

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U VỎ TUYẾN THƯỢNG THẬN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG BỤNG

ĐỖ TRƯỜNG THÀNH, TRỊNH HOÀNG GIANG

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khoa phẫu thuật bệnh viện Việt Đức từ nhiều năm nay, phẫu thuật nội soi là lựa chọn hàng đầu để điều trị u tuyến thượng thận (TTT). Đề tài nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u vỏ tuyến thượng thận. **Tư liệu và phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện theo phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang, bao gồm tất cả các bệnh nhân u vỏ tuyến thượng thận được chuẩn đoán xác định và phẫu thuật cắt bỏ qua nội soi trong thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 7 năm 2013. **Kết quả:** 68 BN u vỏ thượng được phẫu thuật theo phương pháp nội soi qua ổ bụng, tuổi trung bình là 43,3 ± 11,8. Hội chứng Cushing có 25 (36,8%) trường hợp. Hội chứng Conn có 30 (44,1%) trường hợp. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có Hội chứng Apert-Gallais. U không chế tiết có 13 trường hợp (19,1%).

\* Kết quả phẫu thuật:

60 BN (88,2%) thực hiện cắt toàn bộ TTT, cắt chọn lọc u chỉ chiếm 11,8% (8 BN).

- Thời gian mổ trung bình là 86,2 phút, Lượng máu mất trung bình là 72,9 ml.

- Tai biến: 2 trường hợp chảy máu trong mổ, chuyển mổ mở 2 trường hợp.

- Hạ kali máu sau phẫu thuật có 3 trường hợp chiếm 4,4%, suy tuyến thượng có 5 trường hợp thận chiếm 7,3%. Tất cả đều được điều trị ổn định sau 2 ngày.

- Thời gian nằm viện trung bình là 4,5 ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi qua ổ bụng là phẫu thuật an toàn, có tính khả thi với những ưu điểm như: đường mổ thuận lợi, trường mổ rộng, tỷ lệ tràn khí dưới da và áp lực hơi thấp, thao tác bơm hơi đơn giản, dễ dàng sử lý được các thương tổn phổi hợp.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi qua ổ bụng; u vỏ tuyến thượng thận. Top of Form.

## SUMMARY

**Objective:** Our department urology for many years, laparoscopic adrenalectomy is the first choice to treat adrenal tumor. The our aim study was: evaluation of laparoscopic treatment of adrenal cortex tumors focused on length of hospital stay, operating time, intraoperative blood loss and postoperative analgesic use.

**Materials and methods:** The study included the cross-sectional descriptive methods, including all patients with adrenal cortex tumor diagnosis and surgical removal laparoscopic in period from January 2010 to July 2013. **Results:** 68 patients with adrenal cortex tumors underwent laparoscopic surgery through the abdomen, the average age was 43.3, Cushing's syndrome 25 (36.8%) cases, Conn's syndrome 30 (44.1%) cases. We have not seen any

cases of Apert - Gallais syndrome and 13 cases (19.1%) non-functioning adrenal tumors.

\* Surgical results:

60 patients (88.2 %) made total adrenalectomy, selective cutting tumors only 11.8% (8 patients).

- Average operation time is 86.2 minutes, average blood loss was 72.9 ml.

- 2 cases of bleeding in surgery, open surgery 2 transfer case.

- 3 cases hypokalemia accounted for 4.4%, 5 adrenal failure kidney in 7.3% cases. All were on stable treatment after 2 days.

- The average hospital stay was 4.5 days.

**Conclusions:** Laparoscopic adrenalectomy is a safe, effective and useful procedure involving a shorter hospital stay, lower intraoperative blood loss and a lower postoperative analgesics requirement compared with the open approach. The laparoscopic approach is the procedure of choice for all benign adrenal pathologies.

**Keywords:** laparoscopy; adrenalectomy; adrenal surgery.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận (TTT) là tuyến nội tiết quan trọng, nằm sâu sau phúc mạc. U vỏ tuyến thượng thận gây nhiều hội chứng bệnh lý, thường phải điều trị bằng ngoại khoa. Từ 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 trang mới trong lịch sử điều trị ngoại khoa u tuyến thượng thận. Tại khoa phẫu thuật bệnh viện Việt Đức từ nhiều năm nay, phẫu thuật nội soi cắt u TTT là lựa chọn hàng đầu để điều trị u TTT. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u vỏ tuyến thượng thận.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang, bao gồm tất cả các bệnh nhân u vỏ tuyến thượng thận được chuẩn đoán xác định và phẫu thuật cắt bỏ qua nội soi trong thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 7 năm 2013 tại Bệnh viện Việt Đức. Bao gồm: U vỏ TTT có triệu chứng: Hội chứng Cushing, Hội chứng Conn, Hội chứng Apert-Gallais và u vỏ TTT không triệu chứng.

\* Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định dựa vào dấu hiệu lâm sàng. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm sinh hóa máu và nước tiểu xác định nồng độ các hormon u vỏ TTT. Xét nghiệm giải phẫu bệnh lý khẳng định u lành tính vỏ TTT (kể cả u không chế tiết).

\* Đánh giá trong mổ:

- Biến đổi huyết động dựa trên chỉ số mạch, huyết

áp ĐM và áp lực tĩnh mạch trung ương.

- Số lượng máu mất, Các biến chứng trong mổ như tai biến mạch máu, trụy mạch, chảy máu, tai biến do mổ nội soi gây ra.

- Thời gian mổ: Được tính bằng phút, tính từ lúc rạch da đến lúc khâu đóng các lỗ trocar.

- Chuyển mổ mở: Trong các trường hợp không tiếp tục mổ nội soi do khó khăn về kỹ thuật hoặc tai biến.

\* Giải phẫu bệnh u TTT: U vỏ thượng thận lành tính.

\* Đánh giá kết quả lâu dài sau mổ.

#### **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 7 năm 2013, chúng tôi phẫu thuật cho 68 BN u vỏ thượng theo phương pháp nội soi qua ổ bụng. Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là  $43,3 \pm 11,8$ . nữ có 54 (79,4%) bệnh nhân, nam có 14 (20,6%) bệnh nhân.

Hội chứng Cushing có 25 (36,8%) trường hợp. Hội chứng Conn có 30 (44,1%) trường hợp. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có Hội chứng Apert-Gallais. U không chế tiết có 13 trường hợp (19,1%). Nhóm u có kích thước  $\leq 50$  mm chiếm tỷ lệ 72% nhóm u có kích thước  $> 50 - 100$ mm chiếm tỷ lệ 28%.

\* Kết quả phẫu thuật:

- Các bệnh nhân đều được gây mê toàn thân và có nguy cơ về phẫu thuật độ II, III theo phân độ của hội gây mê Mỹ (ASA).

- Phẫu thuật cắt toàn bộ TTT thực hiện cho 60 BN (88,2%), cắt chọn lọc u chỉ chiếm 11,8% (8 BN).

- Thời gian mổ trung bình là 86,2 phút, Lượng máu mất trung bình là 72,9 ml

- Tai biến: 2 trường hợp chảy máu trong mổ, những trường hợp này đều là u có kích thước  $> 5$ cm có xâm lấn tổ chức xung quanh, quá trình bóc tách giải phóng u khó khăn dẫn đến chảy máu. Tràn khí có 5 trường hợp tràn khí dưới da không có tràn khí màng phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào có rối loạn huyết động trong mổ.

- Chuyển mổ mở: 2 trường hợp chuyển mổ mở 1 trường hợp do u xâm lấn xung quanh và 1 trường hợp do tai biến chảy máu trong mổ.

- Hạ kali máu sau phẫu thuật có 3 trường hợp chiếm 4,4%, suy tuyến thượng có 5 trường hợp chiếm 7,3%. Tất cả đều được điều trị ổn định sau 2 ngày.

- Thời gian nằm viện trung bình là 4,5 ngày.

#### **BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh lý u vỏ TTT gặp ở nữ nhiều hơn nam, trong đó tuổi trung bình là  $43,3 \pm 11,8$ . Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là hội chứng Conn chiếm 44,1%, chúng tôi không gặp trường hợp nào của hội chứng Hội chứng Apert-Gallais. Có 65/68 trường hợp được phát hiện bằng siêu âm chiếm tỷ lệ 95%. 100% trường hợp chụp cắt lớp vi tính đều phát hiện được u TTT. U vỏ TTT có cấu trúc đặc đồng nhất chiếm đa số với tỷ lệ 82,4% phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Duy Huệ [2], nhóm u vỏ có cấu trúc đặc chiếm 80%, cấu trúc nang và hỗn hợp có tỷ lệ thấp, các u TTT có cấu trúc hỗn hợp rơi vào nhóm u có kích thước  $> 50$ mm. Vô hóa gặp ở 3%. Theo Hoàng Đức Kiệt dấu hiệu vô hóa có sự khác biệt

rõ ràng với u lành và u ác với  $p < 0,01$ mm, Nguyễn Đình Minh cũng cho kết quả tương tự [3].

Thời gian mổ trung bình của nhóm nghiên cứu là 86,2 phút phù hợp với các kết quả nghiên cứu của Gockel [7] là 99,5 phút và Trần Bình Giang [4] là 80 phút. Thời gian mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

- Kinh nghiệm của phẫu thuật viên: Với những phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm, nắm chắc kỹ thuật mổ nội soi thì thời gian mổ nhanh hơn.

- Thể trạng bệnh nhân: Với những bệnh nhân béo gặp khó khăn trong vấn đề phẫu tích u TTT vì lớp mỡ quanh TTT dày che lấp mắt khối u.

- Vị trí khối u: Bên phải thường phẫu thuật lâu hơn bên trái do sự có mặt của tĩnh mạch chủ dưới.

- Kích thước u: Với những u có kích thước nhỏ hơn 50mm thời gian mổ nhanh hơn. Với những u kích thước lớn hơn 50mm đến 100mm thời gian mổ sẽ kéo dài hơn do u to gây ra chèn ép, xâm lấn và khó khăn trong vấn đề phẫu tích, cầm máu.

- Bản chất u: Thời gian mổ kéo dài gặp ở những u có chế tiết do khó khăn trong mổ và hồi sức, u giải phóng ra hormone trong quá trình phẫu thuật. Theo kết quả của nhóm nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào có rối loạn huyết động trong mổ với u vỏ TTT.

Kết quả có 2 trường hợp phải chuyển mổ mở chiếm 2,9%, 1 trường hợp là do u xâm lấn xung quanh gây khó khăn trong quá trình phẫu tích, 1 trường hợp chảy máu trong mổ, các biện pháp cầm máu không giải quyết được phải chuyển mổ mở. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Terachi [9] là 3%, Trần Bình Giang [4] là 6%.

Thời gian nằm điều trị là 4,5 ngày phù hợp nghiên cứu của các tác giả khác [1,4]. Kết quả trên cho thấy mổ nội soi có rất nhiều ưu điểm diễn biến trong và sau mổ nhẹ, thời gian nằm điều trị giảm, tiết kiệm được chi phí nằm viện, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu trên cho thấy phẫu thuật nội soi đã mang lại tính ưu việt trong điều trị cắt bỏ các u tuyến thượng thận. Việc chủ động kẹp TMTTC sớm đã làm giảm rối loạn huyết động trong và sau mổ, thời gian bình phục sau mổ nhanh, số ngày điều trị ngắn, tỷ lệ biến chứng thấp và không có tử vong.

#### **KẾT LUẬN**

- Trong các u vỏ thượng thận có 30 (44,1%) BN mắc hội chứng Conn, 25 (36,8%) BN mắc hội chứng Cushing và 13 BN thuộc u không chế tiết.

- Siêu âm: Có độ nhạy chẩn đoán cao (94,7%), là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm hại, đơn giản, dễ thực hiện, cho kết quả nhanh, chi phí hợp lý. Hình ảnh điển hình của u vỏ TTT trên siêu âm là giảm âm.

- Chụp cắt lớp vi tính: Có độ nhạy chẩn đoán rất cao (96,8%), phát hiện được u  $< 10$ mm, cho thấy một số dấu hiệu có thể hướng tới bản chất của khối u. Hình ảnh điển hình của u vỏ TTT trên siêu âm là đặc, đồng nhất.

\* Phẫu thuật nội soi là phẫu thuật an toàn, có tính khả thi với những ưu điểm như: đường mổ thuận lợi, trường mổ rộng, tỷ lệ tràn khí dưới da và áp lực hơi thấp, thao tác bơm hơi đơn giản, dễ dàng, sử lý được

các thương tổn phối hợp. Chủ động kẹp tĩnh mạch thượng thận chính sớm, tránh nguy cơ tăng tiết hormon khi mổ, giảm rối loạn huyết động trong mổ, thời gian nằm viện ngắn. Thời gian nằm viện trung bình là 4,5 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,7%, chủ yếu là hạ K+ và suy TTT, không có tử vong trong và sau mổ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Tuấn Vinh, Nguyễn Tế Kha, Ngô Đại Hải, Trần Thượng Phong, Chung Tuấn Khiêm (2008), "Cắt bướu TTT qua nội soi phúc mạc", Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 12, phụ bản của số 4, (2008).

2. Nguyễn Duy Huề, Nguyễn Đình Minh, Nguyễn Đức Tiến (2004), "Chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán UTTT".

3. Nguyễn Đình Minh (2003), "Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán UTTT", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Bệnh viện chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh.

4. Trần Bình Giang, Nguyễn Đức Tiến (2004), "100 trường hợp cắt u tuyến thượng thận qua nội soi ổ bụng

tại Bệnh viện Việt-Đức", Y học thực hành Công trình nghiên cứu khoa học, Hội nghị ngoại khoa toàn quốc, tr. 246-249

5. AACE/AAES O, "Guidelines for the management of adenal incidentolomees", Endocrine practice, Vol 15 (supple 1) Fuly/August 2009.

6. Gagner M. Pomp A, Henriford BT, Pharand D, Lacrix A, "Laparoscopic adenalctomy lessons learned from 100 comsecutive procedures", Ann, Surg, 1997, 226:238-246.

7. Gockel. I et al (2005), "Changing pattern of the intraoperative blood pressure during endoscopic adrenalectomy in patients with Conn7s syndrome", Surg endosc, N0 11, PP 1491-7.

8. Schirpenbach C., Reincke M. (2006), "Screening for primary aldosteronism", Best practice and research clinical endocrinology and metabolism, Vol 20, no. 3. pp: 369-384.

9. Terachi. T et al (1997), "Transperitoneal Laparocopic Adrenalectomy: experience in 100 patients", J. Endo, N0 11, PP 361-365.