

KẾT QUẢ GẦN CỦA PHẪU THUẬT CẮT GAN THEO GIẢI PHẪU BẢO TỒN PHẦN LƯNG HOẶC PHẦN BỤNG CỦA PHÂN THÙY TRƯỚC

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

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cắt gan theo giải phẫu là phương pháp điều trị chủ yếu cho ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (HCC). Tuy nhiên, thể tích gan còn lại là một vấn đề quan trọng đối với bệnh nhân. Nghiên cứu gần đây cho thấy phân thùy trước gan không chỉ chia thành hạ phân thùy V và VIII theo Couinaud mà còn có thể chia thành 2 phần lưng và bụng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả gần của phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu bảo tồn phần lưng hoặc bụng của phân thùy trước.

Đối tượng: Từ tháng 7/2018 tới tháng 3/2019, 13 bệnh nhân HCC được tiến hành phẫu thuật bảo tồn phần lưng hoặc bụng của phân thùy trước. Giải phẫu của phân thùy trước được đánh giá trước mổ dựa trên phim MDCT hoặc MRI.

Kết quả: Trong 13 bệnh nhân, có 11 nam và 2 nữ. Tuổi trung bình là $60,1 \pm 8,64$. 11 trường hợp được phẫu thuật cắt gan phải bảo tồn phần bụng của phân thùy trước, 1 trường hợp cắt gan trung tâm bảo tồn phần lưng, và 1 trường hợp cắt gan trái kèm theo phần bụng phân thùy trước. Thời gian mổ trung bình là $257,7 \pm 37,0$ phút với lượng máu mất ước tính trung bình $361,5 \pm 319,5$ ml. Một trường hợp suy gan sau mổ được ghi nhận (Clavien-Dindo độ 2). Thời gian nằm viện trung bình là $10,7 \pm 3,8$ ngày. Không có trường hợp tử vong sau mổ nào ghi nhận.

Kết luận: Cắt gan theo giải phẫu bảo tồn phần lưng hoặc phần bụng của phân thùy trước là phương pháp an toàn và có tính khả thi.

Từ khóa: Cắt gan theo giải phẫu.

ABSTRACT

TO EVALUATE THE SHORT-TERM RESULTS OF ANATOMIC LIVER RESECTION WITH PRESERVATION OF VENTRAL OR DORSAL AREA OF RIGHT ANTERIOR SECTOR

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

Introduction: Anatomic liver resection is the primary treatment for hepatocellular carcinoma (HCC). However, the remnant liver volume is an important issue to be considered. Recent studies showed that the right anterior sector can not only be divided into segments V and VIII according to Couinaud but also into ventral and dorsal areas. We conducted this study to evaluate the short-term results of anatomic liver resection with preservation of ventral or dorsal area of right anterior sector.

Subjects: From July 2018 to March 2019, 13 HCC patients underwent liver resection with preservation

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

of the ventral or dorsal areas of the right anterior sector. The anatomy of the right anterior sector was evaluated before surgery using MDCT or MRI.

Results: Among 13 patients, there were 11 men and 2 women. The mean age was 60.1 ± 8.64 years. There were 11 cases of right hepatectomy preserving ventral area of right anterior sector, 1 case of central hepatectomy preserving dorsal area of right anterior sector, and 1 case of left hepatectomy with resection of ventral area of right anterior sector. The mean operative time was 257.7 ± 37.0 minutes. Estimated mean volume of blood loss was 361.5 ± 319.5 ml. One case of liver failure after surgery was documented (Clavien-Dindo grade 2). The mean length of hospital stay was 10.7 ± 3.8 days. There was no postoperative mortality.

Conclusion: Anatomical liver resection preserving dorsal or ventral areas of the right anterior sector is a safe and feasible method.

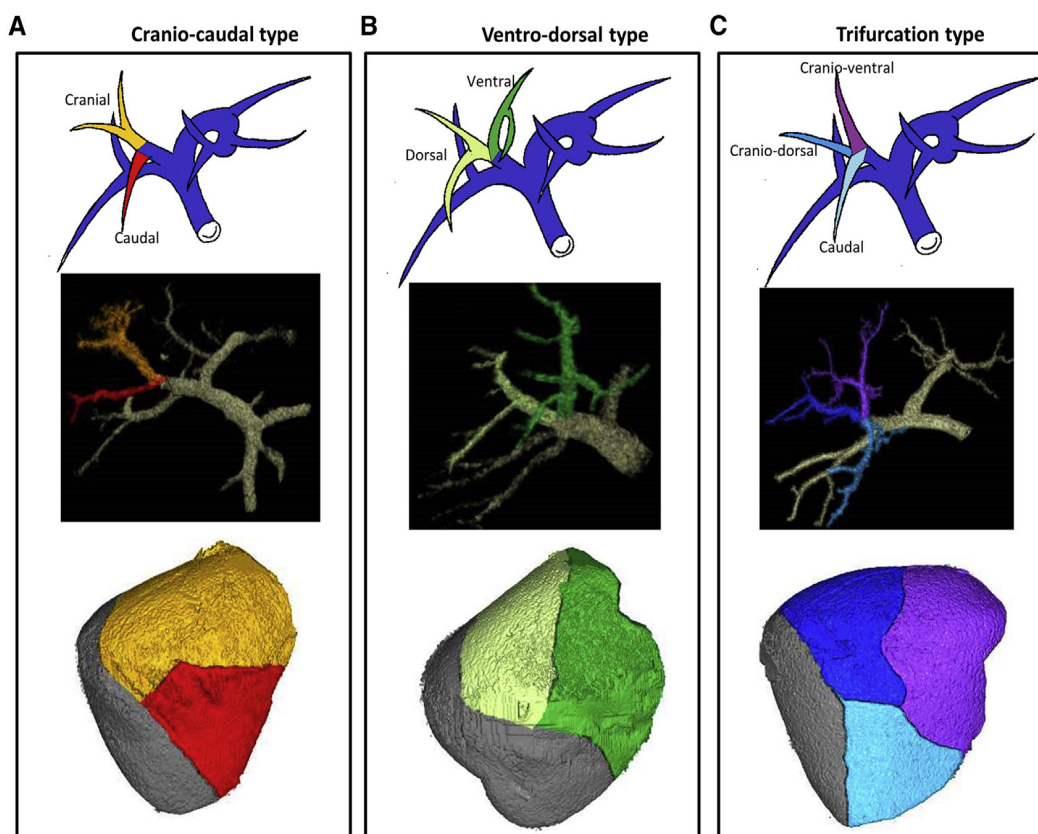
Key words: Anatomical liver resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu được coi là phương pháp điều trị triệt để với ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (HCC). Tuy nhiên, vấn đề chính trong phẫu thuật cắt gan là phải đảm bảo đủ chức năng phần gan còn lại.

Phân chia giải phẫu gan thành 8 hạ phân thùy

của Couinaud đã trở nên phổ biến và quen thuộc. Tuy nhiên, gần đây trong quá trình thực hành lâm sàng nhiều tác giả đã nhận thấy phân thùy trước của gan còn có nhiều dạng phân chia khác dựa theo chia nhánh của tĩnh mạch cửa. Trong đó được nhắc tới nhiều nhất là phân chia theo chiều dọc thành phần lưng và phần bụng (hình 1) [1].



Hình 1: Các dạng phân chia của phân thùy trước

(Nguồn: Tomoki Kobayashi, MD, Tomoki Ebata, MD, Yukihiro Yokoyama, MD, et al.; Study on the segmentation of the right anterior sector of the liver, *Surgery*, 2017 Jun; 161(6):1536-1542.)

Trên cơ sở đó, các phương pháp cắt gan dựa theo giải phẫu mới nhằm bảo tồn thêm nhu mô gan (có thể lên tới hơn 20% thể tích gan toàn bộ) đã được đưa ra và được chứng minh hiệu quả qua một số các nghiên cứu trên thế giới.

Nhận thấy đây là một hướng đi phù hợp đồng thời chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam về chủ đề này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật bảo tồn phần lưng hoặc bụng của phân thùy trước.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

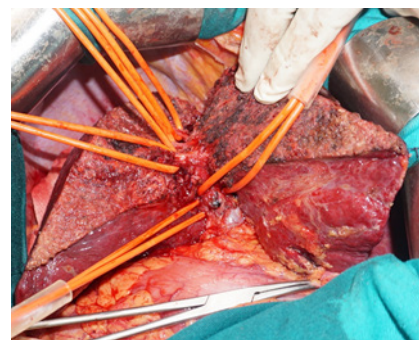
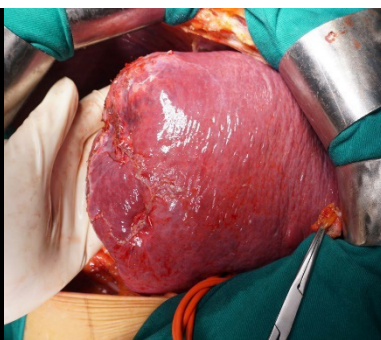
- Tỷ lệ 11 nam: 2 nữ
- Độ tuổi trung bình 60 (từ 44-76 tuổi)

Bảng 1. Loại phẫu thuật cắt gan

Loại phẫu thuật	n	Chỉ định
Cắt gan phải bảo tồn phần bụng phân thùy trước (Hình 2)	11	1 hoặc nhiều khối u nằm ở cả phân thùy trước và sau gan phải hoặc khối u nằm sát tĩnh mạch gan phải không thể bảo tồn.
Cắt gan trung tâm bảo tồn phần lưng phân thùy trước (Hình 3)	1	Khối u nằm ở hạ phân thùy IVa và phần bụng của HPT VIII, sát với tĩnh mạch gan giữa
Cắt gan trái và phần bụng phân thùy trước (Hình 4)	1	Khối u nằm chủ yếu ở hạ phân thùy IV lấn sát thùy gan trái và sang 1 phần phân thùy trước. Trường hợp này cho dù cắt gan trung tâm hay cắt gan trái đơn thuần đều không đảm bảo diện cắt cách u 1cm.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

	n = 13
Thời gian mổ trung bình	257,7 ± 37,0 phút
Lượng máu mất trung bình ước tính	361,5 ± 319,5 ml
Ngày hậu phẫu trung bình	10,7 ± 3,8 ngày

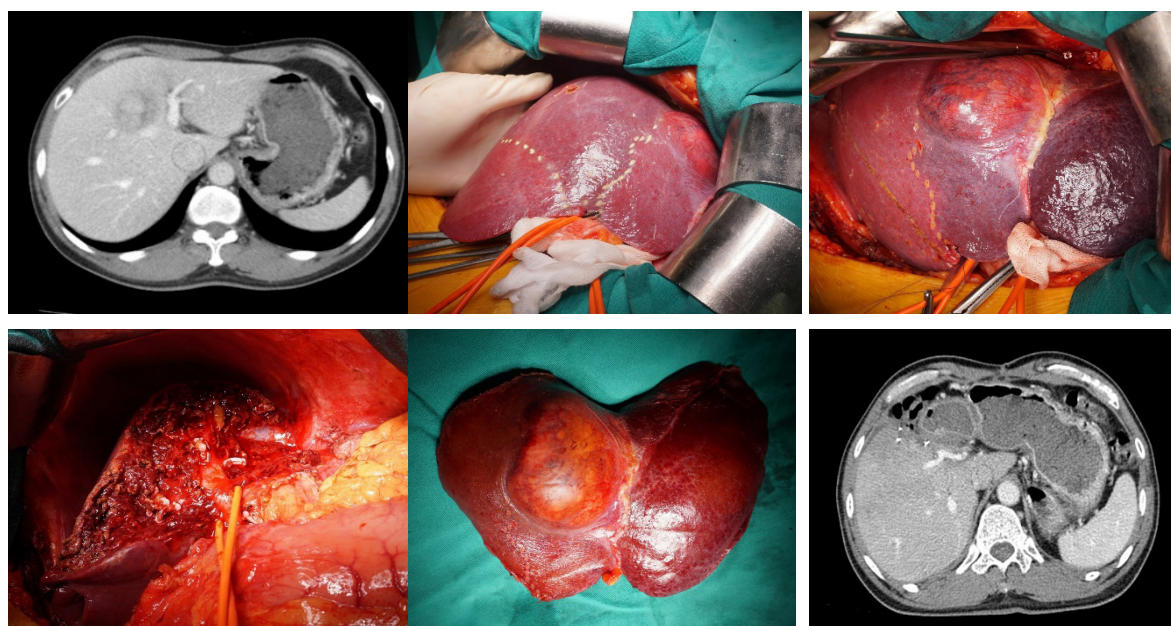




Hình 2: Cắt gan phải bảo tồn phần bụng phân thùy trước



Hình 3: Cắt gan trung tâm bảo tồn phần lưng phân thùy trước



Hình 4: Cắt gan trái và phân bụng phân thùy trước

Bảng 3. Biến chứng sau mổ

	n = 13
Biến chứng	1 Suy gan sau mổ (Clavien Dindo độ 2)
Tử vong	0

IV. BÀN LUẬN

Theo phân loại kinh điển của Couinaud, tĩnh mạch cửa phân thùy trước chia nhánh cho hạ phân thùy 5 và 8. Tuy nhiên, phân thùy trước còn có những biến đổi giải phẫu khác. Gần đây, các tác giả Nhật Bản như Koruge, Cho và Ryu có nhắc lại phân chia của Hjortjo chia phân thùy trước thành phần lưng và bụng theo chiều dọc (rãnh trước) [2]. Ngoài ra, còn có các biến thể giải phẫu khác như chia 3 thành hạ phân thùy 8v, 8d, 5 hay thậm chí chia 4: hạ phân thùy 8v, 8d, 5v, 5d [3]. Trên cơ sở đó, các tác giả cũng đưa ra nhiều phương pháp cắt gan mới chủ yếu dựa trên việc bảo tồn phần lưng hoặc bụng của phân thùy trước.

Chúng tôi xin tập trung bàn luận về 3 khía cạnh sau: tính triệt để về mặt ung thư, lợi ích về mặt bảo tồn nhu mô gan và tính khả thi của phẫu thuật.

Thứ nhất, tính triệt để về mặt ung thư. Phẫu thuật này chỉ được áp dụng với những trường hợp tĩnh mạch cửa phân thùy trước phân nhánh thành 2 phần lưng-bụng, (chiếm khoảng 23% trường hợp theo Kobayashi) [1]. Như vậy phẫu thuật bảo tồn phần lưng-bụng tuân theo nguyên tắc của cắt gan theo giải phẫu: lấy bỏ khối u và toàn bộ phần nhu mô gan được cấp máu bởi nhánh tĩnh mạch cửa tương ứng. Điều này giải quyết được vấn đề di căn trong gan của HCC theo đường tĩnh mạch cửa.

Thứ hai, lợi ích của việc bảo tồn phần bụng hoặc lưng của phân thùy trước. Theo các nghiên cứu được công bố, phân thùy trước chiếm từ 34-38% tổng thể tích gan. Trong đó thể tích phần bụng chiếm từ 18,9% tới 22% tổng thể tích gan, còn phần lưng chiếm khoảng 15% [1]. Đồng thời theo các

tác giả, phần bụng của phân thùy trước được dẫn máu về bởi các nhánh của tĩnh mạch gan giữa, phần lưng bởi nhánh của tĩnh mạch gan phải. Do đó việc bảo tồn tĩnh phần bụng hoặc lưng phân thùy trước khi phải cắt tĩnh mạch gan phải hoặc tĩnh mạch gan giữa vẫn đảm bảo không xảy ra hiện tượng ứ trệ tuần hoàn. Với bệnh nhân HCC đa phần xảy ra trên nền gan xơ, việc bảo tồn thêm được 15-22% thể tích gan có ý nghĩa rất lớn cho phẫu thuật. Do điều kiện khách quan, nghiên cứu này của chúng tôi chưa tiến hành được đo thể tích gan phần lưng-bụng phân thùy trước cho từng bệnh nhân.

Thứ ba, tính khả thi của phẫu thuật. Nhìn chung, các tác giả cho rằng đây là phẫu thuật an toàn, khả thi với thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tỷ lệ biến chứng không khác biệt nhiều so với cắt gan theo giải phẫu truyền thống. Theo tác giả Tanaka thời gian mổ trung bình là 405 phút (325-525) với lượng máu mất trung bình là 910ml (300-1591) [2]. Tai biến xảy ra 1/11 bệnh nhân (ascite kéo dài) Thời gian nằm viện trung bình 14 ngày. Theo Ogiso, thời gian mổ trung bình là 385 phút (353-485), lượng máu mất trong mổ 220-850 ml [4]. Theo Lim thời gian mổ trung bình 304 phút, máu mất 700ml [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả thời gian mổ trung bình 257 phút với lượng máu mất trung bình ước tính là 361ml. Trường hợp biến chứng duy nhất ghi nhận là suy gan sau mổ. Bệnh nhân được điều trị nội khoa và hồi phục ra viện sau 22 ngày.

V. KẾT LUẬN

Việc đánh giá phân chia giải phẫu của phân thùy trước dựa trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trước mổ rất quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp.

Cắt gan theo giải phẫu bảo tồn phần lưng hoặc bụng của phân thùy trước là phương pháp bước đầu cho kết quả khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tomoki Kobayashi, MD, Tomoki Ebata, MD, Yukihiro Yokoyama, MD, et al.; Study on the segmentation of the right anterior sector of the liver, *Surgery*, 2017 Jun;161(6):1536-1542.
2. Akihiro Cho1, Shinichi Okazumi, et al. ,Anterior fissure of the right liver - the third door of the liver, *J Hepatobiliary Pancreat Surg* (2004) 11:390-396.
3. Jiro Fujimoto, Seikan Hai, Tadamichi Hirano, Anatomic liver resection of right paramedian sector: ventral and dorsal resection, *J Hepatobiliary Pancreat Sci* (2015) 22:538–545.
4. Kuniya Tanaka, MD, Chizuru Matsumoto, MD, Hideki Takakura, et al. Technique of right hemihepatectomy preserving ventral right anterior section guided by area of hepatic venous drainage, *Surgery*, Volume 147, Issue 3: 450-458.
5. Jin Hong Lim, Gi Hong Choi, et al. Ventral Segment-Preserving Right Hepatectomy in Patients with Hepatocellular Carcinoma, *World J Surg* (2015) 39:1034–1043.