

NỘI SOI TRUNG THẤT TRÊN NHỮNG BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG TĨNH MẠCH CHỦ TRÊN

*Trương Thanh Thiết**, *Phan Sĩ Hiệp***, *Nguyễn Thanh Hiền***, *Nguyễn Võ Anh Tú***, *Nguyễn Hồng Ngọc***,
*Nguyễn Thế Vũ***, *Tô Kiều Dung***, *Hoàng Phương***, *Lê Tiến Dũng***, *Nguyễn Hữu Lân***

TÓM TẮT

Từ 2007 đến 2017, 301 bệnh nhân có bệnh lý hạch trung thất được thực hiện NSTT để chẩn đoán mô học. Chúng tôi so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm có (nhóm 1) và không có (nhóm 2) hội chứng TMCT về thời gian mổ, biến chứng và kết quả giải phẫu bệnh. Tuổi trung bình là 59.04 tuổi (nhóm 1) và 40.5 tuổi (nhóm 2). Trong số 301 bệnh nhân, 176 nam và 125 nữ. Thời gian mổ trung bình nhóm 1 là 44.8 phút và nhóm 2 là 34.3 phút ($p < 0.001$). Không tử vong, biến chứng là 7.4% (nhóm 1) và 1.1% (nhóm 2). Trong nhóm hội chứng TMCT, 100% thực hiện sinh thiết hạch cạnh KQ phải, kết quả 81.5% carcinoma và 18.5% lymphoma.

Từ khóa: Nội soi trung thất, hội chứng TMCT, bệnh hạch trung thất, bệnh lao, ung thư biểu mô, U lympho bào, bệnh sarcoidosis.

SUMMARY

MEDIASTINOSCOPY IN SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME

From 2007 to December 2017, 301 patients with mediastinal lymphadenopathy underwent MDS to establish a histological diagnosis. We have compared, the differences between the groups with (first group) or without (second group) superior vena cava syndrome in terms of operative time, intraoperative and postoperative complications, and results of pathologic examination. The mean age were 59.04 years (group 1) and 40.5 (group 2). Among the patients, 176 were males and 125 were females. Mean operative time for first (27 patients) and second (274 patients) groups was 44.8 and 34.3 minutes, respectively ($p = 0.00$). No deaths and morbidity

rates were 7.4% (group 1) and 1.1% (group 2), $p=0.041$. In the superior vena cava syndrome group, the lymph nodes biopsied were in paratracheal right sites (100%); histology showed carcinoma in 81.5% and lymphoma in 18.5%.

Keywords: Mediastinoscopy, superior vena cava syndrome, Lymphadenopathy, Tuberculosis, Carcinoma, Lymphoma, Sarcoidosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành lâm sàng, việc chẩn đoán những bệnh lồng ngực liên quan đến hệ thống hạch trung thất thường gặp rất nhiều khó khăn. Điều đó không chỉ do hệ thống hạch nằm sâu trong lồng ngực và gần nhiều cấu trúc quan trọng của cơ thể, mà còn do sự đa dạng về bản chất mô học. Chẩn đoán những bệnh này thường dựa vào sinh thiết trực tiếp những hạch phì đại trong lồng ngực (hạch có kích thước đường kính ngang $\geq 10\text{mm}$ trên chụp CLĐT)[1-9]. Trong bệnh lao, bệnh Hodgkin và bệnh sarcoidosis, sinh thiết hạch cho chẩn đoán chính xác và cho hướng điều trị thích hợp. Còn trong những bệnh tăng trưởng ác tính, đặc biệt là ung thư phổi, việc sinh thiết hạch có thể khám phá thêm tổn thương, xác định giai đoạn ung thư trước phẫu thuật, từ đó quyết định khả năng phẫu thuật được của u[8]. NSTT và nội soi phế quản dưới hướng dẫn siêu âm sinh thiết xuyên vách là hai phương pháp ít xâm lấn thường sử dụng nhất để chẩn đoán bản chất hạch trung thất, giá trị chẩn đoán tương đương nhau[10, 11]

* Khoa Phẫu thuật lồng ngực, BV. Phạm Ngọc Thạch

** Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Người chịu trách nhiệm khoa học: ThS. Nguyễn Xuân Hùng

Ngày nhận bài: 01/05/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/05/2018

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

GS.TS. Lê Ngọc Thành

Hội chứng TMCT là một hội chứng lâm sàng do sự đè ép hoặc xâm lấn TMCT hay hình thành huyết khối trong lòng TMCT. Hội chứng TMCT là trường hợp cấp cứu thông thường nhất liên quan hạch trung thất. Hội chứng TMCT không phải là một chống chỉ định của NSTT, những báo cáo gần đây cho thấy NSTT là phương pháp đáng tin cậy với hiệu quả đạt được cao nhưng vẫn có những nguy hiểm tiềm ẩn[14]

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của NSTT trong việc chẩn đoán bệnh lý hạch trung thất ở những bệnh nhân có hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong 10 năm 2007 đến năm 2017, tại khoa Phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, có tổng cộng 301 bệnh nhân có hạch trung thất phì đại nhập viện và được NSTT đường cổ lấy mẫu chẩn đoán bản chất mô học, bao gồm 176 nam và 125 nữ (Nam:Nữ=6:4). Tuổi trung bình nhóm 1 là 59.04 tuổi, tuổi trung bình nhóm 2 là 40.5, nhỏ nhất 14 tuổi và lớn nhất 79 tuổi. Đa số bệnh nhân đi khám bệnh vì có triệu chứng (83.9%), trong khi nhóm bệnh nhân phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe tổng quát là 16.1%. Triệu chứng thường gặp nhất là ho (70%), sau đó là đau ngực (20%), sụt cân (12.1%) và hội chứng TMCT (9%), cuối cùng là sốt và khó thở (7.4%).

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả các trường hợp bệnh nhân trên chụp CLĐT ngực cản quang có hạch trung thất phì đại (hạch có kích thước $\geq 10\text{mm}$), xác định vị trí nhóm hạch cạnh khí quản phải (2P và 4P), nhóm hạch cạnh khí quản trái (2T và 4T), và nhóm hạch dưới carina (số 7) theo sơ đồ phân bố hạch để xác định giai đoạn ung thư phổi của International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) năm 2009[12].

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê nội khí quản, có rối loạn đông máu nặng không điều chỉnh được.

Bệnh nhân có những thay đổi giải phẫu làm cho nội soi trung thất không an toàn hay có bệnh mạch máu như phình bóc tách CDMC hay ĐM vô danh.

Bệnh nhân có chẩn đoán xác định lao qua BK đàm hay BK dịch phế quản.

Bệnh nhân có chẩn đoán xác định bản chất hạch bằng các phương pháp khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

- **Phương pháp nghiên cứu**

Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được ghi nhận những đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, tiền căn, triệu chứng nhập viện và dấu hiệu thăm khám. Hạch trung thất và các đặc tính hình ảnh của hạch trung thất trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá chủ yếu qua chụp CLĐT ngực có cản quang: các hạch trung thất có đậm độ thấp, dạng mô mềm, hình tròn hay bầu dục. Bình thường kích thước lớn nhất của hạch đo theo trục ngang dưới 10mm, hạch lớn trên 10mm là bất thường[2].

- **Kỹ thuật thực hiện:** Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, kỹ thuật thực hiện dựa vào phương pháp NSTT đường cổ chuẩn theo tác giả Carlens, khảo sát và sinh thiết những nhóm hạch cạnh khí quản phải (2P và 4P), nhóm hạch cạnh khí quản trái (2T và 4T) và nhóm hạch dưới carina[1, 12].

Bộ NSTT bao gồm dụng cụ nội soi trung thất Karl Storz có gắn camera, màn hình video, nguồn sáng, bộ phận xử lý hình ảnh, máy in hình ảnh và những dụng cụ thao tác trong NSTT như ống hút nội soi, dụng cụ bóc tách nội soi, dụng cụ lấy mẫu. Mẫu mô được gửi giải phẫu bệnh, một số trường hợp có làm cắt lạnh và hóa mô miễn dịch.

Ghi nhận vị trí lấy mẫu, thời gian phẫu thuật, các biến chứng trong và sau thực hiện và

kết quả mô học. Chúng tôi chia làm 2 nhóm, nhóm 1 có hội chứng TMCT và nhóm 2 không có hội chứng TMCT.

Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Vị trí hạch trung thất trên phim CT ngực và lấy mẫu

Hạch cạnh KQ (P) xuất hiện thường xuyên

265/301 (88%), tiếp theo hạch dưới carina 97/301 (32%) và hạch cạnh khí quản (T) 38/301 (13%). Chúng tôi tiến hành lấy mẫu sinh thiết tại vị trí cạnh KQ (P) chiếm đa số 234/301 (77.7%), tiếp theo là cạnh KQ (T) 35/301 (11.6%) và cuối cùng là dưới carina 32/301(10.6%). Trong đó những bệnh nhân có hội chứng tĩnh mạch chủ trên, chúng tôi chỉ tiến hành sinh thiết mẫu ở vị trí cạnh KQ (P).

Bảng 3.1: Phân bố vị trí hạch trung thất trên phim CT ngực và vị trí lấy mẫu

	Nhóm 1	Nhóm 2	Tổng số
Hạch TT trên CT			
Cạnh KQ phải	18(66.7%)	152(55.5%)	170(56.5%)
Cạnh KQ phải+dưới Carina	9(33.3%)	84(30.7)	93(30.9%)
Cạnh KQ phải+Cạnh KQ trái	0	16(5.8%)	16(5.3%)
Cạnh KQ phải+Cạnh KQ trái+dưới Carina	0	13(4.7%)	13(4.3%)
Cạnh KQ trái	0	9(3.3%)	9(3%)
Vị trí lấy mẫu			
Cạnh KQ phải	27(100%)	207(75.5%)	234(77.7%)
Dưới Carina	0	32(11.7%)	32(10.6%)
Cạnh KQ trái	0	35(12.8%)	35(11.6%)
			P=0.014
Tổng số	27	274	301
	9%	91%	100%

3.2. Thời gian phẫu thuật, biến chứng và giải phẫu bệnh lý

Thời gian phẫu thuật trung bình cả hai nhóm là 35.2 phút, trong đó nhóm có hội chứng TMCT là 44.8 phút và nhóm không có hội chứng TMCT là 34.3 phút.

Không bệnh nhân tử vong cả 2 nhóm, biến chứng chung là 5/301 (1.7%). Biến chứng nhóm có hội chứng TMCT là 7.4% bao gồm 1 chảy máu do đứt động mạch phế quản và 1 khàn tiếng.

biến chứng nhóm không có hội chứng TMCT là 1.1%, bao gồm 1 chảy máu do đứt động mạch nuôi hạch, 1 suy hô hấp sau mổ cần phải thở máy và 1 tụ máu sau mổ. Tất cả những biến chứng đều điều trị hiệu quả.

Hạch lao chiếm đa số 48.5%, tiếp đến là carcinoma 33.9%. Tất cả những bệnh nhân có hội chứng TMCT, giải phẫu bệnh đều là ác tính, carcinoma chiếm 81.5% và lymphoma chiếm 19.5%.

Bảng 3.2: Thời gian phẫu thuật, biến chứng và giải phẫu bệnh lý

	Nhóm 1	Nhóm 2	
Thời gian phẫu thuật			
(Phút)	44.8	34.3	P<0.0001
Biến chứng			
Tử vong	0	0	0
Biến chứng lớn	1(3.7%)	2(0.7%)	3(1%)
Biến chứng nhỏ	1(3.7%)	1(0.4%)	2(0.7%)
			P=0.041
Giải phẫu bệnh lý			
Lao	0	146(53.3%)	146(48.5%)
Carcinoma	22(81.5%)	80(29.2%)	102(33.9%)
Sarcoidosis	0	20(7.3%)	20(6.6%)
Hạch viêm	0	18(6.6%)	18(6%)
Lymphoma	5(18.5%)	10(3.6%)	15(5%)
			P<0.0001

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Tuổi, giới của dân số nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân nhóm 1 là 59.04 tuổi, tỉ lệ ung thư di căn hạch chiếm đa số 81.5%, trong khi đó ở nhóm 2 là 40.5 tuổi và kết quả hạch lao phổ biến 53.3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0.001$. Tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 6:4. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự một số tác giả trên thế giới như Lemaire và cs[7] nghiên cứu 2145 bệnh nhân trong đó 1253 là nam, tương đương tỉ lệ nam/nữ là 6:4[9], Nguyễn Đức Thắng và cs[13] có 18 nữ trong số 49 trường hợp NSTT lấy mẫu, tỉ lệ nam : nữ là 6 : 4.

4.2. Liên quan lâm sàng hội chứng TMCT và thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật của trung bình chúng tôi là 35.2 phút, tương đương với tác giả Venissac và cs[18] là 36.6 phút, Nguyễn Đức Thắng và

cs[13] là 34.7 phút. Trong đó, nhóm 1 có thời gian phẫu thuật dài hơn (44.8 phút) so nhóm 2 (34.3 phút). Điều này được giải thích do những bệnh nhân có hội chứng TMCT có nhiều mạch máu tăng sinh nên thực hiện bóc tách rất chậm và tốn nhiều thời gian để cầm máu. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Pop và cộng sự thì thời gian NSTT ở những bệnh nhân có hội chứng TMCT là 18 phút và 34 phút cho những bệnh nhân không có hội chứng TMCT[14]

4.3. Liên quan lâm sàng hội chứng TMCT và biến chứng

Trong số 301 NSTT chúng tôi ghi nhận 27 trường hợp có hội chứng TMCT, tương đương 9% trường hợp. Pop và cs[14] ghi nhận 31 trường hợp có hội chứng TMCT trong số 447 bệnh nhân, chiếm 7,4%. Tác giả Nguyễn Đức Thắng và cs[13] nghiên cứu 49 trường hợp NSTT sinh thiết u và hạch trung thất thì những trường hợp lâm sàng có hội chứng TMCT thì không thực hiện.

Tỉ lệ biến chứng chung của chúng tôi thấp (1.7%). Trong 27 trường hợp có hội chứng TMCT được NSTT, chúng tôi đều thực hiện lấy mẫu ở vị trí cạnh KQ phải (100%), có 1 biến chứng chảy máu (3.7%) và 1 biến chứng khàn tiếng (3.7%), tỉ lệ biến chứng chung là 7.4%, thấp hơn Schraufnagel và cs (14%), Gamez và cs (21.7%), cũng như tỉ lệ biến chứng chung của một số tác giả là 10.9% (41 trường hợp biến chứng trong tổng số 377 trường hợp nội soi trung thất có hội chứng TMCT). Tuy nhiên, tỉ lệ này cao hơn một số tác giả như Pop và cs (6.4%), Vanderhoeft và cs (3.2%), Jahangiri và cs (2.9%), Fernandez và cs (3.1%)[14]

Lemaire hồi cứu 2145 bệnh nhân NSTT từ 1996 đến 2005 có 1 ca (0.05%) tử vong do tổn thương động mạch phổi và có 1.07% biến chứng bao gồm chảy máu, tổn thương thần kinh quặt ngược, tổn thương khí quản và tràn khí màng phổi[7], tỉ lệ này cũng tương đương của Wei 1.3%[17] và Karfis 1.4% [6]. Một vài công trình nghiên cứu cho thấy tỉ lệ biến chứng NSTT lấy mẫu rất thấp như tác giả Hammoud và cs thực hiện nội soi trung thất lấy mẫu 2137 bệnh nhân nhưng chỉ có 4 trường hợp tử vong và 12 trường hợp có biến chứng, tỉ lệ 0.75%[4].

4.4. Hiệu quả NSTT trên những bệnh nhân hội chứng TMCT

Tỉ lệ hiệu quả của NSTT trên những bệnh nhân có hội chứng TMCT từ 71-100% (trung bình 89.5%). Nghiên cứu của chúng tôi hiệu quả 100%. Nhiều tác giả trên thế giới cũng đạt được hiệu quả 100% như Lewis và cs (15 NSTT), Fernandez và cs (22 NSTT), Mineo và cs (80 NSTT), Pop và cs (31 NSTT)[14].

Kết quả giải phẫu bệnh của chúng tôi ở nhóm hội chứng TMCT 100% là ác tính, trong đó 81.5% là carcinoma và 18.5% là lymphoma. Pop

và cs thực hiện 31 trường hợp có 25.8% NSCLC, 51.6% SCLC và 22.6% lymphoma. Trong khi đó tỉ lệ chung 2 nhóm của chúng tôi thì lao hạch chiếm đa số 48.5%[14].

V. KẾT LUẬN:

Đây là phương pháp chẩn đoán ít biến chứng và hiệu quả cao. Chúng tôi tin rằng NSTT vẫn là thủ thuật chọn lựa đầu tiên để chẩn đoán những bệnh lý hạch trung thất có hội chứng TMCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carlens, E., *Mediastinoscopy: a method for inspection and tissue biopsy in the superior mediastinum*. Dis Chest, 1959. **36**: p. 343-52.
2. Gdeedo, A., et al., *Prospective evaluation of computed tomography and mediastinoscopy in mediastinal lymph node staging*. Eur Respir J, 1997. **10**(7): p. 1547-51.
3. Guerra, M., *Video-mediastinoscopy is still the gold standard*. Rev Port Pneumol, 2014. **20**(1): p. 52.
4. Hammoud, Z.T., et al., *The current role of mediastinoscopy in the evaluation of thoracic disease*. J Thorac Cardiovasc Surg, 1999. **118**(5): p. 894-9.
5. Hujala, K.T., J.I. Sipila, and R. Grenman, *Mediastinoscopy--its role and value today in the differential diagnosis of mediastinal pathology*. Acta Oncol, 2001. **40**(1): p. 79-82.
6. Karfis, E.A., et al., *Video-assisted cervical mediastinoscopy: our seven-year experience*. Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery, 2008. **7**(6): p. 1015-1018.
7. Lemaire, A., et al., *Nine-year single center experience with cervical mediastinoscopy: complications and false negative rate*. Ann Thorac Surg, 2006. **82**(4): p. 1185-9; discussion 1189-90.
8. Nalladaru, Z.M. and A. Wessels, *The role of mediastinoscopy for diagnosis of isolated mediastinal lymphadenopathy*. Indian J Surg, 2011. **73**(4): p. 284-6.
9. Porte, H., et al., *The role of mediastinoscopy in the diagnosis of mediastinal*

- lymphadenopathy*. Eur J Cardiothorac Surg, 1998. **13**(2): p. 196-9.
10. Ge, X., et al., *Comparison of Endobronchial Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration and Video-Assisted Mediastinoscopy for Mediastinal Staging of Lung Cancer*. Lung, 2015. **193**(5): p. 757-66.
 11. Yasufuku, K., et al., *A prospective controlled trial of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration compared with mediastinoscopy for mediastinal lymph node staging of lung cancer*. J Thorac Cardiovasc Surg, 2011. **142**(6): p. 1393-400 e1.
 12. De Leyn, P., et al., *Revised ESTS guidelines for preoperative mediastinal lymph node staging for non-small-cell lung cancer*. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 2014. **45**(5): p. 787-798.
 13. Nguyễn Đức Thắng, T.T.K., Lê Hải Sơn và Ngô Vi Hải, “*Kết quả nội soi trung thất sinh thiết u và hạch tại Bệnh viện TŨQĐ 108*”. *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, 2013. số **01**(tập 3): p., tr.40-45.
 14. Pop, D., et al., *Video-Assisted Mediastinoscopy in Superior Vena Cava Obstruction: To Fear or Not to Fear?* Journal of Thoracic Oncology. **7**(2): p. 386-389.
 15. Chabowski, M., et al., *The role of mediastinoscopy in the diagnosis of thoracic disease: one-year single center experience*. Adv Exp Med Biol, 2015. **852**: p. 1-4.
 16. Mao, F., et al., [*The application of mediastinoscopy in the differential diagnosis and preoperative staging on lung cancer*]. Zhongguo Fei Ai Za Zhi, 2014. **17**(2): p. 171-4.
 17. Wei, B., et al., *The safety and efficacy of mediastinoscopy when performed by general thoracic surgeons*. Ann Thorac Surg, 2014. **97**(6): p. 1878-83; discussion 1883-4.
 18. Venissac, N., M. Alifano, and J. Mouroux, *Video-assisted mediastinoscopy: experience from 240 consecutive cases*. Ann Thorac Surg, 2003. **76**(1): p. 208-12.
 19. Sayar, A., et al., *Comparison of video-assisted mediastinoscopy and video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy for lung cancer*. Gen Thorac Cardiovasc Surg, 2011. **59**(12): p. 793-8.