

KẾT QUẢ GẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỤY GAN TRÁI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI KHOA NGOẠI GAN MẬT TỤY BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh¹, Nguyễn Kiều Hưng¹, Nguyễn Trường Giang¹,
Nghiêm Thanh Hà¹, Phạm Bá Đức¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt gan thường được chỉ định cho những khối u gan ở vị trí dễ tiếp cận bằng nội soi (thùy gan trái, gan trái,...), kích thước u không quá lớn,... Tính khả thi, an toàn còn phụ thuộc vào trang thiết bị hỗ trợ, trình độ phẫu thuật viên.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả gần phẫu thuật cắt thùy gan trái nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu gồm 13 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan thùy gan trái, được tiến hành cắt thùy gan trái nội soi tại Khoa Ngoại Gan Mật Tụy – Bệnh viện K trong thời gian từ 8/2018 – 4/2019.

Kết quả: Tỷ lệ nam:nữ là $\approx 5,49:1$. Tuổi trung bình là $58,46 \pm 8,67$ tuổi (38 – 77 tuổi). 30,8% trường hợp có nhiễm virus viêm gan B. 46,2% trường hợp nghiện rượu. 100% trường hợp có điểm Child – Pugh A. Tỷ lệ cắt thùy gan trái nội soi thành công là 100%. Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là $163,08 \pm 14,94$ phút (140 – 180 phút). Không có trường hợp nào cần truyền máu trong phẫu thuật. Không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $7,54 \pm 1,15$ ngày (6 – 10 ngày). Không có trường hợp tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là một phẫu thuật đơn giản, an toàn, có tính khả thi cao với nguy cơ tai biến, biến chứng thấp, hồi phục nhanh sau phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, phẫu thuật nội soi, cắt thùy gan trái.

ABSTRACT

SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC LEFT LATERAL SECTIONECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA TREATMENT IN DEPARTMENT OF HEPATOBIILIARY AND PANCREATIC SURGERY – NATIONAL CANCER HOSPITAL

Pham The Anh¹, Nguyen Kieu Hung¹, Nguyen Truong Giang¹,
Nghiem Thanh Ha¹, Pham Ba Duc¹

Background: Laparoscopic left lateral sectionectomy (LLLS) is often indicated for liver tumors which locate in easily accessible locations (left lateral section, left lobe, ...), with small sizes,... Feasibility, safety also depends on surgeon skills, equipments.

Objectives: Evaluate short-term outcomes of LLLS to treat hepatocellular carcinoma.

1. Bệnh viện K Hà Nội

- 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): Phạm Thế Anh
- Email: theanhvietduc@gmail.com; SĐT: 0912118212

Subjects and methods: A prospective cross-sectional study, including 13 patients who diagnosed with hepatocellular carcinoma in left lateral section of the liver, was indicated LLLS in Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery – National Cancer Hospital from 8/2018 to 4/2019.

Results: Sex ratio was 5.49: 1. Mean age was 58.46 ± 8.67 years old (38 - 77 years old). 30.8% patients had got hepatitis B virus. 46.2% patients had got alcoholism. 100% patients had Child - Pugh A. The successful rate of LLLS was 100%. No complications inside operations. Mean operation time is 163.08 ± 14.94 minutes (140 - 180 minutes). No patients need blood transfusion during operations. No complications postoperation. Mean length of hospital stay postoperation was 7.54 ± 1.15 days (6-10 days). No death within 30 days postoperation.

Conclusions: LLLS for hepatocellular carcinoma treatment is a simple, safe, highly feasible surgery with low risk of complications, rapid postoperative recovery and a short hospital stay.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, laparoscopic surgery, left lateral sectionectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là bệnh lý ác tính phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Bệnh có liên quan đến tình trạng nhiễm virus viêm gan B, C, nghiện rượu,... với tỉ lệ tử vong cao. Có nhiều phương pháp điều trị nhưng phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp cơ bản và quan trọng nhất. Cùng với sự tiến bộ của y học, các phương tiện hỗ trợ, phẫu thuật nội soi cắt gan đang ngày càng trở nên phổ biến và đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân (giảm đau sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện, thẩm mỹ,...) trong khi nguy cơ tai biến, biến chứng không có sự khác biệt so với phẫu thuật mở. Phẫu thuật nội soi cắt gan thường được chỉ định cho những khối u gan ở vị trí dễ tiếp cận bằng nội soi (gan trái, thùy gan trái,...), kích thước không quá lớn,... và đang dần trở thành xu hướng trong điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gan.

Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cắt thùy gan trái nội soi do ung thư biểu mô tế bào gan.
2. Đánh giá kết quả gần phẫu thuật cắt thùy gan trái nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Từ tháng 8/2018

đến 4/2019, có 13 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy gan trái nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được đưa vào nhóm nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

* **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang tiền cứu.

* **Kỹ thuật cắt thùy gan trái nội soi**

- Bệnh nhân nằm ngửa. Phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân. Phụ 1 đứng cùng bên phẫu thuật viên và cầm Camera. Phụ 2 đứng bên đối diện.

- Đặt Trocar: thường đặt 4 - 5 trocar bao gồm 1 trocar 11mm tại rốn dùng đặt Camera, 1 trocar 12mm mạn sườn phải ngang rốn dùng để đưa Stapler, dao CUSA nội soi. 1 trocar 5mm dưới sườn phải, 1 trocar 5mm dưới sườn trái và 1 trocar 5mm mạn sườn phải dưới rốn (trocar thứ 5 này được đặt ở 8 bệnh nhân gần nhất, dùng để kẹp cuống Glisson toàn bộ từ ngoài vào bằng Pince Kelly).

- Bơm hơi ổ bụng: áp lực ổ bụng được theo dõi bằng máy và duy trì ở mức $< 12\text{mmHg}$, tốc độ bơm 2,5 lít/phút.

- Kiểm soát cuống gan: làm thủ thuật Pringle để kiểm soát cuống gan toàn bộ. Mở mạc nối nhỏ, luồn sonde Nelaton vòng qua mặt dưới cuống gan từ lỗ mở mạc nối nhỏ sang khe Winslow. Luồn sonde Nelaton vào ống nhựa được cắt ngắn từ sonde dẫn lưu silicone cỡ 14CH. Thít sonde Nelaton sau khi đã luồn qua sonde silicone để kẹp cuống gan. Có 2 kỹ thuật đã được chúng tôi áp dụng để kẹp cuống gan toàn bộ. Với 5 bệnh nhân đầu tiên, chúng tôi dùng

Hemolock kẹp vào sonde Nelaton sau khi đã thắt chặt sonde này với sự đối lực của đoạn ống sonde plastic kê trên. Với 8 bệnh nhân gần nhất, chúng tôi dùng pince Kelly kẹp và giữ để kiểm soát cuống gan toàn bộ từ ngoài vào qua trocar thứ 5 đặt thêm (loại 5mm). Chúng tôi kẹp cuống gan liên tục trong thời gian 15 phút sau đó bỏ kẹp trong 5 phút rồi kẹp lại bất cứ khi nào thấy cần thiết.

- Di động gan trái: cắt các dây chằng liềm, dây chằng vành trái để di động gan trái.

- Cắt nhu mô gan: dùng dao Ligasure, CUSA nội soi, clip Titan, Hemolock để cắt nhu mô gan, kiểm soát chảy máu, chảy mật. Cuống Glisson bên trái và tĩnh mạch gan trái được cắt bằng 2 Stapler. Kiểm tra cầm máu diện cắt gan bằng dao điện, Bipolar. Phủ diện cắt bằng Surgicel.

- Đặt 1 dẫn lưu hố lách.

- Lấy bệnh phẩm qua đường mở rộng lỗ trocar rốn.

- Đóng bụng theo lớp giải phẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ nam:nữ 5,49:1

3.2. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $58,46 \pm 8,67$ tuổi (38 – 77 tuổi).

3.3. Tiền sử bệnh lý trước phẫu thuật

Tình trạng nhiễm virus viêm gan

Tình trạng viêm gan virus	n	%
Viêm gan B	4	30,8
Viêm gan C	0	0
Không viêm gan virus	9	69,2
Tổng	13	100

Tình trạng nghiện rượu

Tình trạng nghiện rượu	n	%
Có	6	46,2
Không	7	53,8
Tổng	13	100

3.4. Chức năng gan trước phẫu thuật

100% bệnh nhân có chức năng gan trước phẫu thuật là Child – Pugh A (5 – 6 điểm).

3.5. Số lượng u trên CT Scanner

Số lượng U	n	%
1 u	11	84,6
2 u	2	15,4
Tổng	13	100

3.6. Vị trí u trên CT Scanner

Vị trí u gan	n	%
Hạ phân thùy II	4	30,8
Hạ phân thùy III	2	15,4
Cả hạ phân thùy II và III	7	53,8
Tổng	13	100

3.7. Kích thước u trung bình trên CT Scanner

Kích thước u gan trung bình trên CT Scanner của nhóm nghiên cứu là $51,6 \pm 26,7$ mm (19 – 98 mm).

3.8. Số lượng trocar đặt trong phẫu thuật

Số lượng trocar	n	%
4 trocar	5	38,5
5 trocar	8	61,5
Tổng	13	100

- Thời gian phẫu thuật trung bình là $163,08 \pm 14,94$ phút (140 – 180 phút).

- Truyền máu trong phẫu thuật

Không có bệnh nhân phải truyền máu trong phẫu thuật.

- Tai biến trong phẫu thuật: Không có tai biến trong phẫu thuật

- Biến chứng sau phẫu thuật: Không có biến chứng sau phẫu thuật

- Tỷ lệ thành công của phẫu thuật cắt gan nội soi: 100% bệnh nhân được cắt thủy gan trái qua phẫu thuật nội soi hoàn toàn.

- Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là: $7,54 \pm 1,15$ ngày (6 – 10 ngày).

- Không có trường hợp tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tỷ lệ nam:nữ của nhóm nghiên cứu là $\approx 5,49:1$. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu cho thấy nam giới gặp nhiều hơn nữ, có thể do liên quan đến

tình trạng uống rượu ở nam giới bên cạnh tình trạng nhiễm virus viêm gan B hoặc C[1].

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $58,46 \pm 8,67$ tuổi (38 – 77 tuổi). Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác trong và ngoài nước cho thấy độ tuổi hay gặp là 50 – 60 tuổi [2], [3], [4], [5], [6].

Tiền sử viêm gan B là 30,8%, không có bệnh nhân nào viêm gan C. Có 46,2% nghiện rượu nhiều năm. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy ung thư biểu mô tế bào gan có liên quan đến tình trạng nhiễm virus viêm gan B, C và tình trạng nghiện rượu [5], [6].

100% bệnh nhân có chức năng gan trước phẫu thuật là Child – Pugh A (5 – 6 điểm). Kết quả này tương tự hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước khi các bệnh nhân được chỉ định cắt gan nội soi có chức năng gan còn tốt[6].

84,6% trường hợp có khối u đơn độc ở thùy trái. 15,4% trường hợp có 2 khối u ở thùy trái. 53,8% trường hợp khối u nằm ở cả hạ phân thùy II và III. Khối u chỉ khu trú ở hạ phân thùy II trong 30,8% trường hợp, chỉ khu trú ở hạ phân thùy III ở 15,4% trường hợp. Kết quả này tương tự nhiều nghiên cứu cho thấy có thể có 1 hoặc nhiều khối u khu trú ở thùy gan trái, u có thể nằm ở hạ phân thùy II hoặc III hoặc cả thùy gan trái [7].

Kích thước u gan trung bình trên CT Scanner của nhóm nghiên cứu là $51,6 \pm 26,7$ mm (19 – 98 mm). Trường hợp khối u có kích thước lớn nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 98mm nhưng may mắn khối u chỉ khu trú ở thùy gan trái, tiên lượng có thể cắt được qua nội soi. 61,5% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có u nhỏ dưới 50mm. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu cho thấy kích thước khối u phù hợp cho phẫu thuật nội soi nên dưới 50mm. Tuy nhiên trong một số trường hợp khi u phát triển chủ yếu sang bên trái của thùy gan trái thì vẫn có thể xem xét chỉ định cắt qua nội soi [2], [8], [7], [4].

61,5% trường hợp được đặt 5 trocar trong phẫu thuật. 38,5% trường hợp được đặt 4 trocar trong

phẫu thuật. Số lượng trocar được đặt tùy thuộc kinh nghiệm phẫu thuật viên nhưng hầu hết nghiên cứu cho thấy đặt 3 – 5 trocar là đủ để thực hiện phẫu thuật nội soi thành công[2].

4.2. Đặc điểm trong phẫu thuật và kết quả gần của phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái

Thời gian phẫu thuật trung bình là $163,08 \pm 14,94$ phút (140 – 180 phút). Nhiều nghiên cứu đã cho thấy thời gian phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái kéo dài hơn so với phẫu thuật mở nhưng được cải thiện dần theo thời gian cùng với kinh nghiệm của phẫu thuật viên, trang thiết bị hỗ trợ,... [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15].

Truyền máu trong phẫu thuật: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có bệnh nhân nào phải truyền máu trong phẫu thuật. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái tương đối an toàn, mất máu trong phẫu thuật ít và thường không cần truyền máu [16], [2], [10], [17], [5].

Tai biến trong phẫu thuật: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có tai biến trong phẫu thuật. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ nên chưa gặp nhưng hầu hết nghiên cứu đều chỉ ra tỉ lệ tai biến trong phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái thấp. Theo một số nghiên cứu cho thấy một số tai biến có thể gặp trong phẫu thuật như chảy máu do thùng tạng lân cận do đốt điện (túi mật, đại tràng,...), rách tĩnh mạch gan,... Các tai biến này thường được xử trí dễ dàng bằng việc khâu lại tổn thương hoặc chuyển mổ mở nhưng tỉ lệ tai biến thấp. Chúng tôi đây là một phẫu thuật có tính an toàn cao [16], [10], [17].

Biến chứng sau phẫu thuật: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có biến chứng sau phẫu thuật. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái thấp và thường điều trị bảo tồn ổn định [16], [10]. Như vậy, phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái là phẫu thuật có tính an toàn và hiệu quả cao.

100% bệnh nhân được cắt thùy gan trái qua nội soi hoàn toàn. Không có trường hợp phải chuyển

sang phẫu thuật mở. Kết quả này tương tự nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ phẫu thuật nội soi thành công rất cao từ trên 95% đến 100%[6].

Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $7,54 \pm 1,15$ ngày (6 – 10 ngày). Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái thay đổi tùy từng nghiên cứu. Một số nghiên cứu cho kết quả tương tự [16],[2], hoặc ngắn hơn[9], [18], [7], [10], [19], [11], [14], [5], [6], hoặc dài hơn[4] so với nghiên cứu của chúng tôi. Nhưng hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái thường không kéo dài quá 7 ngày và khi so sánh với phẫu thuật mở cho thấy thời gian nằm viện sau phẫu thuật của nhóm phẫu thuật nội soi ngắn hơn so với nhóm phẫu thuật mở [12], [13], [3], [4], [15].

Không có trường hợp tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Kết quả này tương tự hầu hết

các nghiên cứu cho thấy biến chứng tử vong liên quan đến phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái rất thấp [2], [17], [15], [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 13 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy gan trái nội soi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ thành công của phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái là 100%. Không có tai biến trong phẫu thuật cũng như biến chứng sau phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 163,08 phút. Không có trường hợp nào cần truyền máu trong phẫu thuật do mất máu. Thời gian nằm viện trung bình là 7,54 ngày. Như vậy, phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là một phẫu thuật an toàn, tỉ lệ thành công cao, rút ngắn thời gian nằm viện sau phẫu thuật so với phẫu thuật mở và có thể áp dụng rộng rãi và thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Im, C., et al., *Laparoscopic left lateral sectionectomy in patients with histologically confirmed cirrhosis*. Surg Oncol, 2016. 25(3): 132-8.
2. Chang, S., et al., *Laparoscopy as a routine approach for left lateral sectionectomy*. Br J Surg, 2007. 94(1): 58-63.
3. Kim, J.K., et al., *Robotic versus laparoscopic left lateral sectionectomy of liver*. Surg Endosc, 2016. 30(11): 4756-4764.
4. Lesurtel, M., et al., *Laparoscopic versus open left lateral hepatic lobectomy: a case-control study*. J Am Coll Surg, 2003. 196(2): 236-42.
5. Troisi, R.I., Van Huysse, J., Berrevoet, F., Vandenbossche, B., Sainz-Barriga, M., Vinci, A.,... de Hemptinne, B., *Evolution of laparoscopic left lateral sectionectomy without the Pringle maneuver: through resection of benign and malignant tumors to living liver donation*. Surgical endoscopy, 2010. 25(1), 79–87. doi:10.1007/s00464-010-1133-8.
6. Nguyễn Hoàng Bắc, T.C.D.L.v.c.s., *Vai trò của phẫu thuật nội soi cắt thùy gan trái điều trị ung thư biểu mô tế bào gan*. Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, 2012.
7. Herrero Fonollosa, E., et al., *Laparoscopic left lateral sectionectomy. Presentation of our technique*. Cir Esp, 2011. 89(10): 650-6.
8. Lee, C.W., et al., *Stapleless laparoscopic left lateral sectionectomy for hepatocellular carcinoma: reappraisal of the Louisville statement by a young liver surgeon*. BMC Gastroenterol, 2018. 18(1): 178.
9. Abu Hilal, M. and N.W. Pearce, *Laparoscopic left lateral liver sectionectomy: a safe, efficient, reproducible technique*. Dig Surg, 2008. 25(4): 305-8.
10. Linden, B.C., A. Humar, and T.D. Sielaff, *Laparoscopic stapled left lateral segment liver resection--technique and results*. J Gastrointest Surg, 2003. 7(6): 777-82.
11. Rao, A., G. Rao, and I. Ahmed, *Laparoscopic*

- left lateral liver resection should be a standard operation.* Surg Endosc, 2011. 25(5): 1603-10.
12. Abu Hilal, M., et al., *Laparoscopic versus open left lateral hepatic sectionectomy: A comparative study.* Eur J Surg Oncol, 2008. 34(12): 1285-8.
13. Aldrighetti, L., et al., *A prospective evaluation of laparoscopic versus open left lateral hepatic sectionectomy.* J Gastrointest Surg, 2008. 12(3): 457-62.
14. Goh, B.K., Chan, C. Y., Lee, S. Y., Lee, V. T., Cheow, P. C., Chow, P. K., ... Chung, A. Y. , *Laparoscopic Liver Resection for Tumors in the Left Lateral Liver Section.* JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons,, 2016. 20(1), e2015.00112. doi:10.4293/JSLS.2015.00112.
15. Carswell, K.A., Sagias, F. G., Murgatroyd, B., Rela, M., Heaton, N., & Patel, A. G., *Laparoscopic versus open left lateral segmentectomy.* BMC surgery, 2009. 9, 14. doi:10.1186/1471-2482-9-14.
16. Belli, G., et al., *Laparoscopic left lateral hepatic lobectomy: a safer and faster technique.* J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2006. 13(2): 149-54.
17. Maker, A.V., W. Jamal, and B. Gayet, *Video: totally laparoscopic left lateral segmentectomy for hepatic malignancies: a modified technique.* J Gastrointest Surg, 2011. 15(9): 1650.
18. Gautier, S., et al., *Laparoscopic left lateral section procurement in living liver donors: A single center propensity score-matched study.* Clin Transplant, 2018. 32(9): e13374.
19. Liu, Z., et al., *Laparoscopic left lateral hepatic sectionectomy was expected to be the standard for the treatment of left hepatic lobe lesions: A meta-analysis.* Medicine (Baltimore), 2018. 97(7): e9835.