

PHẪU THUẬT CẮT GAN THEO PHƯƠNG PHÁP TAKASAKI: KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ

Hồ Văn Linh¹, Phạm Nhu Hiền²

¹Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam

²Khoa Nội soi, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

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

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 307 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Takasaki tại bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2017 đến 01/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình $55,3 \pm 11,7$ (25 - 80), tỷ lệ nam/nữ là 6/1. Ung thư gan ở giai đoạn BCLC là 77,5%. Kích thước khối u ≥ 5 cm 68,4%, khối u đơn độc là 79,2%. Kỹ thuật treo gan trong cắt gan phải là 25,4%, trong khi đó kỹ thuật kiểm soát cuống phải và cuống trái lần lượt là 69% và 31%. Diện cắt gan được bảo vệ bằng Surgicel hoặc Bioglue lần lượt 78,8% và 21,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình $125,2(90 - 280)$ phút, lượng máu mất trong phẫu thuật 271 ± 119 (150 - 400ml). Tai biến cắt đứt ống gan chung 1(0,3%). Biến chứng sau phẫu thuật là 18(5,9%). Tử vong sau phẫu thuật 01/307(0,3%) BN.

Kết luận: Cắt gan theo phương pháp Takasaki là an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Cuống Glisson, cắt gan, gan.

ABSTRACT

HEPATECTOMY WITH TAKASAKI'S PROCEDURE: TECHNIQUE AND RESULTS

Ho Van Linh¹, Pham Nhu Hien²

Objective: This study aims to explore the short-term results of hepatectomy with Takasaki's procedure.

Methods: We retrospectively examined data of 307 patients who underwent hepatectomy with Takasaki's procedure at Hue Central Hospital from 01/2017 to 12/2023.

Results: The mean age was $55,3 \pm 11,7$ years (25 - 80) and the male/female ratio was 6:1. Patients with solitary tumor accounted for 79,2% and 68.4% had tumor size greater than 5 cm. Pringle maneuver was used in 57.9%, while selective right or left Glissonean pedicle occlusion was used in 69% and 31%, respectively. Final transection surface reinforcement was achieved by Surgicel and BioGlue in 78,8% and 21,2% of cases, respectively. Major liver resection accounted for 69,2%. The mean total operative time was $125,2$ (90 - 280) minutes. Mean operative blood loss was 271 ± 119 (150 - 650) mL. Mean post-operative hospital stay was 8,6 days (7 - 23). Post-operative complication rate was 5.9% and mortality rate was 0,3%.

Conclusion: Hepatectomy with Takasaki procedure is safe, effective.

Keywords: Glissonean pedicle, hepatectomy, liver.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư gan như RFA, TOCE, phẫu thuật phối 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].

Ngày nhận bài: 15/6/2024. Ngày chỉnh sửa: 05/10/2024. Chấp thuận đăng: 27/10/2024

Tác giả liên hệ: Hồ Văn Linh. Email: drlinh2000@yahoo.com. ĐT: 0913465464

Phẫu thuật cắt gan theo phương pháp takasaki: kỹ thuật và kết quả

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 cuống 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 nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Takasaki để cắt gan tại Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

307 bệnh nhân được cắt gan theo phương pháp Takasaki từ 01/2017 - 12/2023 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

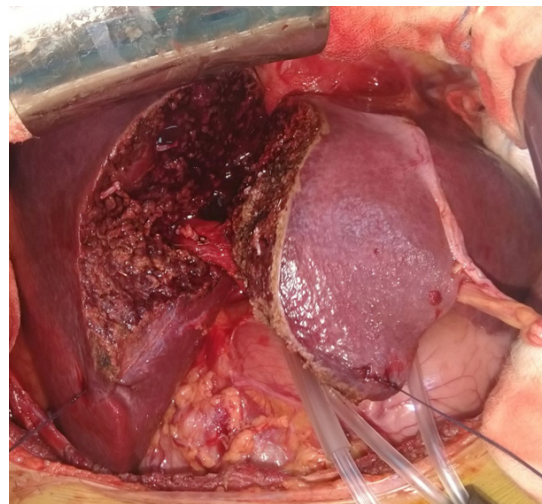
Nghiên cứu tiền cứu, mô tả theo dõi dọc.

Kỹ thuật tiến hành:

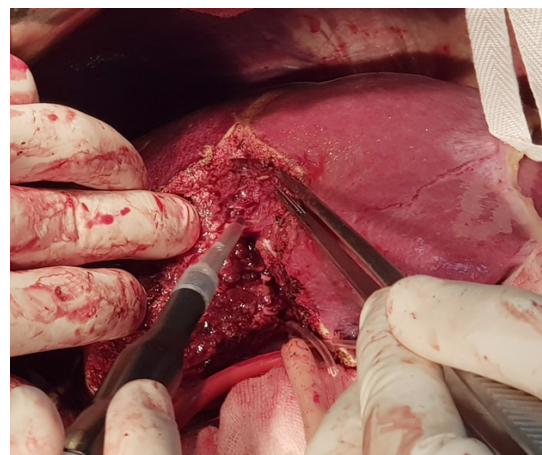
Phẫu tích cuống Glisson phải và trái: Cắt túi mật để bộc lộ cửa gan, sau khi mở lớp phúc mạc ngay vị trí giữa cuống Glisson phải và trái, dễ dàng bộc lộ và luồn dây qua giữa hai cuống Glisson. Lưu ý, thắt các nhánh nhỏ đi trực tiếp từ các cuống Glisson vào gan giúp hạn chế chảy máu.

Phẫu tích cuống Glisson trước và sau: Cắt bỏ mô liên kết dọc theo cuống Glisson phân thùy trước, tách cuống này khỏi nhu mô vào sâu trong gan để bộc lộ mặt trước. Phẫu tích vào khe giữa cuống Glisson phân thùy trước và sau để bộc lộ mặt sau, luồn dây qua cuống trước, dễ dàng tách riêng biệt hai cuống Glisson phân thùy trước và sau. Như vậy luôn luôn phẫu tích và kiểm soát được 3 cuống Glisson riêng

biệt tại cửa gan. Buộc các cuống Glisson này sẽ xác định được ranh giới các phân thùy gan và mặt phẳng cắt gan. Buộc cuống Glisson các hạ phân thùy trong trường hợp cắt riêng từng hạ phân thùy. Cắt nhu mô gan bằng kelly hoặc bằng dao Sonastar, buộc các mạch máu nhỏ và đường mật trong gan bằng chỉ silk 3/0 hoặc kẹp bằng clip. Diện cắt gan được phủ surgicel hoặc keo sinh học.



Hình 1: Cắt gan Trung tâm



Hình 2: Cắt nhu mô gan bằng dao Sonastar

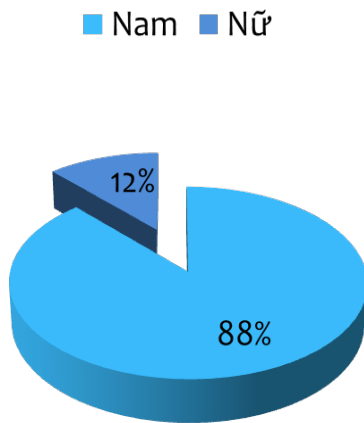
2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Trung ương Huế.

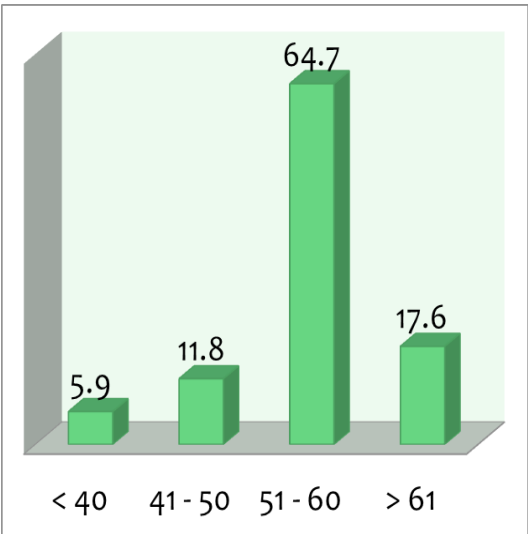
III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 307 trường hợp cắt gan theo phương pháp Takasaki thu được một số kết quả sau đây: Nam chiếm tỉ lệ cao so với nữ, tuổi trung bình $55,3 \pm 11,7$ (25 - 80) (Hình 3 và Hình 4)

Phẫu thuật cắt gan theo phương pháp takasaki: kỹ thuật và kết quả



Hình 3: Phân bố theo giới



Hình 4: Phân bố theo tuổi

Ung thư gan ở giai đoạn BCLC là 238/307 (77,5%). Kích thước khối u ≥ 5 cm 210/307 (68,4%), khối u đơn độc là 243/307 (79,2%). Kỹ thuật treo gan trong cắt gan phải là 78/307 (25,4%), trong khi đó kỹ thuật kiểm soát cuống phải và cuống trái lần lượt là 69% và 31%. Diện cắt gan được bảo vệ bằng Surgicel hoặc Bioglue lần lượt 78,8% và 21,2% (Bảng 1). Chỉ định cắt gan lớn tương đối phổ biến 188/307 (61,2%) BN (Bảng 2).

Bảng 1: Phân loại giai đoạn ung thư theo BCLC 2022 (The Barcelona Clinic Liver Cancer) (n=307)

BCLC	Số lượng	Tỷ lệ
BCLC A	238	77,5
BCLC B	69	22,5

Bảng 2: Các loại cắt gan (n=307)

Loại cắt gan	Số lượng	Tỷ lệ
Cắt gan phải	109	35,5
Cắt gan trái	69	22,5
Cắt gan thùy trái	49	16,0
Cắt gan phân thùy sau	40	13,0
Cắt gan HFT V, VI	30	9,7
Cắt gan HFT V, VI, VII	10	3,3

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 cuống 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 3).

Bảng 3: Kết quả trong phẫu thuật

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(0,3%)

Có 18/307 (5,9%) BN có biến chứng sau phẫu thuật. Trong đó, suy gan 3/307 (0,9%) thường xảy ra từ ngày thứ 3 trở đi, hồi phục dần và ổn định sau 2 tuần, abscess tồn dư 4/307(1,3%) và tràn dịch màng phổi 3/307 (0,9%). Tử vong sau phẫu thuật 1/307 (0,3%) (Bảng 4).

Bảng 4: Biến chứng và tử vong sau phẫu thuật (n=307)

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Tắt mật	1*	0,3
Suy gan	3	0,9
Tràn dịch màng phổi	3	0,9
Abscess tồn dư	4	1,3
Dò mật kéo dài	7	2,3
Tử vong	1	0,3

(*) Bệnh nhân tắt mật do cắt ống gan chung được phát hiện khi phẫu thuật lại.

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 [2]. 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% [3, 4].

Biến chứng suy gan sau phẫu thuật khoảng 0,9% thường gặp đối với bệnh nhân cắt gan lớn (3 hạ phân thùy trở lên) có chức năng gan trước mổ tương ứng Child B. Tuy vậy, suy gan chỉ thoáng qua từ ngày thứ 3 - 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. Một nghiên cứu trước đây của chúng tôi năm 2019 gồm 31 bệnh nhân được cắt gan thành công theo phương pháp kiểm soát cuồng Glisson của Takasaki; Tỷ lệ biến chứng chung 22,4%, không có tử vong sau phẫu thuật. Tuy nhiên, một bệnh nhân gặp tai biến trong phẫu thuật cắt mất đoạn ống gan chung khi phẫu tích cuồng Glisson phải trong cắt gan phải và chỉ 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 [5, 6].

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 [7].

Nhiều 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 u xâm lấn mạch máu giúp hạn chế tái phát [8].

Kỹ thuật Takasaki cho phép cắt gan theo giải phẫu tương đối chính xác nhờ kiểm soát tận gốc các cấu trúc giải phẫu, dễ dàng cắt nhu mô gan, hạn chế tổn thương mô gan lành. Rõ ràng, các thao tác nêu trên muốn được hoàn hảo đòi hỏi kinh nghiệm và được đào tạo đầy đủ về kiến thức giải phẫu và bệnh học của gan [9, 10].

V. KẾT LUẬN

Tiếp cận cuồng Glisson theo Takasaki là kỹ thuật thực hiện tương đối dễ dàng, an toàn và hiệu quả. Kỹ thuật này 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.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ton That T and Nguyen Duong Q. A New Technique for Operating on the Liver. The Lancet. 1963; 281(7274): 192-193.
2. Long TCD, Thuận NB, Bắc NH, Đạt LT, and Việt ĐQ. Áp dụng kỹ thuật phẫu tích cuồng glisson ngã sau trong cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư tế bào gan. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2013; 1(17): 48-53.

Phẫu thuật cắt gan theo phương pháp takasaki: kỹ thuật và kết quả

3. Kudo M, et al. Liver cancer working group report. Japanese journal of clinical oncology. 2010; 40(suppl_1): i19-i27.
4. Yamamoto M, Katagiri S, Ariizumi S-i, Kotera Y, and Takahashi Y. Glissonean pedicle transection method for liver surgery (with video). Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences. 2012; 19: 3-8.
5. Van Linh H and Thanh DN. Glissonean pedicle approach using takasaki method in liver resection at hue central hospital. Journal of Clinical Medicine. 2019;54:8-11
6. Van Ha Q, Nguyen TH, Van Nguyen H, Le XA, and Tran KH. Hepatectomy using a combination of extrafascial extrahepatic (Takasaki approach) and extrafascial intrahepatic pedicle approaches (Ton That Tung approach). Journal of Surgical Case Reports. 2021; 2021(10): rjab419.
7. Yamamoto M, et al. Effectiveness of systematized hepatectomy with Glisson's pedicle transection at the hepatic hilus for small nodular hepatocellular carcinoma: retrospective analysis. Surgery. 2001; 130(3): 443-448.
8. Makuuchi M, Hasegawa H, and Yamazaki S. Ultrasonically guided subsegmentectomy. Surgery, gynecology & obstetrics. 1985; 161(4): 346-350.
9. Karamarković A, Juloski J, Čuk V, and Janković U. The Importance of the Glissonean Approach and Laennec Capsule Concept in Open Anatomical Liver Resections: What we Need to Know. Surg. Gastroenterol. 2020; 2: 93-100.
10. Ciria R, Ayllón MD, and Briceño J. Liver gates to access everywhere in the liver: how can we learn? Digestive Medicine Research. 2023; 6:5-8.