

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U QUÁI TRUNG THẤT LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2015 - 2021

Phạm Hữu Lư*, Ngô Văn Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u quái trung thất lành tính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 – 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu với tất cả các trường hợp chẩn đoán là u quái trung thất lành tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Bao gồm 46 bệnh nhân, 15 nam và 31 nữ. Tuổi trung bình $28,98 \pm 12,51$. Đau ngực là triệu chứng hay gặp nhất (80,43%). Tất cả u nằm ở trung thất trước với kích thước u trung bình $8,4 \pm 3,8$ cm. Có 22 trường hợp mổ mở (47,83%) và 24 trường hợp mổ nội soi (52,17%). Tất cả bệnh nhân được cắt trọn khối u, trong đó có 08 bệnh nhân (17,39%) được cắt khối u kèm cắt một phần tổ chức xung quanh (màng ngoài tim, màng phổi...) do dày dính. Thời gian phẫu thuật trung bình là $112,85 \pm 40,44$ phút (50 – 210 phút). Thời gian rút dẫn lưu sau mổ trung bình là $5,25 \pm 6,46$ ngày, thời gian nằm viện sau mổ là $7,33 \pm 6,65$ ngày. Mổ nội soi cho thời gian nằm viện ngắn hơn mổ mở ($p = 0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân u quái trung thất lành tính có kết quả tốt sau điều trị phẫu thuật. Trong mổ cần chú ý vấn đề viêm dính, chảy máu và tổn thương các tạng lân cận. Phẫu thuật nội soi lồng ngực đã được chứng minh ít đau, thẩm mỹ và thời gian nằm viện ngắn với nhóm bệnh nhân có chỉ định.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR BENIGN MEDIASTINAL TERATOMAS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD OF 2015 - 2021

Objective: To evaluate the surgical results of benign mediastinal teratomas at Viet Duc University Hospital in the period 2015 - 2021. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study with all cases diagnosed as benign mediastinal teratomas operated at Viet Duc University Hospital from January 2015 to December 2021. **Results:** 46 patients, 15 men and 31 women. Mean age 28.98 ± 12.51 . Chest pain was the most common symptom (80.43%). All tumors were located in the anterior mediastinum with an average tumor size of 8.4 ± 3.8 cm. There were 22 cases of sternotomy or thoracotomy (47.83%) and 24 cases of video-assisted thoracoscopic surgery

(52.17%). All patients had complete resection, of which 08 patients (17.39%) had complete tumor resection with partial removal of surrounding tissue (pericardium, pleura, etc.) due to thickening. The average surgical time was 112.85 ± 40.44 minutes (50 – 210 minutes). The average postoperative drainage time was 5.25 ± 6.46 days, the postoperative hospital stay was 7.33 ± 6.65 days. Video-assisted thoracoscopic surgery had a shorter hospital stay than sternotomy and thoracotomy ($p = 0.05$). **Conclusion:** Patients with benign mediastinal teratoma have a good result after surgical treatment. During surgery it is necessary to pay attention to the problems of adhesion, bleeding and damage to adjacent organs. Video-assisted thoracoscopic surgery has been shown to be less painful, more esthetic, and has a short hospital stay in the indicated patient population.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U quái trung thất lành tính là một loại u tế bào mầm nằm trong trung thất thường gặp, không có sự khác biệt rõ rệt về giới tính, có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất ở lứa tuổi 20 - 40¹. U quái trung thất lành tính chiếm 5 - 10% tổng số khối u trung thất², và thường nằm ở trung thất trước³. U quái trung thất lành tính được điều trị khỏi bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u với tiên lượng tốt⁴. Ngoài phẫu thuật mở lồng ngực kinh điển chỉ định với những trường hợp khối u lớn⁵ thì phẫu thuật nội soi lồng ngực cũng được sử dụng rộng rãi để cắt khối u trung thất với những trường hợp có chỉ định^{3,6,7}. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, phẫu thuật lồng ngực điều trị u quái trung thất lành tính đã trở thành thường quy. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật u quái trung thất lành tính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 – 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là u quái trung thất lành tính được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2021.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang với các thông số dựa trên hồ sơ bệnh án lưu tại Phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các thông số nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, kích thước u, phương pháp mổ, thời gian mổ, thời gian nằm viện... Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

*Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

**Bệnh viện Ung bướu Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulucs@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2021 có 46 bệnh nhân u quái trung thất lạnh tính được phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Tuổi trung bình là $28,98 \pm 12,51$, có 15 nam (32,61%) và 31 nữ (67,39%). Trong tổng số 46 BN, có 06 BN (13,04%) phát hiện tình cờ qua thăm khám sức khỏe định kỳ. Ở nhóm có triệu chứng, đau ngực là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 80,43%.

Tất cả khối u quái trung thất trong nghiên cứu đều nằm ở trung thất trước, kích thước

trung bình trên phim cắt lớp vi tính là $8,43 \pm 3,83$ cm. Đa số khối u đều bắt thuốc kém hoặc không bắt thuốc.

3.2 Kết quả phẫu thuật. Trong số 46 BN được phẫu thuật, có 22 trường hợp mổ mở (47,83%) và 24 trường hợp mổ nội soi (52,17%), không có trường hợp nào chuyển từ mổ nội soi thành mổ mở. Tất cả bệnh nhân được cắt trọn khối u, trong đó có 08 bệnh nhân (17,39%) được cắt u kèm cắt một phần tổ chức xung quanh (màng ngoài tim, màng phổi...) dọc dày dính. Chúng tôi so sánh một số kết quả phẫu thuật giữa 2 nhóm phẫu thuật mổ mở và nội soi ở Bảng 1:

Bảng 1: So sánh giữa các phương pháp phẫu thuật ở bệnh nhân u quái trung thất lạnh

Thông số	Tổng (n = 46)	Mổ mở (n = 22)	Mổ nội soi (n = 24)	p-value
Tuổi	$28,98 \pm 12,51$	$25,50 \pm 8,99$	$32,17 \pm 14,50$	0,066
Giới tính (%): Nam	32,61	31,82	33,33	0,913
Nữ	67,39	68,18	66,67	
Triệu chứng (%): Có triệu chứng	86,96	100	75,00	0,012
Không có triệu chứng	13,04	0	25,00	
Kích thước khối u (cm)	$8,43 \pm 3,83$	$11,30 \pm 3,33$	$5,82 \pm 1,89$	0,003
Đại thể khối u (%): Ranh giới rõ	39,13	27,27	50,00	0,115
Ranh giới không rõ	60,87	72,73	50,00	
Thời gian phẫu thuật (phút)	$112,84 \pm 40,44$	$132,45 \pm 36,14$	$94,42 \pm 35,59$	0,001
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	$5,28 \pm 6,46$	$7,09 \pm 9,01$	$3,63 \pm 1,24$	0,088
Thời gian nằm viện (ngày)	$7,33 \pm 6,65$	$9,45 \pm 9,14$	$5,38 \pm 1,41$	0,050

Nhận xét: Thời gian rút dẫn lưu sau mổ ở nhóm mổ nội soi ngắn hơn ở nhóm mổ mở nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm bệnh nhân mổ nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm mổ mở có ý nghĩa thống kê với $p = 0,05$.

Về tai biến và biến chứng: Trong mổ có một bệnh nhân có rách tĩnh mạch vô danh đã được xử lý ngay trong mổ. Sau mổ có 01 bệnh nhân rò khí sau mổ đã được phẫu thuật cắt thùy giữa phổi phải, ổn định và ra viện, không có bệnh nhân nào tử vong.

3.3 Đặc điểm bệnh lý. Các thành phần phổ biến nhất của u quái lạnh tính gồm: da và các thành phần phụ của da, mô thần kinh, mô mỡ, sụn, biểu mô đường hô hấp, tiêu hóa... như Bảng 2:

Bảng 2: Mô bệnh học u quái lạnh tính

Thành phần		n	%
Ngoại bì	Da và các phần phụ của da	42	91,30
	Mô thần kinh	19	41,30
	Tuyến mô hôi	11	23,91
Trung bì	Sụn	24	52,17
	Sụn	23	50
	Mô xương	7	15,22
	Mô cơ	1	2,17

Nội bì	Biểu mô đường hô hấp	26	56,52
	Mô tụy	18	39,13
	Biểu mô đường tiêu hóa	17	36,96
	Tuyến giáp	1	2,17
	Vòi tử cung	1	2,17

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thành phần của u quái có nguồn gốc từ ít nhất 2 trong 3 lá phôi (nội bì, trung bì, ngoại bì) chiếm 82,61%, trong đó có 31 trường hợp (67,39%) u quái với thành phần có đủ 3 lá phôi. Da và phần phụ của da chiếm tỷ lệ cao nhất (91,30%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Hầu hết bệnh nhân u quái trung thất đều không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng^{2,8}, một số được phát hiện tình cờ khi chụp Xquang hoặc cắt lớp vi tính. Triệu chứng phổ biến nhất là đau ngực (chiếm 80,43%). Ngoài ra còn có một số triệu chứng không đặc hiệu như khó thở (32,61%), ho (28,26%), sốt (10,87%), triệu chứng khác (15,22%: nôn ra máu, gầy sút cân,...) cũng phù hợp với các nghiên cứu khác^{1,3,9}.

Khối u có kích thước trung bình khá lớn $8,43 \pm 3,83$ cm với kích thước lớn nhất lên đến 17,4

cm. U thường có ranh giới rõ, bắt thuốc kém hoặc không bắt thuốc và có hình ảnh điển hình trên cắt lớp vi tính chứa nhiều thành phần khác nhau: Dịch, vôi hóa, mỡ, mô mềm.

4.2 Kết quả phẫu thuật. Phẫu thuật là phương pháp hiệu quả để điều trị u quái trung thất lành tính. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí, kích thước và mối liên quan của khối u với tổ chức xung quanh. Nếu khối u liên quan đến tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch cảnh, mạch máu đầu và cổ, và ranh của khối u không rõ ràng, thì nên chọn phương pháp mổ ngực để có thể khâu nối mạch máu, đối với các khối u từ trên cổ lan xuống dưới trung thất, có thể kết hợp đường mổ cổ kết hợp với mổ xương ức¹. Khi cần có thể cắt thùy phổi hoặc cắt phổi hình chêm, phẫu thuật mổ ngực một bên có thể được lựa chọn đối với khối u nằm ở trung thất một bên, khối u lớn, xâm lấn phổi và màng ngoài tim. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có tới 28 trường hợp (60,87%) khối u ranh giới không rõ với tổ chức xung quanh. Do mức độ viêm dính, thủng, thậm chí xâm lấn tổ chức xung quanh nên phẫu thuật cắt một phần màng ngoài tim, cắt thùy phổi, cắt phổi hình chêm hoặc tạo hình tĩnh mạch vô danh đã được thực hiện ở những bệnh nhân này.

Trong khi đó phẫu thuật nội soi là một chỉ định phổ biến đối với u quái trưởng thành trung thất có đường kính dưới 6 cm. Tuy nhiên, có nhiều yếu tố khác như tổn thương trong mổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, trang thiết bị hiện có cũng sẽ ảnh hưởng đến quyết định nội soi lồng ngực, đã có nghiên cứu thực hiện trên những bệnh nhân có khối u với kích thước lên đến $8 \times 9 \text{ cm}^3$.

Trong hơn một thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u quái lành tính trung thất đã được thực hiện thường quy tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Trong nghiên cứu này, có 24 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực (chiếm tỷ lệ 52,17%). Trong nhóm bệnh nhân mổ nội soi, khối u có kích thước lớn nhất trên phim chụp cắt lớp vi tính là $8 \times 11 \text{ cm}$. So sánh phẫu thuật nội soi với phương pháp mổ mở (bao gồm 22 bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở bao gồm mổ ngực đường bên, mổ ngực có cửa xương ức) như ở Bảng 1, cho thấy nhóm mổ nội soi thực hiện trên những nhóm bệnh nhân kích thước khối u nhỏ hơn và thời gian phẫu thuật ngắn hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi cũng so sánh thời gian đặt dẫn lưu sau mổ, theo đó thời gian rút dẫn lưu ở nhóm mổ nội soi ngắn hơn so với nhóm mổ mở, tuy nhiên sự khác biệt

này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,088$, điều này có thể do đây là một nghiên cứu hồi cứu với số lượng bệnh nhân có hạn, nên cần theo dõi để nghiên cứu kỹ hơn. Trong khi đó, thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm mổ nội soi ($5,38 \pm 1,41$ ngày) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ mở ($9,45 \pm 9,14$ ngày) với $p = 0,05$.

4.3 Đặc điểm bệnh lý. Đặc điểm giải phẫu bệnh học u quái trung thất lành tính trong nghiên cứu này với thành phần xuất phát từ ít nhất 2 trong 3 lá phôi chiếm chủ yếu (82,61%). Da và phần phụ của da chiếm tỷ lệ cao nhất, tương tự các nghiên cứu khác³.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân u quái trung thất lành tính có kết quả tốt sau điều trị phẫu thuật, trong mổ cần chú ý vấn đề viêm dính, chảy máu và tổn thương các tạng lân cận. Phẫu thuật nội soi lồng ngực đã được chứng minh ít đau, thẩm mỹ và thời gian nằm viện ngắn với nhóm bệnh nhân có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tian Z, Liu H, Li S, et al.** Surgical treatment of benign mediastinal teratoma: summary of experience of 108 cases. *J Cardiothorac Surg.* 2020;15.
2. **Allen MS, Trastek VF, Pairolero PC.** Benign Germ Cell Tumors of the Mediastinum. In: Shields TW, Joseph L, Reed CE, Fein RH, editors. *General Thoracic Surgery.* 2009;p:2266-2510.
3. **Pham LH, Trinh DK, Nguyen AV, et al.** Thoracoscopic surgery approach to mediastinal mature teratomas: a single-center experience. *J Cardiothorac Surg.* 2020;15.
4. **Lewis BD, Hurt RD, Payne WS, Farrow GM, Knapp RH, Muhm JR.** Benign teratomas of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1983;86(5):727-731.
5. **Hwang SK, Park SI, Kim YH, Kim HR, Choi SH, Kim DK.** Clinical results of surgical resection of mediastinal teratoma: efficacy of video-assisted thoracic surgery. *Surg Endosc.* 2016;30(9):4065-4068.
6. **Bousamra M, Haasler GB, Patterson GA, Roper CL.** A comparative study of thoracoscopic vs open removal of benign neurogenic mediastinal tumors. *Chest.* 1996;109(6):1461-1465.
7. **Wu CY, Heish MJ, Wu CF.** Single port VATS mediastinal tumor resection: Taiwan experience. *Ann Cardiothorac Surg.* 2016;5(2):107-111.
8. **Demmy TL, Krasna MJ, Detterbeck FC, et al.** Multicenter VATS experience with mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg.* 1998;66(1):187-192.
9. **Tsubochi H, Endo S, Nakano T, Minegishi K, Tetsuka K, Hasegawa T.** Extraction of mediastinal teratoma contents for complete thoracoscopic resection. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2015;23(1):42-45.