

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP LÁCH LẠCH CHỖ TRONG LÒNG NGỰC GIẢ DẠNG U LYMPHO: MỘT THÁCH THỨC TRONG CHẨN ĐOÁN

A Case of Intrathoracic Ectopic Spleen Mimicking Lymphoma: A Diagnostic Challenge

Nguyễn Trần Ngọc Trinh*, Phùng Hưng*

SUMMARY

Ectopic splenosis is when splenic tissue is not located in its normal anatomical position but is present in various locations throughout the body. This is a rare entity in medical literature, particularly intrathoracic splenosis. Intrathoracic splenosis has nonspecific imaging features and can be easily confused with other diagnoses, posing significant diagnostic challenges. We report a rare case detected at the Quang Tri General Hospital with a confirmed diagnosis of intrathoracic splenosis that was initially misdiagnosed as left thoracic lymphoma.

Case presentation: A 70-year-old male patient was admitted to the hospital for cough and occasional left chest pain, with a history of splenectomy due to trauma. Physical examination revealed no abnormalities, complete blood count showed no signs of infection, tumor markers were not elevated, and a routine chest X-ray was ordered, which revealed a rather subtle lesion originating from the left upper lobe mediastinal pleura. The patient underwent a computed tomography scan for further evaluation, with an initial diagnosis of left pleural tumor. A biopsy of the lesion was performed for histopathology and immunohistochemistry simultaneously, and the results indicated lymphoma. The patient was treated with chemotherapy for over 3 months but did not respond to treatment; after two computed tomography scans, the lesion remained unchanged in morphology, characteristics, and size. The clinical physicians questioned the initial diagnosis and convened a multidisciplinary consultation with the pathologist and radiologist, repeated the immunohistochemistry, and the final result was a case of intrathoracic splenosis.

Conclusion: Intrathoracic splenosis is a rare entity in medical literature. Imaging features on routine X-ray, computed tomography, and magnetic resonance imaging are nonspecific and can be easily confused with other pathologies, creating significant challenges for radiologists. This diagnosis should be considered when a patient has a left intrathoracic lesion and a history of splenectomy due to prior trauma.

Keywords: Ectopic splenosis, intrathoracic splenosis, post-traumatic splenectomy, intrathoracic lymphoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách lạc chỗ là khi lách không ở vị trí giải phẫu bình thường mà nằm ở những vị trí khác nhau trong cơ thể. Đây là một bệnh lý lâm sàng hiếm gặp vì phẫu thuật cắt lách để điều trị lách lạc chỗ chỉ chiếm chưa đến 0,25% các ca cắt lách [1]. Lách lạc chỗ ở ngực càng hiếm gặp hơn, trong đó mô lách lạc chỗ thường xảy ra sau chấn thương lách hoặc cắt lách, có hoặc không có tiền sử chấn thương cơ hoành. Y văn từ trước đến nay chỉ ghi

nhận 100 trường hợp khi bệnh được mô tả lần đầu vào năm 1896 [2]. Lách lạc chỗ trong lòng ngực có thể chẩn đoán nhầm thành các bệnh lý u phổi, u màng phổi... tạo ra nhiều thách thức trong chẩn đoán và điều trị.

Chúng tôi xin báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị với chẩn đoán lúc đầu là u màng phổi trái, sinh thiết nghi ngờ u lympho, bệnh nhân sau đó được điều trị hoá chất 02 liệu trình nhưng không đáp ứng điều trị, các bác sĩ lâm sàng nghi ngờ về chẩn

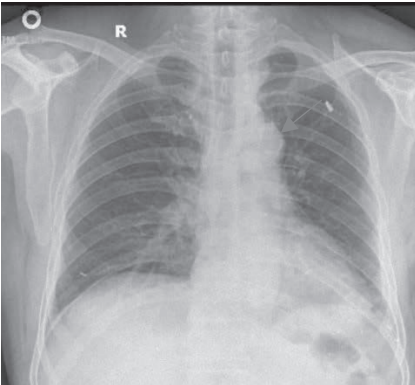
* Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị

đoán ban đầu và quyết định làm lại hoá mô miễn dịch, kết quả cuối cùng là một trường hợp lách lạc chỗ trong lồng ngực.

II. CASE LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 70 tuổi, vào viện vì ho và thỉnh thoảng đau ngực trái, tiền sử đã phẫu thuật cắt lách do

chấn thương. Khám lâm sàng không phát hiện bất thường, các xét nghiệm công thức máu không thấy dấu hiệu nhiễm trùng, marker ung thư không thấy tăng, được chỉ định Chụp X-quang ngực thường quy và sau đó là chụp cắt lớp vi tính kiểm tra thêm, trên cắt lớp vi tính có hình ảnh dày màng phổi trái.



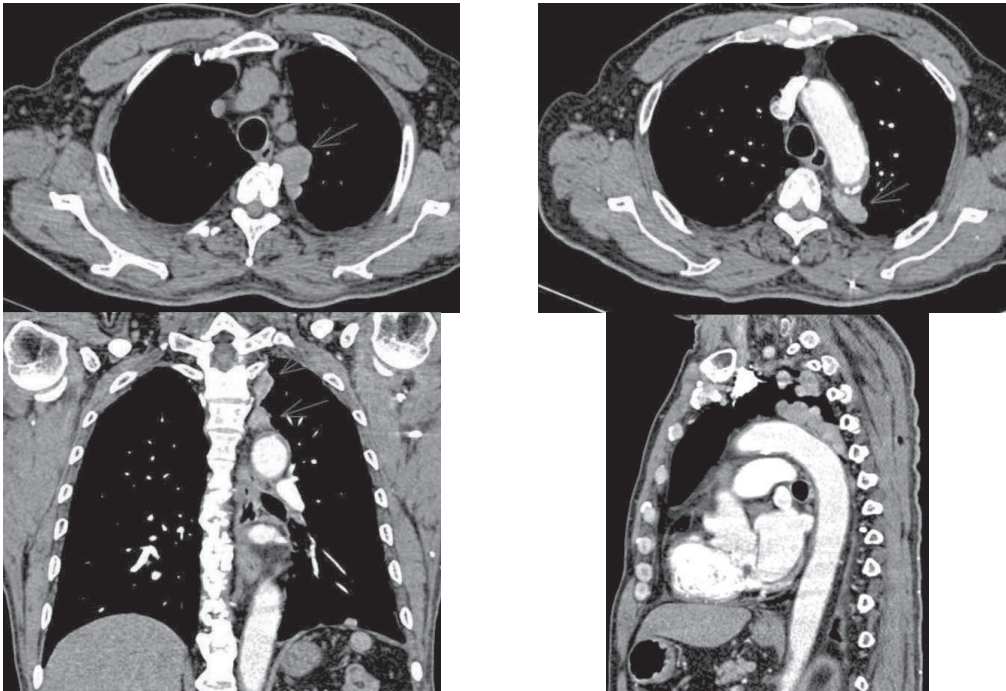
Hình 1. Xquang ngực thường quy



Hình 2. CLVT bụng không thấy hiện diện lách ở hố lách

Hình ảnh Xquang thường quy nếu nhìn qua sẽ khó phát hiện tổn thương nhưng nếu nhìn kĩ sẽ thấy khối mờ phía trên rốn phổi trái khá kín đáo.

Chụp cắt lớp vi tính qua tầng trên ổ bụng không thấy hiện diện lách ở hố lách phù hợp với tiền sử cắt lách sau chấn thương.

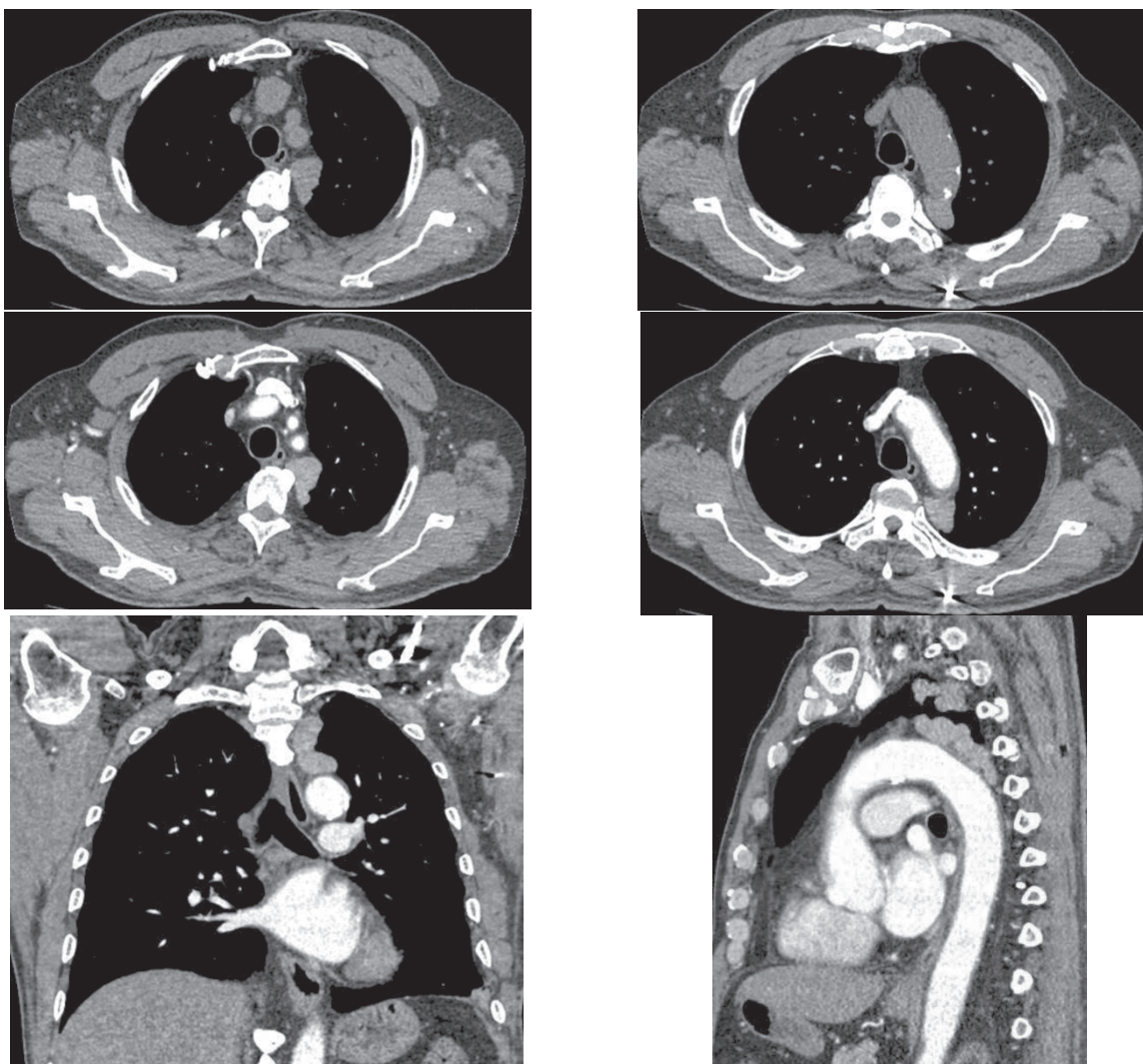


Hình 3. Hình ảnh cắt lớp vi tính (15/05/2025) thấy dày màng phổi trái

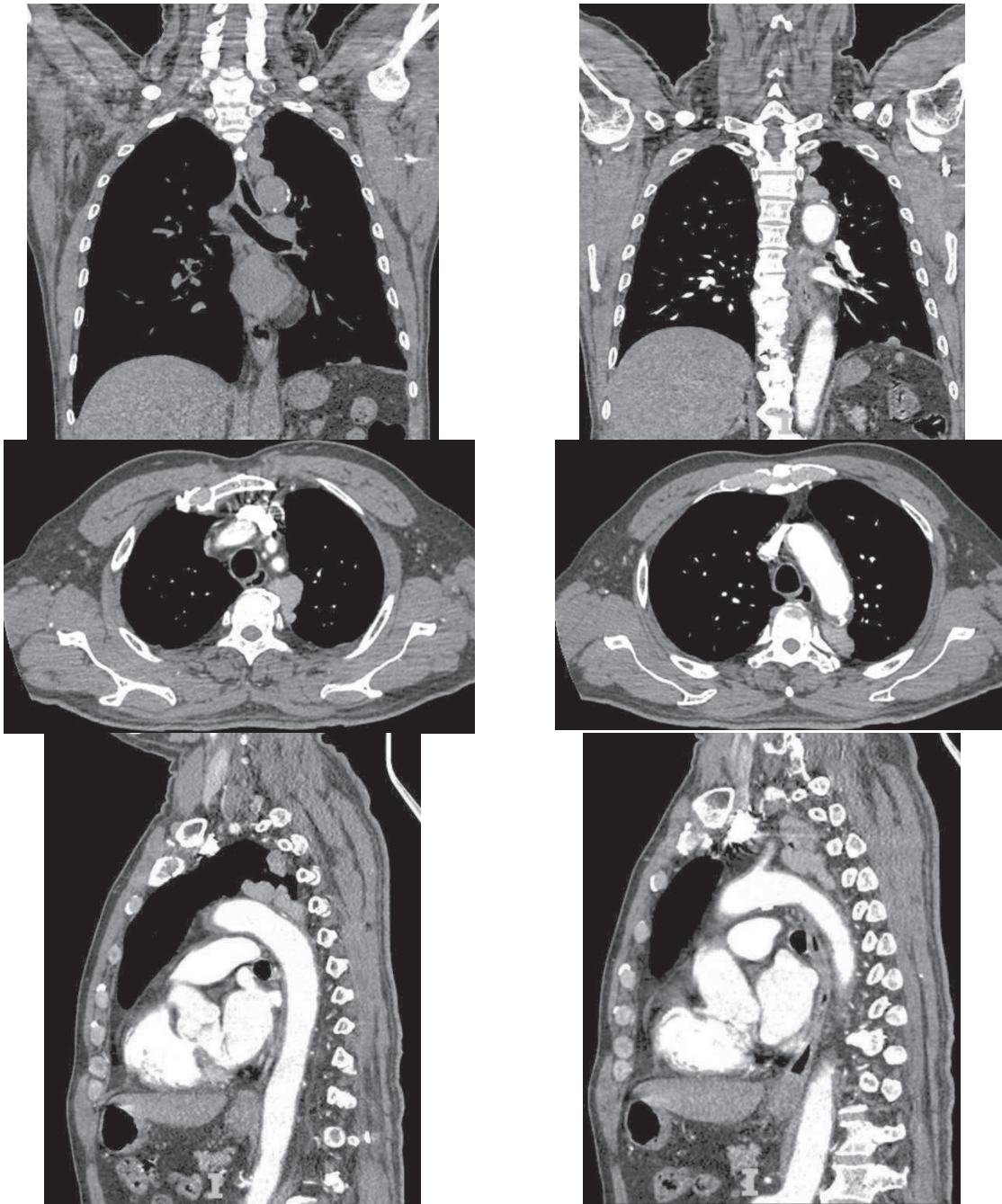
Hình ảnh cắt lớp vi tính cho thấy dày khu trú không đều dạng nốt, bề dày nhất đo được ghi nhận là 19mm, sau tiêm thuốc có hình ảnh ngấm thuốc, chẩn đoán được đưa ra là u màng phổi trái.

Bệnh nhân được tiến hành sinh thiết tổn thương, kết quả sinh thiết nghi ngờ lymphoma, được đề nghị làm hoá mô miễn dịch, kết quả CD3 (-); CD20 (+); CD79a

(+), CD5 (-), Cyclin D1 (-), Ki67 (+), kết luận là hoá mô miễn dịch phù hợp Lymphoma Non - Hodgkin tế bào B tít nang. Bệnh được điều trị hoá chất theo phác đồ, sau đó được chụp cắt lớp vi tính kiểm tra lại 02 lần thấy tổn thương không thay đổi về kích thước, vẫn là hình ảnh tổn thương sát màng phổi trung thất thùy trên trái kém đều, dày dạng nốt, bề dày nhất 19-20mm.



Hình 4. Cắt lớp vi tính (ngày 29/07/2025) không thấy thay đổi về đặc điểm hình thái, kích thước của tổn thương



Hình 5. Cắt lớp vi tính (ngày 25/11/2025) không thấy thay đổi về đặc điểm hình thái, kích thước của tổn thương

Thông thường các tổn thương lymphoma sẽ đáp ứng tốt với điều trị hoá chất, kích thước tổn thương sẽ nhỏ lại sau vài đợt điều trị nhưng bệnh nhân này sau 2 lần chụp cắt lớp vi tính kiểm tra lại đều thấy không thấy đổi về hình thái cũng như kích thước tổn thương, các bác

sĩ lâm sàng nghi ngờ về kết quả hoá mô miễn dịch lúc đầu và gửi mẫu bệnh phẩm làm lại ở một trung tâm khác, kết quả là: CD3 (+), CD20 (+), bcl-2 (+), Ki67 (+), kết luận là hình ảnh mô bệnh học phù hợp cấu trúc mô học của lách, không thấy tăng sinh dòng lympho.

Bệnh sau đó được hội chẩn lại với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và kết luận lại là Lách lạc chỗ trong lồng ngực, bệnh được cho ra viện theo dõi và ngừng điều trị.

III. BÀN LUẬN

Lách lạc chỗ là khi lách không ở vị trí giải phẫu bình thường mà nằm ở những vị trí khác nhau trong cơ thể. Lách lạc chỗ trong lồng ngực là một tình trạng hiếm gặp hơn, trong đó mô lách tự thân lạc chỗ hoặc được cấy ghép, thường xảy ra sau chấn thương lách hoặc cắt lách, có hoặc không có tiền sử chấn thương cơ hoành. Chẩn đoán này đáng chú ý vì chỉ có chưa đến 100 trường hợp được ghi nhận kể từ khi bệnh được mô tả lần đầu vào năm 1896 [2]. Bệnh nhân của chúng tôi phù hợp về tiền sử với cắt lách sau chấn thương, là một yếu tố thuận lợi cho lách lạc chỗ vào trong lồng ngực.

Theo y văn, lách lạc chỗ trong lồng ngực luôn nằm ở nửa ngực trái, xảy ra sau chấn thương lách và cơ hoành đồng thời. Khoảng thời gian từ khi chấn thương bụng cần cắt lách đến khi phát hiện lách lạc chỗ thay đổi từ vài năm đến hàng thập kỷ, thời gian trung bình là khoảng 20 năm [3]. Bệnh nhân của chúng tôi tuy không nhớ được chính xác thời gian chấn thương có cắt lách tuy nhiên sau khi khai thác kĩ hơn, thời gian có thể là trên 15 năm sau cắt lách bệnh nhân mới phát hiện lách lạc chỗ ở ngực.

Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng và phát hiện một cách tình cờ, nhưng có thể xảy ra ho, đau ngực hoặc biểu hiện như tình trạng viêm màng phổi hoặc thậm chí là ho ra máu tái phát [4], [5]. Các triệu chứng này có thể do kích ứng cơ học hoặc do áp lực. Đây là bằng chứng cho thấy tầm quan trọng của việc xác định đúng nguyên nhân gây ra các triệu chứng lâm sàng như ho mãn tính hoặc đau ngực [3]. Bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện triệu chứng ho khan và đau ngực trái, điều này khiến bệnh nhân đến bệnh viện kiểm tra và sau đó phát hiện tổn thương ở ngực.

Chẩn đoán hình ảnh lách lạc chỗ trong lồng ngực còn là thách thức lớn cho các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Lách lạc chỗ nói chung thường nằm trong các khoang cơ thể hoặc trên bề mặt của các cấu trúc trong ổ bụng hoặc trong lồng ngực, có thể biểu hiện dưới dạng các tổn

thương lan tỏa trong ổ bụng và trong lồng ngực giống như khối u nguyên phát hay di căn, đôi khi còn có thể nhầm với các bệnh kí sinh trùng [3]. Chẩn đoán lách lạc chỗ trong lồng ngực có thể dựa vào tiền sử đã cắt lách sau chấn thương có kèm vỡ cơ hoành hoặc không, các xét nghiệm ít có ý nghĩa, các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh đôi lúc gợi ý có tổn thương trong lồng ngực như Xquang và cắt lớp vi tính, vị trí tổn thương thường là ở ngực bên trái, tuy nhiên ít đặc hiệu để chẩn đoán lách lạc chỗ, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán lách lạc chỗ là sử dụng y học hạt nhân Tc-99m sulfur colloid hoặc hồng cầu tự thân bị tổn thương nhiệt được đánh dấu Tc-99m, tuy nhiên với cách này có nguy cơ tiềm ẩn do phơi nhiễm bức xạ [6]. Sinh thiết được cân nhắc khi tiền sử bệnh nhân không có phẫu thuật chấn thương lách nào được ghi nhận trước đó vì điều này dường như là điều kiện tiên quyết cho chẩn đoán hầu hết các trường hợp lách lạc chỗ trong lồng ngực [6]. Ngoài ra sinh thiết cũng quan trọng để loại trừ các khối u ác tính nếu theo dõi hình ảnh một thời gian cho thấy các tổn thương tiến triển. Lách lạc chỗ có thể chẩn đoán nhầm với một số bệnh lý khác, chẩn đoán phân biệt thường gặp là u lympho trong ổ bụng hoặc lồng ngực, ung thư gan, ung thư đường tiêu hóa, ung thư phụ khoa hoặc lạc nội mạc tử cung. Việc chẩn đoán nhầm đôi khi trở nên nghiêm trọng, vì khi nghi ngờ u ác tính gây căng thẳng cho người bệnh và có thể tạo gánh nặng tâm lý, ngay cả khi cuối cùng được bác bỏ. Hơn nữa, các biện pháp chẩn đoán phát sinh từ chẩn đoán nghi ngờ có thể dẫn đến biến chứng nghiêm trọng, nhiều báo cáo ca bệnh về xuất huyết tự phát và xuất huyết sau can thiệp chẩn đoán các tổn thương lách lạc chỗ đã được ghi nhận vì bản thân lách lạc chỗ như mô lách bình thường dễ tổn thương và chảy máu [7], điều này cho thấy sự cần thiết phải chẩn đoán đúng chính xác để tránh các biến chứng do can thiệp chẩn đoán gây ra. Tuy nhiên, dù có cân nhắc đến chẩn đoán nào thì cũng không nên chẩn đoán chậm trễ các khối u ác tính, vì điều trị ở giai đoạn sớm đối với những bệnh lý ác tính mang lại kết quả tốt hơn đáng kể so với các giai đoạn muộn.

Điều trị của lách lạc chỗ nói chung, lách lạc chỗ trong lồng ngực nói riêng phụ thuộc vào bệnh nhân có triệu chứng hay không. Thông thường nếu đã chẩn đoán

xác định lách lạc chỗ trong lồng ngực với bệnh nhân không có triệu chứng thì không có chỉ định phẫu thuật, bởi vì mô lách lạc chỗ là tổn thương lành tính, phát triển rất chậm và không xâm lấn, ngoài ra nó còn có chức năng như một mô lách bình thường với khả năng loại bỏ các hồng cầu già và khuyết tật cũng như khả năng chống lại nhiễm trùng toàn thân do một số vi khuẩn (*Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae*) [8], [9]. Trường hợp bệnh nhân lách lạc chỗ trong lồng ngực có triệu chứng như ho khan, ho ra máu, đau ngực, thậm chí là các biến chứng xoắn lách thì cần nhắc chỉ định phẫu thuật, tuy nhiên còn xem xét tổng hợp rất nhiều yếu tố để ra kết quả cuối cùng là cần phẫu thuật hay không.

Ca bệnh của chúng tôi đã phát hiện dày màng phổi trái nghi ngờ u màng phổi trên cắt lớp vi tính, đã tiến hành sinh thiết tổn thương và làm hoá mô miễn dịch nhưng vẫn chẩn đoán nhầm là u lympho, đến khi điều trị hoá chất hơn 03 tháng không đáp ứng với hình ảnh cắt lớp vi tính với hai lần chụp không thấy thay đổi về hình thái, tính chất cũng như kích thước thì các bác sĩ lâm sàng mới bắt

đầu nghi ngờ về chẩn đoán ban đầu và hội chẩn lại với bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, làm lại hoá mô miễn dịch, cuối cùng đã xác định đây là trường hợp lách lạc chỗ trong lồng ngực. Vì triệu chứng bệnh nhân không quá nghiêm trọng, xét đến chỉ định phẫu thuật là không cần thiết, cuối cùng bệnh nhân được cho ra viện theo dõi và ngừng điều trị.

IV. KẾT LUẬN

Lách lạc chỗ trong lồng ngực là trường hợp hiếm gặp trong y văn, có nhiều hình thái về đặc điểm hình ảnh, dễ nhầm lẫn với các chẩn đoán khác, gây ra nhiều thách thức cho các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Chẩn đoán lách lạc chỗ trong lồng ngực được cân nhắc đặt ra khi bệnh nhân có tổn thương trong lồng ngực bên trái trên một bệnh nhân cắt lách có tiền sử chấn thương trước đó, tiêu chuẩn vàng là bằng y học hạt nhân với Tc-99m sulfur colloid hoặc hồng cầu tự thân bị tổn thương nhiệt được đánh dấu Tc-99m, một số trường hợp phải chẩn đoán bằng sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt toàn bộ làm giải phẫu bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blouhos, K., Boulas, K. A., Salpigktidis, I., Baretas, N., & Hatzigeorgiadis, A. (2014). Ectopic spleen: An easily identifiable but commonly undiagnosed entity until manifestation of complications. *International Journal of Surgery Case Reports*, 5(8), 451-454. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24973525>
2. Becherano, G., Podgaetz, E., Ahmed, S., Ringenberg, S., & Schwartz, G. (2025). Out of place: thoracic splenosis-a case report. *The Cardiothoracic Surgeon*, 33(1), 1. <https://link.springer.com/article/10.1186/s43057-024-00146-w>
3. Tulinský, L., Ihnát, P., Mitták, M., Guňková, P., & Zonča, P. (2016). Intrathoracic splenosis—lesson learned: a case report. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 11(1), 72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27118208>
4. Jn, Y. (2003). Radionuclide imaging in thoracic splenosis and a review of the literature. *Clin Nucl Med*, 28, 121-123. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12544129>
5. White, C. S., & Meyer, C. A. (1998). General case of the day. Thoracic splenosis. *Radiographics*, 18(1), 255-257. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9460132>
6. Föh, B., Sieren, M. M., Both, M., Seeger, M., & Günther, R. (2022). Extensive intrathoracic and intraperitoneal splenosis mimicking mesothelioma: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 16(1), 73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35180884>

7. Sikov, W. M., Schiffman, F. J., Weaver, M., Dyckman, J., Shulman, R., & Torgan, P. (2000). Splenosis presenting as occult gastrointestinal bleeding. *American journal of hematology*, 65(1), 56-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10936865>
8. HA, P. (1978). The born-again spleen: return of splenic function after splenectomy for trauma. *N Engl J Med*, 298, 1389-1392. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/652006>
9. O-Yurvati, A. H., Thompson, J. B., & Woods, T. N. (2013). Thoracic splenosis more than 40 years after thoracoabdominal trauma. *Journal of Osteopathic Medicine*, 113(11), 853-856. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24174507>

TÓM TẮT

Lách lạc chỗ là khi lách không ở vị trí giải phẫu bình thường mà nằm ở những vị trí khác nhau trong cơ thể. Đây là trường hợp hiếm gặp trong y văn, nhất là lách lạc chỗ trong lồng ngực. Lách lạc chỗ trong lồng ngực có hình ảnh không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các chẩn đoán khác, tạo nên nhiều thách thức trong chẩn đoán. Chúng tôi xin báo cáo trường hợp hiếm gặp được phát hiện ở Bệnh viện đa khoa tỉnh với chẩn đoán xác định là lách lạc chỗ trong lồng ngực tuy nhiên trước đó đã chẩn đoán nhầm là u lympho lồng ngực bên trái.

Case lâm sàng: Bệnh nhân nam 70 tuổi, vào viện vì ho và thỉnh thoảng đau ngực trái, tiền sử đã phẫu thuật cắt lách do chấn thương. Khám lâm sàng không phát hiện bất thường, các xét nghiệm công thức máu không thấy dấu hiệu nhiễm trùng, marker ung thư không thấy tăng, được chỉ định Chụp X-quang ngực thường quy phát hiện tổn thương khá kín đáo từ màng phổi trung thất thùy trên bên trái, bệnh được chụp cắt lớp vi tính kiểm tra thêm, chẩn đoán ban đầu là u màng phổi trái, được tiến hành sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh và hoá mô miễn dịch đồng thời, kết quả cho ra u lympho, bệnh được điều trị hoá chất hơn 03 tháng nhưng không đáp ứng điều trị sau hai lần chụp cắt lớp vi tính thấy tổn thương không thay đổi về hình thái, tính chất, kích thước. Các bác sĩ lâm sàng nghi ngờ về chẩn đoán ban đầu, tiến hành hội chẩn lại với bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, làm lại hoá mô miễn dịch, kết quả cuối cùng là một trường hợp lách lạc chỗ trong lồng ngực.

Kết luận: Lách lạc chỗ trong lồng ngực là trường hợp hiếm gặp trong y văn. Các đặc điểm hình ảnh trên X-quang thường quy, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ không đặc hiệu và dễ bị nhầm lẫn với các bệnh lý khác, tạo ra nhiều thách thức cho các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Cần cân nhắc đặt ra chẩn đoán này khi bệnh nhân có tổn thương trong lồng ngực bên trái và có tiền sử cắt lách do chấn thương trước đó.

Từ khoá: Lách lạc chỗ, lách lạc chỗ trong lồng ngực, cắt lách sau chấn thương, u lympho trong lồng ngực.

Người liên hệ: Nguyễn Trần Ngọc Trinh. Mail: dr.ngoctrinh215@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/01/2026. Ngày nhận phản biện: 05/01/2026. Ngày chấp nhận đăng: 22/03/2026