

Báo cáo một trường hợp hiếm gặp phẫu thuật cắt thùy phổi tạo hình phế quản

Reporting a rare case of lobectomy with bronchoplasty

Nguyễn Khắc Kiềm* và Vũ Minh Tuấn

Bệnh viện K Trung ương

Tóm tắt

Ung thư biểu mô dạng tuyến nang nguyên phát ở phổi là tổn thương ác tính cực kỳ hiếm gặp. Khối u này không có triệu chứng đặc hiệu và thường chẩn đoán muộn. Phương pháp điều trị thường được lựa chọn là phẫu thuật khi có thể. Chúng tôi ghi nhận một trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi mắc ung thư biểu mô dạng tuyến nang nguyên phát tại phế quản gốc trái. Bệnh nhân đã được điều trị triệu căn tại chỗ và xạ trị, sau đó tái phát sau 2 năm và đã được phẫu thuật cắt thùy dưới phổi trái kèm 1 phần phế quản gốc trái chứa u và tạo hình phế quản thùy trên vào phế quản gốc. Quá trình phẫu thuật diễn ra an toàn và hậu phẫu ổn định. Sau 3 năm phẫu thuật, bệnh nhân toàn trạng tốt, trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh không phát hiện tái phát và di căn xa.

Từ khóa: Ung thư biểu mô dạng tuyến nang; ung thư phổi; phẫu thuật cắt phổi tái tạo đường dẫn khí, ca lâm sàng.

Summary

Adenoid cystic carcinoma of the lung is an extremely rare malignant lesion. This tumor usually presents with nonspecific symptoms and is often diagnosed lately. Surgery is the preferred method of treatment. We report a case of a young patient with adenoid cystic carcinoma of the left main bronchus. The patient underwent local definitive treatment radiation therapy, then experienced recurrence after 2 years. The left lower lobectomy was performed with a part of the left main bronchus and reconstruction of the airway. The surgical procedure was performed safely with stable postoperative recovery. After 3 years of surgery, the patient's overall condition is good, and there is no recurrence or distant metastasis detected on imaging diagnostics.

Keywords: Adenoid cystic carcinoma, lung cancer, sleeve resection, case report.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô dạng tuyến nang (UTBMDTN) là một khối u thuộc loại tuyến nước bọt. Vị trí nguyên phát ở phổi rất hiếm gặp, chiếm 0,04-0,2% trong tất cả các bệnh ung thư phổi¹. UTBMDTN nguyên phát ở phổi là khối u ác tính phát triển từ các tuyến phế quản, thường xảy ra ở tuổi từ 40-50 mà không phụ thuộc vào giới tính hay tiền sử hút

thuốc lá². Về mặt giải phẫu bệnh, UTBMDTN của phổi gồm 3 dạng mô học chính: thường gặp nhất là dạng tổ ong (Cribriform), dạng ống tuyến (Tubular) và dạng đặc (solid). Đây là một ung thư có mức độ ác tính thấp, thường tại các phế quản trung tâm, chủ yếu xâm lấn tại chỗ, ít di căn hạch và di căn xa. Ở giai đoạn tiến triển tại chỗ, phẫu thuật cắt trọn vện khối u khi còn có thể, là phương pháp điều trị triệt căn được ưu tiên. Ngoài ra xạ trị triệt căn cũng là một phương pháp được chỉ định khi đánh giá khối u không thể phẫu thuật. Đặc điểm u phát triển ở phế quản trung tâm và thường được chẩn đoán muộn

Ngày nhận bài: 23/7/2025, ngày chấp nhận đăng: 26/9/2025

* Tác giả liên hệ: brightdoctorfu@gmail.com

Bệnh viện K Trung ương

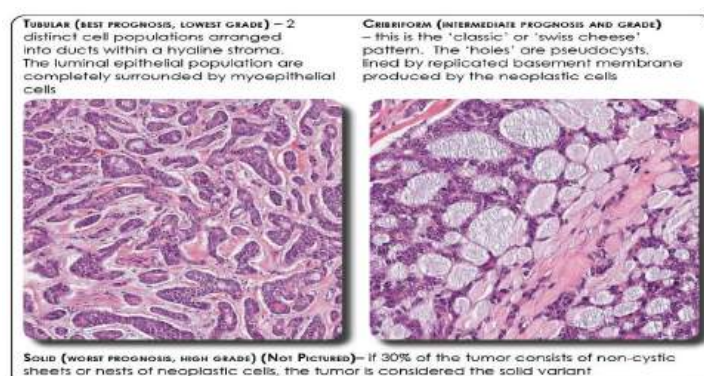
khi khối u đã phát triển dọc theo cây phế quản. Trong trường hợp đó, phẫu thuật cắt bỏ khối u tại chỗ, tạo hình phế quản, bảo tồn nhu mô phổi là một lựa chọn tốt tránh phẫu thuật cắt phổi lớn (cắt thùy phổi hoặc cả lá phổi) mà vẫn đảm bảo triệt căn về ung thư học. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi được chẩn đoán ung thư phế quản trái dạng tuyến nang tái phát sau điều trị tại chỗ trước đó và được phẫu thuật cắt thùy phổi.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

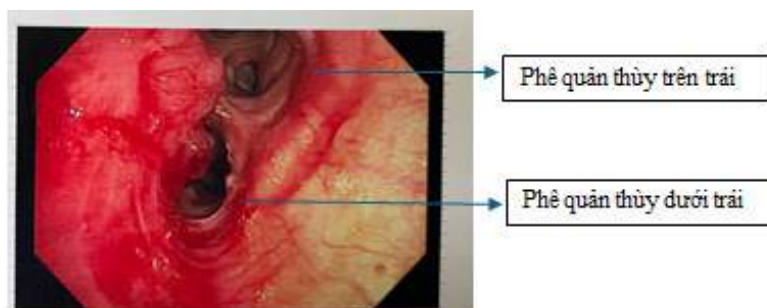
Tại thời điểm đến với chúng tôi, bệnh nhân nữ 36 tuổi, không có bệnh lý nội khoa phổi hợp. Tiền sử: Tháng 1/2020, bệnh nhân xuất hiện ho ra máu, được chẩn đoán Ung thư phế quản trái giai đoạn tại chỗ, tổn thương tại phế quản gốc trái với giải phẫu bệnh học Ung thư biểu mô dạng tuyến nang. Tại thời điểm chẩn đoán, qua khai thác bệnh nhân

không đồng ý phẫu thuật và đã được điều trị đốt sóng cao tần qua nội soi phế quản sau đó được xạ trị với liều 66 Gray và ra viện theo dõi định kỳ 3 tháng/lần trong năm đầu tiên tại Bệnh viện ở Hà Nội, sau đó bệnh nhân theo dõi tại tuyến cơ sở. Đến tháng 9 năm 2022, bệnh nhân xuất hiện lại triệu chứng ho ra máu, được nội soi phế quản phát hiện tổn thương tái phát.

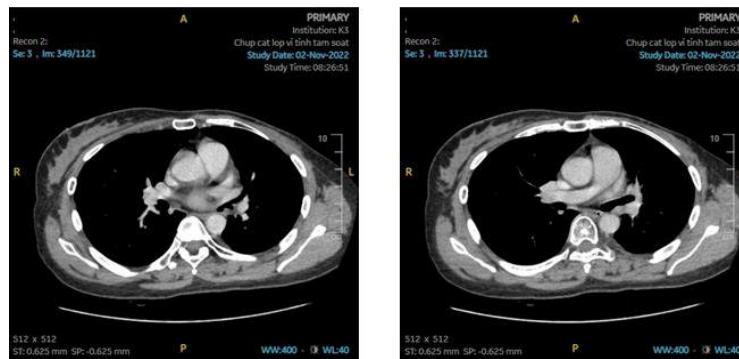
Khám lâm sàng, bệnh nhân thể trạng tốt, ho máu số lượng ít. Sinh thiết u kết luận là Ung thư biểu mô dạng tuyến nang (Hình 1). Nội soi phế quản cho thấy hình ảnh tổn thương dạng lõi phế quản gốc trái gây hẹp lòng phế quản (Hình 2). Cắt lớp vi tính lồng ngực cho thấy hình ảnh tổn thương lòng phế quản gốc trái lan xuống phế quản thùy dưới (Hình 3). Không phát hiện di căn xa trên PET/CT, MRI sọ não và xạ hình xương.



Hình 1. Hình ảnh mô bệnh học của ung thư biểu mô dạng tuyến nang, dạng thường gặp và tiên lượng tốt nhất là dạng tổ ong (Cribriform), tiêu chuẩn nhận diện bao gồm: Các ổ tế bào tạo thành cấu trúc dạng lưới giống “tổ ong”, trong các hốc nang có chất nền ưa base dạng hyaline, PAS dương tính.



Hình 2. Nội soi phế quản cho thấy tổn thương u vị trí phế quản gốc trái đường kính 1cm, cách ngã ba một đoạn khoảng 0,5 - 1 cm, thâm nhiễm xuống phế quản dưới trái một đoạn 1 - 1,5cm đến sát phế quản phân thùy 6, phế quản thùy trên thông thoáng niêm mạc nhẵn



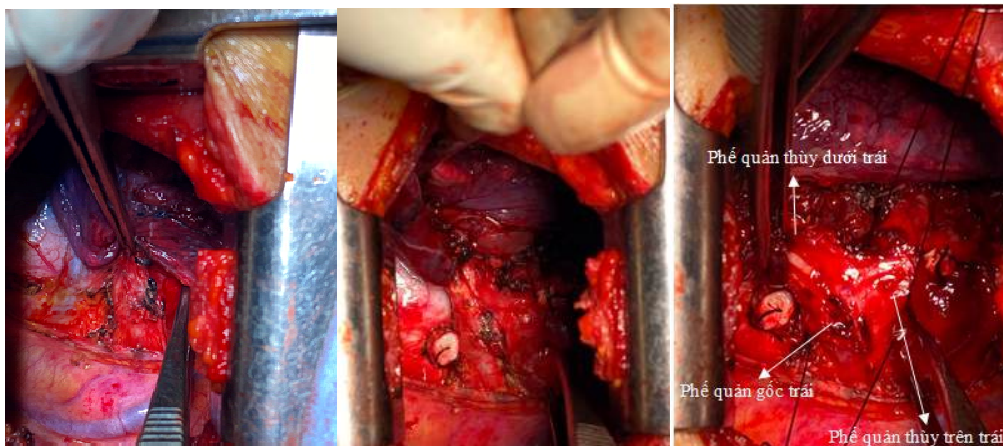
Hình 3. Tổn thương lồng phế quản gốc trái lan xuống phế quản thùy dưới

Bệnh nhân được chẩn đoán: Ung thư phế quản trái tái phát. Phương pháp phẫu thuật được đưa ra sau khi hội chẩn tiểu ban Lồng ngực Bệnh viện K: cắt phế quản thùy dưới trái kèm một phần phế quản gốc trái có chứa u, tạo hình nối phế quản thùy trên vào phế quản gốc. Kỹ thuật này giúp bảo tồn chức năng phổi so với kỹ thuật cắt toàn bộ phổi trái. Chúng tôi cũng cân nhắc phương pháp cắt một phần PQ gốc trái, phần đầu phế quản thùy dưới và tái tạo lại 2nd carina, ưu điểm của phương pháp này là không cần cắt thùy dưới nên bảo tồn được toàn vẹn chức năng phổi trái. Tuy nhiên trên hình ảnh nội soi, u xâm lấn từ phế quản gốc xuống phế quản thùy dưới trái một đoạn khá dài 1 – 1,5cm đến sát phế quản phân thùy 6. Vì vậy nên việc đảm bảo diện cắt âm tính sẽ khó hơn, và mỏ nối phế quản sẽ căng hơn so với kỹ thuật cắt thùy dưới và một phần phế quản gốc, tạo hình nối phế quản thùy trên vào phế quản gốc.

Quá trình phẫu thuật: Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng phải. Đường mổ là đường sau bên trái, KLS 4-5 với vết mổ dài khoảng 7 cm (hình 4):



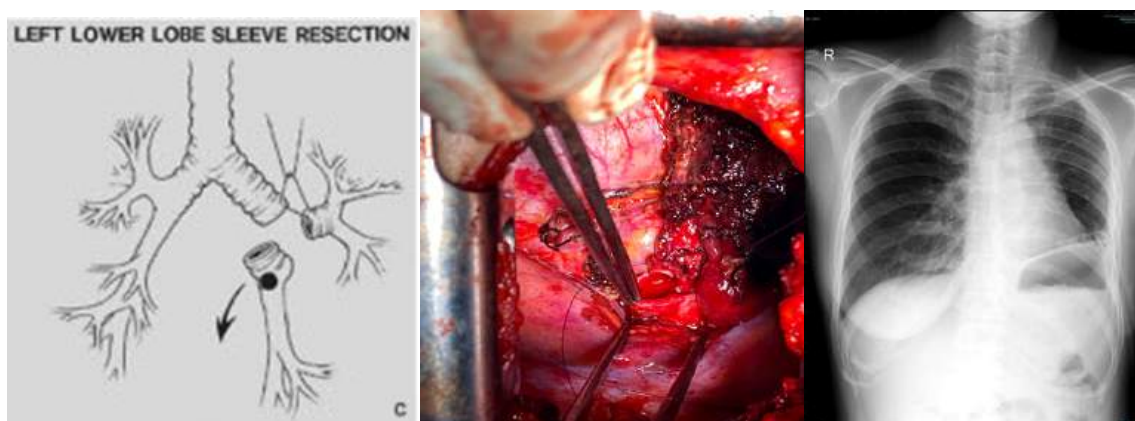
Hình 4. Tư thế và đường rạch da



Hình 5. Tổn thương trong mổ nhìn từ ngoài vào là u trong lồng phế quản đẩy lùi phế quản gốc bên trái



Hình 6. Tổn thương u trong lòng phế quản gốc trái đường kính 1cm, lan xuống 1 phần phế quản thùy dưới.



Sau phẫu thuật phổi nở tốt, bệnh nhân được rút dẫn lưu ngày thứ 7

Chúng tôi đã tiến hành cắt phế quản thùy dưới trái kèm một phần phế quản gốc trái có chứa u, tạo hình nối phế quản thùy trên vào phế quản gốc (Hình 6). Trong mổ kẹp mổ cố gắng bảo tồn tối đa các nhánh của động mạch phế quản để đảm bảo nuôi dưỡng cho mỏm nối, hạn chế nguy cơ hoại tử mỏm nối cho thiếu dưỡng. Chúng tôi tiến hành lấy diện cắt phế quản theo các nguyên tắc cơ bản: Đảm bảo diện cắt âm tính (R0) và bảo tồn tối đa chiều dài của phế quản lành tính để tránh căng miệng nối làm tăng nguy cơ rò miệng nối sau mổ. Diện cắt được kẹp mổ lấy cách tổn thương 0,5cm và kết quả tức thì trong mổ âm tính.

Hậu phẫu 1 tháng, trên nội soi phế quản mỏm nối liền tốt, lòng phế quản thông thoáng không chít hẹp, không phát hiện dấu hiệu hoại tử mỏm nối hay tổn thương nghi ngờ tái phát tại chỗ, trên CT ngực: thùy trên phổi trái nở tốt, không có hình ảnh tràn khí.

Theo dõi sau điều trị: Bệnh nhân được chỉ định khám lại định kỳ 3 tháng/ lần. Thời điểm hiện tại lần khám lại gần nhất tháng 6 năm 2025, bệnh ổn định chưa phát hiện tổn thương tái phát tại chỗ và di căn xa trên nội soi phế quản và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

III. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô dạng tuyến nang nguyên phát tại phổi là một khối u độ ác tính thấp rất hiếm gặp với đặc điểm của các khối u thường gặp ở tuyến nước bọt. Thường gặp ở những bệnh nhân từ 40-50 tuổi và không liên quan đến giới tính hay hút thuốc lá. Ung thư biểu mô tuyến nang với đặc điểm tiến triển chậm và có xu hướng xâm nhập sâu qua sụn khí quản và > 90% phát sinh ở phế quản trung tâm³. Về mô bệnh học UTBMTN hay gặp 3 nhóm chính là: dạng tổ ong, dạng ống tuyến và dạng đặc. Trong đó dạng tổ ong hay gặp và tiên lượng tốt nhất với hình ảnh mô học đặc trưng bởi các ổ tế bào tạo thành cấu trúc dạng lưới giống "tổ ong", trong các hốc nang có chất nền ưa base dạng hyaline, PAS dương tính. Khối u thường ít di căn hạch và di căn xa, chủ yếu xâm lấn tại chỗ nên các phương pháp điều trị đặc biệt là phẫu thuật được ưu tiên chọn lựa.

Triệu chứng lâm sàng có thể là không có triệu chứng hoặc có dấu hiệu tắc nghẽn đường thở, khó thở, ho ra máu và đau ngực. Nội soi phế quản có thể xác định vị trí và mức độ lan tràn trong đường dẫn

khí, chụp CLVT lồng ngực có thể xác định kích thước và độ xâm lấn của khối u. Lựa chọn điều trị phẫu thuật được ưu tiên tuy nhiên việc phẫu thuật triệt căn thường khó khăn do độ xâm lấn rộng của khối u vì thế phẫu thuật có tạo hình phế quản cũng thường xuyên được chỉ định^{4, 5}. Đối với trường hợp của chúng tôi, khối u nguyên phát vị trí phế quản gốc trái được điều trị ban đầu bằng các phương pháp tại chỗ bằng đốt sóng cao tần và tia xạ tại một bệnh viện ở Hà Nội. Sau đó, bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện K với triệu chứng ho ra máu dai dẳng, và phát hiện tái phát sau 2 năm, và với đặc tính khối u tiến triển tại chỗ, chưa có bằng chứng di căn hạch và di căn xa, chúng tôi tiểu ban Lồng ngực gồm nhiều chuyên gia đã thống nhất lựa chọn phẫu thuật. Chiến lược tiếp cận phẫu thuật cho bệnh nhân là phẫu thuật cắt thùy dưới phổi trái kèm một phần phế quản gốc và tái tạo đường dẫn khí. Ưu điểm nổi bật của kỹ thuật này so với phẫu thuật cắt phổi trái: bệnh nhân được bảo tồn tối đa chức năng hô hấp, giảm biến chứng và tử vong sau mổ: giảm nguy cơ phù phổi cấp, tăng áp phổi và suy tim phải, đồng thời kỹ thuật này vẫn đảm bảo nguyên tắc triệt căn về mặt ung thư. Đường mổ tiếp cận thông qua đường bên khoang liên sườn 4-5 bên trái. Trong mổ chúng tôi đã cắt bỏ hoàn toàn khối u và tiến hành tạo hình đường dẫn khí bằng cách khâu phế quản thùy trên vào phế quản gốc, diện cắt phế quản âm tính. Việc theo dõi xa cho bệnh nhân là cần thiết vì tính chất tiến triển tái phát tại chỗ hay gặp nhưng diễn ra muộn. Di căn xa ít gặp nhưng có thể gặp ở gan, xương và não. Thời gian theo dõi có thể kéo dài lên đến 10-15 năm⁴.

IV. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô dạng tuyến nang nguyên phát tại phổi là khối u hiếm gặp, tiến triển chậm. Việc chẩn đoán chính xác đòi hỏi sự phối hợp của bác sĩ lâm sàng và bác sĩ giải phẫu bệnh. Điều trị chủ yếu dựa trên phẫu thuật. Phẫu thuật cắt thùy phổi có tái tạo đường dẫn khí là một phẫu thuật giúp bảo tồn chức năng hô hấp của bệnh nhân, đồng thời vẫn phải đảm bảo nguyên tắc triệt căn về mặt ung thư học, đồng thời giảm các nguy cơ biến chứng sau mổ so với kỹ thuật cắt toàn bộ phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fern´andez L, Salazar N, Sua LF, Vel´asquez M (2018) *Sleeve pneumonectomy and carinal resection for management of primary adenoid cystic tumor of the lung with carinal extension: report of two cases.* Respir. Med. Case Rep. 24(26): 82-86.
2. Fern´andez L, Salazar N, Sua LF, Vel´asquez M (2018) *Sleeve pneumonectomy and carinal resection for management of primary adenoid cystic tumor of the lung with carinal extension: report of two cases.* Respir. Med. Case Rep 24(26): 82-86. Nov."
3. Fern´andez L, Salazar N, Sua LF, Vel´asquez M (2018) *Sleeve pneumonectomy and carinal resection for management of primary adenoid cystic tumor of the lung with carinal extension: report of two cases.* Respir. Med. Case Rep 24(26): 82-86.
4. Honings J, Gaissert HA, Weinberg AC, Mark EJ, Wright CD, Wain JC et al (2010) *Prognostic value of pathologic characteristics and resection margins in tracheal adenoid cystic carcinoma.* Eur. J. Cardiol 37(6): 1438-1444,
5. Inoue H, Iwashita A, Kanegae H, Higuchi K, Fujinaga Y, Matsumoto I (1991) *Peripheral pulmonary adenoid cystic carcinoma with substantial submucosal extension to the proximal bronchus.* Thorax 46: 147-148. doi: 10.1136/thx.46.2.147".
6. Yokouchi Hiroshi, Otsuka Yoshinori, Takemoto Norihiro, Ito Kiyotaka, Uchida Yoshizaki, Okamoto Kenzo, Nishimura Masaharu, Kimura Kiyonobu, Kaji Hiroshi (2007) *Primary peripheral adenoid cystic carcinoma of the lung and literature comparison of features.* The Japanese Society of Internal Medicine 46:1799-1803.
7. Grillo HC, Mathisen DJ (1990) *Primary Tracheal tumors: treatment and results.* Ann Thorac Surg 49: 69-77. doi: 10.1016/0003-4975(90)90358-D".
8. Junejo NN, Almusalam L, Alothman KI, Al Hussain TO (2019) *An unusual case report of pulmonary adenoid cystic carcinoma metastasis to the kidney.* Case report and literature review, Urol. Case Rep. 27: 100927.