

HAMARTOMA THÀNH NGỰC Ở TRẺ EM: BÁO CÁO 5 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Nguyễn Thăng¹✉, Đinh Việt Hưng²

¹Bộ môn Ngoại Nhi, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Hamartoma trung mô thành ngực là sang thương rất hiếm gặp. U xuất phát từ xương, phần mềm và mô sụn của thành ngực hay xương sườn. U thường gặp ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi, có thể phát hiện và phát triển từ trong bào thai. Chẩn đoán Hamartoma trung mô thành ngực bằng kết quả giải phẫu bệnh học. Hamartoma trung mô thành ngực là u lành tính, có khả năng thoái triển theo thời gian. Khối u phát triển vào khoang lồng ngực hay trung thất có thể chèn ép phổi gây nhiễm trùng hô hấp, khó thở, thiếu sản phổi từ bào thai... Những trường hợp khác là khối u thành ngực không triệu chứng, được phát hiện tình cờ. Quản lý Hamartoma trung mô thành ngực trước đây là cắt bỏ sang thương, tuy nhiên, nhiều bài báo và bằng chứng cho thấy điều trị bảo tồn, theo dõi diễn tiến là lựa chọn tốt nhất trừ khi u gây nên vấn đề hay triệu chứng nặng ở trẻ.

Từ khóa: Hamartoma trung mô, u mô thừa, hamartoma, hamartoma trung mô thành ngực.

ABSTRACT

MESENCHYMAL HAMARTOMA OF THE CHEST WALL IN INFANT: CASES REPORT

Nguyen Nguyen Thang¹✉, Dinh Viet Hung²

Mesenchymal hamartoma of the chest wall is a very rare lesion. The tumor arises from the ribs, cartilage or soft tissue of the chest wall. Tumors are commonly diagnosed in newborns and infants, can be detected and develop in the fetus. Diagnosis chest wall mesenchymal hamartoma by histopathology. Mesenchymal hamartoma of the chest wall is a benign tumor that is likely to regress over time. Tumor growing into the thoracic cavity can cause respiratory infection, dyspnea, fetal pulmonary hypoplasia... Other cases are asymptomatic thoracic mass that discovered incidentally. Previously, management of thoracic mesenchymal hamartoma was resection however numerous evidence suggest that conservation and monitoring are the best options unless the tumor is causing problems or symptoms in infant.

Keywords: Mesenchymal hamartoma of the chest wall, hamartoma, Mesenchymal hamartoma.

Ngày nhận bài:

02/7/2022

Ngày chỉnh sửa:

28/7/2022

Chấp thuận đăng:

05/8/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Nguyễn Thăng

Email:

nnthang2022@gmail.com

SĐT: 033.886.1910

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hamartoma trung mô thành ngực (HTMTN) là sang thương rất hiếm gặp. U xuất phát từ xương, phần mềm và mô sụn của thành ngực hay xương sườn. U thường gặp ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi, có thể phát hiện và phát triển từ trong bào thai. Chẩn

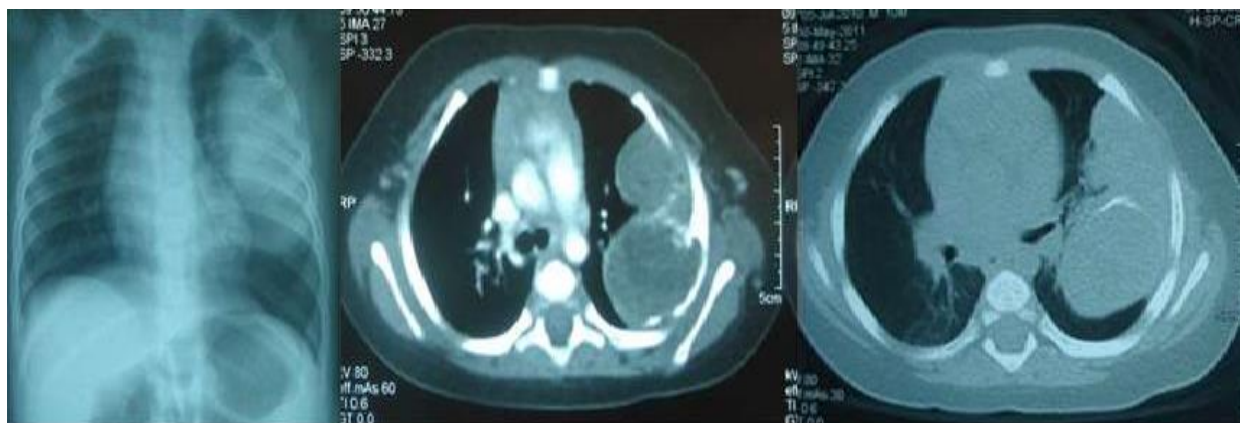
đoán HTMTN bằng kết quả giải phẫu bệnh học. HTMTN là u lành tính, có khả năng thoái triển theo thời gian. Khối u phát triển vào khoang lồng ngực hay trung thất có thể gây nhiễm trùng hô hấp, khó thở, thiếu sản phổi từ bào thai... Những trường hợp khác là khối u thành ngực không triệu chứng,

được phát hiện tình cờ. Quản lý HTMTN trước đây là cắt bỏ sang thương, tuy nhiên, nhiều bài báo và bằng chứng cho thấy điều trị bảo tồn, theo dõi diễn tiến là lựa chọn tốt nhất trừ khi u gây nên vấn đề hay triệu chứng nặng ở trẻ. Chúng tôi báo cáo 5 trường hợp HTMTN được điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP. HCM từ năm 2011 đến năm 2022.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Trường hợp 1:

Bé trai, 10 tháng tuổi, sanh mổ do mẹ có vết mổ cũ, con 2/2, đủ tháng, lúc sanh 3,2kg, không ghi nhận bất thường trong quá trình khám thai và siêu âm trước sanh. Bé nhập viện vì sốt và ho, bệnh 5 ngày, được chụp Xquang ngực thẳng, có khối choán chỗ ngực trái, theo dõi u phổi trái, chuyển BV Nhi Đồng 1.



Hình 1: Xquang và CTscan ghi nhận khối choán chỗ ngực trái, hình ảnh nghi HTMTN

Bé được chụp Xquang ngực thẳng, nghiêng, siêu âm ngực (kết quả: theo dõi CCAM thùy dưới phổi trái bội nhiễm, xuất huyết). CTscan ngực cản quang cho thấy tổn thương nghi xuất phát từ thành ngực - xương sườn III bên trái, giới hạn rõ, bất thuốc không đồng nhất, dạng mô đặc và nang, kích thước 35 x 70mm, nhô vào lòng ngực trái, làm xẹp và viêm thùy dưới phổi trái, có hình ảnh hủy xương tại xương sườn III - IV. Bé không được làm các xét nghiệm về

marker như AFP, beta - hCG, LDH, acid uric.

Sau khi hội chẩn, bé được chẩn đoán theo dõi Sarcom xương sườn III bên trái, phẫu thuật cắt u. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là Hamartoma trung mô. Quá trình theo dõi hậu phẫu ổn định. Thời gian theo dõi đến nay là 11 năm, bé không có các vấn đề hô hấp hay thành ngực do u gây nên sau mổ, không phát hiện tái phát hay di căn. Hiện bé khỏe, 12 tuổi, đang học lớp 7.

Trường hợp 2:



Hình 2: CTscan nghi đến HTMTN với tổn thương đa ổ gồm mô đặc, nang, vôi hóa, có hủy xương

Bệnh viện Trung ương Huế

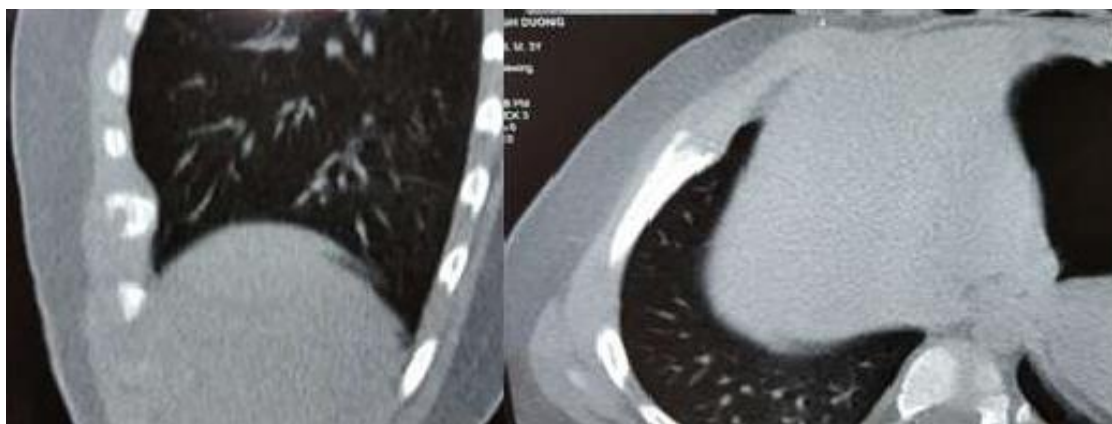
Bé trai, 2 tháng tuổi, sanh thường, đủ tháng, con 2/2, đủ tháng, lúc sanh 2,7kg, không ghi nhận bất thường trong quá trình khám thai và siêu âm trước sanh. Mẹ bé phát hiện có khối u cổ - ngực trái khoảng 3cm nên đưa bé đến khám và nhập viện BV Nhi Đồng 1. Hình ảnh XQuang ngực thẳng ghi nhận khối choán chỗ ngực trái, siêu âm ngực ghi nhận tổn thương dạng hỗn hợp gồm mô đặc và nang, phát triển vào khoang ngực, không tăng sinh mạch máu, nghi u quái trung thất. Kết quả CTscan cho thấy tổn thương đa ổ: 1 - xuất phát từ cung trước bên xương sườn VI trái, giới hạn rõ, 48 x 31mm, gồm mô đặc và nang, có vách, đóng vôi rải rác, sau tiêm thuốc tổn thương bắt thuốc không đồng nhất, chèn ép lồng ngực gây ứ khí đáy phổi trái; 2 - nhiều khối tổn thương cùng bên trái, tính chất tương tự, xuất phát từ xương sườn I, cung sau xương sườn VII - IX, cuống sống C7, T8, T9, thân và cuống sống L1 - L5; 3 - tổn thương tính chất tương tự vùng chân bướm

trái, phần ổ mắt xương hàm trên trái; không có hạch vùng; kết luận nghi tổn thương HTMTN đa ổ. Một số xét nghiệm đầu ần trên bé này như AFP 94.400 ng/mL, beta - hCG < 0,2 mUI/mL, LDH 443 U/L. Bé được hội chẩn phẫu thuật sinh thiết u ở ngực, kết quả giải phẫu bệnh là Hamartoma trung mô. Xuất viện, theo dõi và tái khám.

Sau 5 tháng theo dõi, mẹ thấy bé co, yếu tay trái cùng bên tổn thương, khám BV Nhi Đồng 1 được chẩn đoán liệt đám rối thần kinh cánh tay trái thân giữa và dưới, phẫu thuật cắt bỏ một phần khối uở thành ngực vị trí xương sườn I, ghép nối thân thần kinh cánh tay. Theo dõi và tái khám đến nay 4 năm, các tổn thương thành ngực vị trí xương sườn VI, VII, IX không tăng thêm, bé không xuất hiện các vấn đề hô hấp, viêm xẹp phổi. Tay trái còn yếu, chưa phục hồi sức cơ. Phát hiện vẹo cột sống. Hiện bé khỏe, 4 tuổi, đang theo dõi và tái khám định kỳ với BS Ung bướu và BS Chỉnh hình nhi (BV Nhi Đồng 1).



Hình 3: MRI khảo sát u gây liệt đám rối cánh tay trái sau 1 năm và XQuang, tình trạng tay trái sau 3 năm
Trường hợp 3:



Hình 4: Tổn thương vị trí tiếp giáp mô sụn, có hủy xương trên CTscan

Hamartoma thành ngực ở trẻ em: báo cáo 5 trường hợp

Bé trai, 3 tuổi, mẹ đưa đến khám vì phát hiện u cung trước xương sườn VI bên phải. Quá trình mang thai, siêu âm trước sinh và tiền căn bản thân, gia đình không ghi nhận bệnh u, ung thư. Siêu âm ngực thấy khối echo hỗn hợp khoảng 23mm, nằm ở ngay chỗ nối xương - sụn, vị trí xương sườn VI - VII phải, không tăng sinh mạch máu, có dấu hủy xương. CTscan mô tả khối tổn thương khoảng 30mm, có hủy xương, ở cung trước xương sườn VI chỗ tiếp giáp sụn sườn, có phá vỡ xương, phản ứng màng xương dạng vẩy hành 1 lớp, mô mềm xung quanh bất thường tương phản, không ghi nhận tổn thương nhu mô phổi.

Bé được hội chẩn, sinh thiết u cung sườn. Kết quả giải phẫu bệnh trả lời Hamartoma trung mô xương sườn. Theo dõi đến nay 3 năm, không ghi nhận sang thương nơi khác, siêu âm sau 5 năm không ghi nhận tổn thương xương sườn, thành ngực hay lồng ngực. Hiện bé khỏe, 6 tuổi, học lớp 1.

Trường hợp 4:

Bé trai, 6 tháng tuổi, con 3/3 (PARA mẹ 1203),

sinh thường, non 36 tuần, lúc sinh 3kg, sau sinh không suy hô hấp, không nằm dưỡng nhi. Quá trình mẹ mang thai và siêu âm trước sinh không ghi nhận bất thường. Bé được nhập viện Nhi Đồng 1 vì ho, sốt 7 ngày, được chẩn đoán viêm phổi, không dung oxy liệu pháp. Khám thấy lồng ngực trái nhô cao hơn bên phải. CTscan cho thấy khối tổn thương xuất phát từ xương sườn III và IV bên trái, gây hủy xương, giới hạn rõ, kích thước 58 x 50mm, bất thường không đồng nhất, gồm mô đặc và nang có vách. Tổn thương này chèn ép lồng ngực gây xẹp 1 phần thùy trên phổi trái, rộng khoang liên sườn, kết luận HTMTN trái.

Bé được hội chẩn Ngoại khoa, sinh thiết u ngực trái. Kết quả giải phẫu bệnh trả lời phù hợp Hamartoma trung mô. Điều trị tiếp tục viêm phổi trong 9 ngày, bé ổn định và xuất viện. Theo dõi, tái khám trong 2,5 năm bé có vài đợt viêm tiểu phế quản hoặc viêm phổi, nhập viện sử dụng kháng sinh tĩnh mạch, không thở oxy. Tổn thương không tăng thêm so với trước, không thấy u di căn hay lan tràn.



Hình 5: Hình ảnh tổn thương mô đặc và nang, có vách, hủy xương sườn, kích thước lớn

Trường hợp 5:

Bé gái, 2 tháng tuổi, con 1/1, sanh mổ, đủ tháng, lúc sinh 3kg. Thai 28 tuần, mẹ siêu âm tiền sản phát hiện u lồng ngực, nghi u màng phổi trái. Sau sanh bé không suy hô hấp, không nằm dưỡng nhi. Bé bú giỏi, lên cân tốt, hay ho, khô khè liên tục. Bé được theo dõi và tái khám tại BV Nhi Đồng 1. Siêu âm ngực nghi tổn thương dạng nang đa ổ, vách hóa, không vô, không tăng sinh mạch máu, là bướu bạch huyết màng phổi hoành bên trái, xuất huyết bên trong. CTscan ghi nhận tổn thương xuất phát từ cung sau bên xương sườn V trái, có hủy xương, phá vỡ xương mặt trong, phát triển vào trong lồng ngực trái, rộng khoang liên sườn V - VI trái, biến dạng khoang liên sườn VI. U

gồm mô đặc và nang dịch, vôi hóa, giới hạn rõ, kích thước 50 x 70mm, bất thường không đồng nhất, chèn ép phế quản thùy dưới gây xẹp thùy dưới phổi trái, đẩy lệch trung thất sang phải. Không ghi nhận tràn khí, dịch màng phổi, không bất thường khí phế quản gốc, không hạch trung thất. Ghi nhận tĩnh mạch chủ trên bên trái, đổ về xoang vành nhĩ phải.

Bé được hội chẩn sinh thiết u thành ngực trái. Kết quả giải phẫu bệnh trả lời HTMTN. Bé được xuất viện sau đó 2 ngày, tái khám theo dõi sau 4 tuần. Thời gian theo dõi đến nay là 4 tháng, bé vẫn thở co lõm và khô khè liên tục, người nhà muốn cho bé nhập viện để cắt bỏ khối u. Hiện tại chưa có kết quả hội chẩn chính thức.

*Giải phẫu bệnh:

Kết quả giải phẫu bệnh học của các trường hợp trong nghiên cứu thường được mô tả với hình ảnh các sợi collagen đặc xen lẫn một số tế bào hình thoi, đồng dạng, nhân sáng, bào tương hồng, sắp xếp lan tỏa bên cạnh những mô sụn, mô xương bình thường. Rải rác có một số nang không có tế bào lót, lòng chứa hồng cầu hoặc chất vô định hình, hoặc vách có nhiều đại bào, tế bào viêm.

III. BÀN LUẬN

HTMTN là tổn thương lành tính, hiếm gặp, đã được y văn ghi nhận từ rất lâu. Bệnh được mô tả đầu tiên bởi Blumenthal và cộng sự, vào năm 1972. Báo cáo của Leod [1] từ năm 1979 ghi nhận 9 trường hợp nghĩ là HTMTN. Đa số các sang thương của ngực hoặc xương sườn, có hủy xương thường là ác tính, tuy nhiên, HTMTN là tổn thương lành tính hiếm thấy. Khối u này thường được phát hiện sau sinh, đặc biệt ở sơ sinh và nhũ nhi [2, 3]. Báo cáo của Zhang [4] trên 5 trường hợp cho thấy trẻ phát hiện sau sinh từ 7 tháng đến 20 tháng (thời điểm phẫu thuật). Trong khi đó, báo cáo của Groom [5], độ tuổi phát hiện từ 1 ngày đến 13 tuổi, trung bình là 8 tháng. Có 4/5 trường hợp của chúng tôi phát hiện ở độ tuổi nhũ nhi, đặc biệt có 1 trường hợp phát hiện nhờ siêu âm trước sanh. Bastian [6] và Sheidaei [2] cũng báo cáo trường hợp HTMTN được phát hiện nhờ siêu âm trước sanh. Tuy nhiên, kết quả cuối cùng vẫn dựa vào hình ảnh học và giải phẫu bệnh ở thời điểm sau sinh. Đa số các nghiên cứu đều cho thấy trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tương tự báo cáo của chúng tôi [2, 4, 5].

Triệu chứng phát hiện bệnh có thể là suy hô hấp, khó thở, khô khè hoặc khối u vùng cổ ngực hay tình cờ phát hiện [2, 3, 7]. Chúng tôi báo cáo 5 trường hợp, trong đó có 2 (40%) trường hợp đến vì sờ thấy/ nhìn thấy khối u ở ngực/ cổ - ngực và 3 (60%) trường hợp đến vì triệu chứng đường hô hấp (ho kèm sốt). Cả 5 trường hợp của chúng tôi đều không ghi nhận tình trạng suy hô hấp cần dung oxy liệu pháp ngay hoặc sau sanh. Ca bệnh của Singh [8] ghi nhận trẻ bị suy hô hấp, viêm phổi tái diễn sau sinh. Groom [5] ghi nhận 42% (5/12) trẻ có khối u thành ngực, 58% trẻ có triệu chứng hô hấp. Cùng dân số trong nước, tác giả Nguyen Ngoc Trung [9] báo cáo 1 trẻ 6 tháng tuổi, phát hiện bệnh do khối u ngực phải. Triệu chứng bệnh hay hậu quả của việc

u đè ép, xô lệch các cơ quan quan trọng là yếu tố quyết định trong vấn đề điều trị, cần được khai thác.

Vị trí thường gặp là tổn thương chỉ ở 1 bên, trong cả 5 ca chúng tôi báo cáo. Một số ít khác có thể gặp u ở cả 2 bên. Alfaraidi [10] và Faraday [11] báo cáo trường hợp u ở cả 2 bên, phát hiện vì suy hô hấp nặng, đặc biệt ngay sau sanh. Hầu hết (4/5 trường hợp) ca bệnh của chúng tôi có tổn thương bên trái. Groom [5] không ghi nhận trường hợp nào u cả 2 bên và 50% số ca nằm bên trái. Khác chúng tôi, 4/5 trường hợp trong báo cáo của Zhang [4] nằm ở bên phải.

Về hình ảnh học, đây là công cụ quan trọng giúp định hướng, hỗ trợ và góp phần chẩn đoán HTMTN. Khối u này có thể xuất phát từ phần mềm, cơ, sụn hay xương của thành ngực hoặc xương sườn. Chúng tôi báo cáo cả 5 trường hợp u đều xuất phát từ xương sườn, có dấu hủy xương hay phá vỡ xương. Điều này có thể gây nhầm lẫn với hình ảnh của u ác tính. Ca bệnh đầu tiên (trường hợp 1) với hình ảnh hủy xương, chúng tôi chẩn đoán trước mổ là Sarcom. Tuy nhiên, kết quả giải phẫu bệnh sau đó là HTMTN. Tất cả các trường hợp mà chúng tôi báo cáo đều là u giới hạn rõ, kích thước tương đối lớn, thường nhô vào lồng ngực, gây nên các triệu chứng hô hấp. U dạng mô đặc và nang, có vôi hóa bên trong. Thường u sẽ gây phá hủy nhiều xương sườn kế cận nhau như trong báo cáo của Groom [5] có 9/12 bệnh nhân u phát triển và phá hủy từ 2 xương sườn trở lên, chỉ có 3 bệnh nhân bị ảnh hưởng 1 xương sườn. Chúng tôi cũng chỉ có 1 trường hợp u 3cm, sờ được ngay chỗ tiếp giáp xương - sụn của xương sườn VI và gây hủy xương, còn lại 4/5 trường hợp có dấu hủy xương trên nhiều xương sườn khác nhau. Đặc điểm này cho thấy, nếu là sarcom thì mức độ lan tràn và rất ác tính do u lớn và phát triển vào lồng ngực, hủy xương nhiều. Tuy nhiên, sang thương này là HTMTN lành tính và không di căn. Kích thước u so với trẻ cũng là vấn đề đáng quan tâm do u lớn, gây thiếu sản phổi hoặc xẹp phổi, ứ khí, biến dạng lồng ngực và đè ép cơ quan xung quanh gây triệu chứng nặng ở trẻ. Báo cáo của Groom [5] cho thấy kích thước u từ 2 - 15cm, trung bình 5,2 x 3,5cm. Các trường hợp mà chúng tôi báo cáo thường u lớn (> 5cm) ở trẻ nhũ nhi, trường hợp trẻ phát hiện bệnh lúc 3 tuổi chỉ có sang thương 3cm tại xương sườn. Như vậy, kích thước HTMTN thường lớn, gây nên các triệu chứng hô hấp, vấn đề khiến bệnh nhân nhập viện. Có 4/5

trường hợp trong báo cáo của chúng tôi u phát triển vào trong lồng ngực gây ứ khí và xẹp phần phổi kề cận, gây đẩy lệch trung thất và/ hoặc khí quản, phế quản, làm rộng hay biến dạng khoang liên sườn. Các trường hợp này u gây nên vấn đề hô hấp kéo dài khiến cha mẹ của trẻ lo lắng và muốn điều trị phẫu thuật. Đối với các trường hợp u đa ổ, triệu chứng và ảnh hưởng có lẽ nhiều hơn nữa. Fregeolle [12] và Yavuz [13] báo cáo trường hợp tổn thương đa ổ trên bệnh nhân HTMTN. Trường hợp này được khảo sát, cắt bỏ khối u thành khối. Tuy nhiên, HTMTN đa ổ trong 2 nghiên cứu này là u lớn, phát triển từ nhiều xương sườn khác nhau hoặc nhiều vùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương đa ổ trên bệnh nhân được ghi nhận là u tại thành ngực/ xương sườn gồm nhiều sang thương tách biệt nhau. Ngoài ra, ghi nhận tổn thương tại ổ mắt, xương bướm. Chúng tôi chỉ tập trung vào hamartoma trung mô một hoặc đa ổ của thành ngực. Tính chất của các ổ sang thương này trên hình ảnh CTscan tương đồng với nhau, cho cùng kết luận là HTMTN. Như vậy, nếu phải điều trị cắt bỏ, các sang thương chỉ được phẫu thuật khi gây nên triệu chứng. Trường hợp 2 của chúng tôi cho thấy, u đa ổ, phần cung sườn I gây chèn ép làm liệt đám rối cánh tay, tuy nhiên, phần u ở cung sườn VI không gây triệu chứng sẽ không được cắt bỏ vì u có khả năng thoái triển. Các sang thương đa ổ hay 2 bên làm tăng nguy cơ cần điều trị phẫu thuật vì thường gây nên triệu chứng nặng ở trẻ.

Giải phẫu bệnh học trong các trường hợp của chúng tôi ghi nhận các sợi collagen đặc xen lẫn một số tế bào hình thoi, đồng dạng, nhân sáng, bào tương hồng, sắp xếp lan tỏa bên cạnh những mô sụn, mô xương bình thường. Rải rác có một số nang không có tế bào lót, lòng chứa hồng cầu hoặc chất vô định hình, hoặc vách có nhiều đại bào, tế bào viêm. Giải phẫu bệnh học là tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định Hamartoma trung mô. Ngoài ra, một số thành phần có nguồn gốc trung mô có thể dẫn đến chẩn đoán lầm với các bệnh ác tính [14].

Điều trị HTMTN vẫn chưa được thống nhất. Trước đây, các tổn thương thường được phẫu thuật cắt bỏ. Tuy nhiên, với hình ảnh hủy xương và u phát triển lớn, thường được nhìn nhận là khối u ác tính lồng ngực hay thành ngực, nhiều nhất là sarcom, điều trị lúc này là sinh thiết khối u. Sau khi có kết quả sinh thiết, chẩn đoán xác định là HTMTN, điều

trị phẫu thuật hay theo dõi tùy thuộc vào triệu chứng và độ tuổi của bệnh nhân. HTMTN là khối u lành tính có khả năng thoái triển, đặc biệt ở trẻ < 2 tuổi. U thường sẽ nhỏ lại không phát triển thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết trường hợp đều đến vì vấn đề hô hấp, tuy nhiên, triệu chứng hô hấp ở trẻ thường nhẹ, điều trị nội khoa có thể ổn định. Khi đó, điều trị bảo tồn, theo dõi trên những bệnh nhân này, đặc biệt là trẻ nữ nhi là lựa chọn tối ưu. Singh [8] báo cáo trường hợp HTMTN gây viêm phổi kéo dài, tuy nhiên, điều trị nội khoa trên trường hợp này có đáp ứng và quyết định theo dõi diễn tiến của khối u bằng hình ảnh học mà không phẫu thuật cắt bỏ. Nhưng cần theo dõi sát và giáo dục sức khỏe cũng như giải thích những vấn đề hô hấp kéo dài ở trẻ, có thể cải thiện sau 2 tuổi. Trường hợp 5 của chúng tôi, trẻ khỏe mạnh và thở co lõm không giảm, tuy không suy hô hấp cũng như không cần phải điều trị oxy, nhưng đây là khúc mắc mà gia đình bệnh nhi muốn được giải quyết. Trường hợp 3 và 4, sang thương trong lồng ngực vẫn hiện diện mà không gây nên vấn đề nặng trên trẻ, vẫn có thể được theo dõi diễn tiến với hình ảnh siêu âm hoặc CTscan. Báo cáo của Kolar [3] năm 2018 trên 12 trẻ cho thấy những bệnh nhân dù là sang thương 2 bên hay đa ổ, nếu không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ, điều trị bảo tồn, không phẫu thuật là lựa chọn tối ưu. Phẫu thuật cắt bỏ sang thương cũng được thực hiện trên các ca bệnh từ nghiên cứu của Nguyen Ngoc Trung [9] hay Okamoto [7] dù không triệu chứng. Kết quả sau mổ bệnh nhân khỏe, không tái phát hay lan tràn u. Chúng tôi cũng tiến hành phẫu thuật cắt bỏ sang thương ở trường hợp 1, kết quả tốt. Nhưng việc trải qua phẫu thuật cắt bỏ (có thể là cuộc mổ lần 2 sau phẫu thuật sinh thiết) trên HTMTN - khối u lành tính có khả năng thoái triển là vấn đề cần cân nhắc kỹ. Các trường hợp HTMTN gây nên triệu chứng nặng hay đè ép các cơ quan khác cần được điều trị cắt bỏ. Có lẽ rằng, đây không phải là vấn đề còn bàn cãi hay tranh luận. Việc u xâm lấn hay bao bọc, đè ép các cơ quan, nếu phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn u quá nguy hiểm hay nguy cơ cao ảnh hưởng đến cơ quan, cấu trúc quan trọng, cắt bỏ 1 phần u để bảo tồn cơ quan dường như không gây nên tái phát hay tiến triển. Trường hợp 2 của chúng tôi, u chèn ép gây liệt đám rối cánh tay, việc cắt bỏ u hoàn toàn dẫn đến cắt bỏ thân đám rối không phục hồi hay

ghép nối được, từ đó, phẫu thuật viên lựa chọn chỉ cắt 1 phần u để bảo tồn phần thân thần kinh nhằm ghép nối tốt hơn. Virgone [15] đề nghị chỉ điều trị phẫu thuật giới hạn trong những trường hợp có triệu chứng kéo dài hoặc tái diễn không đáp ứng điều trị nội khoa.

IV. KẾT LUẬN

HTMTN là khối u hiếm gặp, thường xảy ra ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi. U có thể được phát hiện trong thời kỳ bào thai. Hình ảnh học CTscan hay MRI là phương tiện tốt giúp định hướng, gợi ý và xác định mức độ tổn thương cũng như khảo sát các yếu tố đi kèm và vấn đề do u gây nên. Chẩn đoán xác định vẫn dựa trên giải phẫu bệnh học. Các trường hợp u gây nên triệu chứng nặng hoặc kéo dài, cần được điều trị phẫu thuật cắt bỏ. Chưa ghi nhận vấn đề tái phát hay lan tràn u sau phẫu thuật cắt bỏ. Đối với nhiều trường hợp u không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ, điều trị ổn định với nội khoa, điều trị bảo tồn với theo dõi sát và tái khám, không can thiệp phẫu thuật tiết căn hay hóa trị được xem là lựa chọn tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McLeod RA, Dahlin DC. Hamartoma (mesenchymoma) of the chest wall in infancy. *Radiology*. 1979;131:657-61.
- Sheidaei S, Ghasemi M, Mousavi SA. Prenatal chest wall mesenchymal hamartoma: a case report and review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35:613-615.
- Kolar M, Pilkington M, Silva M, Soboleski D. Nonsurgical management of mesenchymal hamartomas of the chest wall. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*. 2018;39:17-21.
- Zhang N, Gao Y, Li XH, Zhou J, He LJ. Chest wall hamartoma of infancy: a clinicopathologic observation of five cases. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 2018;47:706-709.
- Groom KR, Murphey MD, Howard LM, Lonergan GJ, Rosado - De - Christenson ML, Torop AH. Mesenchymal hamartoma of the chest wall: radiologic manifestations with emphasis on cross - sectional imaging and histopathologic comparison. *Radiology*. 2002;222:205-11.
- Braatz B, Evans R, Kelman A, Cheng W. Perinatal evolution of mesenchymal hamartoma of the chest wall. *J Pediatr Surg*. 2010;45:e37-40.
- Okamoto K, Tani Y, Yamaguchi T, Ogino K, Tsuchioka T, Nakajima M, et al. Asymptomatic Mesenchymal Hamartoma of the Chest Wall in Child With Fluorodeoxyglucose Uptake on PET/CT - Report of a Case. *Int Surg*. 2015;100:915-9.
- Singh A, Seth R, Pai G, Dawman L, Satapathy A. Mesenchymal Hamartoma of Chest Wall in an Infant: Mimicking Persistent Pneumonia. *J Clin Diagn Res*. 2015;9:Sd03-4.
- Trung NN, Duc LA, Ngoc DV, Sang NV, Ninh TP, Giang TV, et al. A case of mesenchymal hamartoma of the chest wall of a child. *Radiol Case Rep*. 2021;16:2878-2881.
- Alfaraidi M, Alaradati H, Mamoun I, Mohammed S. Bilateral Mesenchymal Hamartoma of the Chest Wall in a 3 - Month - Old Boy: A Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Pathology*. 2017;2017:2876342.
- Faraday CM, Mayes CBD, Hurrell D, Rao B. Bilateral chest wall mesenchymal hamartomas masquerading as fetal hydrops in utero. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2020;105:303.
- Fregeolle A. Multifocal Mesenchymal Hamartoma of the Newborn: A Case Study. *Adv Neonatal Care*. 2022;22:210-214.
- Yavuz Ö, Özcan HN, Çınar HG, Oğuz B, Haliloğlu M. Multifocal mesenchymal hamartoma of the chest wall in a newborn. *Turk J Pediatr*. 2019;61:975-978.
- Kim JY, Jung WH, Yoon CS, Kim MJ, Kim HK, Kim KD, et al. Mesenchymal hamartomas of the chest wall in infancy: radiologic and pathologic correlation. *Yonsei Med J*. 2000;41:615-22.
- Virgone C, Dall'Igna P, Alaggio R, Burnelli R, Zanon GF, Cecchetto G. Management of symptomatic mesenchymal hamartoma of the chest wall: surgical resection only in symptomatic cases. *Klin Padiatr*. 2013;225:420-2.