

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN HUNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHƯỢC CƠ

PGS. TS. Nguyễn Công Minh

BỆNH NHƯỢC CƠ (BNC) biểu hiện bằng sự yếu, mỏi cơ các cơ tự ý khi BN lập đi lập lại một thao tác và mất đi khi nghỉ ngơi, ở giai đoạn sớm. Đây là bệnh tự miễn, ảnh hưởng đến dẫn truyền TK-cơ (phát sinh kháng thể làm giảm số lượng các thụ thể tiếp nhận acetylcholine, nơi tiếp xúc TK-cơ).

- Diễn tiến bệnh không thể biết trước được, có thể giảm tự nhiên rồi lại tái phát.
- Đáp ứng với điều trị cũng không thể đoán trước được. Ngay cả sau mổ cắt bỏ tuyến hưng, có trường hợp đáp ứng chậm với điều trị nội khoa.



Hình 1. Dấu Cogan (+) mắt phải.



Hình 2. Dấu sụp mi trong bệnh nhược cơ

I. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

***Dấu sụp mi, *song thị** (nhìn một hình thấy ra 2 hình). Trong một số trường hợp không rõ ràng, phải tìm **dấu Cogan**: BN sau một lúc nhìn lên chăm chăm, cơ nâng mi trên sẽ dần dần sụp xuống.

- Khởi đầu với triệu chứng ở mắt đơn thuần chỉ gặp trong 40% BN. TC toàn thân xuất hiện đầu tiên trong 40% các trường hợp. Chỉ 10% có biểu hiện khởi đầu ở chi và 10% còn lại chỉ có tổn thương hành não hoặc hành não kết hợp với mắt.

Biểu hiện ở mắt gần như xảy ra trên toàn bộ BN sau năm đầu khởi bệnh. Sau đó, triệu chứng mắt chỉ còn ở 15% trường hợp.

- Thường trong năm đầu là bệnh diễn tiến thành toàn thân.

Biểu hiện ở mắt gần như xảy ra trên toàn bộ BN sau năm đầu khởi bệnh. Sau đó, triệu chứng mắt chỉ còn ở 15% trường hợp.

II. CHẨN ĐOÁN

Mặc dù những triệu chứng bệnh có thể đã gợi ý chẩn đoán, nhưng để xác định thì phải dựa trên lâm sàng, test thuốc và điện cơ.

BNC liên quan đến tuyến hưng như sau:

- 2/3 BN có tăng sản tuyến hung.
- 10-15% có u tuyến hung.
- 10% liên quan đến các bệnh tự miễn khác.

II. ĐIỀU TRỊ

Hơn 30 năm trước, 1/4 bệnh này tử vong. Điều trị đặc hiệu tùy thuộc vào diễn tiến lâm sàng.

1. Điều trị nội khoa

Có nhiều phương pháp điều trị bao gồm điều trị nội khoa (với các thuốc kháng men, corticoids, thuốc ức chế miễn dịch), lọc huyết tương và phẫu thuật đúng lúc. Tiến triển của BNC khá phong phú, đã gây khó khăn trong điều trị, khiến những đánh giá kết quả điều trị trái ngược nhau. Vì lẽ đó, đến nay, vẫn còn nhiều bàn cãi về sự phối hợp và tuân tự sử dụng các phương thức điều trị.

2. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến hung

Mặc dù chưa thực nghiệm kiểm định nhưng các nhà thần kinh học đều khẳng định kết quả tuyệt vời của phẫu thuật cắt bỏ tuyến hung trên BNC.

Dù đường mổ nào đi nữa, nguyên tắc điều trị ngoại khoa quan trọng là phải cắt lấy đi toàn bộ tuyến hung và các cấu trúc mỡ lân cận, càng sớm càng tốt khi có biểu hiện toàn thân xuất hiện.

- **Đường kinh điển là mở xương ức:** được Jaretzki cổ vũ, năm 1988.
- **Kết hợp mở đường cổ ngang với đường giữa chẻ xương ức** hầu có thể lấy trọn “triệt để tất cả thành phần nghi ngờ có liên quan đến hung tuyến” cũng được Jaretzki cổ vũ.
- **Đường mở cổ:** được Kurschner cổ vũ năm 1979. Được nhiều tác giả ưa thích vì không chẻ xương ức, giảm nguy cơ phẫu thuật. Nhờ một dụng cụ để nâng thân xương ức lên (với một table-mounted retractor), cho phép bộc lộ rõ ràng hung tuyến, giúp thao tác dễ dàng. Là một kỹ thuật ít xâm lấn thích hợp với phẫu thuật cắt tuyến hung giai đoạn sớm của bệnh.

- **Cắt tuyến hung qua ngã nội soi kết hợp với đường cổ**

Phẫu thuật ít xâm lấn này được ưa chuộng hơn, cho đến nay vẫn còn nhiều nơi sử dụng. BN nằm ngửa, độn gối dưới lưng trái sau cho ngực nghiêng một góc 45°. Cánh tay (T) đưa lên đầu, gấp 90°. Kết hợp đường vào cổ và đường trung thất trước.

- **Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến hung**

Với phương pháp gây mê nội khí quản chọn lọc, qua nội soi lồng ngực sẽ phơi bày rõ cấu trúc của tuyến hung. Vì tuyến hung nằm trước màng bao tim và được bao quanh bằng một lớp mô liên kết lỏng lẻo, nên dễ bóc tách: sau khi mở màng phổi trung thất công việc lấy trọn không khó khăn lắm.

PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC

a). Tư thế và đường truyền chuẩn bị mổ

Đặt NKQ Carlen. BN nằm ngửa, độn gối dưới vai, bên mổ, nghiêng 1 góc 30° – 45° để tạo dẫn rộng khoảng gian sườn. Phẫu thuật viên đứng phía sau lưng BN. Làm

đường truyền ở tay (P), máy đo huyết áp đặt ở tay (T) để tránh hiện tượng chèn ép vào ĐM hoặc TM không tên bên (T). BN luôn đặt trong tư thế sẵn sàng mổ xương ức, khi cần thiết. Trong lúc gây mê, nên tránh các thuốc gây liệt hạch.

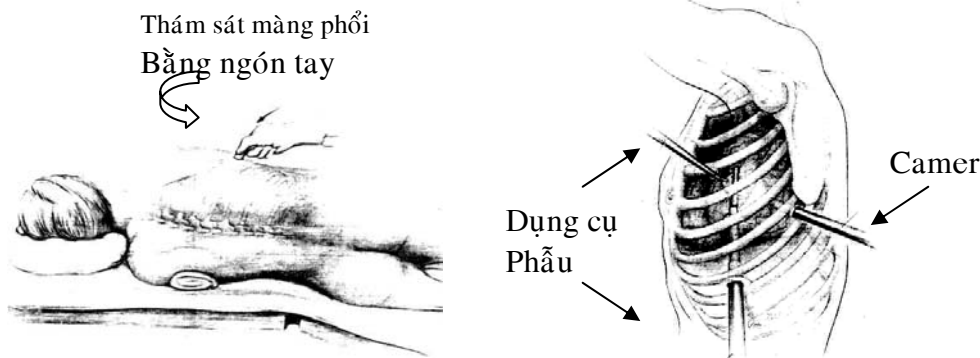
b), Kỹ thuật phẫu thuật nội soi

Đặt 3 hoặc 4 trocar (Hình 4)

- Lỗ cho camera, liên sườn 7-8 đường nách sau (ngay trước góc dưới xương vai)
- Lỗ thao tác: liên sườn 7-8 đường nách trước.
- Lỗ thao tác: liên sườn 3-4 đường nách giữa.

Toàn cảnh ½ ngực hiện ra trước màn hình, các cấu trúc đặc biệt như: quay ĐM chủ, ĐM dưới đòn, màng bao tim và dây TK hoành phải thấy được rõ.

- Đốt tách màng phổi trung thất dọc trước dây hoành
- Tách từ cực dưới tuyến hung bên ấy lần lên, lấy cả khối mỡ kèm theo.
- Tách đốt dọc màng phổi trung thất-sau xương ức, bắt đầu từ bên dưới cuống mạch vú trong, sang bên đối diện. . . cho đến khi thấy được màng phổi trung thất bên kia.
- Cả cực dưới bên kia cùng khối mỡ được nâng lên, tách dần lên cực trên, rồi dùng Clip kẹp-cắt 3-4 TM tuyến hung.
- Kế đến là tách cực trên, lên đến TM không tên. . . cho đến tận vùng cổ dưới. Tách từ sườn trên, trong khi kéo cả tuyến xuống dưới. Bằng cách này, sườn trên còn lại (mỏng và dài) được lấy đi dễ dàng. Toàn bộ tuyến hung được cho vào 1 túi, kéo qua lỗ phía trước.
- Phải bảo đảm lấy toàn bộ tuyến hung (bằng cách kiểm tra lại ở ngoài).
- Mô mỡ cần lấy là: bên T (mở trước khí quản, dọc theo cuống mạch vú trong, nơi cửa sổ phế-chủ), Tương tự bên P.
- Chú ý phải lấy hết mô mỡ ở góc tâm hoàn bên T, bởi vì nơi đây có thể có mô tuyến hung lạc chỗ. Như vậy mới là cắt bỏ rộng tuyến hung.



Hình 4. Tư thế BN và các lỗ Trocard vào ngực

Trong PT nội soi, phải chú ý:

- Phải lấy cho bằng hết tuyến hung và mô mỡ quanh tuyến hung ở trung thất trước và vùng cổ dưới trong điều trị BNC.
- Nên chọn BN trẻ và không mập béo, mà tuyến hung nhỏ trong những ca mổ NS đầu tay.
- Không nên đốt hoặc kẹp cận sát màng bao tim, có thể gây rung thất, nếu có, phải dùng máy phá rung.
- Tránh tổn thương mạch máu lớn, mà không thể khống chế qua nội soi. Cụ thể là khi đến gần các mạch máu lớn như TM không tên, nên tách tù, hơn là tách kéo hoặc đốt. Trên thực tế, tổn thương các mạch máu nhỏ có thể kiểm soát dễ dàng qua nội soi.
- Chú ý tổn thương thần kinh hoành trong lúc tách cắt đốt mô mỡ ở bên góc sườn hoành T, cũng như tổn thương dây TK quặt ngược ở cửa sổ phế-chủ.

Những công trình nghiên cứu gần đây cho thấy PTNS ít gây tổn thất hô hấp tuần hoàn trên BN trong giai đoạn hậu phẫu hơn là mổ ức. Như vậy nó ảnh hưởng trên KQ lâu dài trong việc theo dõi thời kỳ hậu phẫu xa của BNC.

Với các khối u- mô mỡ to hơn 3 cm đường kính, lấy ra qua đường mổ cổ rất thuận lợi, nhưng nếu nhỏ hơn 3 cm, có vỏ bao rõ ràng, nên lấy qua lỗ ngực trước.

PT nội soi còn có thể chỉ định trong các trường hợp BNC tái phát (sau mổ ức hoặc mổ cổ trước đây), phải mổ lại.

c). **Kết quả sau cắt bỏ tuyến hung** cũng khác nhau, tùy theo tác giả, vì tính phức tạp, đặc điểm riêng và diễn tiến bất thường của từng trường hợp một. Kết quả sau mổ thường khả quan với tỷ lệ tử vong là 0%-2% và biến chứng từ 2%-15%.

- Hầu hết công trình cho thấy rằng tỷ lệ thuyên giảm nhưng phải dùng thuốc là 10-20% và khỏi hoàn toàn là 30-40%. So với 8% khỏi hoàn toàn trên các BN chỉ dùng thuốc mà không mổ. Tỷ lệ sống còn cũng rất khả quan trên nhóm cắt u tuyến hung. Nói chung, trong tất cả công trình gần đây cho thấy **cắt u tuyến hung đều mang lại kết quả thuận lợi trong BNC có biểu hiện toàn thân**. Càng theo dõi lâu dài sau mổ cắt u tuyến hung, tỷ lệ giảm và khỏi bệnh tăng dần. Trong nhiều công trình nghiên cứu gần đây cho thấy suất độ hồi phục của BNC trên BN có u tuyến hung lành tính lên đến 83,3% từ 6 tháng sau mổ.

III. BIẾN CHỨNG

- Thở máy hậu phẫu lâu sau PT bệnh nhược cơ.
- Chảy máu, thường tổn thương TM không tên.
- Tràn khí màng phổi, .
- Viêm đau TK liên sườn, sau mổ.
- Liệt hoành.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH PTNS HOẶC CHUYỂN MỔ MỎ

- Ngoài chống chỉ định (trên bệnh nhược cơ chưa ổn định), các trường hợp nguy cơ PT cao, còn có các chống chỉ định trên BN viêm dính màng phổi.
- Chuyển mổ mở nếu trên CT scan nghi ngờ ung thư xâm lấn các cấu trúc lân cận. Chỉ nên mổ nội soi khi u còn khu trú trong bao (Masaoka giai đoạn 1).

V. KẾT LUẬN

Mặc dù BNC đã được biết hơn 100 năm qua và hơn 50 năm kinh nghiệm của điều trị nội-ngoại khoa, nhưng phương thức điều trị lý tưởng vẫn còn nhiều bàn cãi. Với những kiến thức về miễn dịch gần đây, miễn dịch liệu pháp mới được chú ý. Đứng trước một BN BNC, phải hỏi kỹ bệnh sử, lâm sàng để đánh giá mức độ (giai đoạn) nặng của BNC hầu có chỉ định thích hợp. Phẫu thuật nội soi hiện nay đang chiếm ưu thế và ngày càng hoàn thiện.