

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN ỨC MỞ RỘNG QUA NỘI SOI LỒNG NGỰC KẾT HỢP ĐƯỜNG VÀO DƯỚI MŨI ỨC

Trần Minh Bảo Luân^(1,2), Lê Thị Thiên Nga⁽¹⁾, Nguyễn Đình Phát⁽¹⁾, Hồ Tất Bằng^(1,2), Trần Thanh Vy^(1,2)

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức.

Đối tượng, phương pháp: Đây là nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca các trường hợp phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức mở rộng có kết hợp đường mổ dưới mũi ức tại khoa Lồng ngực Mạch máu, bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: 33 trường hợp phẫu thuật cắt tuyến ức tại bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023. Giới nữ chiếm ưu thế (60%), bệnh nhân nhược cơ kèm u tuyến ức hoặc tồn dư tuyến ức (57%), u tuyến ức không kèm nhược cơ chiếm 42,4%, Kích thước u trung bình $4 \pm 1,7$ cm. Thời gian phẫu thuật trung bình 149 ± 34 phút. Trong và sau phẫu thuật ghi nhận 1 trường hợp thủng hoành phải sau vô trocar (3,1%), phải mở ngực thám sát, khâu phục hồi cơ hoành, 1 trường hợp suy hô hấp hỗn hợp sau mổ (3,1%) cần thở oxy lưu lượng cao qua ống thông mũi trong 5 ngày, tình trạng hô hấp cải thiện, xuất viện 3 ngày sau đó.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức là một phương pháp tiếp cận mới trong bệnh lý nhược cơ không u cũng như có u tuyến ức, giúp cung cấp tầm nhìn tốt ở vùng trung thất trước, quan sát rõ thành kinh hoành 2 bên, tạo điều kiện cho phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng, tăng hiệu quả điều trị ngoại khoa trong bệnh lý nhược cơ cũng như đặt diện cắt rộng trong u tuyến ức.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức; đường mổ dưới mũi ức.

ABSTRACT

THE ROLE OF ENDOSCOPIC THYMECTOMY COMBINED SUBXIPHOID INCISION

Tran Minh Bao Luan^(1,2), Le Thi Thien Nga⁽¹⁾, Nguyen Dinh Phat⁽¹⁾, Ho Tat Bang^(1,2), Tran Thanh Vy^(1,2)

Objectives: To evaluate the advantages and limits of endoscopic thymectomy combined subxiphoid approach.

Methods: This is a prospective case series study of endoscopic thymectomy using subxiphoid incision at Thoracovascular department, University medical center, Ho Chi Minh City.

Results: There were 33 cases of endoscopic thymectomy combined subxiphoid incision at University medical center from January 2021 to April 2023. Female is predominant (68%), majority is diagnosed stable myasthenia gravis adding thymoma or thymus. Thymoma is accounted for 42,4%, the mean size of tumor is $4 \pm 1,7$ cm, the mean operation time 149 ± 34 phút. Complication during and after surgery, there was 1 case of right diaphragmatic perforation (accounting for 3,1%), we had to do thoracotomy for diaphragmatic restoration; 1case of postoperative

Ngày nhận bài: 04/10/2023. Ngày chỉnh sửa: 14/11/2023. Chấp thuận đăng: 18/11/2023

Tác giả liên hệ: Lê Thị Thiên Nga. Email: nga.lt@umc.edu.vn. SĐT: xxxx

Vai trò của phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng qua nội soi lồng ngực...

respiratory failure (accounting for 3,1%), patient was ventilated by high - flow nasal cannula for 5 days. Respiratory condition was improved, patient was discharged 3 days later.

Conclusion: Endoscopic thymectomy combined with subxiphoid incision is a new approach in non - tumor myasthenia gravis as well as thymoma, providing good vision in the anterior mediastinum, important for clearly seeing the bilateral diaphragmatic nerve, creating good condition for extended thymectomy, increasing the effectiveness of surgical treatment in myasthenia gravis as well as achieving a wide resection in thymoma.

Keywords: Endoscopic thymectomy; subxiphoid incision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức đường bên kinh điển từ lâu đã trở thành phương pháp điều trị ngoại khoa chính trong bệnh lý nhược cơ, giúp người bệnh giảm đau đớn sau mổ và sớm phục hồi hơn so với phương pháp mổ mở. Tuy nhiên, sự phát hiện mô tuyến ức lạc chỗ trong mỡ vùng trung thất trước đòi hỏi phẫu thuật cắt tuyến ức phải đạt diện cắt rộng, bao gồm tuyến ức và mỡ trung thất trước để đạt hiệu quả điều trị cao [1] (hình 2). Nhiều bằng chứng cho thấy cắt tuyến ức mở rộng (cắt rộng tuyến ức kèm mô mỡ trung thất trước nằm giữa 2 thần kinh hoành, từ chân hoành tới nền cổ) mang lại lợi ích cho bệnh nhân nhược cơ có tuyến ức tồn lưu hoặc tăng sản. Phẫu thuật nội soi lồng ngực đường bên kinh điển lại gặp khó khăn trong việc quan sát rõ thần kinh hoành đối diện khiến cuộc phẫu thuật không đạt được diện cắt mở rộng, đòi hỏi các phẫu thuật viên phải tìm các đường mổ khác giúp đạt được tầm nhìn tốt hơn ở vùng trung thất trước với các trường hợp cắt rộng tuyến ức bệnh lý nói riêng và u trung thất trước nói chung. Đến nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật nội soi đã được ra đời nhằm đạt diện cắt mở rộng, trong đó phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức có sử dụng đường mổ dưới mũi ức giúp quan sát rõ thần kinh hoành đối diện, giúp phẫu thuật đạt được diện cắt mở rộng.

Kido và cộng sự đã công bố phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực qua đường mổ dưới mũi ức nhằm cắt u trung thất trước, sử dụng bơm CO₂ và không cần mở vào khoang màng phổi. Bệnh nhân phục hồi sau mổ nhanh hơn so với các trường hợp phải cắt xương ức cắt u, đồng thời phương pháp cắt u qua ngã dưới mũi ức phù hợp cho các trường hợp khoang màng phổi dính hoặc không thể thông khí một phổi [2]. Đường mổ dưới mũi ức là một trong

những bước tiến của phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức, giúp phẫu thuật viên quan sát tốt thần kinh hoành 2 bên và cực trên tuyến ức, tạo điều kiện thực hiện phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng [3]. Bên cạnh đó, Zielinski và các cộng sự đã áp dụng thành công 4 ca phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức qua đường dưới mũi ức, với tỉ lệ biến chứng và tử vong sau mổ là 0% [4]. Tuy nhiên, phương pháp của Kido và Zielinski đòi hỏi đường rạch da ít nhất 3 - 7 cm dưới mũi ức và phải kết hợp với hệ thống nâng xương ức trong quá trình phẫu thuật [2, 4].

Năm 2015, Joe Dunning [5] và các cộng sự ở bệnh viện đại học James Cook ở Anh Quốc đã giới thiệu phương pháp cắt tuyến ức mở rộng bằng phương pháp nội soi lồng ngực với ngõ vào dưới mũi ức. Phương pháp này giúp cung cấp cho phẫu thuật viên tầm nhìn tốt ở vùng trung thất trước, thấy rõ thần kinh hoành đối diện, giúp đảm bảo diện cắt trong phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng, đồng thời bệnh nhân đau ít và phục hồi nhanh chóng sau mổ. Trên cơ sở đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức, lợi ích và hạn chế của phương pháp phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả loạt ca

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến ức giai đoạn I, II theo phân loại Masaoka hoặc nhược cơ độ I, IIa (theo phân loại Osserman) trở lên có tồn dư tuyến ức xác định qua hình ảnh CT scan ngực có cản quang; được phẫu thuật nội soi cắt u/cắt tuyến ức có kết hợp đường mổ dưới mũi ức tại khoa Lồng ngực Mạch máu, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Vai trò của phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng qua nội soi lồng ngực...

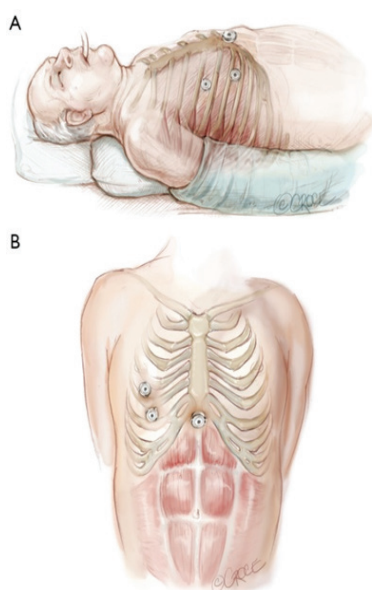
Chỉ định phẫu thuật được chia làm 2 nhóm chính: (1) Nhóm bệnh nhân nhược cơ đã được điều trị nội khoa ổn định, chụp CT scan ngực phát hiện tồn dư, tăng sản tuyến ức hoặc u tuyến ức được chỉ định phẫu thuật nhằm loại bỏ tuyến ức điều trị nhược cơ. (2) Nhóm bệnh nhân u tuyến ức không nhược cơ: những trường hợp nghi ngờ xâm lấn cấu trúc xung quanh trên CT scan được thực hiện MRI ngực.

Đối tượng loại trừ: những trường hợp u tuyến ức xâm lấn các cấu trúc xung quanh hoặc được xác định u tuyến ức nguy cơ cao trên MRI ngực.

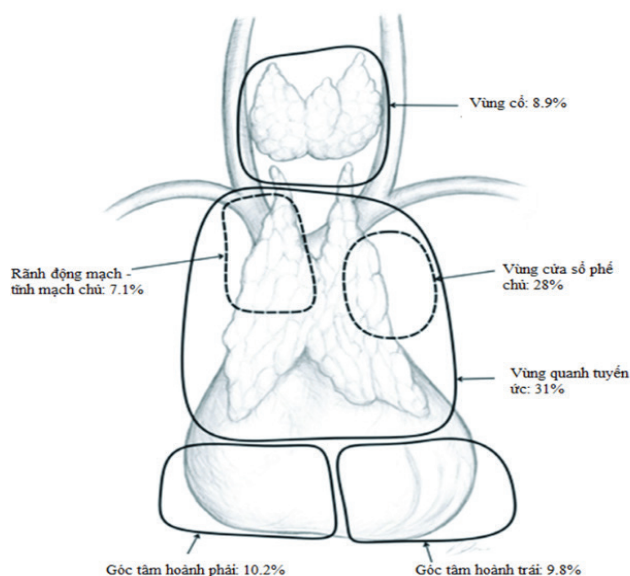
Kỹ thuật phẫu thuật:

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, kê gối dưới vai. Phẫu thuật nội soi lồng ngực tiếp cận bên phải hoặc trái tùy theo vị trí u và bên ưu thế của mô mỡ trung thất trước.

- Vào trocar 10 mm liên sườn 5 đường nách trước camera 30 độ. CO₂ được bơm qua trocar với áp lực 6 - 8 mmHg, tốc độ tối đa 8 lít/phút. Vào tiếp trocar 5mm ở liên sườn 7 đường trung đòn. Vào tiếp trocar thao tác 10 mm qua đường mổ 12 mm dưới mũi ức dưới hướng dẫn của nội soi lồng ngực. (hình 1)



Hình 1: Tư thế bệnh nhân và vị trí trocar [5]



Hình 2: Vị trí mô tuyến ức lạc chỗ [1]

- Tiến hành cắt màng phổi trung thất, từ trước thần kinh hoành đến chỗ đổ của tĩnh mạch thân cánh tay đầu trái vào tĩnh mạch chủ trên. Cắt tiếp màng phổi trung thất sau bó mạch vú trong tới chân hoành. Bóc tách rộng rãi toàn bộ mô tuyến ức cùng mỡ trung thất trước khỏi màng ngoài tim. Bóc tách và cắt rộng rãi tuyến ức cùng mô mỡ trung thất trước nằm giữa 2 thần kinh hoành.

- Quan sát rõ sừng trên tuyến ức qua trocar camera dưới mũi ức, bóc tách và cắt sừng trên tuyến ức, cắt rời động mạch, tĩnh mạch tuyến ức bằng dao siêu âm hoặc clip. Bệnh phẩm được lấy ra ngoài qua lỗ trocar dưới mũi ức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023, có 33 bệnh nhân (13 nam và 20 nữ) được phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức có kết hợp đường mổ dưới mũi ức tại khoa Lồng ngực Mạch máu, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Tuổi trung bình là 46.2 ± 11.8 tuổi, nhỏ nhất là 24 tuổi và lớn nhất là 69 tuổi. Trong 33 trường hợp, có 7 trường hợp u tuyến ức đơn thuần, 7 trường hợp u tuyến ức có nhược cơ và 19 trường hợp nhược cơ có tuyến ức tồn lưu hoặc tăng sản tuyến ức. Kích thước u tuyến ức trung bình là $4,3 \pm 1,7$ cm.

Bảng 1: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Giá trị
Kích thước u tuyến ức, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	$4.3 \pm 1,7$
Đường vào của nội soi lồng ngực, n (%): Ngực phải	26 (78,8%)
Ngực trái	7 (21,2%)
Thời gian phẫu thuật (phút), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	$149,0 \pm 35,4$
Thời gian ngắn nhất (phút)	90
Thời gian dài nhất (phút)	210
Áp lực bơm CO ₂ (mmHg), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	7.3 ± 1.6
Tốc độ bơm CO ₂ (L/p), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	7.2 ± 1.5
Thời gian bơm CO ₂ (phút), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	111.9 ± 36.5
ETCO ₂ (mmHg), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	38.6 ± 3.4
Thời gian dẫn lưu màng phổi (ngày), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	$2,4 \pm 0,6$
Thời gian nằm viện (ngày), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	$7,1 \pm 2,5$
Biến chứng chu phẫu, n (%): Thủng cơ hoành, Tổn thương gan	1 (3,1)
Suy hô hấp	1 (3,1)
Giải phẫu bệnh sau mổ, n (%): U tuyến ức	20 (60,7)
Tăng sản tuyến ức/ tồn dư tuyến ức	13 (39,3)
Phân loại giải phẫu bệnh u tuyến ức, n (%): Type A	4 (20)
Type AB	4 (20)
Type B1	2 (10)
Type B2	7 (35)
Type B3	3 (15)

Tai biến và biến chứng: Một trường hợp thủng hoành phải sau vô trocar, có kèm tổn thương gan (chiếm 3,1%), phải tiến hành mở ngực phải để thám sát tổn thương cơ hoành, gan phải, khâu cầm máu kèm khâu phục hồi cơ hoành phải, hậu phẫu ổn. Một trường hợp suy hô hấp hỗn hợp sau mổ (chiếm 3,1%), phải thở máy và điều trị ở hồi sức tích cực 5 ngày. Bệnh nhân không ghi nhận tiền căn bệnh lý phổi, bệnh lý nhược cơ trước đó, tổng trạng béo phì, đo chức năng hô hấp trước mổ ghi nhận hội chứng hạn chế mức độ nhẹ, không có hội chứng tắc nghẽn, FEV1 trước test dẫn khí quản đạt 76%. Trong mổ quan sát rõ thần kinh hoành 2 bên. Tuy nhiên sau mổ chụp cắt lớp vi tính ngực đánh giá lại ghi nhận

vòm hoành phải ở vị trí cao hơn trước mổ, chưa loại trừ tổn thương thần kinh hoành phải do nhiệt. Sau 6 ngày điều trị tại khoa hồi sức tích cực, tình trạng hô hấp bệnh nhân cải thiện và xuất viện 3 ngày sau đó. Bệnh nhân được tái khám và chụp X quang ngực thẳng sau 1 tháng, vòm hoành phải vẫn cao hơn so với trước mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả phẫu thuật

Trong 33 trường hợp được phẫu thuật, phần lớn chúng tôi tiếp cận qua ngực phải, chỉ có 7 trường hợp vào ngực trái vì u tuyến ức lệch trái và tồn dư tuyến ức có mô tuyến ức bên trái ưu thế. Với u tuyến ức hoặc tuyến ức tồn dư nằm giữa trung thất trước,

Vai trò của phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng qua nội soi lồng ngực...

chúng tôi ưu tiên vào ngực phải, tránh vùng mỏm tim để có khoang thao tác rộng rãi, giúp nhận định rõ ràng tĩnh mạch chủ trên cũng như tĩnh mạch vô danh. Tất cả các trường hợp đều đạt được diện cắt tuyến ức mở rộng và phẫu trường quan sát toàn diện từ chân hoành đến nền cổ cũng như dây thần kinh hoành hai bên. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $149,0 \pm 35,4$ phút. Rõ ràng phẫu thuật cắt rộng tuyến ức hợp đường mũi ức tốn thời gian hơn so với cắt tuyến ức hoặc u tuyến ức kinh điển, khi phải cắt bỏ toàn bộ tuyến ức kèm mô mỡ trung thất trước từ nền cổ tới chân hoành.

Về mặt giải phẫu bệnh sau mổ có sự khác biệt so với chẩn đoán trước mổ chủ yếu dựa vào hình ảnh trên CT scan ngực. Trong 19 trường hợp trước mổ chẩn đoán là tăng sản tuyến ức, có 6 trường hợp sau mổ kết quả giải phẫu bệnh là u tuyến ức; tất cả các trường hợp này kích thước u nhỏ nên đôi khi khó phân định trên CT scan giữa u tuyến ức hay chỉ là tăng sản tuyến ức và chỉ định mổ cho các trường hợp này nhằm cắt toàn bộ tuyến ức để điều trị nhược cơ.

4.2. Tai biến và biến chứng

Chúng tôi có 1 trường hợp thủng hoành phải sau vô trocar dưới mũi kiếm, có kèm tổn thương gan, phải tiến hành mở ngực để thám sát tổn thương cơ hoành, gan phải, khâu cầm máu kèm khâu phục hồi cơ hoành phải. Trong nghiên cứu của Rowse cũng ghi nhận 1/11 trường hợp phẫu thuật nội soi Robot có tổn thương gan sau vô trocar [6].

Chúng tôi cũng ghi nhận 1 trường hợp suy hô hấp hỗn hợp sau mổ do tổn thương thần kinh hoành phải mặc dù trong mổ quan sát rõ thần kinh hoành 2 bên. Bệnh nhân không có bệnh lý nhược cơ trước đó. Tình trạng hô hấp bệnh nhân cải thiện sau 5 ngày thở máy. Bệnh nhân này được tái khám và chụp X quang ngực thẳng sau 1 tháng, vòm hoành phải vẫn cao hơn so với trước mổ. Điều này khẳng định thần kinh hoành có thể tổn thương do nhiệt của dao đốt trong quá trình phẫu thuật. Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận biến chứng tổn thương thần kinh hoành sau mổ nội soi cắt tuyến ức. Michele Salati trong nghiên cứu về phẫu thuật cắt tuyến ức kinh điển trên 183 bệnh nhân ở Ý ghi nhận biến chứng tổn thương thần kinh hoành sau mổ xảy ra trên 13 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 7,1%) [7].

4.3. Vai trò của phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức

Trước đây, phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức hoặc cắt tuyến ức điều trị nhược cơ được thực hiện qua đường mổ ngực phải hoặc trái tùy theo vị trí ưu thế của u trên CT scan ngực, toàn bộ các ngõ vào cho camera và dụng cụ thao tác đều nằm trên các khoang liên sườn của ngực 1 bên. Do đó, nội soi lồng ngực cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức không phải là phương pháp mới hoàn toàn mà chỉ là sự kết hợp giữa nội soi lồng ngực kinh điển và một ngõ vào dưới mũi ức. Phẫu thuật viên chỉ cần thêm đường mổ để vào trocar dưới mũi ức với hướng dẫn nội soi lồng ngực, sau đó chuyển camera qua trocar dưới mũi ức khi cần để quan sát rõ trung thất trước, nền cổ, thần kinh hoành đối diện. Phẫu thuật sử dụng bơm CO₂ qua các kênh thao tác, không cần cô lập phổi bằng nội phế quản. Vết mổ bao gồm các đường rạch 5 mm ở liên sườn và 12 mm ở dưới mũi ức, đảm bảo vấn đề thẩm mỹ cho bệnh nhân sau mổ. Qua đó, nội soi lồng ngực tuyến ức kết hợp đường mổ mũi ức cho thấy là kỹ thuật phẫu thuật đầy tiềm năng.

4.4. Không cần cô lập phổi bằng nội phế quản

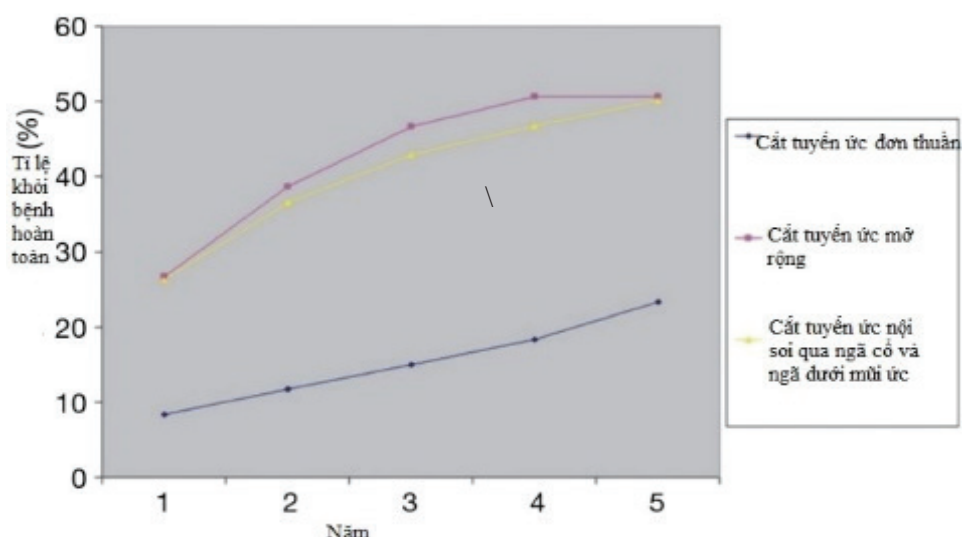
Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức thông thường cần đặt nội phế quản để xẹp phổi, tạo không gian thao tác. Tuy nhiên, với kỹ thuật này trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân chỉ cần đặt nội khí quản và xẹp phổi một bên bằng CO₂. Áp lực và tốc độ bơm CO₂ trung bình đạt 7mmHg. EtCO₂ trung bình là 38.6 mmHg. Chỉ ghi nhận 2 trường hợp có ứ CO₂ trong mổ. Tuy nhiên, EtCO₂ sau mổ trở về bình thường.

Javier Gallego Poveda và các cộng sự với kinh nghiệm sử dụng CO₂ trong hơn 100 ca phẫu thuật nội soi lồng ngực đã ghi nhận việc sử dụng nội khí quản kết hợp CO₂ trong mổ giúp giảm bớt mức độ phức tạp trong thao tác gây mê, rút ngắn thời gian gây mê khi không cần phải sử dụng nội phế quản. Đặt nội phế quản đòi hỏi bác sĩ gây mê phải dày dặn kinh nghiệm hoặc phải có nội soi phế quản giúp hướng dẫn đặt nội phế quản một cách chính xác [8]. Có thể thấy bơm CO₂ trong nội soi lồng ngực là một phương án tạo phẫu trường thao tác hiệu quả áp dụng trong nội soi lồng ngực kết hợp đường mổ dưới mũi ức và cả nội soi lồng ngực một bên kinh điển. Tuy nhiên trong quá trình bơm CO₂ cần theo dõi huyết động để phát hiện các biến chứng tụt huyết áp hay rối loạn nhịp do đẩy lệch trung thất bởi bơm CO₂.

4.5. Đạt được diện cắt tuyến ức mở rộng

Quá trình phôi thai, tuyến ức nằm trong mô trung thất trước và phát triển dần từ trên xuống dưới trước khi định vị ở vị trí trung thất trước. Do vậy, ngoài tuyến ức chính danh, vẫn còn mô tuyến ức lạc chỗ rải rác ở vùng cổ và vùng trung thất trước. Marcin Zieliński đã mô tả và phân loại vị trí giải phẫu của

tuyến ức lạc chỗ ở vùng cổ và trung thất trước thành 6 vùng, đồng thời cùng các đồng nghiệp nghiên cứu và chứng minh hiệu quả của phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng (cắt tuyến ức kèm mô mỡ trung thất trước nằm giữa 2 thần kinh hoành, từ chân hoành tới nền cổ) hơn hẳn so với phẫu thuật cắt tuyến ức đơn thuần [1].



Hình 3: Tỷ lệ khỏi bệnh hoàn toàn ở các phương pháp điều trị ngoại khoa [1]

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một bên kinh điển bị hạn chế về tầm nhìn, khó thấy rõ thần kinh hoành đối diện và vùng nền cổ. Việc kết hợp camera qua trocar đường dưới mũi ức tạo điều kiện cho phẫu thuật viên quan sát rõ vùng nền cổ, thần kinh hoành đối diện, giúp đạt diện cắt mở rộng (tuyến ức kèm mô mỡ trung thất trước), cắt được cả tuyến ức lẫn tuyến ức lạc chỗ trong mỡ trung thất trước. Tỷ lệ khỏi bệnh ở bệnh nhân nhược cơ sau mổ sẽ được cải thiện. Đây chính là lợi ích lớn nhất của nội soi lồng ngực cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các ca phẫu thuật đều quan sát nền cổ và thần kinh hoành đối diện rất rõ với camera ở trocar dưới mũi ức.

Bên cạnh các ưu điểm trên, kỹ thuật này cũng có một số hạn chế nhất định, mặc dù trocar dưới mũi ức được thực hiện dưới hướng dẫn của nội soi lồng ngực, vẫn có khả năng tổn thương cơ hoành và tạng ổ bụng. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một trường hợp thủng hoành và tổn thương gan sau khi vào trocar mũi ức, phải mở ngực để khâu cầm máu vùng gan và phục hồi cơ hoành. Đòi hỏi phẫu thuật

viên phải hết sức thận trọng, bóc tách rộng rãi vùng dưới mũi ức trước khi vào trocar.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức đạt diện cắt tuyến ức mở rộng nhờ tầm nhìn tốt vùng trung thất trước, quan sát rõ thần kinh hoành đối diện và nền cổ, tăng hiệu quả điều trị ở bệnh nhân nhược cơ có tồn dư tuyến ức hoặc tăng sản tuyến ức. Đồng thời gây mê không cần đặt nội phế quản giúp công tác gây mê cuộc mổ bớt phức tạp, nhanh gọn. Tuy nhiên, cần thận trọng khi vào trocar dưới mũi ức nhằm tránh biến chứng thủng cơ hoành, tổn thương tạng ổ bụng dù trocar được đặt dưới hướng dẫn của nội soi lồng ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zieliński, Marcin. Definitions and standard indications of minimally - invasive techniques in thymic surgery. Journal of visualized surgery. 2017;3(99):1-5
2. Kido T, Hazama K, Inoue Y, et al. Resection of anterior mediastinal masses through an infrasternal approach. Ann Thorac Surg. 1999;67(1):1-5

Vai trò của phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng qua nội soi lồng ngực...

3. Suda T. Subxiphoid thymectomy: single - port, dual-port, and robot-assisted. J Vis Surg. 2017;3:75
4. Zieliński M, Rybak M, Solarczyk-Bombik K, Wilkojc M, Czajkowski W, Kosinski S, Fryzlewicz E, Nabialek T, Szolkowska M, Pankowski J. Subxiphoid uniportal VATS thymectomy. J Vis Surg. 2017;3:171.
5. Dunning J. Video -assisted thoracoscopic microthymectomy. Annals of Cardiothoracic Surgery. 2015; 4(6):550-555.
6. Rowse PG, Roden AC, Corl FM, Allen MS, Cassivi SD, Nichols FC, Shen KR, Wigle DA, Blackmon SH: Minimally invasive thymectomy: the Mayo Clinic experience. Ann Cardiothorac Surg. 2015;4(6):519-526.
7. Salati M, Cardillo G, Carbone L, Rea F, Marulli G, Brunelli A, Voltolini L, Gotti G, Rocco G. Iatrogenic phrenic nerve injury during thymectomy: the extent of the problem. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 2010;139(4):e77-78
8. Gallego-Poveda J, Guerra NC, Carneiro C, Ferreira H, Sena A, Junqueira N, Velho TR, Nobre Â: Use of CO(2) in video assisted thoracic surgery and single-lumen endotracheal tube-a new less invasive approach. J Thorac Dis. 2017; 9(4):903-906.