

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý u tuyến ức trong thời gian 5 năm (từ 2016-2020).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bao gồm 53 bệnh nhân được phẫu thuật cắt u tuyến ức tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 5/ 2016 đến 4/ 2020

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định trước mổ hoặc sau mổ là u tuyến ức. Được chỉ định và thực

hiện phẫu thuật lấy u tuyến ức (cả trường hợp lấy u một phần, toàn bộ, nổi tắt). Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u tuyến ức. Không giới hạn tuổi, giới tính.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu. Các thông số nghiên cứu gồm: tuổi, giới, lý do vào viện, vị trí khối u, kích thước khối u, thời gian rút dẫn lưu, biến chứng, kết quả điều trị...Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Trong số 53 BN có 30 nam và 23 nữ. Tuổi trung bình $47,1 \pm 12,9$ (17- 68)

Bảng 2.1: Dấu hiệu lâm sàng khi bệnh nhân vào viện (n = 53)

| Triệu chứng khi vào viện | | n | % |
|--------------------------|--------------------------------------|----|------|
| Có triệu chứng | Đau tức ngực | 15 | 28,3 |
| | Nhược cơ (sụp mí) | 22 | 41,5 |
| | Ho, sốt | 1 | 1,9 |
| | Cảm giác khó thở | 11 | 20,8 |
| | Nói ngọng, nói khó | 2 | 3,8 |
| | Nuốt vướng | 6 | 11,3 |
| | Yếu cơ, mệt mỏi | 10 | 18,9 |
| | Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên | 2 | 3,8 |
| | Phù áo khoác | 2 | 3,8 |
| Phát hiện tình cờ | | 5 | 9,4 |

Nhận xét: Phát hiện bệnh tình cờ chiếm 9,4%. Trong số các bệnh nhân có triệu chứng vào viện thì nhược cơ (sụp mí) chiếm 22/53 các trường hợp (41,5%). Ngoài ra có thể gặp các triệu chứng không đặc hiệu khác như mệt mỏi, yếu cơ, nuốt vướng, cảm giác khó thở... Đau tức ngực chiếm 28,3%.

Bảng 2.2: Các thông số liên quan đến phẫu thuật và hậu phẫu

| Thông số | Kết quả |
|--|---|
| Kích thước u (cm) | Nhỏ nhất 3 x 2 x 1 cm Lớn nhất 11 x 8 x 6 cm |
| Thời gian mổ trung bình (phút) | 111 ± 59 phút (43-348) |
| Thời gian rút dẫn lưu sau mổ trung bình (ngày) | $4,79 \pm 1,9$ ngày (2-13) |
| Thời gian nằm viện sau mổ trung bình (ngày) | $6,9 \pm 2,9$ ngày (4-18) |

Nhận xét: Có 01 bệnh nhân có bệnh 3 thân động mạch vành kèm theo, trong phẫu thuật có bắc cầu chủ vành kèm cắt u tuyến ức nên thời gian phẫu thuật kéo dài (483 phút) và thời gian nằm viện sau mổ kéo dài (18 ngày). Đánh giá sau mổ diễn biến tương đối tốt. Thông thường dẫn lưu màng phổi được rút sau 3-6 ngày. Thời gian nằm viện thông thường là 4-8 ngày. Những trường hợp u tuyến ức

kèm theo triệu chứng nhược cơ thường có thời gian nằm viện lâu hơn do cần điều trị nội khoa, những trường hợp có bệnh lý nền phối hợp phải nằm viện lâu hơn.

Bảng 2.3. Phương pháp phẫu thuật được áp dụng

| Phương pháp phẫu thuật | | n | % |
|------------------------|-----------------|----|------|
| Nội soi | Nội soi toàn bộ | 17 | 32,1 |
| | VATS | 20 | 37,7 |
| | Chuyển mổ mở | 2 | 3,8 |
| Mổ mở | Mổ ngực | 6 | 11,3 |
| | Mổ xương ức | 8 | 15,1 |
| Tổng | | 53 | 100 |

Nhận xét: Phương pháp mổ nội soi (nội soi hoàn toàn và nội soi hỗ trợ) là phương pháp được lựa chọn chủ yếu (chiếm 73,6%). Có 02 trường hợp mổ nội soi phải chuyển mổ mở đường ngực do khối u dính nhiều sau hóa xạ trị, khó phẫu tích qua nội soi. Phương pháp mổ mở chiếm 26,4%.

Bảng 2.4. Tai biến trong phẫu thuật.

| Phẫu thuật | Tai biến | N | % |
|------------|---|----|-------|
| Nội soi | Tổn thương mạch máu | 1 | 7,7 |
| | Rách màng tim | 4 | 30,8 |
| | Rách phổi | 3 | 23,0 |
| | Tổn thương khác: cơ hoành, thần kinh,.. | 1 | 7,7 |
| Mổ mở | Chảy máu nhiều trong mổ | 2 | 15,4 |
| | Tổn thương mạch máu | 1 | 7,7 |
| | Tổn thương khác: cơ hoành, thần kinh... | 1 | 7,7 |
| Tổng số | | 13 | 100,0 |

Nhận xét: Có gặp một số tai biến trong mổ, các tai biến trong mổ đa số gặp trong trường hợp khối u lớn, xâm lấn các thành phần xung quanh làm cho việc phẫu tích khối u khó khăn gây tổn thương các thành phần này. Tai biến chủ yếu là tổn thương rách màng tim, màng phổi (chiếm 53,8%), khiến thời gian phẫu thuật kéo dài hơn.

Bảng 2.5. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

| Vi thể | n | % |
|----------------------|----|------|
| Thymoma type A | 14 | 26,4 |
| Thymoma type AB | 13 | 24,5 |
| Thymoma type B1 | 9 | 17,0 |
| Thymoma type B2 | 10 | 18,9 |
| Thymoma type B3 | 4 | 7,5 |
| Thymic carcinoma vảy | 3 | 5,7 |
| Tổng số | 53 | 100 |

Nhận xét: Trong nghiên cứu đa số bệnh nhân được phát hiện trong giai đoạn sớm (type A và AB chiếm 50,9%), có tiên lượng tốt. Có 02 bệnh nhân khối u lớn, xâm lấn rộng xung quanh, chảy máu trong mổ nên không lấy hết được u.

Bảng 2.6. Kết quả theo dõi xa sau phẫu thuật

| Bệnh nhân | n | % |
|--|----|-------|
| Không khám lại | 2 | 4,7 |
| Không kết hợp xạ trị, hóa trị sau phẫu thuật | 27 | 62,7 |
| Kết hợp điều trị xạ trị, hóa chất sau phẫu thuật | 12 | 29,9 |
| Tử vong | 2 | 4,7 |
| Tổng số bệnh nhân khám lại | 43 | 100,0 |

Nhân xét: Thời gian theo dõi xa trung bình là: $26,6 \pm 13,3$ tháng (ngắn nhất 4 tháng và dài nhất là 51 tháng). Có 10 bệnh nhân không liên lạc sau phẫu thuật, chủ yếu là các bệnh nhân phẫu thuật năm 2016 và 2017; có 2 bệnh nhân sau mổ ổn định không đi khám lại tại bất kỳ cơ sở y tế nào. Có 27 bệnh nhân khám lại thông thường sau phẫu thuật 1 tháng, diễn biến tốt. Có 12 bệnh nhân có điều trị xạ trị, hóa chất sau phẫu thuật. Có 2 bệnh nhân đã tử vong sau phẫu thuật, 1 trường hợp là bệnh nhân có giải phẫu bệnh là thymoma carcinoma vảy tử vong sau 3 năm phẫu thuật và 1 trường hợp là bệnh nhân có giải phẫu bệnh là thymoma B1 có kèm theo bệnh lý phối hợp bệnh 3 thân động mạch vành tử vong sau 2 năm phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biểu hiện lâm sàng của u tuyến ức

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu khiến bệnh nhân đến viện là có biểu hiện của triệu chứng nhược cơ (sụp mí, nuốt nghẹn, yếu tay chân, khó thở) chiếm 22/53 bệnh nhân, trong số các bệnh nhân có triệu chứng nhược cơ thì test nhược cơ có 21/22 (95,5%) trường hợp test nhược cơ dương tính. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu khác của tác giả Phạm hữu Lư và cs

[5] là 33,3% có thể do sau thời gian điều trị nội khoa về triệu chứng nhược cơ người bệnh mới quyết định phẫu thuật. Ngoài ra có thể gặp các triệu chứng không đặc hiệu như mệt mỏi, yếu cơ, nuốt vướng, cảm giác khó thở, nói ngọng, nói khó... Đau tức ngực là triệu chứng hay gặp chiếm 28,3%. Tất cả các bệnh nhân có test nhược cơ dương tính được điều trị nhược cơ 1-2 tuần bằng Mestinon và Medrol trước khi phẫu thuật lấy u.

4.2. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật trong điều trị bệnh lý u tuyến ức

Chỉ định phương pháp phẫu thuật điều trị u tuyến ức dựa vào kích thước, mối liên quan với các tạng xung quanh và giai đoạn u (Bảng 3) [8].

Bảng 3. Phân chia u tuyến ức theo Masaoka và theo WHO [4]

| Phân chia theo Masaoka | | Phân chia theo WHO | |
|------------------------|------------|--|---|
| Giai đoạn | I | Khối u có vỏ rõ, có thể có hiện tượng xâm lấn nhưng chưa vượt quá lớp vỏ trên vi thể | Type A (tế bào hình thoi, thể tủy) |
| | II | | Type AB hỗn hợp |
| | IIa | Vi thể u xâm lấn qua lớp vỏ | Type B |
| | IIb | Đại thể xâm lấn qua lớp vỏ hoặc tổ chức mỡ cạnh tuyến ức hoặc dính vào màng phổi hay màng tim nhưng chưa vượt qua màng này | -B1 giàu lympho phần lớn ở vỏ |
| | III | Đại thể xâm lấn đến cơ quan lân cận (màng tim, màng phổi mạch máu lớn) | -B2 thể vỏ |
| | IV | | -B3 ung thư biểu mô tuyến ức biệt hóa rõ, biểu mô |

| | | | |
|--|-----|--|---------------------------------|
| | IVa | U thâm nhiễm qua màng phổi hoặc màng tim | Type C ung thư biểu mô tuyến ức |
| | IVb | U di căn theo đường bạch huyết mạch máu | |

Bảng này có giá trị tham khảo, không chính xác hoàn toàn giữa giai đoạn và kết quả mô bệnh học. Theo nhiều tác giả, phẫu thuật nội soi chỉ định cho u tuyến ức giai đoạn I, II, nhưng với khối u ở giai đoạn III, IV thì còn nhiều bàn cãi. Mặt khác, kích thước u tuyến ức chỉ định mổ nội soi khác nhau tùy từng tác giả. Yếu tố chỉ định trước mổ có tính chất tương đối vì mức độ thành công của cuộc mổ còn phụ thuộc vào tổn thương thực tế trong mổ, kinh nghiệm của bác sỹ mổ, trang thiết bị hỗ trợ. Ngoài ra tính chất xâm lấn trên phim chụp cắt lớp vi tính cũng được đặt ra khi chỉ định là bờ khối u rõ, gọn, chưa có tính chất xâm lấn tổ chức lân cận. Trong trường hợp khối u lớn, xâm lấn nhiều vào tổ chức xung quanh, đã được hóa xạ trị trước mổ nên chỉ định mổ mở ngực hoặc cưa xương ức ngay từ đầu để đảm bảo cuộc mổ tiến hành an toàn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Có 02 trường hợp khối u lớn, xâm lấn dính xung quanh nhiều, khó khăn trong việc phẫu tích khối u qua nội soi nên đã phải chuyển mổ mở ngực để đảm bảo an toàn và lấy tối đa tổ chức u. Kết quả sinh thiết khối u dưới hướng dẫn của CT scanner ngực là một yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Hầu hết các trường hợp u tuyến ức được sinh thiết xuyên thành qua CT scanner ngực trước mổ để chẩn đoán chính xác tổn thương, từ đó có biện pháp điều trị thích hợp với từng loại tổn thương như hóa chất với u lympho và phẫu thuật với u tuyến ức chưa xâm lấn qua vỏ u. Phương pháp này có giá trị chuẩn đoán xác định trước mổ và chẩn đoán giai đoạn. Tuy nhiên với khối u tuyến ức nhỏ, ở gần các vị trí nguy hiểm rốn phổi, quai động mạch chủ, tim...thì nên phẫu thuật và chẩn đoán trong mổ. Như vậy, phân tích kết quả chuẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh trước mổ là hai yếu tố quan trọng giúp lựa chọn phương pháp phẫu thuật điều trị u tuyến ức hiệu quả [9].

4.3. Kết quả của phẫu thuật điều trị u

tuyến ức

Trong 53 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu: 14 type A, 13 type AB, 09 type B1, 10 type B2, 04 type B3, 03 ung thư biểu mô tế bào vảy thì có 01 bệnh nhân type B1 sau mổ phải lọc huyết tương và 01 bệnh nhân type B2 sau mổ 02 năm tái phát u và được mổ lại lấy u tái phát.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 111 phút tương đương với tác giả Yun Li và Jun Wang [6] là 105,3 phút lý có thể do tiền sử bệnh nhân có các bệnh lý nền nặng, phải mổ phối hợp trong một cuộc phẫu thuật, tổ chức trong lồng ngực dính nên thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài và phải chuyển cách thức phẫu thuật. Có 02 trường hợp chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở đường ngực do khối u lớn, xâm lấn tổ chức xung quanh khó phẫu tích khối u. Có 02 trường hợp khối u lớn, xâm lấn rộng xung quanh, chảy máu trong mổ nên không lấy hết được u.

Thời gian nằm viện trung bình $6,9 \pm 2,9$ ngày hơi dài hơn nghiên cứu của Mineo [7] là $5,2 \pm 2,8$ ngày do có 01 bệnh nhân có bệnh hẹp 3 thân động mạch vành phối hợp làm cuộc phẫu thuật kết hợp lấy u và bắc cầu chủ vành kéo dài, thời gian nằm viện dài đến 18 ngày. Thời gian rút dẫn lưu trung bình sau mổ $4,79 \pm 1,9$ ngày tương đương với các tác giả khác.

Trong số 22 bệnh nhân u tuyến ức có triệu chứng nhược cơ sau điều trị có 15 bệnh nhân giảm liều thuốc sau mổ và 2 bệnh nhân tăng liều thuốc; 3 bệnh nhân thì khỏi hoàn toàn. Các bệnh nhân u tuyến ức không có nhược cơ sau mổ ổn định.

Qua nghiên cứu có thể thấy phẫu thuật điều trị bệnh lý u tuyến ức có kết quả khả quan thể hiện qua thời gian phẫu thuật, ngày nằm viện, và các tai biến trong và sau phẫu thuật tương đương với một số nghiên cứu trong nước và quốc tế.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là một là một lựa chọn điều trị tốt trong bệnh lý u tuyến ức. Kích thước, tính chất và độ xâm lấn là các tiêu chí quan trọng để lựa chọn cách thức phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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
2. **Beau V. Duwe, Daniel H. Sterman and Ali I. Musani** (2005), "Tumors of the Mediastinum", *Chest* 128; 2893-2909
3. **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
4. **Frank W. Sellke; Pedro J. del Nido; Scott J. Swanson** (2005), "Thymic tumors", *Sabiston & Spencer's Surgery of the Chest 8th Edition*; Elsevier & Saunders: 640 – 647
5. **Phạm Hữu Lư, Ngô Gia Khánh, Nguyễn Hữu Ước và CS** (2014) " Kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u tuyến ức tại bệnh viện Việt Đức" *Tạp chí phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam* số 9, tháng 8/2014: 28-33
6. **Li, Y., & Wang, J.** (2014). Left-sided approach video-assisted thymectomy for the treatment of thymic diseases. *World journal of surgical oncology*, 12(1), 398.
7. **Mineo, Tommaso C., et al.** "Thoracoscopic thymectomy in autoimmune myasthenia: results of left-sided approach." *The Annals of thoracic surgery* 69.5 (2000): 1537-1541.
8. **N. Girard, E. Ruffini, A. Marx, C. Faivre-Finn & S. Peters** (2015). "Thymic epithelial tumours: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up", *Annals of Oncology* 26 (Supplement 5): 40 – 55.
9. **Nicholas R. Hess, Inderpal S. Sarkaria, Arjun Pennathur, Ryan M. Levy, Neil A. Christie, James D. Luketich** (2016). "Minimally invasive versus open thymectomy: a systematic review of surgical techniques, patient demographics, and perioperative outcomes", *Ann Cardiothorac Surg*; 5(1): 1 – 9