

- 204, 2019, doi: <https://doi.org/10.1053/j.sodo.2019.08.005>.
4. **D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, and T. P. Group**, "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement," *PLOS Med.*, vol. 6, no. 7, pp. 1–6, 2009.
 5. **A. F. Mericli et al.**, "Using a Second Free Fibula Osteocutaneous Flap after Repeated Mandibulectomy Is Associated with a Low Complication Rate and Acceptable Functional Outcomes," *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 140, no. 2, pp. 381–389, Aug. 2017, doi: [10.1097/PRS.0000000000003523](https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003523).
 6. **J. T. M. van Gemert, J. H. Abbink, R. J. J. van Es, A. J. W. P. Rosenberg, R. Koole, and E. M. Van Cann**, "Early and late complications in the reconstructed mandible with free fibula flaps," *J. Surg. Oncol.*, vol. 117, no. 4, pp. 773–780, Mar. 2018, doi: [10.1002/jso.24976](https://doi.org/10.1002/jso.24976).
 7. **N. A. Papadopoulos et al.**, "Mandibular reconstruction with free osteofasciocutaneous fibula flap: a 10 years experience.," *Injury*, vol. 39 Suppl 3, pp. S75–82, Sep. 2008, doi: [10.1016/j.injury.2008.05.017](https://doi.org/10.1016/j.injury.2008.05.017).
 8. **Y. Shen et al.**, "Double-barrel vascularised fibula graft in mandibular reconstruction: a 10-year experience with an algorithm.," *J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg. JPRAS*, vol. 66, no. 3, pp. 364–371, Mar. 2013, doi: [10.1016/j.bjps.2012.10.005](https://doi.org/10.1016/j.bjps.2012.10.005).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH NHƯỢC CƠ CÓ PHẪU THUẬT TUYẾN ỨC

Vũ Thị Thúy¹, Nguyễn Lê Trung Hiếu²

TÓM TẮT

Cơ sở: Bệnh nhược cơ phần lớn là do các tự kháng thể tấn công các thụ thể acetylcholine (AChR), các kháng thể này được cho là bắt nguồn từ các trung tâm mầm trong tuyến ức. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả 60 người bệnh nhược cơ từ 18 tuổi trở lên, có phẫu thuật cắt tuyến ức và kết quả giải phẫu bệnh tại bệnh viện Đại Học Y Dược TP.HCM từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 01 năm 2022. **Kết quả:** 32 người bệnh có u tuyến ức và 28 người bệnh không có u tuyến ức, 41 người bệnh nhược cơ khởi phát sớm và 19 người bệnh nhược cơ khởi phát muộn. 93,4% người bệnh ở phân độ MGFA I, II lúc nhập viện. 100% người bệnh ở phân độ MGFA I, II lúc xuất viện. Nồng độ kháng thể kháng AChR (AChR Ab) không khác biệt giữa nhóm có u tuyến ức và không có u tuyến ức. Trong nhóm có u tuyến ức, theo phân loại mô bệnh học tuyến ức của WHO thì loại AB có tỉ lệ 25%, A là 3,1%, B1 và B2 là 46,8%, B3 là 6,3%. Đối với nhóm không u tuyến ức thì tỉ lệ tăng sản tuyến ức là 35,7%, tồn lưu tuyến ức là 50%. Tỉ lệ chính xác của CT Scan lồng ngực là 84,6%, MRI lồng ngực là 95,2% trong xác định sang thương tuyến ức phù hợp kết quả giải phẫu bệnh. Liệu corticoide và pyridostigmin sau 12 tháng phẫu thuật thấp hơn so với lúc xuất viện (lần lượt, $p=0,049$, $p=0,003$). Tỉ lệ thuyên giảm triệu chứng sau 6 tháng và 12 tháng phẫu thuật cao hơn so lúc xuất viện ($p<0,001$). Không có sự khác biệt về kết cục lâm sàng giữa nhóm có u và không có u tuyến ức vào thời điểm 12 tháng sau cắt tuyến ức ($p=0,48$). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tuyến ức có thể giúp giảm

liều thuốc sử dụng và giảm mức độ nghiêm trọng của người bệnh nhược cơ sau 12 tháng.

Từ khóa: Bệnh nhược cơ, phẫu thuật tuyến ức.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS UNDERWENT THYMECTOMY

Background: Myasthenia gravis (MG) is mainly caused by autoantibodies attacking acetylcholine receptors (AChRs), which are thought to originate from germinal centers of the thymus. **Methods:** We conducted a retrospective descriptive study on 60 MG patients aged ≥ 18 who underwent thymectomy and had tissue histopathology reports at the University of Medicine and Pharmacy Hospital in Ho Chi Minh City from January 2017 to January 2022. **Results:** In our sample, 32 patients had thymomatous MG (ThMG) and 28 patients had non-thymomatous MG. 41 patients had early-onset myasthenia gravis (EOMG) and 19 patients had late-onset myasthenia gravis (LOMG). 93.4% of patients were classified as MGFA class I, II at admission, while all patients were classified as MGFA class I, II after hospital discharge. The AChR-Ab concentration did not differ between the ThMG group and non-ThMG group. Among the ThMG group, the thymic tissue WHO pathology classifications were type AB (25%), A (3.1%), B1 and B2 (46.8%), B3 (6.3%). On the other hand, the non-ThMG group primarily consisted of thymic hyperplasia (35.7%) and thymic remnants (50%). The accuracy rate of thoracic MRI and CT Scan in identifying thymic lesions consistent with pathological results were 95.2% and 84.6%, respectively. The need for corticoide and pyridostigmin decreased at 12 months after thymectomy ($p=0.049$, $p=0.003$, respectively). The rates of patients who had symptoms remission after 6 and 12 months were higher than the rate at hospital discharge ($p<0.001$). No significant difference in the clinical outcome was found between ThMG and non-

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thúy

Email: thuy.vt1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

ThMG at 12 months after thymectomy ($p=0.48$).
Conclusion: Post-thymectomy can reduce MG patients' need for medications and the severity of MG after 12 months.

Keywords: Myasthenia gravis, thymectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhược cơ ở người thiếu niên hoặc trưởng thành phần lớn là do rối loạn tự miễn mắc phải của khớp thần kinh - cơ. Các tự kháng thể tấn công các AChR, cố định bổ thể và giảm dần số lượng AChR theo thời gian đóng vai trò quan trọng về sinh lý bệnh của bệnh nhược cơ⁽¹⁾. Các tự kháng thể này được cho là bắt nguồn từ các trung tâm mầm tăng sản trong tuyến ức⁽²⁾. Nhiều người bệnh nhược cơ cho thấy có bất thường tuyến ức như tăng sản tuyến ức, u tuyến ức... Về lý thuyết, cắt tuyến ức giúp loại bỏ nguồn tự kháng thể, loại bỏ nguồn chứa tế bào B tiết ra kháng thể và sửa chữa rối loạn điều hòa miễn dịch. Trong thực hành lâm sàng, phẫu thuật tuyến ức là can thiệp điều trị cần xem xét ở tất cả các người bệnh nhược cơ toàn thân có hiện diện AChR Ab, sau phẫu thuật bệnh phẩm được khảo sát mô học để hỗ trợ chẩn đoán, giúp tiên lượng bệnh nhược cơ (đặc biệt trên người bệnh có u tuyến ức)⁽³⁾. Câu hỏi đặt ra là nhóm người bệnh nhược cơ có phẫu thuật này thì đặc điểm lâm sàng, kết quả kháng thể, loại mô học tuyến ức, giá trị của chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) và chụp cộng hưởng từ (MRI) lồng ngực giúp chẩn đoán sang thương tuyến ức, kết cục sau phẫu thuật như thế nào? Từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu cụ thể:

- *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh nhược cơ có phẫu thuật tuyến ức.*

- *Khảo sát kết cục sau 06 tháng, 12 tháng phẫu thuật tuyến ức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Dân số chọn mẫu: Người bệnh nhược cơ có hồ sơ nhập viện tại bệnh viện Đại học Y Dược Tp.HCM (BV ĐHYD Tp.HCM) thỏa các tiêu chuẩn thu nhận và không có tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 01 năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Được chẩn đoán bệnh nhược cơ (dựa trên lâm sàng có triệu chứng của bệnh nhược cơ kèm xét nghiệm AChR Ab dương tính hoặc nghiệm pháp kích thích thần kinh lặp lại hoặc điện cơ sợi đơn dương tính).

- Được phẫu thuật cắt tuyến ức tại BV ĐHYD Tp.HCM và có kết quả giải phẫu bệnh lưu trong hồ sơ bệnh án.

- Có tái khám và theo dõi sau phẫu thuật ít nhất 06 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đủ dữ liệu trong hồ sơ bệnh án.
- Có bằng chứng chẩn đoán khác trong thời gian theo dõi như: bệnh sừng trước tủy, bệnh rễ dây thần kinh, bệnh khớp thần kinh - cơ do độc tố, do thuốc, hội chứng nhược cơ, bệnh cơ.
- Điều trị lâu dài bằng immunoglobulin hoặc thay huyết tương; được bổ sung các liệu pháp miễn dịch không phải corticoide sau phẫu thuật tuyến ức.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca, lấy mẫu liên tiếp trong thời gian thực hiện.

Các biến quan trọng trong nghiên cứu:

- Bệnh nhược cơ khởi phát sớm (EOMG): khởi bệnh trước 50 tuổi.
- Bệnh nhược cơ khởi phát muộn (LOMG): khởi bệnh từ 50 tuổi trở lên.
- AChR Ab dương tính nếu nồng độ kháng thể $\geq 0,5$ nmol/L.
- Người bệnh nhược cơ không có u tuyến ức: có kết quả giải phẫu bệnh tuyến ức là bình thường, thoái hóa mỡ, tồn lưu, tăng sản tuyến ức.
- Triệu chứng lâm sàng (TCLS) xấu đi: nặng thêm so với lúc nhập viện.
- Thuyên giảm dược lý: TCLS cải thiện mà cần dùng thuốc.
- Thuyên giảm hoàn toàn: không có TCLS và không sử dụng các thuốc điều trị bệnh nhược cơ.

Phương pháp xử lý số liệu: xử lý trên phần mềm SPSS 25.0. Các biến định tính sẽ được tính toán ra tỉ lệ phần trăm, tần suất. Kiểm định Chi bình phương hay Fisher's Exact được sử dụng để so sánh các tỉ lệ. Với biến định lượng không có phân phối chuẩn, kiểm định phi tham số Mann-Whitney được sử dụng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu: được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Đại Học Y Dược Tp.HCM, quyết định số 130/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 25 tháng 01 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 60/60 người bệnh có tái khám tại thời điểm 06 tháng, 46/60 tái khám tại thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

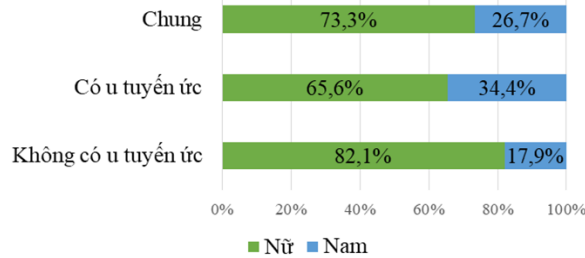
Tuổi

Bảng 3: Tuổi của dân số nghiên cứu

| | Trung vị (năm) | Khoảng tứ phân vị | P |
|----------------------|----------------|-------------------|--------|
| Chung (n=60) | 44,5 | 32 – 53 | <0,001 |
| Có u tuyến ức (n=32) | 49 | 42,8 - 55,2 | |
| Không có u (n=28) | 33 | 27,8 – 45 | |

Tuổi của nhóm có u cao hơn nhóm không có u tuyến ức. Tỷ lệ có u tuyến ức trong nhóm LOMG (n=19) là 84,2% cao hơn nhóm EOMG (n=41) là 39% (p<0,001).

Giới tính. Nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ là 2,75:1, không có sự khác biệt về giới tính giữa nhóm có và không có u tuyến ức (p=0,15).



Biểu đồ 1: Tỉ lệ giới tính trong nghiên cứu

Thời gian từ lúc khởi bệnh đến lúc phẫu thuật: thấp nhất là 01 tháng, cao nhất là 78 tháng, khoảng tứ phân vị là 3 – 24 tháng, nhóm có u tuyến ức có thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc phẫu thuật ngắn hơn nhóm không có u tuyến ức (p<0,001).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Phân độ MGFA:

Bảng 2: Phân độ MGFA lúc nhập viện, xuất viện

| MGFA | Lúc nhập viện | Lúc xuất viện |
|------|---------------|---------------|
| I | 10% | 10% |
| IIA | 68,4% | 70% |
| IIB | 15% | 20% |
| III | 0% | 0% |
| IV | 3,3% | 0% |
| V | 3,3% | 0% |

93,4% người bệnh ở phân độ MGFA I, II lúc nhập viện. 100% người bệnh ở phân độ MGFA I, II lúc xuất viện.

Nồng độ AChR Ab:

Bảng 3: Nồng độ AChR Ab

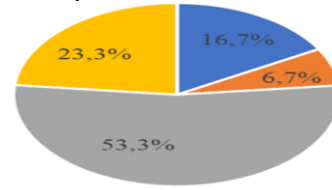
| | Trung vị (nmol/L) | Khoảng tứ phân vị | P |
|----------------------------|-------------------|-------------------|------|
| Chung (n=54) | 13,6 | 8,48 – 20 | 0,21 |
| Có u tuyến ức (n=29) | 14,7 | 10,5 – 19 | |
| Không có u tuyến ức (n=25) | 10,7 | 5,38 – 20 | |

Nồng độ AChR Ab không khác biệt giữa nhóm có u và không có u tuyến ức.

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến ức:

Nhóm người bệnh có u tuyến ức: tỉ lệ loại B là 53,1% (loại B3 là 6,3%; loại B1 và B2 là 46,8%), loại AB là 25%, loại A là 3,1%. Không có người bệnh nào là u tuyến ức loại C. 18,8% u tuyến ức không rõ loại là do không thực hiện tiếp các yêu cầu nhuộm hóa mô miễn dịch

để phân loại mô học theo WHO.



Biểu đồ 2: Tỉ lệ kết quả giải phẫu bệnh tuyến ức

Nhóm không có u tuyến ức: có tỉ lệ là tồn lưu tuyến ức là 50%, tăng sản tuyến ức là 35,7%, thoái hóa mỡ là 14,3%.

Tỉ lệ chính xác của CT Scan lồng ngực

Bảng 4: Tỉ lệ chính xác của CT Scan lồng ngực so với giải phẫu bệnh

| CT Scan | Giải phẫu bệnh | n=52 | Tỉ lệ chính xác |
|-----------------------|-----------------------|-------|-----------------|
| Không phải u tuyến ức | U tuyến ức | 12% | 84,6% |
| Không phải u tuyến ức | Không phải u tuyến ức | 88% | |
| U tuyến ức | U tuyến ức | 85,2% | |
| U tuyến ức | Không phải u tuyến ức | 14,8% | |

Tỉ lệ chính xác của MRI lồng ngực

Bảng 5: Tỉ lệ chính xác của MRI lồng ngực so với giải phẫu bệnh

| MRI | Giải phẫu bệnh | n=22 | Tỉ lệ chính xác |
|-----------------------|-----------------------|------|-----------------|
| Không phải u tuyến ức | U tuyến ức | 11% | 95,2% |
| Không phải u tuyến ức | Không phải u tuyến ức | 89% | |
| U tuyến ức | U tuyến ức | 100% | |

3.3. Kết cục sau phẫu thuật tuyến ức

Liều thuốc. Mức độ sử dụng pyridostigmin sau 06 tháng và 12 tháng phẫu thuật đều thấp hơn so với lúc xuất viện (lần lượt có p=0,013, p=0,03).

Mức độ sử dụng corticoide sau 06 tháng phẫu thuật chưa khác biệt so (p=0,17) nhưng sau 12 tháng thì thấp hơn (p=0,49) lúc xuất viện.

Kết cục lâm sàng sau 06 tháng và 12 tháng

Bảng 6: Tỉ lệ các kết cục lâm sàng lúc xuất viện, sau phẫu thuật 06 tháng và 12 tháng

| TCLS | Lúc xuất viện | Sau 06 tháng (n=60) | Sau 12 tháng (n=46) | P |
|-----------------|---------------|---------------------|---------------------|--------|
| Các TCLS xấu đi | 2% | 13% | 8,7% | <0,001 |
| Không thay đổi | 90% | 27% | 17,4% | |

| | | | | |
|-----------------------|----|-----|-------|--|
| Thuyên giảm được lý | 8% | 55% | 65,2% | |
| Thuyên giảm hoàn toàn | 0% | 5% | 8,7% | |

Tỉ lệ thuyên giảm triệu chứng sau 06 tháng và 12 tháng phẫu thuật (lần lượt là 60%, và 73,9%) cao hơn so lúc xuất viện.

Tỉ lệ thuyên giảm triệu chứng ở nhóm có u và nhóm không có u tuyến ức sau 06 tháng và 12 tháng lần lượt là 50% so với 71,4% và 68% so với 80,9% ($p=0,11$ và $p=0,48$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi. Tuổi của người bệnh nhược cơ trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,5 tuổi tương đương với nhóm tác giả De Roxas Ranhel⁽⁴⁾ và tuổi của nhóm người bệnh có u tuyến ức cao hơn nhóm không có u tuyến ức. Theo Alexander Marx và cộng sự, u tuyến ức có thể gặp mọi lứa tuổi nhưng trung bình 50 tuổi⁽²⁾. U tuyến ức trong nhóm LOMG có tỉ lệ cao hơn so với trong nhóm EOMG tương tự tác giả Lingling Fan và cộng sự⁽⁵⁾. Điều này có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng là nên tiến hành tầm soát u tuyến ức cho người bệnh nhược cơ có tuổi cao (đặc biệt từ 50 tuổi).

Giới tính. Giới nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ là 2,75:1, trong đó có 44 người bệnh nữ (73,3%). Tỉ lệ này khá tương đương với nghiên cứu của nhóm tác giả De Roxas Ranhel⁽⁴⁾. Không có sự khác biệt về giới tính giữa nhóm có và không có u tuyến ức ($p=0,15$), kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt so với những nghiên cứu khác⁽²⁾ ⁽⁵⁾, việc này có thể lí giải do cỡ mẫu trong từng nhóm của chúng tôi chưa đủ lớn, chỉ thu thập thông tin người bệnh có đủ dữ liệu hồ sơ và lấy mẫu tại một trung tâm có thể chưa phản ánh đúng hoàn toàn tỉ lệ giới tính.

Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc phẫu thuật. Nhóm có u tuyến ức có thời gian ngắn hơn nhóm không có u tuyến ức, tương đồng với nhóm tác giả De Roxas Ranhel⁽⁴⁾, tác giả Kim Hyunjin⁽⁶⁾, Na Kwon Joong⁽⁷⁾. Do người bệnh nhược cơ có u tuyến ức chỉ định cắt tuyến ức để loại bỏ khối u càng sớm càng tốt, ngay khi điều kiện của người bệnh cho phép mà không phụ thuộc vào tình trạng kháng thể để hạn chế khối u xâm lấn cấu trúc xung quanh, xác định bản chất khối u giúp phối hợp điều trị với chuyên khoa ung thư theo kết quả giải phẫu bệnh, giúp tiên lượng cho người bệnh hơn là chỉ định đơn thuần cho điều trị bệnh nhược cơ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Phân độ MGFA:

Người bệnh được tiến hành cắt tuyến ức cần đảm bảo tình trạng bệnh nhược cơ ổn định trước mổ do đó hầu hết (93,4%) người bệnh đều ở mức độ nhẹ trước phẫu thuật. 100% người bệnh có phân độ MGFA lúc xuất viện là mức độ nhẹ (MGFA độ I, II), không có người bệnh nào tử vong trong giai đoạn hậu phẫu. Điều này cho thấy tình trạng chung của người bệnh sau phẫu thuật tuyến ức là an toàn, không tăng gánh nặng lên tình trạng nhược cơ hậu phẫu và được xuất viện khi tình trạng bệnh nhược cơ ổn định. Không có sự khác biệt giữa nhóm có u và không có u tuyến ức về độ nặng bệnh nhược cơ lúc xuất viện, số ngày nằm viện phẫu thuật. Điều này có thể lí giải do cắt tuyến ức trên người bệnh nhược cơ tại BV ĐHYD Tp.HCM được thực hiện theo mô thức nhiều chuyên khoa phối hợp giữa các sĩ nội thần kinh, bác sĩ chuyên khoa gây mê, bác sĩ chuyên khoa lồng ngực để chọn thời điểm, phương pháp phẫu thuật, chiến lược gây mê phù hợp trước khi cho người bệnh nhập viện phẫu thuật.

Nồng độ AChR Ab (nmol/L)

Nồng độ AChR Ab không khác biệt giữa nhóm có và không có u tuyến ức, tương tự như kết quả của nhóm tác giả Kim Hyunjin⁽⁶⁾, nhóm tác giả này còn cho thấy nồng độ AChR Ab trước phẫu thuật không phải là một yếu tố tiên lượng liên quan thuyên giảm bệnh sau phẫu thuật và có sự khác biệt về hiệu giá AChR Ab trước và sau khi cắt tuyến ức ở người bệnh nhược cơ không có u tuyến ức, nhưng không có khác biệt trên người bệnh có u tuyến ức. Sự khác biệt này có thể do vai trò khác nhau của tuyến ức trong sinh bệnh nhược cơ. Trên người bệnh nhược cơ không có u tuyến ức, sự hình thành trung tâm mầm chứa đầy tế bào B biệt hóa chuyên biệt sản xuất AChR Ab diễn ra chủ yếu trong tuyến ức, do đó khi cắt tuyến ức thì nồng độ AChR Ab sẽ giảm, hướng tới lợi ích của việc cắt tuyến ức ở người bệnh nhược cơ không có u tuyến ức. Còn trên người bệnh nhược cơ có u tuyến ức, u tuyến ức sản xuất ra các tế bào T tự hoạt hóa kích hoạt các tế bào B sản xuất AChR Ab ở ngoại vi. Do đó, những thay đổi về hiệu giá AChR Ab trước và sau khi cắt tuyến ức thể hiện rõ ở người bệnh nhược cơ không có u tuyến ức, nhưng không thấy ở người bệnh có u tuyến ức.

Kết quả giải phẫu bệnh. Nhóm người bệnh nhược cơ không có u tuyến ức thì tồn lưu tuyến ức và tăng sản tuyến ức chiếm tỉ lệ cao, thoái hóa mỡ, các nang tuyến ức có tỉ lệ thấp. Trong nhóm có u tuyến ức thì loại B có tỉ lệ cao

nhất, sau đó là u tuyến ức loại AB. Kết quả này của chúng tôi tương tự nhóm tác giả Na Kwon Joong⁽⁷⁾.

Tỉ lệ chính xác của kết quả CT Scan, MRI lồng ngực. Tỉ lệ chính xác của kết quả hình ảnh học tuyến ức phù hợp với kết quả giải phẫu bệnh có u và không có u tuyến ức của MRI lồng ngực là 95,2%, của CT Scan lồng ngực là 84,6%. Nghiên cứu nhóm tác giả Phùng Anh Tuấn⁽⁸⁾ cũng cho thấy MRI có độ chính xác là 94,3%, CT Scan là 83% trong việc phân biệt có u với không có u tuyến ức và MRI còn có độ chính xác cao hơn CT Scan trong chẩn đoán u tuyến ức.

4.3. Kết cục sau phẫu thuật tuyến ức.

Liều pyridostigmin lúc xuất viện cao hơn tại thời điểm sau 06 tháng, 12 tháng phẫu thuật có thể do: người bệnh cần được duy trì sức cơ ổn định nhanh chóng sau phẫu thuật do đó bác sĩ điều trị có thể ưu tiên tăng liều pyridostigmin trong giới hạn cho phép hoặc duy trì liều pyridostigmin trước phẫu thuật; sau 06 tháng, 12 tháng hiệu quả điều trị của các liệu pháp corticoide, phẫu thuật có thể giúp giảm liều pyridostigmin.

Sau phẫu thuật tuyến ức 12 tháng nhu cầu sử dụng thuốc corticoide giảm so với lúc xuất viện. Như vậy hiệu quả của phẫu thuật tuyến ức không phải là có tức thì và việc phẫu thuật tuyến ức giúp giảm nhu cầu sử dụng corticoide trên người bệnh.

Sau 06 tháng, 12 tháng phẫu thuật tỉ lệ người bệnh thuyên giảm triệu chứng cao hơn so với lúc xuất viện. Không có sự khác biệt kết cục lâm sàng giữa nhóm có và không có u tuyến ức sau 06 tháng, 12 tháng phẫu thuật, tương tự với kết quả của nhóm tác giả De Roxas Ranhel⁽⁴⁾.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu. Là nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca ở một trung tâm duy nhất. Đánh giá tình trạng lâm sàng của người bệnh bằng phân độ MGFA, dựa trên các triệu chứng và những thay đổi về sử dụng thuốc điều trị bệnh nhược cơ mà chưa có hệ thống tính điểm bệnh nhược cơ định lượng.

V. KẾT LUẬN

Tuổi của nhóm có u cao hơn nhóm không có u tuyến ức, tỉ lệ u tuyến ức cao hơn trong nhóm nhược cơ khởi phát muộn. Không có sự khác biệt về giới giữa nhóm có u và không có u tuyến ức. Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc phẫu thuật của nhóm có u ngắn hơn nhóm không có u tuyến ức. Hầu hết các người bệnh đều có phân độ MGFA I, II lúc nhập viện và lúc

xuất viện. Không có sự khác biệt về nồng độ AChR Ab giữa nhóm có u và nhóm không có u tuyến ức. Kết quả giải phẫu bệnh tuyến ức ghi nhận sang thương tuyến ức thường gặp là u tuyến ức loại B, tồn lưu tuyến ức, tăng sản tuyến ức. Tỉ lệ chính xác của CT Scan lồng ngực là 84,6%, MRI lồng ngực là 95,2% trong xác định sang thương tuyến ức. Phẫu thuật cắt tuyến ức giúp giảm liều pyridostigmin và corticoide sau 12 tháng so với lúc xuất viện. Tỉ lệ người bệnh thuyên giảm triệu chứng sau 06 tháng, 12 tháng phẫu thuật cao hơn so với lúc xuất viện và không có sự khác biệt giữa nhóm có u và nhóm không có u tuyến ức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Punga AR, Maddison P, Heckmann JM, Guptill JT, Evoli A.** Epidemiology, diagnostics, and biomarkers of autoimmune neuromuscular junction disorders. *The Lancet Neurology*. Feb 2022;21(2): 176-188. doi: 10.1016/s1474-4422(21)00297-0
2. **Marx A, Yamada Y, Simon-Keller K, et al.** Thymus and autoimmunity. *Seminars in Immunopathology*. Feb 2021;43(1):45-64. doi: 10.1007/s00281-021-00842-3
3. **Narayanaswami P, Sanders DB, Wolfe G, et al.** International Consensus Guidance for Management of Myasthenia Gravis: 2020 Update. *Neurology*. Jan 19 2021;96(3):114-122. doi:10.1212/wnl.00000000000011124
4. **De Roxas RC, Bagnas MA, Baldonado JJ, Rivera JP, Roxas AA.** Clinical Profile and Outcome of Postthymectomy versus Non-Thymectomy Myasthenia Gravis Patients in the Philippine General Hospital: A 6-Year Retrospective Study. *Frontiers in neurology*. 2016;7:96. doi: 10.3389/fneur.2016.00096
5. **Fan L, Ma S, Yang Y, Yan Z, Li J, Li Z.** Clinical differences of early and late-onset myasthenia gravis in 985 patients. *Neurological research*. Jan 2019;41(1): 45-51. doi:10.1080/01616412.2018.1525121
6. **Kim H, Lim YM, Lee EJ, Oh YJ, Kim KK.** Factors predicting remission in thymectomized patients with acetylcholine receptor antibody-positive myasthenia gravis. *Muscle & nerve*. Dec 2018, doi:10.1002/mus.26300
7. **Na KJ, Hyun K, Kang CH, et al.** Predictors of post-thymectomy long-term neurological remission in thymomatous myasthenia gravis: an analysis from a multi-institutional database. *European journal of cardio-thoracic surgery: official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*. May 2020;57(5): 867-873. doi:10.1093/ejcts/ezz334
8. **Tuan PA, Vien MV, Dong HV, Sibell D, Giang BV.** The Value of CT and MRI for Determining Thymoma in Patients With Myasthenia Gravis. *Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center*. Jan-Dec 2019;26(1):1073274819865281. doi:10.1177/1073274819865281