Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 13, 26-29

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF TWO LARGE HEPATIC CYSTS LOCATED IN TWO DIFFERENT LIVER LOBES

Nguyen Thanh Dung*, Truong Quang Bao, Vo Dinh Thinh

Department of General Surgery, 30-4 Hospital, Ministry of Public Security – No. 9 Su Van Hanh, An Dong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 19/07/2026
Revised: 19/08/2026; Accepted: 03/09/2026

ABSTRACT

Background: Large liver cysts causing compression or rupture require surgical intervention, with laparoscopic wide deroofing being the current standard method.

Case report: A 52-year-old female was admitted with a 2-day history of epigastric pain, without fever or jaundice, and a 3-year history of monitored liver cysts. MRI revealed two large cysts (segment IV 10 cm; segment VIII 12 cm, both with thin walls and no septations) and three small cysts. Serological tests for parasites and tumor markers were within normal limits.

Intervention and clinical course: The patient underwent laparoscopic deroofing of both liver cysts. Intraoperative findings showed a ruptured segment IV cyst and a tense segment VIII cyst. Laparoscopic wide deroofing was performed using an ultrasonic scalpel, combined with omentopexy into the right cyst cavity to obliterate dead space and optimize secretion drainage. The operative time was 50 minutes with no blood loss. The postoperative course was stable, with discharge on day 5 and benign histopathology. Follow-up at 1, 3, and 6 months showed no fluid recurrence on ultrasound.

Conclusion: Laparoscopic deroofing using an ultrasonic scalpel combined with omentopexy is a safe and effective method for large liver cysts complicated by rupture, helping to obliterate dead space and minimize postoperative fluid collection.

Keywords: Hepatic cyst; Simple hepatic cyst; Laparoscopic hepatic cyst deroofing.

*Corresponding author
Email: thanhdung304tphcm@gmail.com **Phone**: (+84) 944149417 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6396

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ 2 U NANG GAN LỚN Ở 2 THÙY GAN

Nguyễn Thanh Dũng*, Trương Quang Bảo, Võ Đình Thịnh

Khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh viện 30-4, Bộ Công An - Số 9, Sư Vạn Hạnh, P. An Đông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 19/07/2026
Ngày sửa: 19/08/2026; Ngày đăng: 03/09/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nang gan lớn gây chèn ép hoặc biến chứng vỡ cần can thiệp ngoại khoa, trong đó phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt chỏm nang rộng rãi là phương pháp tiêu chuẩn hiện nay.

Báo cáo ca: Bệnh nhân nữ, 52 tuổi, nhập viện vì đau bụng thượng vị 2 ngày, không sốt, không vàng da, tiền sử theo dõi nang gan 3 năm. MRI ghi nhận hai nang lớn (HPT IV 10 cm, HPT VIII 12 cm, thành mỏng, không vách ngăn) và ba nang nhỏ; huyết thanh ký sinh trùng âm tính và các dấu ấn ung thư trong giới hạn bình thường.

Can thiệp và diễn tiến: Chỉ định PTNS cắt chỏm 2 nang gan. Trong mổ: nang HPT IV vỡ, nang HPT VIII căng. PTNS cắt chỏm 2 nang bằng dao siêu âm, kết hợp cố định mạc nối lớn vào lòng nang gan phải nhằm lấp đầy khoảng chết và tối ưu dẫn lưu dịch. Thời gian mổ 50 phút, không mất máu. Hậu phẫu ổn định, xuất viện ngày thứ 5; giải phẫu bệnh nang lành tính. Tái khám sau 1, 3 và 6 tháng siêu âm không ghi nhận tái phát dịch.

Kết luận: PTNS cắt chỏm nang bằng dao siêu âm kết hợp cố định mạc nối lớn là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với nang gan lớn có biến chứng vỡ, giúp lấp đầy khoảng chết và giảm dịch tồn lưu hậu phẫu.

Từ khóa: Nang gan; nang gan đơn thuần; phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang gan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang gan đơn thuần chiếm khoảng 2,5% – 18% dân số [1] và thường tiến triển âm thầm. Tuy nhiên, khi nang phát triển kích thước lớn (>10 cm), áp lực dịch bài tiết tăng dễ gây triệu chứng chèn ép (đau bụng, căng tức hạ sườn phải, thượng vị) hoặc biến chứng cấp tính như xuất huyết trong nang, nhiễm trùng hoặc vỡ nang vào khoang phúc mạc. Can thiệp ngoại khoa là bắt buộc đối với các nang có triệu chứng hoặc biến chứng.

Năm 1968, Lin và cộng sự đã đề xuất kỹ thuật cắt chỏm nang (deroofing) [2]. Sự phát triển của phẫu thuật ít xâm lấn đã đưa phẫu thuật nội soi trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị nang gan, PTNS được chứng minh là khả thi, an toàn và thẩm mỹ, đặc biệt ở các vị trí giải phẫu thuận lợi [3].

Báo cáo này trình bày ca lâm sàng PTNS cắt rộng đồng thời hai nang gan lớn ở hai thùy gan bằng dao siêu âm, kết hợp cố định mạc nối lớn vào lòng nang trong bệnh cảnh có một nang đã vỡ.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Bệnh sử và khám lâm sàng

Bệnh nhân N. T. A nữ, 52 tuổi, nhập viện ngày 20/05/2025 vì đau bụng vùng thượng vị.

Bệnh sử: Cách đây 3 năm bệnh nhân được chẩn đoán nang gan có siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính (nhiều nang, nang lớn 6cm), không đau bụng, không vàng da, được theo dõi định kỳ siêu âm kiểm tra 6 tháng/1 lần. Cách 2 ngày trước nhập viện: Bệnh nhân đau bụng thượng vị âm ỉ liên tục, không sốt, không vàng da đi khám Bệnh viện 30-4.

Tại thời điểm nhập viện: Sinh hiệu ổn định (Mạch 80 lần/phút, Huyết áp 120/80 mmHg, nhiệt độ 37°C). Bệnh nhân đau bụng thượng vị, không sốt, không vàng da. Khám bụng mềm, ấn đau tức vùng thượng vị và hạ sườn phải, không có phản ứng thành bụng.

2.2. Cận lâm sàng:

Chụp cộng hưởng từ (MRI) bụng có tiêm thuốc tương phản: 2 nang gan lớn cùng 2 - 3 nang nhỏ (kích thước từ 0,2 - 2 cm, tổng cộng có 5 nang. Hai nang lớn gồm:

- Nang gan HPT VIII: Kích thước 12 cm, vách mỏng, bờ đều, không bắt thuốc, không có vách ngăn, chứa dịch đồng nhất, không thông đường mật.

- Nang gan HPT IV: Kích thước 10 cm, vách mỏng, bờ đều, không bắt thuốc, không có vách ngăn, chứa dịch đồng nhất, không thông đường mật.

Xét nghiệm máu: Công thức máu, chức năng gan, thận, đông máu trong giới hạn bình thường. Các dấu ấn u: CEA = 0,5 ng/ml, CA 19-9 = 27 U/L, AFP = 4 ng/ml (đều trong giới hạn bình thường). Huyết thanh ký sinh trùng âm tính. Nội soi dạ dày - tá tràng bình thường.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

U tuyến nang đường mật / Ung thư biểu mô tuyến nang: Được loại trừ trên MRI nhờ đặc điểm vách mỏng đều, không có chồi sùi, không bắt thuốc cản quang tương phản ở thành nang (Hình 1).

Nang sán lá gan lớn / Nang sán chó: Loại trừ dựa vào kết quả xét nghiệm huyết thanh ký sinh trùng âm tính và hình ảnh học không có lớp vỏ vôi hóa hay vách nang bên trong.

2.4. Chẩn đoán xác định

Hai nang gan đơn thuần lớn ở hai thùy gan, theo dõi biến chứng vỡ nang.

2.5. Điều trị phẫu thuật

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, nằm ngửa, dạng hai chân. Phẫu thuật viên đứng giữa hai chân bệnh nhân.

*Tác giả liên hệ
Email: thanhdung304tphcm@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 944149417 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6396

Bước 1 (Đặt trocar và thám sát): Trocar 10 mm bờ trên rốn, áp lực CO2 12 mmHg. Quan sát qua camera 30 độ thấy nang HPT IV vỡ, nang HPT VIII căng. Đặt thêm 3 trocar (hai trocar 5 mm hạ sườn phải/trái và một trocar 10 mm dưới mỏm mũi kiếm) để tạo góc thao tác tối ưu.

Bước 2 (Xử lý nang gan HPT VIII): Dùng móc đốt điện mở bao nang, hút 800 ml dịch trong suốt. Dùng dao siêu âm cắt rộng chỏm nang sát nhu mô gan. Kiểm tra không thấy thông đường mật.

Bước 3 (Xử lý nang gan HPT IV): Mở rộng vị trí vỡ, hút 600 ml dịch, cắt rộng vách nang bằng dao siêu âm, cầm máu kỹ diện cắt bằng đốt điện lưỡng cực.

Bước 4 (Cố định mạc nối lớn): Phẫu tích vạt mạc nối lớn có cuống mạch nuôi, kéo lên và khâu cố định vào lòng hốc nang nhằm triệt tiêu khoảng chết và dẫn lưu dịch tự nhiên.

Bước 5: Đặt ống dẫn lưu dưới hoành phải và dưới gan trái.

Thời gian mổ: 50 phút, lượng máu mất không đáng kể.

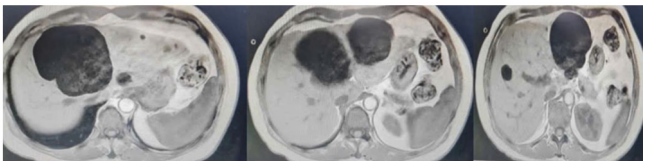
2.6. Diễn tiến hậu phẫu

Ngày hậu phẫu 2: 2 ống dẫn lưu ít dịch, bệnh nhân ăn nhẹ và đi lại trong phòng bệnh.

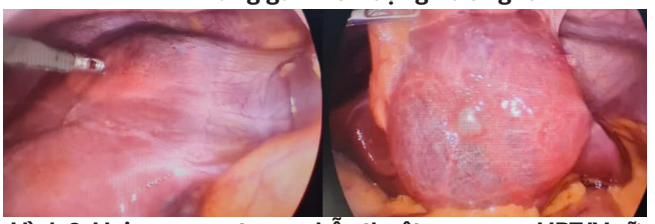
Ngày hậu phẫu 3 - 4: Rút ống dẫn lưu (siêu âm không dịch ổ bụng), bệnh nhân phục hồi tốt.

Ngày hậu phẫu 5: Xuất viện, kết quả giải phẫu bệnh nang gan lành tính.

Theo dõi định kỳ: Tái khám sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng (siêu âm kiểm tra không tái phát dịch).



Hình 1. Nang gan trên cộng hưởng từ



Hình 2. Hai nang gan trong phẫu thuật, nang gan HPT IV vỡ



Hình 3. Quy trình PTNS cắt chỏm nang gan, cố định mạc nối lớn

3. BÀN LUẬN

Theo Hiệp hội Nghiên cứu về Gan mật Châu Âu (EASL), bệnh gan đa nang được xác định khi có trên 10 nang gan [1]. Bệnh nhân trong ca lâm sàng này có tổng cộng 5 nang gan, trong đó có 2 nang lớn gây triệu chứng đau và 1 nang biến chứng vỡ. Do đó, đây là trường hợp nang gan đơn thuần tiến triển, nhiều nang kèm biến chứng, đòi hỏi can thiệp ngoại khoa tích cực [3]. Hiện nay PTNS cắt chỏm nang đã thay thế mổ mở, trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn điều trị nhờ ưu điểm giảm đau sau mổ, thẩm mỹ và rút ngắn thời gian nằm viện [4]. Trước đây, chọc hút dịch nang dưới hướng dẫn của siêu âm nhưng các bằng chứng dài hạn cho thấy tỷ lệ tái phát dịch gần như là tuyệt đối do lớp tế bào biểu mô lót lòng nang vẫn còn tiết dịch không được triệt tiêu [5].

Để có cái nhìn khách quan về việc xử lý các nang kích thước lớn, Bảng 1 tổng hợp một số ca lâm sàng được ghi nhận gần đây trong y văn thế giới:

Bảng 1. Đối chiếu các ca nang gan lớn gần đây

Tác giả	Năm	Tuổi	Giới	Triệu chứng	Kích thước (cm)	Vị trí	CĐHA	CEA	AFP	CA19-9
Zurli [6]	2021	67	Nữ	Đau bụng	25	Gan phải	SA, CT	BT	BT	BT
Kersik [4]	2023	63	Nữ	Đau bụng	21	Gan phải	SA, MRI	BT	BT	BT
Ikeda [7]	2023	76	Nữ	Không	24	Gan phải	SA, MRI	BT	-	BT
Mizukami [8]	2024	72	Nam	Đau bụng	17	Gan phải	CT, MRI	Tăng	BT	Tăng
Chúng tôi	2025	52	Nữ	Đau bụng	10–12	Hai bên gan	SA, MRI	BT	BT	BT

BT: Bình thường; - Không báo cáo; Lưu ý: Các trường hợp gần đây không phải là một tổng quan hệ thống toàn diện

Kersik và cộng sự cho rằng nang gan đơn thuần có ưu thế ở nữ giới (tỷ lệ nam/nữ khoảng 1/3,2) và thường ở thùy gan phải và có triệu chứng đau bụng [4]. Ca lâm sàng này có tổn thương kích thước lớn (10-12cm) xuất hiện đồng thời ở cả hai thùy, với nang thùy trái đã vỡ, gây đau bụng.

Để lập bản đồ phẫu thuật, MRI đóng vai trò vượt trội nhờ bộc lộ rõ mối tương quan giữa thành nang với các mạch máu và đường mật, đồng thời giúp loại trừ u tuyến nang hay ung thư tuyến nang (thường có vách dày, chồi sùi, bắt thuốc mạnh) [5, 7].

Dù một số nghiên cứu ghi nhận CA 19-9, AFP và CEA có thể tăng cao trong dịch nang và máu do sự bài tiết của tế bào biểu mô lành tính gây nhầm lẫn với bệnh ác tính, ở bệnh nhân này các chỉ số đều bình thường và kết quả giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn quyết định [6, 8].

Về mặt kỹ thuật, việc sử dụng dao siêu âm tích hợp cắt và hàn mạch giúp kiểm soát chảy máu hoàn hảo tại diện cắt nhu mô [4, 7]. Đặc biệt, kỹ thuật cố định mạc nối lớn vào lòng hốc nang đóng vai trò quan trọng trong việc triệt tiêu khoảng chết, tận dụng khả năng hấp thu dịch của mạc nối lớn, từ đó giúp giảm thiểu tỷ lệ dịch tiết tái phát đối với những hốc nang sâu [4, 9, 10].

4. KẾT LUẬN

PTNS cắt chỏm nang bằng dao siêu âm là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với các trường hợp nang gan lớn, kể cả trong trường hợp biến chứng vỡ nang. Cố định mạc nối lớn vào lòng nang giúp lấp đầy khoảng chết hiệu quả, tối ưu dẫn lưu và giảm dịch tồn lưu hậu phẫu. Cần tiếp tục theo dõi dài hạn để đánh giá toàn diện kết quả điều trị.

5. CAM ĐOAN

Chúng tôi cam đoan ca bệnh được báo cáo trung thực, chưa được công bố hoặc gửi đăng trên bất kỳ tạp chí khoa học nào. Các tác giả đều đã đọc, thống nhất nội dung và đồng ý gửi đăng bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] European Association for the Study of the Liver (2022). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of cystic liver diseases. Journal of Hepatology, 77(4), 1083–1108. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.06.002

[2] Lin, T. Y., Chen, C. C., & Wang, S. M. (1968). Treatment of non-parasitic cystic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. Annals of Surgery, 168(5), 921–927.

[3] Gomez, A., et al. (2021). Contemporary Management of Hepatic Cyst Disease: Techniques and Outcomes at a Tertiary Hepatobiliary Center. Journal of Gastrointestinal Surgery, 25(1), 77–84. https://doi.org/10.1007/s11605-019-04473-5

[4] Kersik, A., et al. (2023). Laparoscopic deroofing of simple liver cysts: do ancillary techniques, surgical devices, and indocyanine green improve outcomes? European Surgery, 55(3), 100–106. https://doi.org/10.1007/s10353-023-00799-w

[5] Shimizu, T., et al. (2022). Management of Simple Hepatic Cyst. Journal of Nippon Medical School, 89(1), 2–8. https://doi.org/10.1272/jnms.JNMS.2022_89-106

[6] Zurli, L., et al. (2021). Atypic large hepatic cyst with persistent elevated CA19.9 serum value: utility of intracystic CA72.4 dosage for a mini-invasive management. Clinical Journal of Gastroenterology, 14(1), 258–262. https://doi.org/10.1007/s12328-020-01311-6

[7] Ikeda, T., et al. (2024). Laparoscopic deroofing for a giant hepatic cyst with biliary communication: a case report. Journal of Surgical Case Reports, 2024(3), rjae176. https://doi.org/10.1093/jscr/rjae176

[8] Mizukami, R., et al. (2024). Ruptured large hepatic cyst with elevated serum and ascites CA19-9 level. Journal of Surgical Case Reports, 2024(8), rjae309. https://doi.org/10.1093/jscr/rjae309

[9] Emmermann, A., et al. (1997). Laparoscopic treatment of nonparasitic cysts of the liver with omental transposition flap. Surgical Endoscopy, 11(7), 734–736. https://doi.org/10.1007/s004649900443

[10] Macedo, F. I. (2013). Current management of noninfectious hepatic cystic lesions: A review of the literature. World Journal of Hepatology, 5(9), 462–469. https://doi.org/10.4254/wjh.v5.i9.462