

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI LÒNG NGỰC CẮT U TUYẾN ỨC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

*Nguyễn Khánh\*, Nguyễn Văn Nam\*, Nguyễn Ngọc Trung\*, Lê Việt Anh\*, Trần Thanh Bình\*, Lại Hợp Hậu\*, Vũ Anh Hải\*, Đặng Tuấn Nghĩa\*, Phan Duy Nguyễn\*, Nguyễn Trường Giang\**

### TÓM TẮT

53 bệnh nhân u tuyến ức, có và không có nhược cơ, được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2013 đến 07/2017. Tuổi trung bình là  $46,5 \pm 7,1$ ; tỷ lệ nữ/nam là 1,2; có 84,9% bệnh nhân nhược cơ, hầu hết là nhóm IIA. Không có tử vong trong thời gian nằm viện và các biến chứng phức tạp. Thời gian mổ trung bình là 65 phút; thời gian hồi sức trung bình là  $22 \pm 5$  giờ và thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $7,5 \pm 1,7$  ngày. Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức đạt kết quả tốt và an toàn cho các bệnh nhân, có hoặc không có nhược cơ.

*Từ khóa:* phẫu thuật nội soi lồng ngực, nhược cơ, u tuyến ức.

### SUMMARY

#### THE INITIAL RESULTS OF THORACOSCOPIC THYMECTOMY FOR THYMOMA IN MILITARY HOSPITAL 103

53 thymoma patients with or without myasthenia gravis (MG) who underwent VATS thymectomy in Military hospital 103, from 10/2013 to 07/2017. The mean age was  $46.5 \pm 7.1$ ; the male/female ratio was 1.2; MG was presented in 84.9% of patients, mostly at MG stage IIA. There was no in-hospital mortality or major postoperative complication. The mean operative time was 65 mins, intensive care length of stay  $22 \pm 5$  hrs, and postoperative in-hospital length of stay  $7.5 \pm 1.7$  days. Thoracoscopic thymectomy for thymoma in Vietnamese patients achieved better cosmesis, and was safe for both non-MG and MG patients.

*Key words:* thoracoscopic surgery, myasthenia gravis, thymoma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức là khối u nguyên phát, có nguồn gốc từ các tế bào biểu mô của tuyến ức, gặp nhiều nhất ở trung thất trên và trước (90%), chiếm khoảng 5% - 21,7% các khối u trung thất và 47% các khối u nằm trong trung thất trước, khoảng 0,2% - 1,5% của tất cả các khối u ác tính. Theo thống kê của Hội Ung thư Hoa Kỳ năm 2010, tỷ lệ mắc bệnh u tuyến ức khoảng 15/100.000 dân. Tỷ lệ mắc nam/nữ là 1/1.

Theo nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đã khẳng định: khi đã chẩn đoán xác định là u tuyến ức thì phẫu thuật cắt tuyến ức và u tuyến ức là một phương pháp điều trị được lựa chọn đầu tiên và là phương pháp điều trị có hiệu quả nhất. Cho tới nay đã có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt u tuyến ức: qua đường giữa xương ức, đường cổ, phẫu thuật nội soi...Hiện nay tại Bệnh viện Quân y 103 thì việc sử dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) để cắt u tuyến ức đã trở thành thường quy. Để có những đánh giá thống nhất về PTNSLN cắt u tuyến ức, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân u tuyến ức và đánh giá các kết quả bước đầu của PTNSLN cắt u tuyến ức tại Bệnh viện Quân y 103.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

53 bệnh nhân chẩn đoán u tuyến ức, xác chẩn bằng giải phẫu bệnh sau mổ, có và không có nhược cơ, được PTNSLN cắt u tuyến ức tại Bệnh

\* Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y  
Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS. Nguyễn Trường Giang  
Ngày nhận bài: 01/05/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/05/2018  
Phản Biện Khoa học: GS.TS. Bùi Đức Phú  
PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

viện Quân y 103 từ 10/2013 đến 7/2017 theo một quy trình thống nhất. Phân loại nhược cơ dựa trên phân loại của Osseman năm 1979.

### 2.1. Cận lâm sàng

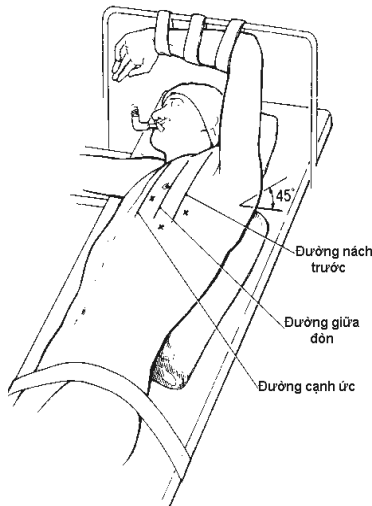
Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (CLVTLN) trước mổ cho tất cả các bệnh nhân, đo kích thước khối u. Nghiên cứu về giải phẫu bệnh sau mổ để xác nhận chẩn đoán và phân loại khối u. Các khối u tuyến ức được phân loại dựa trên phân loại của WHO 2004 (típ A, AB, B1, B2, B3 và ung thư

biểu mô tuyến ức (UTBMTU).

### 2.2. Phẫu thuật

\* **Vô cảm:** thông khí chọn lọc một phổi bằng ống nội khí quản hai nòng.

\* **Tư thế:** Bệnh nhân nằm nghiêng (về bên đối diện với bên can thiệp phẫu thuật) một góc 30<sup>0</sup>-45<sup>0</sup>, tay được đưa lên quá đầu và đệm gối ở vùng bả vai để bộc lộ rõ các khoang liên sườn (hình 1).



Hình 1. Tư thế bệnh nhân và vị trí các trocars

\* **Đường tiếp cận:** bên phải hay bên trái phụ thuộc vào vị trí u trên CLVTLN trước mổ.

\* **Các Trocar:** thường sử dụng 3 trocars

- Trocar 5mm ở liên sườn III đường nách trước để đưa dụng cụ.

- Trocar 10mm ở liên sườn IV (hoặc V) đường nách trước cho camera.

- Trocar 10mm ở liên sườn VI đường giữa đòn cho dụng cụ phẫu tích.

Trong trường hợp cần thiết có thể thêm một

trocar nữa để đưa dụng cụ hỗ trợ bộc lộ trường mổ.

\***Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Chỉ tiêu lâm sàng: tuổi, giới, tình trạng nhược cơ.

- Chỉ tiêu cận lâm sàng: kích thước khối u trên CLVTLN, mô bệnh học.

- Các chỉ tiêu phẫu thuật: thời gian mổ, chuyển mổ mở hay không, thời gian nằm hồi sức sau mổ, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ.

\* **Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0**

## III. KẾT QUẢ

**3.1. Lâm sàng:** Trong 53 bệnh nhân u tuyến ức được phẫu thuật bằng PTNSLN có tỉ lệ nữ/nam là 1.2. Hầu hết là nhược cơ nhóm IIA (Bảng 1).

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng**

Tuổi		46,5 ± 7,1 (21 - 71)
Giới	Nữ	29 (54,7%)
	Nam	24 (45,3%)
	Nữ/Nam	1,2
Nhược cơ	Nhóm IIA	33 (62,3%)
	Nhóm I	12 (22,6%)
Không có nhược cơ		8 (15,1%)

**3.2. Cận lâm sàng:** u tuyến ức tít AB là nhiều nhất với 17 (32,1%), sau đó là B2. Không có trường hợp nào là UTBMTU. Kích thước lớn nhất của khối u thuộc về nhóm AB và B2 (Bảng 2).

**Bảng 2. Kích thước và mô bệnh học của u tuyến ức**

Tít mô bệnh học	N (%)	Đường kính lớn nhất của u (mm)
A	12 (22,6%)	43,5 ± 22,91
AB	17 (32,1 %)	56,87 ± 25,98
B1	9 (17%)	47,75 ± 16,37
B2	14 (26,4%)	35,5 ± 7,77
B3	1 (1,9%)	57
Ung thư biểu mô tuyến ức	0	0
Tổng số	53 (100%)	50,87 ± 23,26

**3.3. Phẫu thuật:** hầu hết các can thiệp là từ bên trái (92,5%), một trường hợp khó cần thiết phải sử dụng bốn trocar, bốn trường hợp phải chuyển mổ mở, ba biến chứng sau mổ. Không có tử vong trong thời gian nằm viện và các biến chứng phức tạp. Thời gian mổ trung bình là 65 phút, thời gian hồi sức trung bình là 22 ± 5 giờ và thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,5 ± 1,7 ngày (Bảng 3).

**Bảng 3. Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức**

Chỉ tiêu		N (%)
Bên can thiệp	Phải	49 (92,5%)
	Trái	4 (7,5%)
Số trocars	3	52 (98,1%)
	4	1 (1,9%)
Tử vong trong mổ		0 (0%)
Tử vong trong thời gian nằm viện		0 (0%)
Chuyển mổ mở		4 (7,5%)
Biến chứng sau mổ	Suy hô hấp	2 (3,8%)
	Tràn dịch màng phổi	1 (1,9%)
Thời gian mổ (phút)		65 ± 35
Thời gian nằm hồi sức (giờ)		22 ± 5
Số ngày điều trị sau mổ (ngày)		7,5 ± 1,7

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Chỉ định phẫu thuật

Tuổi trung bình các bệnh nhân là  $46,5 \pm 7,1$ , hầu hết nằm trong độ tuổi từ 20 đến 50, với khoảng tuổi rất rộng từ 21 đến 71, ở cả hai giới nam và nữ, với tỉ lệ giữa nữ và nam là 1,2. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Drachman (1988) [4] với tỉ lệ là 1,5. Có thể nói rằng PTNSLN cắt u tuyến ức có thể áp dụng được với các bệnh nhân mọi lứa tuổi và ở cả hai giới.

Nhược cơ rất hay gặp ở các bệnh nhân u tuyến ức (84,9%), nhất là ở nhóm I và IIA (37,8% và 62,2%). Strollo và cộng sự (1997) báo cáo với tỉ lệ thấp hơn chúng tôi là có khoảng 30 - 50% u tuyến ức có biểu hiện nhược cơ [16]. Chúng tôi thường sẽ không chỉ định cho các bệnh nhân nhược cơ nhóm IIB trở lên, bởi dễ gây các biến chứng sau mổ, đặc biệt là suy hô hấp. Các bệnh nhân này sẽ phải điều trị tích cực bằng nội khoa, thậm chí bằng tách huyết tương, nhằm ổn định hoặc cải thiện tình trạng nhược cơ. Sẽ xem xét chỉ định mổ nếu tình trạng nhược cơ ổn định, và nâng nhóm từ IIA trở xuống.

Theo WHO, u biểu mô tuyến ức có hai loại: u tuyến ức và UTBMTU. Trong đó u tuyến ức lại được chia làm 5 típ: A, AB, B1, B2, B3, mỗi loại đều có giá trị tiên lượng riêng. Típ A, AB, and B1 là những típ có mức độ “ác tính” thấp hơn những típ B2 và B3 [8]. Năm 2006 Frank và cộng sự báo cáo tỉ lệ sống sau theo dõi 10 năm đối với từng típ tế bào: 97% đối với típ A, 95% đối với típ AB, 92% đối với típ B1, 81% đối với típ B2, 62% đối với típ B3 và 29% đối với UTBMTU [5]. Rõ ràng UTBMTU là loại có tiên lượng kém nhất trong 6 loại. Trên thực tế lâm sàng, dự đoán sự ác tính rất quan trọng trong việc đề ra chiến lược điều trị và phương pháp mổ (nội soi hay mổ mở). Trong nghiên cứu của chúng tôi, típ có nguy cơ ác tính thấp chiếm nhiều hơn (32,1%), sau đó mới là các

típ B2 và B3 (28,3%). Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Tomiyama và cộng sự (2002) trên 53 bệnh nhân thì típ AB cũng là cao nhất (26,4%) [17]. Trái ngược với nghiên cứu của Jeong và cộng sự (2006) thì tỉ lệ cao nhất lại là các típ có nguy cơ cao là B2 và B3 (49,5%) [8]. Chúng tôi không gặp trường hợp UTBMTU nào trong khi các tác giả khác lại báo cáo với tỉ lệ khá cao, như Jeong là 15/91 ca (16,5%), Tomiyama là 8/53 ca (15,1%) [8], [17].

Trong khi nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng UTBMTU thường có kích thước to hơn các loại khác, vấn đề là có mối liên quan nào giữa kích thước u và nguy cơ ác tính không? Trong nghiên cứu của Liu và cộng sự (2012) trên 105 bệnh nhân đã chỉ ra rằng nhóm nguy cơ ác tính cao (B2, B3) thì có kích thước to hơn nhóm có nguy cơ ác tính thấp (A, AB, và B1) [6]. Đối với Tomiyama (2002) thì lại báo cáo típ có kích thước nhỏ nhất là típ A. nhưng cũng không có sự khác biệt giữa các nhóm AB, B1, B3 [17]. Jeong và cộng sự (2004) cũng không tìm thấy sự khác biệt giữa kích thước của hai nhóm (A, AB, và B1) và (type B2 và B3) [8]. Tương tự như vậy, kết quả của chúng tôi cũng chỉ ra rằng: không có sự khác biệt giữa kích thước khác nhau của các típ u tuyến ức (Bảng 2). Thực tế kích thước nhỏ hơn lại nằm ở típ B2 ( $35,5 \pm 7,77$  mm), trong khi kích thước to nhất lại là ở nhóm AB ( $56,8 \pm 25,9$ mm). Mặt khác chúng tôi tin rằng kích thước u còn phụ thuộc vào tuổi bệnh, và mức độ ác tính cũng không chỉ phụ thuộc vào kích thước của khối u (có những u kích thước nhỏ nhưng lại có mức độ ác tính rất cao). Do đó, kích thước u là một vấn đề có ý nghĩa tiên lượng, giúp cho chúng ta lựa chọn phương pháp mổ thích hợp.

### 4.2. Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức

Với kinh nghiệm của chúng tôi thì đều tiến hành PTNSLN cắt u tuyến ức với gây mê thông

khí chọn lọc một phổi bằng ống nội khí quản hai nòng, và tư thế nghiêng 45 độ. Tác giả Yim và cộng sự (1995) lại đề xuất tư thế nghiêng 90 độ [2]. Việc lựa chọn đường tiếp cận bên phải hay bên trái phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và chẩn đoán giải phẫu của khối u trên phim CLVTLN trước mổ. Trong khi Yim và cộng sự (1995) hay đi đường bên phải, thì các phẫu thuật viên Châu Âu lại lựa chọn bên trái [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì đường tiếp cận bên phải lại là chủ yếu (92,5%). Tuy nhiên thực tế cho thấy rằng đường tiếp cận bên phải sẽ cho trường mổ rộng hơn, kiểm soát tốt hơn tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch vô danh, vì vậy cũng sẽ hạn chế các tai biến. Nhưng chúng tôi chưa thấy có sự khác biệt nào về mặt thống kê đối với bên tiếp cận.

Với 3 trocars: một trocar cho camera và hai cho dụng cụ, khi cần thiết có thể sử dụng bốn, hoặc năm trocar. Tác giả Tommaso Claudio Mineo [18] hay sử dụng bốn trocar. Trong 53 ca của chúng tôi, chúng tôi có thể cắt thuận lợi và an toàn bằng ba trocar, duy nhất một trường hợp là sử dụng thêm trocar thứ tư (1,9%) khi chúng tôi gặp một trường hợp u kích thước to, cần thêm một dụng cụ hỗ trợ để giữ khối u.

PTNSLN cắt u tuyến ức thì không chỉ cắt u mà còn phải cắt cả tuyến ức, thậm chí là cả mỡ trong trung thất. Chúng tôi có bốn trường hợp phải chuyển sang mổ mở do chảy máu, u kích thước quá to, và u xâm lấn mạch máu lớn. Do đó phải nghiên cứu thật kỹ đặc điểm của khối u trên CLVTLN trước mổ, để có kế hoạch tốt nhất và tránh phải chuyển sang mổ mở.

Ngoại trừ hai trường hợp suy hô hấp sau mổ (3,8%) và một tràn dịch màng phổi sau mổ (1,9%) thì chúng tôi không có trường hợp tử vong hay các biến chứng nặng nề nào khác. Biến chứng suy hô hấp sau mổ gặp ở nhóm bệnh nhân

nhược cơ, nhưng cũng chỉ đòi hỏi phải thông khí hỗ trợ sau mổ trong 24 - 48 giờ. Nguy cơ suy hô hấp sau mổ đối với các bệnh nhân nhược cơ có thể được giảm xuống không chỉ là điều trị trước mổ mà còn là vấn đề giảm đau. PTNSLN không phải cura xương ức là vấn đề giảm đau quan trọng với các bệnh nhân nhược cơ, bệnh nhân đỡ đau và thở tốt hơn. Chúng tôi không gặp biến chứng tràn khí màng phổi như tác giả Loscertales J và Popescu I [7], [14].

Thời gian phẫu thuật ngắn hơn đi đôi với kinh nghiệm phẫu thuật dài hơn. Trong khi thời gian phẫu thuật trung bình là  $65 \pm 35$  phút, nhất là thời gian sau này khi đã có nhiều kinh nghiệm hơn thì thời gian đã được rút ngắn hơn với 19/53 ca thời gian mổ dưới 60 phút. So sánh với các tác giả khác như Yim (1999): 107 phút [3], Tommaso Claudio Mineo (1996): 160 phút [18] và Popescu I (2002) là 90 phút [14].

Việc hồi sức tích cực và điều trị sau phẫu thuật cắt tuyến ức đã được cải thiện rất nhiều nhờ PTNSLN, được chỉ ra bởi số lượng bệnh nhân và thời gian nằm điều trị đều ít hơn so với trước. Thời gian các bệnh nhân của chúng tôi nằm ở khoa hồi sức là  $22 \pm 5$  giờ (1 - 72 giờ), thời gian điều trị sau mổ trung bình là  $7,5 \pm 1,7$  ngày. So sánh với các tác giả khác thì vẫn còn dài hơn như 5 ngày Anthony P.Yim (1995), Tommaso Claudio Mineo [17] 3 ngày, Mack M.J (1996) [9] 4 ngày, Popescu I (2002) [14] 2,28 ngày. Tuy nhiên nếu so với mổ mở trước kia thì rõ ràng thời gian này đã được rút ngắn đi rất nhiều (9,4 và 15 ngày).

## V. KẾT LUẬN

PTNSLN cắt u tuyến ức là một phẫu thuật an toàn, có thể áp dụng rộng rãi kể cả cho các trường hợp nhược cơ, không có tử vong, ít tai biến và biến chứng, kết quả tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anthony P.Yim (1995)**. Thoracoscopic surgery: an overview. *Video assisted thoroscopic surgery Workshop, 2<sup>nd</sup> asian Pacific Congress of Endoscopic Surgery*, pp.1440-1443.
2. **Anthony P.C Yim, Richard L.C.Kay, Mohammad Bashar Izzat**. Video-assisted thoracoscopic thymectomy for myasthenia gravis. *Chest* 1995;108: 1440–1443.
3. **Anthony P. Yim (1999)**. Thoracoscopy and video-assisted thoracic surgery.
4. **Drachman DB, Mcintosh KR, Silva S, Kuncl RW, Kahn C (1988)**. "Strategies for the Treatment of Myasthenia Gravis", *Ann NY Acad. Sci*, 540, pp. 176-183.
5. **Detterbeck FC**. Clinical value of the WHO classification system of thymoma. *Ann Thorac Surg* 2006; 81: 2328-2334
6. Liu GB, Qu YJ, Liao MY, Hu HJ, Yang GF, Zhou SJ. Relationship Between CT Manifestations of Thymic Epithelial Tumors and the WHO Pathological Classification; *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 13, 2012*.
7. **Loscertales J, Jiménez Merchán R, Arenas Linares CJ, García Díaz F, Girón Arjona JC, Congregado Loscertales M, Martínez Parra C, Izquierdo Ayuso G (1999)**, "The treatment of myasthenia gravis by video thoracoscopic thymectomy", *The technic and the initial results, Arch Bronconeumol*.
8. **Jeong YJ, Lee KS, Kim J, Shim YM, Han J, Kwon OJ**. Does CT of Thymic Epithelial Tumors Enable Us to Differentiate Histologic Subtypes and Predict Prognosis? *AJR Am J Roentgenol* 2004; 183: 283-289
9. **Kyriakos Anastasiadis, Chandi Ratnatunga (2007)**. The Thymus Gland Diagnosis and Surgical Management, *Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp.70-74*.
10. **Mack M.J, Landreneau R.J., Yim A.P., Hazelrigg S.R., Scruggs G (1996)** "Results of video-assisted thymectomy in patients with myasthenia gravis", *JThorac Cardiovasc Surg*, 112 (5), pp. 1352-60.
11. **Mack M.J, Scruggs G (1998)**, "Video-assited thoracic surgery thymectomy for myasthenia gravis", *Chest surg clin north america*, 8 (4), pp. 809-25.
12. **Mineo TC, PompeoE., Ambrogi V, Sabato AF, Bernardig (1996)** "Adjuvantpneumomediastinum thoracoscopic thymectomy for Myasthenia gravis" *Ann Thoracsurg* 62, pp.853-9
13. **Mineo TC, Pompeo E, Lerut TE, Bernardi G, Coosemans W, Nofroni I**. Thoracoscopic thymectomy in autoimmune myasthenia: results of lef-sided approach. *Ann Torac Surg* 2000; 69:1537–1541
14. **Popescu I, Tomulescu V, Ion V, Tulbure D (2002)**, "Thymectomy by thoracoscopic approach in myasthenia gravis". *Surgery Endoscopic*.
15. **Rea F., Bortolottil, Firardir., et al (2003)**, "Thoracoscopic thymectomy with "Da Vinci" Surgical System in patient with Myasthenia gravis", *Interact CardiovasThoracsurg*, PP. 70 -72.
16. **Strollo DC, Rosado de Christenson ML, Jett JR. (1997)**. Primary mediastinal tumors. *Part 1: Tumors of the anterior mediastinum. Chest* 1997; 112:511-22.
17. **Tomiyama N, Johkoh T, Mihara N, et al**. Using the World Health Organization Classification of thymic epithelial neoplasms to describe CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 179: 881-886
18. **Tommaso Claudio Mineo, MD, Eugenio Pompeo, MD, Vincenzo Ambrogi, MD, Alessandro F. Sabato, MD, Giorgio Bernardi, MD, Carlo U. Casciani, MD (1996)**, "Adjuvant Pneumomediastinum in Thoracoscopic Thymectomy for Myasthenia Gravis", *Ann Thorac Surg*, 62, pp. 1210- 1212.
- Yoshino I., Hashizume M., Shimada M., Tomikawa M., Tomiyasu M., Suemitsu R, Sugimachi K (2001)**, "Thoracoscopic thymectomy with the da Vinci computer-enhanced surgical system", *J thorac Cardiovasc Surg*, 122(4), pp. 783-5.