

Trên phim CHT kiểm tra sau mổ hết u ở 70% cho tất cả các loại u. Tỷ lệ cắt hết u cao ở nhóm u màng não và nang bì. Với u dây VIII, khả năng cắt hết u đôi khi không đạt ra do bảo tồn dây VII. Phần u còn lại có thể theo dõi hoặc xạ trị dao Gamma sau mổ. Tuy nhiên, tỷ lệ cắt hết u còn thấp hơn các tác giả nước ngoài với công bố lên đến 80-90%[8].

V. KẾT LUẬN

U vùng GCTN hay gặp nhất là u dây thần kinh và u màng não, tổng đến 90%. Điều trị chủ yếu bằng vi phẫu thuật, di chứng hay gặp là liệt chức năng dây thần kinh số VII. Các phương tiện hỗ trợ giảm tỷ lệ liệt mặt có hiệu quả nhất là cảnh báo thần kinh trong mổ (NIM). Các biến chứng và di chứng phụ thuộc vào kích thước khối u và mức độ dính với các thành phần xung quanh. Các tai biến hay gặp là rò dịch não tủy, giãn não thất, sốt viêm màng não với tỷ lệ không cao và ít để lại hậu quả nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asad M. Lak; Yusuf S. Khan** (2022). Cerebellopontine Angle Cancer. NBK559116 [PubMed].

2. **Bùi Huy Mạnh (2007)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u dây VIII tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú các bệnh viện. Đại học Y Hà Nội.
3. **Đào Trung Dũng (2019)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u thần kinh thính giác và đánh giá kết quả phẫu thuật theo đường mổ xuyên mê nhĩ. Luận văn tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
4. **Michael J.Link (2020)**. **Surgery of the Cerebellopontine angle**. <https://www.neurosurgicalatlas.com/grand-rounds/surgery-of-the-cerebellopontine-angle>.
5. **Robert S. Heller, Carl B. Heilman (2018)**. Chap 'Cerebellopontine angle tumors' in Principles of Neurological Surgery (Fourth Edition).
6. **Patel NS, Huang AE, Dowling EM, et al (2020)**. The Influence of Vestibular Schwannoma Tumor Volume and Growth on Hearing Loss. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg.;162(4):530-537.
7. **Vijay Agarwal, Ranjith BaBu, JorDan Grier et al (2013)**. Cerebellopontine angle meningiomas: postoperative outcomes in a modern cohort. Neurosurg Focus 35 (6): E10 .
8. **Yong-Ping You et al (2013)**. Vestibular Schwannoma Surgical Treatment. CNS Neurosci Ther.19(5): 289-293. Published online. doi: 10.1111/cns.12080

U TẾ BÀO MÀM TINH HOÀN TẠI TRUNG THẤT – TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Cung Văn Công*

TÓM TẮT

Các u tế bào mầm chiếm khoảng 10% các u nguyên phát trong trung thất, chúng có nguồn gốc từ các tế bào gốc nguyên thủy thuộc dây sinh dục thời kỳ bào thai. Các u tế bào mầm gặp nhiều ở trung thất trước, 5% gặp ở trung thất sau; độ tuổi từ 20-40 tuổi. Phân loại mô bệnh học (MBH) U tế bào mầm bao gồm: (1) u quái lạnh tính và ác tính (teratoma); (2) u tế bào mầm tinh hoàn (seminoma); (3) ung thư biểu mô bào thai (embryonal carcinoma); (4) u xoang nội bì (endodermal sinus tumor); (5) ung thư biểu mô màng nuôi (choriocarcinoma) và (6) các u tế bào hỗn hợp. Hơn 80% các u tế bào mầm là lạnh tính trong đó chiếm phần lớn là các u quái lạnh tính. Phân bố bệnh ở hai giới là tương đương, tuy nhiên nam giới có xu hướng mắc các u tế bào mầm ác tính cao hơn nữ giới. Trong số u tế bào mầm ác tính hay gặp nhất là u tế bào mầm tinh hoàn (chiếm tỉ lệ khoảng 30%), sau đó

là ung thư biểu mô bào thai và u quái ác tính khoảng 10% mỗi loại; U xoang nội bì và ung thư biểu mô màng nuôi cùng chiếm tỉ lệ khoảng 5%; các u tế bào mầm ác tính còn lại chiếm khoảng 40% số trường hợp là type tế bào hỗn hợp. Chúng tôi báo cáo ca u tế bào mầm tinh hoàn nguyên phát trong trung thất, được chẩn đoán xác định bằng GPB/MBH và nhuộm hoá mô miễn dịch; được điều trị bằng phẫu thuật và hoá trị, bước đầu cho kết quả tốt.

Từ khoá: U tế bào mầm, U tế bào mầm trung thất, u tế bào mầm tinh hoàn.

SUMMARY

MEDIASTINUM SEMINOMA: A LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

Germ cell tumors account for about 10% of primary tumors in the mediastinum, which are derived from primordial germ cells of the fetal sex cord. Germ cell tumors are common in the anterior mediastinum, 5% in the posterior mediastinum; ages 20-40 years old. Histopathological classification of Germ cell tumors include: (1) benign and malignant teratomas; (2) seminoma; (3) embryonal carcinoma; (4) endodermal sinus tumor; (5) choriocarcinoma and (6) mixed cell tumors. More than 80% of germ cell tumors are benign, of which the majority are benign teratomas. The distribution of the disease in both sexes is similar,

*Bệnh viện Phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.8.2022

however, men have a higher propensity to develop malignant germ cell tumors than women. Among the most common malignant germ cell tumors are seminoma (accounting for about 30%), followed by embryonal carcinoma and malignant teratoma about 10% each; endodermal sinus tumor and choriocarcinoma together account for about 5%; The remaining malignant germ cell tumors accounting for about 40% of cases are of mixed cell type. We report a case of primary testicular germ cell tumor in the mediastinum, confirmed by histopathology and immunohistochemical staining; treated with surgery and chemotherapy, initially gave good results.

Keywords: Germ cell tumors; Germ cell tumors in mediastinum; seminoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u tế bào mầm trung thất nguyên phát là hiếm gặp và một phần ba trong số đó là u tế bào mầm tinh hoàn (Seminoma). Seminomas thường thấy ở trung thất trước, cực kỳ hiếm gặp trong khoang trung thất giữa và sau. Những khối u ngoại lai này được coi là phát triển từ tiền chất tế bào mầm hệ niệu sinh dục bị mắc kẹt trong trung thất trong quá trình di chuyển và sống sót khi khu trú ngoài bộ phận sinh dục. Khoảng 90% các khối u tế bào mầm trung thất ác tính nguyên phát phát triển trong thập kỷ thứ ba của cuộc đời. Di căn xảy ra ở ít hơn một nửa số trường hợp. Trong trường hợp xuất hiện, nó thường lan sang các nhóm hạch bạch huyết lân cận ở cổ, trung thất hoặc bụng. Di căn theo đường máu là bất thường nhưng có thể được phát hiện ở phổi, xương, gan, lá lách, tuyến giáp và não.¹⁻⁶

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện Seminoma. X quang ngực qui ước thường thấy trung trên thất rộng. Trên phim ngực nghiêng có thể thấy hình mờ lấp đầy khoảng sáng sau ức. Chụp cắt lớp vi tính ngực thường thấy khối u đặc, gian giới rõ, thường xâm lấn màng ngoài tim. Seminoma thể hiện trên CT ngực là các kén dịch vị trí trung thất trước cũng đã được báo cáo. Trần dịch màng phổi hai bên cũng thường gặp ở bệnh nhân Seminoma trung thất. Chụp PET/CT thường thấy khối Seminoma tăng chuyển hoá mạnh với SUVmax cao chứng tỏ khả năng ác tính mạnh.^{1-6,7,10}

Kiểm tra trong phòng thí nghiệm các dấu hiệu chỉ điểm u trong huyết thanh, chẳng hạn như Lactate Dehydrogenase (LDH), kháng nguyên Carcinoembryonic, alpha-fetoprotein (AFP), gonadotropin màng đệm beta-người (β HCG) có thể cho kết quả bình thường/trên ngưỡng/mức độ cao. Siêu âm ổ bụng, siêu âm tinh hoàn thường cho kết quả bình thường.²

Các seminoma phát triển rất chậm, khả năng

di căn hạn chế, các triệu chứng không đặc trưng và nhiều bệnh nhân thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ. Seminoma trung thất được phát hiện lần đầu tiên vào cuối những năm 1950 và đã đạt được nhiều tiến bộ trong việc chữa khỏi bệnh này và kéo dài sự sống cho bệnh nhân. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm đã tăng lên 87% đến 100%. U rất nhạy cảm với hóa trị và xạ trị. Do đó, hai phương pháp này thường là lựa chọn hàng đầu. Can thiệp phẫu thuật cũng có thể được áp dụng trong điều trị Seminoma.³⁻⁵

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân (BN) nam, 25 tuổi vào viện khám vì lý do tức ngực và sụt cân.

Khoảng 2 tháng trước khi vào viện BN thấy mệt mỏi nhiều, đau tức vùng ngực, đau âm ỉ, từng cơn kèm ho húng hắng, khó thở tăng dần, sốt nhẹ, ăn uống kém.

Tiền sử trước đó 3 tháng BN nhiễm Covid – 19 (BN đã tiêm phòng, triệu chứng nhẹ, tự khỏi)

Khám lúc vào: BN tỉnh, thể trạng trung bình, khó thở liên tục (SpO₂: 97%; nhịp thở 26 lần/phút, sử dụng O₂ xy gọng). Tim nhịp đều, tiếng tim mờ, mạch 90 Ck /p, HA 120/70 mHg; Phổi nghe giảm thông khí, ran nổ rải rác; bụng mềm, không chướng, gan, lách không to.

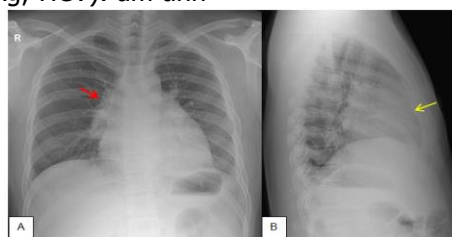
Bệnh nhân được chụp phim X quang ngực qui ước thẳng và nghiêng. Hình ảnh và kết quả được thể hiện chi tiết trong hình 1.

Xét nghiệm công thức máu tại thời điểm vào khám có bạch cầu tăng nhẹ (13.21 G/L, TT 84.5%). Các XN sinh hoá máu, khí máu, đông cầm máu không thấy bất thường, ngoại trừ CRP tăng cao (62.1 mg/L)

Bệnh nhân được tiến hành làm các XN tìm lao (AFB trực tiếp, Gene Xpert, nuôi cấy đờm, dịch rửa phế quản) đều cho kết quả âm tính.

Bệnh nhân được siêu âm ổ bụng, siêu âm tim cho kết quả không thấy bất thường.

Các XN tìm kiếm một số bệnh tiềm ẩn (HIV; HbSAG; HCV): âm tính

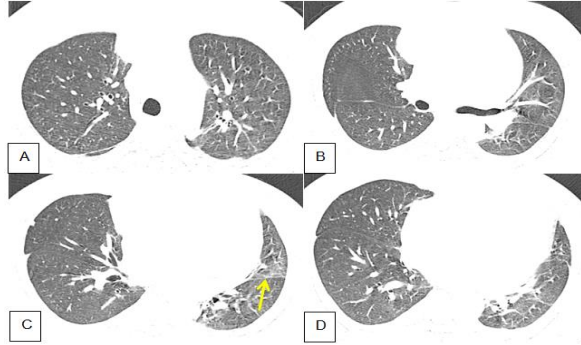


Hình 1. X quang ngực thẳng và nghiêng phải khi BN vào viện khám

A. Phim ngực thẳng: Trung thất rộng làm mất cấu trúc bình thường của rốn phải (mũi tên đỏ);

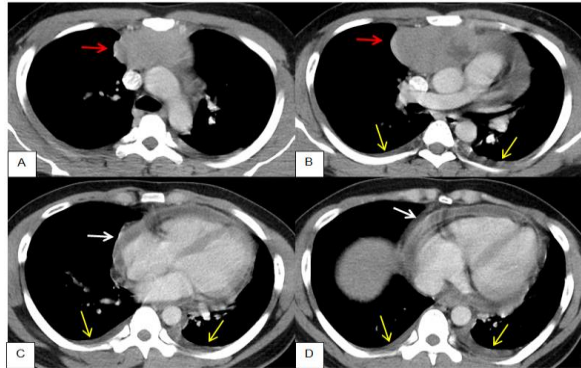
Góc sườn – hoành hai bên kém nhọn nghi có ít dịch màng phổi. B. Phim ngực nghiêng phải: Mật khoảng sáng sau ức (mũi tên vàng). Mật nét tận cùng của hoành phải tại vị trí túi cùng sườn – hoành sau, nghi có TDMP. Kết luận: Theo dõi u trung thất trước.

Bệnh nhân được chụp CLVT bằng máy 64 dãy, có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch. Kết quả chi tiết được thể hiện tại hình 2.



Hình 2. Cắt lớp vi tính ngực, cửa sổ nhu mô, các lát từ trên xuống dưới BN

Nhu mô bình thường ngoại trừ xuất hiện “kính mờ” tại thùy lưỡi (mũi tên vàng). Trung thất rộng.



Hình 3. Cắt lớp vi tính ngực, cửa sổ trung thất, các lát từ trên xuống dưới của BN

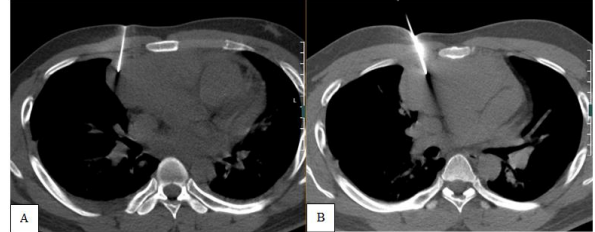
A,B. Xuất hiện khối có tỷ trọng mô mềm, khá thuần nhất, kích thước # 10 x 5 cm (đo trên mặt phẳng ngang lát thể hiện u lớn nhất), vị trí trung thất trước, lồi về hai bên với gianh giới trơn nhẵn, phía trái thể hiện liên tiếp với màng ngoài tim (mũi tên đỏ). A-D: Dày và tràn dịch màng ngoài tim (các mũi tên trắng); TDMP hai bên (các mũi tên vàng)

Bệnh nhân được chẩn đoán sơ bộ u trung thất trước, chưa rõ bản chất. Đề nghị nội soi phế quản và sinh thiết khối u xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính tìm mô bệnh chẩn đoán xác định.

Nội soi phế quản thấy xung huyết niêm mạc phế quản hai bên. Sinh thiết niêm mạc làm mô

bệnh cho kết quả quá sản niêm mạc.

Bệnh nhân đã được tiến hành chọc STXTN u dưới hướng dẫn CLVT 2 lần; chi tiết tại hình 4. Lần 1 cho kết quả GPB: Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hoá; Lần 2: Tổn thương ác tính chưa định loại. Cả hai lần đều đề nghị nhuộm hoá mô miễn dịch (HMMD) để định loại ung thư.

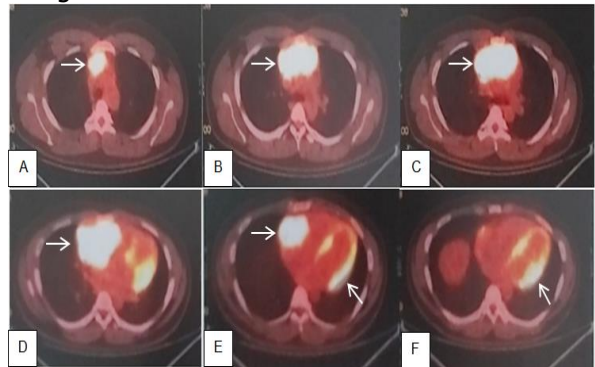


Hình 4. STTN dưới CLVT lần 1 (A) và lần 2 (B); cách nhau 16 ngày

Bệnh phẩm ST lần 1 đã được nhuộm HMMD: Kết quả dương tính với LCA và CD 20; âm tính với CD117, CD30, CD56, NSE, Myoglobin, P63, AE1/AE3, PLAP, MSA, T11-1, GEAP43, S100. Kết luận: Hình ảnh MBH và sự bộc lộ các dấu ấn MD phù hợp với U lympho non Hodgkin. Nhà GPB có đề nghị ST thêm để có BP nhuộm HMMD đầy đủ.

Do có sự chưa phù hợp giữa CDHA và GPB/HMMD cho chẩn đoán ung thư hạch (NHL) nên hội đồng hội chẩn đã đề nghị STXTN lần 2 cho BN. Kết quả GPB một lần nữa khẳng định ác tính. Nhuộm HMMD cũng đã được tiến hành: Dương tính với PLAP, OTC4, D240; âm tính với AE1/AE3, AFP, LCA, CD20, CD5, CD3, CD79a. Kết luận của HMMD: Hình ảnh MBH và sự bộc lộ các dấu ấn MD phù hợp với u tế bào mầm tinh hoàn trung thất (Seminoma of the Mediastinum)

Để chẩn đoán chính xác giai đoạn ung thư, BN đã được chụp PET/CT. Kết quả chi tiết được thể hiện tại hình 5 (phần ngực). Không thấy hình tăng chuyển hoá bất thường ở các vị trí khác trong cơ thể.



Hình 5. PET/CT phần ngực của BN, các lát cắt từ trên xuống dưới

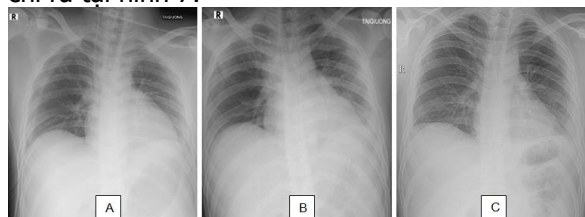
A-F: Khối u vị trí trung thất trước, tăng

chuyển hoá mạnh (SUV Max: 18.6), có xâm lấn màng ngoài tim (các mũi tên)

Xét thấy u chỉ phát triển tại chỗ, chưa có di căn xa, tình trạng u gây hiệu ứng khối trong trung thất, có xâm lấn màng ngoài tim và TDMP hai bên cần được phẫu thuật với mục tiêu điều trị giảm nhẹ nên hội chẩn liên khoa đã đi đến quyết định phẫu thuật cho BN.

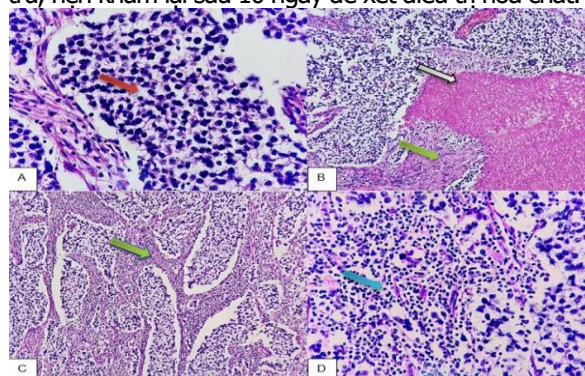
Phẫu thuật đã được tiến hành với kỹ thuật bóc đôi xương ức. Khi mở ra thấy khối u cứng, nhiều máu, đã xâm lấn 1 phần vào thành ngực, phổi phải, toàn bộ màng tim, nhĩ phải. Tiến hành cắt toàn bộ khối u, KT # 8 x 10cm, phần lá thành MP hai bên phần u đã xâm lấn, toàn bộ màng ngoài tim, phần phổi phải u xâm lấn bằng 3 Stapler, để lại 1 phần u xâm lấn vào nhĩ phải. Toàn bộ lượng mỡ trung thất liên quan tiếp giáp u cũng được bóc cắt hoàn toàn.

Cuộc mổ thành công. Các phim X quang chụp tại giường được tiến hành ngay sau khi BN hồi tỉnh, ngày thứ 4 sau mổ cho kết quả tốt. Ngày thứ 6 sau mổ BN đã di chuyển đến khoa X quang chụp phim ở tư thế đứng. Chi tiết các hình ảnh được thể hiện tại hình 6. Giải phẫu bệnh lý bệnh phẩm sau mổ cũng được thực hiện, chi tiết được chỉ ra tại hình 7.



Hình 6. Phim X quang chụp tại giường sau mổ (A) và sau 3 ngày (B). C: Phim X quang ngực chuẩn chụp sau 6 ngày sau phẫu thuật.

Bệnh nhân được hướng dẫn phục hồi chức năng, được ra viện 10 ngày sau mổ trong tình trạng sức khỏe tốt. Hiện BN được theo dõi ngoại trú, hen khám lại sau 10 ngày để xét điều trị hoá chất.



Hình 7. Giải phẫu bệnh lý bệnh phẩm u sau mổ (HE: A,D (VK x 40); B,C (VK x 10))

Các mảnh sinh thiết cho thấy mô u có vỏ rõ, các tế bào u chưa xâm nhập ra ngoài vỏ. Mô u bao gồm nhiều cấu trúc dạng tiểu thùy, các tiểu thùy phân cách nhau bởi các dải, mảnh xơ (Mũi tên xanh lá). Các tế bào u (Mũi tên đỏ) có kích thước lớn, tế bào đa diện, bào tương sáng, nhạt màu; nhân tế bào đa hình, hạt nhân rõ. Quanh mô u thâm nhiễm nhiều lympho bào (Mũi tên Xanh dương), rải rác các ổ hoại tử thiếu máu (Mũi tên xám). Không thấy hình ảnh u hạt, không thấy hợp bào nuôi.

III. BÀN LUẬN

Các khối u tế bào mầm trung thất nguyên phát là một phát hiện hiếm gặp và một phần ba trong số đó là u tế bào mầm tinh hoàn. Seminomas thường được tìm thấy ở trung thất trước, cực kỳ hiếm trong khoang trung thất sau. Theo hiểu biết của chúng tôi hiện chỉ có hai trường hợp đã được báo cáo trong y văn seminoma được tìm thấy ở trung thất sau. Parini S và cộng sự đã báo cáo trường hợp 1 BN nam giới 57 tuổi bị u nguyên phát ở trung thất sau bên trái do phát hiện tình cờ. Chụp PET cho thấy một khu vực nhỏ có sự hấp thu 18FDG mạnh. Sinh thiết xuyên thành ngực không cho kết quả chẩn đoán. Do nghi ngờ bệnh ác tính mạnh, phẫu thuật cắt bỏ đã được lựa chọn vừa để điều trị, vừa để chẩn đoán. Khối u đã được cắt bỏ hoàn toàn, và báo cáo GPB là u tế bào mầm tinh hoàn. Theo dõi giai đoạn tiếp theo sau đó không phát hiện ra bất kỳ vị trí nào khác của u. Cắt bỏ hoàn toàn khối u nguyên phát đây là phương pháp điều trị tích cực được lựa chọn. Bệnh nhân khỏi bệnh 48 tháng sau khi chẩn đoán.¹

Seminomas trung thất nguyên phát thường xảy ra nhất ở nam giới trẻ tuổi, và chúng khu trú ở trung thất trước. Petrova D và cộng sự báo cáo trường hợp của một người đàn ông 34 tuổi bị khối u trung thất kích thước 19 cm, tràn dịch màng phổi và màng tim. Bệnh nhân kêu ho, khó thở, sụt cân và mệt mỏi rõ rệt. CT phổi và sinh thiết xuyên thành ngực đã được thực hiện. Phân tích mô bệnh học ủng hộ chẩn đoán Seminoma trung thất nguyên phát. Ban đầu bệnh nhân có nồng độ LDH (1482 U/L) và chất chỉ điểm khối u β -hCG (420,5 U/ml) tăng rõ rệt. Chọc dò màng tim được thực hiện do chèn ép gây hội chứng ép tim. Bệnh nhân đã được hóa trị theo phác đồ BEP 4 chu kỳ liên tiếp. Sau 2 chu kỳ hóa trị, nồng độ LDH và β -HCG bình thường hóa và cải thiện đáng kể tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Sau khi hoàn thành 4 chu kỳ hóa trị, BN được chụp FDG-PET cho kết quả đáp ứng một phần về

chuyển hoá (SUV giảm) và giảm kích thước của khối u nguyên phát trong trung thất. Xạ trị khối u còn sót lại với tổng liều lượng là 40Gy, chia thành 20 phần nhỏ đã được thực hiện. Chụp FDG-PET đối chứng thấy khối u đã đáp ứng hoàn toàn và không hấp thu FDG. Lần tái khám cuối cùng vào tháng 10/2018, bệnh nhân hết bệnh hoàn toàn sau 54 tháng.² Như vậy điều trị Seminomas nên áp dụng điều trị đa mô thức, hoá xạ trị đồng thời hoặc nối tiếp luôn là cần nhắc hàng đầu. Phẫu thuật tiết căn không phải là lựa chọn trước tiên và cũng khó cắt bỏ u và thành phần xâm lấn một cách triệt để.^{2,6,8}

U tế bào mầm tinh hoàn ác tính trung thất là một khối u không phổ biến, chiếm 25% các khối u tế bào mầm trung thất nguyên phát, và chiếm ít hơn 5% tổng số các khối u tế bào mầm. Mặc dù CT bình thường cho thấy một khối u rắn, nhiều múi, song seminoma dạng nang trung thất cũng đã được mô tả. Hamanaka K và cộng sự báo cáo trường hợp một người đàn ông 24 tuổi có khối u nang trung thất đã được cắt bỏ bằng nội soi có hỗ trợ video (VATS) sau 18 tháng trì hoãn phẫu thuật, có sử dụng kỹ thuật nâng thành ngực bằng dây Kirschner dưới da. Kết quả GPB cho thấy một seminoma trung thất. Không có bằng chứng về sự tái phát đã được ghi nhận trong suốt 25 tháng theo dõi tiếp theo. Seminoma dạng nang trung thất nên được xem xét trong chẩn đoán phân biệt với tổn thương dạng nang trung thất. Phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ video có thể là một lựa chọn thích hợp để chẩn đoán và điều trị các tổn thương dạng nang này.⁷

Trở lại với ca bệnh mà chúng tôi báo cáo. Khối u trung thất trước, rắn, nhiều múi, xâm lấn sớm các tạng lân cận và TDMP hai bên ở 1 nam thanh niên đang ở thập kỷ thứ 3 của tuổi đời (25 tuổi) hoàn toàn phù hợp với y văn khuyến cáo. Việc chẩn đoán xác định chúng tôi tiến hành theo chuẩn, thậm chí còn chuẩn hơn các Guidline quốc tế thể hiện ở nhuộm HMMD. Việc điều trị cho bệnh nhân chúng tôi cũng áp dụng phác đồ tích cực nhất, vừa giải quyết những vấn đề đe dọa tính mạng người bệnh trước mắt, vừa giảm nhẹ được gánh nặng khối u cho cơ thể khi điều trị hoá chất sau này. Chúng tôi hy vọng với sự nỗ lực của tập thể các thầy thuốc sẽ đem lại kết quả tốt đẹp cho người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Seminomas là căn bệnh hiếm gặp song lại chiếm tỷ trọng lớn trong các u tế bào mầm trung thất. Chúng tôi báo cáo ca bệnh với đầy đủ các đặc điểm của u Seminoma trung thất điển hình song có đề cập đến vài nét mới về tiếp cận chẩn đoán. Mong muốn bổ sung vào y văn căn bệnh hiếm gặp, hy vọng các bác sỹ sẽ tham khảo để có phương cách tiếp cận tốt hơn khi gặp ca bệnh tương tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parini S, Spina P, Papalia E, et al. Primary seminoma arising in the posterior mediastinum: a diagnostic challenge. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2021 Oct 11;92(2). doi: 10.4081/monaldi.2021.2028.PMID: 34634899
2. Petrova D, Kraveva S, Muratovska L, Crcareva B. Primary Seminoma Localized in Mediastinum: Case Report. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019 Jan 25;7(3):384-387. doi: 10.3889/oamjms.2019.122. eCollection 2019 Feb 15.PMID: 30834006
3. Xu J, Zhao J, Geng S, Wang QI, Wang P, Zhang C, Zhu X, Ji Y. Primary seminoma arising in the middle mediastinum: A case report. *Oncol Lett.* 2016 Jul; 12(1):348-350. doi: 10.3892/ol.2016.4575. Epub 2016 May 16.PMID: 27347149
5. Lamichhane A, Mukkamalla SKR. Seminoma. 2021 Nov 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.PMID: 32809348
6. Bishop MA, Kyriakopoulos C. Mediastinal Seminoma. 2022 May 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.PMID: 33085437
7. Sadiq Q, Khan FA. Germ Cell Seminoma. 2021 Nov 18. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.PMID: 32644667
8. Hamanaka K, Takeda T, Ohashi M, et al. Thoracoscopic resection of a cystic seminoma of the mediastinum. *Asian J Endosc Surg.* 2019 Jul;12(3):354-356. doi: 10.1111/ases.12647. Epub 2018 Sep 5.PMID: 30187669
9. Schmidberger H, Bamberg M, Meisner C, et al. Radiotherapy in stage IIA and IIB testicular seminoma with reduced portals: a prospective multicenter study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1997 Sep 1;39(2):321-6. doi: 10.1016/s0360-3016(97)00155-7.PMID: 9308934
10. Kagimoto A, Akayama K, Shibata S. Seminoma of the Mediastinum with Cystic Change; Report of a Case. *Kyobu Geka.* 2017 Jul;70(7):545-547.PMID: 28698426
11. Hattori Y, Mitsumori K, Hayata N, et al. A Case of Primary Mediastinal Seminoma Showing Local Increase in Residual Tumor after Chemotherapy. *Hinyokika Kiyo.* 2020 May; 66(5): 153-155. doi: 10.14989/ActaUrolJap_66_5_153.PMID: 32483951