

# Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ hai bên cắt tuyến ức mở rộng điều trị bệnh nhược cơ

Ngô Gia Khánh<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Ước<sup>2</sup>, Trần Trọng Kiểm<sup>3</sup>

1. Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai, 2. Khoa Phẫu thuật tim mạch lồng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 3. Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện 108

## Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ, u tuyến ức, nhược cơ

## Địa chỉ liên hệ:

Ngô Gia Khánh,  
Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai,  
78 Đường Giải Phóng, Phường  
Mai, Đống Đa, Hà Nội  
Điện thoại: 0915126638  
Email: drgiakhanh@gmail.com

**Ngày nhận bài: 20/11/2017**

**Ngày duyệt: 22/2/2018**

**Ngày chấp nhận đăng:  
20/4/2018**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực đã được sử dụng rộng rãi trong điều trị các khối u trung thất trước trong đó có u tuyến ức. Xu hướng hiện nay là ngày càng giảm số “lỗ” và hạn chế độ dài đường rạch nhằm mục tiêu giảm đau sau mổ, giảm dị cảm thành ngực và giảm thời gian nằm viện. Trong báo cáo này, chúng tôi thông báo một trường hợp cắt tuyến ức mở rộng ở một người bệnh nhược cơ bằng phẫu thuật nội soi một lỗ.

**Phương pháp nghiên cứu:** Người bệnh nam 55 tuổi, được chẩn đoán nhược cơ, trên CT: khối u tuyến ức đường kính (ĐK) 3cm. Các thăm dò khác trước mổ bình thường. Người bệnh được chỉ định mổ cắt tuyến ức nội soi lồng ngực một lỗ hai bên. Người bệnh được gây mê toàn thân, sử dụng ống nội khí quản hai nòng. Người bệnh nằm ngửa được cố định vững vào bàn mổ, nghiêng bàn khoảng 60° sang bên phải khi thao tác. Rạch da 3cm khoang liên sườn 4 đường nách giữa, qua đường rạch đưa ống kính nội soi 30° và dụng cụ vào để thao tác, không sử dụng banh sườn. Tiến hành phẫu tích từ bên phải trước, sau khi tuyến ức và tổ chức mỡ trung thất được giải phóng, mở màng phổi trung thất đối bên và qua đó đẩy bệnh phẩm sang bên trái. Sau đó, nghiêng bàn mổ sang bên đối diện. Tương tự như bên phải, rạch da ở vị trí khoang liên sườn 4 dài 3cm. Phẫu tích lấy toàn bộ tổ chức mỡ trung thất và thùy trái tuyến ức và lấy bệnh phẩm.

**Kết quả:** Không gặp biến chứng trong và sau mổ. Người bệnh xuất viện sau 5 ngày. Giải phẫu bệnh Thymoma typ A (Masaoka I). Không có tái phát sau 18 tháng theo dõi.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ hai bên có thể áp dụng hiệu quả trong cắt tuyến ức mở rộng điều trị nhược cơ. Giảm đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện và tốt hơn về mặt thẩm mỹ là những ưu điểm của phương pháp này so với các phẫu thuật truyền thống.

# Bilateral single-port video-assisted thoracoscopy for extended thymectomy in the treatment of myasthenia gravis

Ngô Gia Khanh<sup>1</sup>, Nguyen Huu Uoc<sup>2</sup>, Tran Trong Kiem<sup>3</sup>

1. Bach Mai Hospital, 2. Viet Duc University Hospital, 3. 108 Military Central Hospital

## Abstract

**Introduction:** Video-assisted thoracoscopy is become a widely accepted approach for the resection of anterior mediastinal masses, including thymoma. The current trend is to reduce the number of ports and to minimize the length of incision in order to decrease postoperative pain, chest wall paraesthesia and length of hospitalization. Herein, we reported an extended thymectomy in a patient with myasthenia gravis with bilateral single-port thoracoscopy approach.

**Material and Methods:** A 55-years-old woman with myasthenia gravis was referred to our attention for management of a 3.5 cm, well-capsulated thymoma. All laboratory and cardio-pulmonary tests were within the normal limit; thus, thymoma resection with bilateral single-port thoracoscopy approach was scheduled. Under general anaesthesia and selective intubation, the patient was placed in 60° right lateral decubitus position. A 3cm skin incision was performed in the fourth right intercostal space and through that, a 30° camera and working instruments were inserted without rib spreading. After complete dissection of the thymus and mediastinal fat, the contralateral pleura was opened and through that, the specimen was pushed into the left pleural cavity. Then, the patient was placed in the left lateral decubitus position. Similarly to the right side, a 3-cm incision was performed in the fourth left intercostal space to complete thymoma dissection and the specimen was retrieved.

**Results:** No intra- and post-operative complications were found. The patient was discharged of the hospital in 4<sup>th</sup> days. Pathological examination revealed a thymoma of type A (Masaoka stage I). No recurrence was found in 18 months of follow-up

**Conclusion:** Bilateral single-port thoracoscopy is an available procedure for management of thymoma associated with myasthenia gravis. Less postoperative pain, reduction of hospital stay and better aesthetic results are the potential advantages of this approach in comparison with traditional technique. Obviously, our results should be validated by larger studies in terms of long-term oncological outcomes.

**Keyword:** Single-port thoracoscopic surgery, thymoma, myasthenia gravis.

## 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 người bệnh 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 người bệnh nhược cơ bằng Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ hai bên.

## II. Ca lâm sàng

Người bệnh 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. Người bệnh được chỉ định mổ cắt tuyến ức.

Người bệnh được gây mê toàn thân và đặt ống nội khí quản chọn lọc. Người bệnh được đặt ở tư thế nằm ngửa với hai tay treo vuông góc và có đệm gối dưới vai.

Phẫu thuật được tiến hành từ bên phải. Rạch da ở khoang liên sườn 4 đường nách giữa bên phải dài 3cm, đưa ống kính nội soi 30° và dụng cụ qua đường rạch không sử dụng ban 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.

Người bệnh 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 nách giữa. Màng phổi trung thất được phẫu tích dọc theo ranh giới phía trước của thần kinh hoành. 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. Người bệnh 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 người bệnh cải thiện tốt không có tái phát u.



Hình 1. CT Scanner trước mổ



Hình 2. Tư thế người bệnh



Hình 3. Bệnh phẩm & đường rạch dài 3cm,



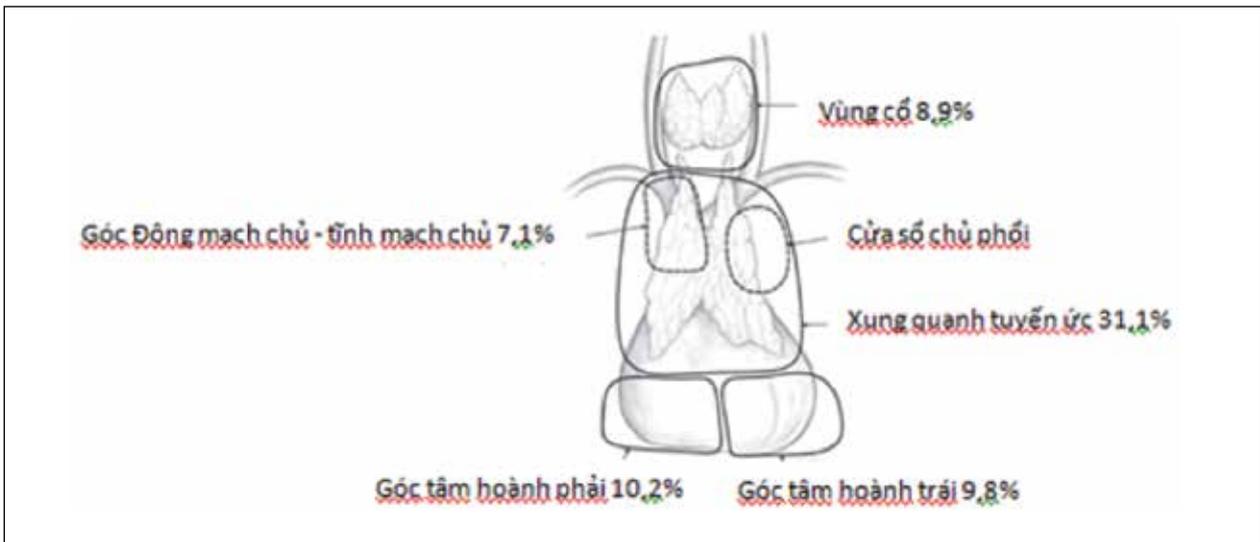
Hình 4. Dẫn lưu sau mổ

**IV. Bàn luận**

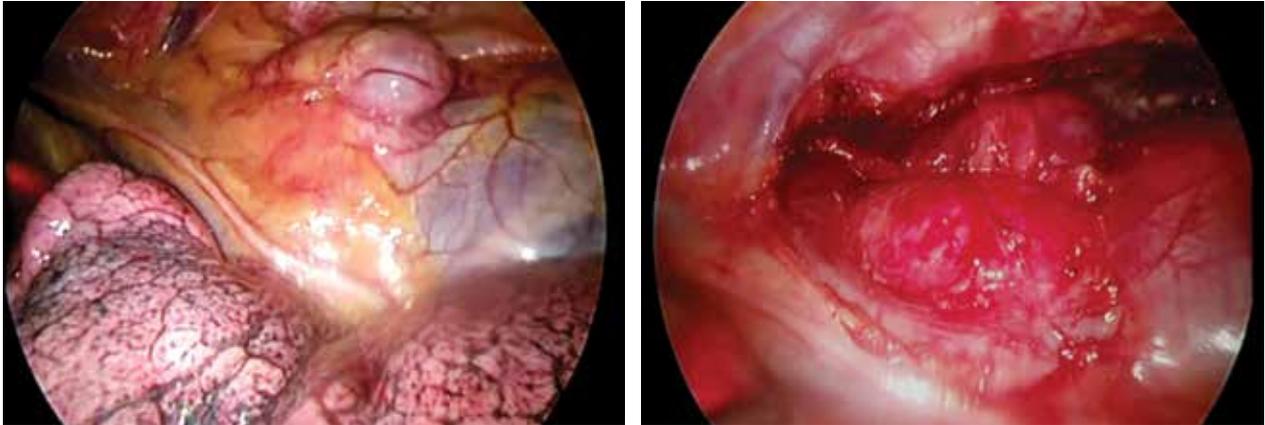
Hơn 10 năm qua, VATS đã được áp dụng rộng rãi trong điều trị các khối u trung thất trước bao gồm cả u tuyến ức. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, cắt tuyến ức nội soi khi được cắt nguyên khối thì hiệu quả về mặt ung thư học tương đương phẫu thuật mở xương ức nhưng phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn 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 [1], 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 [2]. Phẫu thuật cắt u tuyến ức nội soi một lỗ cũng đã được áp dụng ở một số trung tâm trên thế giới. Có thể kể đến một số nghiên cứu như: Francesco Paolo Caronia và cộng sự (Italia) thông báo 11 ca nội soi lồng ngực một lỗ hai bên cắt tuyến ức điều trị nhược cơ [3], Marco Scarci thông báo 1 trường hợp cắt tuyến ức bằng nội soi một lỗ [4], Ching-Yang Wu báo cáo 40 người bệnh cắt u trung thất bằng nội soi một lỗ [5]. 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.

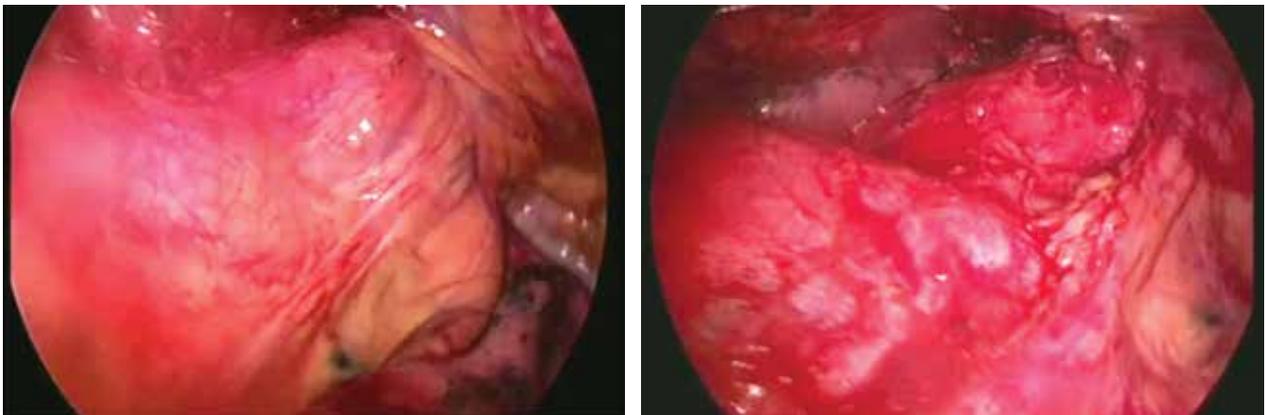
Về mặt sinh bệnh học Jaretzki nhận thấy, trong bệnh nhược cơ ngoài mô tuyến ức tiết ra chất đối kháng AcetylCholin gây ra các biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng thì các tổ chức tuyến ức lạc chỗ trong lớp mỡ trung thất cũng góp phần không nhỏ trong cơ chế gây bệnh. Do đó, trong phẫu thuật điều trị bệnh 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.



Hình 5. Sơ đồ phân bố tổ chức tuyến ức lạc chỗ theo Marcin Zieliński [6]



Hình 6. Tổ chức mỡ trung thất trước bên phải và sau khi lấy bỏ



Hình 7. Tổ chức mỡ trung thất trước bên trái và sau khi lấy bỏ

Trước đây, với đường mổ 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 người

bệnh 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 người bệnh 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 mổ xương ức nhưng chỉ với hai đường rạch da 3cm ở hai bên.

#### V. 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.

### Tài liệu tham khảo

1. Rocco G, Martin-Ucar A, Passera E. Uniportal VATS wedge pulmonary resections. *Ann Thorac Surg* 2004;77:726-8.
2. Gonzalez D, de la Torre M, Parabela M, et al. Video-assisted thoracic surgery lobectomy: 3-year initial experience with 200 cases. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2011;40:e21-8.
3. Francesco Paolo Caronia, Ettore Arrigo, Sebastiano Trovato, Atilio Ignazio Lo Monte, Salvatore Cottone, Francesco Sgalambro, Mario Guglielmo, Antonio Volpicelli, Alfonso Fiorelli. Uniportal bilateral video-assisted sequential thoracoscopic extended thymectomy. *Journal of Visualized Surgery*, 2017
4. Marco Scarci, Alessandro Pardolesi, Piergiorgio Solli. Uniportal video-assisted thoracic surgery thymectomy. *Ann Cardiothorac Surg* 2015;4(6):567-570
5. Wu CY, Heish MJ, Wu CF. Single port VATS mediastinal tumor resection: Taiwan experience. *Ann Cardiothorac Surg* 2016;5:107-11.
6. Zieliński. Definitions and standard indications of minimally-invasive techniques in thymic surgery Marcin. *Journal of Visualized Surgery*, 2017