

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH NỘI SOI MÀNG PHỔI VÀ KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ÁC TÍNH

*Nguyễn Huy Lực**
*Tạ Bá Thắng**
*Nguyễn Văn Tường**

TÓM TẮT

Nghiên cứu hình ảnh và nguyên nhân tràn dịch màng phổi (TDMP) qua nội soi màng phổi (MP) ở 30 bệnh nhân (BN) TDMP ác tính cho thấy: hình ảnh tổn thương ở MP thành và MP tạng gặp nhiều nhất là thâm nhiễm dày MP (86,7%), tiếp theo là u sùi, vết hình nền ở MP. Nguyên nhân của TDMP ác tính gặp nhiều nhất là ung thư phế quản và tỳ mô bệnh gặp chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến.

* Từ khoá: Tràn dịch màng phổi; Nội soi màng phổi; Nguyên nhân.

STUDY OF IMAGES OF THORACOSCOPY AND DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH MALIGNANT PLEURAL EFFUSION

SUMMARY

We have performed the study on the causes and images by thoracoscopy in 30 patients with malignant pleural effusion and had a conclusions: there were lesions on parietal pleural and visceral pleural, the most common images are thicking pleura (parietal pleura: 86.7%; visceral pleura: 70.0%), and others are tumours, wax traces. Lung cancer is the main cause of malignant pleural effusion.

** Key words: Malignant pleural effusion; Images of thoracoscopy.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi do nhiều nguyên nhân gây nên, trong đó có nguyên nhân ác tính ngày càng có xu hướng tăng và chủ yếu do ung thư phế quản, tuy nhiên các nguyên nhân ngoài phổi như ung thư vú, ung thư dạ dày... cũng hay gặp [4]. Để chẩn đoán nguyên nhân của TDMP, đặc biệt là TDMP ác tính đang còn rất khó khăn. Đến nay sinh thiết màng phổi mù đạt được hiệu quả điều trị từ 39 - 75%. Tuy nhiên phương pháp này mới chỉ thực hiện ở

một số cơ sở y tế tuyến trung ương. Hiện nay, nội soi MP đã được thực hiện ở Việt Nam và thế giới, trong TDMP ác tính với hiệu quả chẩn đoán đạt tới 85 - 95% [4, 6, 7]. Nội soi MP giúp quan sát trực tiếp tổn thương MP và sinh thiết đúng vị trí tổn thương, do vậy hiệu quả chẩn đoán rất cao. Ở Bệnh viện 103 áp dụng kỹ thuật nội soi MP từ nhiều năm nay. Đề tài nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét hình ảnh nội soi MP và kết quả chẩn đoán nguyên nhân TDMP ác tính qua nội soi MP.*

* Bệnh viện 103

Phân biện khoa học: PGS. TS. Đỗ Quyết

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- 30 BN TDMP ác tính, điều trị tại Bệnh viện 103 từ 9 - 2008 đến 9 - 2009, được chẩn đoán TDMP ác tính bằng các kỹ thuật soi phế quản, soi MP, xét nghiệm tế bào dịch MP.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiền cứu.

- Nghiên cứu hình ảnh nội soi trong TDMP ác tính.

- Sinh thiết MP để chẩn đoán nguyên nhân qua kỹ thuật nội soi MP.

** Kỹ thuật nội soi MP:*

- Chỉ định: BN TDMP ác tính.

- Chống chỉ định: sốt cao > 38⁰C, rối loạn đông máu, chảy máu, BN không tự nguyện tham gia làm kỹ thuật.

- Chuẩn bị BN: BN được khám, làm các xét nghiệm cần thiết cho nội soi MP, kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp trước khi soi.

- Chuẩn bị dụng cụ nội soi: ống nội soi Olympus và các dụng cụ khác.

- Tiến hành kỹ thuật tại phòng mổ Bệnh viện 103.

+ Quan sát mô tả hình ảnh tổn thương MP thành và MP tạng.

+ Sinh thiết MP thành dưới quan sát trực tiếp.

+ Đặt sonde dẫn lưu hút dịch, cố định sonde, đưa BN về phòng hậu phẫu, theo dõi toàn thân và tại chỗ.

** Đánh giá kết quả:*

- Đánh giá hình ảnh tổn thương qua dày sần MP thành và MP tạng; u sùi ở MP, các vết nứt...

- Nguyên nhân TDMP: thông qua kết quả nội soi sinh thiết MP làm xét nghiệm mô bệnh.

- Phân loại tít mô bệnh của ung thư phế quản gây TDMP ác tính.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

** Tuổi và giới mắc bệnh:*

Nam (26 BN): 20 - 30 tuổi: 1 BN (3,3%); 31 - 40 tuổi: 1 BN (3,3%); 41 - 50 tuổi: 4 BN (13,4%); 51 - 60 tuổi: 6 BN (20%); 61 - 70 tuổi: 14 BN (46,7%).

Nữ (4 BN): 20 - 30 tuổi: 1 BN (3,3%); 31 - 40 tuổi: 0 BN; 41 - 50 tuổi: 1 BN (3,3%); 51 - 60 tuổi: 1 BN (3,3%); 61 - 70 tuổi: 1 BN (3,3%).

Nhóm bệnh từ 41 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (27/30 = 90%). Tỷ lệ nam/nữ: 26/4 = 6/1.

** Hình ảnh bệnh lý MP thành qua nội soi (n = 30):*

Dày sần MP: 26 BN (86,7%); có các mảng sùi: 15 BN (53,3%); hình trắng vệt nứt: 15 BN (50,0%); có u sùi: 10 BN (33,3%); xung huyết: 4 BN (13,3%); u nướm vú: 1 BN (3,3%).

** Hình ảnh bệnh lý MP tạng qua nội soi MP (n = 30):*

Dày sần MP: 21 BN (70,0%); mảng sùi: 12 BN (43,0%); màng fibrin: 12 BN (40%); u sùi: 11 BN (36,7%); u tròn nhẵn: 13 BN (43,3%); xung huyết: 10 BN (33,3%).

** Kết quả chẩn đoán nguyên nhân TDMP (n = 27):*

Ung thư phế quản: 22 BN (81,5%); u lympho non-Hogdkin: 1 BN (3,7%); u trung biểu mô MP ác tính: 1 BN (3,7%); ung thư không phân loại được: 3 BN (11,1%).

** Phân loại tít mô bệnh của ung thư phế quản (n = 22):*

Ung thư biểu mô dạng tuyến: 14 BN (63,6%); ung thư biểu mô dạng biểu bì: 5 BN (22,7%); ung thư biểu mô tế bào lớn: 2 BN (9,1%); ung thư biểu mô tế bào nhỏ: 1 BN (4,5%).

BÀN LUẬN

* *Tuổi và giới:* trong 30 BN TDMP ác tính, 26/30 BN nam (86,7%); nữ 13,3%. Lứa tuổi gặp nhiều nhất ≥ 60 , tuy nhiên lứa tuổi 40 - 60 gặp 40%. Như vậy, nhóm tuổi ≥ 40 gặp 90%. Theo Nguyễn Huy Dũng, tuổi mắc bệnh TDMP do ung thư phổi gặp ở tuổi ≥ 60 nhiều nhất (67,3%) [2]. Lê Thị Mai (2003) [3] gặp TDMP ác tính nhiều nhất ở tuổi 41 - 70 (70%). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự tác giả.

* *Hình ảnh nội soi MP:*

Trong 30 BN TDMP ác tính, gặp các hình ảnh tổn thương bệnh lý như: dày sần lá thành MP (86,7%), dày sần lá tạng (70%). Hình ảnh này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả cho rằng trong TDMP ác tính, hình ảnh dày sần MP gặp nhiều nhất [7].

Chúng tôi gặp 1 BN u trung biểu mô MP ác tính có hình ảnh tổn thương nội soi là u, cục với đường kính khác nhau (5 - 30 mm), kèm theo có dày sần MP. Theo Boutin. C (1996), u trung biểu mô MP ác tính có hình ảnh nội soi là u cục chiếm tới 90%. Các khối u sùi này có màu vàng nhạt, ít mạch máu, có thể có màu trong suốt, bề mặt nhẵn, có cuống, hoặc hình polyp tạo nên hình ảnh chùm nho [8]. Chúng tôi cũng gặp hình ảnh mảng sùi, u sùi tới 40 - 43%; Nguyễn Huy Dũng (1997), Ngô Quý Châu (2004) khi soi MP cho BN TDMP ác tính cũng thấy hình ảnh u sùi mảng sùi, các mảng trắng ngà, dày sần MP nhiều nhất. Sinh thiết vào các vị trí này thường cho kết quả dương tính với ung thư [1, 2].

* *Về kết quả chẩn đoán nguyên nhân TDMP ác tính:* 27/30 BN ung thư (90%), 3 BN không xác định (10%). Trong 27 BN này, chúng tôi đã xác định được 22/27 BN (81,5%) là do ung thư phế quản, 1/27 BN u trung biểu mô MP ác tính (3,7%), 1/27 BN u lympho non-Hogdgin (3,7%) và 3/27 BN không phân loại được tủy mô bệnh. Theo Sahn. SA (1998), khối u ác tính ở bất kỳ cơ quan nào cũng có thể di căn đến MP và gây nên TDMP. Tuy nhiên, ung thư phế quản gặp nhiều nhất và ít gặp nhất là u trung biểu mô MP ác tính [9]. Antony. VB (2004) nhận xét ung thư phế quản di căn MP gây TDMP ác tính gặp nhiều nhất (80%) [5].

* *Kết quả chẩn đoán tủy mô bệnh ung thư phế quản di căn MP:* 63,3% ung thư biểu mô dạng tuyến; 22,7% ung thư biểu mô dạng biểu bì, ung thư biểu mô tế bào lớn gặp 9,1%, tế bào nhỏ 7,4%. Một số tác giả soi MP và sinh thiết cho kết quả tủy mô bệnh: 48% ung thư biểu mô dạng tuyến, 14% ung thư biểu mô dạng biểu bì, 4% ung thư tế bào lớn, 17% ung thư tế bào nhỏ [5, 6]. Sahn S.A (2004) soi MP sinh thiết chẩn đoán 89 BN TDMP ác tính, có kết quả tủy mô bệnh: 52,8% ung thư biểu mô dạng tuyến, 25,8% ung thư biểu mô dạng biểu bì, tế bào lớn gặp 13,5%, tế bào nhỏ 7,9% [9]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét và kết quả của nhiều tác giả.

KẾT LUẬN

Qua nội soi MP sinh thiết chẩn đoán nguyên nhân TDMP ác tính chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Hình ảnh nội soi MP gặp chủ yếu là hình ảnh dày sần MP: 26/30 BN (86,7%); hình vệt nền 15/30 BN (50%), u sùi: 11/30 BN (33,3%).

- Chẩn đoán nguyên nhân TDMP ác tính qua nội soi MP đạt 90% (27/30 BN), trong đó ung thư phế quản di căn MP: 22/27 BN (81,5%), u trung biểu mô MP ác tính: 1/27 BN (3,7%). Kết quả phân tủy mô bệnh ung thư phế quản: 14/22 BN ung thư biểu mô dạng tuyến; 5/22 BN ung thư biểu mô dạng biểu bì, ung thư tế bào lớn: 2 BN và 1 BN ung thư tế bào nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Ngô Quý Châu, Hoàng Hồng Thái, Chu Thị Hạnh.* Bước đầu nhận xét về giá trị của nội soi MP trong điều trị TDMP và tràn khí MP tái phát. *Y học thực hành.* 2004, 449, 12, tr.305-313.
2. *Nguyễn Huy Dũng.* Bước đầu nghiên cứu giá trị của soi MP sinh thiết, hình ảnh nội soi, lâm sàng trong chẩn đoán nguyên nhân TDMP. Luận văn Thạc sỹ Y học. HVQY. Hà Nội. 1997.
3. *Lê Thị Thanh Mai.* Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của TDMP do ung thư phổi - MP nguyên phát. Luận văn Chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội. 2003.
4. *Bùi Xuân Tám.* Thăm dò và chẩn đoán các bệnh màng phổi. Bệnh hô hấp. NXB Y học. Hà Nội. 1999, tr.904-941.
5. *Antony V.B.* Close pleural biopsies in pathophysiology and diagnosis of pleural diseases. *Baum's Textbook of pulmonary disease 7th Ed* Eds by Crapo J.D; Jefferey Glassroth et al. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia. 2004, pp.1357-1368.
6. *Ayed A.K.* VATS lung biopsy in the diagnosis of diffuse interstitial lung disease. A prospective study. *J Cardiovasc Surg.* 2003, 44 (1), pp.115-118.
7. *Blance F.X, Atasi K.* Diagnosis value of medical thoracoscopy in pleural disease. *Chest.* 2002, 12 (5), pp.1677-1683.
8. *Boutin C, Viallat J.R.* Pathologie pleural. *Pneumologie* Eds Aubier Fournier M, Paries. Medicine science Flammarion. 1996. pp.443-473.
9. *Sahn S.A, Heffner J.E.* Malignant pleural effusion in management of pleural disease. 7th Ed, Eds Crapo J.D et al. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2004, pp.1369-1405.