

# Nghiên cứu 475 trường hợp phẫu thuật nội soi qua ổ bụng cắt u tuyến thượng thận

*Trương Thanh Tùng\**; *Trần Văn Hình\*\**  
*Nguyễn Đức Tiến\*\*\**; *Trần Bình Giang\*\*\**

## TÓM TẮT

Nghiên cứu 475 trường hợp cắt tuyến thượng thận nội soi qua phúc mạc tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 08 - 1998 đến 02 - 2010, kết quả cho thấy:

Tuổi trung bình  $38,1 \pm 14,9$  (10 - 70 tuổi), nữ 79,16%. U bên phải 60,28%. U vỏ thượng thận 50%. U tủy thượng thận 40,12%. Nang tuyến thượng thận 9,88%. Kích thước khối u trung bình  $52,29 \pm 2,31$  mm. Thời gian mổ trung bình  $98 \pm 41,5$  phút (40 - 240). Lượng máu mất trung bình  $115,25 \pm 28,14$  ml (50 - 650). Thời gian nằm viện trung bình  $5,24 \pm 1,7$  ngày. Tai biến trong mổ 11,16%. Biến chứng sau mổ 8,75%. Chuyển mổ mở 6,78%. Kiểm tra sau 6 tháng cho kết quả tốt.

\* Từ khóa: U tuyến thượng thận; Phẫu thuật nội soi.

## Study of 475 cases of transperitoneal laparoscopic adrenalectomy

### SUMMARY

*Study of 475 cases of transperitoneal laparoscopic adrenalectomy in Vietduc Hospital from August, 1998 to February, 2010, the results showed that:*

*The mean age  $38.1 \pm 14.9$  years (10 - 70). Female 79.16%. Tumor on the right side 60.28%. Adrenocortical tumour 50%. Pheochromocytoma 40.12%. Adrenal cyst 9.88%. The mean size of tumor  $52.29 \pm 2.31$  mm. The mean time of operation  $98 \pm 41.5$  minutes (40 - 240). The mean blood loss  $115.25 \pm 28.14$  ml (50 - 650). The mean hospital stay  $5.24 \pm 1.7$  days. The proportion of disasters, complications and conversions to open operation was 11.16%, 8.75%, 6.78%, respectively. Examining after 6 months, the results were good.*

*\* Key words: Adrenal tumor; Laparoscopy.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1992, Gagner là người đầu tiên thực hiện thành công cắt u tuyến thượng thận (UTTT) bằng phẫu thuật nội soi (PTNS). Từ đó đến nay đã có nhiều tác giả công bố những

nghiên cứu về PTNS cắt UTTT, qua đó đều thống nhất và đưa ra nhận xét: PTNS có nhiều ưu điểm hơn phẫu thuật kinh điển trong cắt bỏ UTTT, Smith còn coi PTNS là tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTTT [3].

\* Bệnh viện 354

\*\* Bệnh viện 103

\*\*\* Bệnh viện Việt Đức

**Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải**

Tại Việt Nam, PTNS cắt UTTT đã được thực hiện từ rất sớm ở một số trung tâm

ngoại khoa lớn: Bệnh viện Việt Đức (1998), Bệnh viện Bình Dân (2000), Bệnh viện Chợ

Rẫy, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh (2004). Qua hơn 10 năm triển khai PTNS cắt UTTT tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm phân tích và làm rõ một số ưu nhược điểm của phương pháp phẫu thuật này.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu.**

475 BN được chẩn đoán UTTT 1 bên và được cắt bỏ u bằng PTNS qua ổ bụng tại Bệnh viện Việt Đức, từ tháng 08 - 1998 đến tháng 02 - 2010.

\* *Chẩn đoán bệnh:*

- Các tiêu chuẩn lâm sàng:

Hội chứng Cushing dựa vào tiêu chuẩn của William; u tủy thượng thận đánh giá theo bảng tổng hợp triệu chứng của Hume; hội chứng Conn, u không bài tiết hay các u hiếm (Apert-Gallais) dựa vào các dấu hiệu hay triệu chứng định hướng để làm xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán [3].

- Các xét nghiệm đặc hiệu: catécholamine (nước tiểu: bình thường < 590 mmol/24 giờ. Máu: bình thường ~ 0,09 mmol/l); cortisol máu (8 giờ ~ 120 - 620 nmol/l. 20 giờ ~ 90 - 460 nmol/l).

- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT-scan, UIV.

\* *Chỉ định:*

UTTT 1 bên đã có chuẩn bị tốt về nội tiết. Tình trạng toàn thân tốt, không có nhiễm trùng cấp tính. Không có tiền sử mổ vùng bụng, sườn và thắt lưng. UTTT có kích thước  $\leq 10$  cm và không có biểu hiện di căn.

### **2. Phương pháp nghiên cứu.**

Mô tả, tiến cứu 125 bệnh nhân (BN), hồi cứu 350 BN. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chung. Lựa chọn, chuẩn bị và phẫu thuật BN theo một quy trình thống nhất. Kỹ thuật được thực hiện do một nhóm phẫu thuật viên trên dàn máy nội soi của hãng Karl-Storz có nguồn sáng Xenon 300W. Sử dụng dao điện cao tần Elektrotom 530 của Berchtold hoặc dao siêu âm Harmonic-scalpel 300 của Ethicon Endo-Surgery.

\* *Chuẩn bị BN:*

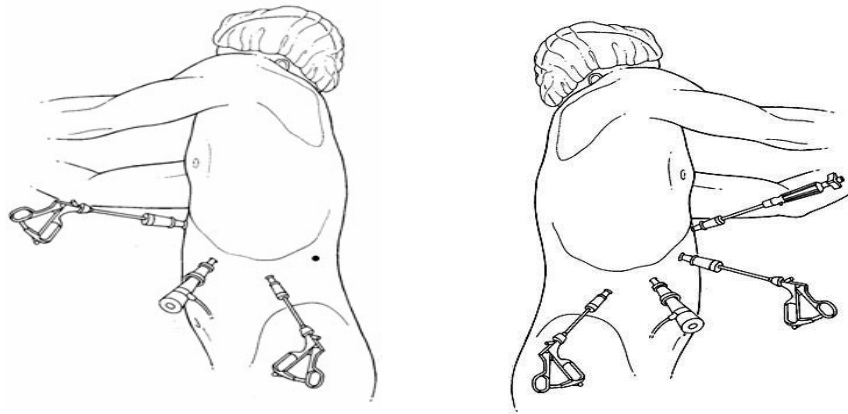
Tất cả BN được gây mê nội khí quản, cắm truyền tĩnh mạch trung tâm, đo huyết áp động mạch, đặt sonde dạ dày, sonde niệu đạo và làm sạch ruột trước mổ.

\* *Quá trình phẫu thuật:*

Thực hiện kỹ thuật theo đường qua phúc mạc với tư thế nằm nghiêng đối diện  $60^\circ$  có độ vồng thắt lưng, vai và hông cố định, tay bên u treo trên khung đỡ.

+ *Cắt UTTT bên phải:*

Đặt trocar đầu theo phương pháp mở. Đặt trocar số 1 (10 mm) ở đường trắng bên phải ngang mức rốn, trocar số 2 (10 mm) dưới mũi ức phải, trocar số 3 (5 mm) dưới bờ sườn phải, trocar số 4 (10 mm) dưới bờ sườn và trên mào chậu, khoảng cách các trocar từ 6 - 7 cm. Duy trì áp lực bơm  $\text{CO}_2 \leq 12$  mmHg với tốc độ bơm ban đầu 2 - 3 ml/phút.



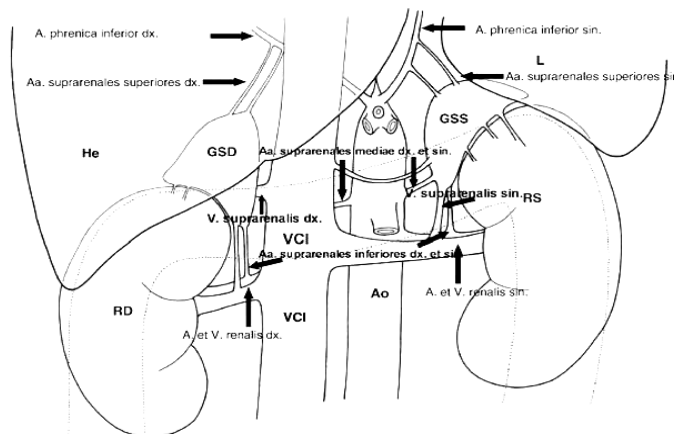
Hình 1: Vị trí đặt trocar bên trái và phải.

Hạ dây chằng tam giác, mở phúc mạc thành sau từ mặt trước trên thận phải sát tĩnh mạch chủ dưới (TMCD) đi lên trên sang phải tới thành bụng bên, cắt nếp phúc mạc gan thận phải, đẩy gan lên cao, bộc lộ bờ trong tuyến và bờ phải TMCD. Bóc tách dọc bờ trong tuyến song song với bờ phải TMCD, kẹp cắt tĩnh mạch thượng thận chính bằng 3 clip titanium 5 hoặc 10 mm.

Kẹp cắt các tĩnh mạch thượng thận phụ bằng clip titanium 5 mm hoặc đốt điện. Phẫu tích lên trên, kẹp cắt động mạch thượng thận giữa và động mạch thượng thận trên bằng clip titanium 5 mm. Phẫu tích

xuống dưới gần tĩnh mạch thận phải, mở phúc mạc từ bờ phải TMCD tới thành bụng bên, đi lên dọc bờ ngoài tuyến. Đẩy tuyến thượng thận ra phía trước trên và chéch ngoài để bộc lộ động mạch thượng thận dưới ngay bờ dưới tuyến. Kẹp cắt bằng 3 clip titanium 5 mm.

Giải phóng tuyến thượng thận (TTT) khỏi các tổ chức xung quanh và mặt sau tuyến. Tưới rửa kiểm tra và cầm máu diện cắt. Lấy bệnh phẩm ra ngoài bằng túi nylon qua lỗ trocar số 1. Đặt dẫn lưu hố tuyến đã cắt, tháo trocar, làm xẹp hơi CO<sub>2</sub> ổ bụng, đóng chân các lỗ trocar 2 lớp.



Hình 2: Các mốc giải phẫu cắt UTTT qua ổ bụng.

+ Cắt UTTT bên trái:

Tương tự nhưng ngược lại so với bên phải. Chỉ khác mở phúc mạc thành sau dọc bờ ngoài lách lên đến tận cơ hoành, cắt dây chằng lách đại tràng, hạ đại tràng góc lách, cắt dây chằng lách thận, bộc lộ rõ mặt trước TTT. Cuống mạch thượng thận chính bên trái thường xuất phát từ các mạch thận trái, mạch thượng thận giữa và trên bên trái cũng giống bên phải.

\* *Chăm sóc sau mổ:*

Theo dõi mạch, huyết áp động mạch, nhịp thở, nhiệt độ và dẫn lưu 15 - 30 phút/lần. Khi huyết động ổn định chuyển BN về buồng điều trị, theo dõi huyết áp ngày đầu 1 giờ/lần.

Truyền dịch bù đủ theo áp lực tĩnh mạch trung tâm. Kháng sinh dùng nhóm  $\beta$ -lactamine. Giảm đau non-steroid và morphine.

Kiểm tra catecholamine máu sau 24 giờ với u tủy thượng thận, kiểm tra thường xuyên kali máu với hội chứng Conn, kiểm tra đường máu và cortisol máu sau 24 giờ với hội chứng Cushing.

Rút dẫn lưu sau 24 giờ.

\* *Khám lại:*

BN sau khi ổn định ngoại khoa, hẹn kiểm tra lại sau 6 - 12 tháng. Khám lâm sàng, siêu âm, sinh hoá.

Với BN sau mổ còn huyết áp cao, theo dõi điều trị nội tiếp. Với BN có suy thượng thận, điều trị bổ trợ cortisol.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

## VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm bệnh.

Tuổi trung bình  $38,1 \pm 14,9$  năm, tuổi hay gặp nhất 30 - 50 (54,50%), nữ 79,16%. U bên phải 60,28%, u vỏ thượng thận 50%, u tủy thượng thận 40,12%, nang TTT 9,88%. So với kết quả nghiên cứu đa trung tâm trên 251 trường hợp của Ngô Xuân Thái (2009), không thấy sự khác biệt đáng kể ở nhóm cắt UTTT nội soi qua ổ bụng về tuổi trung bình 41 (15 - 82 tuổi); nữ 72,86%; u bên phải 55,71%; u 2 bên 0,04%; u tủy thượng thận 35,71%; nang TTT 12,86%; u phát hiện tình cờ 17,14% [2].

Hội chứng Cushing chiếm đa số các trường hợp u vỏ thượng thận (135 BN = 56,84%) với biểu hiện tăng huyết áp (> 80%), thay đổi tính tình, xét nghiệm cortisol máu cao (> 60%) và tăng đường máu. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2008) nghiên cứu 16 trường hợp PTNS sau phúc mạc cắt u thượng thận thấy u chức năng chiếm 56,25% [1].

Hội chứng Conn chiếm 20,63% các trường hợp u vỏ thượng thận, với biểu hiện chính là tăng huyết áp thường xuyên, kèm theo hạ kali máu, người mệt mỏi và liệt nhẹ từng đợt. Tsuru N. (2005) qua tổng hợp kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới cho thấy tỷ lệ gặp hội chứng Conn lên đến 60 - 70% [8].

U tủy thượng thận thường biểu hiện là những cơn cao huyết áp kịch phát trên người trẻ, kèm theo có ra mồ hôi tay, hồi hộp khó thở, xét nghiệm đặc hiệu catecholamine tăng cao. Zacharias.M (2006) nghiên cứu 52 trường hợp cắt UTTT nội soi (34 BN có u lành tính) cho thấy tỷ lệ u tủy thượng thận 14,71% [9].

Kích thước khối u trung bình  $52,29 \pm 2,31$  mm. Kết quả khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với Ngô Xuân Thái (2009): 5,1 (1 - 13) cm. Bhat. HS (2007) nghiên cứu cắt UTTT nội soi trên 2 nhóm: 11 BN có kích thước  $u > 6$  cm, 25 BN có kích thước  $u \leq 6$  cm, cho thấy kích thước u trung bình của 2 nhóm lần lượt là  $8 \pm 1,47$  cm và  $4,1 \pm 1,27$  cm [2, 4].

## **2. Lựa chọn chỉ định.**

Đa số các tác giả đều thừa nhận vai trò của PTNS trong cắt bỏ UTTT. Việc lựa chọn chỉ định cho những khối u có kích thước nhỏ là hoàn toàn hợp lý, vậy giới hạn độ lớn của khối u là bao nhiêu để lựa chọn? Hiện nay đang còn nhiều quan điểm. Winfield HN đưa ra mức giới hạn 6 cm trong khi Godellas, CV cho rằng những khối u  $> 8$  cm thì nên mổ mổ [1].

Để nhìn nhận vấn đề một cách khách quan, qua những nghiên cứu của mình, Gagner M (1997) và Smith CD (1999) đã đưa ra một số căn cứ chống chỉ định tuyệt đối cho PTNS cắt UTTT, đó là: kích thước khối u  $> 10$  cm; tính chất ác tính của khối u: những khối u có thâm nhiễm xung quanh, di căn hạch, di căn xa; tình trạng toàn thân và tiền sử ngoại khoa không cho phép [5, 7].

Lựa chọn chỉ định trong nghiên cứu này căn cứ theo quan điểm trên ngay từ đầu, chỉ có 4 trường hợp khối u có kích thước  $\approx 10$  cm, những trường hợp này có triệu chứng lâm sàng không tương ứng với độ lớn của khối u, tuy nhiên quá trình phẫu thuật vẫn thuận lợi, chỉ có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở do u có nhiều mạch tân tạo gây chảy máu.

## **3. Xử lý mạch máu và hiện tượng rối loạn huyết động.**

Kỹ thuật bộc lộ và xử lý mạch máu đóng vai trò quan trọng cho thành công cuộc mổ. Smith. CD (1999) [7] khuyên nên bộc lộ phía trong và dưới của tuyến trước để tiện tiếp cận tĩnh mạch thượng thận chính (bên phải đổ vào mặt bên sau của TMCD, bên trái đổ vào phía trên của tĩnh mạch thận trái). Gagner. M (1997), Nguyễn Đức Tiến (2006) [3, 5] cho rằng thứ tự xử lý mạch máu TTT nên là: tĩnh mạch thượng thận chính, cuống mạch thượng thận giữa, cuống mạch thượng thận trên và động mạch thượng thận dưới.

Rối loạn huyết động trong nghiên cứu gặp 20,79%. Tăng huyết áp thường xuất hiện khi bóc tách tuyến (đặc biệt trong u tủy thượng thận), xử trí thường phải dùng hạ áp bằng loxen. Tụt huyết áp thường xảy ra khi kẹp tĩnh mạch thượng thận chính, xử trí không dùng co mạch mà chỉ nên bù đủ dịch căn cứ vào áp lực tĩnh mạch trung tâm. Theo Nguyễn Đức Tiến (2006) [3], để giảm nguy cơ rối loạn huyết động trong mổ cần: hạn chế tối đa kích thích vào tuyến; chủ động kẹp tĩnh mạch thượng thận chính sớm; ngừng phẫu tích và hạ áp lực  $CO_2$  còn 5 - 8 mmHg ngay khi có rối loạn huyết động.

## **4. Một số kết quả.**

Thời gian mổ trung bình  $98 \pm 41,5$  phút (40 - 240 phút). BN hội chứng Cushing có thời gian mổ trung bình  $142 \pm 35,6$  phút (100 - 240 phút), dài hơn có ý nghĩa thống kê so với thời gian mổ trung bình của toàn nghiên cứu ( $p < 0,01$ ). Do BN có hội chứng Cushing thường béo phì, thành bụng và lớp mỡ cạnh thận dày nên gây cản trở đến quá trình phẫu thuật. Thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn không có ý nghĩa thống kê so với Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2008): 125,3 (70 - 210) phút; Gagner. M (1997): 123 (80 - 360) phút [1, 5].

Lượng máu mất trung bình  $115,25 \pm 28,14$  ml (50 - 650 ml). Mất máu chủ yếu là do chảy rỉ rả diện phẫu tích, trường hợp mất nhiều là do chảy từ các mạch TTT. 10,72% truyền máu, trong đó có những trường hợp chuyển mổ mở để cầm máu. So sánh kết quả của chúng tôi

thấy khác biệt không có ý nghĩa thống kê với Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2008): 64 ml (25 - 300). Zacharias M (2006): 50 - 300 ml [1, 9].

Thời gian nằm viện trung bình  $5,24 \pm 1,7$  ngày. Ngắn hơn không đáng kể so với Ngô Xuân Thái (2009) (6,2 ngày). Qua nghiên cứu, Lubikowski J (2010) thấy thời gian nằm viện đối với mổ nội soi ( $4,6 \pm 2,2$  ngày) ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với mổ mở ( $6,8 \pm 3,6$  ngày),  $p < 0,0001$  [2, 6].

Tỷ lệ tai biến 11,16%; biến chứng sau mổ 8,75% và chuyển mổ mở 6,78%. Các tai biến-biến chứng thường gặp: chảy máu rỉ rả diện phẫu tích hay từ các mạch máu thận, tuyến thượng thận; tổn thương gan lách; cao huyết áp sau mổ; hạ kali huyết và đau vai gáy. Tất cả các tai biến-biến chứng đều được xử lý ổn định. Theo Lubikowski. J (2010), tỷ lệ tai biến 11,5% và biến chứng 6,6%. Zacharias. M (2006) gặp 6% và 0% [6, 9].

Kiểm tra lại sau 6 tháng trên 62 BN thấy không có nhiễm trùng hay thoát vị chân lỗ trocar, kết quả siêu âm không có tái phát u, kết quả sinh hóa tiến triển về bình thường.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 475 BN PTNS ổ bụng cắt UTTT: tuổi trung bình  $38,1 \pm 14,9$ ; nữ 79,16%; u bên phải 60,28%; u vỏ thượng thận 50%; u tủy thượng thận 40,12%; nang TTT 9,88%, chúng tôi nhận thấy:

Nên lựa chọn chỉ định cho UTTT lành tính có kích thước khối u trung bình  $52,29 \pm 2,31$  mm và không quá lớn ( $< 10$  cm). Chúng tôi chưa có đủ số liệu kết luận cho những trường hợp u ác tính.

Kết quả: thời gian mổ trung bình  $98 \pm 41,5$  phút (40 - 240 phút); lượng máu mất trung bình  $115,25 \pm 28,14$  ml (50 - 650); thời gian nằm viện trung bình  $5,24 \pm 1,7$  ngày; tai biến trong mổ 11,16%; biến chứng sau mổ 8,75%; chuyển mổ mở 6,78%; kiểm tra sau 6 tháng cho kết quả tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và CS. Cắt u tuyến thượng thận qua nội soi sau phúc mạc. Y học TP.HCM. 2008, 12 (4), pp.221-226.
2. Ngô Xuân Thái, Trần Ngọc Sinh, Vũ Lê Chuyên. Kết quả điều trị phẫu thuật 251 trường hợp cắt u tuyến thượng thận trong một nghiên cứu đa trung tâm. Y học thực hành. 2009.
3. Nguyễn Đức Tiến. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị PTNS cắt u tuyến thượng thận lành tính tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1998 - 2005. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. Hà Nội. 2006.
4. Bhat HS et al. Laparoscopic adrenalectomy is feasible for large adrenal masses > 6 cm. Asian Jour of Surg. 2007, 30 (1), pp.52-56.
5. Gagner M, Pomp A, Heniford T, Pharand D, Lacroix A. Laparoscopic adrenalectomy lessons learned from 100 consecutive procedures. Annals of Surgery. 1997, 226 (3), pp.238-247.
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. Smith CD, Collin JW, Amerson JR. Laparoscopic adrenalectomy: New gold standard. World J of Surgery. 1999, 23 (4), pp.389-396.
8. Tsuru N, Suzuki K. Laparoscopic adrenalectomy. Jour of Mini Access Surg. 2005, 1 (4), pp.165-172.

9. Zacharias M, Haese A, Jurczok A, Stolzenburg JU, Fornara P. Transperitoneal laparoscopic adrenalectomy: Outline of the preoperative management, surgical approach, and outcome. *European Urology*. 2006, 49, pp.448-459.