

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẤT SAU BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Trung Hiếu*, Phạm Hữu Lưu**

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cắt ngang, với các thông số trước, trong và sau mổ cùng kết quả giải phẫu bệnh lý đối với tất cả các trường hợp có chẩn đoán sau mổ là u trung thất sau được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, từ tháng 1 năm 2015 tới tháng 12 năm 2018. Bao gồm 41 đối tượng, 18 nam và 23 nữ. Độ tuổi trung bình $38,7 \pm 14,7$ (8 – 68). Phát hiện bệnh tình cờ ở 14 ca (34,1%). Trong số 27 ca có triệu chứng, hay gặp nhất là đau ngực (53,7%). Kết quả chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ lồng ngực có giá trị chẩn đoán cao (100%), song có tới 34 ca chụp X-quang ngực thường quy (82,9%) thấy rõ bờ khối u. Có 9 ca (22,0%) mổ nội soi hoàn toàn, 32 ca mổ nội soi hỗ trợ (78,0%). Kích thước u trung bình $5,59 \pm 1,95$ cm (3-10). Tỷ lệ u lành tính chiếm 100%. Cắt u thành công ở 100% các trường hợp, với 3 ca biến chứng (1 máu cục màng phổi, 1 ổ cặn màng phổi, 1 rò ống ngực) được điều trị khỏi. Thời gian phẫu thuật là $106,2 \pm 37,1$ phút (60-210). Thời gian rút dẫn lưu màng phổi là $4,5 \pm 1,8$ ngày (2-12). Thời gian nằm viện sau mổ là $6,1 \pm 1,9$ ngày (4-13). Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất sau là phương pháp an toàn, khả thi và kết quả tốt sau phẫu thuật với nhóm u trung thất sau được chỉ định.

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

RESULTS OF VIDEO ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY APPROACH TO POSTERIOR MEDIASTINAL TUMOR AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL SUMMARY

Retrospective descriptive analysis, of the parameters before, during and after surgery and the anatomy-pathological results for all postoperative diagnosis of posterior mediastinal tumors were treated with endoscopic thoracic surgery at Viet Duc University hospital from 01/2015 to 12/2018. There were 41 subjects, 18 male and 23 female. Mean age $38,7 \pm 14,7$ (8-68). Occasional cases were detected in 14 cases (34,1%). Of the 27 cases with symptoms, the most common are chest pain (53.7%). Result CT and MRI have a high diagnostic value (100%), but there were 34 chest x-rays (82,9%) saw shore of the tumor. There are 9 cases (22,0%) of complete thoracoscopic surgery and 32 cases (78,0%) of video assisted thoracoscopic surgery. Mean tumor size is $5,59 \pm 1,95$ cm (3 -10). The incidence of benign tumors is 100%. Successful tumor removal in 100% of cases, with 3 complications (1 blood clotted of pleura, 1 empyema, 1 thoracic duct fistula) were treated. Surgical time is

* BV Đa khoa Tỉnh Bắc Giang

** BV HN Việt Đức, Trường ĐHY Hà Nội

Người chịu trách nhiệm khoa học: TS. Phạm Hữu Lưu

Ngày nhận bài: 01/07/2019 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/07/2019

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

GS.TS. Lê Ngọc Thành

106,2±37,1minutes (60-210). Time to pleural drain stay is 4,5 ±1,8 days (2-12). The length of hospital stay after surgery was 6,1± 1,9 days (4-13). Video assisted thoracoscopic surgery excision of posterior mediastinal tumors is a method of safe, feasible and bring good results after surgery with the indicated tumors.

Key words: posterior mediastinal tumor, video assisted thoracoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung thất sau có thể là u nguyên phát hoặc thứ phát, lành tính hoặc ác tính, xuất hiện ở mọi lứa tuổi, chiếm 25% bệnh lý u trung thất. Chủ yếu là các u có nguồn gốc từ u thần kinh, nang phé quản, u sụn... [1]. Khối u thường phát triển chậm trong một thời gian dài mà không có triệu chứng nên bệnh thường được phát hiện tình cờ (> 50%) [2]. Chẩn đoán xác định bệnh chủ yếu dựa vào chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ lồng ngực. Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật, trong đó có vai trò của phẫu thuật nội soi lồng ngực. Hiện nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực ngày càng phát triển, mang lại nhiều lợi ích như giảm đau sau mổ, sẹo mổ thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn, người bệnh nhanh chóng trở lại cuộc sống bình thường [3]. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi lồng ngực đang được nhiều trung tâm trong cả nước ứng dụng. Tại khoa Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất sau

đã trở thành thường quy và mang lại kết quả tốt với những u trung thất sau có chỉ định. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị u trung thất sau bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu, cắt ngang, với các thông số trước, trong và sau mổ cùng kết quả giải phẫu bệnh lý, dựa trên hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian 04 năm (từ 01/2015 tới 12/2018). Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả các bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực với chẩn đoán sau mổ là u trung thất sau, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u nguyên phát tại trung thất sau. Các biến số nghiên cứu bao gồm các thông số trước, trong và sau mổ. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn 01/2015 – 12/2018, có 41 đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu. Phân tích hồ sơ của 41 bệnh nhân này, chúng tôi thu được một số kết quả như sau: 18 nam giới (43,9%), 23 nữ giới (56,1%). Tỷ lệ nam/nữ = 0,8. Tuổi trung bình khi phẫu thuật là 38,7±14,7 (8-68). Hoàn cảnh phát hiện bệnh: Do khám sức khỏe định kỳ hay tình cờ phát hiện bệnh khi không có triệu chứng là 14 ca (34,1%), có triệu chứng là 27 ca (65,9%) như *Bảng 1*.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng khi phát hiện bệnh (n = 27)

Triệu chứng	n	%
Đau ngực	22	53,7
Đau lưng	7	17,1
Khó thở	6	14,6
Ho	3	7,3
Hội chứng Horner	2	4,9
Hội chứng Pancoast	2	4,9
Triệu chứng khác	2	4,9

Nhận xét: Không có triệu chứng nào đặc hiệu của bệnh lý u trung thất sau; đau ngực chiếm nhiều nhất (53,7%), và có thể có hơn 2 triệu chứng trên cùng 1 bệnh nhân.

Tổng số 41 kết quả X-quang ngực thường quy, có 4 trường hợp không phát hiện rõ tổn thương (9,8%). Có 36 ca chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (87,8%), 25 ca chụp cộng hưởng từ lồng ngực (61,0%). 20 trường hợp chỉ định chụp cả cắt lớp và cộng hưởng từ ngực (48,8%), đa số là chụp cắt

lớp vi tính lồng ngực trước, do nghi ngờ u thần kinh trung thất sau và sự xâm lấn ống tủy nên chụp thêm cộng hưởng từ lồng ngực.

Kích thước trung bình khối u trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực là $5,59 \pm 1,95$ cm (3–10; 95%CI: 4,97 – 6,20). Có 19 trường hợp thấy dạng đặc (46,3%), 11 dạng nang (26,8%), 6 dạng hỗn hợp (14,6%). Có 11 trường hợp (26,8%) được sinh thiết xuyên thành trước mổ dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính.

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật cắt u (n = 41)

Phương pháp phẫu thuật	n	% theo kích thước u trên cắt lớp vi tính lồng ngực		p
		$u \geq 6$ cm	$u < 6$ cm	
Mổ nội soi hoàn toàn	9	22,2	77,8	0,441
Mổ nội soi hỗ trợ	32	43,8	56,2	

Nhận xét: Với kích thước $u < 6$ cm trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực thì tỷ lệ mổ nội soi hoàn toàn nhiều hơn mổ nội soi hỗ trợ nhưng không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% (theo kiểm định 2 phía, $p > 0,05$).

Trong số 9 ca mổ nội soi hoàn toàn thì chỉ có 1 ca (11,1%) phải mổ mở ngực nhỏ 3cm để lấy

u. Còn lại là lấy qua túi nilon đựng bệnh phẩm.

Với 32 ca mổ nội soi hỗ trợ (VATS) có 10 ca (31,3%) mổ lấy u qua nội soi một lỗ (Uniportal), trong đó với kích thước $u \geq 6$ cm thì chỉ có 3 trong tổng số 10 ca (30%) dùng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ (Uniportal VATS). Còn với $u < 6$ cm có 7/10 ca (70%) mổ nội soi 1 lỗ (Bảng 2). Trong mổ có 1 ca u dạng nang nằm trong lớp cơ thực quản, được

khâu trực tiếp kết hợp với nhịn ăn uống 7 ngày sau mổ, kết quả tốt, không có biến chứng rách thực quản.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $106,2 \pm 37,1$ phút (60-210). 100% được đặt ống nội khí quản 2 nòng (Carlens) làm xẹp phổi giúp thuận lợi cho phẫu thuật viên và quá trình phẫu thuật.

Bảng 3: Kết quả mô bệnh học sau mổ (n = 41)

Kết quả mô bệnh học	n	%
Schwannoma	18	43,9
Ganglioneuroma	7	17,1
Neurofibroma	2	4,9
Neurilemoma	1	2,4
Paraganglioma	1	2,4
Bệnh tăng sản hạch (Castleman)	1	2,4
Nang phế quản	5	12,2
U bạch mạch (Lymphangioma)	1	2,4
Nang nguồn gốc ruột	1	2,4
Nang chảy máu	1	2,4
Nang xơ hóa	1	2,4
U sụn	1	2,4
Viêm hoại tử	1	2,4

Kết quả giải phẫu bệnh lý (Bảng 3): 100% u trung thất sau là lành tính, u thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (70,7%).

Biến chứng sau mổ xảy ra ở 3 trường hợp (7,3%), gồm: 1 máu cục màng phổi phải mổ lại lấy máu cục, cầm máu; 1 ca ổ cặn màng phổi được mổ lại làm sạch khoang màng phổi; 1 ca rò đường chấp do tổn thương ống ngực được mổ lại khâu

đường rò, kết quả sau mổ ổn định.

Có 13 ca sử dụng Morphin sau mổ (31,7%), trong đó có 3 ca (23,1%) là mổ nội soi hoàn toàn và 10 ca (76,9%) mổ nội soi hỗ trợ.

Thời gian rút dẫn lưu màng phổi là $4,5 \pm 1,8$ ngày (2-12). Có 1 ca tràn dịch màng phổi sau mổ được xoay ống dẫn lưu kết quả tốt; đa số được rút sớm sau 3-4 ngày (53,7%) tập lý

liệu pháp hô hấp.

Thời gian nằm viện sau mổ là $6,1 \pm 1,9$ ngày (4-13), không có ca nhiễm trùng vết mổ nào.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý u trung thất sau: Tỷ lệ phát hiện bệnh lý u trung thất sau do tình cờ hoặc do khám sức khỏe định kỳ là 34,1%, thấp hơn so với nghiên cứu của Li Y and Wang J (2013) với 72,4% ở Trung Quốc [2]. Điều này có thể do công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu của nước ta vẫn còn hạn chế. Trong tương lai với nhóm bệnh không có triệu chứng có thể phát hiện và chẩn đoán u trung thất sau khi khối u còn nhỏ, chưa gây ra sự chèn ép, xâm lấn các thành phần xung quanh sẽ dễ dàng hơn trong phẫu thuật nội soi lồng ngực mang lại lợi ích và kết quả tốt hơn cho người bệnh. Tỷ lệ nam/nữ = 0,8. Tuổi trung bình khi phẫu thuật là $38,7 \pm 14,7$ (8-68) phần lớn là độ tuổi lao động, nhóm đối tượng này có điều kiện đi khám sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh sớm. Nghiên cứu của Tao Shen (2016)[4] thì tuổi trung bình là 44 - tỷ lệ nam/nữ là 1,04. X-quang ngực thẳng thường quy 34 ca (82,9%) có thể thấy rõ bờ khối u nhưng chỉ có 1 ca trong số này có chụp X-quang ngực nghiêng để xác định là u trung thất sau. Thông thường, trước khi chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ lồng ngực thì phim chụp X-quang ngực nghiêng có giá trị xác định sơ bộ vị trí u trong lồng ngực. Tuy nhiên, cũng nhiều trường hợp u lẫn trong bóng tim hay vòm hoành khó xác định, nên khi nghi ngờ u trung thất sau tốt nhất nên chỉ định chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ lồng ngực để chẩn đoán xác định.

Chỉ định và kỹ thuật phẫu thuật: Kích thước khối u trên phim chụp cắt lớp vi tính là $5,59$

$\pm 1,95$ cm, nhỏ nhất là 3 cm và lớn nhất là 10 cm. Kích thước khác nhau như vậy thường liên quan đặc điểm, tính chất khối u. Với nang trung thất thường có kích thước lớn hơn u thần kinh. Theo Yun Li và Jun Wang (2012)[2], với kích thước u > 6 cm có thể kéo dài thời gian phẫu thuật lên 1,87 lần, làm tăng lượng máu mất 2,01 lần, và làm tăng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật lên 1,84 lần. Với kích thước u < 6 cm thì tỷ lệ mổ nội soi hoàn toàn là 7 ca (28%), mổ nội soi hỗ trợ là 18 ca (72%). Còn với u ≥ 6 cm thì tỷ lệ mổ nội soi hoàn toàn chỉ có 2 ca (12,5%), mổ nội soi hỗ trợ là 14 ca (87,5%). Như vậy đối với mổ nội soi hoàn toàn, kích thước u ảnh hưởng lớn đến quyết định lựa chọn phương pháp này đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên, vị trí đặt trocar phù hợp vị trí u trong trung thất. Việc đặt trocar trong phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí của khối u trong trung thất sau, Sasaki và cs (Nhật Bản) đã đưa ra công thức đặt trocar nhằm tạo không gian làm việc tốt nhất cho các thao tác phẫu thuật [5]. Trong nhóm này, trường hợp nang phế quản kích thước 5,2 cm có thành nằm trong cơ thực quản khi phẫu tích cắt u đã được khâu lại trên nội soi, kết quả sau mổ tốt. Trường hợp còn lại là khối u có giải phẫu bệnh sau mổ là Ganglioneuroma, kích thước 6,1 x 8,0 cm có nhiều mạch tân tạo, dính vào các khoang liên sườn được mổ ngực nhỏ 3 cm để lấy u. Theo Phạm Hữu Lư và cộng sự (2013) [6]: Những trường hợp khối u dính nhiều vào tổ chức xung quanh thì nhất thiết nên tiến hành mổ ngực tối thiểu giúp cho việc lấy khối u được dễ dàng, đảm bảo cho cuộc mổ được tiến hành an toàn. Tác giả cũng chỉ phương pháp cắt lấy khối u từng phần trong phẫu thuật bằng dao điện sẽ dễ dàng hơn trong một số trường hợp u thần kinh trung thất sau.

Đối với nhóm mổ nội soi hỗ trợ thì tỷ lệ gần như tương đương nhau, có thể thấy xu thế hiện nay mổ nội soi hỗ trợ là phương pháp tối ưu, an toàn, hiệu quả cao. Với $u \geq 6$ cm, tỷ lệ mổ nội soi hỗ trợ là 43,8%. Theo Celalettin I Kocaturk (2017) [7] có 37,9% được mổ nội soi hỗ trợ với u kích thước $5,19 \pm 2,4$ cm. Trong nghiên cứu có 2 ca u kích thước lớn nhất là 10 cm đều được thực hiện thành công nhờ mổ nội soi hỗ trợ với đường mổ ngực nhỏ 5cm.

Trong 32 ca mổ nội soi hỗ trợ có 10 ca (31,3%) phẫu thuật lấy u qua nội soi 1 lỗ (Uniportal) cho kết quả sau mổ tương tự nhóm mổ nội soi hỗ trợ thông thường. Các dụng cụ nội soi đều qua 1 vết rạch, giảm số lượng vết rạch da, thẩm mỹ cao, giảm đau sau phẫu thuật, dẫn lưu sau mổ có thể đặt trực tiếp qua lỗ vết mổ... Luca Bertolaccini (2017) [8] cũng đã chứng minh lợi thế của phẫu thuật nội soi một lỗ trong tương lai sẽ còn ứng dụng và phát triển hơn nữa.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào khối u thần kinh trung thất sau có một phần u nằm chèn ép tủy (u Dumbell).

Tỷ lệ sinh thiết khối u trước mổ dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính chỉ có 26,8%, có thể việc sinh thiết khối u trước mổ có nhiều trở ngại như chẩn đoán trên phim cắt lớp là u dạng nang, vị trí khối u nằm gần các mạch máu lớn, hoặc nguy cơ chảy máu, tràn khí, viêm dính... sau chọc sinh thiết. Townsend và cộng sự (2012) [9] khuyến cáo nên chỉ định phẫu thuật nội soi để sinh thiết chẩn đoán trong mổ với một số loại u trung thất thường gặp.

Kết quả phẫu thuật: Tất cả 41 trường hợp mổ cắt u trung thất, không có trường hợp nào tử

vong. Thời gian mổ trung bình là $106,2 \pm 37,1$ phút. Thời gian ngắn nhất 60 phút và lâu nhất là 210 phút. Thời gian dài nhất là ca u kích thước 10 cm dính chặt vào thành ngực sau. Sau mổ có 28 ca chỉ dùng giảm đau Non – steroid, không cần dùng Morphine; 3 ca trong số 13 ca có dùng kết hợp cả Morphine là mổ nội soi hoàn toàn, điều này cho thấy nhóm mổ nội soi hoàn toàn ít đau hơn nhóm mổ nội soi hỗ trợ, giảm đau sau mổ tốt cũng là để bệnh nhân tập thở và thực hiện lý liệu pháp hô hấp tốt. Edmond Cohen (2011) [10] cũng có chung nhận định như vậy, nhất là với bệnh nhân già yếu.

Thời gian dẫn lưu sau mổ trung bình $4,5 \pm 1,8$ ngày, thời gian ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 12 ngày. Thời gian điều trị sau mổ trung bình $6,1 \pm 1,9$ ngày, thời gian ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 13 ngày. Ghi nhận sau mổ có 3 trường hợp tai biến chiếm 7,3%. Trong đó, có 1 trường hợp máu cục màng phổi, 1 ca ổ cận màng phổi và 1 trường hợp tổn thương ống ngực gây tràn dịch bạch huyết phải mổ lại, kết quả sau mổ tốt. Yun Li và Jun Wang (2012) cũng có nhận xét tương tự như vậy, với thời gian mổ 127,2 phút, thời gian rút dẫn lưu 2,72 ngày, thời gian nằm viện 5,19 ngày, có 5 trường hợp chuyển mổ mở, 7 trường hợp biến chứng [2].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị bệnh lý u trung thất sau với nhóm bệnh nhân được lựa chọn tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức với kết quả tốt và ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Minh (2014). *Cập nhật*

điều trị các bệnh lồng ngực trung thất mạch máu, Nhà xuất bản y học, thành phố Hồ Chí Minh.

2. Li Y and Wang J (2013). Experience of video-assisted thoracoscopic resection for posterior mediastinal neurogenic tumours: a retrospective analysis of 58 patients. *ANZ J Surg*, 83(9), 664-668.

3. Rolf Gilbert C.I and et al (2012). The Mediastinum. Minimally Invasive Thoracic and Cardiac Surgery. *Minimally Invasive Thoracic Surgery*, Springer - Verlag Berlin Heidelberg, 235 - 304.

4. Shen T, Bao X and Alfilie P.H (2016). Perioperative complications in adults with a posterior mediastinal mass: a retrospective observational cohort study. *Can J Anaesth*, 63(4), 454-460.

5. Sasaki M, Hirai S, Kawabe M et al (2005). Triangle target principle for the placement of trocars during video-assisted thoracic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*, 27(2), 307-312.

6. Phạm Hữu Lư, Nguyễn Hữu Ước, Đoàn Quốc Hưng et al (2013). Kết quả điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS) tại bệnh viện Việt Đức. *Tap chí phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*, 6(3), 28 - 32.

7. Kocaturk C. I, Sezen C. B, Aker C et al (2017). Surgical approach to posterior mediastinal lesions and long-term outcomes. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 25(4), 287-291.

8. Bertolaccini Luca, Terzi Alberto and Viti Andrea (2016). Why should we prefer the single port access thoracic surgery? *Journal of visualized surgery*, 2, 43-43.

9. Courtney M. Townsend et al (2012). The Mediastinum. *Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice*, 19th edition, Elsevier & Saunders, 1600 – 1611.

10. Cohen E (2011). Anesthesia for video-assisted thoracoscopic surgery. *Principles and Practice of Anesthesia for Thoracic Surgery*, Springer, 331 – 339.