

NHẬN XÉT 17 TRƯỜNG HỢP UNG THƯ MÀNG PHỔI

Phan Thanh Viên, Nguyễn Văn Khoa, Nguyễn Việt Tiến, Trương Thị Huệ

TÓM TẮT:

Ung thư màng phổi không thường gặp như ung thư phổi. Hầu hết các trường hợp ung thư màng phổi là mesothelioma. Vào năm 2012, chúng tôi thực hiện xét nghiệm tế bào màng phổi 390 mẫu dịch màng phổi và phát hiện 17 trường hợp có tế bào ung thư gồm 15 trường hợp mesothelioma, 1 trường hợp adenocarcinoma và 1 trường hợp mucocarcinoma.

Abstract:

Some notions about 17 cases of pulmonary pleura cancer at Departement of pulmonary diseases in An Giang Central General Hospital.

Cancer of pulmonary pleura is not as common as lung cancer. The majority of pulmonary pleura neoplasm is mesothelioma. In 2012, we performed cytology exam of 390 samples of pleura fluid and found 17 cases with cancerous cells in the pleural fluid including: 15 cases with mesothelioma, 1 case with adenocarcinoma and 1 case with mucocarcinoma.

Mở đầu:

Đầu thế kỷ XIX Redon là người đầu tiên mô tả ung thư màng phổi. Năm 1987 Chretien và cộng sự: Ung thư màng phổi chiếm từ 30 -50% nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi. Năm 1989 Rodriguez – Panadero F. và cộng sự phát hiện 15% trường hợp ung thư màng phổi khi mổ tử thi bệnh nhân bị bệnh ác tính. Hiện nay ở Hoa kỳ hằng năm có khoảng hơn 150.000 trường hợp ung thư màng phổi [3] đặc biệt ở các nước công nghiệp phát triển ung thư màng phổi do trạng biểu mô khá phổ biến, chiếm đến 7% công nhân phơi nhiễm amiăng trên 20 năm [4,5,6]. Ở Việt Nam năm 1970 Nguyễn Vượng và cộng sự phát hiện 03/9000 trường hợp mổ tử thi trong 15 năm. Năm 2003 Thanh Mai và cộng sự phát hiện 50 trường hợp ung thư màng phổi.

Ung thư màng phổi không thường gặp như ung thư phổi. Đa số trường hợp ung thư màng phổi là mesothelioma. Trong năm 2012 thực hiện tầm soát tế bào lạ trong 390 mẫu dịch màng phổi chúng tôi phát hiện 17 trường hợp có tế bào lạ trong dịch màng phổi gồm: 15 trường hợp mesothelioma, 01 trường hợp Adenocarcinoma và 01 trường hợp Mucocarcinoma.

Kết quả nghiên cứu:

Người bệnh đến vì lồi lưng , nặng ngực sẽ tăng dần đi đến khó thở, trung bình là 03 tuần (23,2 ± 7,5 ngày), trong đó đa số bệnh nhân là nam: 11 ca chiếm tỉ lệ 64,7%. Ở lứa tuổi trên 60

(63.4 ± 14.1 tuổi). Khi thăm khám, dễ dàng phát hiện tràn dịch màng phổi (TDMP) và chúng tôi cũng không thấy ưu thế vượt trội của tổn thương giữa 2 bên phổi: phổi phải: 9 ca (53%) và phổi trái: 7 ca (41%). Về phương tiện cận lâm sàng, để chẩn đoán TDMP thì Xquang (XQ) và siêu âm (SÂ) vẫn tỏ ra hữu hiệu với khả năng chẩn đoán gần như là 100%. Chọc dò màng phổi lần đầu thường thấy dịch màu vàng chanh: 11 ca (64,7%) hoặc dịch màu đỏ, không đông: 6 ca (35,3%); cả hai nhóm có dịch như trên đều không cạn dịch sau khi rút, ngược lại dịch tái lập nhanh phải rút dịch giải tỏa tình trạng suy hô hấp hàng tuần, các trường hợp rút dịch lần đầu có màu vàng chanh lần lượt chuyển sang màu đỏ không đông ở những lần rút sau với thời gian trung bình là (3.4 ± 1.3 tuần). Tiến hành xét nghiệm dịch màng phổi lần đầu tiên tất cả các trường hợp đều cho kết quả Rivalta hữu nghiệm ($\text{Alb} > 3\text{gr/L}$), công thức tế bào lympho chiếm $73 \pm 15\%$ với số lượng tế bào trung bình $1213 \pm 155/\text{mm}^3$. Đặc biệt LDH trong dịch màng phổi tăng cao với kết quả trung bình $989 \pm 106 \text{ U/L}$ so với lao màng phổi LDH trung bình 250 U/L . Tốc độ máu lắng trung bình của 17 bệnh nhân là: $51 \pm 18.2\text{mm/giờ}$ đầu. Trên phương diện điều trị chúng tôi chỉ thực hiện rút dịch màng phổi hàng tuần hoặc khi bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng suy hô hấp do có dịch màng phổi, bồi hoàn đạm, nước, điện giải, điều trị triệu chứng, truyền máu vào giai đoạn cuối của bệnh khi bệnh nhân có biểu hiện tình trạng thiếu máu. Càng về cuối diễn tiến của bệnh càng rầm rộ với thiếu máu, suy kiệt, suy hô hấp, không đáp ứng với điều trị và nhanh chóng tử vong với thời gian trung bình là 5.5 ± 1.4 tháng.

Bàn luận

- **Tuổi:** Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi thường gặp hiện nay là: Lao màng phổi, suy thận mạn, suy tim, xơ gan, bệnh tự miễn, ung thư màng phổi. Nhưng khi chúng ta chỉ quan tâm đến hai nguyên nhân là: lao màng phổi và ung thư màng phổi trong mối tương quan với tuổi tác thì một cách kinh điển là: <50 tuổi ưu thế lao màng phổi, >50 tuổi ưu thế ung thư màng phổi. Tuổi trung bình của nhóm bệnh chúng tôi là 64 ± 13 tuổi, phù hợp khi so sánh với các tác giả khác [8,9].

- **Giới:** Mặc dù chỉ có 17 ca, tuy nhiên giới nam vẫn chiếm ưu thế (64,7%), gần gấp đôi nữ (35,3%). Cho đến hiện nay ung thư phổi – màng phổi là hàng đầu của nam và ung thư vú là hàng đầu của nữ, phù hợp với các tác giả khác [2,6]

- **Nghề nghiệp:** Về mặt lịch sử mesothelioma rất đặc biệt gây ra ở các nội tạng gan ruột, màng bụng, hệ niệu sinh dục, phổi, màng phổi. Với các công nhân bị phơi nhiễm amiăng, ở các nước công nghiệp đóng tàu: Mỹ, Anh, Úc, Nam Phi. Với tỷ lệ mắc mesothelioma nổi bật rõ ràng chiếm 7% công nhân phơi nhiễm amiăng trên 20 năm [4]. Riêng ở các nước đang phát triển thì người ta không thấy vai trò của amiăng với mesothelioma. Chúng tôi có có hội kỹ bệnh sử các

ca này tuy nhiên không phát hiện được trường hợp nào có nghi ngờ phơi nhiễm với amiăng hoặc nghi ngờ do bệnh nghề nghiệp khác.

- **Thời gian toàn phát** : Kể từ thời điểm có triệu chứng nghi ngờ cảm giác đau ngực, nặng ngực đến khi có triệu chứng cần phải có sự can thiệp của chuyên môn trung bình là 23 ngày khi đó người bệnh khó thở có cảm giác chèn ép trong ngực [5]. Như vậy trong giai đoạn đầu diễn tiến chậm, âm ỉ. Giai đoạn sau diễn tiến nhanh rầm rộ với thiếu máu, suy kiệt, suy hô hấp không đáp ứng với điều trị và nhanh chóng đi đến tử vong.

- **Phổi tổn thương**: Chúng tôi có 9 ca tổn thương phổi phải, 7 ca tổn thương phổi trái, và 1 ca tổn thương cả 2 bên. Chưa ghi nhận ưu thế tổn thương của phổi phải, hay trái và trong các tài liệu tham khảo cũng không thấy đề cập đến.

- **X Quang, Siêu âm chẩn đoán**: Chứng tỏ rằng rất hữu hiệu để chẩn đoán tràn dịch màng phổi với kết quả 100% được phát hiện trên X quang và cả trên siêu âm tổng quát. Ở các nước phát triển với đầy đủ phương tiện hiện đại vẫn chẩn đoán tràn dịch màng phổi trên cơ sở XQ phổi thẳng và siêu âm tổng quát [8,9].

- **Dịch màng phổi**: Màu vàng chanh chiếm tỉ lệ là 64,7% khi rút dịch màng phổi lần đầu, chỉ có 35,3% có màu đỏ không đông. Đối với các trường hợp có dịch màu vàng chanh thì cần thiết phải phân biệt với lao màng phổi, tuy nhiên có thể dựa vào dấu hiệu không cạn dịch và tái lập nhanh là đặc trưng của ung thư màng phổi để chẩn đoán phân biệt. Các trường hợp nghi ung thư màng phổi thường dịch màu vàng chanh sẽ chuyển sang màu đỏ không đông, và sau đó sẽ chuyển sang màu nâu đen. Xét nghiệm Rivalta hữu nghiệm 100% trong các ca này vì các trường hợp này là do tổn thương xuất tiết trực tiếp vào khoang màng phổi. LDH tăng cao $989 \pm 106 \text{U/L}$ so với lao màng phổi trung bình 250U/L về mặt cơ chế LDH tăng rất cao người ta chưa biết rõ. Tế bào ưu thế lympho $73 \pm 15\%$ chứng tỏ ung thư màng phổi là một bệnh mãn tính đến bán cấp chứ không phải bệnh lý cấp tính tương tự như các tác giả khác [9,10].

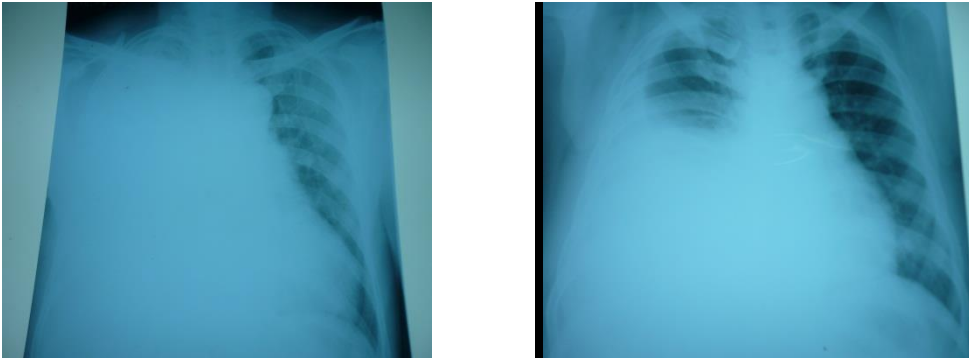
- **VS**: Tăng mức độ trung bình $51 \pm 18 \text{ mm/giờ}$ đầu chứng tỏ ung thư màng phổi có đáp ứng viêm mãn tính và diễn tiến bán cấp, trong khi lao màng phổi thì VS tăng cao 125 mm/giờ [1,7].

- **Giải phẫu bệnh**: 15 ca là mesothelioma, 1 ca là mucocarcinoma và 1 ca là adenocarcinoma. Theo tác giả Robbin và Cotran nếu xem nội soi và sinh thiết màng phổi là phương pháp lý tưởng để chẩn đoán [4]. Ung thư màng phổi thì tìm tế bào trong dịch màng phổi chỉ đạt được 40% so với kỹ thuật trên.

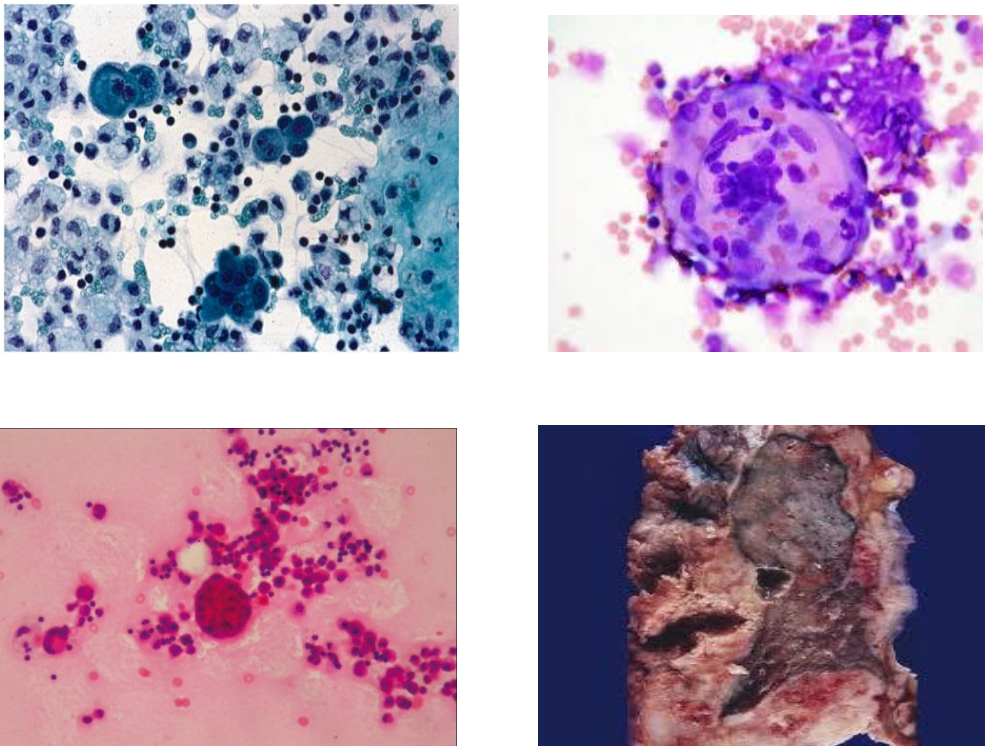
- **Dự hậu**: Mặc dù nhiều nỗ lực để chẩn đoán sớm, áp dụng các phương pháp làm dày dính màng phổi, hóa trị liệu,... tiên lượng chung của các tác giả là 7-10 tháng. Trong nhóm các bệnh nhân của chúng tôi thời gian sống trung bình ta là 6 tháng ($5,5 \pm 1,4$) [11].

Kết luận

Ung thư màng phổi thường gặp ở khoa chúng tôi là do mesothelioma gây ra ở người lớn tuổi (>60^t) với biểu hiện TDMP màu vàng chanh hay màu đỏ không đông, với màu vàng chanh thì dần dần chuyển thành màu đỏ nhưng cả hai đều không cạn dịch và tái lập nhanh sau khi rút. Thời gian sống trung bình là 6 tháng ($5,5 \pm 1,4$) kể từ thời điểm toàn phát. Vai trò của giải phẫu bệnh trong việc phối hợp để chẩn đoán chính xác hơn .



Hình 1. Hình ảnh tràn dịch màng phổi trên phim X quang



Hình 2. Hình ảnh tế bào học trong dịch màng phổi

Tài liệu tham khảo:

- 1 Nguyễn Đình Hường: bệnh học lao và bệnh phổi tập I, p327-347, 1994
- 2 Phạm Long Trung: bệnh học lao- phổi tập III,p237-263,1999
- 3 Ngô Quý Châu: bệnh hô hấp p495 – 503, 2012.
- 4 Robbins and Cotran: Pathologic Basis of Disease. Eighth Edition P 733-737
- 5 Corson JM: Pathology of diffuse malignant pleural mesothelioma. *Seuin Thorac cardiovasc Surg* 9: 347, 1997
- 6 Greillier L, Astoul P: Mesothelioma and asbestos- related pleural disease. *Respiration* 76:1, 2008
- 7 Sun S et al: Lung cancer in never smokers- a different disease. *Nat Rev Cancer* 7:778, 2007.
- 8 Kazan-Allen L: Asbestos and mesothelioma worldwide tvend. *Lung Cancer* 49:53, 2005.
- 9 Becklake MR et al: Asbestos- related disease of the lungs and pleura: uses, tvends and management over the last century. *Int J Tuberc Lung Dis* 11:356, 2007
- 10 Kamp DW, Weitzman SA: The miolecular basis of asbestos induced lung injury. *Thorax* 54;638, 1999
- 11 Hammond EC et al: Asbestos exposure, cigarette smoking and death rates. *Ann N9 Acad Sci* 330:473, 1979.