

## KINH NGHIỆM KIỂM SOÁT TĨNH MẠCH THƯỢNG THẬN CHÍNH BÊN TRÁI QUA 208 TRƯỜNG HỢP CẮT U TUYẾN THƯỢNG THẬN NỘI SOI

*Nguyễn Đức Tiến\**

### TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 208 bệnh nhân (BN) phẫu thuật nội soi (PTNS) qua ổ bụng cắt u tuyến thượng thận (TTT) trái, kết quả cho thấy:

Thời gian mổ trung bình 72 phút (30 - 200 phút). Thời gian nằm viện trung bình  $3,9 \pm 1,6$  ngày. Tất cả BN được kiểm soát tĩnh mạch thượng thận chính (TMTTC) bằng clip và nơ trong cơ thể. Tỷ lệ kiểm soát TMTTC ngay thì đầu 78,85% (chủ yếu u có kích thước < 6 cm). Tỷ lệ chảy máu: 2,9%, tỷ lệ tai biến: 10,12%, biến chứng: 8,75%, chuyển mổ mở: 3%.

Kiểm soát TMTTC trong PTNS qua ổ bụng cắt u TTT trái là một kỹ thuật khó, do phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm thực hiện. Việc sử dụng clip và nơ trong cơ thể cho kỹ thuật này hoàn toàn phù hợp và an toàn. Kiểm soát tĩnh mạch ngay thì đầu thường áp dụng cho những khối u có kích thước < 6 cm.

\* Từ khóa: U tuyến thượng thận; Phẫu thuật nội soi; Tĩnh mạch thượng thận chính trái.

## EXPERIENCE TO CONTROL THE MAIN ADRENAL VEIN ON THE LEFT OVER 208 CASES OF LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY

### SUMMARY

*By studying 208 cases of transperitoneal laparoscopic adrenalectomy on the left, the results showed that:*

*The average operating time was 72 minutes (30 - 200 minutes). The average length of hospital stay was  $3.9 \pm 1.6$  days. All cases were controlled the main adrenal vein by clip and tie in the body. The rate of controlling the main adrenal vein from the first section was 78.85% (mainly the tumor size < 6 cm). The rate of bleeding in controlling the main adrenal vein was 2.9%. The rate of disasters was 10.12%, 8.75% of patients had complications, open surgical transfer was 3%.*

*Controlling the main adrenal vein in transperitoneal laparoscopic adrenalectomy on the left is a difficult technique, which should be done by experienced surgeons. The use of clips and ties in the body for this technique was quite appropriate and safe. Controlling the main adrenal vein from the first section control is usually applied to the tumor size less than 6 cm.*

*\* Key words: Adrenal tumors; Laparoscopic surgery; Main adrenal vein on the left.*

---

\* Bệnh viện Việt Đức

Phản biện khoa học: PGS. TS. Trần Văn Hình

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận trái liên quan trực tiếp với động mạch chủ bụng, tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch thận trái. Trong PTNS, việc khống chế TMTTC là một thách thức đối với phẫu thuật viên. Đặc biệt, quá trình kiểm soát TMTTC thường liên quan đến những rối loạn huyết động trong mổ [1, 5]. Vì vậy, qua 208 BN được mổ cắt u TTT trái, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm làm sáng tỏ hơn những kinh nghiệm kiểm soát TMTTC để hạn chế tối đa nguy cơ có thể xảy ra trong và sau mổ.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

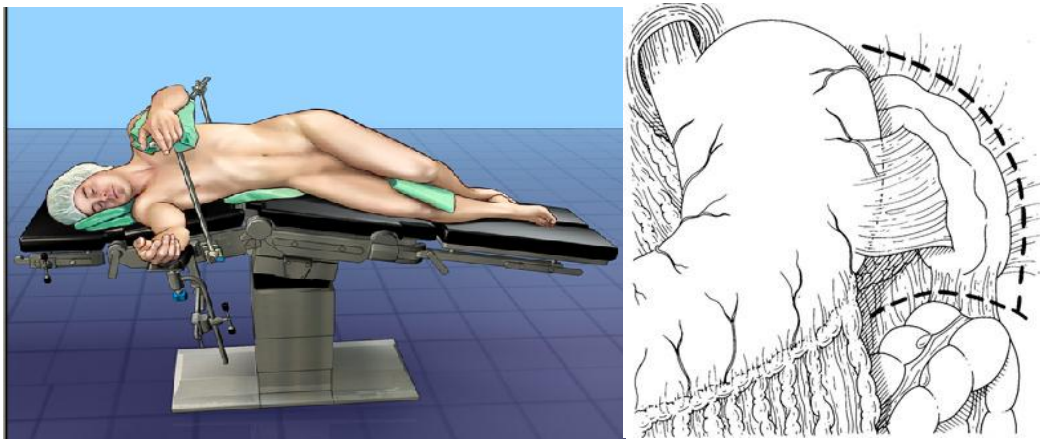
### 1. Đối tượng nghiên cứu.

208 BN được cắt bỏ u TTT trái qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Việt Đức từ 1998 - 2010.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

\* *Kỹ thuật:* gây mê nội khí quản cho BN, kiểm soát thở máy, theo dõi huyết áp động mạch. Tư thế BN nằm nghiêng phải 60°, có độ vồng thắt lưng, vai hông cố định. Đặt trocar đầu tiên theo phương pháp mở, bơm khí CO<sub>2</sub>, áp lực 10 - 12 mmHg. Vị trí trocar: 10 mm đường trắng bên ngang rốn; 10 mm đường rạch trước dưới bờ sườn 5 - 7 cm; 5 mm dưới mũi ức lệch trái. Rạch mở phúc mạc thành trước bên để giải phóng lách và đuôi tụy (đi từ phía ngang mức giữa thận trái đến gần hình vị lớn dạ dày), lúc này mặt trước TTT trái được bộc lộ. TMTTC trái đi ra từ rốn tuyến đổ vào bờ trên tĩnh mạch thận, dùng kẹp phẫu tích đầu cong luồn qua TMTTC, biệt lập tĩnh mạch khỏi tổ chức xung quanh, khống chế bằng cách kẹp cắt bằng 3 clip titanium hoặc buộc nơ trong cơ thể bằng chỉ vicryl 2/0. Giải phóng và khống chế tiếp động mạch TTT, tổ chức xung quanh tuyến. Kết thúc, lấy bệnh phẩm bằng túi nilon, đặt dẫn lưu hố TTT đã cắt, đóng lỗ chân trocar 2 lớp.



Hình 1: Tư thế BN và đường mở phúc mạc.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình của BN:  $36,9 \pm 14,5$ , tỷ lệ nam/nữ: 73/135. Khối u có kích thước < 4 cm: 56,2%, 4 - 6 cm: 22,6% và > 6 cm: 21,2%. Bệnh lý chủ yếu là u tế bào ưa crom (44,2%), hội chứng Cohn: 20,2%, hội chứng Cushing: 18,3% và bệnh khác: 17,3%.

Theo nghiên cứu của Gockel I về u TTT, tỷ lệ nam/nữ = 85/160, lứa tuổi 30 - 40 chiếm tỷ lệ cao. Peix L.J [7] trong một nghiên cứu khác cho thấy, 92% u TTT có kích thước > 6 cm. Qua nghiên cứu của mình, William [11] cho rằng những trường hợp u TTT có kích thước > 6 cm thường là u ác tính.

Thời gian mổ trung bình: 72 phút (30 - 200 phút). Thời gian nằm viện trung bình:  $3,9 \pm 1,6$  ngày. Tỷ lệ tai biến: 10,12%, biến chứng: 8,75% và chuyển mổ mở: 3%. Theo Gagner [4], thời gian mổ là 102 phút, Bojner [2], thời gian nằm viện: 4 ngày và theo Lubikowski [6], tỷ lệ tai biến: 11,5%, biến chứng: 6,6%.

### 2. Kiểm soát TMTTC và thay đổi huyết động.

Thay đổi huyết động trong quá trình mổ là tai biến làm ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật, tai biến này thường gặp đối với BN mắc u tế bào ưa crom. Với những trường hợp này, huyết áp có thể tăng rất cao (280 mmHg), do tuyến bị phẫu tích làm giải phóng một lượng đáng kể catecholamin vào máu. Vì vậy, việc khống chế và kiểm soát TMTTC ngay từ ban đầu hết sức cần thiết và trong quá trình phẫu thuật, bác sỹ gây mê cần xác định và điều chỉnh kịp thời huyết áp (nếu cần) bằng loxen và noradrenalin.

Phẫu tích để vào TTT và tìm TMTTC một cách sớm nhất là yêu cầu thực tế, Daniel Smith [9] ví quá trình này như việc mở cuốn sách mà trang sách là lách, đuôi tụy và mặt trước thận, còn gáy sách chính là TTT. Sau khi xác định chính xác TMTTC, nên xử lý kẹp cắt bằng clip titanium hay Hem-o-lock, một số trường hợp có thể kết hợp buộc nơ trong cơ thể bằng chỉ vicryl 2/0. Khi phẫu tích khu vực TMTTC, tuyệt đối không dùng dao siêu âm hay dao điện vì nguy cơ chảy máu cao, điều này phù hợp với quan điểm của Gagner M, Giovanni R, Shimi S.M và Valari A [4, 3, 8, 10].

Việc xác định và kiểm soát TMTTC ngay từ đầu phụ thuộc nhiều vào kích thước và đặc điểm của khối u. 164 BN (78,85%) có kích thước u < 6 cm đều kiểm soát được TMTTC ngay từ ban đầu, với những khối u lớn, việc nhận biết TMTTC đôi khi khó khăn do các mốc giải phẫu bị thay đổi và tĩnh mạch bị đẩy dẹt lại, lúc này cần xác định bờ trên tĩnh mạch thận để lần lên tìm TMTTC, công việc này cần một phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm thực hiện.

Chảy máu tai biến thường gặp trong quá trình xử lý kẹp cắt TMTTC. Trong nhóm nghiên cứu, 6 BN (2,9%) chảy máu trong quá trình kiểm soát TMTTC, 3 BN chảy máu do tuột clip, phải tiến hành kẹp lại, 2 BN phải chuyển mổ mở để cầm máu.

## KẾT LUẬN

Kiểm soát TMTTC trong PTNS qua ổ bụng cắt u TTT trái là một kỹ thuật khó, cần được thực hiện bởi phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm. Việc sử dụng clip và nơ trong cơ thể cho kỹ thuật này hoàn toàn phù hợp và an toàn. Kiểm soát tĩnh mạch ngay thì đầu thường được áp dụng cho những khối u có kích thước < 6 cm.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Đức Tiến. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi cắt u TTT lành tính tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1998-2005. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2006.

-2005. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2006.

2. Bonjer H.J et al. Endoscopic retroperitoneal adrenalectomy. Lessons learned from 111 consecutive cases. Ann Surg. 2000, 232, 6, pp.796-803.

3. Giovani R, et al. For adrenal masses larger than 7 cm. Surg Endosc. 2008, 22, pp.516-521.

4. Gagner M, et al. Laparoscopic adrenalectomy lessons learned from 100 consecutive procedures. Annals of Surgery. 1997, 226 (3), pp.238-247.

5. Hallfeld K. K. J et al. Laparoscopic lateral adrenalectomy versus open posterior adrenalectomy for the treatment of benign adrenal tumor. Surg Endosc. 2003, N<sup>o</sup> 17, pp.264-326.

6. Lubikowski J et al. From open to laparoscopic adrenalectomy: thirty years' experience of one medical centre. Polish Journal of Endocrinology. 2010, 61 (1), pp.94-101.

7. Peix J. L. Glandes surrénales. Endocrinologie Chirurgical. MC Graw- hill InC. 1991, pp.57-188.

8. Shimi S.M, et al. Comparative study of the holding streng of slipknots using adsorbable liratione matrials. Surg endosc. 1994, 8, pp.1285-1291.

9. Smith C.D, Weber C.J, Amerson R.A. Laparoscopic adrenalectomy: New gold standard. World J Surg. 1999, 23, pp.389-396.

10. Valeri A et al. The influence of new technologié on laparoscopic adrenalectomy. Surg Endos. 2002, N<sup>o</sup>16, pp.1274-1279.

11. William E, Grizzle. Pathology of adrenal grands. Seminas in Roentgenology. 1988, 23, pp.323-331.

