

KIỂM SOÁT CUỐNG GLISSON TỪ NGÃ SAU (TAKASAKI) TRONG PHẪU THUẬT CẮT GAN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hồ Văn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống gan theo Takasaki để cắt gan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 31 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Takasaki tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2017 đến 05/2019.

Kết quả: Tuổi trung bình $55 \pm 11,7$ (39 – 73), tỷ lệ nam/nữ là 7,3. Thời gian phẫu thuật trung bình 115 ± 37 phút, lượng máu mất trong phẫu thuật 271 ± 119 (150 – 400ml). Tai biến cắt đứt ống gan chung 1(3,6%) BN. Biến chứng sau phẫu thuật là 7(22,4%) BN. Không có tử vong sau phẫu thuật.

Kết luận: Kiểm soát cuống Glisson theo phương pháp Takasaki để cắt gan là an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Cuống Glisson, cắt gan, gan.

ABSTRACT

GLISSONEAL PEDICLE CONTROL FROM POSTERIOR APPROACH (TAKASAKI) IN HEPATECTOMY AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Ho Van Linh¹

Objective: Applying hepatectomy using Takasaki procedure to control Glissonea pedicle.

Methods: A retrospective study based on 31 patients underwent hepatectomy using Takasaki procedure to control Glissonean pedicle.

Result: The mean age was 55 ± 11.7 (range 39 – 73 years), rate male/female was 7.3. The mean operative time was 115 ± 37 minutes, the mean blood loss was 271 ± 119 ml. Surgical complications were 7(22.4%) patients. There were no postoperative mortality.

Conclusions: Hepatectomy using Takasaki procedure to control Glissonea pedicle should be considered as a safe and effective technic.

Key words: Glissonean pedicle, hepatectomy, liver.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư gan như RFA, TOCE, phẫu thuật phổ kết hợp đa mô thức. Tuy nhiên, theo y văn thì phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp điều trị triệt để nhất và có tiên lượng sống thêm sau phẫu thuật tốt nhất.

Hai phương pháp phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu thường được sử dụng là Lortat– Jacob và Tôn Thất Tùng.

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 25/4/2019; Ngày phản biện (Revised): 3/6/2019;

- Ngày đăng bài (Accepted): 17/6/2019

- Người phản hồi (Corresponding author): Hồ Văn Linh

- Email: drlinh2000@yahoo.com; ĐT: 0913465464

Bệnh viện Trung ương Huế

Mất máu trong phẫu thuật cắt gan là một trở ngại lớn cho phẫu thuật viên cũng như việc tiên lượng kết quả sau phẫu thuật cho người bệnh. Nhiều phương pháp kiểm soát mạch máu được giới thiệu trong phẫu thuật cắt gan như: Pringle (1908), Henry Bismuth (1982), Makuchi (1987). Tuy nhiên, kỹ thuật này gây thiếu máu toàn bộ gan.

Takasaki (1986) đề xuất kỹ thuật tiếp cận cuồng Glisson cặp chung cả ba thành phần mà không cần phẫu tích. Kỹ thuật này giúp giảm thiểu máu, hạn chế tối đa sự thiếu máu của nhu mô gan còn lại, xác định rõ ranh giới diện cắt và cắt gan theo đúng giải phẫu.

Ứng dụng kỹ thuật Takasaki để cắt gan nhanh chóng được áp dụng rộng rãi tại Nhật Bản và trên thế giới.

Chúng tôi, thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Takasaki để cắt gan tại Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 31 bệnh nhân được cắt gan theo phương pháp Takasaki từ 05/2017 - 05/2019 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt gan không đối chứng.

2.3. Kỹ thuật tiến hành

Phẫu tích cuồng Glisson phải và trái

Cắt túi mật để bộc lộ cửa gan, sau khi mở lớp phúc mạc ngay vị trí giữa cuồng Glisson phải và trái, dễ dàng bộc lộ và luồn dây qua giữa hai cuồng Glisson. Lưu ý, thắt các nhánh nhỏ đi trực tiếp từ các cuồng Glisson vào gan giúp hạn chế chảy máu.

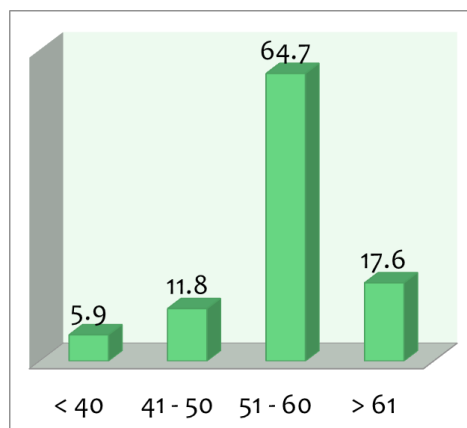
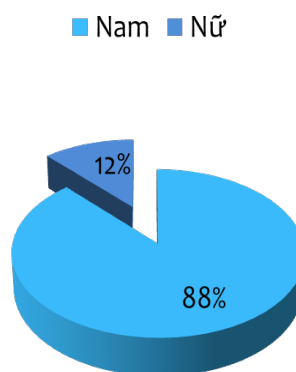
Phẫu tích cuồng Glisson trước và sau

Cắt bỏ mô liên kết dọc theo cuồng Glisson phân thùy trước, tách cuồng này khỏi nhu mô vào sâu trong gan để bộc lộ mặt trước. Phẫu tích vào khe giữa cuồng Glisson phân thùy trước và sau để bộc lộ mặt sau, luồn dây qua cuồng trước, dễ dàng tách riêng biệt hai cuồng Glisson phân thùy trước và sau. Như vậy luôn luôn phẫu tích và kiểm soát được 3 cuồng Glisson riêng biệt tại cửa gan. Buộc các cuồng Glisson này sẽ xác định được ranh giới các phân thùy gan và mặt phẳng cắt gan. Buộc cuồng

Glisson các hạ phân thùy trong trường hợp cắt riêng từng hạ phân thùy. Cắt nhu mô gan bằng kelly, buộc các mạch máu nhỏ và đường mật trong gan bằng chỉ silk 3/0 hoặc kẹp bằng clip. Diện cắt gan được khâu ép bằng chỉ Vicryl 1/0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 31 trường hợp cắt gan có kiểm soát cuồng Glisson từ ngả sau, thu được một số kết quả sau đây: Nam chiếm tỉ lệ cao so với nữ, tuổi trung bình $55 \pm 11,7$ bệnh nhân lớn nhất 73 tuổi và nhỏ nhất 39 tuổi.



Bảng 1. Chức năng gan trước phẫu thuật theo Child - Pugh

Child - Pugh	n	%
Child – Pugh A	24	77,4
Child – Pugh B	7	22,6
Child – Pugh C	0	0

Đánh giá chức năng gan trước phẫu thuật theo Child - Pugh. Trong đó, Child - Pugh A 24/31 (77,4%) BN.

Bảng 2. Chỉ định cắt gan

Loại cắt gan	n	%
Cắt gan phải	11	35,5
Cắt gan trái	7	22,6
Cắt gan thùy trái	5	16,1
Cắt gan phân thùy sau	4	12,9
Cắt gan HFT V, VI	3	9,7
Cắt gan HFT V, VI, VII	1	3,2

Chỉ định cắt gan lớn tương đối phổ biến 19/31(61,3%).

Bảng 3. Kết quả trong mổ

Thông số trong phẫu thuật	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	115 ± 37
Lượng máu mất trong phẫu thuật (ml)	271 ± 119
Lượng máu truyền sau phẫu thuật (ml)	150 ± 56
Tai biến trong phẫu thuật (n, %)	01(3,6%)

Thời gian phẫu thuật trung bình 115 ± 37 (97 - 155 phút), lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình 271 ± 119 (150 - 400 ml), lượng máu truyền 250 ± 56 (200 - 400 ml). Một bệnh nhân cắt mất đoạn ống gan chung khi phẫu tích kiểm soát cuồng gan phải trong cắt gan phải, sau phẫu thuật ngày thứ nhất bilirubin tăng và tiếp tục tăng lên từng ngày, đến ngày thứ 5 thì có biểu hiện vàng mắt, vàng da. Quyết định phẫu thuật lại ngày thứ 11 và phát hiện tắt mật do mất đoạn ống gan chung. Giải quyết bằng cách nối mật ruột kiểu Roux – en – Y. bệnh ổn định và ra viện.

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Suy gan	3	9,7
Tắt mật	1*	3,6
Tràn dịch màng phổi	1	3,6
Abscess tồn dư	4	12,9
Chảy máu	0	0
Dò mật	0	0

(*) Bệnh nhân tắt mật do cắt ống gan chung được phát hiện khi phẫu thuật lại. Gồm 7/31 (22,4%) BN có biến chứng sau phẫu thuật. Trong đó, suy gan 3/31(9,7%) thường xảy ra từ ngày thứ 3 trở đi, hồi phục dần và ổn định sau 2 tuần, abscess tồn dư 4/31 (12,9%) và tràn dịch màng phổi 1/31 (3,6%). Không có tử vong sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

- Ung thư tế bào gan là bệnh phổ biến ở các nước châu Á, trong đó có Việt Nam, chiếm từ 75% - 80% ung thư gan trên toàn thế giới, đứng hàng thứ 5 nguyên nhân gây tử vong do ung thư tại châu Á [1]. Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị triệt để nhất, tuy nhiên đây lại là một phẫu thuật lớn, có nhiều tai biến và biến chứng như: chảy máu, suy gan, tràn dịch màng phổi, dò mật và áp xe tồn dư và có nguy cơ tử vong lên đến 5% [2], [3].

- Nghiên cứu tiếp theo của chúng tôi gồm 31 bệnh nhân được cắt gan thành công theo phương pháp kiểm soát cuồng Glisson của Takasaki. Tỷ lệ biến chứng chung 7/31(22,4%), không có tử vong sau phẫu thuật. Một bệnh nhân có tai biến cắt nhầm ống gan chung khi phẫu tích cuồng Glisson phải trong cắt gan phải và được phát hiện sau khi mổ lại vào ngày thứ 11 với biểu hiện bilirubin tăng nhanh, tiếp theo là vàng da, vàng mắt đậm và suy gan; CTscanner bụng phát hiện đường mật trong gan giãn, ống gan chung không khảo sát được. Mổ lại nối mật ruột kiểu Roux - en - Y, bệnh ổn định và ra viện ngày thứ 27 sau phẫu thuật lần đầu. Biến chứng suy gan sau phẫu thuật cũng thường gặp đối với bệnh nhân cắt gan lớn (cắt gan phải hoặc cắt gan trái) có chức năng gan trước mổ tương ứng Child B. Tuy vậy, suy gan chỉ thoáng qua từ ngày thứ 3 đến thứ 5 trở đi. Kinh nghiệm chúng tôi thường sử dụng plasma, albumin và lợi tiểu cho các trường hợp suy gan sau phẫu thuật, cho thấy đáp ứng và cải thiện triệu chứng và hồi phục hoàn toàn vào ngày 15 - 20.

- Ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuồng Glisson của Takasaki để cắt gan theo giải phẫu giúp xác định ranh giới chính xác giữa các phân thùy, hạn chế thiếu máu phần gan còn lại và tránh phát tán tế bào ung thư sang các phân thùy gan kế cận trong lúc phẫu thuật [6].

- Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy sự xâm lấn mạch máu và di căn trong gan theo đường tĩnh mạch cửa là yếu tố tiên lượng độc lập đối với tái phát ung thư và thời gian sống của bệnh nhân. Cắt

gan theo giải phẫu cho kết quả sống lâu dài tốt hơn và hạn chế tái phát so với cắt gan không theo giải phẫu. Hiệu quả điều trị triệt để khi cắt gan theo giải phẫu là lấy bỏ hoàn toàn phân thùy hoặc hạ phân thùy gan và tĩnh mạch cửa tận gốc của phân thùy hay hạ phân thùy đó. Vì vậy, giúp loại bỏ hoàn toàn các di căn nhỏ trong phân thùy gan khi xâm lấn mạch máu giúp hạn chế tái phát [4].

V. KẾT LUẬN

Tiếp cận cuống Glisson theo Takasaki là kỹ thuật thực hiện tương đối dễ dàng, cho phép xác định chính xác diện cắt giữa các phân thùy, hạn chế tối đa sự thiếu máu nhu mô gan còn lại, giảm mất máu và triệt để hơn về phương diện ung thư.

Cần hoàn thiện kỹ thuật, nghiên cứu đánh giá hiệu quả để có thể áp dụng rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Công Duy Long, Nguyễn Đức Thuận, Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Tiến Đạt, Đặng Quốc Việt (2013), Áp dụng kỹ thuật phẫu tích cuống glisson ngả sau trong cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư tế bào gan, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 1(17), tr. 48 – 53.
2. Masatoshi Kudo (2010), Liver Cancer Working Group Report, *Jpn J Clin Oncol*, 40(1), pp. 19 - 27.
3. Masakazu Yamamoto, Satoshi Katagiri, Shun-ichi Ariizumi, Yoshihito Kotera, Yutaka Takahashi (2012), Glissonian pedicle transection method for liver surgery (with video), *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 19, pp. 3–8.
4. Makuuchi M, Hasegawa H, Yamazaki S (1985), Ultrasonically guided subsegmentectomy, *Surg Gynecol Obstet*, 161, pp. 346–350.
5. Ton That Tung, Nguyen Duong Quang (1963), A new technique for operating on the liver, *Lancet Jan*, 26(281), pp. 192 – 193.
6. Yamamoto M, Takasaki K, Ohtsubo T, Katsuragawa H, Fukuda C, Katagiri S (2001), Effectiveness of systematized hepatectomy with Glisson's pedicle transection at the hepatic hilus for small nodular hepatocellular carcinoma: retrospective analysis, *Surgery*, 130, pp. 443 - 448.