

ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẮT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP - HẢI PHÒNG

Nguyễn Thế May, Nguyễn Công Huy*,
Đỗ Đức Thắng*, Lê Minh Sơn*, Đoàn Quốc Hưng***

TÓM TẮT

Từ tháng 9/2013 đến 9/2015 có 5 trường hợp u trung thất được phẫu thuật nội soi cắt u tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. Trong đó, có 3 bệnh nhân nam và 2 nữ; tuổi thấp nhất là 48 tuổi, cao nhất là 72 tuổi; đường kính của u lớn nhất: 4 x 6,5cm; thời gian mổ trung bình: 120,5 ± 18 phút; thời gian hậu phẫu trung bình: 5,5 ngày (từ 4-8 ngày); không có biến chứng và tử vong. Mô bệnh học: U lành tính: 4 trường hợp; U ác tính: 1 trường hợp, trong đó: U tuyến ức: 2 trường hợp; U màng tim: 2 trường hợp; U thần kinh: 1 trường hợp. Điều trị bệnh lý u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp an toàn, hiệu quả và kết quả tốt.

Từ khóa: U trung thất, phẫu thuật nội soi lồng ngực.

SUMMARY

From September 2013 to September 2015, we performed video assisted thoracoscopic surgery for 5 cases of mediastinal tumors at Viet Tiep hospital, Hai Phong city. There were 3 males, 2 females; with the highest age was 72 years old; the largest size of tumors was: 4x6,5 cm; the average time of operation was 120 ± 18 minutes; the mean postoperative hospital stay was 5,5 days (range from 4-8 days); the Morbidity - Mortality was none. Histopathology: benign: 4 cases; malignant: 1 case; in which: thymoma: 2 cases; pericardial cyst: 2 cases; neuroma: 1 case. Video assisted thoracoscopic surgery in management of mediastinal tumors is a safe and effective procedure.

Keyword: Mediastinal tumors; video assisted thoracoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều đường mổ để tiếp cận và cắt u trong điều trị ngoại khoa u trung thất. Các đường mổ kinh điển như mở dọc xương ức toàn bộ hay một phần, mở ngực trước bên hay sau bên hoặc có thể sử dụng đường mổ ở cổ... Tùy thuộc vào kích thước, vị trí hay tính chất u mà chọn đường mổ nào hay có thể kết hợp các đường mổ trên. Tuy nhiên, đó là những phẫu thuật lớn và thường để lại tình trạng hậu phẫu nặng nề.

Ngày nay, với sự phát triển mạnh mẽ của y học và trình độ của các phẫu thuật viên, phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị u trung thất được áp dụng rộng rãi tại các trung tâm lớn trong và ngoài nước. Đối với điều trị ngoại khoa bệnh lý u trung thất, phẫu thuật nội soi lồng ngực được chỉ định và chấp nhận rộng rãi đối với u dạng nang, u trung thất lành tính, u tuyến ức có kèm theo nhược cơ hay không [2].

Tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng, trong nhiều năm qua, chúng tôi đã triển khai phẫu thuật nội soi lồng ngực một cách thường quy điều trị bệnh lý tràn khí màng phổi tự phát, cắt hạch giao cảm ngực. Hiện nay, chúng tôi đang bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị u trung thất. Từ tháng 9 năm 2013 đến tháng 9 năm 2015 chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị cho 5 trường hợp u trung thất. Tuy số lượng bệnh nhân còn ít, nhưng kết quả phẫu thuật tốt đã bước đầu khích lệ chúng tôi tiếp tục triển khai kỹ thuật và có những nghiên cứu với số lượng lớn hơn trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 5 trường hợp đã được thực hiện phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u trung thất tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực – tim mạch, bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng trong khoảng thời gian từ tháng 9/2013 đến 9/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả hồi cứu
- Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án vào bệnh án mẫu

* Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

** Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS. Đoàn Quốc Hưng

Ngày nhận bài: 18/06/2016 - Ngày Cho Phép Đăng: 18/08/2016

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Lê Ngọc Thành

- Trước mổ tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng, làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và chỉ điểm u, CT-scanner lồng ngực, đo chức năng hô hấp.

- Các vấn đề nghiên cứu: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (CT-scanner lồng ngực, giải phẫu bệnh lý...), kết quả phẫu thuật, biến chứng trong và sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ, kết quả sau mổ, so sánh, đối chiếu với các tác giả khác.

2.3. Quy trình phẫu thuật

- Tư thế bệnh nhân, cách thức gây mê và vị trí chọn đặt trocar vào lồng ngực để tiếp cận u và thực hiện thao tác phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí của u nằm ở trung thất trước hay trung thất sau; ở bên phải hay bên trái...

- Dụng cụ phẫu thuật: bộ dụng cụ nội soi ổ bụng

- Phương pháp vô cảm: bệnh nhân được gây mê nội khí quản hai nòng, thông khí một phổi, không bơm khí CO₂ trong mổ

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân có thể được đặt nằm ngửa nghiêng sang bên đối diện với bên thực hiện phẫu thuật 45⁰, hoặc bệnh nhân có thể được đặt nằm nghiêng về bên đối diện 90⁰.

- Vị trí đặt trocar: thông thường đặt 3 trocar theo nguyên tắc “tam giác dụng cụ”: trocar thứ nhất đặt ở khoang liên sườn V-VI đường nách giữa để đưa camera vào lồng ngực quan sát; trocar thứ hai đặt ở khoang liên sườn III đường nách trước – giữa; trocar thứ ba đặt ở khoang liên sườn IV đường giữa đòn – nách trước. Trocar thứ hai và ba để đưa dụng cụ phẫu thuật vào lồng ngực thực hiện thao tác.

- Đánh giá vị trí, kích thước, tính chất và liên quan của khối u với những tổ chức, cơ quan lân cận như mạch máu, thần kinh, khí phế quản, tim... Tiến hành phẫu tích và cắt u, lấy u ra ngoài lồng ngực bằng túi nylon vô trùng kết hợp có mở nhỏ ngực hỗ trợ ở tại vị trí đặt trocar (chiều dài đường mổ từ 3-5cm tùy thuộc kích thước khối u), trường hợp là u nang nước lớn có thể chọc hút nước trước khi lấy u ra ngoài lồng ngực. Kiểm tra và cầm máu các diện phẫu thuật. Dẫn lưu khoang màng phổi với 1 ống silicon 32F dưới hướng dẫn camera để dẫn lưu dịch, trường hợp cần thiết có thể đặt thêm 01 ống dẫn lưu silicon 18F để hút khí, hút dẫn lưu với áp lực âm 20cm H₂O, nở phổi trước khi rút hết các trocar và đóng ngực. Khối u lấy ra được gửi làm giải phẫu bệnh lý. Sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi tình trạng lâm sàng, dẫn lưu ngực, các biến chứng, tập thở,...

2.4. Đánh giá kết quả sớm sau mổ

- Kết quả tốt: thực hiện thành công phẫu thuật nội soi, không có biến chứng

- Kết quả trung bình: thực hiện thành công phẫu thuật nội soi với tai biến nhỏ được xử trí tốt bằng nội soi, biến chứng sau mổ nhưng không phải mổ lại, không cắt được toàn bộ u mà phải để lại một phần mô khối u do dính vào các cấu trúc lân cận.

- Kết quả xấu: không thực hiện được phẫu thuật nội soi mà phải mở ngực để cắt u, hoặc xử trí các biến chứng như chảy máu,... Các biến chứng sau mổ như chảy máu, xẹp phổi, nhiễm trùng khoang màng phổi... mà phải mổ lại để xử trí biến chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Có 5 bệnh nhân với 3 nam và 2 nữ; thấp nhất là 48 tuổi, cao nhất là 72 tuổi.

- Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Dấu hiệu lâm sàng:

Dấu hiệu lâm sàng	Số bệnh nhân
Mệt mỏi, ăn uống kém	3
Nuốt nghẹn	0
Khó thở	1
Khàn tiếng	1
Nhược cơ	2
Tức ngực	1

3.2. Vị trí khối u trong trung thất: Có 4 trường hợp khối u nằm ở trung thất trước, giữa, 1 trường hợp khối u nằm ở trung thất sau, không có trường hợp nào u xâm lấn vào mạch máu, thần kinh, phế quản...

3.3. Kích thước khối u: 100% bệnh nhân được chụp X-quang và CT-scanner lồng ngực xác định. Kích thước khối u trung thất đo được trên phim chụp CT-scanner lồng ngực: kích thước nhỏ nhất là: 2cm x 3cm; lớn nhất là 4cm x 6,5cm.

3.4. Quy trình phẫu thuật: Tất cả 5 trường hợp được gây mê nội khí quản 2 nòng, bệnh nhân được đặt nằm ngửa nghiêng sang trái 45⁰, xẹp phổi bên phải, đặt 3 trocar tiếp cận u từ phía ngực bên phải. Cả 5 trường hợp được phẫu thuật cắt u hoàn toàn qua nội soi, không có biến chứng xảy ra trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình 120,5 ± 18 phút (từ 90 – 150 phút)

3.5. Tính chất khối u: U đặc: 3 trường hợp; u nang 2 trường hợp

3.6. Kết quả giải phẫu bệnh lý khối u:

Bảng 2. Kết quả giải phẫu bệnh lý

Kết quả giải phẫu bệnh lý khối u	Số bệnh nhân
U tuyến ức (Thymoma)	2
U thần kinh (Neuroma)	1
U nang (màng tim – pericardial cyst)	2

3.7. Thời gian rút dẫn lưu ngực: Thời gian rút dẫn lưu ngực trung bình là 3,6 ngày (từ 2 – 5 ngày).

3.8. Các biến chứng sau mổ: Không có biến chứng trong và sau mổ như chảy máu, suy hô hấp, nhiễm trùng vết mổ, tràn dịch, tràn khí khoang màng phổi....

3.9. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5,5 ngày (từ 4 – 8 ngày).

3.10. Kết quả sau mổ: Các bệnh nhân được hẹn khám lại định kỳ sau mổ, tình trạng lâm sàng tốt, không khó thở, rất ít đau vết mổ, không có biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị u trung thất. Phẫu thuật nội soi lồng ngực trong bệnh lý u trung thất đem lại nhiều lợi ích trong việc chẩn đoán cũng như điều trị bệnh. Trong chẩn đoán, phẫu thuật nội soi có vai trò vượt trội hơn so với các phương pháp khác [2], đó là có thể tiếp cận được tất cả các vùng của trung thất như trung thất sau, đỉnh phổi mà nội soi trung thất không thể tiếp cận được, hay u trung thất trước chưa lan đến thành ngực, khó tiếp cận qua mở trung thất trước. Phẫu thuật nội soi còn đánh giá được mức độ xâm lấn, giai đoạn và khả năng phẫu thuật triệt căn. Hơn nữa, phẫu thuật nội soi giúp lấy được bệnh phẩm đủ lớn để làm xét nghiệm định danh và phân biệt các loại u trung thất. Trong điều trị, phẫu thuật nội soi đem lại nhiều lợi ích như ít đau sau mổ, ít nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân nhanh hồi phục, sẹo mổ nhỏ đẹp, có tính thẩm mỹ cao, người bệnh có thể sớm xuất viện và trở lại với công việc, do đó góp phần giảm chi phí điều trị [2],[5].

Theo kết quả nghiên cứu của các tác giả [5], u trung thất rất đa dạng, chiếm tỷ lệ cao nhất trong

nhóm u đặc là u thần kinh và thường nằm ở trung thất sau. U tuyến ức, u lymphom và tiếp đến là u tế bào mầm thường xuất phát ở trung thất trước, trên. U nang đứng hàng thứ hai hay thứ ba và thường xuất phát từ màng tim, từ phế quản, màng phổi và thường ở trung thất giữa.

Nhiều công trình nghiên cứu chỉ ra rằng: phẫu thuật nội soi điều trị u trung thất nên được chỉ định với những trường hợp khối u lành tính hoặc những tổn thương ác tính giai đoạn sớm [7],[8],[9]. Với những u trung thất nói chung, nên chỉ định phẫu thuật nội soi khi u có kích thước dưới hoặc bằng 8cm [3],[6]. Các tác giả khuyến cáo khi phẫu thuật không được làm vỡ u, phải cắt bỏ trọn u, lấy u ra ngoài trong túi nylon và gây mê nội khí quản Carlen làm xẹp phổi chọn lọc một bên mà không cần bơm CO₂ tránh làm gieo rắc tế bào ung thư trong lồng ngực và vào các vết mổ trên lồng ngực [5],[10],[11],[12],[13],[14]. Với u tuyến ức nên chỉ định khi u ở giai đoạn I theo phân loại của Masaoka [3],[6]. Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ được hết tuyến và phần mỡ trung thất trước.

Về kỹ thuật mổ, cách tiếp cận và lấy u: đường mổ bên nào tùy thuộc vào vị trí u đánh giá trên phim chụp CT ngực xem u nằm ưu thế về bên trái hay phải. Nếu u nằm lệch về bên trái thì nên chọn đường vào từ phía ngực trái. Tuy nhiên, cách tiếp cận từ bên trái thường gặp khó khăn vì vướng quai động mạch chủ và khó kiểm soát tĩnh mạch vô danh và tĩnh mạch chủ trên. Khi u nằm ở giữa hoặc lệch bên phải nên chọn cách tiếp cận từ ngực phải vì giúp thuận lợi quan sát rõ các mốc giải phẫu, dễ kiểm soát tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch vô danh. [1],[4].

Nói chung cho đến nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã được ứng dụng để cắt bỏ u trung thất trong các bệnh lý ngoại khoa như: u thần kinh, u tuyến ức, u teratoma, các nang màng tim, nang phế quản,... Cũng như mổ nội soi các bệnh lý khác, khi kíp mổ được đào tạo thành thạo và có trang thiết bị hiện đại thì các bệnh lý ngoại khoa trong lồng ngực đều có thể thực hiện được qua phẫu thuật nội soi bao gồm cả những phẫu thuật nội soi bằng Robot [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp u nằm ở trung thất trước, giữa, 1 trường hợp u nằm ở trung thất sau. Cả 5 trường hợp chúng tôi đều chọn cách tiếp cận từ ngực phải, gây mê nội khí quản Carlen, xẹp phổi phải trong khi phẫu thuật. Kích thước khối u nhận định trong mổ phù hợp với kích

thước khối u đo được trên phim chụp CT-scanner lồng ngực trước mổ, kích thước u lớn nhất là 4 x 6,5cm, kết quả giải phẫu bệnh là u nang (màng tim) nằm ở trung thất trước giữa, trường hợp này sau khi cắt u và cho vào túi nylon, chúng tôi mở nhỏ ngực 4cm tại vị trí đã đặt trocar để lấy u ra. 2 trường hợp u tuyến ức có nhược cơ, trong đó có 1 trường hợp nhược cơ độ I và 1 trường hợp nhược cơ độ IIA theo phân loại lâm sàng của Hiệp hội nhược cơ Hoa Kỳ (**MGFA: Myasthenia Gravis Foundation of America**) [4], kích thước khối u: 2x3cm, chúng tôi đã cắt bỏ toàn bộ tuyến ức và tổ chức mỡ ở trung thất trước. Hai trường hợp này đều đã được điều trị thuốc ức chế miễn dịch (Prostigmin và Corticoid) ổn định trước khi phẫu thuật, sau phẫu thuật tiếp tục được theo dõi và phối hợp điều trị nội khoa bệnh lý nhược cơ.

4.2 Về kết quả điều trị phẫu thuật. Các tác giả đều cho rằng, trong trường hợp u có kích thước lớn, hoặc xâm lấn vào các tổ chức như mạch máu, thần kinh hay phế quản, hoặc trường hợp có biến chứng chảy máu khó kiểm soát được bằng nội soi thì phải chuyển mổ mở sớm để thực hiện phẫu thuật cho an toàn. Cả 5 trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi không gặp nhiều khó khăn trong quá trình phẫu tích và cắt trọn u hoàn toàn qua nội soi. Không có trường hợp nào biến xảy ra chứng chảy máu trong và sau phẫu thuật; không có trường hợp nào suy hô hấp và nhiễm trùng sau mổ. Quá trình điều trị sau mổ diễn biến thuận lợi, thời gian phẫu thuật trung bình là 120,5 ± 18 phút (từ 90 – 150 phút), thời gian trung bình rút dẫn lưu là 3,5 ngày (2-5 ngày), thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5,5 ngày (từ 4 – 8 ngày). Sau mổ bệnh nhân được hẹn khám lại định kỳ, hai bệnh nhân sau mổ cắt u tuyến ức được tiếp tục theo dõi và điều trị theo chuyên khoa nội thần kinh, không có bệnh nhân nào có biến chứng, sẹo mổ đẹp, rất ít đau sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Tuy số lượng bệnh nhân còn ít, tình trạng bệnh nhân trước mổ không nặng nhưng kết quả ban đầu tốt cho thấy phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất có thể triển khai một cách an toàn, hiệu quả và có nhiều lợi ích, mở ra triển vọng điều trị với số lượng bệnh nhân lớn hơn và phức tạp hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Quang Khánh (2015). *Nghiên cứu kết quả điều trị u trung thất nguyên phát bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. Huỳnh Quang Khánh (2008). *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến hung trong điều trị bệnh nhược cơ*. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 13, phụ bản số 1, Nghiên cứu chuyên đề ngoại khoa: 75-80.
3. Trần Minh Bảo Luân (2007). *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị u trung thất*. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, Tập 11, phụ bản số 1, Nghiên cứu Y học chuyên đề ngoại khoa 356.
4. Phạm Hữu Lư (2015). *Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Công Minh (2012). *Hiệu quả ung thư học trong phẫu thuật cắt rộng tuyến ức qua nội soi – điều trị bệnh nhược cơ – có u* (Nghiên cứu đa trung tâm: Bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Đại học Y dược, bệnh viện Cấp cứu Trung Vương). *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16, phụ bản số 1.
6. Văn Tàn và Cs (2010). *Phẫu thuật bướu trung thất qua nội soi lồng ngực*. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập số 4, phụ bản số 14.
7. Mai Văn Viện (2010). *Ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất tại bệnh viện 103*. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 14, phụ bản số 4.
8. Alberto de Hoyos, Amit Patel, Ricardo S. Santos, and Rodney J. Landreneau (2005). *Video – assisted thoracic surgery for mediastinal tumors and other diseases within the mediastinum*. *General Thoracic Surg*; 2: 2455 – 2476.
9. Beau V. Duwe, Daniel H. Sterman and Ali I. Musani (2005). *Tumors of the Mediastinum*. *Chest* 128; 2893-290.
10. Huang J, Rizk NP, Travis WD et al (2009). *Comparison of patterns of relapse in thymic carcinoma and thymoma*. *Thoracic and Cardiovasc Surg*. 138, 1, pp26-31.