KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ U TRUNG THẤT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC (VATS) TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Phạm Hữu Lư(*),Nguyễn Hữu Ước(*), Đoàn Quốc Hưng(*) và Cộng sự

Mục tiêu: Ứng dụng nội soi trong phẫu thuật điều trị bệnh lý lồng ngực đang bắt đầu phát triển mạnh ở Việt Nam. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị bệnh lý u trung thất tại Bệnh viện Việt Đức.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu 50 bệnh nhân u trung thất được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực từ tháng 12/2007 tới 8/2012, về các thông số trước, trong và sau mổ cùng kết quả giải phẫu bệnh lý.

Kết quả: gồm 25 nam và 25 nữ. Tuổi trung bình 44,76 ± 16,52 (13–78). Triệu chứng chính khi vào viện là đau ngực (74%). Kích thước khối u 5,893 ± 1,686 cm (2,7-11,0). Thời gian phẫu thuật 100 ± 24,82 phút (60-180). Có 1 ca chuyển mổ mở kinh điển (2%). Số ngày nằm viện 4,48 ± 1,5 ngày (3-12). Không có tử vong và biến chứng nặng nề sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh: 49 ca lành tính, 01 ca ác tính giai đoạn I (Masaoka).

Kết luận: Điều trị bệnh lý u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực là một phương pháp có độ an toàn và tính khả thi cao, mang lại kết quả tốt sau phẫu thuật.

Từ khoá: u trung thất, phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS)

Results of video-assisted thoracoscopic surgery approach to mediastinal tumor at Viet Duc hospital

Objective: The application of endoscopic surgical treatment of thoracic disease are beginning to flourish in Vietnam. The study aimed to evaluate the results of endoscopic thoracic surgical treatment of mediastinal tumors in Viet Duc Hospital.

Methods: The retrospective study describes 50 patients mediastinal tumors were treated with endoscopic thoracic surgery from 12/2007 to 8/2012, of the parameters before, during and after surgery and the anatomy-pathological results.

Results: of 25 male and 25 female. Mean age 44.76 ± 16.52 (13-78). The main symptom is chest pain on admission (74%). Tumor size 5.893 ± 1.686 cm (2.7 to 11.0). Surgery time 100 ± 24.82 minutes (60-180). There is a case conversed to classical surgery (2%). Number of hospital days 4.48 ± 1.5 days (3-12). No mortality and major complications after surgery. Anatomy-pathological results: 49 cases of benign, 01 malignant cases of stage I (Masaoka).

Conclusion: Treatment of mediastinal tumors by endoscopic thoracic surgery is a method of safe and feasible, bring good results after surgery.

Keywords: mediastinal tumors, endoscopic thoracic surgery, video – assisted thoracoscopic surgery (VATS).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học công nghệ và kỹ thuật nội soi. Phẫu thuật nội soi lồng ngực hiện nay được biết đến như là một tiếp cận mới, hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý trong lồng ngực [4], [5], [6], [7], [9], [14]. Tại Việt Nam, nội soi lồng ngực và phẫu thuật nội soi lồng ngực đang được nhiều trung tâm trong cả nước ứng dụng để chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý như: tràn khí màng phổi tự phát, nốt phổi đơn độc, máu cục màng phổi, cắt hạch giao cảm trong bệnh ra mồ hôi tay, bệnh lý u trung thất…

Tại khoa Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực – Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi đã ứng dụng thành công phẫu thuật nội soi lồng ngực để điều trị một số loại u trung thất. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị bệnh lý u trung thất tại Bệnh viện Việt Đức.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng bao gồm tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u trung thất tại bệnh

** Khoa phẫu thuật tim mạch và lồng ngực - Bệnh viện Việt Đức*
Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Nguyễn Hữu Ước
Email: uocdhyhn101@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 27/5/2013
Ngày Cho Phép Đăng: 13/6/2013
Phản Biện Khoa học: GS.TS. Đặng Hanh Đệ, GS.TS.Bùi Đức Phú

viện Hữu nghị Việt Đức, từ 12/ 2007 đến 8/ 2012. Phương pháp nghiên cứu can thiệp không đối chứng. Các tham số nghiên cứu gồm: tuổi, giới, lý do vào viện, kích thước khối u, vị trí khối u, thời gian rút dẫn lưu, biến chứng, kết quả điều trị ... Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0

Lựa chọn đối tượng:

Theo đúng chỉ định của nhiều nghiên cứu nước ngoài: khối u trung thất có kích thước dưới 8 cm đo trên CT-Scaner (với các khối u có tỷ trọng tổ chức) có kết quả sinh thiết xuyên thành qua hướng dẫn của CT-Scaner cho kết quả lành tính hoặc ung thư giai đoạn đầu (khối u chưa phá vỡ lớp vỏ), có thể dưới 15 cm (nếu u có tỷ trọng dịch – u nang), không có tính chất xâm lấn. Bệnh nhân không có chống chỉ định can thiệp phẫu thuật nội soi lồng ngực.

Qui trình phẫu thuật:

- Làm đầy đủ bilan trước mổ giống như mổ mở kinh điển.

- Gây mê bằng ống nội khí quản 1 nòng (có bơm CO_2 khoang màng phổi) hoặc 2 nòng (không cần bơm CO_2).

- Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng 45^0 hoặc 90^0. Dụng cụ nội soi của hãng Karl-Storz.

- Trocar đầu tiên cho camera (máy quay) tại khoang gian sườn IV hoặc V đường nách giữa. Các trocar khác (2 hay 3 trocar) thì tuỳ theo vị trí của tổn thương u, thường bố trí thống nhất theo nguyên tắc "tam giác dụng cụ" (như bảng dưới [2],[12]). Có thể cần thêm đường mở ngực nhỏ (3 – 5cm) nếu u khá to hay khó bóc tách hoàn toàn bằng nội soi.

Vùng cần quan tâm	Ống kính nội soi	Pince	Kẹp	Các dụng cụ thêm khác (nếu có)
Đỉnh phổi	6 giữa	4 trước	4/5 sau	
Trung thất trước	5 giữa., sau	2/3 giữa	5/6 sau	7 sau
Trung thất sau	5 giữa	4/6 trước	2 trước	3/4 trước
Đoạn thực quản giữa, cửa sổ chủ - phổi	5/6 sau	5 tgcđ	4 trước	7 giữa
Đoạn thực quản xa	7 giữa	4 trước	6/8 sau	7 giữa
Màng ngoài tim (trái)	7 sau	9 giữa	5 sau	

Chú ý: - Các dụng cụ có thể đổi chỗ cho nhau tại các vị trí trocar
- Trước, giữa, sau: đường nách trước, giữa và sau
- 5, 6... : khoang liên sườn 5, 6 ... tgcđ: tam giác chẩn đoán

- Phẫu tích và cắt toàn bộ khối u. Nếu u to và chứa dịch thì có thể chọc hút bớt dịch để giảm độ căng của u.

- U được lấy ra khỏi lồng ngực bằng cách cho vào một túi nilon, rút qua lỗ trocar (u nhỏ) hoặc qua đường mở ngực nhỏ (thường là mở rộng từ chân lỗ trocar) khi khối u lớn. Bệnh phẩm được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Cầm máu và kết thúc phẫu thuật. Thường đặt 1 dẫn lưu màng phổi bằng ống silicon 32F hoặc 18F dưới hướng dẫn của camera, làm nở phổi trước khi rút trocar và đóng ngực.

Chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật:

Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật (chảy máu, tràn khí màng phổi), chụp X quang kiểm tra và rút dẫn lưu, thu thập kết quả giải phẫu bệnh lý.

KẾT QUẢ

Trong số 50 bệnh nhân nghiên cứu, có 25 nam và 25 nữ. Tuổi trung bình 44,76 ± 16,52 (13-78).

*Bảng 1: Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân khi vào viện (**n=50**)*

Biểu hiện lâm sàng	n	%
Không có (phát hiện tình cờ)	13	26,0
Tức ngực hoặc đau ngực	37	74,0
Mệt mỏi, sụp mi	02	4,0
Nói khàn tiếng	04	8,0
Nuốt nghẹn, hoặc nuốt khó(*)	02	4,0
Khó thở	14	28,0
Ho hoặc ho + sốt(**)	11	22,0

(*) Có 01 trường hợp là u xơ cơ thực quản.

(**) Chỉ có 01 ca là lao hạch trung thất / giải phẫu bệnh lý sau mổ.

Đa số các bệnh nhân đến khám vì có triệu chứng đau ngực (74%), tuy nhiên có 26% phát hiện bệnh khi khám sức khỏe định kỳ.

Bảng 2: Vị trí của khối u trung thất / CT ngực

Vị trí u trong trung thất	n	%
Trung thất trước (trước – trên)	30	60
Trung thất giữa	06	12
Trung thất sau	14	28
Tổng	50	100

Bảng 3: Các thông số khác liên quan đến chẩn đoán, phẫu thuật, hậu phẫu

Thông số	Kết quả
Kích thước U / CT ngực (cm)	5,893 ± 1,686 (2,7 - 11)
Gây mê bằng ống nội khí quản 2 nòng (Carlens)	50 (100%)
Cần kết hợp bơm CO_2 khoang màng phổi áp lực 5mmHg (đặt ống 2 nòng chưa hiệu quả)	6 (12%)
Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật (ngày)	2,94 ± 0,61 (2 – 5)
Thời gian dùng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch sau mổ (ngày)	2,42 ± 0,85 (1 - 4)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	4,48 ± 1,5 (3 - 12)

Tất cả các trường hợp đều được cắt toàn bộ khối u. Thông thường, dẫn lưu màng phổi được rút sau mổ 2 – 3 ngày. Tuy nhiên, những trường hợp u ác tính hoặc phải chuyển mổ mở kinh điển, thì do dịch tiết nhiều nên dẫn lưu được rút muộn hơn.

Thuốc giảm đau được dùng là loại non-steroid (chế phẩm: Paracetamol 1g hoặc Perfalgan 1g) hoặc morphin. Thường phải dùng thuốc giảm đau nhiều cho các trường hợp chuyển mổ mở kinh điển và ung thư.

Đối với thời gian nằm viện kéo dài, có 1 ca khối u trung thất sau dính sát vào thực quản ngực, khi bóc u có lấy kèm một phần thanh cơ thực quản, nhưng không thủng niêm mạc, sau mổ cho bệnh nhân nhịn và theo dõi trong 11 ngày - không có biến chứng, mới cho xuất viện. Còn 1 ca có kết quả giải phẫu bệnh là thymic carcinoma, trước mổ biểu hiện suy thận độ 1, sau mổ xuất hiện rối loạn điện giải, nên phải điều trị trong 7 ngày. Ca thứ 3 là bệnh nhân u trung thất sau khá to và dính (swchannoma), phải chuyển mổ mở kinh điển.

Bảng 4: Kết quả giải phẫu bệnh lý khối u sau mổ

Loại u	Vi thể	n	%
Lành tính	Nang màng tim	6	12
	U xơ cơ thực quản	1	2
	Nang phế quản	4	8
	U thần kinh (swchannoma và neurinoma)	9	18
	U nang bì (teratome)	10	20
Thymoma (B1 – B3)		18	36
Viêm lao		1	2
Ác tính	(Thymic carcinoma giai đoạn I theo phân loại Masaoka)	1	2
Tổng		50	100

Trong nghiên cứu chưa gặp biến chứng nặng nào xảy ra sau mổ có liên quan tới kỹ thuật nội soi. Chỉ có 1 ca chảy máu chân dẫn lưu màng phổi, được xử trí khâu tăng cường chân dẫn lưu tại giường. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân với kết quả mổ nội soi – với các vết mổ rất nhỏ, cho thấy: 88% rất hài lòng và 12% hài lòng với phẫu thuật nội soi, chủ yếu liên quan đến 2 ưu điểm là ít đau sau mổ và sẹo mổ thẩm mỹ.

BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực và bệnh lý u trung thất:

Một yếu tố gây ảnh hưởng đến khả năng áp dụng phẫu thuật nội soi đối với u trung thất là việc đa số các bệnh nhân đều được phát hiện bệnh khá muộn, u đã tương đối to và xâm lấn nhiều ra xung quanh. Các tài liệu kinh điển [3] đã xếp u trung thất vào nhóm bệnh không có triệu chứng đặc hiệu, và dấu hiệu cơ năng gợi ý nhất để bệnh nhân đi khám bệnh là tức hay đau ngực. Các nhận định này phù hợp với kết quả nghiên cứu, khi có 74% có dấu hiệu tức hay đau ngực, và

26% phát hiện bệnh một cách tình cờ nhờ chụp x quang ngực khi khám sức khoẻ định kỳ (Bảng 1. Trong tương lai với sự phát triển của hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu tốt, hy vọng có thể mổ bệnh nhân với khối u có kích thước nhỏ hơn, khi đó phẫu thuật nội soi sẽ mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Đặc biệt là các trường hợp ung thư giai đoạn sớm (u tuyến ức). Một số tác giả khuyến cáo, với những u tuyến ức có đường kính không quá 3cm, có thể cắt nội soi [9] lấy hết tổ chức u với nhiều ưu điểm hơn hẳn so với mổ mở kinh điển [4]. Theo Takeda (Nhật Bản) [14], phát hiện u ở giai đoạn sớm rất quan trọng để điều trị triệt căn. Tác giả Bousamna (Mỹ) [4] đã khẳng định rằng phẫu thuật nội soi ngực có ưu điểm hơn hẳn so với phẫu thuật kinh điển như: ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, tính thẩm mỹ cao.

Chỉ định của phẫu thuật nội soi lồng ngực trong điều trị bệnh lý u trung thất:

Chỉ định của phẫu thuật nội soi u trung thất được đặt ra với các khối u lành tính và những tổn thương ác tính giai đoạn sớm [1], [2], [3].

Trong nghiên cứu này, khối u đặc to nhất được lấy bỏ bằng phẫu thuật nội soi có kích thước 7,8x5,2x6,7 cm (u tuyến ức), trong quá trình phẫu thuật đã phải làm thêm đường mở ngực tối thiểu giúp cho việc lấy khối u ra được dễ dàng. Các trường hợp khối u có tỷ trọng tổ chức và chưa có xâm lấn qua lớp vỏ u trên phim chụp CT – Scaner chúng tôi đều có sinh thiết xuyên thành qua hướng dẫn của CT trước mổ để có chỉ định can thiệp nội soi. Trong những trường hợp khối u dính nhiều vào tổ chức xung quanh thì nhất thiết nên tiến hành mở ngực tối thiểu để đảm bảo cho cuộc mổ được tiến hành an toàn. Với trường hợp các u nang (nang màng tim, nang phế quản) chúng tôi thực hiện thành công với u có kích thước 11x8x6cm, trường hợp này chúng tôi chọc hút dịch trong nang sau đó bóc vỏ nang dễ dàng. Việc chỉ định phẫu thuật nội soi với các khối u được các tác giả khác đề cập tới, như: tác giả của Đài Loan [10] là những khối u lành tính trong trung thất (u thần kinh, u nang bì, u nang…) có kích thước lớn hơn 8 cm thì cuộc mổ sẽ gặp khó khăn. Theo Giancarlo và cs [9] thì phẫu thuật nội soi có thể thực hiện với các nang bạch huyết trong trung thất, Schwannomas, các tổn thương do rối loạn sự phát triển bào thai, các trường hợp u tuyến ức có kích thước không quá 3 cm đường kính. Nếu khó khăn, nên tiến hành đường mở ngực tối thiểu. Bousamna và cs (Mỹ) [4] cũng có nhận xét là với những khối u có kích thước 5 – 7cm đường kính, khi tiến hành phẫu thuật rất khó khăn và thường phải kết hợp với mở ngực tối thiểu.

Khả năng thực hiện và kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực:

Một khi chỉ định đúng thì phẫu thuật nội soi có thể thực hiện được. Việc đặt trocar trong phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí của khối u trong trung thất, 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 [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng nếu bệnh nhân được gây mê bằng ống Carlens sẽ tạo cho một trường mổ rộng rãi để tiến hành các thao tác phẫu thuật. Tuy nhiên nếu dùng ống nội khí quản một nòng và kết hợp bơm khí CO_2 với áp lực dưới 5 mmHg – để không làm ảnh hưởng tới huyết động và các thông số hô hấp trong và sau mổ [11], [13], thì vẫn có thể thực hiện các thao tác. Chúng tôi gặp 6 bệnh nhân (đặt Carlens thất bại) tương tự như vậy (Bảng 3). Với những khối u có kích thước lớn thì sẽ rất khó khăn và dễ xảy ra tai biến [8].

Thực tế phẫu thuật nội soi ở các trường hợp u trung thất chúng tôi thấy rằng: vấn đề đặt trocar cần tuân thủ nguyên tắc "tam giác dụng cụ" là đủ giúp phẫu thuật dễ dàng hơn.

Phân bố các dạng tổn thương giải phẫu bệnh u trung thất được cắt bỏ bằng phẫu thuật nội soi (Bảng 4) cho thấy đa số là u lành tính, và cũng tương tự như trong nghiên cứu của các tác giả nước ngoài về phẫu thuật nội soi lồng ngực.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực là một hướng đi rất tốt trong điều trị triệt để bệnh lý u trung thất. Kích thước, tính chất và độ xâm lấn u là các tiêu chí quan trọng để chọn lựa bệnh nhân. Ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn và sẹo mổ thẩm mỹ là các ưu điểm cơ bản của phương pháp này. Có thể áp dụng thường qui trong phẫu thuật lồng ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akihiko Kitami, Takashi Suzuki, Ryosuke Usuda, Mikio Masuda, and Shuichi Suzuki (2004), "Diagnostic and Therapeutic Thoracoscopy for Mediastinal Disease", *Ann Thorac Cardiovasc Surg 10: 14–8*

2. 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

3. Beau V. Duwe, Daniel H. Sterman and Ali I. Musani (2005), "Tumors of the Mediastinum", *Chest 128; 2893-2909*

4. Bousamra M., Haasler GB., Patterson GA. and Roper CL. (1996), "Comparative study of thoracoscopic vs open removal of benign neurogenic mediastinal tumors", *Chest 109; 1461-1465*

5. Chanin Glinjongol, Wiroj Pengpol (2005), "Video – assisted thoracoscopic surgery (VATS) in the diagnosis and treatment of intrathoracic diseases at Ratchburi hospital", *J Med Assoc Thai*; 88(6): 734 – 742

6. Chetty G.K., Khan O.A., Onyeaka C.V.P., Ahmad F., Rajesh P.B., Waller D.A. (2004), "Experience with video-assisted surgery for suspected mediastinal tumours", *EJSO30,776–780*

7. David A. Partrickand, Steven S. Rothenberg (2004), "Thoracoscopic Resection of Mediastinal Masses in Infants and Children: An Evaluation of Technique and Results", *JournalofPediatricSurgery,Vol36, No 8 (August): pp 1165-1167*

8. Dewan Ravindra Kumar (2001), "Complications and limitations of video assisted thoracic surgery", *Current Medical Trends*; 5: 946 – 950

9. Giancarlo Roviaro, Federico Varoli, Ombretta Nucca, Contardo Vergani and Marco Maciocco (2000), "Videothoracoscopic Approach to Premary Mediastinal Pathology", *Chest 117;1179 - 1183*

10. Hiu – Ping Liu, APC. Yim, Jiu Wan, Hongyi Chen, Yi – Cheng Wu, Yun – Hen Liu, Pyng Jing Lin and Chau – Hsiung Chang (2000), "Thoracoscopic removal of intrathoracic neurogenic tumors: a combined Chinese experience", *Annals of Surgery Vol 232, No 2, 187 – 190.*

11. Ian D. Conacher (2002), "Anaesthesia for thoracoscopic surgery", *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*; 16(1): 53 – 62

12. Masato Sasaki, Seiya Hirai, Masakazu Kawabe, Takahiko Uesaka, Kouichi Morioka, Akio Ihaya, Kuniyoshi Tanaka (2005), "Triagle target principle for the placement of trocars during video – assisted thoracic surgery", *European Journal of Cardio – Thoracic Surgery*; 27: 307 – 312

13. Robert James Cerfolio, Ayesha S. Bryant, Todd M. Sheils, Cynthia S. Bass, Alfred A. Bartolucci (2004), "Video – assisted thoracoscopic surgery using single – lumen endotracheal tube anesthesia", *Chest*; 126: 281 – 285

14. Shin – ichi Takeda, Shinichiro Miyoshi, Masato Minami, Mitsunori Ohta, Akira Masaoka and Hikaru Matsuda (2003), "Clinical Spectrum of mediastinal cysts", *Chest 124; 125 – 132.*