

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC ĐIỀU TRỊ U TUYẾN ỨC GIAI ĐOẠN SỚM CÓ NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Việt Anh<sup>1</sup>, Vũ Anh Hải<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả sớm của phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) điều trị u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng, hồi cứu trên 46 bệnh nhân (BN) u tuyến ức có nhược cơ, u tuyến ức giai đoạn Masaoka I, II, được PTNSLN cắt u và tuyến ức tại Bệnh viện Quân y 103 từ 10/2015 - 4/2021. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình là  $76,08 \pm 32,47$  phút, lượng máu mất trung bình trong mổ là  $31,08 \pm 31,23$  ml. Đa số BN (93,5%) sau mổ được về luôn khoa hoặc chỉ nằm hồi sức trong vòng 24 giờ, thời gian rút dẫn lưu trung bình là  $51,47 \pm 12,68$  giờ và thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $9,52 \pm 5,22$  ngày. Không có BN tử vong trong thời gian nằm viện và các biến chứng phức tạp. **Kết luận:** PTNSLN điều trị u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ là phẫu thuật có tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp (2,2%) và an toàn.

\* Từ khoá: Phẫu thuật nội soi lồng ngực; Nhược cơ; U tuyến ức, Masaoka.

### *Comment the Results of Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for Early-Stage Thymoma with Myasthenia Gravis at Military Hospital 103*

#### Summary

**Objectives:** To review the early result of video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) for early-stage thymoma with myasthenia gravis (MG) at Military Hospital 103. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive and cross-sectional study with no control on 46 thymoma patients with MG, Masaoka I, II who underwent VATS thymectomy at Military Hospital 103 from 10/2015 to 4/2021 were included. **Results:** Mean operation time was  $76.08 \pm 32.47$  minutes, mean blood loss was  $31.08 \pm 31.23$  ml, most patients (93.5%) following the surgery were not in ICU or in ICU less than 24 hours, thoracic drainage duration was  $51.47 \pm 12.68$  hours, and post-operative in-hospital length of stay  $9.52 \pm 5.22$  days. There was no in-hospital mortality and major post-operative complications. **Conclusion:** VATS for early-stage thymoma with MG was safe for MG patients and had fewer complications (2.2%).

\* Keywords: Video-assisted thoracoscopic surgery; VATS; Myasthenia gravis; Thymoma; Masaoka.

<sup>1</sup>Bộ môn - Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Người phản hồi: Lê Việt Anh (dr.levietanh@gmail.com)

Ngày nhận bài: 25/6/2021

Ngày được chấp nhận đăng: 09/7/2021

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức (thymoma) là khối u nguyên phát, đa số nằm ở trung thất trước trên, với kiểu hình đa dạng về mô bệnh học và giai đoạn. Kết quả của quá trình điều trị phụ thuộc nhiều vào tít mô bệnh học và giai đoạn của u tuyến ức. Ứng dụng nhiều nhất trên lâm sàng là cách phân chia giai đoạn u tuyến ức theo Masaoka năm 1981 [1]. Với sự phát triển của nội soi và trang thiết bị, hiện nay PTNSLN được sử dụng phổ biến đối với u tuyến ức, nhất là ở giai đoạn sớm. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá các kết quả sớm của PTNSLN điều trị u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

46 BN u tuyến ức có nhược cơ, u tuyến ức giai đoạn Masaoka I, II, được điều trị bằng PTNSLN, có kết quả mô bệnh học sau mổ là u tuyến ức tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 từ 10/2015 - 4/2021.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang, không đối chứng, hồi cứu.

\* *Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:* Tuổi, giới tính.

\* *Giai đoạn u tuyến ức:* Theo phân loại giai đoạn u tuyến ức của Masaoka A [1].

- Giai đoạn I: U tuyến ức còn phát triển trong bao, không có biểu hiện xâm lấn vỏ bao về mặt vi thể.

- Giai đoạn II: U có xâm lấn về đại thể vào tổ chức mỡ xung quanh hoặc vào màng phổi trung thất và xâm lấn ra vỏ bao về mặt vi thể.

- Giai đoạn III: U có xâm lấn về mặt đại thể vào các tổ chức lân cận như phổi, mạch máu lớn.

- Giai đoạn IV:

+ IVa: U có xâm lấn lan tỏa vào màng phổi hoặc màng tim.

+ IVb: U có di căn đi xa theo đường bạch mạch hoặc đường máu

\* *Mô bệnh học:* Hóa mô miễn dịch cho tất cả u, các tít A, AB, B1, B2, B3.

\* *Kết quả sớm của PTNSLN cắt u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ:*

- Trong mổ: Tai biến, thời gian mổ (phút), lượng máu mất trong mổ (ml).

- Sau mổ: Biến chứng, thời gian nằm hồi sức sau mổ, thời gian rút dẫn lưu, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

\* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS version 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Phần lớn bệnh gặp ở lứa tuổi > 40 (76,1%). Tuổi trung bình:  $46,13 \pm 11,37$  tuổi.

- Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (nữ/nam: 1,19).

- Triệu chứng lâm sàng: 10 BN (21,7%) nhược cơ nhóm I và 78,3% nhược cơ nhóm II.

**2. Giai đoạn u tuyến ức theo Masaoka**

*Bảng 1:* Phân loại giai đoạn khối u tuyến ức theo Masaoka và mô bệnh học u tuyến ức.

Giai đoạn của Masaoka	Mô bệnh học				Tổng (n, %)	p
	A	AB	B1	B2		
I	7	14	10	4	35 (76,1)	> 0,05
II	2	2	0	7	11 (23,9)	
Tổng (n, %)	9 (19,6)	16 (34,8)	10 (21,7)	11 (23,9)	100	

Đa số các khối u tuyến ức là ở giai đoạn I (76,1%). Không có mối liên hệ giữa giai đoạn và mô bệnh học của u tuyến ức ( $p > 0,05$ ).

**3. Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103**

*Bảng 2:* Giai đoạn u theo Masaoka và tai biến phẫu thuật.

		Giai đoạn u theo Masaoka		Tổng
		I	II	
Tai biến phẫu thuật	n	1	0	1
	%	2,2	0	2,2

Có duy nhất 01 trường hợp tai biến trong phẫu thuật phải chuyển sang mổ mở, ở giai đoạn Masaoka I.

*Bảng 3:* Đặc điểm trong mổ PTNSLN điều trị u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ.

Chỉ tiêu	Số BN	Tỷ lệ (%)
Thời gian mổ (phút)	≤ 60	47,8
	> 60 - 120	45,7
	> 120	6,5
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút) ( $\bar{X} \pm SD$ )	76,08 ± 32,47	
Lượng máu mất trung bình trong mổ (ml) ( $\bar{X} \pm SD$ )	31,08 ± 31,23	

Có 2,2% trường hợp tai biến, thời gian phẫu thuật trung bình là 76,08 phút. Có 47,8% trường hợp phẫu thuật trong vòng 60 phút. Lượng máu mất trung bình trong mổ: 31,08 ml.

Bảng 4: Kết quả sớm PTNSLN điều trị u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ.

Chỉ tiêu		Số BN	Tỷ lệ (%)
Thời gian hồi sức (giờ)	Không qua hồi sức	35	76,1
	≤ 24	8	17,4
	> 24 - 48	2	4,3
	> 48	1	2,2
Thời gian rút dẫn lưu (giờ)	≤ 24	1	2,2
	> 24 - 48	34	73,9
	> 48	11	23,9
Thời gian rút dẫn lưu trung bình (giờ) ( $\bar{X} \pm SD$ )		51,47 ± 12,68	
Biến chứng		5	10,9
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	≤ 7	22	47,8
	8 - 10	15	32,6
	> 10	9	19,6
Thời gian nằm viện sau mổ trung bình (ngày) ( $\bar{X} \pm SD$ )		9,52 ± 5,22	

Đa số BN (35/46 chiếm 76,1%) sau mổ được rút ống nội khí quản và được chuyển về khoa. Chỉ có 17,4% nằm tại Khoa Hồi sức trong vòng 24 giờ. Thời gian rút dẫn lưu sau mổ trong vòng 48 giờ gặp ở 76,1%. Thời gian điều trị sau mổ từ < 7 ngày chiếm 47,8% và ngày điều trị trung bình là 9,52 ngày.

## BÀN LUẬN

### 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 46,13 ± 11,37, hầu hết nằm trong độ tuổi > 40 (76,1%); trong nghiên cứu của Xie X. (2016) là 33,9 ± 11,5 [2]. Các nghiên cứu ghi nhận ít gặp ở BN cao tuổi. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có BN 70 tuổi. Đây cũng là một ưu thế của PTNSLN khi mổ, cắt u và tuyến ức với kết quả sau mổ là ít đau, ít biến chứng hơn.

Về giới tính, chúng tôi thấy rằng: BN nữ (54,3%) nhiều hơn BN nam (45,7%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,19.

### 2. Giai đoạn u tuyến ức theo Masaoka

Có nhiều cách phân loại giai đoạn u tuyến ức khác nhau, tuy nhiên thông dụng nhất trong ứng dụng lâm sàng là cách phân giai đoạn do Masaoka A. đưa ra năm 1981 [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số ở giai đoạn I (57,4%), điều này cũng phù hợp với việc chỉ định cho PTNSLN, đó là nên phẫu thuật đối với các khối u tuyến ức ở giai đoạn sớm

theo Masaoka A., như nghiên cứu của Chung J.W. với 72% ở Masaoka I [3], của Kimura là 91,1%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ gặp 01 trường hợp phải chuyển sang mổ mở, đây là trường hợp gặp tai biến trong mổ (*Bảng 2*).

### 3. Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103

Thời gian phẫu thuật trung bình là 76,08 phút, trong đó 22/46 ca (47,8%) có thời gian mổ < 60 phút. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả khác như của Xie A. [4], Mineo T.C. (80 - 160 phút).

Lượng máu mất trong mổ của các tác giả cũng khác nhau, từ 40 - 183,1 ml [8]. Trong thống kê của chúng tôi, lượng máu mất trong mổ khoảng 31,08 ml.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian nằm điều trị tại Khoa Hồi sức Cấp cứu của những BN sau phẫu thuật cắt u tuyến ức có nhược cơ được cải thiện rất nhiều nhờ PTNSLN, giảm cả về số lượng BN phải nằm lại Khoa Hồi sức và cả số ngày nằm điều trị (*Bảng 4*). Cụ thể, có đến 76,1% BN sau mổ được rút ống nội khí quản ngay sau mổ, mà không cần qua hồi sức. Đây được coi là ưu điểm của PTNSLN cắt u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ.

Cũng theo bảng 4, đa số các BN được rút dẫn lưu sau mổ trong 48 giờ (76,1%). Các nghiên cứu khác cũng đưa ra các kết quả khác nhau, thời gian rút dẫn lưu dao động từ 1,8 - 4,2 ngày [3, 8].

Có 5 trường hợp (10,9%) suy hô hấp sau mổ, không có trường hợp tử vong nào, tương tự nghiên cứu của các tác giả như Chao (2015), Cheng (2008), Chung

J.W. (2012) [3], Liu T.J. (2014) [5], Manoly I. (2014) [6], Sakamaki Y. (2014) [7] và Ye B. (2014) [8]. (Chúng tôi không gặp trường hợp nào liệt dây thần kinh hoành hay tràn khí màng phổi sau mổ; trong khi đó tỷ lệ liệt dây thần kinh hoành sau mổ của Manoly I. (2014) là 11,8% [6], Xie A là 6,7% [4] và tỷ lệ tràn khí màng phổi sau mổ của Xie A là 1,9% [4], Ye B là 0,8% [8], Loscertable [9]).

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 9,52 ngày. Phần lớn BN (47,8%) có thời gian điều trị sau mổ < 7 ngày, tương tự như nghiên cứu của Anthony P.Yim (1995): 5 ngày, Mineo T.C.: 3 ngày, Mack M.J. (1996): 4 ngày, Popescu I. (2002) [10]: 2,28 ngày.

### KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức giai đoạn sớm có nhược cơ là một phẫu thuật an toàn; không có BN tử vong, tai biến và biến chứng thấp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Masaoka A., Monden Y., Nakahara K., et al. Follow-up study of thymomas with special reference to their clinical stages. *Cancer* 1981; 48(11):2485-2492.
2. Xie X., Gan X., Chen B., et al. Left- and right-sided video-assisted thoracoscopic thymectomy exhibit similar effects on myasthenia gravis. *J Thorac Dis* 2016; 8(1):124-132.
3. Chung J.W., Kim H.R., Kim D.K., et al. Long-term results of thoracoscopic thymectomy for thymoma without myasthenia gravis. *J Int Med Res* 2012; 40(5):1973-1981.
4. Xie A., Tjahjono R., Phan K., et al. Video-assisted thoracoscopic surgery versus open thymectomy for thymoma: a systematic review. *Ann Cardiothorac Surg* 2015; 4(6):495-508.

5. Liu TJ., Lin MW., Hsieh MS., et al. Video-assisted thoracoscopic surgical thymectomy to treat early thymoma: a comparison with the conventional transsternal approach. *Ann Surg Oncol* 2014; 21(1): 322-328.
6. Manoly I., Whistance R.N., Sreekumar R., et al. Early and mid-term outcomes of transsternal and video-assisted thoracoscopic surgery for thymoma. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014; 45(6): e187-193.
7. Sakamaki Y., Oda T., Kanazawa G., et al. Intermediate-term oncologic outcomes after video-assisted thoracoscopic thymectomy for early-stage thymoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014; 148(4):1230-1237 e1.
8. Ye B., Tantai J.C., Ge X.X., et al. Surgical techniques for early-stage thymoma: video-assisted thoracoscopic thymectomy versus transsternal thymectomy, *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014; 147(5):1599-1603.
9. Loscertales J., Jimenez Merchan R., Arenas Linares C.J., et al. The treatment of myasthenia gravis by video thoracoscopic thymectomy. The technic and the initial results. *Arch Bronconeumol* 1999; 35(1):9-14.
10. Popescu I., Tomulescu V., Ion V., et al. Thymectomy by thoracoscopic approach in myasthenia gravis, *Surg Endosc* 2002; 16(4):679-684.