

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CÓ ROBOT HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ U TUYẾN ỨC TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Đặng Đình Minh Thanh^{1,2}, Vũ Hữu Vĩnh^{1,2}, Nguyễn Văn Nam²*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ (robotic assisted thoracoscopic surgery - RATS) điều trị u tuyến ức tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, không đối chứng trên 43 bệnh nhân (BN) u tuyến ức được điều trị bằng RATS từ tháng 01/2020 - 12/2023 tại Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $49,42 \pm 13,46$, tỷ lệ nữ/nam là 1,39. Tỷ lệ có nhược cơ là 44,2%, trong đó, có 4 ca nhóm I, 11 ca nhóm IIA và 4 ca nhóm IIB. Đường tiếp cận qua mũ ức chiếm tỷ lệ cao nhất (58,1%), bên phải (14%) và bên trái (27,9%). Có 1 ca (2,3%) chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là $158,25 \pm 69,6$ phút (70 - 400 phút). Thời gian phẫu thuật không liên quan tới kích thước khối u, nhưng liên quan với giai đoạn Masaoka ($p < 0,05$). Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 14%, gồm 5 ca suy hô hấp và 1 ca tràn dịch màng phổi. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là $2,44 \pm 0,98$ ngày (1 - 6 ngày); thời gian nằm viện trung bình là $6,05 \pm 5,51$ ngày (2 - 27 ngày). **Kết luận:** RATS trong điều trị u tuyến ức là phương pháp khả thi và an toàn.

Từ khóa: U tuyến ức; Phẫu thuật nội soi lồng ngực; Robot.

EVALUATION OF THE EARLY RESULTS OF ROBOTIC-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF THYMOMA AT CHO RAY HOSPITAL

Abstract

Objectives: To evaluate the early results of robotic-assisted thoracoscopic surgery (RATS) for treating thymoma at Cho Ray Hospital. **Methods:** An interventional, prospective, and uncontrolled study was conducted on 43 patients

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Đặng Đình Minh Thanh (minhthanhCR7b1@gmail.com)

Ngày nhận bài: 10/9/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 02/10/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i8.1016>

with thymoma who underwent thymectomy by RATS from January 2020 to December 2023 at the Thoracic Surgery Department, Cho Ray Hospital. **Results:** The mean age was 49.42 ± 13.46 years, and the female-to-male ratio was 1.39. The incidence of myasthenia gravis was 44.2%. Preoperative Perlo-Osserman class was I in 4 patients, IIA in 11 patients, and IIB in 4 patients. The subxiphoid approach was highest (58.1%), the right-sided (14%), and the left-sided (27.9%). One patient (2.3%) required conversion to an open approach because of injury of innominate veins. The mean operative time was 158.25 ± 69.6 min (70 - 400 min). Surgery duration was not related to tumor size but was significantly associated with the Masaoka stage ($p < 0.05$). 6 patients (14%) had postoperative complications: 5 patients had respiratory failure and 1 patient had pleural effusion. The mean time of chest drainage removal was 2.44 ± 0.98 days (1 - 6 days). The mean hospital stay was 6.05 ± 5.21 days (2 - 27 days). **Conclusion:** RATS for treating thymoma is a feasible and safe method.

Keywords: Thymoma; Thoracoscopic surgery; Robot.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến ức là một cơ quan miễn dịch, nằm ở trung thất trước. U tuyến ức là loại u hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 1/1,5 triệu dân. Phương pháp điều trị gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và liệu pháp miễn dịch. Trong đó, phẫu thuật là phương pháp tối ưu nhất [1, 2]. Phẫu thuật nội soi lồng ngực đã ra đời và được áp dụng khá phổ biến, nhưng khả năng can thiệp còn hạn chế do dụng cụ không đủ linh hoạt. RATS với ưu thế thao tác như cổ tay con người, đang ngày càng được áp dụng nhiều hơn trong điều trị u tuyến ức [3, 4]. Hiện nay, tại Việt Nam, việc áp dụng RATS trong điều trị u tuyến ức chưa được phổ biến, vẫn còn hạn chế ở một số các trung tâm và cũng chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả của RATS trong

điều trị u tuyến ức. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Đánh giá tính an toàn và khả thi của RATS trong điều trị u tuyến ức tại Bệnh viện Chợ Rẫy.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

43 BN u tuyến ức được điều trị bằng RATS từ tháng 01/2020 - 12/2023 tại Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN được chẩn đoán u trung thất trước dựa trên triệu chứng lâm sàng và hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực; BN được điều trị bằng RATS tại Bệnh viện Chợ Rẫy; có kết quả mô bệnh học sau mổ là u tuyến ức.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: U tuyến ức tái phát; BN có hồ sơ không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* *Phương pháp nghiên cứu*: Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, không đối chứng.

* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu*: Đặc điểm lâm sàng của BN (tuổi, giới tính, tình trạng nhược cơ); đặc điểm phẫu thuật (đường tiếp cận, chuyên mổ mở, thời gian phẫu thuật); kết quả phẫu thuật

sớm (biến chứng sau mổ, thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi, thời gian nằm viện).

* *Xử lý số liệu*: Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng BN và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

3 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được sự cho phép của Hội đồng Y đức Bệnh viện Chợ Rẫy (số 1613/GCN-HĐĐĐ ngày 10/7/2023). Người bệnh được bảo mật thông tin. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	49,42 ± 13,46 (17 - 72)	
Giới tính:		
Nam	18	41,9
Nữ	25	58,1
Nhược cơ:		
Có	19	44,2
Không	24	55,8
Nhóm nhược cơ:		
I	4	21,1
IIA	11	57,9
IB	4	21,1

Bệnh chủ yếu ở nhóm tuổi trung niên, gặp ở BN nữ nhiều hơn BN nam. Tỷ lệ BN có nhược cơ là 44,2%.

Bảng 2. Một số đặc điểm phẫu thuật.

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đường vào:		
Bên phải	6	14,0
Bên trái	12	27,9
Mũi ức	25	58,1
Chuyển mổ mở:		
Có	1	2,3
Không	42	97,7
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	158,25 ± 69,60 (70 - 400)	

Đường vào dưới mũi ức là chủ yếu. Có 1 (2,3%) ca phải chuyển mổ mở do rách tĩnh mạch vô danh, được chủ động mổ mở sớm, đề phòng nguy cơ mất máu. Thời gian phẫu thuật trung bình là 158,25 ± 69,60 phút (70 - 400).

Bảng 3. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với kích thước khối u và giai đoạn Masaoka.

Đặc điểm	Thời gian phẫu thuật trung bình	p
Kích thước khối u	≥ 5cm	0,245 ^a
	< 5cm	
Giai đoạn Masaoka	I + II	0,00 ^a
	III	

(a: Independent T-test)

Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm BN có khối u kích thước ≥ 5cm dài hơn so với nhóm < 5cm. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thời gian phẫu thuật trung bình ở những BN có khối u giai đoạn sớm ngắn hơn so với giai đoạn muộn ($p < 0,05$).

Bảng 4. Kết quả sớm sau phẫu thuật.

Kết quả	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sau phẫu thuật:		
Có	6	14
Không	37	86
Chảy máu	0	0
Suy hô hấp	5	83,3
Tràn khí khoang màng phổi	0	0
Tràn dịch khoang màng phổi	1	16,7
Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày)	2,44 ± 0,98 (1 - 6)	
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình (ngày)	6,05 ± 5,21 (2 - 27)	

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 14%: 5 ca suy hô hấp (BN nhược cơ), 1 ca tràn khí khoang màng phổi. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 2,44 ± 0,98 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 6,05 ± 5,21 (2 - 27) ngày.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của BN u tuyến ức

Tuổi và giới tính: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ BN nữ (58,1%) gặp nhiều hơn BN nam (41,9%), tỷ lệ nữ/nam là 1,39. Kết quả này cũng tương đương với một số tác giả khác như Marulli G là 1,2 [4], Weng W là 1,02 [5]. Tuổi trung bình của nhóm BN trong nghiên cứu là 49,42 ± 13,46 (17 - 72), tương đồng với Marulli G là 59 tuổi, Weng W là 51,9 ± 13,1 tuổi, Lê Việt Anh là 47,31 ± 10,87 tuổi [4, 5, 6]. Các tác giả đều cho thấy u tuyến ức gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới, thường

gặp ở lứa tuổi trung niên, sự phân bố tuổi và giới tính trong RATS cắt u tuyến ức tương đương như trong các nghiên cứu mổ cắt u tuyến ức bằng các phương pháp khác.

Tình trạng nhược cơ: Đến nay, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra có sự liên quan giữa bệnh lý nhược cơ và u tuyến ức [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có nhược cơ là 44,2%, trong đó có 4 ca nhóm I, 11 ca nhóm IIA và 4 ca nhóm IIB (theo phân loại của Perlo - Ossaman) [7]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đa phần BN có bệnh lý nhược cơ khi kiểm tra thì phát hiện có u tuyến ức kèm theo.

2. Đặc điểm của RATS trong điều trị u tuyến ức

Đường tiếp cận: RATS đã cho thấy ưu thế khi loại bỏ khối u tuyến ức [3, 4], nhưng để có thể loại bỏ khối u một cách triệt để và thuận lợi, vị trí để tiếp cận là rất quan trọng. Tùy thuộc vào vị trí khối u cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên, vị trí tiếp cận có thể khác nhau như qua đường mũi ức, bên trái hoặc bên phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiếp cận qua đường mũi ức chiếm tỷ lệ nhiều hơn (54,1%), qua đường bên phải và bên trái ít hơn lần lượt với tỷ lệ là 27,9% và 14%. Trong khi đó, theo nghiên cứu của Marulli G, tiếp cận qua đường bên trái nhiều hơn (82,5%) bên phải (12,6%) và mũi ức (5,1%), theo kết quả của Jun Y thì chủ yếu tiếp cận qua đường bên phải (90,9%) [4, 8]. Các tác giả đều đồng quan điểm là khối u lệch về bên nào thì sẽ tiếp cận bên đó, nếu khối u ở trung tâm thì sẽ tiếp cận qua đường mũi ức.

Chuyển mổ mở: Có 1 trường hợp (2,3%) phải chuyển mổ mở do tổn thương tĩnh mạch vô danh gây chảy máu, được chủ động chuyển mổ mở để đảm bảo an toàn cho BN, mặc dù thực tế qua các ca sau đó cho thấy khả năng can thiệp bằng phẫu thuật robot vẫn có thể tiếp tục kiểm soát hiệu quả. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Kang CH là 0,9%, Marulli G là 2,6% [1,

4]. Tuy nhiên, so với các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi thông thường, tỷ lệ chuyển mổ mở thấp hơn như theo Lê Việt Anh là 11,3% và Chung JW là 7,1% [6, 9]. Điều này cũng phù hợp với nhận định chung của các tác giả rằng RATS có tỷ lệ chuyển mổ mở thấp hơn so với phẫu thuật nội soi thông thường.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $158,25 \pm 69,60$ phút (70 - 400 phút). Kết quả này cũng tương đương với kết quả của Kang CH là 123 ± 57 phút, Marulli G là 165 ± 52 phút, Jun Y là 139,8 phút [1, 4, 8]. Tuy nhiên, khi so sánh với phẫu thuật nội soi thông thường và mổ mở thì thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của các tác giả khác khi so sánh thời gian phẫu thuật giữa ba phương pháp. Cụ thể trong nghiên cứu của Qian L cho thấy thời gian phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ là dài nhất (95,2 phút), sau đó đến mổ mở (88,5 phút) và ngắn nhất là phẫu thuật nội soi thông thường (79,1 phút) [2]. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật còn phụ thuộc vào đường cong huấn luyện của phẫu thuật viên và RATS là phương pháp mới đòi hỏi sự cẩn thận, tỉ mỉ, chính xác cao nên cần có thời gian để các phẫu thuật viên thực hành để có thể thực hiện thành thục và rút ngắn thời gian phẫu thuật.

Đánh giá sự liên quan giữa thời gian phẫu thuật với kích thước khối u và giai đoạn Masaoka cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm BN có $u \geq 5\text{cm}$ (170,45 phút) dài hơn nhóm $< 5\text{cm}$ (145,47 phút), nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm BN ở giai đoạn sớm (Masaoka I và II) có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn hơn so với nhóm giai đoạn muộn hơn (Masaoka III và IV) là 144,07 phút và 266 phút, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Kết quả này tương tự như kết quả của Kang CH hay Marulli G [1, 4].

3. Kết quả sớm điều trị u tuyến ức bằng RATS

Biến chứng sau phẫu thuật: Kết quả của chúng tôi có 6/43 ca (14%) có biến chứng sau phẫu thuật, trong đó, có 5 ca suy hô hấp và 1 ca tràn khí khoang màng phổi. Tất cả các trường hợp biến chứng suy hô hấp sau mổ của chúng tôi đều gặp ở những BN có nhược cơ (5/19 ca (26,3%)). Kết quả này cũng tương tự như của Marulli G có tỷ lệ là 12,7%; Jun Y là 10,9% [4, 8]. Khi so sánh với phẫu thuật nội soi thông thường, chúng tôi không thấy sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng sau mổ với nghiên cứu của Weng W (6,9%), nhưng nếu so sánh riêng với nhóm nhược cơ thì cao hơn nghiên cứu của Lê Việt Anh (13,1%).

Thời gian rút dẫn lưu: Thời gian rút dẫn lưu trung bình của chúng tôi là $2,44 \pm 0,98$ ngày (1 - 6). Kết quả này cũng tương tự kết quả của Marulli G là 2,4; Jun Y là 3,24 ngày [4, 8]. So sánh với kết quả trong phẫu thuật nội soi thông thường cũng không có sự khác biệt, như nghiên cứu của Lê Việt Anh là 2,4 ngày; Chung JW là 1,8 ngày [6, 8].

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Kết quả của chúng tôi cho thấy thời gian nằm viện trung bình là $6,05 \pm 5,21$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 27 ngày. Kết quả này tương tự như của Kang CH là $2,2 \pm 1,4$ ngày, Marulli G là 4,4 ngày (2 - 15 ngày), Jun Y là 7,18 ngày [1, 4, 8]. 1 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện sau phẫu thuật kéo dài 27 ngày do BN này có kết hợp bệnh nhược cơ, sau phẫu thuật có biến chứng suy hô hấp do con nhược cơ, vì vậy, phải thở máy dài ngày và thời gian điều trị sau mổ kéo dài, do đó, cũng ảnh hưởng một phần tới kết quả chung về thời gian nằm viện sau phẫu thuật của BN trong nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, nhìn chung thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong RATS là tương đối ngắn và khi so sánh với phẫu thuật nội soi thông thường, các tác giả đều cho thấy thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ ngắn hơn. Cụ thể, trong nghiên cứu so sánh của Qian L chỉ ra

thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ là ngắn nhất (4,3 ngày), sau đó, là phẫu thuật nội soi thông thường (5,5 ngày) và dài nhất là mổ mở là 6,6 ngày [2]. Từ các kết quả trên có thể thấy phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ bước đầu mang lại kết quả tương đối tốt trong điều trị u tuyến ức.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ là phương pháp mới với nhiều ưu điểm có tính khả thi và an toàn trong điều trị u tuyến ức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kang CH, Na KJ, Song JW, et al. The robotic thymectomy via the subxiphoid approach: Technique and early outcomes. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2020; 0:1-5.
2. Qian L, Chen X, Huang J, et al. A comparison of three approaches for the treatment of early stage thymomas: Robot-assisted thoracic surgery, video-assisted thoracic surgery, and median sternotomy. *J Thoracic Dis*. 2017; 9(7):1997-2005.
3. Wu WJ, Zhang FU, Xiao Q, et al. Does robotic-assisted thymectomy have advantages over video-assisted thymectomy in short-term outcomes? A systematic view and meta-analysis.

Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery. 2021; 33:385-394.

4. Marulli G, Maessen J, Melfi F, et al. Multi-institutional European experience of robotic thymectomy for thymoma. *Ann Cardiothoracic Surg*. 2016; 5(1):18-25.

5. Weng W, Li X, Meng S, et al. Video assisted thoracoscopic thymectomy is feasible for large thymomas: A propensity-matched and comparison. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*. 2019; 30:565-572.

6. Lê Việt Anh. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103. *Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y*. 2019; 65-98.

7. Osserman KE and Genkins G. Studies in myasthenia gravis: Review of a twenty-year experience in over 1200 patients. *Mt Sinai J Med*. 1971; 38(6):497-537.

8. Jun Y, Hao L, Demin Li, et al. Da Vinci robot-assisted system for thymectomy: Experience of 55 patients in China. *Int J Med Robotics Amput Assist Surg*. 2014; 10:294-299.

9. Chung JW, Kim HR, Kim DK, et al. Long-term results of thoracoscopic thymectomy for thymoma without myasthenia gravis. *J Int Med Res*. 2012; 40(5):1973-81.