

KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BỆNH LÝ U KHÍ QUẢN NGUYÊN PHÁT TRONG 6 NĂM TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY: CHỈ ĐỊNH, ĐƯỜNG MỜ, KỸ THUẬT VÀ TÍNH KHẢ THI

Nguyễn Việt Đăng Quang¹, Vũ Hữu Vinh¹

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: U khí quản nguyên phát chủ yếu là bệnh lý ác tính, hay gặp là carcinoma (tế bào gai, tuyến). Bệnh gây chèn lấp khí quản đòi hỏi phải được phẫu thuật tái tạo khí quản đồng thời giải quyết bệnh lý ung thư của khí quản. Ở những khối u lớn dự báo sẽ mất đoạn khí quản lớn, việc tái tạo khí quản sẽ gặp nhiều khó khăn, có thể thất bại ngay trong mổ, ngay sau mổ hoặc một thời gian sau mổ. Với thực tế hiện tại, chưa có vật liệu hay cơ quan thay thế khí quản, việc cân nhắc chỉ định, đường mổ, và kỹ thuật tái tạo khí quản góp phần quyết định kết quả phẫu thuật và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật. Nghiên cứu này đánh giá tính khả thi của phẫu thuật đối với loại bệnh này.

Phương pháp: Hồi cứu những trường hợp u khí quản đã được phẫu thuật cắt bỏ khối u và tái tạo khí quản tại khoa Ngoại lồng ngực trong thời gian 6 năm (2010 – 2015). Bệnh nhân được hoá xạ trị sau mổ và nội soi khí phế quản hoặc chụp CT scan sau mổ 1 tháng, 6 tháng và hàng năm. Vị trí và độ lớn khối u, phương pháp phẫu thuật, đường mổ, biến chứng trong và sau mổ, thời điểm tái phát, tử vong được thu thập và phân tích đánh giá.

Kết quả: Có 22 trường hợp được phẫu thuật, trong đó, vị trí cổ ngực là 14 trường hợp, trong ngực trên carina là 3 trường hợp, carina + 1 phế quản gốc là 4 trường hợp, carina + 2 phế quản gốc là 1 trường hợp. Các khối u đều chiếm dưới 1/3 chiều dài khí quản. Có 3 trường hợp tử vong (13,6%), do mất đoạn khí quản lớn; 1 sau 5 ngày, một sau 3 tuần và 1 sau 4 tháng. Một bệnh nhân tử vong do tái phát sau 3 năm do còn để lại khối u ở phế quản gốc trái. Các bệnh nhân còn lại được cho là phẫu thuật thành công hiện vẫn đang sống và theo dõi tiếp.

Kết luận: Phẫu thuật cắt bỏ và tái tạo u khí quản có tính khả thi cao, nên được chỉ định cho những khối u không

chiếm quá 1/3 độ dài khí quản. Phẫu thuật triệt để khối u là điều kiện quan trọng để tái tạo thành công khí quản. Đối với những khối u vùng carina, bao gồm cả khí quản và phế quản gốc một hoặc 2 bên, đường mổ xương ức giúp phẫu thuật hiệu quả hơn so với đường mổ ngực phải.

Từ khoá: U khí quản, phẫu thuật tái tạo khí quản.

ABSTRACT: EXPERIENCE OF SURGERY FOR PRIMARY TRACHEAL TUMORS IN 6 YEARS AT CHORAY HOSPITAL: INDICATION, APPROACH, SURGICAL TECHNIQUE AND FEASIBILITY.

Background: Primary tracheal neoplasms are mainly malignant; most of them are carcinoma (squamous, adenoma). The diseases may cause airway obstruction requiring tumor resection and tracheal reconstruction. Advanced stage tumors would expect much tracheal resection, making reconstruction to be challenge. Catastrophe may encounter intraoperative, postoperative, or even in short-term follow-up. At present, there is no any substitute material for tracheal tube, so careful considering indication and surgical technique could help improving the outcome. This study examines the feasibility of the surgical interference for this disease.

Methods: Retrospectively review tracheal tumor cases operated with resection and reconstruction at the Thoracic Department, Choray hospital during 6 years (2010 – 2015). Patients received adjuvant chemo-radiation postoperatively and were followed-up with tracheal endoscopy and/or CT-scan for 1 month, 6 months, and annual postoperatively. Size of tumors, locations, surgical accesses, reconstruction techniques, morbidity, and mortality are subjects to be examined.

Results: There were 22 cases operated. Among them, tumors located at cervico-thoracic region in 14 cases,

1. Bệnh viện Chợ Rẫy, TP Hồ Chí Minh. Tác giả Nguyễn Việt Đăng Quang, ĐT: 0989.117.813, Email: Drquang.choray@gmail.com

» Ngày nhận bài: 02/04/2016 | » Ngày phản biện: 06/04/2016 | » Ngày duyệt đăng: 11/04/2016

intrathoracic but above the carina in 3, at carina and one bronchus in 4, and carina plus both bronchi in 1 case. All cases have tumor that invaded less than one third of the trachea. Mortality is 3 (13.6%), due to over missing of the tracheal tissue. One happened 5 days postoperatively, one after 3 weeks, and one after 4 months. In one other case, the tumor recurred after 3 years due to the remnant tumor at the left main bronchus and died without surgical interference. Others are still alive normally and assume to be successful in term of surgical interference.

Conclusion: Tracheal tumor resection and reconstruction surgery is feasible. Indication should reserves for tumors that invade less then one third of the trachea. Complete resection of the tumor is the most importance for the successful of the surgery. Sternotomy facilitates carina tumor resection comparing to the right thoracotomy.

Keywords: Tracheal tumor, tracheal reconstruction.

I. MỞ ĐẦU

Bệnh lý u phế quản nguyên phát là một bệnh lý hiếm gặp, và thường là ác tính ở người lớn (80-90%) và lành tính ở trẻ em (60-70%)^{1,2}. Triệu chứng chính của bệnh là khó thở kèm theo tắc nghẽn đường hô hấp trên. Các báo cáo về bệnh lý u phế quản còn tương đối ít. Chưa có các nghiên cứu lớn về bệnh sinh, diễn tiến tự nhiên của bệnh, các yếu tố nguy cơ. Các báo cáo đa phần là các nghiên cứu báo cáo hàng loạt các trường hợp.

U phế quản nguyên phát là bệnh lý hiếm gặp chiếm khoảng 0,1 đến 0,4% trong các bệnh lý ác tính³. Ung thư tế bào gai thường gặp ở bệnh nhân khoảng 60 tuổi, ung thư tế bào tuyến dạng nang thường ở bệnh nhân 50 tuổi, nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn nữ khoảng 60% và 73% bệnh nhân có tiền căn hút thuốc lá⁴.

Triệu chứng của u khí quản âm thầm, bệnh nhân chỉ đến khám khi có tình trạng khó thở do u lấp lòng khí quản, gây tắc nghẽn > 50% lòng khí quản. U khí quản có thể xuất hiện dọc theo khí quản từ đoạn cổ cho đến đoạn trong ngực. Vì vậy, thời điểm can thiệp, lựa chọn đường mổ và tái tạo khí quản trong phẫu thuật vẫn là một thách thức đối với các nhà lâm sàng.

Hiện nay, ở Việt Nam, các báo cáo về u phế quản nguyên phát còn ít, phần lớn là các báo cáo trường hợp lâm sàng đơn lẻ. Vì vậy, chúng tôi quyết định làm nghiên cứu báo cáo tổng kết 22 trường hợp mổ u khí quản nguyên phát tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong vòng 6 năm từ 2010 đến năm 2015.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu báo cáo hàng loạt 22 trường hợp bệnh u khí quản nguyên phát được phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 2010 đến 2015. Các trường hợp được chỉ định nội soi phế quản

và CT scan cổ ngực có cản quang trước mổ để chẩn đoán bản chất, độ hẹp của lòng phế quản, vị trí, kích thước u, mức độ xâm lấn và ước lượng đoạn phế quản bị cắt bỏ trong phẫu thuật.

Lựa chọn đường mổ tùy theo vị trí, mức độ xâm lấn và ước lượng độ dài đoạn khí quản cắt bỏ. Chúng tôi lấy vị trí giao nhau giữa thân động mạch cánh tay đầu và khí quản làm điểm phân chia:

- Đối với các u khí quản vùng cổ, vùng cổ - ngực, nằm trên thân động mạch cánh tay đầu, lựa chọn đường mổ cổ rộng rãi có hay không có kết hợp mở bán phần xương ức.

- Đối với các u khí quản đoạn trong ngực trên carina và nằm dưới thân động mạch cánh tay đầu, lựa chọn đường mổ ngực phải.

- Đối với u khí quản vùng carina hay có xâm lấn phế quản gốc 1 hay 2 bên, lựa chọn đường mổ mở ngực phải hay đường giữa xương ức.

Bệnh nhân được thu thập các yếu tố: tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng khởi phát, tình trạng lúc nhập viện, hình ảnh CT scan, nội soi khí quản, phương pháp mổ, đường mổ, hậu phẫu, kết quả giải phẫu bệnh. Bệnh nhân được theo dõi sau mổ định kì 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng, nội soi phế quản kiểm tra lành sẹo khí quản và u tái phát.

Đánh giá kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn:

- Tốt: BN sau phẫu thuật ổn định, được xuất viện, theo dõi không thấy tái phát u tại chỗ.

- Trung bình: BN sau phẫu thuật xuất viện tốt, theo dõi thấy có tình trạng hẹp miệng nối > 50% cần can thiệp lại bằng sten hay phẫu thuật lần 2.

- Xấu: BN tử vong sau phẫu thuật, trong thời gian theo dõi, u tái phát.

Các số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0 và trình bày dưới dạng bảng biểu.

III. KẾT QUẢ

Từ 2010 đến 2015, chúng tôi thu nhận được 22 trường hợp u khí quản nguyên phát được phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy có các đặc điểm sau.

Tuổi trung bình của BN: 52,9 tuổi (nhỏ nhất 29; lớn nhất 69 tuổi).

Bảng 1 : Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh nhân

	Số BN	Tỉ lệ
Giới tính		
Nữ	9	40,9
Nam	13	59,1
Triệu chứng khởi phát		
Ho ra máu	4	18,2
Khò khè	13	59,1
Nuốt nghẹn – vướng	3	13,6

	Số BN	Tỉ lệ
Suy hô hấp	2	9,1
Tiền căn bệnh lý		
Lao	4	18,2
Hút thuốc lá	11	50

Tiền căn hút thuốc lá toàn bộ là nam chiếm 11/13 trường hợp. Có 2 bệnh nhân đến viện trong tình trạng suy hô hấp đã được chẩn đoán u khí quản từ tuyến trước cần đặt nội khí quản thở máy.

Bảng 2 : Đặc điểm của u khí quản

	Số BN	Tỉ lệ
Vị trí u		
Đoạn cổ	2	9,1
Đoạn cổ - ngực	12	54,6
Đoạn trong ngực trên carina	3	13,6
Carina + 1 bên phế quản	4	18,2
Carina + 2 phế quản	1	4,5
Kích thước u		
< 2 cm	2	9,1
2-4	14	45,5
4-6 cm	6	27,2
Xâm lấn xung quanh	4	18,2
Giải phẫu bệnh		
Lao	4	18,2
Carcinoma TB gai	13	59,1
Carcinoma TB tuyến	5	22,7

Ghi nhận đa phần bệnh nhân có u vùng cổ ngực trên cho giao nhau giữa khí quản và thân động mạch cánh tay đầu bên P. Kích thước u tương đối lớn từ 2-4cm chiếm 45.5%. Ghi nhận có 4/22 TH u xâm lấn vào cơ quan xung quanh trong đó có 3/4 TH u xâm lấn vào thành thực quản, cần phải cắt 1 phần cơ thực quản tạo hình lại trong mổ, 1/4 TH u xâm lấn vào bó mạch cánh T cần kẹp ĐM cánh T bóc tách và khâu phục hồi.

Bảng 3 : Kết quả phẫu thuật:

	Số BN	Tỉ lệ
Lựa chọn đường mổ		
Đường ngang cổ	6	27,2
Đường ngang cổ + chẻ bán phần xương ức	8	36,4
Mở ngực P	5	22,8
Chẻ xương ức	3	13,6
Kết quả phẫu thuật		
Tốt	15	68,2
Trung bình	3	13,6
Xấu	4	18,2

Có 3 trường hợp tử vong (13,6%), do mất đoạn khí quản lớn; 1 sau 5 ngày, một sau 3 tuần và 1 sau 4 tháng. Một bệnh nhân tử vong do tái phát sau 3 năm do còn để lại khối u ở phế quản gốc trái. Có 3 TH tái khám thấy hẹp miệng nối > 50% cần phải đặt sten khí quản.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận được 22 trường hợp u khí quản nguyên phát được phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong vòng 6 năm. Độ tuổi trung bình 52,9 tuổi. Trong đó, tỉ lệ ung thư khí quản chiếm đa số 81,8%, điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới^{1,2,5}. Có 4/22 TH là u lao lành tính chiếm tỉ lệ 18,2%. Tuy nhiên, do Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ của lao nên tỉ lệ u khí quản do lao tương đối cao. Theo ghi nhận, có 3/4 TH u lao khí quản có tiền căn lao phổi cũ, điều này cho thấy tình trạng quản lý bệnh nhân lao chưa đạt được hiệu quả cao. Tiền căn hút thuốc lá 11/13 bệnh nhân nam, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu Litch và cộng sự⁴ 70% bệnh nhân ung thư khí quản nguyên phát có tiền căn hút thuốc lá. Như vậy, hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ của u khí quản nguyên phát.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp của u khí quản nguyên phát là khó khè khó thở chiếm 59,1%, kế tiếp là ho ra máu chiếm 18,2%. Có 3/22 TH nuốt nghẹn, khi đối chiếu với hình ảnh CT scan và trong phẫu thuật ghi nhận u khí quản thành sau có xâm lấn chèn ép thực quản. Điều này cho thấy u khí quản diễn tiến âm thầm, bệnh nhân thường đến bệnh viện ở giai đoạn trễ của bệnh khi u hẹp lòng khí quản gây khó thở hoặc đã xâm lấn ra xung quanh.

Về vị trí u khí quản, đa phần u khí quản nằm ở vùng cổ - ngực chiếm 54,2 %. Đây là một vị trí rất khó trong phẫu thuật u khí quản vì kích thước của lỗ thoát lồng ngực hẹp, phía sau là cột sống và phía trước là xương ức, có nhiều cấu trúc quan trọng đi qua khu vực này như động mạch cánh 2 bên, thực quản. Đối với những bệnh nhân này, chúng tôi lựa chọn đường mổ ngang cổ và chẻ bán phần xương ức. Với đường mổ này kết hợp với tư thế ngựa cổ tối đa, chúng tôi có thể tiếp cận được 1/2 khí quản đoạn trong ngực (khoảng 4cm tính từ mặt phẳng ngang xương ức). Các thành phần như bó mạch cánh 2 bên và thực quản có thể bóc tách dễ dàng. Tuy nhiên cần chú ý tới thân động mạch cánh tay đầu bên phải và tĩnh mạch vô danh, đây là 2 thành phần nằm sâu trong ngực, dễ bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật. Ngoài ra trong một số trường hợp, miệng nối khí quản tiếp xúc trực tiếp với 2 thành phần này, cần phải cô lập bằng mảnh ghép nhân tạo hay tự thân, tránh tình trạng dò khí quản - động mạch. Chúng tôi có 2 TH tử vong khi phẫu thuật u khí quản đoạn cổ ngực. Trường hợp 1, bệnh nhân có u khí quản 5cm, tử vong tại ngày hậu phẫu thứ 5 do bung miệng nối khí quản. Trường hợp

2, bệnh nhân u khí quản 3cm, tử vong sau 4 tháng do rò loét miệng nổi khí quản – thân động mạch cánh tay đầu phải, bệnh nhân ho ra máu lượng nhiều, được nội soi khí quản chẩn đoán trong phòng mổ.

U khí quản đoạn trong ngực và carina, đường mở ngực phải liên sườn 4 có thể tiếp cận và giải quyết tốt khối u. Chúng tôi có 8 TH u khí quản đoạn trong ngực và carina, mở ngực phải có 5/8 TH và không có ca nào tử vong sau mổ. Có 3 TH mở xương ức xử lý tổn thương: u khí quản carina + phế quản gốc trái, u carina + phế quản gốc P và u carina + phế quản gốc 2 bên có suy hô hấp đang đặt nội khí quản thở máy. Có 1 TH tử vong sau 3 tuần ở BN u carina + phế quản gốc 2 bên do nhiễm trùng trung thất. TH u carina + phế quản gốc T tử vong sau 3 năm do u phế quản gốc T tái phát gây ho ra máu lượng nhiều.

Đa phần các tác giả trên thế giới đều đồng ý chiều dài đoạn khí quản cắt bỏ tối đa là 6cm. Trong nghiên cứu chúng tôi 3 TH tử vong đều có u khí quản từ 4-6cm, có đoạn khí quản cắt bỏ dài. Theo các tác giả trên thế giới, hiện tượng sẹo tăng

sinh tại miệng nổi khí quản gây hẹp lòng khí quản là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật khí quản. Có nhiều phương pháp giúp làm giảm tình trạng tăng sinh mô sẹo trong phẫu thuật khí quản như làm giảm tối đa tình trạng căng kéo miệng nổi khí quản, khâu nối bằng chỉ tan đơn sợi, dùng corticoid sau mổ. Chúng tôi ghi nhận có 3 TH hẹp lòng khí quản do tăng sinh mô sẹo sau 1 năm > 50% phải đặt sten khí quản.

V. KẾT LUẬN:

Bệnh lý u khí quản nguyên phát là bệnh lý ít gặp, triệu chứng âm thầm, bệnh nhân thường vào viện với tình trạng trễ. Phẫu thuật cắt bỏ và tái tạo u khí quản có tính khả thi cao, nên được chỉ định cho những khối u không chiếm quá 1/3 độ dài khí quản. Phẫu thuật triệt để khối u là điều kiện quan trọng để tái tạo thành công khí quản. Đối với những khối u vùng carina, bao gồm cả khí quản và phế quản gốc một hoặc 2 bên, đường mở xương ức giúp phẫu thuật hiệu quả hơn so với đường mở ngực phải.

1. Gilbert JB, Mazarella LA, Feit LJ. Primary tracheal tumours in infants and children. *J Pediatr* 1949;35:63–69.
2. Desai DP, Holinger LD, Gonzales-Crussi F. Tracheal neoplasm in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107:790–796.
3. Machiarini P. Primary tracheal tumors. *Lancet Oncol* 2006;7:83–91.
4. Licht PB, Friis S, Pettersson G. Tracheal cancer in Denmark: a nation-wide study. *Eur J Cardiothorac* 2006;19:339–345.
5. Gaissert HA. Primary tracheal tumors. *Chest Surg Clin N Am* 2003;13:247–256.
6. Grillo HC. Primary tracheal tumours. In Grillo HC, (Ed.), *Surgery of the trachea and bronchi*, 4th Ed. London: BC Decker, 2004. Pp. 208–247. 2.
7. Weber AL, Grillo HC. Tracheal tumors. A radiological, clinical, and pathological evaluation of 84 cases. *Radiol Clin N Am* 1978;16:227–246.
8. Honings J, Dijck JA, Verhagen AF, Heijden HF, Marres HA. Incidence and treatment of tracheal cancer: a nationwide study in the Netherlands. *Ann Surg Oncol* 2007;14:968–976.
9. Manninen MP, Antila PJ, Pukander JS, Karma PH. Occurrence of tracheal carcinoma in Finland. *Acta Otolaryngol* 1991;111:1162–1169.
10. Gelder CM, Hetzel MR. Primary tracheal tumours: a national survey. *Thorax* 1993;48:688–492.
11. Bhattacharyya N. Contemporary staging and prognosis for primary tracheal malignancies: a population-based analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;131:639–642.
12. Kurien G, Cole I. Primary carcinoma of the trachea. *Clin Otolaryngol* 1981;6:197–204.
13. Yang CP, Gallagher RP, Weiss NS, Band PR, Thomas DB, Russell DA. Differences in incidence rates of cancers of the respiratory tract by anatomic subsite and histological type: an etiologic implication. *J Natl Cancer Inst* 1989;81:1828–1831.
14. Webb BD, Walsh GL, Roberts DB, Sturgis EM. Primary tracheal malignant neoplasms: the University of Texas MD Anderson Cancer Center experience. *J Am Coll Surg* 2006;202:237–246.
15. Gaissert HA, Grillo HC, Shadmehr MB, et al. Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina. *Ann Thorac Surg* 2004;78:1889–1896.
16. Regnard JF, Fourquier P, Levasseur P. Results and prognostic factors in resections of primary tracheal tumours: a multicenter retrospective study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996;111:808–813.
17. Maziak DE, Todd TR, Keshavjee SH, Winton TL, Van Nostrand P, Pearson FG. Adenoid cystic carcinoma of the airway: thirty-two-year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996;112:1522–1532.