

RARE CLINICAL CASE REPORT: BRONCHIAL CARDIOVASCULAR TUMOR, SUCCESSFULLY TREATED BY LAPAROSCOPIC INTERVENTION TUMOR REMOVAL AT NATIONAL LUNG HOSPITAL IN 2024

Nguyen Xuan Giang*, Nguyen Huy Binh, Le Ngoc Huy

National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received: 23/02/2024

Revised: 19/03/2024; Accepted: 11/04/2024

ABSTRACT

Endobronchial chondroma is a particularly rare type of tumor originating from the cartilaginous structures within the bronchial tree. These tumors are benign in nature but can pose significant challenges in diagnosis and treatment due to low incidence and diagnostic rates. We report a case of endobronchial chondroma occurring in a 58-year-old female patient. The patient underwent treatment for infection for several months but did not achieve treatment success. The lesion caused partial collapse of a lung lobe and surgical resection of the lobe was indicated. Through endoscopic intervention, we were able to resolve the obstructive mass within the patient's airway, allowing the patient to avoid lung resection surgery and preserve maximal lung function.

Keywords: Endobronchial chondroma, airway obstructive mass, lung function preservation.

*Corresponding author

Email address: Nguyenxuangiang96@gmail.com

Phone number: (+84) 968223541

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1140>

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP: U SỤN PHẾ QUẢN, ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI CAN THIỆP CẮT U TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Nguyễn Xuân Giang*, Nguyễn Huy Bình, Lê Ngọc Huy

Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/02/2024

Chỉnh sửa ngày: 19/03/2024; Ngày duyệt đăng: 11/04/2024

TÓM TẮT

U sụn nội phế quản (Endobronchial Chondroma) là khối u đặc biệt hiếm gặp phát sinh từ các cấu trúc sụn trong cây phế quản. Những khối u này có bản chất lành tính nhưng có thể gây ra những thách thức đáng kể trong chẩn đoán và điều trị vì tỉ lệ mắc và chẩn đoán đúng thấp. Chúng tôi ghi nhận và báo cáo một trường hợp u sụn nội phế quản xảy ra trên một bệnh nhân nữ 58 tuổi. Bệnh nhân đã được điều trị theo hướng nhiễm trùng trong nhiều tháng nhưng không đạt được kết quả điều trị, tổn thương gây ra xẹp một phân thùy phổi và có chỉ định phẫu thuật cắt thùy phổi. Nhờ nội soi can thiệp, chúng tôi đã giải quyết được khối tắc nghẽn trong lòng đường thở của bệnh nhân, giúp bệnh nhân tránh một cuộc phẫu thuật cắt phổi, bảo tồn được tối đa chức năng phổi.

Từ khoá: U sụn nội phế quản, tắc nghẽn trong lòng đường thở, bảo tồn chức năng phổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sụn nội phế quản (Endobronchial Chondroma) là khối u đặc biệt hiếm gặp phát sinh từ các cấu trúc sụn trong cây phế quản. Những khối u này có bản chất lành tính nhưng có thể gây ra những thách thức đáng kể trong chẩn đoán và điều trị vì tỉ lệ mắc và chẩn đoán đúng thấp, ít được mô tả trong y văn, thường bị phân loại sai với u mô thừa (hamartoma), cùng khả năng gây ra các triệu chứng tắc nghẽn, nhiễm trùng [1,2]. Chúng có thể là một phần của bộ ba Carney; tuy nhiên, u sụn nội phế quản đơn độc có thể xảy ra ở thanh quản, khí quản và phế quản [3,4]. Mặc dù hiếm gặp nhưng u sụn nội phế quản nên được xem xét, nghĩ đến trong chẩn đoán phân biệt các khối u nội phế quản. Việc phát hiện và cắt bỏ kịp thời các u sụn nội phế quản là rất quan trọng để ngăn ngừa tắc nghẽn đường thở và các biến chứng liên quan.

Chúng tôi ở đây báo cáo một trường hợp của một phụ nữ 58 tuổi ban đầu được điều trị viêm phổi thùy trên phải, định hướng căn nguyên mắc phải tại cộng đồng, tuy nhiên, sau điều trị nhiều đợt, các triệu chứng của bệnh nhân vẫn tồn tại, cần phải điều trị thêm, điều này khẳng định chẩn đoán viêm phổi sau tắc nghẽn. Bệnh

nhân đã được làm các thăm dò sâu hơn và phát hiện ra khối u tắc nghẽn tại phế quản phân thùy 3 phổi Phải.

2. CA LÂM SÀNG

2.1. Lâm sàng

Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ, 58 tuổi, tiền sử: Viêm phổi do NTM (*M. fortuitum* group) 2022, điều trị 9 tháng bằng Doxycyclin 200mg/ngày, Azithromycin 500mg/ngày. Ngoài ra, bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý nội khoa và không hút thuốc.

Bệnh nhân sau điều trị vẫn còn ho nhiều, ho khan. Cách vào viện 6 tháng, bệnh nhân ho tăng nhiều, ho khan đôi khi có đờm đặc, đục, kèm theo khó thở tăng dần, khó khè, không sốt, đau tức ngực âm ỉ, mệt nhiều, đi khám, vào viện. Khám lâm sàng cho thấy rì rào phế nang giảm ở vùng trên phổi bên phải, nghi ngờ có tắc nghẽn đường thở ở bên phải.

2.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa: Không có bất thường về công thức máu và sinh hóa máu.

*Tác giả liên hệ

Email: Nguyenxuanguiang96@gmail.com

Điện thoại: (+84) 968223541

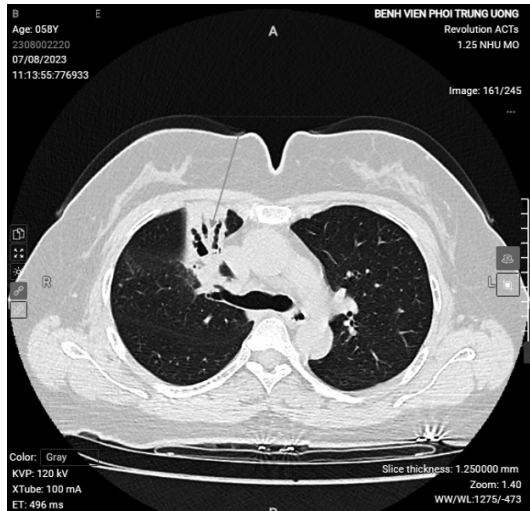
<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1140>

► CHUYÊN ĐỀ BỆNH KHÔNG NHIỄM TRÙNG ◀

- Đo chức năng hô hấp cho thấy bệnh nhân không có rối loạn thông khí tắc nghẽn, các chỉ số FVC, FEV1 đều trong giới hạn cho phép.

- Chụp X-quang ngực thẳng, nghiêng cho thấy vùng mờ ở vùng trên phổi phải. Chụp cắt lớp vi tính (CT) ngực

cho thấy một khối rõ ràng trong lòng phế quản thùy trên phải, kích thước 8x9 mm, bờ đều, kèm theo giãn phế quản, kính mờ thùy trên phổi phải (Hình 1).



Hình 1A: Mặt phẳng axial chủ yếu thấy giãn phế quản, kính mờ cùng xẹp thùy trên phổi Phải, không rõ tổn thương khối trong lòng phế quản

Hình 1B: Mặt phẳng coronal đã cho thấy có khối bất thường nằm trong lòng phế quản, kích thước 8x9 mm

Hình 1. Hình ảnh tổn thương trên phim chụp CLVT ngực

- Nội soi phế quản cho thấy sự hiện diện của một khối tròn, nhẵn làm tắc nghẽn phế quản phân thùy 3 thùy trên bên phải. Các mẫu sinh thiết được lấy trong quá

trình nội soi phế quản để làm chẩn đoán mô bệnh học (Hình 2).

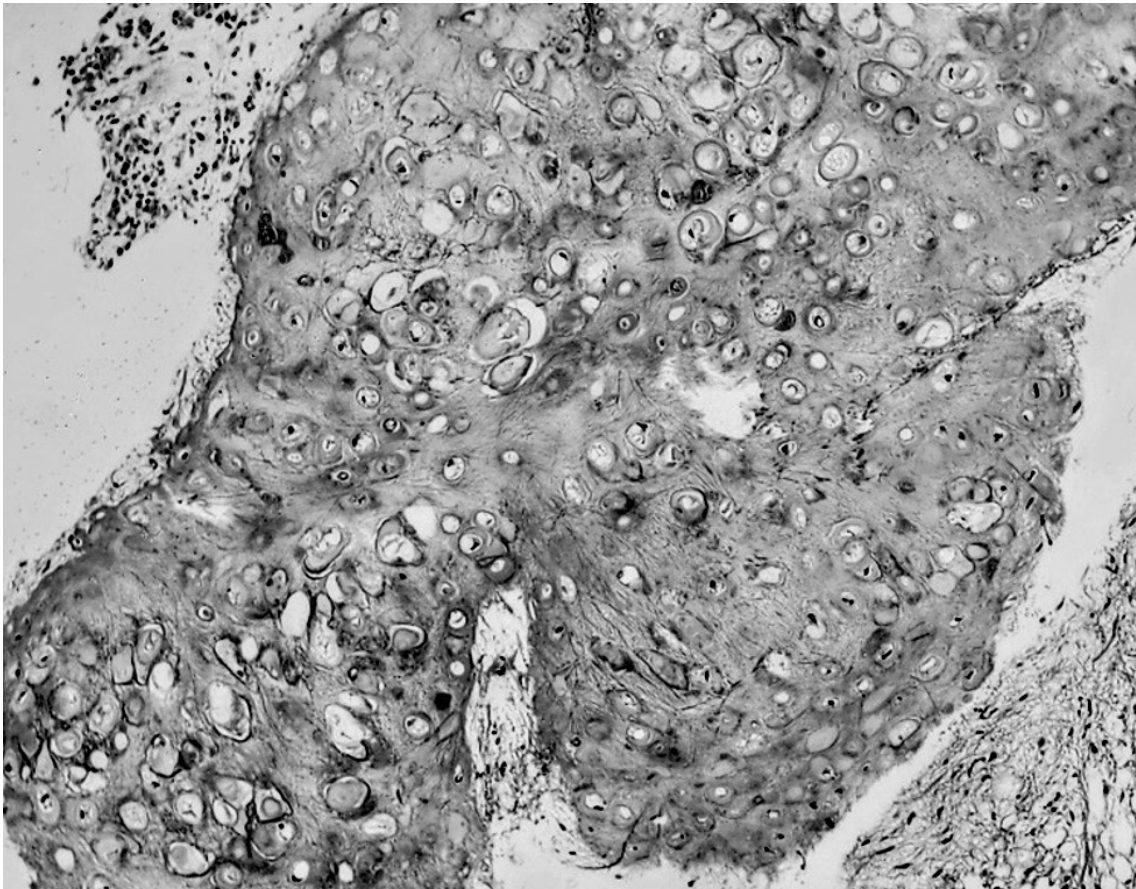


Hình 2. Hình ảnh tổn thương trên nội soi phế quản

- Chẩn đoán giải phẫu bệnh:

Phân tích mẫu mô bệnh học của các mẫu sinh thiết qua nội soi phế quản và mẫu mô bệnh sau can thiệp nội soi ống cứng cắt u cho thấy sự hiện diện của sụn hyaline

trở thành với cấu trúc dạng thùy, phù hợp với chẩn đoán u sụn nội phế quản.



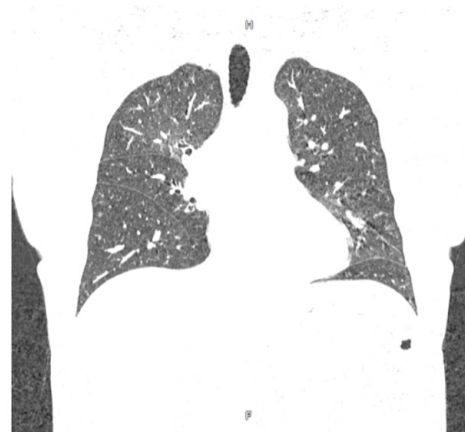
Hình 3. Thành phần sụn hyaline và myxoid có tính chất ít tế bào và nhân kém bắt màu

- Điều trị và kết quả:

Bệnh nhân được hội chẩn Hội đồng phẫu thuật của Bệnh viện Phổi Trung ương, với tính chất lành tính của khối u và các triệu chứng tắc nghẽn của nó, bệnh nhân đã được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ khối u. Phẫu thuật nội soi lồng ngực có video hỗ trợ (VATS) đã được cân nhắc đưa ra với khả năng loại bỏ hoàn toàn khối u nhưng kèm theo đó là bệnh nhân sẽ phải phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ thùy trên phổi phải vì khối u có một phần nằm ở phế quản thùy trên. Sau khi cân nhắc, Hội đồng đã quyết định lựa chọn can thiệp phẫu thuật cắt bỏ khối u qua nội

soi phế quản ống cứng.

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt bỏ u sụn phế quản cho bệnh nhân qua nội soi phế quản bằng cách sử dụng ống soi phế quản cứng dưới gây mê toàn thân. Việc loại bỏ hoàn toàn khối u đã đạt được và quá trình phục hồi sau phẫu thuật diễn ra suôn sẻ. Nội soi phế quản theo dõi được thực hiện một tháng sau phẫu thuật cho thấy đường thở thông thoáng và không có bằng chứng khối u tái phát. Hình ảnh chụp CLVT của bệnh nhân cho thấy phân thùy 3 phổi phải đã nở lại gần hoàn toàn.



Hình 4. Sau can thiệp 1 tháng





Hình 5. Sau can thiệp 6 tháng

3. BÀN LUẬN

U sụn nội phế quản cực kỳ hiếm, chỉ có một vài trường hợp được báo cáo trong y văn. Gaissert và cộng sự đã báo cáo rằng các khối u lành tính chiếm 0,2% tổng số khối u phổi ở người lớn ở Hoa Kỳ [2]. Về mặt mô học, các khối u lành tính thường gặp nhất là u nhú và u mô thừ; còn u sụn là không phổ biến [2]. Theo báo cáo của tác giả Fernandez-Bussy, dựa trên cơ sở dữ liệu LILAC, tính đến năm 2014, chỉ có tổng cộng 23 trường hợp u sụn nội phế quản được báo cáo, tỷ lệ nam/nữ là 3/2, với độ tuổi trung bình là $46,3 \pm 17,8$ tuổi [4].

Những khối u này phát sinh từ các cấu trúc sụn trong cây phế quản và thường biểu hiện các triệu chứng tắc nghẽn đường thở như ho, khó thở và thở khò khè. Chẩn đoán thường khó khăn và đòi hỏi sự kết hợp của các nghiên cứu hình ảnh, chẳng hạn như chụp CT và nội soi phế quản, cùng với kiểm tra mô bệnh học của mẫu sinh thiết.

U sụn phế quản được tạo thành hoàn toàn từ sụn hyaline trưởng thành lành tính và đặc trưng là không có các khe hở bên trong được lót bởi biểu mô phế nang. Các khối u trung mô và u mô thừ liên quan có thể có mô mỡ, cơ hoặc xương. U sụn phế quản phát triển trong xương và thường xuyên hơn ở bộ xương trục, màng hoạt dịch của gân hoặc mô mềm gần gần ở bàn tay và bàn chân. U sụn nội phế quản có thể xuất hiện ở thanh quản, khí quản hoặc phế quản lớn, mặc dù chúng thường được quan sát thấy ở khí quản hơn là ở phế quản [3, 5].

Phẫu thuật cắt bỏ vẫn là phương pháp điều trị chính cho u sụn nội phế quản, nhằm giảm bớt các triệu chứng tắc nghẽn và ngăn ngừa các biến chứng như nhiễm trùng tái phát hoặc viêm phổi. Cắt bỏ qua nội soi phế quản được ưa thích hơn đối với các tổn thương nhỏ hơn có thể can thiệp bằng nội soi, trong khi các khối u lớn hơn có thể cần phẫu thuật cắt bỏ thông qua phẫu thuật lồng ngực hoặc phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ bằng video (VATS). Ngoài ra, phẫu thuật cắt bỏ khối u qua nội soi phế quản còn giúp cho việc bảo tồn được tối đa các phân thùy phổi [4–6].

4. KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp về u sụn nội phế quản ở một phụ nữ 58 tuổi, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét ca bệnh hiếm gặp này trong chẩn đoán phân biệt các khối u phế quản. Nhận biết sớm và xử trí thích hợp là rất quan trọng để đạt được kết quả điều trị thuận lợi, cũng như giảm thiểu các biến chứng có thể xảy ra ở bệnh nhân mắc u sụn phế quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- [1] Brewster DC, MacMillan IKR, Edwards FR, Chondroma of the Trachea: Report of a Case and Review of the Literature. *The Annals of Thoracic Surgery*. 1975;19(5):576-584. doi:10.1016/S0003-4975(10)64437-2
- [2] Gaissert HA, Mark EJ, Tracheobronchial Gland Tumors. *Cancer Control*. 2006;13(4):286-294. doi:10.1177/107327480601300406
- [3] Aidan Carney J, The triad of gastric epithelioid leiomyosarcoma, functioning extra-adrenal paraganglioma, and pulmonary chondroma. *Cancer*. 1979;43(1):374-382. doi:10.1002/1097-0142(197901)43:1<374::AID-CN-CR2820430152>3.0.CO;2-T
- [4] Fernandez-Bussy S, Labarca G, Descalzi F et al., Endobronchial Chondromas. *Respiratory care*. Published online July 15, 2014. doi:10.4187/respcare.02673
- [5] Ryu KM, Myong N, Kim D, Endobronchial enchondroma: Unusual bronchial tumor. *Clin Case Rep*. 2022;10(1):e05292. doi:10.1002/ccr3.5292
- [6] Nesketa B, Alrajab S, Wellikoff A et al., A 38-Year-Old Woman With Asthma and Recurrent Pneumonia. *CHEST*. 2012;142(4):1A. doi:10.1378/chest.1387686