

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẤT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

PGS. TS. Nguyễn Công Minh

I. PHÂN MỞ ĐẦU

Phẫu thuật nội soi dưới sự hỗ trợ của máy quay hình (Video Associated Thoracoscopic Surgery : VATS), mà chúng ta gọi tắt là mổ nội soi, nói chung, phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN), nói riêng, là 1 bước tiến vượt bậc trong ngành ngoại khoa lồng ngực của thập niên sau cùng này. Những bước phát triển của những thập niên 1980 về nội soi ổ bụng đã thúc dục các nhà ngoại khoa lồng ngực phải khẳng định lại vai trò của phương pháp này trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý của phổi và trung thất.

Hiện nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực được xem như phương pháp chẩn đoán và điều trị u trung thất thay thế phương pháp mổ mở kinh điển trong nhiều trường hợp.

II. VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ

Trường hợp lâm sàng đầu tiên được JACOBÆOUS báo cáo năm 1915. Tác giả Châu Âu này đã dùng ống kính nội soi bằng quang để thám sát khoang lồng ngực với phương pháp tê tại chỗ. Năm 1928, Cova cho xuất bản quyển sách “Atlas Thoracoscopicon” mô tả những trình tự của PT nội soi lồng ngực, nhưng những kỹ thuật này đã không được tiến hành rộng rãi. Thực ra sự chậm trễ của PTNSLN là do ấn tượng sai lầm cho rằng: mổ ngực tối thiểu tốt hơn và ít biến chứng hơn PTNSLN. Mãi cho đến khi PT cắt túi mật nội soi phát triển, năm 1980, PTNSLN mới trở dậy.

Nội soi lồng ngực, nói riêng, PT nội soi nói chung phát triển mạnh mẽ nhờ vào 3 bước tiến quan trọng:

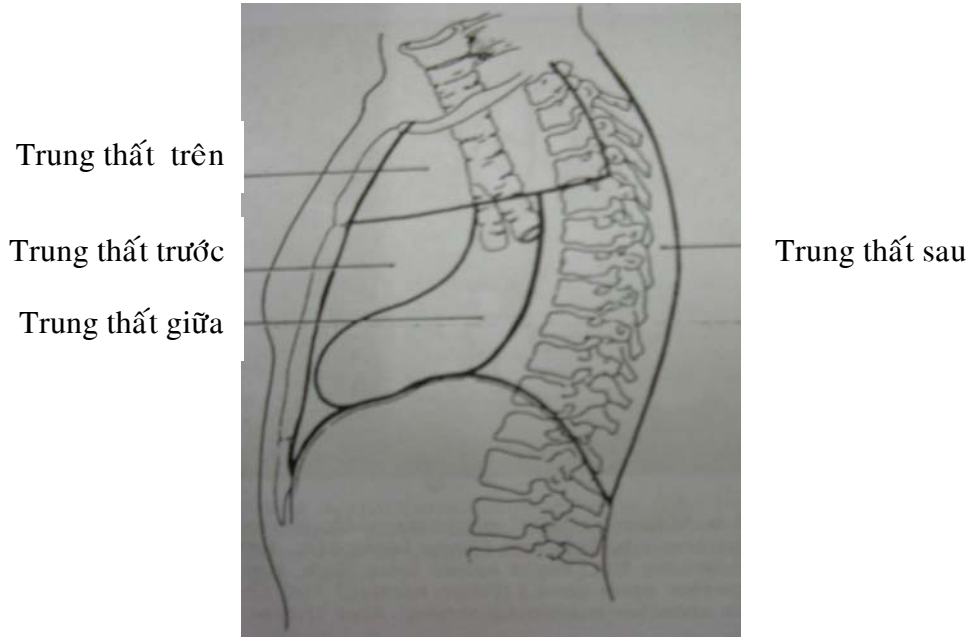
- Sự cải tiến của thấu kính nội soi kết hợp với sự phát triển của hệ thống định hình lập thể và máy quay cực nhỏ nhưng cho phép quan sát toàn cảnh một nửa lồng ngực thay vì chỉ xem được 1 thị trường hẹp như trước đây.
- Phương pháp gây mê NKQ 2 nòng cho phép xẹp hoàn toàn 1 bên phổi theo ý muốn, giúp thao tác dễ dàng cũng như tránh được các biến chứng hô hấp sau này.
- Các dụng cụ càng hoàn thiện đáp ứng cho các thao tác nội soi lồng ngực như các trocar, kéo đặc biệt, kẹp tự động(stepler).

III. NHỮNG ƯU ĐIỂM CỦA PHẪU THUẬT NSLN

- Phương pháp can thiệp tối thiểu này làm giảm đi những rối loạn biến dưỡng giai đoạn hậu phẫu, giảm đi biến chứng xẹp phổi, nhiễm trùng phổi, do đó rút ngắn được thời gian nằm viện.
- Qua ngã nội soi, cho phép quan sát tốt hơn toàn bộ màng phổi thành và bề mặt của phổi. Dĩ nhiên tốt hơn qua đường mổ ngực tối thiểu.
- Giảm đi thời gian mổ và gây mê vì đã giảm bớt thời gian mổ ngực và đóng ngực.
- Rất thuận lợi đối với những BN có rối loạn đông máu nhẹ mà có chỉ định mổ, vì

đường mổ tối thiểu.

Với các u trung thất lành tính, kích thước $\leq 5\text{cm}$, phẫu thuật nội soi có tỷ lệ thành công cao, không có tử vong, tai biến và biến chứng rất ít. Rút ngắn thời gian nằm viện, góp phần giảm chi phí điều trị và tính thẩm mỹ cao.



PHÂN VÙNG TRUNG THẤT: TRÊN, TRƯỚC, GIỮA, SAU

IV. CHỈ ĐỊNH MỔ NSLN TRÊN CÁC TỔN THƯƠNG TRUNG THẤT

-Nội soi lồng ngực vượt trội hơn trong tiếp cận tổn thương trung thất sau mà nội soi trung thất và mổ trung thất trước không thể tiếp cận được, hoặc nhằm mục đích định giai đoạn cho 1 ung thư.

-Một lợi điểm nữa của phẫu thuật nội soi lồng ngực đó là xác định được tổn thương là lành tính trong mổ, có thể cắt trọn tổn thương bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực.

-Ngày nay, với sự tiến bộ vượt bậc của khoa học kỹ thuật, phẫu thuật nội soi cũng có những tiến bộ không ngừng. Các trung tâm lớn trong và ngoài nước đã áp dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý và u vùng trung thất.

V. CÁC HẠN CHẾ CỦA PTNS TRONG CÁC BỆNH LÝ TRUNG THẤT

Bởi vì đặc điểm của u vùng trung thất liên quan đến các cấu trúc sống còn nên đối với những trường hợp u lớn và dính vào các cấu trúc xung quanh, kỹ thuật thao tác qua nội soi được một số tác giả cho là không an toàn khi bóc tách. Vì vậy, đối với một số trường hợp u ác tính cần phải phẫu thuật triệt căn thì phẫu thuật nội soi còn hạn chế.

Tương Tự như mổ mở, chỉ định mổ nội soi lồng ngực, nói chung, là tránh tất cả các trường hợp mà nguy cơ phẫu thuật cao. Chú ý vấn đề hô hấp trong lúc mổ, vì BN

thường ở tư thế nằm nghiêng với phương pháp gây mê nội khí quản chọn lọc.

VI. TƯ THẾ BN

Tùy theo vị trí và kích thước khối u, tư thế BN cũng thay đổi.

1. Nằm nghiêng

Áp dụng cho đa số các trường hợp:

- Nghiêng nhẹ về phía sau, nếu u ở trung thất trước hoặc giữa.
 - Nghiêng nhẹ về phía trước, nếu u ở trung thất sau.
 - Chú ý, với các u trung thất ở 1/3 dưới, cánh tay BN phải treo, sao cho không để vướng khi thao tác về hướng cơ hoành.
 - Với u ở 1/3 trên hoặc 1/3 giữa, tốt nhất là giơ tay cao, sao cho không vướng lỏng thao tác ở nách (để nhìn lên đỉnh, chẳng hạn).
- Bàn mổ và tư thế luôn chuẩn bị sẵn sàng cho 1 cuộc mổ ngực, khi cần thiết.
- Tư thế này thường không được áp dụng trên BN có HC chèn ép TM chủ trên.

2. Nằm ngửa

Với tư thế này, khó vén phổi, nên tư thế này thường sử dụng trong các thao tác đi vào trung thất trước và giữa, đặc biệt, với các cuộc mổ đòi hỏi phải can thiệp 2 bên.

3. Nằm sấp

Thường áp dụng cho các trường hợp sinh thiết để chẩn đoán đơn thuần. Vì phải lật BN lại một khi cần phải mổ ngực khẩn cấp, khi PTNS gặp biến chứng chảy máu nặng.

VII. ĐẶT CÁC TROCART

Tùy vị trí của khối u mà ta có thể chọn. Nguyên tắc của 3 đỉnh tam giác: sẽ ở phía trước, nếu u ở phía sau và ngược lại, tam giác đặt ở phía sau nếu đi vào u trung thất trước.

- Với u trung thất trên (chém đa số), camera thường được đặt thật thấp. Trong những trường hợp đó, cần 1 dụng cụ vén phổi, hướng từ trên xuống để camera thấy rõ phẫu trường.
- Với u trung thất giữa hoặc vùng rốn phổi, đặt 1 trocart ở LS 4 để vén phổi.

A. PTNS TRONG CHẨN ĐOÁN U TRUNG THẤT

Với các hạch vùng trung thất trước, vai trò của nội soi trung thất (mediastinoscopie) vẫn còn giá trị và BN phải nằm ngửa. Nhưng với các hạch mà nội soi trung thất không thể tiếp cận được, thì PTNS lồng ngực, có nhiều lợi thế hơn, nhất là với các thương tổn của tất cả các vùng trung thất, với tư thế nằm nghiêng. Đây là phương pháp ưu thế hơn, được chọn sinh thiết hoặc cắt trọn cho tất cả các hạch, các u hoặc kết hợp với các thao tác khác như: sinh thiết phổi, màng phổi.

1. Sinh thiết hạch cạnh khí quản

- Camera đặt cao, vào LS 4 để quan sát hết trung thất phần thấp.
- 2 trocart kia: -1 ở phía trước, để vén phổi. Khi phổi đã xẹp, sẽ được dùng để bóc tách. -1 phía sau, dùng kẹp để nâng lên.

Trước hết, cắt-mở màng phổi trung thất. Nếu hạch nằm riêng lẻ, di động dễ, tách xa TM chủ trên để lấy trọn. Nếu nhiều hạch hoặc quá dính vào các cấu trúc nguy hiểm, tốt nhất chỉ nên sinh thiết (bằng kéo hoặc bằng móc đốt). Có thể sử dụng cả clip kẹp để cắt gọn, tránh xé, gây chảy máu.

2. Hạch rốn phổi hoặc hạch dưới cửa khí quản

Nếu phổi xẹp, những hạch này hiện rõ. Chỉ cần đẩy lùi nhu mô phổi, các hạch này có thể lấy dễ dàng. Mở màng phổi trung thất bằng kéo. Vấn đề quan trọng cần chú ý là mặt trong của hạch, nhất là các trường hợp viêm dính. Khi đó phải cẩn thận, nên sinh thiết mặt ngoài, tránh phạm phải ĐM phế quản hay một nhánh của ĐM phổi.

3. Hạch ở cửa sổ phế chủ

Camera đặt ở LS 5. Cửa sổ phế-chủ sẽ hiện rõ. Từ đó quyết định chọn trocar vào vén phổi, nên đưa kẹp đè phổi xuống phần ngực thấp và ra sau (LS 6 đường nách sau) để vén phổi ra sau và xuống dưới. Phải chú ý kéo quai ĐM chủ lên.

Ngoài trừ các trường hợp bóc tách dễ, phải hết sức cẩn thận khi bóc tách lấy trọn, bởi vì dễ làm tổn thương dây TK hồi qui T và thân ĐM phổi. Vì thế người ta thường sinh thiết các hạch tại đây.

4. Khối u ở trung thất trước và trung thất giữa

BN nằm nghiêng, ngã về sau, thường vào 3 lỗ:

-Camera đặt cao ở LS 4 để thấy trực tiếp u.

-Cây đè phổi đặt ở phía sau. Khi phổi đã xẹp, đưa que bóc tách vào.

-Trocart thứ 3 đặt cao và ra trước (LS 3) để kẹp nâng sang thượng lên.

Ở đây, PTNS lồng ngực có nhiều lợi thế, so với nội soi trung thất như: thấy được toàn cảnh, đánh giá rõ ràng và hướng dẫn sinh thiết ở những vùng nghi ngờ. Giảm tối thiểu nguy cơ tổn thương trên các vùng hoại tử hoặc xơ hóa. Qua đó cho phép bấm clip ngoại khoa để đánh dấu, xạ trị sau này.

5. Khối u ở trung thất sau

BN nằm nghiêng, ngã về phía trước, hoặc nằm sấp.

Dùng kẹp phổi (kiểu kẹp thực quản) vén phổi. Chỉ được sinh thiết khi đã thấy rõ được ĐM chủ ngực và thực quản. Trong những TH nghi ngờ, nên cho đèn soi vào trong thực quản, để phân biệt.

B. PTNS ĐIỀU TRỊ CẮT BỎ U TRUNG THẤT

•U vùng trung thất trước thường gặp là u tuyến hung hay u nang quái lạnh tính. Đặc điểm chung của các loại u này là hình tròn hay nhiều thùy, đường kính 3 chiều gần bằng nhau. Khác với u thần kinh vùng trung thất sau, thường có hình bầu dục, trải dài theo xương sườn. Do đó nang trung thất trước có thể dùng kỹ thuật chọc hút dịch nang, nhưng phải chú ý là thành u thường dày và dính sát các cấu trúc quan trọng.

•So với u dạng nang vùng trung thất giữa hay trung thất sau thì dịch thường loãng và thành nang mỏng, nên sau khi chọc thủng nang, rất dễ bóc tách và lấy vỏ nang qua lỗ trocar, mà không cần phải nội soi hỗ trợ hay rạch thêm da.

Vì vậy, đối với u trung thất trước, khi u tương đối to dù là u dạng nang, thường phải nội soi có hỗ trợ chứ không thể nội soi đơn thuần như u vùng trung thất sau.

1. U thần kinh

a). Chuẩn bị trước mổ

- Phải xác định vị trí, kích thước khối u (qua CT scan).
- Phải loại trừ u hình quả tạ (thông thương với tủy) qua MRI.
- Phải chụp ĐM đồ để loại trừ ĐM Adamkiewicz hoặc u mạch máu .

b). Kỹ thuật

Khi đã xác định u thần kinh ở phía sau, đáy tam giác phải đưa ra trước. Nếu u ở phía đỉnh, Camera đặt cao: LS 4 hoặc LS 3.

Lớp bóc tách sẽ hiện rõ ra. Chú ý: kẹp nâng khối u lên nhẹ nhàng đôi khi cản trở thao tác bóc tách mặt bên. Bóc tách tránh chảy máu. Chú ý không nên đốt bằng máy đốt đơn cực mà nên sử dụng đốt lưỡng cực hoặc kéo cắt siêu âm.

Bóc tách u ở đỉnh thường khá dễ dàng, cho dù khối u to, chú ý hạch sao ở đây. Tốt nhất là nên dùng clip kẹp cắt sát cuống nơi mặt sau-trong (chỗ tiếp giáp với tủy sống). U nên bỏ vào trong 1 bao cau su đưa ra lỗ to nhất.

2. Nang màng ngoài tim

a). Định nghĩa

Gọi là nang màng ngoài tim khi nó dính vào màng tim bởi 1 eo cuống

Gọi là nang của bướu trung mạc(mesothelioma) khi nó không dính vào màng bao tim.

Nang thường chứa 1 lớp dịch trong mờ, chứa ít máu, không dính vào các cấu trúc xung quanh. Nang thường ở vị trí trước-dưới, đôi khi ở phía sau. Nang màng ngoài tim là 1 bệnh lý mắc phải, thường không có TC, tình cờ phát hiện, bị bỏ quên, trừ phi nang quá to, chèn ép. PTNS chọc hút cho xẹp nang, rồi lấy trọn phần còn lại. Với BN nguy cơ PT cao không cho phép mổ, u lành tính thì chấp nhận chọc nhiều lần mà không thể cắt-đốt lấy hết phần còn lại.

b). Kỹ thuật

Nội khí quản chọn lọc.

Tư thế mở ngực (BN nằm nghiêng, tay treo).

3 trocar theo tam giác thích hợp với khối nang.

Dùng kim dài, chọc dò, hút trực tiếp khối nang để xác định trước.

Tiến hành bóc tách sát nang, hầu tránh tổn thương màng bao tim hoặc thực quản. Nên dùng hệ thống đốt lưỡng cực, không nên dùng đốt đơn cực.

Cẩn thận, nếu nang nằm sát dây TK hoành: kẹp nâng nang lên, vén TK hoành, bóc tách nhẹ nhàng thành nang.

3. Nang phế quản

a). Đại cương

Nang phế quản thường nằm ở trung thất giữa, và vị trí thường thay đổi (cạnh khí quản, giữa 2 phế quản, tại rốn phổi hoặc cạnh thực quản. Thường được phát hiện tình cờ, trừ phi nang to chèn ép, hoặc bị nhiễm trùng.

Ngoài các XN chung, nên nội soi khi-phế quản và nội soi thực quản.

b). Kỹ thuật

Mê nội khí quản Carlen.

BN nằm như tư thế mở ngực, tay treo tùy theo vị trí của khối u.

Có thể từ 3 đến 4 trocar, để đề phổi hiệu quả.

Mở màng phổi trung thất. Nên chọc hút bớt tránh vỡ xì dịch, trong khi bóc tách.

Có tác giả chủ trương đưa vào nang ống sonde có bong bóng (sonde Foley), để bơm căng hoặc cho xẹp bớt hầu để bóc tách. Tách toàn bộ thành nang phía mặt trước của cây khí quản-phổi. Thao tác này thường dễ dàng thực hiện với 1 kéo đầu tù. Trái lại diện bóc tách đôi khi sẽ khó hơn nếu nang dính vào phế quản hoặc khí quản (mà ở đây có thể tách bằng tay dễ dàng). Tốt nhất là để lại miếng nhỏ nơi giáp-dính giữa nang và khí-phế quản, rồi dùng điện đốt kỹ thành trong của nang, rồi mở hở.

4. Cắt bỏ tuyến hung (Xem bài trên)

KẾT QUẢ SAU PTNS LỒNG NGỰC ĐIỀU TRỊ

Khả năng cắt trọn đối với u nang trung thất giữa 100%, u tuyến hung 95,7% và u trung thất sau 90%, bằng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực đơn thuần.

PTNS được thực hiện cho tất cả u dạng nang lẫn dạng đặc. Tốt nhất là các u lành tính, không xâm lấn và < 6 cm.

•Phẫu thuật nội soi đơn thuần

U tuyến hung ≤ 5cm.

U trung thất trước trên ≤ 5cm.

U trung thất giữa và u trung thất sau ≤ 7cm.

•Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ: với u trung thất trước kích thước > 5 – 7cm.

C. DẪN LƯU MÀNG PHỔI SAU MỔ NỘI SOI

•Với sinh thiết qua nội soi thì chỉ cần DLMP với ống 24 hoặc 28Fr là đủ. Rút sớm sau vài giờ, nếu chụp X quang phổi nở.

•Với PTNS cắt bỏ (điều trị) nên theo dõi và rút sau 24-48 giờ.

VIII. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực được áp dụng trong chẩn đoán và điều trị ngày càng được khẳng định, với tỷ lệ thành công cao, không có tử vong, tai biến và biến chứng nhẹ rất ít. Rút ngắn thời gian nằm viện, góp phần giảm chi phí điều trị. Vết mổ nhỏ, tính thẩm mỹ cao và ít đau sau mổ.