

GIANT SOLITARY FIBROUS TUMOR OF THE PLEURA TREATED AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL: A RARE CASE REPORT

Pham Dac Dong, Phan Le Thang, Nguyen Van An, Pham Van Hoan

Department of On-Demand Surgery, Hanoi Oncology Hospital-42A P. Thanh Nhàn, Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam

Received: 26/05/2026

Revised: 16/06/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Solitary fibrous tumor of the pleura (SFTP) is a rare neoplasm, accounting for less than 5% of all primary pleural tumors. While typically benign and slow-growing, SFTP can reach a massive size, leading to severe compression of mediastinal structures and manifest respiratory symptoms. Giant SFTP (gSFTP) is defined as an SFTP measuring over 15 cm or occupying more than 40% of the affected hemithorax. We report a case of a giant benign SFTP in a 64-year-old female patient who presented with progressive dyspnea and right-sided chest pain. Chest computed tomography (CT) revealed a large, solid mass occupying almost the entire right pleural cavity, without invasion into the lung parenchyma or mediastinal structures. The pathology report from the preoperative needle biopsy revealed a solitary fibrous tumor of the pleura. The patient underwent complete tumor resection via a right thoracotomy. The excised mass measured 21x21 cm and weighed over 2 kg. Histopathological examination confirmed a solitary fibrous tumor of the pleura. Postoperatively, the patient recovered well with no signs of recurrence during a 12-month follow-up period. The patient was then instructed to continue with regular check-ups. This case highlights the clinical importance of early recognition and prompt surgical management of giant pleural tumors, despite their rarity.

Keywords: solitary fibrous tumor of the pleura, giant solitary fibrous tumor of the pleura, pleural tumor, mediastinal mass, thoracic surgery.

*Corresponding author

Email: phamdacdong@gmail.com **Phone:** (+84) 989586668 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i7.5967



ĐIỀU TRỊ U XƠ ĐƠN ĐỘC MÀNG PHỔI KHỔNG LỒ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Phạm Đắc Đông, Phan Lê Thắng, Nguyễn Văn An, Phạm Văn Hoàn

Khoa Ngoại yêu cầu, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội-42A P. Thanh Nhàn, Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 26/05/2026

Ngày chỉnh sửa: 16/06/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

U xơ đơn độc màng phổi là một khối u hiếm gặp, chiếm <5% các u nguyên phát của màng phổi. Bệnh thường lành tính và tiến triển chậm, nhưng khi kích thước lớn có thể gây chèn ép cấu trúc trung thất và gây ra triệu chứng hô hấp rõ rệt. U xơ đơn độc màng phổi khổng lồ được định nghĩa là khối u xơ đơn độc phát sinh từ màng phổi, có kích thước trên 15 cm hoặc chiếm hơn 40% thể tích một bên lồng ngực. Chúng tôi báo cáo một trường hợp u xơ đơn độc màng phổi khổng lồ ở bệnh nhân nữ 64 tuổi, đến khám vì khó thở tiến triển và tức ngực phải. Hình ảnh CT ngực cho thấy tổ chức đặc, lớn chiếm gần toàn bộ khoang màng phổi phải, không xâm lấn nhu mô phổi hoặc cấu trúc trung thất. Giải phẫu bệnh qua sinh thiết kim trước mổ là u xơ đơn độc. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u hoàn toàn qua đường mổ ngực phải, khối u có kích thước 21x21 cm, trọng lượng hơn 2 kg. Kết quả mô bệnh học xác định là u xơ đơn độc màng phổi. Sau mổ, bệnh nhân hồi phục tốt và không có dấu hiệu tái phát sau 12 tháng theo dõi. Sau đó bệnh nhân được hướng dẫn tiếp tục theo dõi định kỳ. Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết và xử trí sớm các khối u màng phổi khổng lồ, dù hiếm gặp.

Từ khóa: u xơ đơn độc màng phổi, u xơ đơn độc màng phổi khổng lồ, u màng phổi, khối u trung thất, phẫu thuật lồng ngực.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ đơn độc màng phổi (solitary fibrous tumor of the pleura - SFTP) là một loại khối u mô liên kết hiếm gặp, được cho là phát sinh từ tế bào trung mô của màng phổi tạng hoặc thành. Bệnh được Klemperer và Rabin mô tả lần đầu vào năm 1931, đến nay SFTP vẫn được xem là bệnh lý tương đối ít gặp, chiếm chưa đến 5% các u nguyên phát của màng phổi.^{1,2}

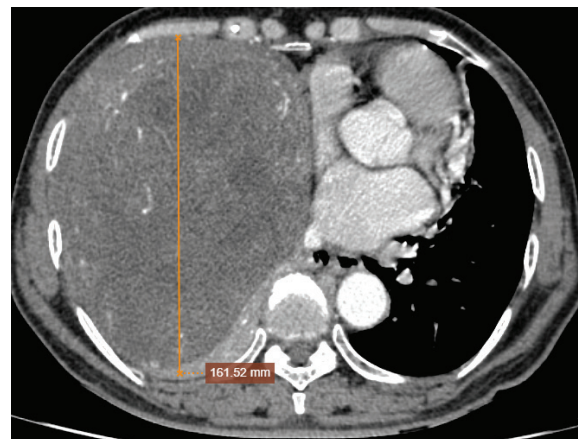
Phần lớn SFTP có kích thước nhỏ, phát hiện tình cờ và không gây triệu chứng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp hiếm, u có thể phát triển lớn hay còn gọi u xơ đơn độc màng phổi khổng lồ (giant solitary fibrous tumor of the pleura - gSFTP), u chiếm toàn bộ khoang màng phổi, gây chèn ép phổi và các cấu trúc lân cận, dẫn đến khó thở, đau ngực hoặc hội chứng chèn ép trung thất. SFTP thường có bản chất lành tính nhưng cũng có một tỷ lệ nhỏ mang đặc điểm ác tính như tiến triển nhanh, xâm lấn các cấu trúc lân cận và tái phát.³

Chúng tôi báo cáo một trường hợp gSFTP hiếm gặp được điều trị thành công tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, thông qua trường hợp này, chúng tôi phân tích ý văn trên thế giới về dịch tễ, chẩn đoán và chiến lược điều trị cho bệnh lý này.

2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 64 tuổi, tiền sử không có các bệnh lý nội khoa hay ngoại khoa đặc biệt, không có tiền sử hút thuốc lá, không tiền sử tiếp xúc với amiăng. Cách vào viện 1 năm, bệnh nhân được chẩn đoán u xơ đơn độc màng phổi tại bệnh viện địa phương, không rõ kích thước u, bệnh nhân từ chối điều trị, tự điều trị tại nhà. Cách vào viện 1 tháng bệnh nhân xuất hiện đau tức ngực phải kèm khó thở, các triệu chứng nặng thêm, bệnh nhân được nhập viện trong tình trạng: Tỉnh, ECOG 1, mạch 80, huyết áp 120/80 mmHg, nhiệt độ 36,7°C, thở 18 lần/phút, SpO₂ 98% khi thở khí phòng, khó thở tăng khi gắng sức, khoang liên sườn ngực phải giãn rộng, rung thanh và rì rào phế nang giảm ở 2/3 dưới phổi phải.

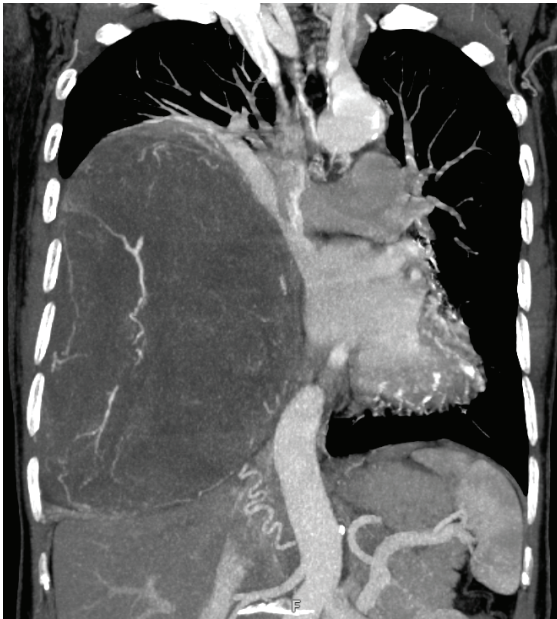
Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ngực có tiêm thuốc cản quang cho thấy: Khối u chiếm phần lớn thể tích khoang màng phổi bên phải kích thước 127 × 67 × 198 mm, cấu trúc u đồng nhất, mật độ mô đặc, ranh giới tương đối rõ, có vùng hoại tử trung tâm và thoái hóa nang. Khối u gây đè ép và xẹp gần như toàn bộ nhu mô phổi phải, đẩy lệch từ các nhánh của động mạch ngực trong và động mạch hoành phải. Bệnh nhân được sinh thiết u làm giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch kết quả: U xơ đơn độc, STAT6 (+), CD34 (+), Ki-67 15%, không thấy nhân chia, tế bào đồng nhất, không có hoại tử. Đo chức năng hô hấp thấy rối loạn thông khí hạn chế mức độ trung bình, khám tim mạch, khám cơ quan khác hiện chưa thấy bất thường.



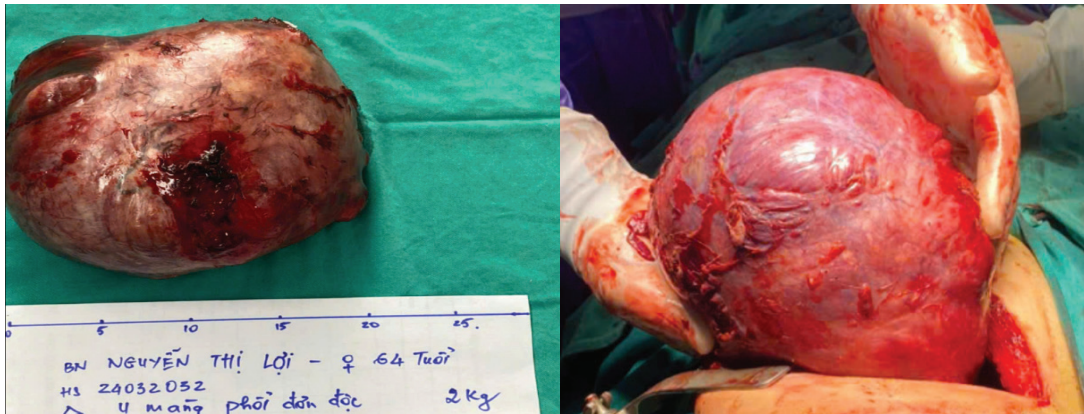
Hình 1. CT ngực cho thấy khối u chiếm phần lớn khoang màng phổi (P), đè xẹp nhu mô phổi (P), đè đẩy tim và trung thất lệch trái

*Tác giả liên hệ

Email: phamdacdong@gmail.com Điện thoại: (+84) 989586668 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5967



Hình 2. Hình ảnh nhánh mạch nuôi xuất phát từ động mạch hoành (P) và tăng sinh mạch trong khối u



Hình 3. U khi lấy ra khỏi lồng ngực với vết mổ mở khoang liên sườn VI bên phải

Sau mổ 20 giờ, bệnh nhân ổn định, dẫn lưu màng phổi ra 100ml dịch máu cũ, bệnh nhân đã được rút ống nội khí quản và chuyển về khoa điều trị tiếp. Giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả hình ảnh mô bệnh học phù hợp với u xơ đơn độc màng phổi, các tế bào có nhân đồng đều, chất nhiễm sắc mịn, không thấy nhân chia, không thấy hoại tử. Sau mổ bệnh nhân ổn định, không khó thở, đỡ tức ngực, chụp xquang ngực kiểm tra lồng ngực nở tốt, bệnh nhân được rút dẫn lưu màng phổi ở ngày thứ 6, xuất viện sau mổ 7 ngày.

4. BÀN LUẬN

U xơ đơn độc màng phổi là một khối có nguồn gốc từ trung mô, u hiếm gặp chiếm dưới 5% trong các khối u màng phổi nguyên phát, thường bắt nguồn từ màng phổi tạng. Bệnh được mô tả lần đầu năm 1931 bởi Klemperer và Rabin, ban đầu gọi là “u trung mô màng phổi”. Tỷ lệ mắc ước tính là 0,1–0,2/100.000 người/năm, độ tuổi thường mắc nằm trong khoảng 40–70 tuổi, trung bình là 50–60 tuổi, không có sự khác biệt về giới tính. Bệnh không liên quan đến các yếu tố nguy cơ hô hấp điển hình như hút thuốc lá hay phơi nhiễm amiăng.³

Hầu hết, SFTP phát triển chậm, phần lớn bệnh nhân thường không có triệu chứng lâm sàng điển hình. Do vậy SFTP thường được chẩn đoán tình cờ khi khám sức khỏe ngoại trừ gSFTP, khi mà u gây chèn ép nhu mô phổi liền kề,

Bệnh nhân được chẩn đoán u xơ đơn độc khổng lồ phổi phải và được chỉ định phẫu thuật mở cắt u. Đây là một phẫu thuật phức tạp với tiên lượng nguy cơ biến chứng cao vì khối u có kích thước lớn, nguy cơ chảy máu cao, kiểm soát hô hấp khó khăn trước và trong mổ, nguy cơ suy tim tâm trương sau cắt u. Quá trình mổ, bệnh nhân mê nội khí quản 2 nòng, mở ngực 10cm đường khoang liên sườn VI trước ra sau ngực phải, banh rộng khoang liên sườn để kiểm soát 2 đầu trên và dưới u, cân nhắc mở thêm khoang liên sườn IV nếu đầu trên phẫu tích khó khăn, theo dõi huyết áp liên tục, bù dịch tránh tình trạng giảm cung lượng tim, suy tim. Trong mổ kiểm tra thấy khối u chiếm gần toàn bộ khoang màng phổi phải, u có vỏ rõ, không xâm lấn nhu mô phổi hay màng ngoài tim, dính nhẹ vào màng phổi thành và cơ hoành, vỏ tăng sinh mạch, có 1 cuống u xuất phát từ lá thành màng phổi. Chúng tôi đã tiến hành gỡ dính màng phổi thành và cơ hoành, làm diện cắt 2 vị trí này cho kết quả R0, sau đó kiểm soát mạch máu nuôi vị trí cuống u xuất phát từ lá thành màng phổi, phẫu tích cắt trọn khối u (làm diện cắt vị trí cuống u đạt R0) mà không cần mở thêm đường mổ. Đường kính lớn nhất ghi nhận được khi lấy ra ngoài là 21 × 21 × 14 cm.

tim hay các cấu trúc trong trung thất và gây ra tình trạng tức ngực, khó thở và thậm chí suy hô hấp. 10% bệnh nhân mắc SFTP có biểu hiện hội chứng cận u, bao gồm phì đại xương (Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy), hạ đường huyết (Doege–Potter syndrome) do tiết IGF-2, ngón tay dùi trống, các triệu chứng này luôn mất đi sau khi cắt bỏ khối u.³

Xquang và CLVT lồng ngực là những xét nghiệm tiêu chuẩn cần có. Xquang ngực cho thấy bóng mờ đồng nhất, giới hạn rõ, thường kèm đẩy lệch khí quản hoặc trung thất nếu u kích thước lớn. Chụp CLVT lồng ngực là phương pháp chẩn đoán rất hữu ích, giúp xác định vị trí, kích thước, phần cuống u và các nguồn mạch nuôi một cách rõ ràng từ đó có căn cứ để bác sĩ phẫu thuật đánh giá khả năng cắt bỏ. Ngoài ra, trên CLVT cũng đánh giá sơ bộ mức độ ác tính bởi các đặc điểm như đường kính tối đa trên 10 cm, vôi hóa, mật độ không đồng nhất, mạch máu nuôi phong phú, ranh giới không rõ ràng với cấu trúc lân cận và tràn dịch màng phổi kèm theo. PET CT có vai trò hạn chế trong việc chẩn đoán SFTP lành tính hay ác tính. Mô bệnh học khối u thường thông qua sinh thiết xuyên thành ngực hoặc sau mổ là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh. Dưới kính hiển vi, các tế bào khối u SFTP gồm các tế bào hình thoi, sắp xếp lộn xộn hay còn được mô tả kiểu “một mô hình không có khuôn mẫu” trên nền collagen phong

phủ. Rất nhiều mạch máu phân nhánh nhỏ cũng được nhìn thấy trong khối u. Xét nghiệm CD34, STAT6, S100 và Desmin là các dấu ấn hóa mô miễn dịch có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán xác định SFTP và phân biệt với các u trung mô hoặc u màng phổi khác. CD34 là dấu ấn của tế bào trung mô, dương tính trong khoảng 90–95% các trường hợp SFTP. STAT6 là dấu ấn đặc hiệu cao cho SFTP, chỉ có ở trong SFTP, do đó đây là dấu ấn xác định, rất quan trọng để khẳng định chẩn đoán SFTP, đặc biệt khi hình ảnh mô học không điển hình.²

Phẫu thuật triệt để là phương pháp điều trị ưu tiên và hiệu quả nhất đối với SFTP, kể cả thể gSFTP.⁴ Mục tiêu là cắt bỏ hoàn toàn khối u với diện cắt âm tính. Đường mổ tùy thuộc vào vị trí, kích thước khối u, có thể dùng nội soi hoặc mổ mở. Với u kích thước lớn, ưu tiên đường mổ khoang liên sườn IV, V, hoặc VI hoặc mở 2 khoang liên sườn nhằm khống chế 2 đầu trên và dưới khối u một cách toàn diện nhất.⁵ Nút mạch nuôi dưới chẩn đoán hình ảnh trước phẫu thuật được chỉ định trong trường hợp khối u có tăng sinh mạch máu nhiều hoặc có nguy cơ chảy máu cao trong mổ.⁶ Thủ thuật này giúp giảm lượng máu mất trong mổ, đảm bảo quá trình phẫu thuật diễn ra thuận lợi hơn. Bệnh nhân này đã được hội chẩn tại hội đồng bệnh viện, đánh giá mạch máu nuôi u xuất phát từ các nhánh của động mạch ngực trong và động mạch hoành phải, u vỏ rõ, không xâm lấn, có thể khống chế cuống mạch và phẫu thuật thuận lợi, nên chúng tôi quyết định phẫu thuật cho bệnh nhân mà không cần nút mạch trước. Với SFTP lành tính được cắt bỏ hoàn toàn, tỷ lệ sống thêm 5 năm >90%, còn với SFTP ác tính tỷ lệ sống 5 năm giảm còn 50–65%.⁷ Xạ trị sau mổ có thể được cân nhắc trong các trường hợp diện cắt dương tính, không cắt hết u hoặc u có bằng chứng ác tính trên mô bệnh học.⁸ Tuy nhiên, bằng chứng về hiệu quả vẫn còn hạn chế. Hóa trị thường đặt ra khi u tiến triển hoặc di căn với các phác đồ chứa doxorubicin và ifosfamide. Liệu pháp nhắm trúng đích như pazopanib (ức chế tyrosine kinase) đang được nghiên cứu và cho thấy tiềm năng trong điều trị SFTP tiến triển hoặc không phẫu thuật được, đặc biệt khi có đột biến NAB2–STAT6.⁹

5. KẾT LUẬN

U xơ đơn độc màng phổi là một thể bệnh hiếm gặp đặc biệt là gSFTP. Mặc dù phần lớn các trường hợp là lành tính, tuy nhiên nguy cơ ác tính hóa vẫn tồn tại và cần đánh giá, theo dõi. Việc chẩn đoán cần được thực hiện sớm

thông qua kết hợp giữa lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm mô bệnh học, trong đó hóa mô miễn dịch với STAT6 và CD34 giữ vai trò quan trọng trong khẳng định bản chất khối u. Phẫu thuật triệt để là phương pháp điều trị chính, với kết quả tiên lượng tốt khi diện cắt R0.

6. ĐỒNG Ý THAM GIA VÀ CHẤP THUẬN ĐẠO ĐỨC

Người bệnh đã được giải thích đầy đủ về nội dung của báo cáo ca bệnh và đã ký văn bản đồng ý cho phép công bố ca bệnh cùng các hình ảnh liên quan trong bài báo. Quá trình chẩn đoán và điều trị người bệnh đã được hội chẩn chuyên môn và phác đồ điều trị đã được thống nhất, thông qua theo quy định của cơ sở thực hiện.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Perrotta F, Cerqua FS, Cammarata A, et al. Integrated therapeutic approach to giant solitary fibrous tumor of the pleura: report of a case and review of the literature. *Open Medicine*. 2016;11(1):220-225. doi:10.1515/med-2016-0042
- [2] Crnjac A, Veingerl B, Vidovic D, Kavalar R, Hojski A. Giant solitary fibrous tumour of the pleura. Case report and review of the literature. *Radiology and Oncology*. 2015;49(4):395-401. doi:10.2478/raon-2014-0036
- [3] Abu Arab W. Solitary fibrous tumours of the pleura. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2012;41(3):587-597. doi:10.1093/ejcts/ezr009
- [4] Wassim C, Imen B, Amina A, Mahdi A, Hazem Z, Adel M. Surgical management of giant solitary fibrous tumors of the pleura: Two case reports. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2024;122:110109. doi:10.1016/j.ijscr.2024.110109
- [5] Biçer M, Yaldız S, Gürsoy S, Ülğan M. A case of giant benign localized fibrous tumor of the pleura1. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 1998;14(2):211-213. doi:10.1016/S1010-7940(98)00166-3
- [6] Yao K, Zhu L, Wang L, et al. Resection of giant malignant solitary fibrous pleural tumor after interventional embolization: a case report and literature review. *J Cardiothorac Surg*. 2022;17(1):134. doi:10.1186/s13019-022-01881-z
- [7] Km HP, Fc N, Cd S, et al. Solitary fibrous tumors of the pleura: results of surgical treatment and long-term prognosis. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2009;138(1). doi:10.1016/j.jtcvs.2009.01.026
- [8] T K, J W. Recurrence of a malignant solitary fibrous tumor of the pleura 17 years after primary tumor resection - A case report. *Respiratory medicine case reports*. 2019;28. doi:10.1016/j.rmcr.2019.100895
- [9] Martin-Broto J, Stacchiotti S, Lopez-Pousa A, et al. Pazopanib for treatment of advanced malignant and dedifferentiated solitary fibrous tumour: a multicentre, single-arm, phase 2 trial. *The Lancet Oncology*. 2019;20(1):134-144. doi:10.1016/S1470-2045(18)30676-4