

## BIỂU HIỆN NHƯỢC CƠ TRONG NHÓM U TUYẾN ỨC VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC

Phạm Hữu Lư\*, Nguyễn Đức Tuyển\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét tỷ lệ nhược cơ trong nhóm u tuyến ức được nghiên cứu và điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu về một số thông số như tỷ lệ nhược cơ trong nhóm u tuyến ức được nghiên cứu, kết quả sau điều trị. **Kết quả:** Bao gồm 17 nam và 18 nữ. Tuổi trung bình  $47,1 \pm 12,9$  (17 - 68). Phát hiện bệnh do triệu chứng nhược cơ là 37,1%. Thời gian phẫu thuật  $123,4 \pm 35,6$  phút (45- 220). Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm có nhược cơ ( $n = 13$ ) là  $182,3 \pm 20,4$  phút. Thời gian nằm viện trung bình  $6,1 \pm 3,6$  ngày (3-24). Không có tử vong sau mổ, có một bệnh nhân phải lọc huyết tương sau mổ. **Kết luận:** Biểu hiện nhược cơ là một hội chứng cận u trong nhóm u tuyến ức thường gặp trong lâm sàng. Bệnh nhân cần được chẩn đoán sớm và điều trị trước mổ. Phẫu thuật nội soi lồng ngực là một lựa chọn tốt cho loại hình bệnh lý này.

**Từ khóa:** u tuyến ức, phẫu thuật nội soi lồng ngực, bệnh nhược cơ

### SUMMARY

#### MANIFESTATIONS OF MYASTHENIA GRAVIS IN THE GROUP OF THYMOMAS AND SURGICAL TREATMENT BY VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY

**Objective:** To comment the rate of myasthenia gravis in the group of thymoma studied and surgically treated by video-assisted thoracoscopic surgery. **Methods:** Retrospective descriptive study on some variables such as the rate of myasthenia gravis in the studied thymoma group, post-treatment results.... **Result:** 17 men and 18 women. The mean age was  $47.1 \pm 12.9$  (17 - 68). Detecting thymoma due to symptoms of myasthenia gravis was 37.1%. Surgery time  $123.4 \pm 35.6$  minutes (45- 220). The mean surgical time of the group with myasthenia gravis ( $n = 13$ ) was  $182.3 \pm 20.4$  minutes. The mean hospital stay was  $6.1 \pm 3.6$  days (3-24). No mortality and post-operative major complications. **Conclusion:** Myasthenia gravis is a common paraneoplastic syndrome in the group of thymic tumors that are common in clinical practice. Patients need to be diagnosed early and pre-operative treated. Video-assisted thoracoscopic surgery is a good choice for

this type of pathology.

**Keyword:** thymoma, video – assisted thoracoscopic surgery (VATS), myasthenia gravis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức chiếm khoảng 0.15 trường hợp mắc mới. 100.000 dân/ năm, thường gặp ở lứa tuổi 40 – 60 và tỷ lệ không có triệu chứng chiếm khoảng 65% mà được phát hiện bởi các nguyên nhân khác [1], [2]. Trong số các bệnh nhân có triệu chứng thì nhược cơ chiếm khoảng từ 10 – 40% các trường hợp u tuyến ức [1], [3], [4].

Điều trị ngoại khoa kinh điển với loại hình tổn thương này là lấy u rộng rãi qua đường mở ngực hoặc mở xương ức. Hiện nay, phẫu thuật nội soi là biện pháp phổ biến tại các trung tâm phẫu thuật lồng ngực và được chấp nhận rộng rãi như phẫu thuật nội soi một lỗ, hai lỗ... [4], [5], [6] hoặc phẫu thuật nội soi một lỗ dưới gáy mê không đặt ống thở [7].

Nghiên cứu sẽ mô tả tỷ lệ nhược cơ trong nhóm u tuyến ức được phẫu thuật nội soi và nhận xét kết quả điều trị ngoại khoa với nhóm bệnh nhân này trong thời gian từ 2012-2017.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm 35 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức trong đó có cả các trường hợp có triệu chứng nhược cơ tại Trung tâm tim mạch và lồng ngực, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian 2012 – 2017 (6 năm).

**2.1 Lựa chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân có khối u tuyến ức có kích thước dưới 10cm đo trên cắt lớp vi tính ngực, chưa có tính chất xâm lấn các tổ chức lân cận trong trung thất. Đối với các trường hợp u tuyến ức có nhược cơ phải được điều trị thuốc chống nhược cơ và corticoid 1 - 2 tuần trước mổ.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả hồi cứu về một số thông số như tỷ lệ nhược cơ trong nhóm u tuyến ức được nghiên cứu, kết quả sau điều trị.... Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1 Số liệu chung:** Có 35 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu bao gồm 17 nam và 18 nữ. Tuổi trung bình  $47,1 \pm 12,9$  (17- 68)

**3.2 Dấu hiệu lâm sàng khi vào viện và thời gian phẫu thuật**

\*Trung tâm tim mạch và Lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

\*\*Bệnh viện Phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulucs@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 10.3.2022

**Bảng 3.1: Dấu hiệu lâm sàng khi vào viện (n = 35)**

Dấu hiệu lâm sàng		n	%
Không có (phát hiện tình cờ)		5	14,3
Có dấu hiệu lâm sàng <sup>(1)</sup> (n = 30)	Tức ngực hoặc đau ngực	10	33,3
	Nói ngọng hoặc nói khó	5	16,7
	Sụp mí	13	43,3
	Nuốt vướng, nuốt khó	7	23,3
	Khó thở	8	26,7
Ho hoặc ho và sốt		4	13,3

**Nhận xét:** Trên cùng một bệnh nhân có thể có từ 02 triệu chứng trở lên. Triệu chứng nhược cơ trong nhóm u tuyến ức nghiên cứu là 13/35 các trường hợp (37,1%), ngoài ra có thể gặp các triệu chứng không đặc hiệu như mệt mỏi, yếu cơ, nuốt vướng...

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 123,4 ± 35,6 phút, ngắn nhất là 55 phút và lâu nhất là 220 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm có nhược cơ (n = 13) là 182,3 ± 20,4 phút.

### 3.3 Tình trạng nhược cơ sau phẫu thuật và khám lại

**Bảng 3.2. Tình trạng nhược cơ sau khi phẫu thuật (n = 13)**

Liều thuốc sau mổ	n	%
Giảm liều	7	53,8
Giữ nguyên	3	23,1
Tăng liều thuốc	3	23,1
<b>Tổng</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong các bệnh nhân nhược cơ đã được phẫu thuật thì sau mổ đáp ứng tốt chiếm 53,8%, tăng độ nặng của nhược cơ là 3 trường hợp, trong đó có 1 bệnh nhân phải hô hấp hỗ trợ và lọc huyết tương định kỳ.

- Thời gian ra viện trung bình là 6,1 ± 3,6 ngày. Ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 24 ngày.

**Bảng 3.3. Dấu hiệu lâm sàng khi khám lại (n = 30)**

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Không có triệu chứng	22	73,3
Đau ngực	4	13,3
Khó thở	3	10
Sụp mí	3	10
Dị cảm vết mổ	2	6,7
Ho	2	6,7

**Nhận xét:** - Thời gian theo dõi sau mổ trung bình: 18,00 ± 15,49 tháng, lớn nhất là 53 tháng và nhỏ nhất là 1 tháng.

- Triệu chứng đau ngực gặp nhiều nhất với 13,3%. Tuy nhiên các triệu chứng đau ngực, khó thở, sụp mí, dị cảm vết mổ xuất hiện không thường xuyên.

- Trong số 5 bệnh nhân không khám lại: 01

bệnh nhân mất liên lạc, 03 bệnh nhân tử vong do các nguyên nhân không có liên quan tới bệnh lý tuyến ức và 01 bệnh nhân tử vong do nhược cơ nặng suy hô hấp kết hợp với viêm phổi.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Về triệu chứng lâm sàng của nhóm nghiên cứu.** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu khiến bệnh nhân đến viện là có biểu hiện của triệu chứng nhược cơ (sụp mí, nuốt nghẹn, yếu tay chân, khó thở) chiếm 15/35 bệnh nhân trong số các bệnh nhân có test nhược cơ dương tính là 13/35 (37,1%) Điều này cũng tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả trên thế giới [1], [2], [3], [5]. Ngoài ra có các triệu chứng đau ngực chiếm 33,3%, ho hoặc sốt chiếm 13,3%. Tất cả các bệnh nhân có test nhược cơ dương tính được điều trị nhược cơ 1-2 tuần bằng Mestinon 60mg và Medrol 16mg (hoặc tiêm tĩnh mạch Methyldepernisolon 40mg) nhằm chuyển nhược cơ về độ Ia để tiến hành phẫu thuật lấy khối u tuyến ức và tổ chức mỡ trung thất. Đa số các tác giả thống nhất cần điều trị và kiểm soát tốt tình trạng nhược cơ tốt trước mổ nhằm cải thiện triệu chứng cũng như ngăn ngừa sự xuất hiện cơn kịch phát nguy hiểm sau khi mổ [1], [2], [8]. Hơn nữa, những trường hợp u tuyến ức có biểu hiện nhược cơ thường phát hiện u ở giai đoạn sớm hơn và tỷ lệ tái phát u sau mổ thấp hơn so với nhóm không có biểu hiện nhược cơ [1]. Đây là biểu hiện của hội chứng cận u thường gặp trong u tuyến ức [4].

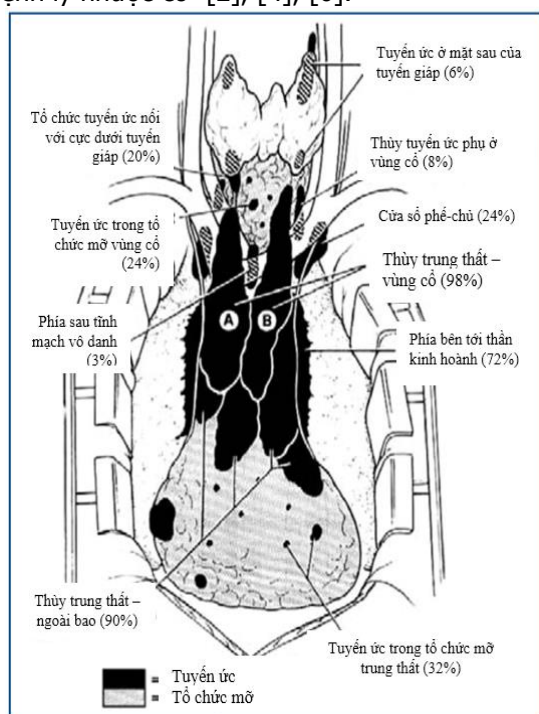
**4.2. Vấn đề sử dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị bệnh lý u tuyến ức có biểu hiện nhược cơ.** Đối với u tuyến ức có biểu hiện nhược cơ thì ngoài các chỉ định chung của phẫu thuật nội soi lồng ngực với u trung thất là dựa vào kích thước, mối liên quan với các tạng xung quanh và giai đoạn u. Bên cạnh đó, sử dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực lấy tổ mỡ trong trung thất trước và quanh màng ngoài tim là một yếu tố đã được các tác giả đề cập tới trong kỹ thuật phẫu thuật loại hình bệnh lý này [2], [4], [6].

Hơn nữa, yếu tố sử dụng thuốc gây mê trong phẫu thuật cũng được các tác giả đề cập tới đối với những bệnh nhân có u tuyến ức kèm theo nhược cơ [4], [5], [7]. Qua thực hành lâm sàng chúng tôi thấy rằng: Yếu tố chỉ định trước mổ có tính chất tương đối vì mức độ thành công của cuộc mổ còn phụ thuộc vào tổn thương thực tế trong mổ, kinh nghiệm của bác sỹ mổ, trang thiết bị hỗ trợ. Ngoài ra tính chất xâm lấn trên phim chụp cắt lớp vi tính cũng được đặt ra khi

chỉ định là bờ khối u rõ, gọn, chưa có tính chất xâm lấn tổ chức lân cận. Trong trường hợp khối u dính nhiều vào tổ chức xung quanh nên mổ ngực tối thiểu để đảm bảo cuộc mổ tiến hành an toàn và rút ngắn thời gian mổ.

Kết quả sinh thiết khối u dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính ngực cũng là yếu tố cần được nói tới trong chỉ định mổ nội soi trong trường hợp lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ khối trung thất trước là u lympho (bệnh lý chỉ định điều trị hoá trị liệu không phải phẫu thuật là lựa chọn đầu tiên). Tuy nhiên với khối u tuyến ức nhỏ, ở gần các vị trí nguy hiểm rốn phổi, quai động mạch chủ, tim...thì chúng tôi chủ trương nên phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán trong mổ.

**4.3. Kết quả của phẫu thuật nội soi.** Thời gian phẫu thuật trung bình của toàn bộ nhóm nghiên cứu của chúng tôi là  $123,4 \pm 35,6$  phút, ngắn nhất là 55 phút và lâu nhất là 220 phút. Trong đó: Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm có nhược cơ ( $n = 13$ ) là  $182,3 \pm 20,4$  phút. Như vậy, thời gian phẫu thuật của nhóm nhược cơ dài hơn do có thêm thao tác hạ màng tim và lấy tổ chức mỡ trong trung thất (Hình 1) – là một yếu tố quan trọng góp phần điều trị bệnh lý nhược cơ [2], [4], [6].



**Hình 1.** Biểu đồ mô tả tổ chức tuyến ức và các mô tuyến nhỏ nằm trong tổ chức mỡ vùng cổ và trung thất theo Jaretski [9]

Có 05 trường hợp mổ đường mở ngực nhỏ từ đầu do dính nhiều khó thao tác. 01 trường hợp chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở do phổi dính toàn bộ ở bệnh nhân lao phổi cũ khó phẫu tích bằng nội soi và nguy cơ tổn thương phổi và các cơ quan khác.

Thời gian nằm viện trung bình là  $6,1 \pm 3,6$  ngày do có 01 bệnh nhân sau phẫu thuật xuất hiện nhược cơ nặng, phải thở máy hỗ trợ và lọc huyết tương, kéo dài thời gian nằm viện đến 24 ngày.

## V. KẾT LUẬN

Biểu hiện nhược cơ là một triệu chứng cận u thường thấy trong bệnh lý u tuyến ức cần chẩn đoán sớm và điều trị nội khoa trước phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi lồng ngực là một lựa chọn tốt với loại hình tổn thương này khi có chỉ định và mang lại nhiều ưu điểm đã được chứng minh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kondo K. and Monden Y. (2005).** Thymoma and Myasthenia Gravis: A Clinical Study of 1,089 Patients From Japan. *Ann Thorac Surg*, **79**(1), 219–224.
- Nguyen T.G., Nguyen N.T., Nguyen V.N., et al. (2021).** Video-assisted thoracoscopic surgery for myasthenia gravis with thymoma: A six-year single-center experience. *Asian J Surg*, **44**(1), 369–373.
- Elkhouly A.G., Cristino B., Alhasan A., et al. (2019).** Minimalist three-dimensional thoracoscopic extended thymectomy in a patient with myasthenia gravis. *J Vis Surg*, **5**, 49–49.
- Tian W., Li X., Tong H., et al. (2020).** Surgical effect and prognostic factors of myasthenia gravis with thymomas. *Thorac Cancer*, **11**(5), 1288–1296.
- Pompeo E., Dauri M., Massa R., et al. (2017).** Minimalist thoracoscopic resection of thymoma associated with myasthenia gravis. *J Thorac Cardiovasc Surg*, **154**(4), 1463–1465.
- Infante M., Benato C., Giovannetti R., et al. (2017).** VATS thymectomy for early stage thymoma and myasthenia gravis: combined right-sided uniportal and left-sided three-portal approach. *J Vis Surg*, **3**, 144–144.
- Liu Z., Zhang L., Tang W., et al. (2021).** Non-intubated uniportal subxiphoid thoracoscopic extended thymectomy for thymoma associated with myasthenia gravis. *World J Surg Oncol*, **19**(1), 342.
- Zhicheng He, Quan Zhu, Wei Wen, Liang Chen, Hai Xu, and Hai Li (2013).** Surgical approaches for stage I and II thymoma-associated myasthenia gravis: feasibility of complete video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) thymectomy in comparison with trans-sternal resection. *J Biomed Res. Jan*; **27**(1): 62–70
- Jaretski A. (1997).** Thymectomy for myasthenia gravis: Analysis of the controversies regarding technique and results. *Neurology*, **48**(Supplement 5), 52S-63S.