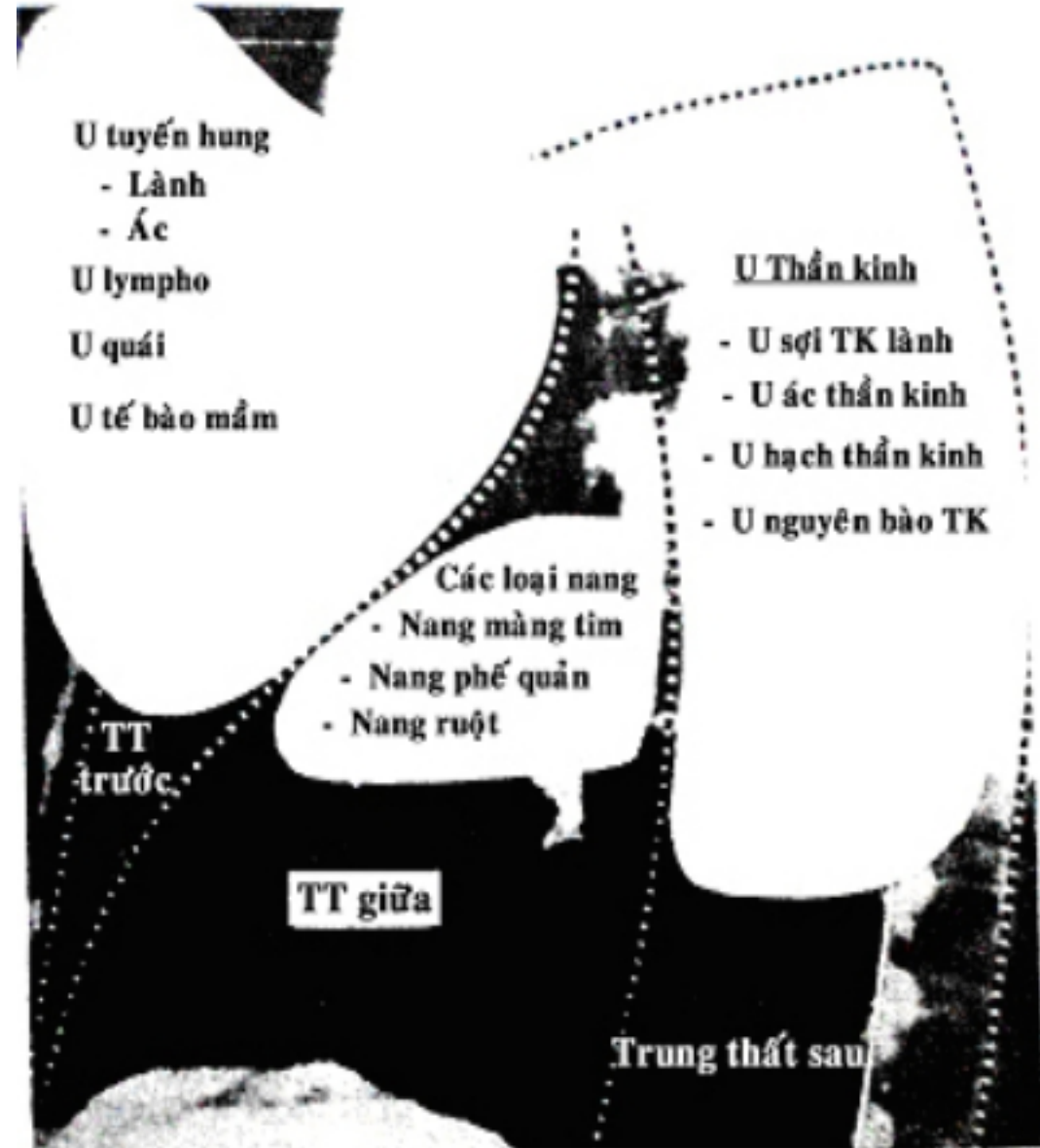
1. Đại cương
2. Giới hạn trung thất
3. Phân khu trung thất
4. Sinh lý và sinh lý bệnh trung thất
5. Phân loại u trung thất
6. Triệu chứng học
7. Các loại u thường gặp
8. Các đường vào trung thất và xử trí u trung thất

# Đại cương

- Trung thất là bộ phận quan trọng của lồng ngực, là khoảng không gian hình thang có 6 mặt, mặt đáy là cơ hoành, trần là lồng vào ngực, vách trước là xương ức, vách sau là xương sống, 2 vách bên là 2 lá thành của màng phổi trung thất.
- Trung thất chứa hầu hết các bộ phận quan trọng của lồng ngực trừ 2 lá phổi.
- Các bệnh lý ở trung thất có thể là bệnh của cơ quan tại chỗ hoặc bệnh hệ thống. Các bệnh lý của trung thất như : viêm trung thất, tràn máu trung thất, tràn khí trung thất, phình động mạch, và nhiều loại bướu nguyên phát và nang. Các bệnh lý hệ thống như : u di căn, u hạt (Granulomas) và nhiều bệnh viêm nhiễm khác . . . Các bệnh lý tại chỗ thường cho triệu chứng lâm sàng của hội chứng chèn ép hay xâm lấn cơ quan kế cận.

# Giới hạn trung thất

- Giới hạn trên : lỗ vào cổ
- Giới hạn dưới : cơ hoành
- Giới hạn sau : cột sống
- Giới hạn 2 bên : 2 lá thành màng phổi – trung thất.



# Phân khu trung thất

- **Trung thất trên:** khí quản, thực quản đoạn trên, tuyến hung, cung động mạch chủ và các nhánh.
- **Trung thất trước:** tuyến hung và mô mỡ, bạch huyết – mô lỏng lẻo.
- **Trung thất giữa:** màng tim, tim, ĐM chủ, chỗ chia khí quản và phế quản gốc, hạch phế quản.
- **Trung thất sau:** thực quản, ĐM chủ đoạn xuống, thần kinh giao cảm và ngoại biên, TM đơn.

# Sinh lý và sinh lý bệnh trung thất

- Trung thất làm vách ngăn giữa 2 phổi và màng phổi, không cho lây nhiễm từ phổi này qua phổi kia, không cho 2 khoang màng phổi liên hệ với nhau.
- Trung thất bình thường có thể di chuyển; khi áp suất trong lồng ngực một bên tăng có thể đẩy trung thất lệch về bên kia và chèn ép các bộ phận bên đó. Khi bị đẩy lệch nhiều có thể gây xoắn TM chủ dưới làm cản trở máu về tim và những hậu quả nghiêm trọng của nó.

# Phân loại u trung thất theo vị trí

Loại U	Tỷ lệ%
TRUNG TRUNG THẤT TRƯỚC, TRÊN(N= 245)	
Thymic neoplasms – u tuyến hung	31
Lymphomas – u lympho	23
Germ cell – u tế bào mầm	9
Benign – lành	8
Malignant – ác	
Carcinoma – ung thư	13
Cysts – nang	6
Mesenchymal – u trung mô	4
Endocrine – u nội tiết	5
Other – Các u khác	1



TRUNG THẤT GIỮA(N = 83)	
Cysts – nang	61
Lymphomas – u lympho	20
Mesenchymal – u trung mô	8
Carcinoma – ung thư	6
Other – các u khác	5
TRUNG THẤT SAU (N= 113)	
Neurogenic – u thần kinh	40
Benign – lành	12
Malignant – ác	
Cysts – nang	32
Mesenchymal – u trung mô	10
Endocrine – u nội tiết	2
Other – u khác	4

# Triệu chứng học

A/- Không có triệu chứng :

- Ở giai đoạn sớm, u trung thất thường không có triệu chứng, chẩn đoán xác định nhờ X quang phổi chụp định kỳ, hoặc do bệnh hệ thống mà suy ra như nhược cơ, đi tìm u tuyến hung . . . 1/3 phát hiện tình cờ khi X quang phổi khám định kỳ.

B/- Có triệu chứng :

Ở giai đoạn trễ : triệu chứng thay đổi tùy theo vị trí khối u trung thất và bản chất mô bệnh học

# Triệu chứng u trung thất ở 441 trường hợp NC Tại ĐH DUKE

Triệu chứng	Tỷ lệ(%)
Đau ngực	29
Khó thở	22
Ho	18
Sốt	13
Giảm cân	9
Chèn ép tĩnh mạch chủ trên	8
Nhược cơ	7
Mệt	6
Khó nuốt	4
Vã mồ hôi về đêm	3

# Các hội chứng thường gặp

- Chèn tĩnh mạch chủ trên
- Chèn ép tim
- Chèn ép khí - phế quản
- Chèn thực quản
- Liệt dây thần kinh quặt ngược
- Hội chứng Horner
- Tràn dưỡng trấp xoang màng phổi
- Hội chứng Pancoast

**Bệnh sử:** phát hiện tình cờ

- đau ngực, ho khan hoặc khó thở

**Khám:**

- Giai đoạn sớm: lồng ngực BT
- Giai đoạn trễ: tuần hoàn bàng hệ vùng cổ, ngực. Khó thở , BN thường ở tư thế nằm đầu cao (fowler)

**Hình ảnh**

- X quang phổi thẳng, nghiêng
- X quang thực quản cản quang thẳng, nghiêng
- CT scan ngực
- MRI ngực
- Siêu âm TT qua thực quản (ETO)

Xạ hình (tuyến giáp lạc chỗ, u giáp thòng, tuyến hung )

**Chẩn đoán sinh hoá**

- u giáp : T3 T4, TSH
- u cận giáp : PTH
- u ác tế bào mầm : HCG
- u Pheochromocytoma :  
Catecholamine .

**Nội soi trung thất sinh thiết.**

**Mở ngực lấy u làm giải phẫu bệnh.**

# CẬN LÂM SÀNG

- Trong đó X quang phổi thẳng, nghiêng là cơ bản và làm đầu tiên : từ đó hướng dẫn vị trí khối u và độ lớn của nó, ta sẽ chọn các cận lâm sàng tiếp theo để xác định tính chất u, độ xâm lấn và mô học.
- CT scan có tiêm thuốc cản quang rất có giá trị trong chẩn đoán u trung thất.

# CẬN LÂM SÀNG

- Sinh thiết kim nhỏ cũng giúp chẩn đoán qua nội soi trung thất – chẩn đoán ác tính ở 80 – 90% bệnh nhân.
- Biến chứng do sinh thiết kim nhỏ có thể có do tràn khí màng phổi 20 – 25%; thường không cần dẫn lưu kín xoang màng phổi.
- Ho ra máu 5%



# Chẩn đoán phân biệt

- Phình động mạch.
- Dẫn thân mạch máu.
- Thoát vị màng tủy (Meningoceles)  $\neq$  neurofibromas – u sợi TK
- Thoát vị cơ hoành.

# Một số loại u trung thất cần biết

## U TUYẾN ỨC

- Là u hay gặp nhất ở trung thất trước trên, tuổi : 20 – 50 tuổi.
- BN thường : ho, đau ngực và trể hơn là chèn ép tĩnh mạch chủ trên.
- X quang phổi thẳng : bóng mờ trung thất, bờ rõ.
- Thymomas hay đi kèm nhược cơ, một số khác vô sản hồng cầu (red blood cell aplasia); tuy nhiên, chỉ có 5% vô sản hồng cầu ở BN u tuyến hung, ngược lại ở 100 BN có vô sản hồng cầu thì có 33 – 50% có u tuyến hung.
- 100BN: 10% – 50% bị nhược cơ. Ngược lại 100 BN nhược cơ, có rất ít BN bị u tuyến hung, tần suất thay đổi từ 10 – 42% tùy bệnh viện.
- Tỷ lệ nam / nữ nhược cơ là 1,8 – 2.
- BN có nhược cơ đều được làm CT hay MRI ngực để tìm u tuyến hung.

- U tế bào mầm: 1 loại u dạng bì có cấu trúc ngoại bì dạng nang hay đặc, đôi khi có cấu trúc nội phôi bào bo hay trung phôi bào phát hiện ở người lớn trẻ 10 – 20% là ác tính với hóa quanh vỏ nang. X quang ngực : xương, răng ở trung tâm buồng. ngoại.
- Lymphoma: ung thư hạch. Lâm sàng không điển hình, giai đoạn trễ biểu hiện chèn ép, có hạch ngoại biên, X quang trung thất giãn rộng, CT scan có nhiều hạch bao quanh mạch máu lớn.
- U thần kinh: ở trung thất sau, gần rãnh cột sống, đa số lành tính. Lâm sàng : đau là triệu chứng chính.

- Nang phế quản: thường không triệu chứng, phát hiện nhờ X quang, ở cạnh phế quản gốc, gần carina, bao bọc tế bào biểu mô hô hấp, cơ trơn sụn, trong chứa chất lỏng đồng nhất. Khi nhiễm trùng biểu hiện triệu chứng.
- Nang ruột: phát triển dọc thanh quản, bao bọc tế bào biểu mô ống tiêu hoá, có thể nhiễm trùng. Khi nang bài tiết acid gây loét, xuất huyết, thủng.

# Nguyên Tắc điều trị

1. Điều trị u trung thất chủ yếu phẫu thuật lấy bỏ khối u
2. u ác điều trị hỗ trợ hoá trị hay xạ trị tùy bản chất mô bệnh học
3. Đường vào trung thất : qua ngả chẻ xương ức, qua ngả ngực sau bên, trước bên, nội soi TT qua ngả cổ hoặc phối hợp các ngả trên . . . tùy thuộc vào vị trí khối u và độ lớn của nó.

# Kết luận

1. Trung thất là vùng chứa nhiều cấu trúc quan trọng phân lâm 4 khu
2. Bản chất mô học các u ở trung thất rất nhiều
3. Triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện ở giai đoạn trễ, XQ CT scan, sinh thiết khối u là các phương tiện giúp chẩn đoán xác định
4. Các loại u thường gặp: u tuyến ức, u tế bào mầm, u quái, lymphoma, u thần kinh, nang phế quản, nang màng tim
5. Phẫu thuật là phương thức điều trị chính, có nhiều đường tiếp cận khối u. Hoá trị hoặc xạ trị hỗ trợ u ác tính

# Tài liệu tham khảo trước

1. U trung thất sách giáo khoa bộ môn Phẫu Thuật Tim Mạch Lồng Ngực
2. Sách chuyên khảo U Trung Thất – GS TS Nguyễn Công Minh