

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ POLÝP TÚI MẬT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nguyễn Cường Thịnh; Nguyễn Hồng Việt**

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu 160 bệnh nhân (BN), 62 nữ và 98 nam, tuổi trung bình 43,18 (từ 15 - 79 tuổi), mắc polyp túi mật, được điều trị cắt túi mật bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 8 - 1996 đến 6 - 2010. Kết quả siêu âm: 72 BN polyp đơn độc, 68 BN đa polyp và 20 BN polyp kết hợp sỏi. Kích thước polyp đo được trên siêu âm từ 2 - 29 mm. Thời gian phẫu thuật trung bình 48 phút, kết quả phẫu thuật: tốt: 159 BN (99,37%), biến chứng: 1 BN (0,67%).

Hầu hết polyp túi mật không có triệu chứng, biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất là đau hạ sườn phải. Chẩn đoán polyp túi mật chủ yếu dựa vào siêu âm với độ chính xác 90,62%. PTNS điều trị polyp túi mật an toàn, cho kết quả tốt.

* Từ khóa: Polyp túi mật; Đặc điểm lâm sàng, siêu âm; Phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

CLINICAL, ULTRASOUND FEATURES AND THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR POLYPOID LESION OF THE GALLBLADDER

SUMMARY

Retrospective study was carried out on 162 patients with polypoid lesions of the gallbladder, who underwent laparoscopic cholecystectomy from 8 - 1996 to 6 - 2010 in Department of Digestive Surgery, 108 Hospital. There were 62 females and 98 males. Their average was 43.18 (range 15 - 79). Fifty patients were above 50 years old. 72 cases were single polyp, 68 were multiple ones and 20 coexisted with stones. The measure of the gallbladder polyps was from 2 to 29 mm. The average operating time was 48 minutes. The good results were 159 cases (99.37%), 1 case (0.63%) had complication.

Most of gallbladder polyps are asymptomatic, the main clinical symptom was right upper quadrant pain. The diagnosis of gallbladder polyps was made on untrasound, with the accuracy 90.62%. The results of laparoscopic cholecystectomy for polypoid lesions of the gallbladder was safe and good.

** Key words: Polypoid lesions of gallbladder; Clinical, ultrasound features; Laparoscopic cholecystectomy.*

* Bệnh viện TWQĐ 108

Phân viện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp túi mật (Polypoid lesions of the Gallbladder) (PLG) chỉ những tổn thương nhô lên trên bề mặt niêm mạc túi mật, có cùng biểu hiện lâm sàng và hình ảnh siêu âm nên được gọi chung là polyp túi mật [1, 2, 3, 9, 10]. Polyp túi mật có thể là tổn thương dạng u hoặc giả u [9, 10]. Ngày nay, nhờ sự phát triển mạnh mẽ của siêu âm cũng như các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác, bệnh lý của túi mật, trong đó polyp túi mật được phát hiện dễ dàng hơn [5, 6, 7].

Điều trị polyp túi mật hiện còn nhiều điểm chưa thống nhất vì phần lớn là polyp lành tính, không có triệu chứng và hầu như không biến đổi theo thời gian. Tuy nhiên, một số polyp có thể bị ác tính hóa, do vậy, việc theo dõi và PTNS cắt túi mật điều trị polyp túi mật được tiến hành khi polyp túi mật có nguy cơ là rất cần thiết [6, 8]. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm *tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, siêu âm và kết quả điều trị polyp túi mật bằng PTNS*.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

160 BN polyp túi mật được PTNS cắt túi mật tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện TWQĐ 108.

Thời gian: từ tháng 8 - 1996 đến 6 - 2010.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Hồi cứu hồ sơ bệnh án, tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, siêu âm và kết quả điều trị polyp túi mật bằng PTNS.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Triệu chứng lâm sàng.

Đau hạ sườn phải: 71 BN (44,38%); đau hạ sườn phải + thoát vị: 4 BN (2,5%); điểm túi mật đau: 40 BN (25%); không có triệu chứng: 85 BN (53,12%).

Polyp túi mật hầu như không có triệu chứng. Biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất là đau bụng vùng hạ sườn phải: 71 BN (44,38%). Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là điểm túi mật đau: 40 BN (25%).

2. Siêu âm.

* Kết quả siêu âm:

Polyp đơn độc chiếm tỷ lệ cao nhất (72 BN = 45%), tiếp theo là đa polyp: 68 BN (42,5%), polyp kết hợp sỏi: 20 BN (12,5%). Đối chiếu với đánh giá trong mổ và kết quả giải phẫu bệnh lý thấy 15 BN không có cả polyp và sỏi. Như vậy, độ chính xác của siêu âm là 90,62%.

* Kích thước polyp:

≤ 5 mm: 47 BN (29,37%); > 5 mm - < 10 mm: 86 BN (53,75%); ≥ 10 mm: 27 BN (16,88%).

Kích thước polyp xác định trên siêu âm là phần lớn nhất của polyp đơn độc, nếu là đa polyp thì đo polyp lớn nhất. Chủ yếu gặp polyp có kích thước > 5 mm (47 BN = 29,37%) và < 10 mm (27 BN = 16,88%), nhỏ nhất: 2 mm, lớn nhất: 29 mm. Đây là BN có kết quả giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tuyến.

3. Phẫu thuật.

Bảng 1: Chỉ định phẫu thuật.

YẾU TỐ CHỈ ĐỊNH MỎ	ĐAU	KÍCH THƯỚC POLÝP ≥ 10 mm	YẾU TỐ NGUY CƠ	KHÔNG RÕ	CỘNG
n	75	27	50	8	160
%	46,87	16,88	31,25	5	100

Chỉ định mổ chủ yếu là BN có triệu chứng lâm sàng (đau) (46,87%). Polyp ở BN tuổi ≥ 50: 31,25%.

* *Kết quả điều trị:*

Tốt: 159 BN (99,37%); xấu: 1 BN (0,63%). Thời gian phẫu thuật trung bình: 48 phút. Không BN nào phải chuyển mổ mở. 1 BN có biến chứng rò mật phải mổ nội soi lại, phát hiện tổn thương đường mật, lau rửa và dẫn lưu ổ bụng, BN ổn định ra viện.

BÀN LUẬN

Christensen A.H. và CS và một số tác giả thống nhất: polyp túi mật là tổn thương nhô lên trong lòng túi mật, có thể là u thật hoặc giả u, chia thành 2 nhóm: lành tính 92% và ác tính 8% [3]. Nhóm lành tính gồm các tổn thương u thật như: u tuyến, u cơ trơn, u mỡ... và các tổn thương giả u như: polyp cholesterol, bệnh u tuyến cơ, u lạc chỗ, viêm giả u... Nhóm ác tính gồm u tuyến, di căn ung thư, melanoma... Tổn thương polyp túi mật chủ yếu là giả u (95%) [7, 9], polyp cholesterol (có thể tới 70%) [5, 6, 8].

Trước đây, polyp túi mật chỉ được phát hiện tình cờ trong mổ hoặc khi mổ tử thi. Nhờ siêu âm, số lượng polyp túi mật được phát hiện ngày càng nhiều. Theo thống kê, tỷ lệ polyp túi mật từ 3 - 7% ở BN siêu âm ổ bụng và 2 - 12% các bệnh lý túi mật cần cắt bỏ [6, 7, 9]. Tỷ lệ mắc polyp ở nam cao hơn nữ [7]. Thống kê của các tác giả đưa ra tỷ lệ bị polyp túi mật khác nhau [3, 4, 6, 9]. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ mắc polyp túi mật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gặp 61,25% nam, cao hơn nữ, có thể do nghiên cứu tiến hành ở bệnh viện quân đội.

Polyp túi mật có thể gặp ở mọi lứa tuổi, ít nhất 15 tuổi, kết quả giải phẫu bệnh viêm giả polyp. Barzilai M. (1996) và CS gặp 1 BN nam 6 tuổi có polyp 4 mm ở thành trước túi mật gây đau [2]. Mark D. Stringer (2003) và CS gặp 1 BN nữ 9 tuổi có polyp 5 mm ở đáy túi mật gây đau, buồn nôn và nôn [7].

Polyp túi mật hầu như không có triệu chứng. Biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất là đau bụng vùng hạ sườn phải (71 BN = 44,38%). Dấu hiệu thực thể hay gặp nhất là điểm túi mật đau: 40 BN (25%). Kết quả của chúng tôi tương tự của Huisain Salehi và CS (2008) và một số tác giả khác: hầu hết polyp túi mật không gây ra triệu chứng, BN chỉ được phát hiện polyp túi mật tình cờ khi siêu âm ổ bụng hoặc lúc khám và điều trị một bệnh khác [6, 7, 10]. Một số ít BN có các triệu chứng như: đau bụng, đầy hơi, chướng bụng, nhưng không đặc hiệu, khó xác định được là do polyp hay nguyên nhân khác [7, 9, 10].

Polyp đơn độc chiếm tỷ lệ cao nhất (72 BN = 45%), tiếp theo là đa polyp: 68 BN (42,5%), polyp kết hợp sỏi: 20 BN (12,5%). Tỷ lệ polyp đơn độc, đa polyp, polyp phối hợp sỏi ở các nghiên cứu cũng khác nhau [3, 4, 5, 6, 11].

Chẩn đoán polyp túi mật chủ yếu dựa vào siêu âm. Siêu âm không chỉ chẩn đoán có polyp mà còn cho biết kích thước, số lượng, hình thái polyp, đặc điểm thành túi mật và có kết hợp sỏi hay không. Ngoài ra, còn theo dõi sự tiến triển của polyp. Đối với những polyp chưa có chỉ định mổ, tác giả khuyên nên siêu âm theo dõi ít nhất 6 tháng/lần [6, 7]. Mức độ chính xác của siêu âm từ 36 - 90%, tùy nghiên cứu [6, 7]. Nhưng siêu âm không phân biệt được polyp lành tính hay ác tính, u thật hay giả u [1, 2]. Một số tác giả chủ trương sử dụng siêu âm nội soi do có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn siêu âm qua thành bụng [1, 5, 6], hơn nữa, siêu âm nội soi có thể xác định chính xác hình thái polyp (có cuống hay không), phân biệt u thật và giả u tốt hơn. CT, MRI và PET cũng được sử dụng để phân biệt u thật và giả u của polyp, tuy nhiên, mức độ chính xác không cao [5, 6].

Đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh thấy 15 BN không có polyp. Như vậy, tỷ lệ chẩn đoán đúng polyp của siêu âm là 90,62%. Những trường hợp giải phẫu bệnh không ghi nhận có polyp có thể do polyp giả u thường gắn vào thành túi mật bởi một cuống rất mỏng manh, polyp rất dễ bị rụng trong quá trình lấy túi mật qua thành bụng.

46,8% BN có chỉ định mổ, chủ yếu có triệu chứng lâm sàng (đau). 31,26% BN \geq 50 tuổi có polyp. Huisain Salehl và CS (2008) và nhiều tác giả thống nhất chỉ định phẫu thuật đối với những trường hợp polyp có triệu chứng, những BN \geq 50 tuổi bị polyp túi mật, kích thước polyp \geq 10 mm..., họ cho rằng đây là những yếu tố nguy cơ gây ung thư [7, 8, 9, 10].

Hiện nay, quan điểm điều trị polyp túi mật vẫn chưa thống nhất. Đối với polyp có triệu chứng và kích thước \geq 10 mm, hầu hết các tác giả chủ trương phẫu thuật do nguy cơ ung thư hóa cao [1, 6, 7, 8]. Tuy nhiên, đối với những polyp không triệu chứng và kích thước $<$ 10 mm, về chỉ định khi nào mổ, khi nào theo dõi và theo dõi như thế nào? còn chưa thống nhất. Một số tác giả chủ trương chỉ định mổ cả polyp không triệu chứng và kích thước $<$ 10 mm nếu có kết hợp các yếu tố nguy cơ như: kích thước polyp tăng nhanh trong quá trình theo dõi, polyp không cuống, tuổi \geq 50 [4, 5, 8, 10], hoặc polyp phối hợp sỏi [4, 5, 8, 10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: thời gian mổ trung bình: 48 phút. Không trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Kết quả tốt: 159 BN. 1 BN biến chứng rò mật, sau mổ 1 ngày xuất hiện đau quặn vùng hạ sườn phải, kiểm tra xác nhận rò mật, mổ nội soi cắt túi mật ngày thứ ba. BN được chỉ định mổ nội soi thăm dò, thấy rỉ mật rất nhỏ từ ống mật chủ, tiến hành lau sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu Douglas, dẫn lưu dưới gan, kháng sinh, giảm tiết sau mổ, BN ổn định ra viện. Kết quả sau mổ của chúng tôi tương tự các tác giả khác [4, 5, 8].

KẾT LUẬN

- BN bị polyp túi mật hầu như không có triệu chứng, đau bụng vùng hạ sườn phải gặp 71 BN (44,38%). Khám thấy điểm túi mật đau: 40 BN (25%).
- Chẩn đoán polyp chủ yếu dựa vào siêu âm với độ chính xác 90,62%.
- PTNS điều trị polyp túi mật là phương pháp an toàn, kết quả tốt: 159 BN (99,37%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Aldouri A.Q. et al.* The risk of gallbladder cancer from polyps in a large multiethnic series. *EJSO*. 2008, pp.48-51.
2. *Barzilai M., Lerner A.* Gallbladder polyps in children: a rare condition. *Pediatr Radiol*. 1996, 27, pp.54-56.
3. *Christensen A.H., Ishak K.G.* Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. Report of 180 cases. *Arch Pathol*. 1970, 90, pp.423-432.
4. *Hirofumi Ito, et al.* Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and follow-up. *J Am Coll Surg*. 2008, 208, pp.570-575.
5. *Husain Salehi, et al.* Polypoid lesions of the gallbladder: diagnostic and management challenges. *J Gastrointest Liver Dis*. 2008, 17 (3), pp.251-253.
6. *Katsumi Kimura, et al.* Differential diagnosis of large-sized pedunculated polypoid lesions of the gallbladder by endoscopic ultrasonography: a prospective study. *J Gastroenterol*. 2001, 36, pp.619-622.
7. *Mark D, et al.* Gallbladder polyps in children - classification and management. *Journal of Pediatric Surgery*. 2003, 38 (11), pp.1680-1684.
8. *Muhammad Ali Channa, et al.* Management of polypoid lesions of the gallbladder. *Journal of Surgery*. 2009, 4, pp.77-79.
9. *Su Rin Shin, et al.* Can the growth rate of a gallbladder polyp predict a neoplastic polyp? *J Clin Gastroenterol*. 2009, 43, pp.865-868.
10. *Young Koog Cheon, et al.* Endoscopic ultrasonography does not differentiate neoplastic from non-neoplastic small gallbladder polyps. *World J Gastroenterol*. 2009, 15 (19), pp.2361-2366.
11. *Ji-Hoon Choi, et al.* Pre-operative predictive factors for gallbladder cholesterol polyps using conventional diagnostic imaging. *World J Gastroenterol*. 2008, 28, 14 (44), pp.6831-6834.