

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC ĐIỀU TRỊ U TUYẾN ỨC CÓ NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Việt Anh¹; Nguyễn Văn Nam¹; Nguyễn Trường Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u tuyến ức có nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103. *Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:* 61 bệnh nhân u tuyến ức có nhược cơ, được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u và tuyến ức tại Bệnh viện Quân y 103 từ 10 - 2013 đến 5 - 2019. *Kết quả:* không có bệnh nhân tử vong trong thời gian nằm viện và các biến chứng phức tạp. Thời gian mổ trung bình $91,80 \pm 49,94$ phút, lượng máu mất trung bình trong mổ $37,38 \pm 31,58$ ml, đa số BN sau mổ được chuyển về khoa hoặc chỉ nằm hồi sức trong vòng 24 giờ (93,5%), thời gian rút dẫn lưu trung bình $57,84 \pm 30,71$ giờ và thời gian nằm viện sau mổ trung bình $9,8 \pm 5,9$ ngày. *Kết luận:* phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u tuyến ức là phẫu thuật có tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp và an toàn cho BN u tuyến ức có nhược cơ.

* Từ khóa: U tuyến ức; Nhược cơ; Phẫu thuật nội soi lồng ngực; Đặc điểm kỹ thuật; Kết quả sớm.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức là khối u nguyên phát nằm ở trung thất trước trên, chiếm khoảng 5 - 21,7% các khối u trung thất và 47% khối u nằm trong trung thất trước, khoảng 0,2 - 1,5% khối u ác tính. Tỷ lệ mắc nam/nữ là 1/1 và thường kết hợp với nhược cơ.

Các tác giả đều khẳng định: khi đã chẩn đoán xác định là u tuyến ức, nhất là khi có kèm theo nhược cơ, phẫu thuật cắt tuyến ức và u tuyến ức là một phương pháp điều trị được lựa chọn đầu tiên và có hiệu quả nhất. Có nhiều phương pháp phẫu thuật như phẫu thuật qua đường giữa xương ức, đường cổ, phẫu thuật nội soi... Hiện nay, tại Bệnh viện Quân y 103

việc sử dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) để điều trị u tuyến ức có nhược cơ đã trở thành thường quy. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả sớm của PTNSLN điều trị u tuyến ức có nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

61 bệnh nhân (BN) u tuyến ức có nhược cơ, được điều trị bằng PTNSLN có kết quả mô bệnh học sau mổ là u tuyến ức tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 từ 10 - 2013 đến 5 - 2019.

1. Bệnh viện Quân y 103

2. Học viện Quân y

Người phản hồi (Corresponding): Lê Việt Anh (drlevietanh@gmail.com)

Ngày nhận bài: 11/07/2019; **Ngày phản biện đánh giá bài báo:** 21/08/2019

Ngày bài báo được đăng: 23/08/2019

* Các bước kỹ thuật PTNSLN cắt u tuyến ức:

- Vô cảm: nội khí quản hai nòng để thông khí một phổi.

- Tư thế: nghiêng một góc 30 - 45⁰.

- Đường tiếp cận: qua khoang màng phổi phải hay trái phụ thuộc vào vị trí u trên cắt lớp vi tính lồng ngực trước mổ.

- Các trocar:

+ Trocar 1: ở khoang liên sườn 3 (hoặc liên sườn 4) đường nách trước (hoặc đường nách giữa để đưa dụng cụ phẫu tích.

+ Trocar 2: ở khoang liên sườn 5 (hoặc liên sườn 6) đường nách trước (hoặc đường nách giữa) cho camera.

+ Trocar 3: ở khoang liên sườn 6 (hoặc liên sườn 7) đường nách trước hoặc đường giữa đòn cho dụng cụ phẫu tích.

Trong trường hợp cần thiết, thêm 1 trocar nữa để hỗ trợ bộc lộ trường mổ.

- Xác định màng phổi trung thất và các mốc giải phẫu, cắt toàn bộ u và tuyến ức. Lấy bệnh phẩm bằng túi đựng bệnh phẩm

dưới quan sát của camera. Kiểm tra vùng mổ và đặt dẫn lưu khoang màng phổi.

- Chuyển mổ mở khi có tai biến mà không xử lý được bằng nội soi, u xâm lấn, dính nhiều mà PTNSLN không làm được, không an toàn cho BN.

BN ngay sau mổ nếu hô hấp đảm bảo, rút ống nội khí quản và chuyển ngay về Khoa Phẫu thuật Lồng ngực hoặc được đưa về Khoa Hồi sức để theo dõi.

* Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đường vào cho PTNSLN: bên phẫu thuật, số lượng và vị trí đặt trocar.

- Cách thức phẫu thuật: PTNSLN hay chuyển mổ mở.

- Đánh giá trong mổ: tình trạng và mức độ xâm lấn, tai biến, thời gian mổ (phút), lượng máu mất trong mổ (ml).

- Đánh giá sau mổ: thời gian nằm hồi sức sau mổ, thời gian rút dẫn lưu, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

* Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS version 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, Mỹ).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm liên quan đến kỹ thuật của PTNSLN điều trị u tuyến ức có nhuọc cơ.

Bảng 1: Bên can thiệp, số lượng và vị trí đặt trocar.

Chỉ tiêu		n	Tỷ lệ (%)	
Bên can thiệp	Qua khoang màng phổi phải	35	57,4	
	Qua khoang màng phổi trái	26	42,6	
Số trocar	3	59	96,7	
	4	2	3,3	
Vị trí đặt trocar	Trocar 1	Liên sườn 3 - đường nách trên	37	60,7
		Liên sườn 3 - đường nách giữa	4	6,6
		Liên sườn 4 - đường nách trên	16	26,2
		Liên sườn 4 - đường nách giữa	4	6,6

	Trocar 2	Liên sườn 5 - đường nách trên	21	34,4
		Liên sườn 5 - đường nách giữa	34	55,7
		Liên sườn 6 - đường nách trên	3	4,9
		Liên sườn 6 - đường nách giữa	3	4,9
	Trocar 3	Liên sườn 6 - đường nách trên	6	9,8
		Liên sườn 6 - đường giữa đòn	52	85,2
		Liên sườn 7 - đường nách trên	1	1,6
		Liên sườn 7 - đường giữa đòn	2	3,3
	Trocar 4	Liên sườn 2 - đường giữa đòn	2	3,3

Kết quả cho thấy 35 BN (57,4%) tiếp cận trung thất qua khoang màng phổi phải, còn lại 26 BN (42,6%) là tiếp cận qua khoang màng phổi trái, đa số BN (96,7%) dùng 3 trocar và có 3 vị trí thường sử dụng đặt trocar là: liên sườn 3 đường nách trên (60,7%), liên sườn 5 đường nách giữa (55,7%) và liên sườn 6 đường giữa đòn (85,2%).

Bảng 2: Mối liên quan giữa cách thức phẫu thuật với kích thước khối u.

Cách thức phẫu thuật		Kích thước khối u			Tổng	p
		< 3 cm	3 - 6 cm	≥ 6 cm		
Phẫu thuật nội soi	n	15	31	7	53	0,66 ^b
	%	24,6	50,8	11,5	86,9	
Chuyển mổ mở	n	2	4	2	8	
	%	3,3	6,6	3,3	13,1	
Tổng	n	17	35	9	61	
	%	27,9	57,4	14,8	100	

(b: Chi - Square test)

Tỷ lệ chuyển mổ mở đều gặp ở cả 3 nhóm kích thước khối u, cao hơn ở nhóm có khối u ≥ 3 cm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Giai đoạn u theo Masaoka và cách thức phẫu thuật.

Cách thức phẫu thuật		Giai đoạn u theo Masaoka					Tổng	p
		I	II	III	IVa	IVb		
Phẫu thuật nội soi	n	34	11	7	1	0	53	< 0,001 ^b
	%	64,2	20,8	13,2	1,9	0	100	
Chuyển mổ mở	n	1	0	1	6	0	8	
	%	12,5	0	12,5	75,0	0	100	
Tổng	n	41	12	10	8	0	61	
	%	57,4	18,0	13,1	11,5	0	100	

(b: Chi - Square test)

8 BN chuyển mổ mở, chủ yếu trong nhóm Masaoka IVa, 1 BN ở giai đoạn Masaoka I, đây là trường hợp xảy ra tai biến trong mổ.

TẠP CHÍ Y - DƯỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ 7-2019

Bảng 4: Đặc điểm PTNSLN điều trị u tuyến ức có nhược cơ.

Chỉ tiêu		n	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ		2	3,3
Thời gian mổ (phút)	≤ 60	23	37,7
	> 60 - 120	27	44,3
	> 120	11	18,0
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút) ($\bar{X} \pm SD$)		91,80 ± 49,94	
Lượng máu mất trung bình trong mổ (ml) ($\bar{X} \pm SD$)		37,38 ± 31,58	

3,3% BN có tai biến, thời gian mổ trung bình 91,80 phút. 23/61 BN (37,7%) được phẫu thuật trong vòng 60 phút. Lượng máu mất trung bình trong mổ 37,38 ml (ít nhất 10 ml, nhiều nhất 200 ml).

2. Kết quả sớm của PTNSLN điều trị u tuyến ức có nhược cơ.

Bảng 5:

Chỉ tiêu		n	Tỷ lệ (%)
Thời gian hồi sức (giờ)	Không qua hồi sức	42	68,9
	≤ 24	15	24,6
	> 24 - 48	2	3,3
	> 48	2	3,3
Thời gian rút dẫn lưu (giờ)	≤ 24	2	3,3
	> 24 - 48	40	65,6
	> 48	19	31,1
Thời gian rút dẫn lưu trung bình (giờ) ($\bar{X} \pm SD$)		57,84 ± 30,71	
Biến chứng		8	13,1
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	≤ 7	28	45,9
	8 - 10	21	34,4
	> 10	12	19,7
Thời gian nằm viện sau mổ trung bình (ngày) ($\bar{X} \pm SD$)		9,8 ± 5,9	

Đa số BN (42/61 BN = 68,9%) sau mổ được rút ống nội khí quản và chuyển về khoa, nằm khoa hồi sức trong vòng 24 giờ (24,6%) và có thời gian rút dẫn lưu sau mổ trong vòng 48 giờ (68,9%).

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm liên quan đến kỹ thuật của PTNSLN điều trị u tuyến ức có nhược cơ.

Việc lựa chọn đường tiếp cận qua khoang màng phổi bên phải hay bên trái phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và chẩn đoán giải phẫu của khối u trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực trước mổ. Yim và CS (1995) hay phẫu thuật theo đường bên phải, nhưng các phẫu thuật viên châu Âu lại lựa chọn bên trái [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường tiếp cận bên phải là chủ yếu (57,4%). Thực tế cho thấy, đường tiếp cận bên phải sẽ cho trường mổ rộng hơn, kiểm soát tốt hơn tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch vô danh. Vì vậy, sẽ hạn chế tai biến. Tuy nhiên, gần 1/2 số BN được phẫu thuật theo đường tiếp cận bên trái (42,6%) được phẫu thuật an toàn, không có tai biến và các biến chứng nặng. Theo ý kiến của nhiều tác giả: việc tiếp cận khoang màng phổi theo đường bên trái hay bên phải không có sự khác biệt.

Với 3 trocar: 1 trocar cho camera và hai cho dụng cụ, khi cần thiết có thể sử dụng 4, hoặc 5 trocar. Một số tác giả hay sử dụng 4 trocar [2] hoặc nội soi một lỗ. Trong 61 BN này, chúng tôi có thể cắt thuận lợi và an toàn bằng 3 trocar, 02 BN sử dụng thêm trocar thứ 4 (3,3%), do u quá to, cần thêm dụng cụ hỗ trợ để giữ khối u.

Về vị trí đặt trocar trong PTNSLN cắt tuyến ức: một số tác giả cho rằng ngoài tư thế BN, vị trí đặt trocar đóng vai trò rất quan trọng cho quá trình phẫu thuật. Nguyễn Công Minh sử dụng 3 trocar ở liên sườn 7 đường nách sau, liên sườn 7

đường nách trên và liên sườn 3 đường nách giữa. Anthony P.Yim (1999) sử dụng 3 trocar ở gian sườn 3 đường nách giữa, liên sườn 5 đường nách sau và liên sườn 6 đường nách trên. Mineo T.C (1996) dùng 4 trocar theo các vị trí sau: liên sườn 4 đường giữa đòn, liên sườn 5 đường nách trên cho camera, liên sườn 4 đường nách trên, liên sườn 6 ở giữa đường giữa đòn và đường nách trên [2]. Trong nghiên cứu này (bảng 1), chúng tôi sử dụng 3 vị trí đặt trocar là: liên sườn 3 đường nách trên (60,7%), liên sườn 5 đường nách giữa (55,7%) và liên sườn 6 đường giữa đòn (85,2%). Trong trường hợp cần thiết, chúng tôi sử dụng thêm 1 trocar nữa ở liên sườn 2 đường giữa đòn.

Đến nay vẫn chưa thống nhất được nên PTNSLN cho u có mặt kích thước bao nhiêu. Bảng 2 cho thấy, tỷ lệ chuyển mổ mở ở tất cả các nhóm kích thước u, với kích thước u < 3 cm có 2 BN, > 6 cm (2 BN) và từ 3 - 6 cm là 4 BN, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Do đó có thể thấy yếu tố kích thước khối u chỉ mang tính chất tương đối vì còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nữa, đặc biệt là tình trạng xâm lấn của khối u.

Chỉ nên PTNSLN đối với những khối u tuyến ức ở giai đoạn sớm (theo Masaoka). Nghiên cứu của Chung và CS (2012) trên 25 BN u tuyến ức không có nhược cơ đã chỉ ra không có BN nào ở giai đoạn Masaoka III, chỉ 1 BN ở giai đoạn Masaoka IV [3]. Tương tự, số liệu của chúng tôi cho thấy 8 BN (13,1%) ở giai đoạn Masaoka III và 7 BN (11,5%) ở giai đoạn Masaoka Iva, còn lại đều nằm ở giai đoạn Masaoka I và II. Agasthian (2011) đề xuất với khối u tuyến ức ở giai đoạn sớm,

có thể cắt an toàn bằng PTNSLN [4]. Tuy nhiên, tác giả thông báo có 13 BN u tuyến ức xâm lấn được phẫu thuật thành công. Bảng 3 cho thấy trong 8 ca chuyển mổ mở, đa số nằm trong nhóm giai đoạn Masaoka IVa, chỉ 1 trường hợp ở giai đoạn Masaoka I do gặp phải tai biến trong mổ. Một điểm cần lưu ý, có sự chênh lệch khi đánh giá tình trạng xâm lấn của khối u tuyến ức với các tổ chức xung quanh giữa hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (CLVTLN) và thực tế khi phẫu thuật. Vì vậy, ngoài việc phải xem xét kỹ đặc điểm, tính chất của khối u trên phim CLVTLN trước mổ, việc đánh giá trực tiếp khối u trong mổ vô cùng quan trọng để có thể tiên lượng ngay trong mổ, đưa ra quyết định mổ bằng PTNSLN hay chuyển sang mổ mở.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi 91,8 phút, ở giai đoạn sau của nghiên cứu, khi đã có nhiều kinh nghiệm, thời gian phẫu thuật đã được rút ngắn hơn rất nhiều so với trước, với 23/61 BN (37,7%) có thời gian mổ < 60 phút. Đa số thời gian phẫu thuật nằm trong khoảng từ 60 - 120 phút (44,3%). Kết quả này tương đương với các tác giả như của Yim [1], Ashleigh Xie [5], Mineo T.C [2] (80 - 160 phút).

Lượng máu mất trong mổ ở các nghiên cứu cũng khác nhau, từ 40 đến 183,1 ml. Nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trong mổ khoảng $37,38 \pm 31,58$ ml (10 - 200 ml), BN có lượng máu mất nhiều thường hay gặp tai biến hoặc phải chuyển sang mổ mở, còn với PTNSLN thành công lượng máu mất rất ít trong mổ.

2. Kết quả sớm của PTNSLN điều trị u tuyến ức có nhược cơ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian nằm điều trị tại khoa hồi

sức cấp cứu sau phẫu thuật cắt u tuyến ức cải thiện rất nhiều nhờ PTNSLN, giảm cả về số lượng BN phải nằm lại khoa hồi sức và cả số ngày nằm điều trị: không qua hồi sức: 68,9%; ≤ 24 giờ: 24,6%; từ trên 24 đến 48 giờ: 3,3%; > 48 giờ: 3,3%. Thời gian nằm hồi sức và thời gian thở máy giảm sẽ làm giảm nguy cơ suy hô hấp hơn so với phải nằm trong thời gian dài. So với nghiên cứu trước đây, phẫu thuật cắt tuyến ức bằng phương pháp nội soi lồng ngực đã làm giảm rõ rệt thời gian điều trị hồi sức sau mổ so với phẫu thuật mở. Đặc biệt trong giai đoạn sau của nghiên cứu, hầu hết BN được về khoa lâm sàng sau khi phẫu thuật. Điều đó càng chứng tỏ tính ưu việt của phẫu thuật nội soi trong cắt tuyến ức và u tuyến ức. Đa số BN trong nghiên cứu của chúng tôi được rút dẫn lưu sau mổ trong vòng 48 giờ (68,9%). 01 trường hợp có thời gian rút dẫn lưu lên đến 240 giờ. Tuy nhiên, khi so sánh với các tác giả, thời gian rút dẫn lưu dao động từ 1,8 - 4,2 ngày.

Ngoại trừ 7 trường hợp (11,5%) suy hô hấp sau mổ và 1 BN (1,6%) tràn dịch màng phổi mức độ ít sau mổ, chúng tôi không gặp BN nào tử vong nào, tương tự nghiên cứu của Chao (2015), Cheng (2008) [6], Chung (2012) [3], Liu T.J (2014) [7], Manoly (2014) [8], Sakamaki (2014) [9] và Ye B (2014) [10]. Không có trường hợp nào liệt thần kinh hoành như báo cáo của Manoly (2014) (11,8%) [8], Ashleigh Xie là 6,7% [5] và tràn khí màng phổi sau mổ như thông báo của một số tác giả: của Ashleigh Xie là 1,9% [5], Ye B: 0,8% [10].

Phần lớn BN có thời gian điều trị sau mổ < 7 ngày (45,9%) và 8 - 10 ngày (34,4%).

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $9,8 \pm 5,9$ ngày, ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 37 ngày, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Công Minh: 6,5 ngày (5 - 22 ngày), Anthony P.Yim (1995) [1]: 5 ngày, Mineo T.C: 3 ngày, Mack M.J (1996): 4 ngày [12], Popescu I (2002) [13]: 2,28 ngày. Tuy nhiên, nếu so sánh với phẫu thuật mở (qua đường dọc giữa xương ức) trước đây, thời gian nằm viện sau mổ trung bình như vậy đã rút ngắn một cách rõ rệt.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức là một phẫu thuật an toàn, có thể áp dụng rộng rãi cho cả những trường hợp nhược cơ, không có tử vong, tai biến và biến chứng ít, kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yim A.P, Kay R.L, Ho J.K. Video-assisted thoracoscopic thymectomy for myasthenia gravis. Chest. 1995, 108 (5), pp.1440-1443.

2. Mineo T.C et al. Adjuvant pneumomediastinum in thoracoscopic thymectomy for myasthenia gravis. Ann Thorac Surg. 1996, 62 (4), pp.1210-1212.

3. Chung J.W et al. Long-term results of thoracoscopic thymectomy for thymoma without myasthenia gravis. J Int Med Res. 2012, 40 (5), pp.1973-1981.

4. Agasthian T, Lin S.J. Clinical outcome of video-assisted thymectomy for myasthenia gravis and thymoma. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2010, 18 (3), pp.234-239.

5. Xie. A et al. Video-assisted thoracoscopic surgery versus open thymectomy for thymoma: A

systematic review. Ann Cardiothorac Surg. 2015, 4 (6), pp.495-508.

6. Cheng Yu-Jen. Video-thoracoscopic resection of encapsulated thymic carcinoma: Retrospective comparison of the results between thoracoscopy and open methods. Annals of Surgical Oncology. 2008, 15 (8), pp. 2235-2238.

7. Liu T.J et al. Video-assisted thoracoscopic surgical thymectomy to treat early thymoma: A comparison with the conventional transsternal approach. Ann Surg Oncol. 2014, 21 (1), pp.322-328.

8. Manoly.I et al. Early and mid-term outcomes of trans-sternal and video-assisted thoracoscopic surgery for thymoma. Eur J Cardiothorac Surg. 2014, 45 (6), pp.e187-193.

9. Sakamaki Y et al. Intermediate-term oncologic outcomes after video-assisted thoracoscopic thymectomy for early-stage thymoma. J Thorac Cardiovasc Surg. 2014, 148 (4), pp.1230-1237 e1.

10. Ye B et al. Surgical techniques for early-stage thymoma: Video-assisted thoracoscopic thymectomy versus transsternal thymectomy. J Thorac Cardiovasc Surg. 2014, 147 (5), pp.1599-1603.

11. Loscertales J et al. The treatment of myasthenia gravis by video thoracoscopic thymectomy. The technic and the initial results. Arch Bronconeumol. 1999, 35 (1), pp.9-14.

12. Mack M.J et al. Results of video-assisted thymectomy in patients with myasthenia gravis. J Thorac Cardiovasc Surg. 1996, 112 (5), pp.1352-1359; discussion 1359-1360.

13. Popescu I et al. Thymectomy by thoracoscopic approach in myasthenia gravis. Surg Endosc. 2002, 16 (4), pp.679-684.