

Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT BỆNH VIỆN BÌNH DÂN LẦN THỨ 19 NGÀY 06 - 07 THÁNG 04 NĂM 2018

TỔNG QUAN

- 1 Tiến bộ trong điều trị ngoại khoa ung thư tụy tạng
* Lê Quang Nghĩa
- 7 Gây mê hồi sức trong phẫu thuật ghép gan
* Nguyễn Văn Chàng, Nguyễn Văn Chinh,
Trần Đỗ Anh Vũ
- 13 Nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản
* Đào Quang Oánh
- 19 Testosterone: hư cấu và thực tế lâm sàng
* Mai Bá Tiến Dũng
- 24 Điều trị testosterone bổ sung và bệnh lý tuyến tiền
liệt
* Đào Quang Oánh
- 31 Cập nhật chẩn đoán và vai trò của ung bướu nội
khoa trong điều trị bướu biểu mô tuyến ức: thực tế
và triển vọng
* Võ Thị Ngọc Diệp, Nguyễn Hoàng Quý
- 36 Chất chống oxy hóa: quan điểm trong điều trị vô
sinh nam
* Mai Bá Tiến Dũng
- 41 Bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu
thuật ung thư trực tràng
* Phan Thanh Tuấn, Trần Văn Minh Tuấn, Hồ Tiến Duy

- 49 Liệu pháp kích điện thần kinh chày sau điều trị bảo
tồn các rối loạn chức năng sàn chậu
* Nguyễn Trung Vinh, Đặng Duy Anh

NGHIÊN CỨU Y HỌC

- 56 Đánh giá hiệu quả chương trình quản lý kháng sinh
trong sử dụng kháng sinh dự phòng ở các khoa
ngoại tại bệnh viện Bình Dân
* Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Huỳnh Lê Hạ,
Bùi Hồng Ngọc
- 64 Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang
không xâm lấn cơ bàng cắt đốt qua ngã niệu đạo với
laser thulium yag kết hợp hóa trị trong bàng quang
sau phẫu thuật
* Nguyễn Hoàng Luông, Hà Văn Bằng
- 70 U mạch cơ mỡ thận – báo cáo trường hợp lâm sàng
* Trần Ngọc Khánh, Ngô Thanh Liêm, Hoàng Phong,
Đinh Thị Phương Hoài
- 74 Đánh giá kết quả điều trị bệnh cơ thắt tâm vị bằng
phương pháp nong bóng hơi nội soi
* Nguyễn Khôi, Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức,
Nguyễn Văn Hùng, Trần Quang Trình

(Xem tiếp trang 640)

PHẪU THUẬT BƯỚU TRUNG THẤT QUA NỘI SOI LỒNG NGỰC TẠI BV BÌNH DÂN (2010-2016)

Văn Tân*, Trần Vĩnh Hưng*, Trần Công Quyền*, Hồ Huỳnh Long*, Nguyễn Ngọc Bình*, Nguyễn Văn Việt Thành*, Nguyễn Bá Minh Nhật*, Đoàn Hùng Dũng*, Dương Thanh Hải*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý ngoại khoa trung thất rất đa dạng. Ngày nay, nhờ phát triển kỹ thuật nội soi, đa số bệnh lý trung thất có thể can thiệp phẫu thuật qua nội soi lồng ngực (NSLN).

Mục tiêu nghiên cứu: Lượng giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả những bệnh lý trung thất được phẫu thuật qua NSLN.

Đối tượng: Bướu hay u nang trung thất tiên phát, cần cắt bỏ tại BV Bình Dân.

Phương pháp: Tiên cứu. Dùng bộ dụng cụ nội soi ổ bụng, thêm trocar lồng ngực. Bệnh nhân nằm nghiêng phải hay trái tùy vị trí khối u. Gây mê nội phế quản 2 nòng, cho xẹp phổi bên mổ. Lỗ trocar cho camera ở gian sườn 4-5, trên đường nách giữa, các trocar khác đặt ở vị trí thuận lợi theo hướng dẫn của camera.

Kết quả: Trong thời gian từ năm 2010 đến năm 2016, chúng tôi đã cho nhập viện 52 bệnh nhân, trong đó có 48 bệnh nhân được mổ thì 42 bệnh nhân được mổ nội soi, 6 bệnh nhân phải chuyển mổ mở, trong đó 4 bệnh nhân chỉ có thám sát và sinh thiết. Nam có 27, nữ có 15, tuổi từ 22 đến 60, khối u được cắt bỏ trọn. Về vị trí, 20 u trung thất trước, 15 u trung thất sau, 7 u trung thất giữa. Về tính chất, 30 u đặc, 12 u nang. Đường kính trung bình là 5,5 cm (3-15 cm). Về vi thể, 16 u tuyến hung (3 có nhược cơ), 5 u quái, 4 u ác tuyến, 3 u thần kinh, 2 lymphomas, và 2 u mỡ. Thời gian mổ trung bình là 90 phút (30 phút đến 220 phút), truyền máu 2 bệnh nhân. Biến chứng viêm màng phổi 1 bệnh nhân, xuất huyết trong mổ 1 bệnh nhân và tử vong 1. Dùng kháng sinh 6 bệnh nhân. Rút ống dẫn lưu lồng ngực sau 24 giờ. Xuất viện sau 5 ngày. Bệnh nhân u tuyến hung bị nhược cơ, cường độ nhược cơ được cải thiện dần. Theo dõi: Tất cả 42 bệnh nhân đều được theo dõi, chưa thấy bệnh nhân nào bị u tái phát, trừ 4 bệnh nhân có u ác di căn.

Kết luận: NSLN điều trị u trung thất đã được áp dụng song song với điều trị u phổi tại bệnh viện chúng tôi từ năm 1996. Kết quả cho thấy phẫu thuật thực hiện được, ngày càng nhiều (80% so với 33% trước năm 2010) an toàn và hiệu quả, đặc biệt là đối với mọi u hiền hay u nang.

Từ khóa: Bướu trung thất.

ABSTRACTS

SURGICAL TREATMENT OF MEDIASTINAL TUMORS BY VATs AT BINH DAN HOSPITAL (2010-2016)

Van Tan, Tran Vinh Hung, Tran Cong Quyen, Ho Huynh Long, Nguyen Ngoc Binh, Nguyen Van Viet Thanh, Nguyen Ba Minh Nhat, Doan Hung Dung, Duong Thanh Hai

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement Vol. 22 - No 2- 2018: 335 - 340

Background: The nature of mediastinal tumor is very complicated. By developping VATs, majority of mediastinal tumors or cysts can be removed by thoracoscopy.

* Bệnh viện Bình Dân Tp Hồ Chí Minh.

Tác giả liên lạc: GS. Văn Tân

ĐT: (028) 38394747 - 511

Email: gsvantan@gmail.com

Objectives: Assessment of the feasibility, the safety and the effectiveness of VATs for removing the mediastinal tumors at Binh Dan hospital.

Materials: All mediastinal tumors or cysts removed by VATs from 2010 to 2016 are studied.

Method: A prespective study. A general anesthesia with double lumen intubation for one side lung collapse. The camera trocar is placed in the middle axillary line on lateral position patient, in ICS 4-5; the other trocars are directed by camera.

Results: From 2010 to 2016. There are 52 cases of mediastinal tumors; 42 were removed by VATs. 6 must be turned in open that 4, were exploratory and biopsy. Male were 27, female 15; age from 22 to 60, 38 tumors were removed. 22 of anterior superior segment, 13 of posterior segment, 3 of middle segment. 30 solid tumors, 12 cystic tumors. The diameter was 5.5 cm (3-15 cm). About pathology, 17 thymoma (3 myastheny), 8 germ cell tumors (benign 3, 5 cancer), 3 neurologic tumors, 2 lymphomas, and 2 lipomas. Time of operation was 90 mn (30 mn to 220 mn), 2 patients must be transfused. Complications: Purulent pleuresy 1 patient, bleeding 1 patient and death. 6 patients were use antibiotics. In 24 hours, drainage was withdrawn. Discharge in 5 days. Follow-up: Myastheny in thymic tumor, was improved. All of 42 patients were follow-up, untill now, except 4 patients having cancer, exploratory and biopsy, the remainings were good.

Conclusion: In our hospital, thoracoscopic surgery of mediastinal tumors is applied parallele to lung tumors. Nowaday, 80% is operated by thoracostomy in comparison 33% in the year before 2010. The surgery for removing benign tumors was feasible, safe and effective.

Key words: Mediastinal tumors.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo giải phẫu học, trung thất được chia làm 3 hay 4 vùng nhưng có thể có bất thường⁽¹³⁾, khi các bộ phận không nằm đúng chỗ.

Bệnh lý ngoại khoa trung rất đa dạng: u bướu, chấn thương, viêm nhiễm. Trung thất là một khối nằm trong lồng ngực, giữa 2 phổi, chứa nhiều tạng quan trọng như tim, các mạch máu lớn, thực quản, khí-phế quản. Muốn can thiệp phẫu thuật, phải mở rộng lồng ngực hay chế dọc xương ức, là những phẫu thuật lớn, mà hậu phẫu thường rất nặng nề. Ngày nay, nhờ phát triển kỹ thuật nội soi lồng ngực (NSLN) với camera và những dụng cụ chuyên dùng, một số bệnh lý trung thất có thể can thiệp ngoại khoa qua các lỗ nhỏ.

Trong đầu thập kỷ 21, nhờ học tập và thực hiện trên sinh vật rồi trên người Hồng Kông với GS Anthony Yim, GS Sidney

Chung và CS^(16,17,18), chúng tôi đã bắt đầu thực hiện NSLN để điều trị cho một số bệnh lý ngoại khoa chọn lọc ở trung thất. 2 loại bệnh được điều trị qua NSLN là các u hiền và các u ác kể cả u di căn, xâm lấn trung thất gây tràn dịch màng tim ép tim.

Mục tiêu nghiên cứu

Lượng giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả ứng dụng NSLN cắt bỏ một số khối u trung thất.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nhóm bệnh nghiên cứu gồm u đặc hay u nang trung thất tiên phát, mổ tại BV Bình Dân.

Phương pháp: Tiên cứu. Nhóm bệnh được điều trị trong khoảng thời gian từ đầu năm 2010 đến hết năm 2016.

Phẫu thuật NSLN được ứng dụng để thám sát rồi cắt bỏ khối u.

Bộ nội soi ổ bụng thêm trocar lồng ngực được xử dụng. Lỗ trocar cho camera trên đường nách giữa ở bệnh nhân nằm nghiêng qua khe liên sườn 4-5. Các trocar khác đặt ở các vị trí thuận lợi theo hướng dẫn của camera.

Các dữ liệu trước mổ về tuổi, giới... diễn biến cuộc mổ (thời gian, máu mất, tai biến...) và diễn biến hậu phẫu, giải phẫu bệnh, tái khám theo dõi sau xuất viện được ghi nhận. Các số liệu được phân tích để rút ra kết quả ngắn và trung hạn.

KẾT QUẢ

Từ năm 2010 đến hết năm 2016, 52 bệnh nhân nhập viện thì có 42 bệnh nhân được thực hiện qua NSLN, chiếm tỉ lệ là 80%.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và định bệnh

Tuổi và giới

Số bệnh nhân trên gồm 27 nam, 15 nữ, tuổi trung bình 35 (22-50), trừ 4 bệnh nhân bị u di căn đều tuổi trên 55.

Lâm sàng

7 bệnh nhân không triệu chứng, phát hiện nhờ chụp hình phổi kiểm tra sức khỏe, 35 bệnh nhân bị đau ngực, khó thở và ho, trong đó 1 bệnh nhân có sốt và 3 bệnh nhân bị nhược cơ.

Cận lâm sàng

Xét nghiệm: Urê, creatinine, công thức bạch cầu, Hct đều nằm trong giới hạn bình thường.

ECG: các chuyển đạo bình thường.

Hình ảnh: X quang và CT lồng ngực, xác định u trung thất.

Nội soi khí-phế quản và thực quản để loại trừ u hệ hô hấp và u thực quản.

Chụp hình thực quản có cản quang để xác định thêm vị trí của khối u

Chẩn đoán

Có 9 u nang, 3 nang, 30 u đặc.

Bảng 1. X quang phổi: thẳng và nghiêng, CT scan cho thấy

Vị trí khối u	Số trường hợp
Trung thất trước trên	20
Trung thất sau	15
Trung thất giữa	7
Tổng	42

Bảng 2. Kích thước khối u

Kích thước	Số trường hợp
< 4 cm	13
4 – 6 cm	19
> 6 cm	10
Tổng	42

Bảng 3. Bản chất khối u

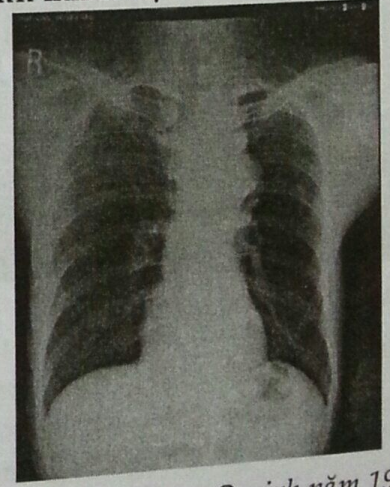
Vi thể	Số trường hợp
U tuyến ức	14 (myasthenis gravis: 3)
Germ cell tumors	8
Cyst (pleural, pericardial)	3
Neurologic tumors	12
Lymphoma	2
Lipoma	2
Carcinôm tuyến	1
Tổng	42

Phẫu thuật (video)

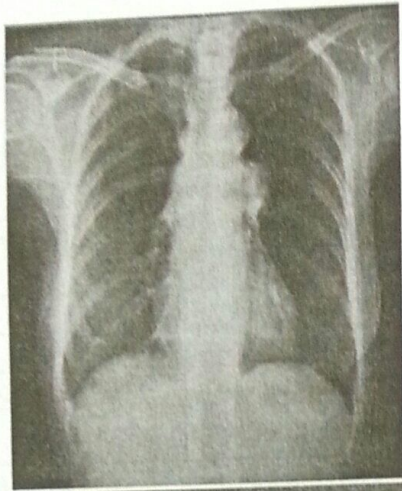
Bảng 4. Đường vào NSLN

Đường vào/trocars	Số trường hợp
Ngực trái	20/ 3-4 trocars
Ngực phải	22/ 4 trocars

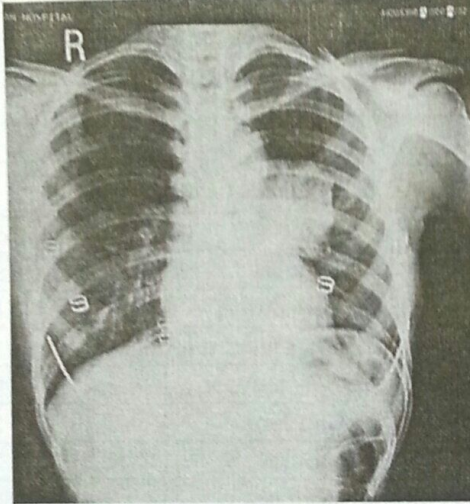
Hình ảnh minh họa



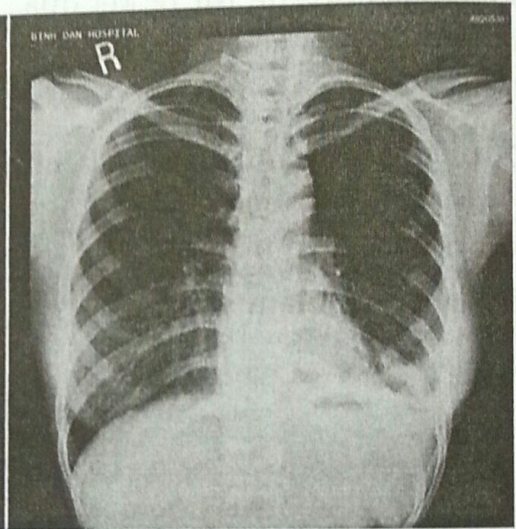
Hình 1: BN. Trần Hùng O, sinh năm 1949, U trung thất trước. Số hồ sơ: 212/19833



Hình 1: BN. Ôn Kim Ph. Sinh năm 1961, U trung thất trước. Số hồ sơ: 2016/28016

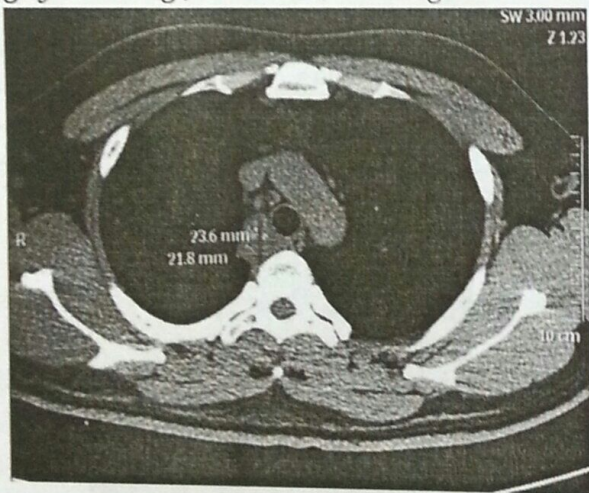


A. Trước mổ

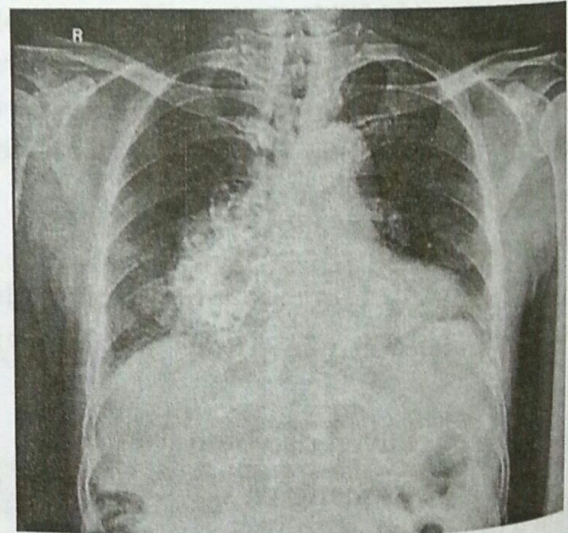


B. Sau mổ

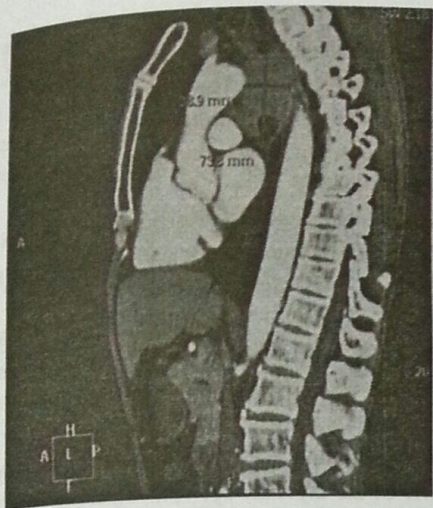
Nguyễn Hồ Ngọc Tr 1989, U trung thất trước. Số hồ sơ: 212/03312



Đỗ Hữu L 1976, U trung thất sau
Số hồ sơ: 211/12489



Nguyễn Văn B 1942, U trung thất trước
Số hồ sơ: 213/22461



Phạm Ph, 1950, U thần kinh trung thất sau

Số hồ sơ: 216/27396

KẾT QUẢ

80% cắt trọn bướu, thời gian mổ trung bình: 90 phút (38 - 225). Biến chứng 1 và tử vong 1, do xuất huyết vì tổn thương tĩnh mạch chủ trên và tử vong. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5 ngày. 6 trường hợp phải chuyển qua mổ mở vì u ăn lan, trong đó 4 trường hợp chỉ thám sát, sinh thiết.

Theo dõi:

Trung bình 5 năm (12 tháng đến 7 năm): chưa thấy tái phát, trừ 6 trường hợp u di căn.

BÀN LUẬN

Ngày nay > 80% các trường hợp bệnh lý ngoại khoa lồng ngực được điều trị qua nội soi. Biến chứng trong kỹ thuật này là từ 2 đến 10% và tử vong khoảng 2%⁽²⁾.

Qua 42 bệnh nhân đã mổ, chúng tôi thấy đối với u hiền hay u nang, NSLN qua 3 hay 4 lỗ ở bệnh nhân nằm nghiêng, gây mê 2 nòng cho xẹp phổi chọn lọc, phẫu tích cẩn thận, cắt lấy trọn khối u không khó. Các bác sĩ ở Hồng Kông và trên thế giới đã thực hiện NSLN để cắt bỏ u trung thất từ năm 1993⁽¹⁶⁾. Chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật này từ năm 1996 tại BV Bình Dân (Error! Reference source not found.).

Theo thống kê phân tích của các tác giả phương Tây và Mỹ⁽¹⁾, bướu trung thất rất đa

dạng. Dẫn đầu trong nhóm bướu đặc thì có bướu tuyến hung, ở trung thất trước, bướu thần kinh, ở trung thất sau, u nang, ở trung thất giữa, thường phát xuất từ màng tim, từ phế quản, u tế bào mầm, u lymphoma rồi đến ung thư không rõ nơi phát xuất, thường gặp ở trung thất trên, trước. Khoảng dưới 50% u trung thất là u hiền⁽³⁾.

Về u ác, cắt u cũng có thể thực hiện được qua NSLN nhưng vì số liệu còn hạn chế, các tác giả chưa có nhận xét về kết quả lâu dài^(15,18). Dầu mỡ u ác hay u hiền, các tác giả đều khuyến cáo, khi phẫu tích không được làm vỡ u, phải cắt bỏ trọn u, phải lấy u ra trong túi và gây mê cho xẹp phổi chọn lọc 1 bên mà không nên bơm CO2 để giảm gieo rắc tế bào ung thư trong lồng ngực và vào các vết thương qua lỗ trocar^(4,10). Về phẫu thuật, u tuyến hung, mặc dù đã thực hiện thường qui nhưng còn rất nhiều bàn cãi về đường vào và làm sao lấy trọn u để khỏi tái phát và cũng gặp trường hợp ung thư^(5,8,9,14,16,17). Ngoài ra còn xạ trị cho u ác tuyến hung⁽⁷⁾. Trong trường hợp u tế bào mầm cũng cần mổ và hóa trị^(6,12).

Nói chung cho đến nay, phẫu thuật NSLN đã được ứng dụng để cắt bỏ u trung thất trong các bệnh lý ngoại khoa sau: bướu tuyến hung, bướu teratoma, bướu thần kinh, các nang màng tim, nang phế quản, nang ruột, u tế bào mầm ác⁽²⁾.

Cũng như mổ nội soi các bệnh lý khác, một khi kíp mổ được huấn luyện thành thạo và có trang thiết bị hiện đại thì các bệnh lý ngoại khoa trong lồng ngực đều có thể thực hiện được qua nội soi. Cái lợi trong kỹ thuật này là có thể xác định lại định bệnh và nếu phẫu thuật thực hiện được thì bệnh nhân ít bị đau sau mổ, ít bị biến chứng về đường mổ, sẹo mổ nhỏ và có thể xuất viện sớm cũng như giảm ngày nghỉ công tác (đa số là tuổi trẻ). Trước năm 2010, chúng tôi chỉ chọn mổ nội soi những khối u < 5 cm, tỉ lệ đạt được

Nghiên cứu Y học

33%, ngày nay, chúng tôi chọn những bệnh có u lớn hơn; do đó, tỉ lệ mổ nội soi đạt được 80%.

Như 38 trường hợp mổ của chúng tôi, nằm viện là 5 ngày, xuất viện trở lại công tác sau 2 tuần, tái khám định kỳ, hiện chưa thấy tái phát, trừ 6 trường hợp ung thư, 4 chỉ có thám sát và sinh thiết.

KẾT LUẬN

Từ 1996 đến nay, chúng tôi đã thực hiện NSLN để định bệnh và để điều trị. Kể từ năm 2010, 42 bệnh nhân được mổ nội soi thì 38 cắt bỏ trọn khối u, chiếm tỉ lệ 80% so với trước năm 2010, tỉ lệ cắt khối qua nội soi chỉ được 33%. Có 20% là u ác, còn lại là u hiền hay u nang. Kết quả cho thấy phẫu thuật thực hiện được, an toàn và hiệu quả. Những trường hợp u ác gởi qua khoa ung bướu để điều trị bổ túc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Christine LL, Duane RD Jr (2004). The mediastinum. In: Courtney MT Jr. Sabiston Textbook of Surgery, 17 th Ed. Saunders Philadelphia: pp. 1735-1763.
2. Craig C, Robert VR (2004). Minimally invasive surgery. In: Courtney MT Jr. Sabiston Textbook of Surgery, 17 th Ed. Saunders Philadelphia: pp. 445-470.
3. Donahue JM, Nichols FC (2009). Primary mediastinal tumors and cysts and diagnostic investigation of mediastinal masses. In: Shields TW: 2009, Lippincott William & Wilkins. Saunders Philadelphia: pp 2195-2199.
4. Falkson CB, Bezjak A, Darling G et al (2009). The management of thymomas. A systematic review and practice guideline. *J Thorac Oncol*;4:911-919.
5. Huang J, Rizk NP, Travis WD et al (2009). Comparison of patterns of relapse in thymic carcinoma and thymoma, *J Thoracic and Cardiovasc Surg*;138(1):26-31.
6. Kesler KA, Einbom LH (2009). Multimodality treatment of germ cell tumors of the mediastinum. *Thorac Surg Clin*;19:63-69.

7. Kim ES, Putnam JB, Komaki R et al (2004). Phase II study of a multidisciplinary approach with induction chemotherapy, followed by surgical resection, radiation therapy and consolidation chemotherapy for unresectable malignant thymomas. *Final report Lung Cancer*;44:369-379.
8. Mack MJ, Landreneau RJ, Yim AP et al (1996). Results of VATs thymectomy in pts with myasthenis gravis. *Thorac Cardiovasc Surg*;112:1352.
9. Mineo TC, Ambrogi V, Baddi A et al (2009). Recurrent intrathoracic thymomas. Potential prognostic importance of cell-cycle protein expression. *J Thoracic and Cardiovasc Surg*; 138(1):40-45.
10. Müller-Hermelink HK, Engel P, Kuo TT et al (2004). Tumors of the thymus. *Lyon France, IARC Press*:148-151.
11. Van Tan, Hoang Danh Tan, Tran Cong Quyen et al (2008). Treatment of benign mediastinal tumors by thoracoscopy. *Journal of Japan Society for Endoscopic Surgery*;7:19-21.
12. Walsh GL, Taylor GD, Nesbitt JC, Amato RJ (2000). Intensive chemotherapy and radical resection for primary noseninomatous mediastinal germ cell tumors. *Ann Thorac Surg*;69:337-343.
13. Whitten CR1, Khan S, Munneke GJ, Grubnic S (2007). A diagnosis approach of mediastinal abnormalities. *Radiographies*;27:657-671.
14. Wright CD (2010). Extend resection for thymic malignancies. *J Thorac Oncol*;5:344-347.
15. Yim APC, Lee TW, Izzat MB et al (2001). Place of Video-thoracoscopy in Thoracic Surgical Practice. *World J Surg*; 25:157-161.
16. Yim APC (1996). VATs resection of anterior mediastinal masses. *Int J Surg*;81:350.
17. Yim APC (1999). VATs thymectomy for myasthenis gravis. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*;11:65.
18. Yim APC (1997). VATs in Asia: its impact and implications. *Aust. NZ. J. Med*;27:156.

Ngày nhận bài báo: 04/12/2017
 Ngày phản biện nhận xét bài báo: 20/12/2017
 Ngày bài báo được đăng: 25/03/2018