

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI U TRUNG THẤT TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Thân Trọng Vũ, Lê Kim Trọng*, Nguyễn Ngọc Tuấn*, Lê Kim Phượng*, Phan Phước An Bình**

TÓM TẮT

Hồi cứu 35 bệnh nhân được phẫu thuật cắt u trung thất nội soi từ 10/2012 đến 3/2018 tại Bệnh Viện Đà Nẵng. Tuổi trung bình là 45,38 ± 17,91, nam/nữ là 2,5/1. Hầu hết u ở trung thất trước (57,1%). Trong đó u tuyến ức (28,6%), ung thư tuyến ức (2,9%), u lympho (2,9%), u thần kinh (42,9%), u quái (5,7%), nang (17,1%). Kết quả tốt 31 BN (88,6%), trung bình 4 BN (11,4%). Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u trung thất tại bệnh viện Đà Nẵng an toàn, hiệu quả

Từ khóa: *U trung thất, phẫu thuật nội soi lồng ngực, bệnh viện Đà Nẵng*

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF THORACOSCOPIC SURGERY OF MEDIASTINAL TUMORS AT THE ĐÀ NẴNG HOSPITAL

A retrospective analysis of 35 patients who had thoracoscopic surgery of mediastinal tumor from 10/2012 to 3/2018 at the Da Nang Hospital. Mean age: 45,38 ± 17,91 years, male/female ratio was 2,5/1. Most frequent localisation was anterior mediastinal region (57,1%). Thymoma 28,6 %, thymic carcinoma 2,9%, lymphoma 2,9%, neurofibroma 2,9%, teratoma 5,7%, cysts 17,1%. Good: 31 cases (88,6%), average: 4 cases (11,4%). Thoracoscopic Surgical treatment of mediastinal tumors is effective, safety at the Da Nang hospital

Key Words: *Mediastinal tumors, thoracoscopic surgery, Da Nang Hospital*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung thất là một bệnh lý ở trung thất, bao gồm các khối u lành tính và ác tính, bẩm sinh và mắc phải, các khối u tiên phát và thứ phát[3].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả đối với hầu hết các u trung thất. Phần lớn các phẫu thuật viên thống nhất cần phải chỉ định mổ sớm các khối u lành tính và các nang ở trung thất vì tỷ lệ ung thư hóa các u nang lành tính ở trung thất khá cao tới 37 – 41% [1],[4].

CT scanner ngực giúp đánh giá u và lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật được chọn lựa gồm phẫu thuật mở ngực và phẫu thuật nội soi.

Bệnh Viện Đà Nẵng phẫu thuật cắt u trung thất từ lâu. Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u trung thất từ năm 2009. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi u trung thất tại Bệnh Viện Đà Nẵng” nhằm mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u trung thất

- Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi u trung thất tại Bệnh Viện Đà Nẵng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1 Đối tượng

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán u trung thất và được phẫu thuật tại BV Đà Nẵng từ 12/2012-3/2018

Loại trừ: Bướu giáp thông, u thực quản, các khối u tim, u khí quản

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang

2.2.1. Phương pháp tiến hành

Bệnh nhân được đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán bệnh, các phương pháp phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh của u sau khi phẫu thuật

2.2.2. Phương pháp phẫu thuật

Bệnh nhân mê nội khí quản 2 nòng, thông

khí một phổi.

Tư thế: tùy vị trí u mà đặt bệnh nhân tư thế nằm nghiêng nhẹ, nghiêng 90⁰ hay hơi sấp.

sử dụng 3 trocar: 1 trocar 10mm cho ống soi, 2 trocar 5mm cho dụng cụ thao tác,

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật theo Kitami A [8]

- **Tốt:** cắt trọn u, không tai biến hay biến chứng.
- **Trung bình:** Có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, cắt không trọn u.
- **Xấu:** Có tai biến phải chuyển sang mở ngực (NS), có biến chứng cần phải mổ lại, tử vong.

Các số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 20.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung:

Tuổi: trung bình: 45,38 ± 17,91,

Giới: Nam 29 BN (82,9%), nữ 6 BN (17,1%)

3.2 Đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	N	%
Đau ngực	15	42,9
Ho	2	5,7
Khó thở	3	8,6
Nhược cơ	10	28,6
Nuốt nghẹn	1	2,9
Không có triệu chứng	4	11,4
Tổng	35	100

Nhận xét: đau ngực chiếm tỷ lệ cao nhất: 42,9%

3.3 X quang phổi thường: 100% chụp X quang ngực

Bình thường: 2 BN (5,7%), u lách phải: 27 BN (77,14%), u lách trái: 6 BN (17,1%)

3.4 Ct scan ngực

* Vị trí

Trung thất trước : 20 BN (57,1%), trung thất giữa: 3 BN (8,6%), trung thất sau: 12 BN (34,3%).

*Loại u

U đặc: 22 BN (62,8%), nang: 7 BN (20%), hỗn hợp: 6 BN (17,2%)

*Kích thước u

Nhỏ nhất: 4 cm, Lớn nhất : 25 cm, Trung bình: 9,83 ± 8,75 cm

3.5. Các phương pháp phẫu thuật

Nội soi hoàn toàn (VTS) 33 BN (94,3%), Nội soi hỗ trợ (VATS): 2 BN (5,7%), chuyển sang mổ hở: 2 BN (5,7%). Cắt trọn u : 33 BN (94,3%), không cắt trọn u 2 BN (5,7%).

3.6. Biến chứng

- Trần khí màng phổi: 1 BN (2,9%), nhiễm trùng vết mổ: 1 BN (2,9%).

3.7 Thời gian hậu phẫu

Trung bình 9,9 ± 2,625, ít nhất: 6 ngày, nhiều nhất: 16 ngày

3.8 Kết quả giải phẫu bệnh

U tuyến ức: 10 BN (28,6 %), ung thư tuyến ức: 1 BN (2,9%), u lympho: 1 BN (2,9%), u tế bào thần kinh: 15 BN (42,9%), u quái: 2 BN (5,7%), u nang: 6 BN (17,1%).

3.9 Kết quả sớm

- **Tốt:** 31 BN (88,6%), trung bình 4 BN (11,4%).

IV . BÀN LUẬN

4.1 Tuổi

Tuổi trung bình: 45,38 ± 17,91. Theo Ngô Quốc Hưng, đa phần bệnh nhân 21-60 tuổi, tuổi trung bình: 39,8 ± 16 [2]. Theo Cemil Deniz Yorgancilar CD, tuổi trung bình: 46,5 [10]. Theo Kitami A, tuổi trung bình là 49 [8]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự các tác giả trên.

4.2 Giới

Nam/Nữ: 2,5/1. Theo Ngô Quốc Hưng, Yorgancilar CD: Nam/nữ: 1/1 [2],[10]. Theo DOSIOST : Nam/nữ: 1,86/1 [7].

4.3 Lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân vào viện điều trị phẫu thuật bao gồm có triệu chứng (đau ngực: 42,9%...) và tình cờ phát hiện (11,4%). Theo Yorgancilar CD, Ho:34%, không triệu chứng: 28%, đau ngực: 15%, khàn giọng: 7,6%, nhược cơ: 2,2%. DOSIOS T: Khó thở :15 %, Ho :12%, đau ngực :10%, chán ăn :8%, hõn hợp :11%, Không triệu chứng :44% [7]. Theo Demmy TL, Có triệu chứng 22/48 bệnh nhân chiếm 45,8% [6].

4.4 Chụp X quang phổi thường

Nghi ngờ u trong 94,3% trường hợp, tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Quang Khánh, phát hiện được u: 79,4% [3].

4.5 Vị trí, kích thước u

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí thường lần lượt gặp nằm ở trung thất trước, trung thất sau, trung thất giữa (57,1%, 34,3%, 8,6%). Kết quả này tương đối phù hợp với các nghiên cứu của Yorgancilar CD, Trung thất trước : 79%, trung thất sau: 15,5%, trung thất giữa: 5,5% [10]. Theo Cohen AJ, U trung thất trước: 57%, u trung thất giữa: 10%, u trung thất sau: 33% [5] và khác kết quả của Demmy TL: U trung thất trước trên: 10%, U trung thất giữa: 40%, U trung thất sau: 50% [6].

Kích thước u theo nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $9,83 \pm 8,75$ cm, nhỏ nhất: 4 cm, lớn nhất : 25 cm. Theo Huỳnh Quang Khánh, kích thước u trung bình $8,39 \pm 3,6$, nhỏ nhất là 3 cm, lớn nhất là 25 cm [3]. Theo Cohen AJ trung bình là $7,64 \pm 3,9$ cm, nhỏ nhất là 1,5 cm, lớn nhất là 20 cm [5].

4.6. Các phương pháp phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mô nội soi

hoàn toàn chiếm 94,3%(33BN), mổ nội soi hỗ trợ 5,7%(2 BN), 2 BN (5,7%) chuyển từ mổ nội soi sang mổ hở vì u lớn không đủ không gian thao tác. Theo Demmy TL, Chuyển mổ hở: 6/48 Bn (12,5%) (3 chảy máu + 3 không đủ không gian thao tác) [6].

Cắt trọn u trong nghiên cứu có 33 BN (94,3%), có 2 BN không cắt được trọn u vì u xâm lấn vào các mạch máu lớn ở trung thất.

4.7. Biến chứng và thời gian hậu phẫu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tai biến, biến chứng chiếm 5,7%, trong đó tràn khí màng phổi 1 bệnh nhân (2,9%) được xử trí hút liên tục và 1 bệnh nhân (2,9) nhiễm trùng vết mổ được xử trí chăm sóc, thay băng hằng ngày và kết quả sau cùng tốt. Theo Ngô Quốc Hưng, Tràn khí dịch màng phổi: 6%, suy hô hấp: 3,5%, xẹp phổi:3%,nhiễm trùng vết mổ:1,2%, tử vong:1,2% [2]. Theo Yorgancilar CD, Nhiễm trùng vết mổ: 2/93, tử vong: 1.1% [10]. Theo DOSIOS T, biến chứng chiếm 15% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian hậu phẫu trung bình $9,9 \pm 2,625$ ngày, ít nhất: 6 ngày, nhiều nhất: 16 ngày do dò khí kéo dài sau mổ. Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của DOSIOS T, 5- 12 ngày, trung bình 7,8 ngày [6] .

4.8 Kết quả giải phẫu bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí trung thất trước hay gặp là u tuyến ức chiếm tỷ lệ 28,6%. Vị trí trung thất sau hay gặp u thần kinh (42,9%). Theo Yorgancilar CD, Sarcoidosis: 22,5%, U tuyến ức 14%,U lao :11,7%, Hạch lympho phản ứng: 7,5%, U bao sợi thần kinh: 6,4%, Ung thư biểu mô di căn 8,4%, Bướu giáp nhân: 4,2%, Lymphoma hodgkin: 6,4%, Nang phế quản:3,3%, U hạch thần kinh: 2,2% [10]. Theo Cohen AJ: U tuyến ức 24,3%, Nang trung thất : 19,1%, U thần kinh 16,9%, Lymphoma 15,7%, U tế bào mầm 9,5% [5].

4.9 Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

Theo nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt chiếm 88,6%, trung bình chiếm 11,4%. Theo Huỳnh Quang khánh: Tốt :94,7%, trung bình: 4,3%, xấu : 1% [3]. Theo Cohen AJ :tử vong : 2,6% [5]. Theo DOSIOS T: tử vong:0,7%[7]. Số lượng nghiên cứu của chúng tôi còn ít nên cũng chưa có đánh giá tốt hơn về vấn đề này. Tuy nhiên, kết quả này cũng rất khích lệ chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt u trung thất.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhập viện phẫu thuật do có triệu chứng (88,6%), hoặc tình cờ phát hiện (11,4%)

Phẫu thuật nội soi cắt u trung thất tại bệnh viện Đà Nẵng hiệu quả, an toàn. Tỷ lệ cắt trọn u thành công 94,3%, kết quả tốt (88,6%), biến chứng nhẹ, tỷ lệ chuyển mổ hở 5,7% do u lớn không đủ không gian thao tác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Nữ Thị Hòa Hiệp (2008), “ U trung thất”. Điều trị ngoại khoa lồng ngực – tim mạch. Nhà xuất bản Y học TP HCM, tr.85 – 96.

2. Ngô Quốc Hưng (2009), “Nghiên cứu chỉ định điều trị ngoại khoa u trung thất”. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tr 34 -57

3. Huỳnh Quang Khánh (2014), “ So sánh các yếu tố chu phẫu trong phẫu thuật nội soi với

mở mổ điều trị u trung thất nguyên phát: có sử dụng ghép cặp giá trị xác suất trong phân tích kết quả”. *Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam số 7 tháng 4*, tr. 39 – 50

4. Cirino L., Campos J., fernandez A., e.al (2000), “Diagnosis and Treatment of Mediastinal Tumors by Thoracoscopy”. *Chest*, 117, pp.1787 – 1792

5. Cohen AJ. et al (1991), “Primary Cysts and Tumors of the Mediastinum”. *Ann Thorac Surg* ,51, pp. 378-86

6. Demmy LT et all (1998), “Multicenter VATS Experience With Mediastinal Tumors”, *Ann Thorac Surg*, 66, pp. 187–92

7. DOSIOS T et al (2006), “Surgical management of mediastinal Lesions”. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*; 54(3), pp. 207-212

8. Kitami A., et al (2004), “Diagnostic and Therapeutic Thoracoscopy for Mediastinal Disease”. *Ann Thorac Cardiovas Surg*, 10, pp.278-282.

9. Matsumura, Y (2010). “Thoracoscopy surgery of mediastinal tumor”. *Kyobu Geka*, 63,(8), pp.724-729.

10. Yorgancilar CD (2010), “ Our diagnostic and thearapeutic surgery approaches to mediastinal masses”. *Journal of International Dental And Medical Research* , 3 (2), pp. 82 – 87.