

BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT U DUMBBELL TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Nguyễn Thế May, Đỗ Đức Thắng*, Nguyễn Văn Đại* Nguyễn Công Huy*, Phạm Quốc Hoa*, Hoàng Anh Công* Phạm Thanh Tuấn*, Đỗ Mạnh Thắng*, Lê Minh Sơn*, Đoàn Quốc Hưng***

TÓM TẮT

U dumbbell là trường hợp hiếm gặp, 10% u trung thất sau phát triển thành u dumbbell. Phẫu thuật cắt u phức tạp, cần phối hợp đa nhóm: phẫu thuật thần kinh và phẫu thuật lồng ngực. Dấu hiệu lâm sàng nghèo nàn, chẩn đoán chủ yếu dựa vào chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ ngực.

Trường hợp lâm sàng: Bệnh nhân nam 43 tuổi, phát hiện u dumbbell bằng chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ ngực. Chúng tôi đã cắt bỏ khối u lồng ngực bằng nội soi kết hợp với mổ cung sau cột sống.

SUMMARY

SURGERY FOR POSTERIOR MEDIASTINAL DUMBBELL TUMORS AT VIET TIEP HOSPITAL: A CASE REPORT

Overview: Mediastinal dumbbell tumor is a rare case, 10% of posterior mediastinal tumors will develop into mediastinal dumbbell tumors. Totally tumor resection is difficult, need to combined multiple teams: neurosurgery and thoracic surgery. Clinical signs are poor, diagnosis is mainly based on computerized tomography and chest MR Imaging scan.

Clinical case: 43-years-old male patient, detected dumbbell tumors by computerized tomography and chest MR Imaging scan. We have removed the thoracic tumor by endoscopy in combination with paravertebral incision.

Key words: posterior mediastinal tumor, endoscope, dumbbell tumor, Neurogenic tumor, paravertebral

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. Khoảng 10% u trung thất phát triển vào cột sống gọi là "u hình quả tạ - u dumbbell". Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, hay gặp nhất là dấu hiệu chèn ép tủy. Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (MRI) ngực, phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật cắt u. Chúng tôi ở đây báo cáo một trường hợp liên quan đến bệnh nhân có khối u dumbbell và mô tả một kỹ thuật phẫu thuật để loại bỏ các khối u như vậy.

II. GIỚI THIỆU BỆNH NHÂN

Chúng tôi tiến hành đánh giá hồi cứu 1 trường hợp bệnh nhân nam 43 tuổi, được phát hiện u tình cờ. Trên phim CLVT và MRI ngực trước mổ cho thấy hình ảnh của u dumbbell ngang mức D3-D4, kích thước 8x8 cm, có tỷ trọng hỗn hợp trên CLVT, ngoài ra còn thấy các dấu hiệu "lỗ liên đốt giãn rộng", "hiện tượng bào mòn xương", "giãn rộng khoảng liên đốt". Bệnh nhân sau mổ được rút dẫn lưu sau 3 ngày và trở về với cuộc sống sinh hoạt bình thường.

* Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

** Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

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

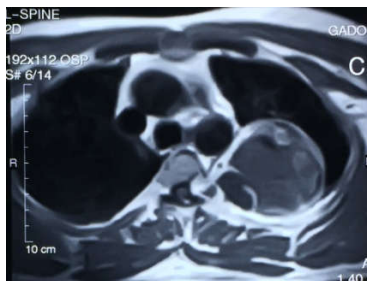
Ngày nhận bài: 01/02/2019 - Ngày Cho Phép Đăng: 23/03/2020

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

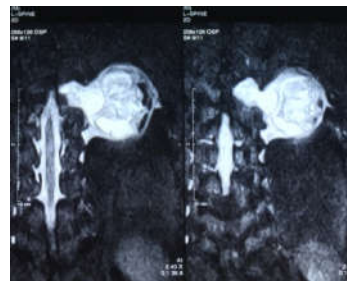
GS.TS. Lê Ngọc Thành



Hình 2.1 Hình ảnh U dumbbell trên CLVT



Hình 2.2 Hình ảnh u dumbbell trên MRI



III. PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

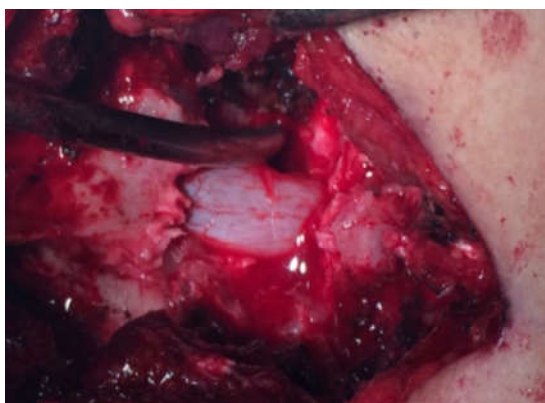
3.1. Phương pháp phẫu thuật

Bệnh nhân được gây mê toàn thân với ống nội khí quản 2 nòng.

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật 2 giai đoạn trong 1 thì. Với u trong cột sống được mở cung sau và u trong lồng ngực được mổ nội soi do có ưu điểm an toàn và hiệu quả cao.

3.1.1. Giai đoạn đầu: Loại bỏ khối u trong cột sống.

Sau khi gây mê, bệnh nhân được nằm sấp. Tiếp cận khối u bằng đường mở cung sau cột sống, cắt bỏ nửa đốt sống. Khối u được bộc lộ, u nằm trong ống sống và đè đẩy ống tủy; lấy toàn bộ khối u. Tuy lượng máu mất khá nhiều với 500ml máu nhưng đã được bù đủ khối lượng tuần hoàn. Sau mổ được đặt 1 dẫn lưu ngay tại vết mổ cột sống.



Hình 2.3. Hình ảnh lấy u trong cột sống

3.1.2. Giai đoạn thứ 2: Loại bỏ khối u trong lồng ngực.

Sau khi lấy khối u trong cột sống, bệnh nhân được chuyển tư thế nằm nghiêng 90⁰ và được làm xẹp 1 bên phổi. Với tư thế này, phần phổi xẹp sẽ ngả về phía trước và để lộ ra khối u vùng trung thất sau. Thông thường việc cắt u trung thất được sử dụng với 3 trocar bao gồm 1 trocar cho camera nội soi tại khoang liên sườn

VI,VII đường nách trước, 1 trocar làm việc và 1 trocar cho dụng cụ hút. Các trocar làm việc được đặt đối xứng với trocar nội soi với 1 khoảng cách hợp lý. Với việc khối u có hình bầu dục, bề mặt nhẵn, bên trong là tổ chức hỗn hợp; do đó, chúng tôi tiến hành bóc màng phổi thành xung quanh khối u, kẹp clip bó mạch thần kinh nuôi u. Khối u được cắt bỏ hoàn toàn được đưa vào túi nội soi trước khi đưa ra khỏi lồng ngực qua lỗ trocar 10 mm. Sau khi cầm máu kỹ, bệnh nhân được đặt 2

dẫn lưu ngực trước khi đóng các vết mổ.



Hình 2.4 Tư thế bệnh nhân



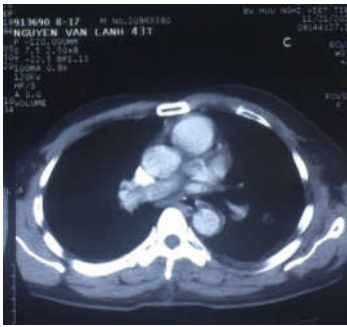
Hình 2.5 Các đường mổ



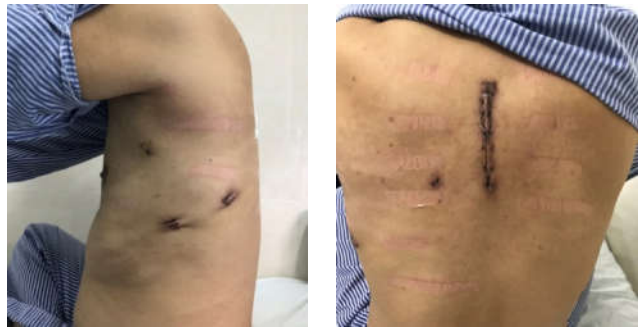
Hình 2.6 U dumbbell

3.1.3. Kết quả

Các thành phần trong cột sống và trong lồng ngực đã được loại bỏ hoàn toàn. Bệnh nhân được rút bỏ dẫn lưu ngực và cột sống sau 3 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh Schwannoma lành tính.



Hình 2.7 Hình ảnh CLVT sau mổ



Hình 2.8 Hình ảnh các đường rạch da sau mổ

IV. BÀN LUẬN

Theo nhiều tài liệu tham khảo đã công bố, u dumbbell thường lành tính và hầu hết việc cắt bỏ khối u dumbbell có thể thực hiện theo phương pháp "single-stage" - đây là cách tiếp cận 1 giai đoạn. Tuy nhiên phương pháp này chỉ sử dụng với u trong lồng ngực có kích thước < 3cm. Những u kích thước 3-6cm sử dụng đường mổ cung sau có cắt bỏ xương sườn, kết hợp với mổ nội soi lồng ngực giúp bệnh nhân giảm đau và hậu phẫu tốt hơn. Với u kích thước > 6cm hoặc không thể phẫu thuật với đường mổ có cắt xương sườn, phải mở rộng đường mổ ra phía sau của lồng ngực để cắt bỏ u.

Tuy nhiên, việc phẫu thuật u dumbbell là một thách thức do đòi hỏi phải tiếp cận 3 vùng: cột sống, lỗ tiếp hợp và trung thất. Mặc dù một số phương pháp phẫu thuật như đơn nhóm hoặc đa

nhóm được kết hợp tổ chức cắt u nhưng vẫn chưa có kỹ thuật xác định rõ ràng. Theo Kaiserda phân khối u có thể lấy được hoàn toàn trong một đường rạch da tuy nhiên trong 1 số trường hợp cần thực hiện 2 giai đoạn, phải thay đổi tư thế do can thiệp thần kinh quá lâu gây kéo dài thời gian hoặc khối u trung thất to, không thể lấy qua đường mổ cung sau cột sống được. Một số tác giả khác Ignacio J. Barrenechea (2006), Kyoung Hyup Nam (2017) cũng thường thay đổi tư thế để thực hiện 2 giai đoạn trong 1 thì mổ. Tuy nhiên, Yawei Li và cộng sự (2018) có nhận xét: phẫu thuật 1 giai đoạn với một đường rạch có kết quả tốt hơn mổ 2 giai đoạn do phẫu thuật ít xâm lấn, ít biến chứng hơn. Nhưng tác giả cũng khuyên cáo, nên sử dụng 2 giai đoạn đối với u có kích thước lớn, ác tính hoặc nghi ngờ ranh giới không rõ ràng.

Với việc kỹ thuật cắt u trong cột sống không có nhiều thay đổi với việc mở cung sau cột sống để lấy u thì việc kỹ thuật lấy u trong lồng

ngực có thể sử dụng được cả mổ mở và mổ nội soi. Với việc phát triển khoa học kỹ thuật, việc phẫu thuật mổ lồng ngực với đường mổ lớn để cắt u trung thất ít được thực hiện. Theo Isabelle Lacreuse (2007) với đường mổ mở sau bên rộng rãi và cắt cơ để mở rộng khoang liên sườn thì sau mổ bệnh nhân thường có phần nàn về đau dây thần kinh hoặc hạn chế vận động vai. Do đó, mổ nội soi lồng ngực được áp dụng nhiều hơn trong việc phẫu thuật u trung thất sau. Tuy vậy, có nhiều quan điểm về nội soi u trung thất sau: Dựa theo nguyên tắc ‘cấu trúc kim tự tháp’ của Landreneau và Hoyos, ‘tam giác mục tiêu’ của Sasaki. Nhưng những phương pháp này lại chỉ định cho từng vị trí, kích thước u và áp đặt vị trí người mổ cần phải đứng trước bệnh nhân. Các phương pháp này đôi lúc gây khó khăn đối với sự đa dạng của khối u và thói quen người mổ. Gần đây Alan Sihoe (ATEP) cho rằng, phẫu thuật ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi hỗ trợ (VATS) đều là phẫu thuật nội soi lồng ngực và đã định nghĩa phẫu thuật nội soi gồm:

- Ba vết mổ: hai vết mổ có kích thước 0,3 - 2 cm, một vết mổ 0,5 - 8 cm.
- Thực hiện toàn bộ hoạt động dưới hướng dẫn của video (không nhìn qua vết mổ).
- Nghiêm cấm sử dụng banh sườn.

Như vậy, theo quan điểm của Alan Sihoe, tất cả các khối u có kích thước lớn hơn 6 cm vẫn có thể mổ được bằng nội soi với đường mổ nhỏ dưới hướng dẫn của camera. Do đó, chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt u trong lồng ngực với 1 đường rạch nhỏ 2cm và 2 trocar để cắt u và lấy toàn bộ u ra khỏi lồng ngực.

Với kích thước u nhỏ hơn 6cm việc lấy u ra khỏi lồng ngực thường dễ dàng, nhưng với khối u có kích thước lớn lấy bỏ khối u khó khăn hơn. Tuy nhiên chúng tôi vẫn lấy hoàn toàn khối u và đưa ra khỏi lồng ngực bằng cách cắt nhỏ khối u thành nhiều mảnh ở trong túi nội soi và đưa ra ngoài lồng ngực qua đường mổ ngực nhỏ. Celalettin I Kocaturk (2017) cho rằng đối với u không thể cắt bỏ hoàn toàn cần phải áp dụng phương pháp đốt điện cho niêm mạc để tránh tái phát.

V. KẾT LUẬN

- U dumbbell hiếm gặp là dạng đặc biệt của u trung thất sau, đa phần là lành tính, dấu hiệu lâm sàng nghèo nàn, triệu chứng hay gặp là dấu hiệu chèn ép tủy.

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào CLVT và MRI ngực

- Điều trị chủ yếu là phẫu thuật. Việc phẫu thuật rất khó khăn, cần phải kết hợp đa nhóm giữa: Phẫu thuật cột sống và phẫu thuật lồng ngực.

- Phẫu thuật cho kết quả tốt, giải phóng được chèn ép tủy, thời gian phục hồi nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đức Thắng, Nguyễn Hữu Ước (2018). Đánh giá kết quả điều trị u trung thất sau tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2012 - 2017. *Y học thực hành*.
2. Celalettin I Kocaturk, Celal B Sezen et al (2017). Surgical approach to posterior mediastinal lesions and long-term outcomes. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 25 (4), 287-291
3. Hong-tao Rong, MD, Yue-shan Fan (2018). Surgical technique: Management of Dumbbell and Paraspinal Tumors of the Thoracic Spine Using a Single-stage Posterolateral Approach: Case Series. *Orthop Surg*. 10 (4). 343-349
4. Isabelle Lacreusea, Jean Stéphane Vallab et al (2007). Thoracoscopic resection of neurogenic tumors in children. *J Pediatr Surg*, 42 (10), 1725-1728.
5. Kaiser, Larry. R and Thomas. L (2007). Mastery of Cardiothoracic Surgery. *Williams & Wilkins*, 2nd Edition, 114-120.
6. Kyoung Hyup Nam.MD, Hyo Yeoung Ahn.MD et al (2017). One Stage Posterior Minimal Laminectomy and Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) for Removal of Thoracic Dumbbell Tumor. *J Korean Neurosurg Soc*, 60 (2), 257-261
7. Yawei Li, Bing Wang, Lei Li et al (2018). Posterior surgery versus combined laminectomy and thoracoscopic surgery for treatment of dumbbell-type thoracic cord tumor: A long-term follow-up. *Clin Neurol Neurosurg*, 166, 31-35.