

PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC MỘT LỖ HAI BÊN CẮT TUYẾN ỨC MỞ RỘNG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHƯỢC CƠ: THÔNG BÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Ngô Gia Khánh*, Nguyễn Hữu Ước**, Trần Trọng Kiềm***

TÓM TẮT

Bệnh nhân nam 55t, được chẩn đoán nhược cơ, trên CT: khối U tuyến ức ĐK 3cm. Các thăm dò khác trước mổ bình thường. Bệnh nhân được chỉ định mổ cắt tuyến ức nội soi lồng ngực một lỗ hai bên. Không gặp biến chứng trong và sau mổ. Bệnh nhân xuất viện sau 5 ngày. Giải phẫu bệnh Thymoma typ A (Masaoka I). Không có tái phát sau 18 tháng theo dõi.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ, u tuyến ức, nhược cơ.

I. MỞ ĐẦU

Phẫu thuật sử dụng đường mổ toàn bộ hoặc một phần xương ức thường được lựa chọn trong điều trị u tuyến ức đặc biệt đối với những bệnh nhân nhược cơ. Bởi trong bệnh nhược cơ, ngoài nhu mô tuyến ức thì các tổ chức tuyến ức lạc chỗ trong lớp mỡ trung thất trước cũng phải được loại bỏ mới đạt hiệu quả điều trị tối đa. Với đường mổ xương ức cho phép thực hiện việc này một cách thuận lợi nhất. Tuy nhiên, đường mổ này cũng mang đến không ít bất lợi: Vết mổ lớn, đau nhiều, tăng nguy cơ nhiễm trùng, tăng thời gian nằm viện, xấu về mặt thẩm mỹ...

Phẫu thuật nội soi đa cổng (Multi Port VATS) đã có những tiến bộ vượt bậc trong điều trị các bệnh lý phổi trung thất. Xu hướng hiện nay là ngày càng giảm số cổng (lỗ) và hạn chế độ dài đường rạch. Báo cáo này chúng tôi thông báo một trường hợp cắt tuyến ức mở rộng ở bệnh nhân nhược cơ bằng Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ hai bên.

II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 55 tuổi đã được chẩn đoán và điều trị nhược cơ 3 tháng. Trên phim chụp CT Scanner cho thấy có khối u trung thất trước ĐK 3cm ranh giới rõ không xâm lấn tổ chức xung quanh. Không có bất thường ở các cơ quan khác, các xét nghiệm trước mổ trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chỉ định mổ cắt tuyến ức.

Bệnh nhân được gây mê toàn thân và đặt ống nội khí quản chọn lọc. Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa với hai tay treo vuông góc và có đệm gối dưới vai. Rạch da ở khoang liên sườn 4 đường rạch giữa dài 3cm, đưa ống kính nội soi 30* và dụng cụ qua đường rạch không sử dụng banh sườn. Phẫu tích bắt đầu từ góc tâm hoành dọc theo ranh giới phía trước của thần kinh hoành, tuyến ức được di động hoàn toàn khỏi tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch vô danh. Tiếp đó, mở màng phổi trung thất bên đối diện, qua đó đẩy toàn bộ bệnh phẩm sang bên khoang màng phổi trái. Đặt một ống dẫn lưu 24Fr với đầu dẫn lưu hướng xuống góc sườn hoành phải.

Bệnh nhân sau đó được thay đổi tư thế, nghiêng sang trái. Tương tự như bên phải, một đường rạch da khoảng 3cm được thực hiện ở khoang liên sườn 4 đường rạch giữa. Màng phổi trung thất được phẫu tích dọc theo ranh giới phía trước của thần kinh hoành.

* Khoa Ngoại. Bệnh viện Bạch Mai

** Khoa Phẫu thuật tim mạch lồng ngực, Bệnh viện Việt Đức

*** Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện 108

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước

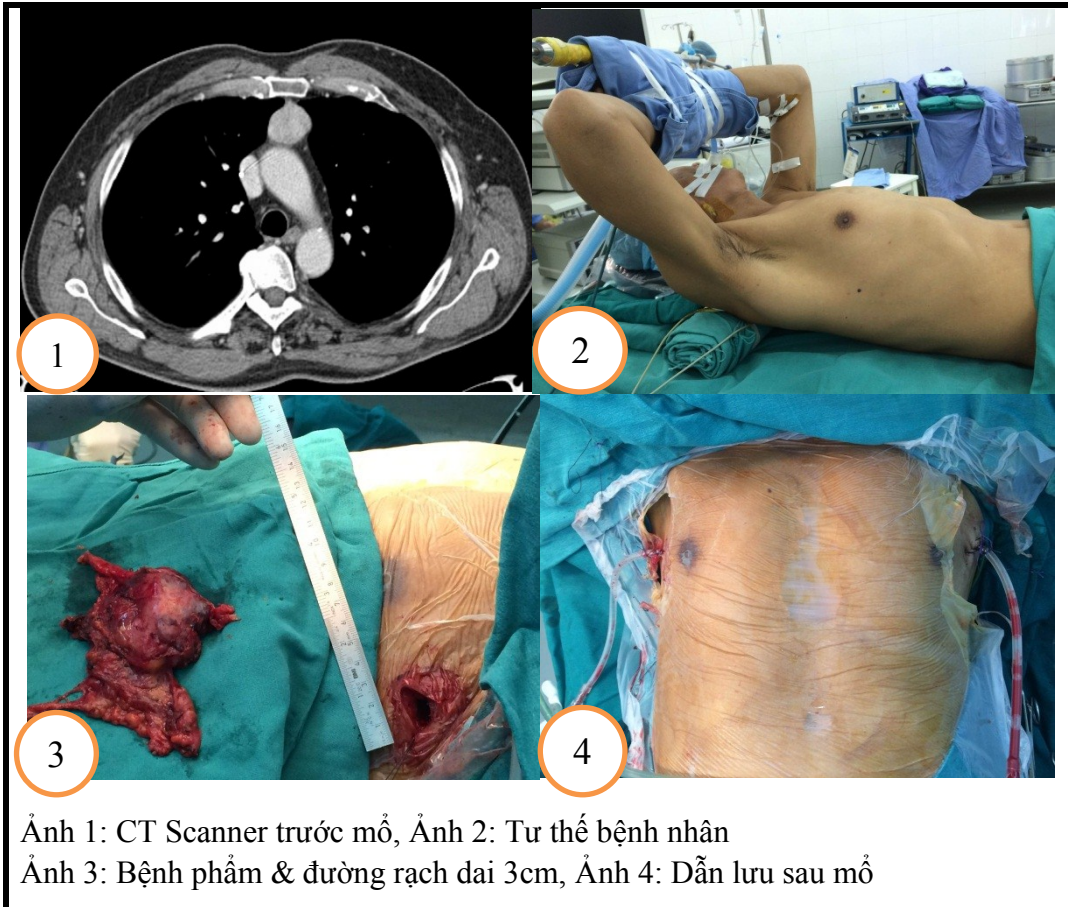
Ngày nhận bài: 01/04/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/04/2018

Phản Biện Khoa học: GS.TS. Bùi Đức Phú

PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

Thùy trái tuyến ức được tách rời bộc lộ rõ tĩnh mạch tuyến ức và tĩnh mạch vô danh và dây chằng ức giáp. Sau đó, tổ chức mỡ trung thất được lấy bỏ hoàn toàn từ góc tâm hoành đến tĩnh mạch vô danh. Sau khi hoàn tất, bệnh phẩm được lấy ra và đặt ống dẫn lưu qua vết mổ tương tự như bên phải.

Thời gian phẫu thuật 160 phút, lượng máu mất không đáng kể khoảng 150ml, dẫn lưu màng phổi được rút sau 3 ngày. Bệnh nhân ra viện sau 5 ngày. Không có biến chứng. Kết quả Giải phẫu bệnh sau mổ Thymoma typ A. Theo dõi sau mổ 18 tháng triệu chứng lâm sàng bệnh nhân cải thiện tốt không có tái phát u.



Ảnh 1: CT Scanner trước mổ, Ảnh 2: Tư thế bệnh nhân
Ảnh 3: Bệnh phẩm & đường rạch dài 3cm, Ảnh 4: Dẫn lưu sau mổ

III. BÀN LUẬN

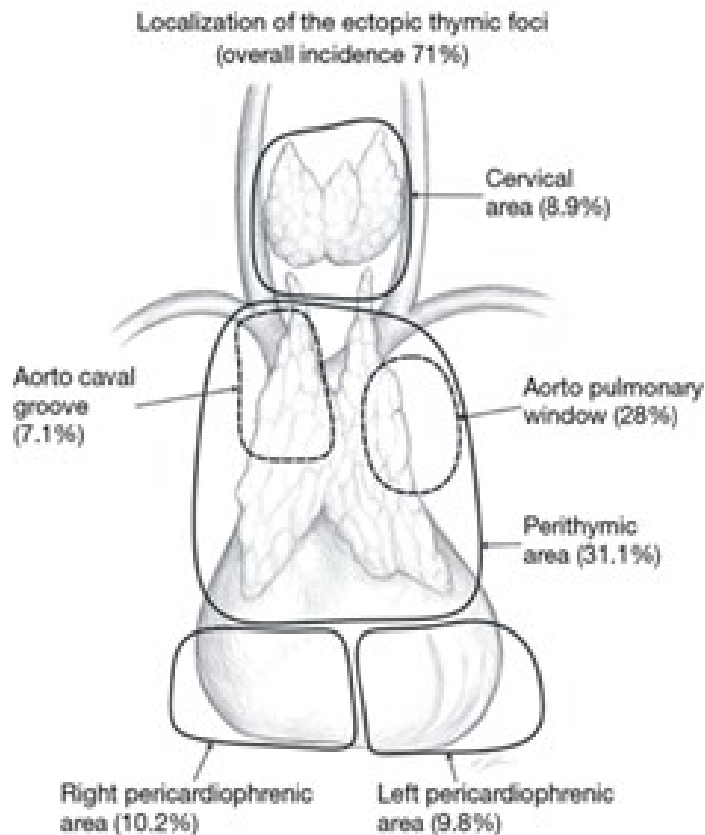
Hơn 10 năm qua, VATS đã được áp dụng rộng rãi trong điều trị các khối u trung thất trước bao gồm cả u tuyến ức. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, cắt tuyến ức nội soi khi được cắt nguyên khối thì hiệu quả về mặt ung thư học tương đương phẫu thuật mở xương ức nhưng phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn về giảm đau sau mổ, thẩm mỹ và phục hồi chức năng phổi sau mổ. Hiện nay, cách tiếp cận chủ yếu vẫn là phẫu thuật nội soi đa cổng (nhiều lỗ). Từ năm 2004, phẫu thuật nội soi lồng ngực

một đường rạch lần đầu tiên được thông báo, tuy nhiên chỉ giới hạn trong một số bệnh lý màng phổi hoặc cắt phổi hình chêm. Cho đến khi Gonzalez – Rivas báo cáo kinh nghiệm phẫu thuật hơn 100 trường hợp cắt thùy phổi bằng nội soi một lỗ (ca đầu tiên 6/2010), lúc đó phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ mới được chú ý và có bước phát triển mạnh. Tuy nhiên, cho đến nay có rất ít báo cáo về cắt u trung thất bằng nội soi một lỗ. Có thể kể đến một số nghiên cứu như: Scarci và cộng sự thông báo 11 ca nội soi lồng ngực một lỗ một bên, Wu L

và cộng sự báo cáo cắt tuyến ức mỡ rộng bằng đường rạch dưới mũi ức ở 6 bệnh nhân, Wu CF và cộng sự thông báo nội soi lồng ngực một lỗ trong cắt tuyến ức, nang trung thất và u trung thất sau.. Trong nước cũng đã có một số báo cáo về cắt tuyến ức điều trị nhược cơ theo nội soi 3 cổng như kinh điển.

Jaretzki nhận thấy, trong bệnh nhược cơ ngoài mô tuyến ức tiết ra chất đối kháng

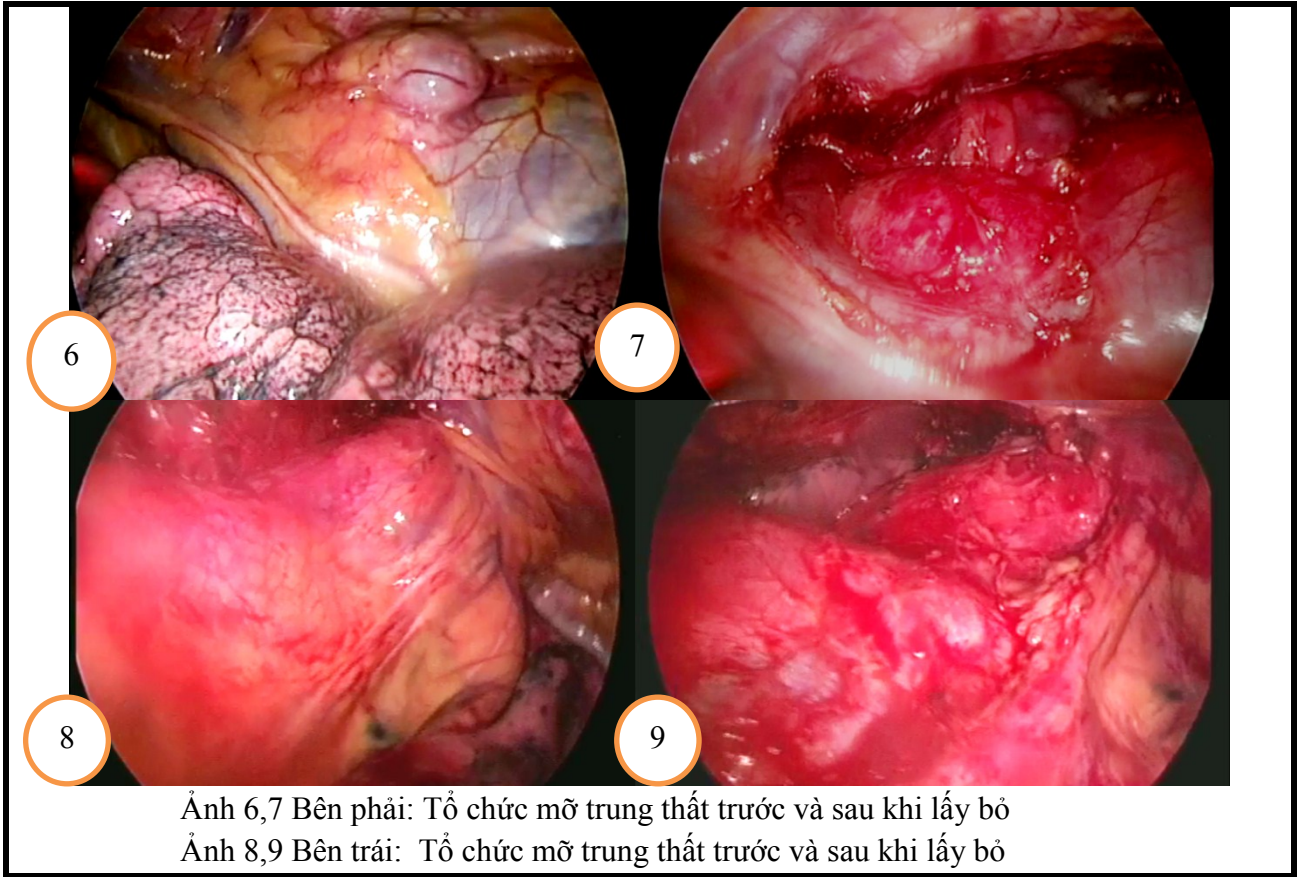
AcetylCholin gây ra các biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng thì các tổ chức tuyến ức lạc chỗ trong lớp mỡ trung thất cũng góp phần không nhỏ trong cơ chế bệnh sinh. Do đó, trong phẫu thuật điều trị bệnh nhược cơ, không chỉ tuyến ức và toàn bộ tổ chức mỡ trung thất cũng phải được lấy bỏ mới đạt hiệu quả điều trị.



Ảnh 5: Sơ đồ phân bố tổ chức tuyến ức lạc chỗ

Trước đây, với đường mở xương ức việc cắt tuyến ức và nạo vét tổ chức mỡ trung thất cả hai bên được tiến hành rất dễ dàng tuy nhiên những nhược điểm của đường mổ này mang lại cũng không nhỏ: đau nhiều, tăng nguy cơ nhiễm trùng, viêm xương ức, thời gian nằm viện lâu, xấu về mặt thẩm mỹ. Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức ra đời như là một cuộc cách mạng với nhiều ưu điểm vượt

trội và dần thay thế phẫu thuật mổ mở kinh điển. Trong kỹ thuật này, phẫu thuật viên thường chọn đường tiếp cận từ ngực phải (vì không vướng tim, khoảng thao tác rộng rãi) hoặc bên có u. Sau khi cắt toàn bộ tổ chức mỡ và tuyến ức thì cắt lấy tối đa sang bên đối diện nhưng do vướng tim nên việc lấy hết tổ chức mỡ trung thất bên đối diện là rất khó khăn.



Với kinh nghiệm đã phẫu thuật hơn 60 bệnh nhân u trung thất với kỹ thuật nội soi một lỗ, chúng tôi nhận thấy đây là kỹ thuật an toàn và có tính khả thi với mức độ xâm lấn tối thiểu nên bệnh nhân sau mổ phục hồi tốt. Gần đây chúng tôi mạnh dạn triển khai kỹ thuật này trong cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ với đường tiếp cận từ cả hai bên ngực, ưu điểm nổi bật của phương pháp này là có thể cắt rộng tuyến ức và tổ chức mỡ trung thất cả hai bên

tương đương như phẫu thuật mở xương ức nhưng chỉ với hai đường rạch da 3cm ở hai bên.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ ứng dụng trong phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng điều trị bệnh nhược cơ có tính an toàn và khả thi cao, hiệu quả điều trị tương đương mổ mở xương ức nhưng có nhiều ưu điểm.