

## VAI TRÒ CỦA NỘI SOI MÀNG PHỔI TRONG CHẨN ĐOÁN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ÁC TÍNH

NGÔ QUÝ CHÂU, NGUYỄN VŨ HOÀNG VIỆT  
Trung tâm Hô hấp- Bệnh Viện Bạch Mai

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nội soi màng phổi có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi ác tính.

**Mục tiêu:** nghiên cứu hình ảnh nội soi màng phổi ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính.

**Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hình ảnh nội soi màng phổi trên 25 bệnh nhân được chẩn đoán xác định tràn dịch màng phổi ác tính tại Trung tâm Hô Hấp - Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2009 đến 31/09/2011.

**Kết quả:** Tỷ lệ tìm thấy tế bào ung thư trong dịch MP 20%; sinh thiết MP mù chẩn đoán được 44%; nội soi màng phổi chẩn đoán xác định được 96%. Ung thư phổi di căn màng phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (76%), Typ ung thư biểu mô tuyến di căn màng phổi là tổn thương mô bệnh học thường gặp nhất (72%). Hình ảnh nội soi màng phổi: Tổn thương dạng mảng sùi lan tỏa 14/25 (56%) và dày màng phổi 15/25 (60%). Vị trí hay gặp tổn thương nhất là ở mặt sườn-bên màng phổi lá thành (51,6%).

**Kết luận:** nội soi màng phổi chẩn đoán xác định được 96% tràn dịch màng phổi ác tính trong đó ung thư biểu mô tuyến di căn màng phổi chiếm tỷ lệ cao nhất.

**Từ khóa:** tràn dịch màng phổi ác tính, nội soi màng phổi.

### SUMMARY

**Background:** Thoracoscopy plays a important role of diagnosis of the causes of malignant pleural effusions (MPE).

**Purpose:** to describe the pleural images in thoracoscopy of patients suffering from MPE.

**Patients and methods:** descriptive study of 25 patients confirmed MPE in the Respiratory Center-Bach Mai hospital from 01/01/2009 to 30/09/2011.

**Results:** Men 64%, the ratio male/female is 1.78:1. The most frequent age-group was 45-60 (years old). Frequency of positive closed pleural biopsy was 44% and thoracoscopy biopsy was 96%. Pleural node and

pleural thickening are the most common lesions (56%, 60%). Costal pleural is the 1<sup>st</sup> location effected. Adenocarcinoma is the most common causes which metastasis to pleural. **Conclusion:** Adenocarcinoma is the highest percentage.

**Keywords:** malignant pleural effusion, thoracoscopy

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi ác tính (TDMPAT) là tình trạng bệnh lý nguyên phát hoặc thứ phát khá thường gặp trên lâm sàng. Tần xuất mắc TDMPAT tại Hoa Kỳ ước tính khoảng 150.000 trường hợp mỗi năm, ở Việt Nam TDMPAT chiếm khoảng 1/3 số ca TDMP [1], [5].

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có rất nhiều công trình nghiên cứu chỉ ra vai trò quan trọng của NSMP trong chẩn đoán TDMPAT, giá trị chẩn đoán của phương pháp NSMP lên tới trên 90% tùy nghiên cứu. Mỗi type mô bệnh học thường có hình ảnh tổn thương đại thể riêng biệt. Mối quan hệ giữa tổn thương đại thể màng phổi qua nội soi màng phổi với mô bệnh học của tổn thương đã được A Canto (1985) đề cập đến nhưng mới chỉ về mối quan hệ giữa vị trí của tổn thương trên màng phổi với mô bệnh học của tổn thương [5]. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Nhận xét nguyên nhân, hình ảnh nội soi màng phổi của các bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi ác tính.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 25 bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính được nội soi màng phổi tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai, từ 1/2009-9/2011.

#### 2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu và hồi cứu.

Nội soi màng phổi được tiến hành tại phòng phẫu thuật nội soi Bệnh viện Bạch Mai. Đánh giá kết quả nghiên cứu dựa vào:

**Vị trí tổn thương:** màng phổi lá thành hay lá tạng. Vị trí mặt bên sườn, mặt trung thất hay mặt hoành của lá thành.

**Dạng tổn thương:** mảng sùi lan tỏa, u sùi hay dày màng phổi...

**Sinh thiết vào vị trí tổn thương:** làm mô bệnh học để xác định nguyên nhân và định type mô bệnh học của tràn dịch màng phổi ác tính.

## KẾT QUẢ

### 1. Sự phân bố bệnh theo nhóm tuổi và giới.

Tỷ lệ mắc bệnh chủ yếu gặp ở nam giới (chiếm 64%) cao gần gấp đôi so với nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ = 1,78/1. Lứa tuổi thường gặp nhất là 45-60 tuổi (chiếm 56%).

### 2. Nguyên nhân gây TDMPAT.

Nguyên nhân gây TDMPAT chủ yếu là do ung thư phổi di căn vào màng phổi, chiếm 76%. Ngoài ra có 12% bệnh nhân TDMPAT không rõ nguồn gốc.

### 3. Phân loại typ mô bệnh học.

Tỷ lệ tìm thấy tế bào trong dịch màng phổi chiếm 20%. 44% BN được chẩn đoán UT di căn MP dựa vào STMP mù, còn sau khi NSMP thì tỉ lệ chẩn đoán được UT di căn MP lên đến 96%.

Ung thư biểu mô tuyến di căn MP là chủ yếu (chiếm 72%). 12% ung thư không rõ nguồn gốc di căn MP. Tỷ lệ ung thư trung biểu mô màng phổi chiếm 8%.

### 4. Đặc điểm của tổn thương màng phổi quan sát qua nội soi màng phổi

Bảng 1: Hình ảnh tổn thương của MP qua NSMP

	Hình ảnh tổn thương	n	%
Tổn thương đặc hiệu	U dạng tròn, nhẵn	2	8
	U dạng quả dâu	2	8
	U sùi lan tỏa	12	48
	Mảng sùi lan tỏa	14	56
	U sùi và nốt nhỏ lan tỏa	4	16
Tổn thương không đặc hiệu	Hạt nhỏ rải rác	1	4
	Dày màng phổi	15	60
	Màng fibrin và dây chằng	8	32
	Xung huyết và xuất huyết	7	28

Nhận xét:

Hình ảnh đặc hiệu cho tổn thương ác tính hay gặp nhất là mảng sùi lan tỏa trên bề mặt MP (chiếm 56%), hình ảnh u sùi lan tỏa chiếm 48%.

Hình ảnh không đặc hiệu cho tổn thương ác tính hay gặp nhất là dày MP (chiếm 60%), màng fibrin và dây chằng chiếm 32%.

### 5. Hình ảnh và vị trí tổn thương đặc hiệu của MP lá thành qua NSMP

Bảng 2. Hình ảnh và vị trí tổn thương đặc hiệu của MP lá thành qua NSMP

Vị trí tổn thương	Bên sườn	Trung thất	Vòm hoành	Tổng số
Dạng tổn thương				
U tròn, nhẵn	1	2	0	3
U dạng quả dâu	3	1	1	5
U sùi và nốt nhỏ lan tỏa	4	3	1	8
Mảng sùi lan tỏa	12	5	7	24
U sùi lan tỏa	11	4	6	21
Tổng số	31	15	15	61

Nhận xét:

Tổn thương dạng mảng sùi lan tỏa là chủ yếu, chiếm 24/61 = 39,3%.

Mặt bên sườn của lá thành là vị trí hay gặp nhất, chiếm 31/61 = 50,8%.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm về tuổi và giới

Trong 25 BN nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là  $56,6 \pm 10,3$  tuổi, tuổi thấp nhất là 33 tuổi và cao nhất là 76 tuổi. Bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 45-60 tuổi chiếm 60%, nam giới chiếm tỷ lệ 64% cao hơn nữ. Nghiên cứu của Vũ Văn Giáp (2005) thấy bệnh chủ yếu gặp ở nhóm 51-70 tuổi chiếm 70%, nam giới chỉ chiếm 55,2% cao hơn so với nữ giới [2]. Theo Nguyễn Huy Lực và CS (2008) tuổi trung bình của BN TDMPAT là  $60 \pm 5,8$  tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ 82,3% và đa số bệnh tập trung ở nhóm tuổi > 40 tuổi (90,6%) [3].

### 2. Giá trị của NSMP trong chẩn đoán TDMPAT

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy 20% BN có tế bào ung thư trong dịch MP, 44% BN được chẩn đoán UT di căn MP dựa vào STMP mù, còn sau khi NSMP thì tỉ lệ chẩn đoán được UT di căn MP lên đến 96%. Vai trò của NSMP đã được nêu trong rất nhiều tài liệu cả trên thế giới và ở Việt Nam, tỉ lệ chẩn đoán được nguyên nhân của TDMP qua NSMP luôn cao nhất trong số các phương pháp chẩn đoán nguyên nhân TDMP với tỉ lệ 90-100% [2], [8]. Jiang Shu-juan (2009) khi tiến hành NSMP cho 628 BN đã có chẩn đoán xác định ở 594 BN (94,6%) [10].

### 3. Nguyên nhân TDMP do ung thư và đặc điểm tế bào, mô bệnh học

Trong 25 BN nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân chủ yếu là do ung thư phổi di căn vào MP gây TDMP chiếm 76%, ung thư trung biểu mô chiếm 8%. Theo y văn thì nguyên nhân hàng đầu là do ung thư phổi di căn đến MP chiếm khoảng 37,5%, tiếp đến là ung thư vú chiếm 16,8% và u lympho chiếm 12,3% [5].

Về typ mô bệnh học, chúng tôi thấy 72% BN bị UT phổi type biểu mô tuyến di căn MP và 4% BN bị UT phổi typ hỗn hợp biểu mô tuyến và tế bào nhỏ. Nghiên cứu của Vũ Văn Giáp (2005) khi nghiên cứu trên 29 BN bị TDMPAT thấy ung thư phổi typ biểu mô tuyến chiếm 55,8% [2]. Trên thế giới thì tỉ lệ TDMPAT do ung thư phổi type biểu mô tuyến cũng chiếm tỷ lệ cao nhất, tương tự chúng tôi [10].

### 4. Đặc điểm về các dạng tổn thương

#### Các dạng tổn thương ở lá thành

Dạng tổn thương đặc hiệu xuất hiện nhiều nhất là mảng sùi lan tỏa, chiếm 40% tổng số tổn thương ở MP lá thành, 56% BN có dạng tổn thương này ở MP lá thành. Trong nghiên cứu của mình Nguyễn Huy Lực và CS (2010) cũng thấy tổn thương mảng sùi chiếm 53,3% [3]. A Canto (1985) khi NSMP cho 64 BN bị ung thư phổi di căn MP cũng thấy tổn thương ung thư di căn tới lá thành là hay gặp nhất (61%) [5]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt so với các tác giả trên với  $p > 0,05$ .

Dạng tổn thương không đặc hiệu hay gặp nhất ở lá thành là dày MP (60%). Đây là dạng tổn thương do phản ứng viêm của MP nên có thể gặp ở cả những trường hợp TDMP lành tính cũng như TDMPAT. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu khác [2], [3]

#### **Đặc điểm về các vị trí tổn thương trên màng phổi**

##### **Các vị trí tổn thương ở lá thành**

Vị trí bị tổn thương di căn nhiều nhất là vị trí mặt bên sườn của MP lá thành (50,8%). A Canto (1985) thấy tổn thương di căn tới mặt bên sườn của MP lá thành xuất hiện ở 61% BN bị ung thư phổi di căn MP, tuy nhiên ở những BN bị ung thư ngoài phổi di căn màng phổi thì tỉ lệ di căn tới MP lá thành vùng bên sườn lại ít hơn so với vùng trung thất (48% so với 53%) [6], [7]. Lê Sỹ Sâm (2011) thấy tổn thương là những hạt nhỏ rải rác khắp trên MP lá thành, gặp ở 48% BN. Tuy nhiên tác giả không ghi nhận vị trí cụ thể của từng tổn thương trên màng phổi lá thành [4]. Theo Vũ Văn Giáp (2005) tổn thương ung thư ở MP lá thành xuất hiện nhiều hơn ở MP lá tạng [2]. Nguyễn Huy Lực và CS nhận thấy tổn thương di căn tới màng phổi lá thành chiếm 66,7% tổng số tổn thương đặc hiệu [3].

Bảng 1. Các vị trí tổn thương trên màng phổi lá thành

Nghiên cứu	Vị trí tổn thương		
	MP lá thành		
	Bên sườn	Vòm hoành	T.thất
A Canto Số lượng tổn thương = 283	39,9%	26,1%	41,3%
Chúng tôi Số lượng tổn thương = 60	50,8%	24,6%	24,6%
p	>0,05	>0,05	>0,05

Qua bảng trên chúng tôi nhận thấy vị trí tổn thương trên MP lá thành mặt bên sườn của chúng tôi là 50,8%, cao hơn so với nghiên cứu của A Canto (39,9%). Trong khi đó vị trí tổn thương trên MP trung thất của chúng tôi

là 24,6%, thấp hơn so với nghiên cứu của A Canto (41,3%).

#### **KẾT LUẬN**

Nội soi màng phổi chẩn đoán xác định được 96% tràn dịch màng phổi ác tính. Nguyên nhân hàng đầu gây TDMPAT là ung thư phổi di căn màng phổi (76%). Ung thư trung biểu mô MP gặp ở 2/25 BN (8%). Ung thư type biểu mô tuyến di căn màng phổi là type mô bệnh học phổ biến nhất.

Mảng sùi lan tỏa và dày màng phổi là hai hình ảnh thường gặp nhất trong NSMP ở bệnh nhân TDMPAT

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Ngô Quý Châu, Trịnh Thị Hương (2003) "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân tràn dịch màng phổi điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai", *Nội san nội khoa* 1/2004, 31
2. Vũ Văn Giáp (2005), "Đánh giá kết quả điều trị tràn dịch màng phổi do ung thư bằng phương pháp bơm bột talc qua nội soi màng phổi", Luận văn tốt nghiệp nội trú, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Huy Lực, Mai Xuân Khấn (2010), "Nghiên cứu nghiên nhân và kết quả gây dính màng phổi qua nội soi màng phổi ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính", *Y học thực hành* (723)-số 6/2010.
4. Lê Sỹ Sâm (2011), "Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết khối u phổi ngoại biên", Hội Phẫu thuật Tim Mạch & Lồng Ngực Việt Nam 6/2011.
5. Canto A, Rivas J, Saumench J (1983), "Points to consider when choosing a biopsy method in cases of pleurisy of unknown origin" *Chest* 1983;84:176-179.
6. Canto A., Ferrer G., et al (1985), "Lung cancer and pleural effusion. Clinical significance and study of pleural metastatic locations" *Chest* 1985;87:649-652
7. Francisco R.P(2008), "Medical Thoracoscopy" *Respiration* 2008;76:363-372.
8. Francoise G.S (2007) "Pathology of Malignant Mesothelioma" Springer-Verlag London, pp: 57-67.