Vietnam Journal of Community Medicine, Vol 62, No 5 (2021) 99-105

EVALUATING THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY CUT BENIGN ADRENAL TUMOR RETROPERITONEAL ROAD IN VIETNAM GERMAN FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2018

Hoang Khac Tuan Anh[1,*], Nguyen Thi Nhung[1], Le Tuan Anh[2]

[1]*Hanoi University of Public Health*
[2]*Hanoi Medical University*

Received 05/04/2021
Revised 20/05/2021; Accepted 30/06/2021

ABSTRACT

A descriptive regression study evaluating surgical outcomes of 67 patients diagnosed with benign adrenal tumors and treated with retroperitoneal laparoscopic surgery at Viet Duc Hospital in 2018. Results: For Surgical subjects mainly belonged to ASA group I or II, the average surgery time of the study subjects was 71.04 ± 23.50. In the group of pathological tumors, the surgical time of the group of patients with non-secretory tumours was the longest (74.2 ± 23.2 minutes); The operative time of the group of patients with Conn's disease was the shortest (67.5 ± 26.1 minutes). The average operating time of the group of tumors from 1-10mm in size was 60 minutes. 66/67 patients with total thoracic resection due to tumor accounted for 98.5%. Only 1/67 patients with selective resection of TTT. Out of a total of 67 patients studied, there were 2 patients with subcutaneous emphysema, accounting for 3.0%.

Keywords: Laparoscopic surgery, benign adrenal tumor resection, retroperitoneum.

*Corressponding author
Email address: hkta@huph.edu.vn
Phone number: (+84) 973 296 528
https://doi.org/10.52163/yhcd.v62i5.145

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN THƯỢNG THẬN LÀNH TÍNH ĐƯỜNG SAU PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2018

Hoàng Khắc Tuấn Anh[1,*], Nguyễn Thị Nhung[1], Lê Tuấn Anh[2]

[1]*Trường Đại học Y tế Công cộng*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*

Ngày nhận bài: 05 tháng 04 năm 2021
Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 05 năm 2021; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 06 năm 2021

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi quy đánh giá kết quả phẫu thuật của 67 bệnh nhân được chẩn đoán là u tuyến thượng thận lành tính và được điều trị phẫu thuật nội soi đường sau phúc mạc tại Bệnh viện Việt Đức năm 2018. Kết quả: Đối tượng phẫu thuật chủ yếu thuộc nhóm ASA I hoặc II, thời gian mổ trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 71,04 ± 23,50. Trong các nhóm bệnh lý u TTT thì thời gian mổ của nhóm BN u TTT không chế tiết là lâu nhất (74,2 ± 23,2 phút); thời gian mổ của nhóm BN HC Conn là ngắn nhất (67,5 ± 26,1 phút). Thời gian mổ trung bình của nhóm u kích thước từ 1-10mm là 60 phút. 66/67 BN cắt toàn bộ TTT do u TTT chiếm tỷ lệ 98,5%. Chỉ có 1/67 BN cắt chọn lọc u TTT. Trong tổng số 67 BN nghiên cứu, có 2 BN có tràn khí dưới da chiếm tỷ lệ 3,0%.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, cắt u tuyến thượng thận lành tính, sau phúc mạc.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến thượng thận (TTT) là một bệnh lý u hiếm gặp phát triển bên trong tuyến thượng thận. Do phát triển bắt đầu từ bên trong tuyến thượng thận nên khối u gây ra tình trạng thay đổi các hormon làm tổn hại đến các cơ quan và gây nguy hiểm đến sức khỏe người bệnh. Điều trị ngoại khoa là một biện pháp điều trị quan trọng bệnh lý u tuyến thượng thận và trong nhiều trường hợp là điều trị duy nhất có hiệu quả. Các bệnh lý thường gặp nhất có thể giải quyết bằng phẫu thuật là bệnh Conn (cường aldosterone nguyên phát) do TTT , hội chứng Cushing do u TTT, u sắc bào tủy TTT và các loại ung thư TTT [2]. Trên thế giới, điều trị u tuyến thượng thận bằng ngoại khoa đã được nhiều tác giả nghiên cứu. Tuy nhiên, phẫu thuật kinh điển vẫn là một thách thức: đường tiếp cận u TTT khó, rối loạn huyết động cao trong mổ, hậu phẫu phức tạp, thời gian nằm viện kéo dài (12-16 ngày), nhất là tỷ lệ tử vong rất cao (10-20%) [1], vì thế cho đến nay phẫu thuật u TTT vẫn luôn là phẫu thuật nặng nề. Năm 1992, Gagner thực hiện thành công phẫu thuật cắt bỏ u TTT qua nội soi, nó đã khắc phục được những nhược điểm của phẫu thuật kinh điển, mở ra thời kỳ mới trong lịch sử điều trị ngoại khoa u tuyến thượng thận. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận lành tính đường sau phúc mạc tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2018.

*Tác giả liên hệ
Email: hkta@huph.edu.vn
Điện thoại: (+84) 973 296 528
https://doi.org/10.52163/yhcd.v62i5.145

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán là u tuyến thượng thận lành tính và được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi đường sau phúc mạc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các hồ sơ, bệnh án không có đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu

*** Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018.

*** Cỡ mẫu**

Toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 67 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

*** Tiến hành nghiên cứu**

Bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa vào các nội dung của chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng có các hội chứng: Cushing, Conn, Apert-Gallais, U tủy thượng thận, U tuyến thượng thận không triệu chứng và chẩn đoán xác định có u tuyến thượng thận trên siêu âm và CLVT.

Phương pháp thu thập số liệu bằng hồi cứu theo bệnh án nghiên cứu do nhóm nghiên cứu thực hiện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Nguy cơ gây mê phân loại theo ASA

ASA	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
I	29	43,3
II	36	53,7
III	2	3,0
IV	0	0,0
V	0	0,0
Tổng	**67**	**100,0**

Kết quả ở bảng 1cho thấy: đối tượng phẫu thuật chủ yếu thuộc nhóm ASA I hoặc II, tức là BN trong nhóm nghiên cứu không có nguy cơ gây mê hoặc nguy cơ gây mê mức độ nhẹ.

Bảng 2: Liên quan thời gian mổ (phút) và vị trí khối u (n/%)

Vị trí / Thời gian	U bên trái	U bên phải	Tổng
≤ 70	22 (48,9)	23 (51,1)	45 (100,0)
71-100	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (100,0)
> 100	3 (37,5)	5 (67,5)	8 (100,0)
Tổng	32 (47,8)	35 (52,2)	67 (100,0)
Trung bình (phút)	70,31 ± 21,33	71,71 ± 25,61	71,04 ± 23,50

Thời gian mổ trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 71,04 ± 23,50**.** Nhóm BN có thời gian mổ ≤ 70 phút chiếm tỷ lệ cao nhất là 45/67 (67,2%), nhóm có thời gian mổ > 100 phút chiếm tỷ lệ ít nhất là 8/67 (11,9%). Sự khác biệt về thời gian mổ ở 2 bên là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3: Liên quan thời gian mổ và bệnh học u TTT

Bệnh lý	**Thời gian mổ trung bình (phút)**	**Thời gian mổ (n/%)**			**Tổng**
		≤ 70	**71-100**	**> 100**	
HC Cushing	70,0 ± 28,3	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	2 (100,0)
HC Conn	67,5 ± 26,1	13 (65,0)	5 (25,0)	2 (10,0)	20 (100,0)
Pheochromocytome	68,3 ± 20,8	8 (66,7)	3 (25,0)	1 (8,3)	12 (100,0)
U không chế tiết	74,2 ± 23,2	23 (69,7)	5 (15,2)	5 (15,2)	33 (100,0)

Trong các nhóm bệnh lý u TTT thì thời gian mổ của nhóm BN u TTT không chế tiết là lâu nhất (74,2 ± 23,2 phút); thời gian mổ của nhóm BN HC Conn là ngắn nhất (67,5 ± 26,1 phút). Tuy nhiên, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê vớp p > 0,05.

Bảng 4: Liên quan thời gian mổ và kích thước khối u

Kích thước khối u (mm)	**Thời gian mổ trung bình (phút)**	**Thời gian mổ (n/%)**			**Tổng**
		≤ 70	**71-100**	**> 100**	
1-10	60,0	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)
11-30	68,29 ± 23,5	28 (68,3)	9 (22,0)	4 (9,8)	41 (100,0)
31-60	77,7 ± 24,5	13 (59,1)	5 (22,7)	4 (18,2)	22 (100,0)
> 60	70	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
p	> 0,05				

Ở cả 4 nhóm kích thước khối u TTT thì tỷ lệ thời gian mổ ≤ 70 phút chiếm cao nhất. Thời gian mổ trung bình của nhóm u kích thước từ 1-10mm là 60 phút, nhóm u kích thước từ 11-30mm là 68,29 ± 23,5mm, nhóm u kích thước 31-60mm là 77,7 ± 24,5. Tuy nhiên, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 5: Cách thức phẫu thuật các u TTT nội soi sau phúc mạc

U TTT	n	Cắt toàn bộ TTT	Cắt chọn lọc u TTT
HC Cushing	2	2	0
HC Conn	20	20	0
Pheochromocytome	12	12	0
U không chế tiết	33	32	1
Tổng	67	66	1

Bảng 5 cho thấy, có 66/67 BN cắt toàn bộ TTT do u TTT chiếm tỷ lệ 98,5%. Chỉ có 1/67 BN cắt chọn lọc u TTT.

Bảng 6: Tai biến trong mổ

Tai biến	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	0	0,0
Tràn khí dưới da	2	3,0
Tổn thương tạng	0	0,0
Tổn thương mạch	0	0,0
Rối loạn huyết động	0	0,0
Tổng	2	3,0

Trong tổng số 67 BN nghiên cứu, có 2 BN có tràn khí dưới da chiếm tỷ lệ 3,0%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 1 cho thấy, trong nhóm nghiên cứu, chỉ định mổ nội soi nằm ở nhóm ASA I là 43,3%; nhóm ASA II là 53,7% và chỉ có 3% BN thuộc nhóm ASA III (phân loại theo hiệp hội gây mê Hoa Kỳ). Như vậy đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu thuộc nhóm ASA I và II. Ở một số nghiên cứu khác: Kozłowski T. [4] nghiên cứu ở cả nhóm mổ nội soi đường trong phúc mạc và sau phúc mạc đề có chỉ số ASA trung bình là III; Myśliwiec P. [14] có chỉ số ASA trung bình là 2,56; Zhu W. [9] nghiên cứu trên 101 BN mổ đường sau phúc mạc có chỉ số ASA III/IV là 28,71%; Nguyễn Đức Tiến [5] số BN trong nhóm nghiên cứu mổ nội soi nằm ở nhóm ASA II là 68,42% và ASA III là 31,58%, tác giả cho rằng đó là giới hạn an toàn đảm bảo thành công của gây mê hồi sức trong và sau mổ.

- Thời gian mổ trung bình của nhóm nghiên cứu là 71,04 ± 23,50 phút. Nhìn chung các tác giả đều có kết quả thời gian mổ đường sau phúc mạc là nhanh hơn đường trong phúc mạc [14],[3],[4].

Thời gian mổ phụ thuộc vào các yếu tố:

- Kinh nghiệm của phẫu thuật viên: Thường là những trường hợp đầu tiên do bước đầu triển khai kỹ thuật mới phương tiện chưa đầy đủ, chưa quen máy móc. Gây mê hồi sức, phẫu thuật viên còn chưa có kinh nghiệm vì thế thời gian mổ lâu hơn.

- Thể trạng bệnh nhân: Đối với những bệnh nhân béo phì, thành bụng dày mỡ đôi khi trong một số trường hợp do chưa có kinh nghiệm đặt trocart dẫn tới chiều dài của một số dụng cụ không đủ để thực hiện một số thao tác, hơn nữa trong những trường hợp này lớp mỡ quanh thận lại rất dày che lấp hoàn toàn khối u, phải thực hiện cắt bớt tổ chức mỡ sau phúc mạc quanh thận và tuyến thượng thận.

- Kích thước khối u: Qua bảng 2 cho thấy khối u kích thước càng lớn, thời gian mổ càng lâu. Theo Nguyễn Đức Tiến [5] với những khối u có kích thước > 50mm thời gian mổ lâu hơn do tăng sinh mạch máu, xâm lấn,

chèn ép xung quanh làm hẹp trường mổ, khó khăn khi di động, phẫu tích giải phóng u, đặc biệt khi kiểm soát TMTTTC bên phải, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p = 0,03. Tuy nhiên theo kết quả trên nhóm nghiên cứu thì sự khác biệt về thời gian mổ theo kích thước khối u trong đề tài là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

- Bản chất khối u: Thời gian mổ kéo dài gặp ở u chế tiết, do khó khăn trong mổ và hồi sức bệnh nhân, u dễ nhạy cảm với kích thích trong mổ, dễ giải phóng hormon, làm rối loạn huyết động trong mổ nhất là những bệnh nhân có rối loạn nội tiết trước mổ, hay gặp pheochromocytome. Janetschek [12] thông báo thời gian mổ cho pheochromocytome là 150 phút (90-240), Mobius C. D. [14] là 243 phút (125-360), Nguyễn Đức Tiến [5] là 96,75 ± 52,39 phút. Hisano (2012) [6] khi nghiên cứu mổ cắt u tuyến thượng thận đường sau phúc mạc cũng thấy rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh thời gian mổ pheochromocytome với các khối u tuyến thượng thận khác (80 phút so với 62 phút). Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ của pheochromocytome là 68,3 ± 20,8 phút (bảng 3).

Nghiên cứu của Pietrabissa. A từ năm 1994-1997 đã mô tả chi tiết 28 trường hợp tai biến chảy máu khi mổ cắt u TTT qua nội soi có 14 trường hợp liên quan đến TMTTC (2 trường hợp tuột clip), 10 trường hợp không rõ nguồn gốc, 2 trường hợp vết thương TMCD, 1 trường hợp chảy máu từ diện bóc tách và 1 trường hợp khối máu tụ lớn sau phúc mạc. Bảng 4 cho thấy, có hai trường hợp tai biến chiếm 3% và hai trường hợp đó là tràn khí dưới da, không có trường hợp nào gặp các tai biến khác là chảy máu, tổn thương tạng, tổn thương mạch hay rối loạn huyết động. Nghiên cứu cũng không có trường hợp nào chuyển mổ mở do các tai biến trong mổ. Kết quả nghiên cứu về tai biến trong mổ của Stocker là 0% [8]. Nghiên cứu đường mổ sau phúc mạc, Zhu W. [9] thông báo có 45,54% BN rối loạn huyết động, 5,94% chuyển mổ mở; Xu [3] thông báo có 1/40 BN phải truyền máu do mất máu trong mổ, 19/40 BN có rối loạn huyết động.

5. KẾT LUẬN

- Thời gian mổ trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 71,04 ± 23,50**.** Nhóm BN có thời gian mổ ≤ 70 phút chiếm tỷ lệ cao nhất là 45/67 (67,2%), nhóm có thời gian mổ > 100 phút chiếm tỷ lệ ít nhất là 8/67 (11,9%)

- Trong các nhóm bệnh lý u TTT thì thời gian mổ của nhóm BN u TTT không chế tiết là lâu nhất (74,2 ± 23,2 phút); thời gian mổ của nhóm BN HC Conn là ngắn nhất (67,5 ± 26,1 phút)

- Ở cả 4 nhóm kích thước khối u TTT thì tỷ lệ thời gian mổ ≤ 70 phút chiếm cao nhất. Thời gian mổ trung bình của nhóm u kích thước từ 1-10mm là 60 phút, nhóm u kích thước từ 11-30mm là 68,29 ± 23,5mm, nhóm u kích thước 31-60mm là 77,7 ± 24,5

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Chuyen VL, Laparoscopic adrenalectomy at Binh Dan hospital in the year 2000-2004, Surgery, 2004; 54(6): 25-31.

[2] Lo CY, Tam PC, Kung AW et al., Primary aldosteronism: Results of surgical treatment. Ann Surg, 1996; 224(2):125–130.

[3] Xu W., Li H., Ji Z., et al., Comparison of Retroperitoneoscopic Versus Transperitoneoscopic Resection of Retroperitoneal Paraganglioma. Medicine (Baltimore), 2015; 94(7).

[4] Kozłowski T, Choromanska B, Wojskowicz P et al., Laparoscopic adrenalectomy: lateral transperitoneal versus posterior retroperitoneal approach - prospective randomized trial, Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne, 2019; 14(2): 160–169.

[5] Tien ND, Research on diagnosis and laparoscopic treatment of benign adrenal tumors at Viet Duc hospital in the period 1998-2005, Thesis of Doctor of Medicine, Hanoi Medical University, 2004. (in Vietnamese)

[6] Hisano M, Vicentini FC, Srougi M, Retroperitoneoscopic adrenalectomy in pheochromocytoma, Clinics (Sao Paulo), 2012; 67(1): 161–167.

[7] Brunt LM, Minimal access adrenal surgery, Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques, 2006; 20(3): 351–361.

[8] Thomson BNJ, Moulton CA, Davies M et al., Laparoscopic adrenalectomy for phaeochromocytoma: with caution, ANZ J Surg, 2004; 74(6): 429–433.

[9] Zhu W, Wang S, Du G et al., Comparison of retroperitoneal laparoscopic versus open adrenalectomy for large pheochromocytoma: a single-center retrospective study, World J Surg Oncol., 2019; 17(1): 111.

[10] Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y et al., Is Laparoscopic Partial or Cortical-Sparing Adrenalectomy Worthwhile?, European Surgery, 2003; 35(2): 89–92.

[11] Walz MK, Peitgen K, Diesing D et al., Partial versus total adrenalectomy by the posterior retroperitoneoscopic approach: early and long-term results of 325 consecutive procedures in primary adrenal neoplasias, World journal of surgery, 2004; 28(12): 1323–1329.

[12] Neumann HPH, Bender BU, Reincke M et al., Adrenal-sparing surgery for phaeochromocytoma, British Journal of Surgery, 1999; 86(1): 94–97.

[13] Brauckhoff M, Kaczirek K, Thanh PN et al., Technical aspects of subtotal endoscopic adrenalectomy, European surgery, 2003; 35(2): 84–88.

[14] Myśliwiec P, Marek-Safiejko M, Lukaszewicz J et al., Videoscopic adrenalectomy - when does retroperitoneal seem better?, Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne, 2003; 9(2): 226–233.