

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA VỚI BỆNH LÝ U TUYẾN ỨC

Phạm Hữu Lư*, Nguyễn Minh Trí*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng kết điều trị ngoại khoa u tuyến ức và cập nhật y văn về phương pháp điều trị này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 53 bệnh nhân u tuyến ức được phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 2016 – 2020. **Kết quả:** Bao gồm 30 nam và 23 nữ. Tuổi trung bình $42,04 \pm 19,13$ (9 – 78). Có 39 trường hợp mổ nội soi và 14 trường hợp mổ mở. Thời gian phẫu thuật 111 ± 59 phút (43 - 348). Số ngày nằm viện trung bình $6,9 \pm 2,9$ ngày (4-18). Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: 14 type A, 13 type AB, 09 type B1, 10 type B2, 04 type B3, 03 ung thư biểu mô tế bào vảy. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị u tuyến ức là lựa chọn đầu tiên nhưng vẫn đề lựa chọn mổ mở kinh điển hay mổ nội soi cần phải dựa vào một số yếu tố như mô bệnh học, kích thước và giai đoạn u. Lấy u tuyến ức mở rộng luôn cần được tính tới khi thực hiện phẫu thuật điều trị loại hình bệnh lý này.

Từ khóa: u tuyến ức, phẫu thuật nội soi lồng ngực, mổ xương ức, mổ ngực, cắt u tuyến ức

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF THYMIC EPITHELIAL TUMORS

Objectives: Review of surgical treatment of thymic epithelial tumors and update the literature on this treatment. **Methods:** Retrospective descriptive study of 53 patients with thymus tumors underwent thymectomy at Viet Duc University Hospital from 2016 to 2020. **Results:** Including 30 men and 23 women. Average age $42,04 \pm 19,13$ (9 - 78). Include 39 patients for VATS and 14 patients for classical open surgery. Operative time: 111 ± 59 minutes (43 - 348). The average hospital time $6,9 \pm 2,9$ days (4-18). There was no postoperative death. One patient had dialysis after operation. Anatomical results of thymus tumor: 14 types A, 13 type AB, 09 type B1, 10 type B2, 04 type B3, 03 squamous cell carcinoma. **Conclusion:** Surgery to treat thymic epithelial tumors are the first choice, but the choice of classical open surgery or video-assisted thoracoscopic surgery needs to be based on a number of factors such as histopathology, size and tumor stage. Extending thymectomy should always be taken into account when performing surgical treatment of this type of pathology.

Keyword: thymic epithelial tumor, video-assisted thoracoscopic surgery, sternotomy, thoracotomy thymectomy

*Trung tâm phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulucs@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 10.5.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U biểu mô tuyến ức (thymic epithelial tumor) là một trong những loại u thường gặp nhất trong các u của trung thất trước, chiếm tỷ lệ từ 1,3 – 3,2 trường hợp/ 1 triệu dân [1], [2], [3]. Có hai loại là u tuyến ức (thymomas typ A, AB, B1, B2, B3 và một số loại khác) và ung thư biểu mô tuyến ức (thymic carcinoma) trong đó u tuyến ức thường gặp hơn so với ung thư biểu mô tuyến ức [1]. Phẫu thuật vẫn là một phương pháp điều trị chủ yếu được lựa chọn đầu tiên của hầu hết các loại u tuyến ức. Tùy từng giai đoạn, kích thước và mức độ xâm lấn của khối u (giai đoạn của khối u tuyến ức) mà có các cách thức phẫu thuật được áp dụng khác nhau được thể hiện bằng các công trình nghiên cứu trên thế giới đã được công bố [4], [5], [6]. Trong phạm vi bài báo này chúng tôi sẽ trình bày những cập nhật nhất về quan điểm điều trị ngoại khoa u tuyến ức hiện nay cùng với kết quả tổng kết nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bao gồm những bệnh nhân được phẫu thuật cắt u tuyến ức tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 5/ 2016 đến 4/ 2020. Tiêu chí: Bệnh nhân được chỉ định và thực hiện phẫu thuật lấy u tuyến ức. Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u tuyến ức. Không giới hạn tuổi, giới tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, nhận xét các yếu tố liên quan tới điều trị ngoại khoa đối với u tuyến ức trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ tương ứng là: 14 type A, 13 type AB, 09 type B1, 10 type B2, 04 type B3, 03 ung thư biểu mô tế bào vảy

Bảng 2.1 Phương pháp phẫu thuật được áp dụng (n = 53)

Phương pháp phẫu thuật		n	%
Mổ nội soi	Phẫu thuật nội soi toàn bộ	17	32,1
	Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	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 (toàn bộ và 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 2.2 *Mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với thời gian phẫu thuật*

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)	n	p
Phẫu thuật nội soi toàn bộ	90,3 ± 30,7	18	0,148
Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	101,8±45,4	21	
Mở ngực đường bên	139,7±47,9	6	
Mở xương ức	146,4 ± 111,2	8	
Tổng	111,1 ± 58,9	53	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật giữa 2 phương pháp phẫu thuật nội soi và mổ mở có khác nhau nhưng sự khác biệt về thời gian giữa 2 phương pháp phẫu thuật này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Bảng 2.3. *Mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và thời gian nằm viện sau mổ*

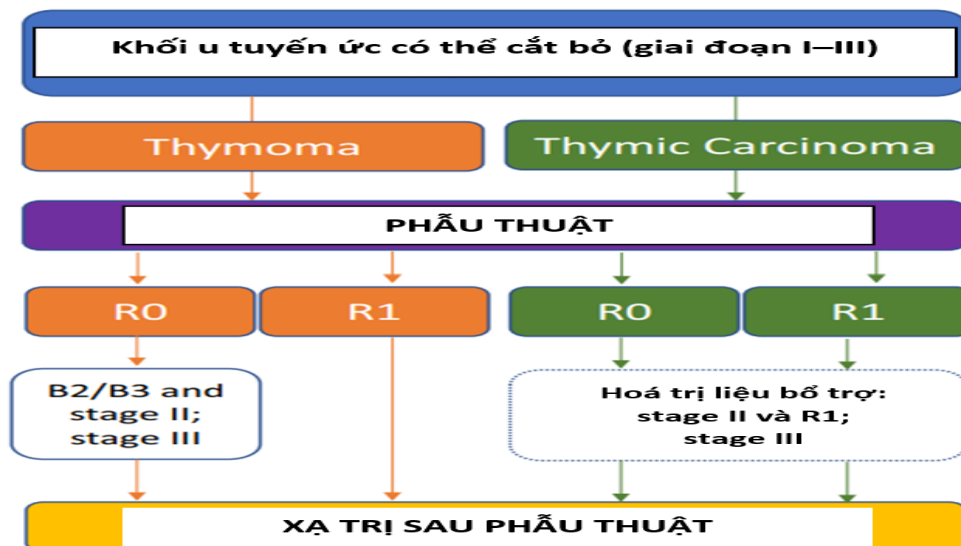
Phương pháp mổ	Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	p
Phẫu thuật nội soi toàn bộ	5,5 ± 1,4	0,011
Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	6,2 ± 1,4	

Mở ngực đường bên	9,5 ± 3,5	
Mở xương ức	9,1 ± 4,7	

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,9 ± 2,9 ngày. Ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 18 ngày. Thời gian ra viện của 2 nhóm phương pháp phẫu thuật là khác nhau và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

U biểu mô tuyến ức (thymic epithelial tumors) được phân chia mô bệnh học theo tổ chức y tế thế giới (WHO) và giai đoạn theo Masaoka – Koga hoặc TNM. Điều trị ngoại khoa là lựa chọn đầu tiên với những trường hợp có thể cắt bỏ được (**Hình 1**) và cũng vẫn là lựa chọn đầu tiên với những trường hợp khối u tuyến ức tái phát sau điều trị [1], [2], [5]. Một vấn đề cũng được các tác giả đề cập tới đó là vấn đề sinh thiết trước mổ chỉ khuyến cáo cho các trường hợp u tuyến ức không thể cắt bỏ hoặc có nghi ngờ với u lympho thể biểu hiện tại trung thất [6], [7]. Nghiên cứu của chúng tôi có 14 trường hợp nằm trong chỉ định sinh thiết trước mổ do nghi ngờ là u lympho trên chẩn đoán hình ảnh nên cần phân biệt trước mổ. Một vấn đề quan trọng nữa là chẩn đoán mô bệnh học cần phân biệt giữa ung thư biểu mô tuyến ức và các khối u nội tiết thần kinh tuyến ức có biểu hiện nặng hơn. Cần phải phân biệt các khối u này trước khi phẫu thuật xâm lấn tối thiểu để có thể tiến hành phẫu thuật bóc tách hạch bạch huyết trung thất đầy đủ [4].



Hình 1. Điều trị u tuyến ức với những trường hợp có thể cắt bỏ (R0 – khối u được lấy bỏ hoàn toàn; R1 – khối u còn tồn dư về mặt vi thể; B2, B3 – u tuyến ức tuýp B2, B3; stage II, III – khối u ở giai đoạn II, III) [5]

Một số nguyên tắc phẫu thuật trong điều trị u tuyến ức được các tác giả đề cập tới với sự đồng thuận cao, bao gồm [1], [2], [5]:

- Đường mổ tiêu chuẩn lấy u tuyến ức là mở xương ức.

- Khái niệm cắt toàn bộ u tuyến ức được xác định bao gồm lấy u cùng tổ chức tuyến ức cũng như tổ chức mỡ trong trung thất.

- Lấy u tuyến ức đơn thuần là một lựa chọn với u tuyến ức giai đoạn I, không có nhược cơ kèm theo.

- Phẫu thuật ít xâm lấn là một lựa chọn với những trường hợp u tuyến ức giai đoạn I, II và không có chỉ định cho những trường hợp giai đoạn III

- Nạo vét hạch trung thất (N1, N2) được khuyến cáo cho các trường hợp thymic carcinoma

Bên cạnh đó một số tác giả vẫn khẳng định rằng: Vấn đề lựa chọn phương pháp phẫu thuật trong điều trị u tuyến ức vẫn còn là một vấn đề gây tranh cãi. Có một số yếu tố cần được xem xét như kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật, sự xuất hiện của tình trạng nhược cơ, giai đoạn của khối u tuyến ức và mức độ yêu cầu cắt bỏ. Sau khi thực hiện, tất cả các bệnh nhân phẫu thuật cắt u tuyến ức cần được theo dõi lâu dài [4].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 39 trường hợp u tuyến ức giai đoạn I và II được chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực (như **Bảng 2.1**). Thời gian phẫu thuật trung bình là 111,1 ± 58,9 phút (**Bảng 2.2**). 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 ± 2,9 ngày (**Bảng 2.3**) do có 01 bệnh nhân có bệnh hẹp ba thân động mạch vành phổi hợp làm cuộc phẫu thuật kết hợp lấy u và bắc cầu chủ vành kéo dài, thời gian nằm viện dài đến 18 ngày. Các dữ liệu trên cũng tương đồng với một số nghiên cứu [8], [9].

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. Một số rủi ro và lợi ích của việc sử dụng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị u

tuyến ức cũng đã được một số tác giả liệt kê [4]. Cụ thể:

- Một số rủi ro có thể gặp như làm vỡ vỏ u gây reo giắc tế bào u (về mặt vi thể) ra xung quanh; Thời gian phẫu thuật có thể lâu hơn ở bệnh nhân nhược cơ, nạo vét hạch trung thất khó khăn, tại biến các mạch máu lớn có thể xảy ra... nếu phẫu thuật viên không có kinh nghiệm về kỹ thuật xâm lấn tối thiểu; Có thể vẫn phải rạch một đường lớn ở thành ngực để lấy khối u ra ngoài sau phẫu thuật...

- Một số lợi ích đã được chứng minh: Tính thẩm mỹ; Thời gian nằm viện ngắn; Trường mổ và khả năng thao tác rộng rãi hơn trong phẫu thuật nội soi nhất là ở những bệnh nhân béo phì...

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị u tuyến ức là lựa chọn đầu tiên nhưng vấn đề lựa chọn mổ mở kinh điển hay mổ nội soi cần phải dựa vào một số yếu tố như mô bệnh học, kích thước và giai đoạn u. Lấy u tuyến ức mở rộng luôn cần được tính tới khi thực hiện phẫu thuật điều trị loại hình bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Girard N., Ruffini E., Marx A., et al. (2015).** Thymic epithelial tumours: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, **26**, v40–v55.
- Ettinger D.S., Riely G.J., Akerley W., et al. (2013).** Thymomas and Thymic Carcinomas. *J Natl Compr Canc Netw*, **11**(5), 562–576.
- Drevet G., Stéphane C., Tronc F., et al. (2019).** Optimal management of thymic malignancies: current perspectives. *CMAR, Volume 11*, 6803–6814.
- Dhamija A., Kakuturu J., Hayanga J.W.A., et al. (2021).** Difficult Decisions in Minimally Invasive Surgery of the Thymus. *Cancers (Basel)*, **13**(23), 5887.
- Remon J., Bernabé R., Diz P., et al. (2022).** SEOM-GECP-GETTHI Clinical Guidelines for the treatment of patients with thymic epithelial tumours (2021). *Clin Transl Oncol*, **24**(4), 635–645.
- Scorsetti M., Leo F., Trama A., et al. (2016).** Thymoma and thymic carcinomas. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, **99**, 332–350.
- Suster D. and Suster S. (2020).** The role of needle core biopsies in the evaluation of thymic epithelial neoplasms. *J Am Soc Cytopathol*, **9**(5), 346–358.
- Wang G.-W., Tao T., Li C.-K., et al. (2019).** Comparison between thoracoscopic and open approaches in thymoma resection. *J Thorac Dis*, **11**(10), 4159–4168.
- Odaka M., Akiba T., Mori S., et al. (2013).** Oncological outcomes of thoracoscopic thymectomy for the treatment of stages I–III thymomas. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, **17**(2), 285–290.