

Báo cáo trường hợp

Nang sinh phế quản ở dạ dày: Báo cáo một trường hợp hiếm gặp và hồi cứu y văn

Hồ Thị Hồng Phát¹, Trần Hương Giang^{1,2}, Trần Thị Thanh Trúc¹, Nguyễn Đức Duy^{1*}

¹Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bộ môn Mô phôi - Giải phẫu bệnh, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Đức Duy; Email: duy.nd1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 01/05/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 13/05/2026; Ngày xuất bản (Published): 10/08/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-2.34

Tóm tắt

Bối cảnh: Nang sinh phế quản ở dạ dày là dị dạng bẩm sinh cực kỳ hiếm với các đặc điểm hình ảnh học không đặc hiệu và sự chồng lấp với các tổn thương dạng nang hoặc u dưới niêm mạc khác tại dạ dày. Việc nhận diện chính xác thực thể này là cần thiết để đưa ra chiến lược xử trí phù hợp.

Trình bày ca bệnh: Chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhân nữ, 64 tuổi, tình cờ phát hiện khối u dưới niêm mạc dạ dày trên nội soi. Kết quả cắt lớp vi tính ngực - bụng có cản quang ghi nhận khối đậm độ dịch cạnh đáy vị, có vôi hóa và không tăng quang. Chẩn đoán sơ bộ ban đầu hướng tới u mỡ vàng. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt trọn tổn thương. Đại thể ghi nhận nang chứa dịch nhầy vàng đục. Vi thể ghi nhận vách nang được lót bởi biểu mô trụ giả tầng có lòng chuyển, bên dưới có sự hiện diện của các tuyến pha, bó cơ trơn và mô sụn hyalin, không ghi nhận bằng chứng xâm lấn cấu trúc lân cận hay di căn hạch vùng, chẩn đoán xác định là nang sinh phế quản.

Kết luận: Nang sinh phế quản dạ dày là một “cạm bẫy” chẩn đoán với các bác sĩ lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Báo cáo này nhấn mạnh các cạm bẫy chẩn đoán tiền phẫu của nang sinh phế quản, đồng thời khẳng định vai trò của cắt trọn và khảo sát mô bệnh học rộng rãi trong chẩn đoán xác định, nhằm định hướng xử trí phù hợp và tối ưu hóa kết cục cho người bệnh.

Từ khóa: nang sinh phế quản; dạ dày.

Bronchogenic cyst of the stomach: A rare case report and literature review

Ho Thi Hong Phat¹, Tran Huong Giang^{1,2}, Tran Thi Thanh Truc¹, Nguyen Duc Duy^{1*}

¹Department of Pathology, University Medical Center Ho Chi Minh City

²Department of Histology, Embryology and Pathology, School of Medicine,
University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Abstract

Background: Gastric bronchogenic cyst (GBC) is an exceedingly rare congenital anomaly characterized by non-specific imaging features and significant overlap with other gastric cystic lesions or subepithelial tumors. Accurate identification of this entity is essential for establishing appropriate management strategies.

Case Presentation: We report the case of a 64-year-old female patient with an incidentally detected gastric subepithelial mass. Contrast-enhanced chest and abdominal computed tomography revealed a mass with fluid attenuation abutting the gastric fundus, featuring mural calcifications and no enhancement. The initial presumptive diagnosis was a xanthomatous lesion. The patient underwent laparoscopic complete excision of the lesion. Gross examination revealed a cyst containing turbid yellow mucoid fluid. Histopathologic examination showed a cyst wall lined by ciliated pseudostratified columnar epithelium, with underlying mixed glands, smooth muscle bundles, and hyaline cartilage. No evidence of invasion into adjacent structures or regional lymph node metastasis was observed. The definitive diagnosis was confirmed as a bronchogenic cyst.

Conclusion: Gastric bronchogenic cyst represents a diagnostic “pitfall” for both clinicians and radiologists. This report highlights the preoperative diagnostic challenges of GBC and underscores the critical role of complete excision and comprehensive histopathologic assessment in securing a definitive diagnosis, guiding appropriate management, and optimizing patient outcomes.

Keywords: bronchogenic cyst; gastric.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang sinh phế quản là dị dạng bẩm sinh của ống ruột trước do sự nảy chồi lạc chỗ của mầm khí-phế quản [1]. Nang sinh phế quản vị trí dưới cơ hoành rất hiếm, các nang lạc chỗ nằm trong thành dạ dày còn hiếm hơn, các trường hợp này đa phần được ghi nhận dưới dạng các báo cáo ca bệnh [2, 3].

Trong thực hành, nang sinh phế quản thường không triệu chứng và phát hiện tình cờ, các đặc điểm trên xét nghiệm hình ảnh học chỉ mang tính gợi ý, không đặc hiệu, dễ nhầm với các tổn thương dưới niêm có dạng nang trên CT-scan/Siêu âm qua nội soi khác như u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) thoái hóa nang hoặc nang đôi dạ dày. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào mô bệnh học sau cắt trọn tổn thương [4].

Trong bối cảnh đó, chúng tôi báo cáo một trường hợp nang sinh phế quản ở bệnh nhân nữ 64 tuổi, phát hiện qua tầm soát sức khỏe. Mục tiêu của báo cáo là nêu bật các bất chuẩn đoán trước mổ, nhấn mạnh vai trò của phẫu thuật cắt trọn và khảo sát giải phẫu bệnh toàn bộ tổn thương trong việc định danh nang sinh phế quản lạc chỗ, đồng thời bổ sung dữ liệu cho ý văn về tổn thương hiếm gặp này.

2. TRÌNH BÀY CA BỆNH

2.1. Bệnh sử và tiền căn

Bệnh nhân nữ, 64 tuổi, khám sức khỏe tổng quát được nội soi thực quản - dạ dày, ghi nhận u dưới niêm mạc. Bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ đang điều trị bisoprolol, clopidogrel (đã ngưng kháng đông 10 ngày).

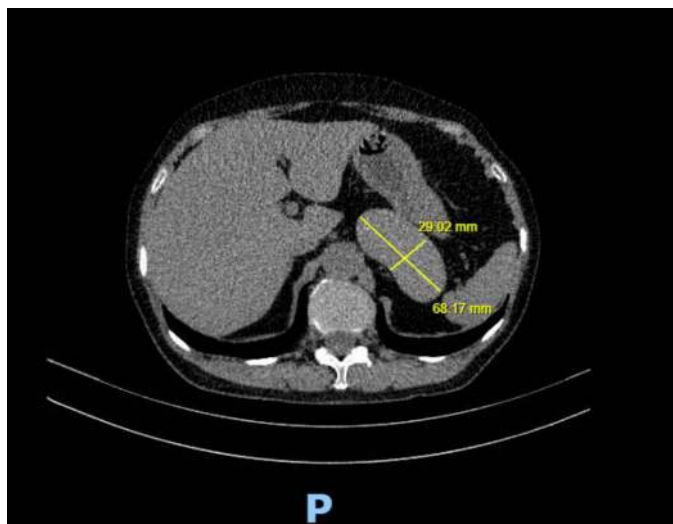
2.2. Khám lâm sàng

Bệnh nhân có sinh hiệu ổn, chỉ số khối cơ thể (BMI) trong giới hạn bình thường, không ghi nhận triệu chứng thực thể nào có liên quan trực tiếp đến khối u.

2.3. Chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm cận lâm sàng

CT-scan ngực ghi nhận khối choán chỗ cạnh phình vị, hướng về bờ cong nhỏ, chưa xác định được bản chất và chưa loại trừ u dưới niêm mạc dạ dày. CT-scan bụng cho thấy một khối dạng nang có đậm độ dịch, bên trong có vài nốt vôi hóa, nằm cạnh đáy vị dạ dày, kích thước khoảng 71 × 31 mm, không bắt thuốc sau tiêm cản quang.

Xét nghiệm máu ghi nhận rối loạn lipid máu.



Hình 1. CT-scan bụng ghi nhận tổn thương cạnh đáy vị

2.4. Diễn tiến phẫu thuật và chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ

Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là u ổ bụng ở vùng hậu cung mạc nối nghi u mỡ vàng (xanthoma), được tiến hành phẫu thuật nội soi cắt u. Trong quá trình phẫu thuật, phẫu thuật viên ghi nhận u có kích thước 7 x 3 cm, nằm ở mặt sau thân vị dạ dày, mạc trước tụy và tuyến thượng thận, nằm ở góc giữa động mạch vị trái và động mạch lách, u nằm

tách riêng với lòng dạ dày, không xâm lấn các cấu trúc xung quanh, không ghi nhận hạch vùng, không ghi nhận sang thương gieo rắc nơi khác. Trên mẫu đại thể, u dạng nang có vách, xẻ lòng nang bên trong có dịch nhầy màu vàng đục, hiện diện ít thành phần đặc (Hình 2).

Khảo sát mô bệnh học, mô u có dạng vách nang, hiện diện tế bào lót vách là tế bào trụ giả tầng có lông chuyển, thành phần vách nang chứa mô đệm giàu

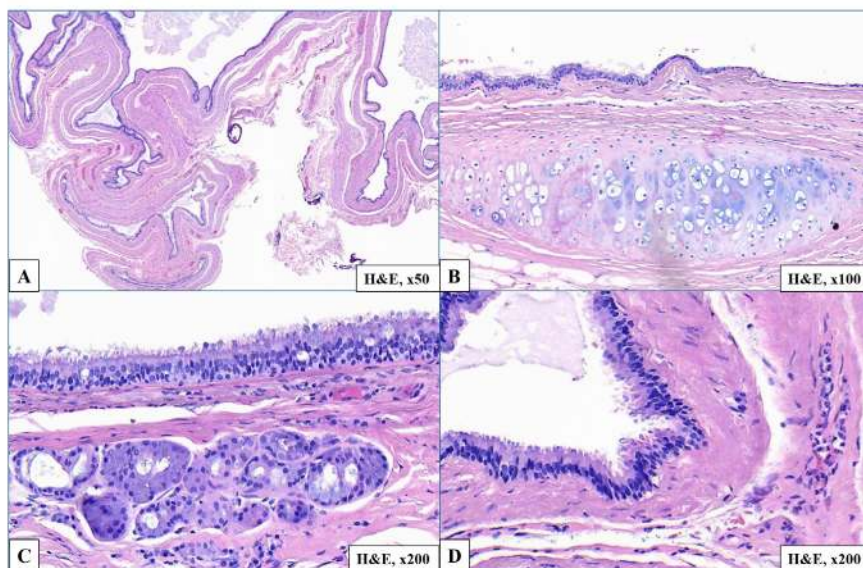
mạch máu, các tế bào cơ trơn lành tính với nhân nhạt màu xếp thành bố cơ, ngoài ra bên dưới biểu mô lót vách còn hiện diện mô sụn trong và các tuyến thanh dịch.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân hồi phục tốt và không xuất hiện biến chứng hậu phẫu. Tại các lần

tái khám định kỳ, bệnh nhân không ghi nhận triệu chứng cơ năng bất thường; đồng thời không phát hiện bằng chứng tái phát tại chỗ hoặc di căn trên các khảo sát hình ảnh học. Cho đến thời điểm báo cáo, bệnh nhân vẫn trong tình trạng ổn định.



Hình 2. Đặc điểm đại thể khối u, u có vỏ bao xơ rõ (hình A), khi xẻ lòng bên trong có chất dịch nhầy vàng (hình B), tạo vách nang rõ (hình C)



Hình 3. Đặc điểm vi thể. Mô u có dạng vách nang (hình A), lót vách là các tế bào biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển, bên dưới nằm trong vách nang hiện diện mô sụn hyalin hóa (hình B), cấu trúc tuyến hỗn hợp gồm tế bào thanh dịch và tế bào nhầy (hình C), mô cơ trơn và thâm nhập rải rác lympho bào (hình D).

3. BÀN LUẬN

Nang sinh phế quản là một dị dạng bẩm sinh thuộc nhóm bất thường của ruột trước, do sự nảy chồi lạc chỗ của mầm khí-phế quản trong thời kỳ phôi thai [1]. Vị trí điển hình của nang sinh phế quản là trung thất và nhu mô phổi, các vị trí lạc chỗ đặc biệt ở dạ dày là cực kỳ hiếm và được y văn thế giới ghi nhận dưới dạng các ca lẻ tẻ, trong đó chỉ chưa đến 100 ca được ghi nhận ở dạ dày [2, 3]. Tại Việt Nam, các báo cáo đã công bố chủ yếu mô tả tổn thương trên cơ hoành [5, 6], do đó ca bệnh hiện tại bổ sung bằng chứng về vị trí dưới cơ hoành đầu tiên ở bối cảnh trong nước, góp phần mở rộng hiểu biết về thực thể hiếm gặp này.

Về mặt lâm sàng, nang sinh phế quản thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ trong các đợt tầm soát hoặc bệnh nhân đến khám vì lý do khác [2, 4]. Khi nang có kích thước lớn hoặc có biến chứng như nhiễm trùng, xuất huyết trong nang, bệnh nhân có thể đau thượng vị, đầy tức hoặc rối loạn tiêu hóa không đặc hiệu, thậm chí có thể đe dọa tính mạng do biến chứng của chèn ép, xuất huyết, nhiễm trùng [2, 7, 8]. Trường hợp của chúng tôi là một bệnh nhân nữ 64 tuổi, được phát hiện u dưới niêm mạc dạ dày khi nội soi dạ dày trong đợt khám sức khỏe định kỳ, bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng hoặc dấu hiệu thực thể đặc hiệu. Điểm này phù hợp với đặc điểm dịch tễ và lâm sàng điển hình của nang sinh phế quản, tổn thương thường ở nữ, âm thầm, diễn tiến chậm và tình cờ phát hiện [2].

Chẩn đoán trước mổ rất khó khăn vì hình ảnh học thường không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các tổn thương khác như GIST thoái hóa nang, nang đôi dạ dày hoặc các khối nang của tụy. Do đó, chẩn đoán xác định hầu như luôn dựa vào đặc điểm mô bệnh học sau phẫu thuật [2]. Trên hình ảnh học, nang sinh phế quản thường là một tổn thương có dạng nang, bờ rõ, đơn thùy, đậm độ có thể tăng do chất dịch nhầy giàu protein, đôi khi có vôi hóa thành nang do quá trình tồn đọng dịch tiết mạn tính [3]. Trong trường hợp của chúng tôi, CT-scan bụng ghi nhận một khối choán chỗ cạnh đáy vị, có đậm độ dịch, hiện diện vài nốt vôi hóa trong thành nang và không bắt thuốc sau tiêm cản quang, những đặc điểm này gợi ý bản chất của tổn thương lành tính. Tuy nhiên, tương tự phần lớn các trường hợp trong y văn, các đặc điểm này không đủ đặc hiệu để phân biệt với các tổn thương khác như nang đôi dạ dày, u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) có thoái hóa nang, nang tụy lạc chỗ/giả nang tụy hoặc các nang mô liên kết khác [2, 7]. Thực tế bệnh nhân được chẩn đoán nang lành tính nghĩ u mỡ vàng (xanthoma) do bệnh nhân lớn tuổi và hiện diện

tình trạng tăng cholesterol trong xét nghiệm máu.

Phẫu thuật là phương thức điều trị được ưu tiên ở nang sinh phế quản vì nhiều lý do. Thứ nhất, chẩn đoán trước mổ khó chắc chắn, thứ hai để phòng ngừa biến chứng (nhiễm trùng, chảy máu trong nang, vỡ nang hoặc chèn ép cấu trúc lân cận) và thứ ba, loại bỏ nỗi lo về khả năng biến đổi ác tính dù rất hiếm được mô tả [4, 8]. Trong lúc phẫu thuật, khối u được ghi nhận có kích thước 7×3 cm nằm ở mặt sau thân vị, không thông nối với lòng dạ dày, không xâm lấn mặt trước tụy, tuyến thượng thận hay cấu trúc mạch lân cận, điều này vừa giúp xác nhận bản chất lạc chỗ của tổn thương, giúp giảm thiểu việc phẫu thuật một phần mô dạ dày ở bệnh nhân. Sau can thiệp, bệnh nhân hồi phục tốt, không ghi nhận biến chứng.

Về mô bệnh học, ca bệnh của chúng tôi mang các đặc điểm điển hình của nang sinh phế quản, với vách nang lót bởi biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển, bên dưới là tuyến nước bọt phụ loại hỗn hợp, các bó cơ trơn và đặc biệt là mô sụn trong. Sự hiện diện đồng thời của các thành phần này là bằng chứng mạnh về nguồn gốc phế quản của nang. Trong thực tế, không phải lúc nào cũng có thể quan sát đầy đủ tất cả các thành phần, một số trường hợp được báo cáo chỉ hiện diện biểu mô hô hấp, có thể có hiện diện tuyến mà không có thành phần sụn, hoặc sụn rất mảnh. Các đặc điểm thành phần này giúp phân biệt với các nang lành tính khác tại vị trí dạ dày. Biểu mô hô hấp kèm mô sụn là đặc điểm có giá trị chẩn đoán cao hướng về nang sinh phế quản hơn là nang đôi dạ dày, trong khi đó, u mô đệm đường tiêu hóa thoái hóa nang không hiện diện lớp biểu mô lót vách và thường có tế bào mô đệm hình thoi ở thành nang. Khi hình thái chưa rõ ràng, xét nghiệm hóa mô miễn dịch có thể hỗ trợ chẩn đoán. Lớp biểu mô lót trong nang sinh phế quản thường dương tính với dấu ấn CK (AE1/AE3, CK7), ngược lại GIST không biểu hiện dấu ấn biểu mô mà dương tính với CD117 và DOG-1. Tuy nhiên, yếu tố quyết định vẫn là đánh giá hình thái mô học kết hợp với mối liên hệ giải phẫu của tổn thương. Do đó, việc khảo sát đầy đủ và hệ thống tất cả các mặt cắt mô là cần thiết để không bỏ sót những thành phần đặc trưng có giá trị chẩn đoán.

Một câu hỏi thường được đặt ra là liệu có nên thực hiện chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm nội soi (EUS-FNA) để chẩn đoán trước mổ hay không. Mặc dù EUS có thể gợi ý bản chất nang và hỗ trợ định hướng xử trí [2], giá trị chẩn đoán mô học của FNA trong trường hợp nang sinh phế quản còn hạn chế do dịch nhầy đặc, khó thu được đủ mẫu biểu mô lót. Ngoài ra, thủ thuật này tiềm ẩn nguy cơ gây nhiễm trùng nang hoặc làm phức tạp cuộc phẫu thuật về

sau [8]. Đối với các tổn thương nang cạnh dạ dày có đặc điểm lành tính trên hình ảnh và đã có chỉ định phẫu thuật, cắt trọn vẫn là chiến lược hợp lý nhất, vừa giúp điều trị triệt để vừa xác định chẩn đoán.

Một số bài học kinh nghiệm quan trọng được rút ra từ trường hợp này. Thứ nhất, đối với các tổn thương dạng nang có đậm độ dịch, bờ rõ, không bắt thuốc cản quang và có vôi hóa thành nang, nên ưu tiên nghĩ đến bản chất lành tính. Thứ hai, chẩn đoán xác định tổn thương nang lành tính ở dạ dày gần như chỉ đạt được sau khi cắt trọn và khảo sát mô bệnh học toàn diện, do đó không nên phụ thuộc tuyệt đối vào chẩn đoán trước mổ. Thứ ba, trên mô bệnh học, sự hiện diện của biểu mô trụ giả tầng có lòng chuyển kèm mô sụn trong thành nang là dấu hiệu then chốt giúp phân biệt với các tổn thương khác.

Tiền lượng của nang sinh phế quản nhìn chung rất tốt sau cắt trọn [9], với nguy cơ tái phát thấp được ghi nhận trong y văn theo dõi ngắn hạn [2]. Các biến chứng xuất hiện muộn hầu như không đáng kể nếu nang đã được cắt bỏ hoàn toàn. Một số trường hợp cực kỳ hiếm được báo cáo có biến đổi ác tính nang sinh phế quản/nang ruột trước [2, 9]. Chiến lược can thiệp chủ động dù nang chưa gây triệu chứng và chưa gây biến chứng là hợp lý ở người bệnh đủ điều kiện phẫu thuật. Ca bệnh này góp phần bổ sung thêm dữ liệu cho thấy phẫu thuật nội soi có thể là lựa chọn an toàn và hiệu quả, vừa giúp chẩn đoán xác định, vừa mang lại kết cục lâm sàng thuận lợi trong điều trị nang sinh phế quản lạc chỗ tại dạ dày.

4. KẾT LUẬN

Nang sinh phế quản lạc chỗ ở thành dạ dày là một thực thể hiếm gặp nhưng có các đặc điểm mô bệnh học rất đặc trưng. Trong bối cảnh lâm sàng và hình ảnh học không đặc hiệu, quyết định chủ động cắt trọn tổn thương dạng nang nằm cạnh dạ dày dù chưa gây triệu chứng và biến chứng là hợp lý giúp xác định chẩn đoán và điều trị dứt điểm. Trường hợp của chúng tôi cho thấy sự nhất quán giữa các đặc điểm dịch tễ, hình ảnh học, đại thể và vi thể của tổn thương qua đó nhấn mạnh vai trò của phẫu thuật triệt để và khảo sát mô bệnh học rộng rãi trong chẩn đoán và quản lý điều trị nang sinh phế quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di Lorenzo M, Collin PP, Vaillancourt R, Duranceau A. Bronchogenic cysts. Journal of pediatric surgery. 1989;24(10):988-91.
2. Dong D, Chen A, Liu A. Imaging features of bronchogenic cyst of the stomach: A case report with literature review. Medicine. 2025;104(5):e41338.
3. Seddik H, Adioui T, Rouibaa F, El Hamdi FZ, Aourarh

A, Mahi M, et al. Gastric bronchogenic cyst presenting as a submucosal mass: a case report. J Med Case Rep. 2012;6(1):262.

4. Ma TT, Chen G, Wang D, Xu H, Zhang JG. Clinical and imaging characteristics of patients with bronchogenic cysts: a single-center retrospective analysis. BMC medical imaging. 2023;23(1):128.

5. Cung VC. Kén phế quản trung thất - báo cáo ca bệnh và xem xét tài liệu liên quan. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;522(2):257-261.

6. Nguyễn Sĩ K, Đinh Văn T, Đinh Văn L, Nguyễn Công H, Nguyễn Thành L, Ngô Thế Q, cộng sự. Kén phế quản cổ: Thông báo trường hợp lâm sàng. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 2020;4:42-5.

7. He WT, Deng JY, Liang H, Xiao JY, Cao FL. Bronchogenic cyst of the stomach: A case report. World journal of clinical cases. 2020;8(8):1525-31.

8. Lu XR, Jiao XG, Sun QH, Li BW, Zhu QS, Zhu GX, et al. Young patient with a giant gastric bronchogenic cyst: A case report and review of literature. World journal of clinical cases. 2024;12(13):2254-62.

9. Gross DJ, Briski LM, Wherley EM, Nguyen DM. Bronchogenic cysts: a narrative review. Mediastinum (Hong Kong, China). 2023;7:26.