PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ CẮT U TRUNG THẤT

Ngô Gia Khánh[1], Nguyễn Hữu Ước[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Giới thiệu kỹ thuật cắt u trung thất nội soi một lỗ tại Bệnh viện Việt Đức và đánh giá kết quả bước đầu của kỹ thuật này.*

Đối tượng và phương pháp: *10 bệnh nhân U trung thất được phẫu thuật bằng nội soi một lỗ tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 8/2015 đến 11/2015. Phẫu thuật được thực hiện qua một đường rạch da ở khoảng khoang liên sườn 4 hoặc 5 đường nách giữa hoặc đường dưới mũi ức.Các thao tác được thực hiện dưới hướng dẫn của Camera 5mm 30°.Các thông số trước, trong và sau mổ được thống kê và phân tích.*

Kết quả: *Trong 10 bệnh nhân được phẫu thuật có 4 bệnh nhân nhược cơ có u hoặc phì đại tuyến ức, 3 bệnh nhân có u tuyến ức không kèm theo nhược cơ, 2 bệnh nhân U thần kinh, 1 bệnh nhân Teratoma. Thời gian phẫu thuật trung bình. Lượng máu mất trung bình. Độ dài đường rạch da trung bình. Số ngày điều trị sau mổ trung bình. Không có biến chứng lớn và tử vong trong 30 ngày sau mổ.*

Kết luận: *Phẫu thuật nội soi một lỗ cắt u trung thất là an toàn và có tính khả thi cao, các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và theo dõi xa cần được tiến hành trong tương lai.*

Từ khóa: *Nội soi một lỗ, u trung thất.*

ABSTRACT

SINGLE-PORT VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC MEDIASTINAL TUMOUR RESECTION

Ngo Gia Khanh[1], Nguyen Huu Uoc[1]

Objectives: *To present the technique of single-port video-assisted thoracoscopic mediastinal tumour resection and the early results of this technique.*

Methods: *Ten patients with mediastinal tumours were treated by single-port thoracoscopic mediastinal resection at Viet Duc Hospital between 8/2015 and 11/2015.The operation was performed through the fourth or fifth intercostal space at the anterior axillary line or subxiphoid. A 5mm 30° video camera and working instruments were employed simultaneously at this incision site throughout the surgery. The perioperative variables and outcomes were collected and analysed retrospectively.*

Results: *Among the 10 cases included in the final analysis, 4 myasthenia gravis with thymoma tumor, 3 thymoma tumor without myasthenia gravis, 2 neuroma, 1 teratoma were performed successfully without the need for conversion. For the 10 patients who underwent single-port video-assisted thoracoscopic surgery (VATS), the mean operation time was 140 ± 30 min and the average blood loss was 100 ± 50 ml. The average length of the incision wound was 3.0 ± 0.5 cm and the average length of postoperative hospital stay was 5 ± 1 days. There were no mortalities, and mobility was achieved 30 days after surgery.*

Conclusions: *Because our cohort follow-up time was not long enough, and patients are needed for further evaluation. But our preliminary report showed that uniportal VATS for mediastinal tumour resection was a promising and safe technique with regard to short-term clinical.*

Key words: *Single-port assisted thoracoscopic, mediastinal tumour.*

1. Bệnh viện Việt Đức

- Ngày nhận bài (Received): 27/10/2015; Ngày phản biện (Revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Lê Quang Thứu
- Người phản hồi (Corresponding author): Ngô Gia Khánh
- Email: drgiakhanh@gmail.com ; ĐT:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong phẫu thuật điều trị các tổn thương trung thất, kỹ thuật kinh điển vẫn là mở xương ức hoặc mở ngực. Ngày nay, nhờ sự phát triển mạnh mẽ của dụng cụ phẫu thuật và Video hỗ trợ, phẫu thuật nội soi đã được áp dụng rộng rãi trong xử trí các tổn thương trung thất trong đó có u trung thất. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi đã được khẳng định: ít đau sau mổ, ít ảnh hưởng đến chức năng phổi, tốt hơn về mặt thẩm mỹ và tránh được các biến chứng của mổ mở. Phần lớn các kỹ thuật nội soi được áp dụng hiện nay là "kỹ thuật ba lỗ". Kỹ thuật nội soi một lỗ trong phẫu thuật lồng ngực được giới thiệu lần đầu tiên năm 2004, tuy nhiên nó chỉ được áp dụng giới hạn trong một số ít các bệnh lý màng phổi hoặc cắt phổi hình chêm cho đến khi Gonzalez-Rivas và cộng sự báo cáo kinh nghiệm phẫu thuật cắt thùy phổi bằng nội soi một lỗ. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn còn có rất ít thông báo về cắt u trung thất nội soi một lỗ.

Báo cáo này nhằm giới thiệu kỹ thuật cắt u trung thất nội soi một lỗ, đánh giá tính an toàn, tính khả thi và kết quả ban đầu của phẫu thuật ở Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành ở 10 bệnh nhân phẫu thuật cắt U trung thất bằng nội soi một lỗ ở Khoa Tim mạch và Lồng ngực Bệnh viện Việt Đức trong thời gian 8/2015 – 11/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Các thăm dò trước phẫu thuật bao gồm: Xquang ngực, CTScanner lồng ngực, MRI lồng ngực (trong một số trường hợp). Chức năng hô hấp, Các xét nghiệm máu như thường quy. Tuổi, giới, thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, thời gian rút dẫn lưu, thời gian nằm viện, các biến chứng sau mổ … được thu thập.

Chúng tôi chỉ định phẫu thuật nội soi một lỗ cắt u trung thất trong những trường hợp sau:

- Cắt tuyến ức mở rộng trong bệnh nhược cơ
- U lành tính
- Kích thước < 5cm
- Không xâm lấn cấu trúc xung quanh

Tất cả bệnh nhân đều được rút ống nội khí quản tại phòng mổ, bệnh phẩm được gửi giải phẫu bệnh.

Kỹ thuật

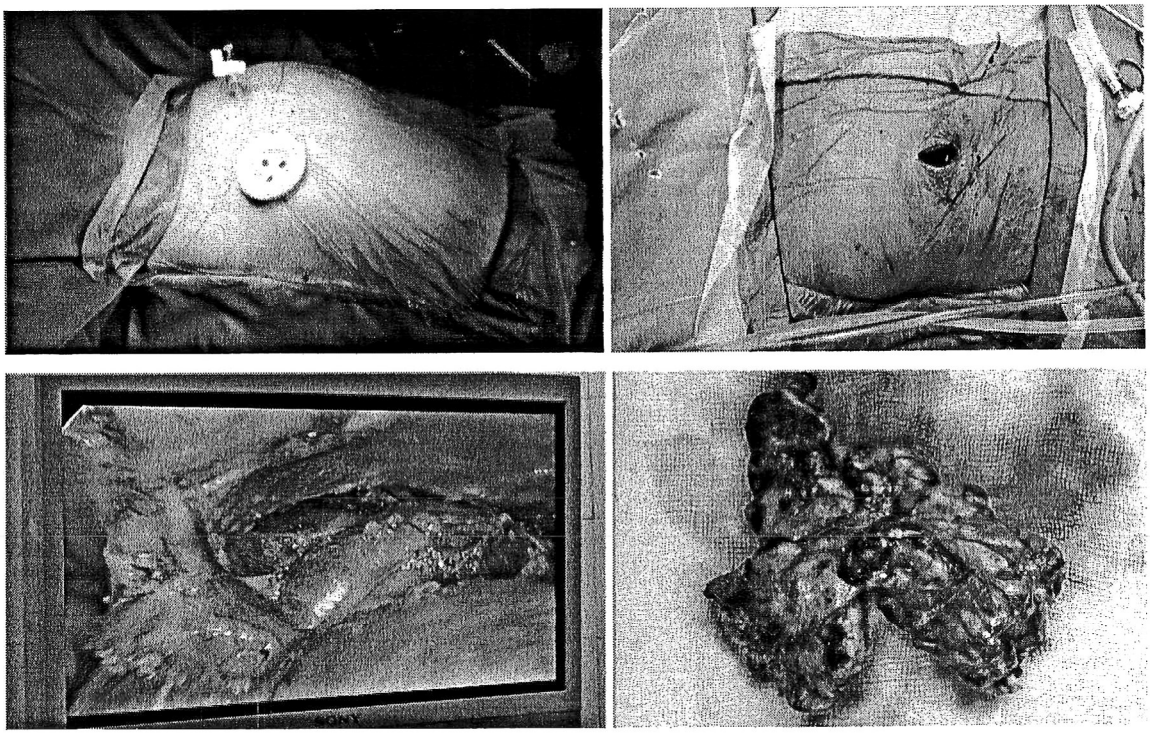
Tư thế: Đối với U trung thất trước: Bệnh nhân nằm ngửa nghiêng 30°, treo tay, kê gối dưới lưng. Phẫu thuật viên đứng phía lưng bệnh nhân, người phụ đứng cùng bên phẫu thuật viên. Đối với U trung thất sau: Bệnh nhân nằm sấp nghiêng 30°, tay ôm gối. Phẫu thuật viên đứng phía bụng bệnh nhân, người phụ đứng cùng bên. Đối với cắt tuyến ức mở rộng (trong bênh nhược cơ): Bệnh nhân nằm ngửa, độn gối dưới vai, dạng hai chân. Phẫu thuật viên đứng giữa hai chân bệnh nhân, người phụ đứng bên trái phẫu thuật viên. Gây mê nội khí quản chọn lọc một phổi. Vị trí rạch da phụ thuộc vào vị trí khối U. Đối với mổ cắt tuyến ức mở rộng (trong bệnh nhược cơ): Rạch da 2,5-3cm dưới mũi ức, phẫu tích dọc theo mặt sau xương ức. Tiếp cận tuyến ức từ hai bên màng phổi. Đối với U trung thất trước hoặc U trung thất sau: Vị trí rạch da ở đường nách giữa ở khoang liên sườn 5. Bệnh phẩm sau khi cắt ra được cho vào túi Plastic để lấy ra ngoài, đôi khi cần mở rộng thêm vết mổ để lấy bệnh phẩm. Đặt một hoặc hai dẫn lưu tùy từng trường hợp.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian 8/2015 – 11/2015 có 10 bệnh nhân được phẫu thuật trong đó Nam: 4, Nữ: 6. Tuổi trung bình 39 ± 15 (tuổi). Trong đó: 4 bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức hoặc phì đại tuyến ức. 3 bệnh nhân U tuyến ức không có tiền sử nhược cơ, 2 bệnh nhân u thần kinh, 1 bệnh nhân Teratoma. Kích thước U trung bình. Độ dài đường rạch trung bình. Thời gian phẫu thuật trung bình. Thời gian rút dẫn lưu trung bình. Thời gian điều trị sau mổ trung bình.

Bảng 1: Đặc điểm các bệnh nhân được phẫu thuật

Bệnh nhân	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tuổi	12	24	67	72	35	26	34	21	43	57
Giới	Nam	Nữ	Nữ	Nữ	Nam	Nam	Nữ	Nữ	Nam	Nữ
Nhược cơ	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)
Thời gian PT (phút)	150	180	135	120	135	200	110	130	120	160
Lượng máu mất (ml)	120	150	50	70	90	100	80	90	120	130
Thời gian điều trị sau mổ	4	6	5	5	6	4	5	5	6	5
Độ dài đường rạch da (cm)	2,5	3	3	3	3,5	2,5	3	3	3,5	3



Bảng 2: Đặc điểm U trung thất được phẫu thuật

Bệnh nhân	Vị trí U	Hướng tiếp cận	KT U lớn nhất (cm)	Giải phẫu bệnh
1	Trung thất trước	Dưới mũi ức	1,6	Phì đại tuyến ức
2	Trung thất trước	Dưới mũi ức	1,8	Phì đại tuyến ức
3	Trung thất trước	Dưới mũi ức	1,5	Phì đại tuyến ức
4	Trung thất trước	Dưới mũi ức	2,0	Phì đại tuyến ức
5	Trung thất trước	Ngực phải	3,5	Thymo - lipoma
6	Trung thất sau	Ngực phải	4,2	Schawnnoma
7	Trung thất trước	Ngực phải	3,0	Thymoma B2
8	Trung thất trước	Ngực phải	5,0	Thymoma B1
9	Trung thất trước	Ngực trải	3,2	Teratoma
10	Trung thất sau	Ngực trái	4,5	Schawnnoma

IV. BÀN LUẬN

Cắt U trung thất nội soi đã có lịch sử hơn 10 năm và đến nay đã được ứng dụng rộng rãi trên khắp thế giới. Phẫu thuật nội soi một lỗ áp dụng trong phẫu thuật lồng ngực bao gồm: Nội soi ngực một bên, nội soi ngực hai bên, phẫu thuật qua đường cổ, mổ nội soi qua đường dưới mũi ức. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu có nhiều ưu điểm: Ít mất máu, ít đau sau mổ, ít ảnh hưởng đến chức năng phổi, tốt hơn về mặt thẩm mỹ. Với nhiều tiến bộ trong những năm gần đây, phẫu thuật này cho thấy rằng, hiệu quả điều trị tương đương với các phẫu thuật mổ mở kinh điển. Tuy nhiên cho đến khi Gonzalez-Rivas áp dụng kỹ thuật nội soi một lỗ trong xử trí các tổn thương ở phổi, kỹ thuật này mới được áp dụng rộng rãi. So sánh giữa kỹ thuật này với kỹ thuật cắt u tuyến ức hoặc cắt U trung thất nội soi VATS về số lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, thời gian điều trị sau mổ cho thấy không có sự khác biệt đáng kể. Khó khăn khi áp dụng kỹ thuật này là khi khối u có kích thước lớn hơn 5cm, khối lớn gây hạn chế trường nhìn, quá trình phẫu tích có thể gây tổn thương mạch máu đặc biệt là tĩnh mạch vô danh (đối với u ở trung thất trước). Trong những trường hợp này, cần phẫu tích rõ ràng tĩnh mạch vô danh trước khi cắt u, đối với các nhánh của nó có thể xử trí dễ dàng bằng dao điện, dao siêu âm hoặc cặp clip.

Trong phẫu thuật nội soi một lỗ, việc lựa chon vị trí đường rạch da là rất quan trọng. Theo kinh nghiệm ít ỏi của chúng tôi, đối với các khối u nằm ở cao, trên tĩnh mạch vô danh, tĩnh mạch chủ trên nên vào khoang liên sườn IV, đối với các khối u ở thấp hơn nên vào khoang liên sườn V, đối với trường hợp cắt tuyến ức trong nhược cơ phẫu thuật từ dưới mũi ức giúp lấy được triệt để tuyến ức và tổ chức mỡ ở hai bên. Kết thúc phẫu thuật chúng tôi dùng ống Silicon 24F để dẫn lưu, tuy nhiên tiến tới chúng tôi sẽ dùng ống dẫn lưu nhỏ hơn, bởi vì ống dẫn lưu đặt trực tiếp qua vết mổ, nếu lựa chọn dẫn lưu nhỏ việc liền vết mổ sẽ tốt hơn và vấn đề thẩm mỹ tốt hơn.

Về hiệu quả giảm đau của phẫu thuật, về mặt lý thuyết với đường rạch ra càng nhỏ, cảng ít gây tổn thương thần kinh do đó bệnh nhân sẽ đỡ đau hơn. Thực tế chúng tôi nhận thấy những ngày đầu sau mổ, bệnh nhân ít than phiền về đau hơn và hàm lượng thuốc giảm đau cũng ít hơn. Hiệu quả giảm đau lâu dài cần được nghiên cứu thêm.

Đối với một kỹ thuật mới tính an toàn là rất quan trọng, trong 10 bệnh nhân mà chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật vị trí u có thể ở trung thất trước, giữa hoặc sau và đều được tiến hành an toàn mà không gây một tai biến đáng kể nào trong và sau mổ.Trong trường hợp khó có thể chuyển thành nội soi ba lỗ như thường quy thậm chí là mổ mở. Thực tế có hai trường hợp chúng tôi cũng phải chuyển thành nội soi ba lỗ.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù số liệu còn quá ít để kết luận được một cách rõ ràng về ưu điểm của nội soi một lỗ so với nội soi ba lỗ, tuy nhiên chúng tôi nhận thấy rằng áp dụng phẫu thuật nội soi một lỗ trong cắt u trung thất là hoàn toàn có tính khả thi và an toàn. Các nghiên cứu sâu hơn cần được tiến hành trong tương lai.