

UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT KHỔNG LỔ THÙY SPIEGEL (S1L)

**TRINH HỒNG SƠN, VŨ XUÂN PHƯỚC,
NGUYỄN THÀNH KHIÊM, NGUYỄN TRƯỜNG GIANG, NGUYỄN ĐỨC HOÀNG,
BÙI TRUNG NGHĨA, QUÁCH VĂN KIÊN, NINH VIẾT KHẢI,
PHẠM HỒNG QUẢNG, NGUYỄN HÀM HỘI, PHẠM GIA ANH, PHẠM KIM BÌNH**

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan nguyên phát bao gồm ung thư tế bào gan (HCC), ung thư biểu mô đường mật (Cholangioma), các loại ung thư tổ chức liên kết tại gan (sarcoma), u thần kinh nội tiết... Tuy nhiên HCC hay gặp nhất nên nói đến ung thư gan nguyên phát người ta thường nói đến HCC.

HCC có thể một khối hay nhiều khối và gặp ở bất cứ vị trí nào của gan. Tuy nhiên HCC có kích thước lớn trên 10 cm chỉ khu trú tại thùy Spiegel hầu như rất hiếm được thông báo trong y văn. Vị trí thùy Spiegel của gan kinh điển đã được các tác giả Nhật- Anh- Mỹ tương đối thống nhất gọi phân thùy 1 bên trái (S1L).

Phân thù 1 bao gồm S1l, củ đuôi (S1c) và S1r (phần gan ở bên phải S1l, trước tĩnh mạch chủ bụng, dưới hệ tĩnh mạch gan).

Chúng tôi thông báo dưới đây mổ thành công cắt gan S1l cho một bệnh nhân có HCC khổng lồ của thù Spiegel ngày 21 tháng 11 năm 2011 tại bệnh viện Việt Đức.

Thông báo lâm sàng

Mã hồ sơ: CS 3496. Bệnh nhân: Phí Văn X, nam, 57 tuổi. Nghề nghiệp: nhân viên trường trung cấp nghề Giao thông vận tải. Số điện thoại liên lạc: 0947938589. Địa chỉ: Xóm 1A, xã Đông Ngạc, huyện Từ Liêm, Hà Nội. Ngày vào viện: 20.11.2011. Ngày mổ: 21.11.2011. Ngày ra viện: 2.12.2011.

Lý do khám bệnh, vào viện: tự sờ thấy một khối u vùng thượng vị.

Tiền sử: nhiễm virus Viêm gan B hơn 20 năm không điều trị gì.

Bệnh sử: Bệnh nhân sờ thấy khối u từ 2 tháng, lúc đầu khối u nhỏ bệnh nhân không chú ý, 2 tuần trước khi vào viện khối u to nhanh hơn kèm theo đau tức vùng thượng vị. Gày sút cân không rõ, ăn uống và sinh hoạt bình thường, siêu âm ở BV Bạch Mai phát hiện u thượng vị, chuyển tới Bệnh viện Việt Đức.

Khám lâm sàng khi vào viện: tỉnh táo, thể trạng tốt, da niêm mạc không vàng, mạch, huyết áp trong giới hạn bình thường, không sờ thấy hạch ngoại vi, bụng mềm, sờ thấy khối u lớn ở vùng trên rốn và hạ sườn phải, mật độ hơi chắc, ấn đau tức, không xác định được hết ranh giới khối u.

Kết quả xét nghiệm: Nhóm máu O, hồng cầu 4.650.000, Hemoglobin 136 g/l, Hematocrit 41%, bạch cầu 21.600, tiểu cầu 156.000, kết quả xét nghiệm đông máu trong giới hạn bình thường, GOT 42 U/l, GPT 31 U/l, Albumin 48g/l, chất chỉ điểm khối u CA 19-9: 2,6 U/ml; CEA: 2,59 ng/ml; AFP: 12,8 ng/ml, HbsAg (+), HIV (-).

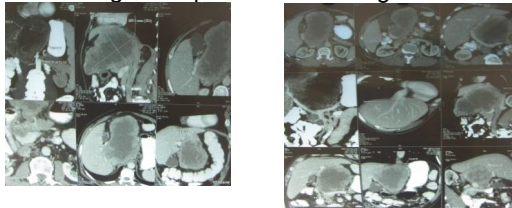
Siêu âm lần 1 (BV Bạch Mai) ngày 2.11.2011: một khối u lớn vùng thượng vị, không đo hết kích thước, nghĩ tới u sau phúc mạc.

Siêu âm lần 2 (Bệnh viện Việt Đức- khi vào viện) ngày 20.11.2011: một khối u lớn vùng thượng vị âm hỗn hợp, trung tâm có hoại tử, có phần liên tục với nhu mô gan trái, có ít tăng sinh mạch nghĩ tới u gan trái phát triển lõi xuống dưới.

CT Scanner ổ bụng tại Bệnh viện Bạch Mai ngày 2.11.2011 độ dày lát cắt 8mm, trước và sau tiêm thuốc cản quang, Bs Giao ghi " vùng thượng vị có khối lớn trung tâm có dịch đặc, kích thước khoảng hơn 15cm ngấm thuốc sau tiêm và ranh giới rõ. Gan không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất trước và sau tiêm, không thấy khối khu trú nhưng chưa xác định chính xác được vị trí xuất phát của khối u. Tĩnh mạch cửa không giãn, không thấy huyết khối, đường mật trong và ngoài gan không giãn, không thấy sỏi tăng tỷ trọng. Túi mật không căng thành đều, không có sỏi, xung quanh không có dịch. Các tạng khác bình thường. Kết luận: khối u vùng thượng vị".

Chụp cắt lớp 64 dãy (tại bệnh viện Hữu nghị) ngày 4.11.2011. Hình ảnh xác định được là 1 khối kích thước

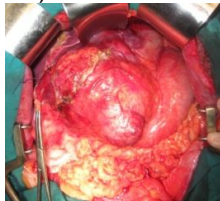
khoảng 19 x 12,5 x 13 cm, cấu trúc không đồng nhất, tăng ngấm thuốc phía ngoại vi, tăng sinh nhiều nhánh động mạch bên trong, trung tâm hoại tử nhám nhỏ, bờ không đều. Cấp máu cho khối chủ yếu từ động mạch gan trái và các nhánh động mạch vị trái. Hình ảnh nghĩ nhiều tới U gan trái phát triển lõi xuống dưới.



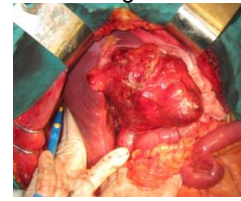
Hình 1: Hình ảnh trên phim chụp cắt lớp 64 dãy

Chẩn đoán trước mổ của phẫu thuật viên: U gan S1l. Dự kiến cắt S1l có thể kèm theo cắt gan trái. Bệnh nhân được phẫu thuật lúc 9h ngày 21/11/2011 tại Khoa điều trị theo yêu cầu (1C) – BV. Việt Đức. Bs phẫu thuật: Trinh Hồng Sơn, Phụ mổ: Nguyễn Thành Khiêm, Nguyễn Trường Giang, Vũ Xuân Phước, Nguyễn Đức Hoàng. Cách thức phẫu thuật:

Mổ bụng theo đường Mercedes. Kiểm tra: bụng không có dịch, thù gan trái nhỏ, thù phải to, lách hơi to. Toàn bộ mạc nối nhỏ bị đẩy lùi ra trước bởi 1 khối u lớn 3 múi, nhiều mạch máu, kích thước khoảng 20cm, u đẩy lùi cuống gan ra sau và xuống dưới, đẩy bờ cong nhỏ và dạ dày ra trước, đẩy thù gan trái lên trên, sang phải (hình 2, hình 3). Vị trí khối u nằm ở S1l. Không thể bộ lộ được cuống Glisson cũng như tĩnh mạch S1l đổ vào tĩnh mạch chủ dưới. Gan phải và gan trái còn lại không có khối, gan Fibrose nhẹ. Ruột non, đại tràng, phúc mạc bình thường. Sinh thiết tức thì tổ chức u cho kết quả ung thư tế bào gan (HCC) (Bs. Phạm Kim Bình). Chẩn đoán trong mổ: HCC khổng lồ của S1l.



Hình 2. Khối u gan lớn sau khi mở bụng



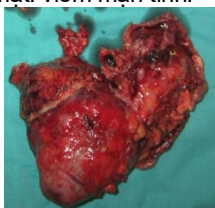
Hình 3. Khối u gan sau khi bóc tách và gỡ dính

Quyết định: Cắt S1l, Cắt túi mật.

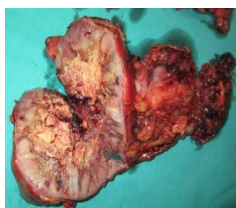
Bộc lộ từng milimet để tách u khỏi dạ dày và một phần vòm hoành trái, bóc lấy một phần u hoại tử để cho khối u xẹp nhỏ lại. Sau đó tiến hành bóc lộ động mạch gan trái, tĩnh mạch cửa để thắt các nhánh đi vào S1l: có 3 nhánh từ động mạch gan và tĩnh mạch cửa vào S1l và 3 tĩnh mạch cửa S1l đổ vào tĩnh mạch chủ dưới. Cắt S1l sau khi kiểm soát các nhánh mạch đi vào, đi ra của S1l nêu trên. Sinh thiết tức thì diện cắt không còn ung thư. Cầm máu diện cắt S1l bằng chỉ Prolene 3/0, sau đó cắt túi mật, kiểm soát rò mật. Đặt 3 dẫn lưu dưới gan và đóng bụng 2 lớp: cân cơ và lớp da. Kết thúc mổ lúc 15h45 phút cùng ngày. Thời gian phẫu thuật: 6 giờ 45 phút. Số lượng máu truyền trong mổ: 4 đơn vị.

Sau mổ: ổn định, không có biến chứng. Ra viện: tỉnh táo, không sốt, vết mổ khô, đi lại bình thường, ăn ngon miệng. Thời gian điều trị: 11 ngày.

Kết quả giải phẫu bệnh: Đại thể (hình 4, hình 5): khoảng 900 g khối u có vỏ bọc, nhiều vùng trong u hoại tử, u mềm, bóng. Vi thể: tổ chức u thuộc loại biểu mô nhân lớn, ưa kiềm, hạt nhân rõ, nhiều dị nhân và nhân chia, đứng với nhau thành đám, bè, dây hoặc tạo nhú xen kẽ với các khe mạch. Tổ chức u phát triển mạnh xâm nhập vỏ xơ. Hoại tử rộng trong u. Kết luận: HCC gan độ ác tính cao. Diện cắt gan: không thấy tế bào ung thư. Tổ chức u dính vào tĩnh mạch cửa: tổ chức xơ viêm mạn tính, không thấy tế bào ung thư. Túi mật: viêm mạn tính.



Hình 4. Khối u sau khi được lấy ra khỏi gan

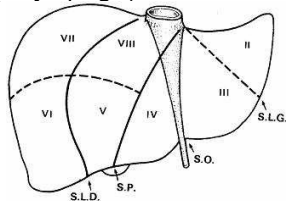


Hình 5. Khối u được cắt dọc

BÀN LUẬN

1. Nhắc lại phân chia gan.

Việc nắm vững giải phẫu gan có vai trò vô cùng quan trọng trong phẫu thuật cắt gan. Phân chia thùy gan đã được nhiều tác giả đề cập đến, với các trường phái khác nhau trong đó có 3 trường phái chính là: Anh-Mỹ (Goldsmith, Woodburne, Healey, Schroy), Pháp (Couinaud) và Việt Nam (Tôn Thất Tùng). Theo Tôn Thất Tùng, phân chia gan dựa vào 4 khe, rãnh của gan: khe chính giữa, khe bên phải, khe rốn và khe bên trái. Khe giữa gan (từ điểm giữa của giường túi mật đến bờ trái tĩnh mạch chủ dưới, đường đi của tĩnh mạch gan giữa) chia gan thành 2 nửa: gan phải và gan trái. Khe bên phải (từ điểm giữa đoạn nối bờ phải túi mật với điểm bám của bờ gan phải vào dây chằng tam giác phải, tới bờ phải tĩnh mạch chủ dưới; đường đi tĩnh mạch gan phải) chia gan phải ra làm 2 phần: phân thùy sau gồm hạ phân thùy (hpt) 6, hpt7 và phân thùy trước (gồm hpt 5, 8). Khe rốn (đi từ bờ trái tĩnh mạch chủ dưới tới khuyết dây chằng tròn), chia gan trái làm 2 phần: phần bên phải là phân thùy giữa (phân thùy 4) và phần bên trái là phân thùy bên (gồm hpt 2, 3). Khe bên trái (đi từ bờ trái tĩnh mạch chủ dưới tới điểm giữa bờ trước thùy gan trái, đường đi của tĩnh mạch gan trái) chia thùy gan trái (hay phân thùy bên) thành hpt 2, hpt 3 (Hình 6). Phân thùy đuôi không chia và được gọi là phân thùy 1 (thùy Spiegel).



Hình 6: Phân chia gan và danh pháp theo Tôn Thất Tùng

(S.P là rãnh giữa gan, S.L.D là khe bên phải, S.O là khe rốn, S.L.G là khe bên trái). Theo Tôn Thất Tùng, gan được chia thành 2 thùy cổ điển, 2 nửa gan, 5 phân thùy, và 8 hạ phân thùy.

Thùy đuôi nằm ở vị trí “hiểm hóc”, kẹt giữa ngã ba và cuống gan trái phía trước và tĩnh mạch chủ dưới phía sau. Thùy này có những tĩnh mạch độc lập với các tĩnh mạch gan. Những tĩnh mạch này đổ trực tiếp vào tĩnh mạch chủ dưới. Ngoài ra thùy đuôi cũng có hệ động mạch và đường mật tương đối độc lập vì thế Trịnh Hồng Sơn cho rằng: nếu coi thùy gan phải và thùy gan trái là “gan lớn” thì thùy đuôi được gọi là “gan bé” [3], [4], [5], [6], [7].

Năm 1998, Couinaud đã chia nhỏ thùy đuôi dựa vào phân bố của tĩnh mạch cửa, đường mật và tĩnh mạch gan thành 2 phần: phần bên trái là phân thùy 1 (thùy Spiegel) và phần bên phải là phân thùy 9, lấy đường đi của tĩnh mạch trên gan giữa làm đường phân chia. Phần bụng của phân thùy 9 (phân thùy 9b) bao gồm củ đuôi.

Năm 1985, Kumon đã phân chia thùy đuôi gồm: bên phải là S1r (Segment 1 right), bên trái là S1l (Segment 1 left), củ đuôi là S1c (Segment 1 caudate). Như vậy S1l chính là thùy Spiegel hay phân thùy 1, S1r là phân thùy 9 và S1c là phân thùy 9b của Couinaud.

Trịnh Hồng Sơn, qua phẫu tích hơn 500 gan, cho rằng: cơ thể người có 2 gan là gan lớn và gan bé. Hai gan này nằm úp ngược lên nhau. Gan lớn gồm các hpt 2, hpt 3, phân thùy 4, hpt 5, hpt 6, hpt 7, hpt 8 (theo phân chia gan của Tôn Thất Tùng). Gan bé gồm S1l (thùy Spiegel kinh điển), S1c (củ đuôi). Nếu như gan lớn có 2 thùy là thùy phải (gồm hpt 5,6,7,8, pt 4) và thùy trái (hpt 2, 3) thì gan bé cũng có 2 thùy là thùy phải (S1c) và thùy trái (S1l). Nếu thùy phải của gan lớn to thì thùy phải của gan bé lại nhỏ và ngược lại thùy trái của gan lớn nhỏ nhưng thùy trái của gan bé lại to.

Thực ra dù có cách phân chia nào đi nữa thì bản chất giải phẫu gan vẫn tồn tại khách quan muôn đời và những biến đổi giải phẫu cũng rất nhiều theo lẽ tự nhiên. Mỗi một phẫu thuật viên gan mật nói chung và tiêu hóa nói riêng cần nắm vững giải phẫu gan theo một trường phái nhất định. Ví dụ ở Việt Nam, cần nắm vững và thống nhất theo phân chia gan của Tôn Thất Tùng. Nhất định là như vậy. Tuy nhiên để không quên và nắm vững phân chia gan theo Tôn Thất Tùng, cần biết rõ các cách phân chia gan của các tác giả khác. Điều này rất có lợi trong thực hành để điều trị tốt cho người bệnh cũng như phục vụ công tác nghiên cứu.

2. Cắt gan S1l.

Phẫu thuật cắt gan có nhiều trường phái, phương pháp và kỹ thuật có thể thay đổi. Trong đó cắt S1l và S1r vẫn là phẫu thuật khó do vị trí giải phẫu.

Trên thế giới, từ năm 1990 đến nay đã có nhiều thông báo về các trường hợp cắt gan S1l: cắt S1l đơn độc hoặc phối hợp cắt gan trái, cắt thùy gan trái (hạ phân thùy 2, 3) [2], [8], [9].

Tại Việt Nam, thông báo cắt gan S1l còn ít. Tính đến thời điểm 2006 mới có 3 trường hợp cắt gan S1l do Trịnh Hồng Sơn thông báo [8]. Kết quả đạt được sau phẫu thuật của các trường hợp nêu trên đều tốt. Tuy

nhiên trong các trường hợp trên khối u gan có kích thước nhỏ, nên về phẫu thuật có thể có nhiều thuận lợi. Thông báo này của chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân cắt gan S11 do một khối u gan khổng lồ kích thước 19 x 12,5 x 13 cm. Có lẽ đây là một trường hợp u gan ở vị trí S11 kích thước lớn nhất được ghi nhận từ trước đến nay.

Năm 1997, Trịnh Hồng Sơn [2] đã thông báo 2 trường hợp cắt thùy Spiegel tại bệnh viện Hautepeiere, cộng hòa Pháp: bệnh nhân Muller Leon với u gan phân thùy 1 vỡ và bệnh nhân Laboube Jean với nhân di căn gan từ ung thư trực tràng. Cả 2 trường hợp khối u có kích thước nhỏ, đã có chẩn đoán cụ thể trước mổ. Đặc biệt năm 2006 và năm 2008 Trịnh Hồng Sơn đã thông báo 2 trường hợp cắt gan phân thùy 9 (theo phân chia của Couinaud) hay S1r (thep phân chia của Kumon). Cắt gan S1r là loại cắt gan hạ phân thùy khó nhất.

Năm 2006, Trịnh Hồng Sơn đã thông báo 3 trường hợp cắt gan S11 tại Bệnh viện Việt Đức [6]:

- Bệnh nhân số 1 (cắt S11 kèm cắt thùy gan trái): nam, 58 tuổi, di căn gan từ K đại tràng. Khám lâm sàng bình thường, siêu âm và cắt lớp phát hiện có khối đường kính 1,7 x 22 mm ở hpt2, 1 khối giảm tỷ trọng ở S11. Chẩn đoán trong mổ: Di căn gan hpt 1,2,3, di căn 1 nhân thành bụng.

- Bệnh nhân số 2 (cắt S11 đơn thuần): nam, 45 tuổi, u máu lành tính. Khám lâm sàng bình thường, siêu âm và cắt lớp phát hiện khối kích thước 9 x 7 x 11cm vùng thượng vị, trước động mạch chủ bụng. Chẩn đoán trước mổ nghi u thần kinh dạ dày bờ cong nhỏ. Chẩn đoán trong mổ: U máu thùy Spiegel.

- Bệnh nhân số 3 (cắt S11 kèm cắt gan trái): nam, 60 tuổi, sỏi trong gan khu trú, teo thùy gan trái. Khám lâm sàng bình thường, siêu âm và cộng hưởng từ phát hiện khối dạng nang kích thước 28 x 28 mm nằm ở thùy gan trái. Chẩn đoán trong mổ: U đường mật gan trái/teo gan thùy trái.

Với khối u kích thước lớn như ở bệnh nhân trong thông báo này, khám lâm sàng đã sờ thấy u trên rốn. Tuy nhiên vì ranh giới rộng, vị trí xuất phát nằm ở S11 nên việc đánh giá chính xác vẫn không hề đơn giản. Cũng vì thế mà chẩn đoán hình ảnh ban đầu chưa thực sự chính xác: u thượng vị không rõ vị trí xuất phát, u gan trái, u sau phúc mạc. So với những bệnh nhân trước đó, việc chẩn đoán trước mổ U gan S11 trên bệnh nhân này phù hợp với chẩn đoán trong mổ một phần nhờ hình ảnh trên phim cắt lớp 64 dãy, một phần nhờ kinh nghiệm của chúng tôi.

Về mặt kỹ thuật, Trịnh Hồng Sơn [8] đã đưa ra quy trình cắt S11 đơn độc như sau:

- Bệnh nhân nằm ngửa, đặt gối đệm dưới lưng ngang D12.

- Đường mổ rộng: hoặc đường trắng giữa trên rốn kéo dài dưới rốn nếu bệnh nhân gầy hoặc đường Mercedes.

- Giải phóng toàn bộ gan: cắt dây chằng tròn, dây chằng liêm, dây chằng vành phải, trái, dây chằng tam giác trái phải. Cắt mạc nối nhỏ sát chỗ bám vào gan. Cắt dây chằng gan-tá tràng, dây chằng gan-đại tràng, hạ đại tràng góc gan. Bộc lộ bờ phải, trước tĩnh mạch chủ dưới sau gan, nhìn rõ các tĩnh mạch Makuuchi.

- Thao tác Kocher: giải phóng toàn bộ khối tá tụy, thấy rõ động mạch, tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch thận trái sau tụy.

- vén phân thùy 1 sang phải, mở phúc mạc dọc bờ trái tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan. Có thể luồn dây tĩnh mạch chủ vị trí trên và dưới gan.

- Bộc lộ các thành phần cuống gan, sinh thiết hạch nhóm 8, 12 trong trường hợp ung thư.

- Luồn dây nâng động mạch gan trái, các nhánh động mạch gan trái ngoài nhu mô. Tĩnh mạch cửa trái, thân tĩnh mạch gan trái và giữa. Nhìn rõ ngã ba đường mật, ống gan trái (không cần thiết luồn dây vào ống gan trái).

- Cắt túi mật, luồn một sonde nhựa số 6 (hay sonde Escart) qua ống túi mật vào ống mật chủ, cố định sonde.

- Cắt phân thùy 1: bộc lộ các tĩnh mạch gan của phân thùy 1 đổ vào tĩnh mạch chủ dưới, bộc lộ các nhánh tĩnh mạch của trái cho S11, kiểm soát các nhánh này bằng chỉ khâu mạch máu Prolen 5/0.

- Cắt nhu mô gan bằng kim Kocher nhỏ, mảnh. Khi cắt nhu mô gan luôn kiểm soát tốt tĩnh mạch cửa trái, ngã ba tĩnh mạch cửa, nâng dây nâng tĩnh mạch gan giữa và trái, nhìn rõ đoạn tĩnh mạch chủ dưới sau gan. Kiểm soát rỉ máu nhu mô gan bằng chỉ Prolene 4/0.

- Kiểm soát đường mật bằng cách bơm nước muối sinh lý có hòa Xanh methylen qua dẫn lưu Escart. Nếu có chỗ rỉ mật, khâu kín bằng các mũi Monosyl hoặc Vicryl 4/0, 5/0.

- Rửa trường mổ, kiểm tra cầm máu, rỉ mật.

- Lau ổ bụng, đặt 1 dẫn lưu to dưới gan và 2 dẫn lưu nhựa số 18 gần diện cắt. - Đóng bụng 2 lớp mũi rời.

Mặc dù thành công trong các trường hợp trước đó nhưng ở bệnh nhân tại thông báo này việc áp dụng kỹ thuật cắt gan vẫn gặp nhiều khó khăn do khối u lớn, ranh giới rộng, tăng sinh mạch nhiều, dính với các tạng xung quanh, việc phẫu tích lấy bỏ khối u có nguy cơ chảy máu cao. Chúng tôi đã phải lấy một phần u hoại tử để cho khối u xẹp nhỏ lại sau đó bóc tách tỉ mỉ tới từng milimet để kiểm soát từng nhánh mạch S11 theo kỹ thuật trình bày. Không làm tổn thương mạch có thể gây chảy máu khó kiểm soát.

Các tài liệu trong y văn khi đề cập tới cắt thùy Spiegel đều quan tâm tới 3 yếu tố: thời gian mổ, lượng máu mất, và biến chứng sau mổ. "Hawkins và cộng sự cho biết: tỷ lệ tử vong là 6%, mất máu trung bình mỗi ca mổ là 800ml và truyền trung bình mỗi bệnh nhân 2 đơn vị máu" [trích dẫn theo 8]. Trường hợp của chúng tôi, thời gian mổ 6h45 phút, lượng máu truyền trong mổ 4 đơn vị. Mặc dù thời gian mổ lâu và phải truyền máu trong mổ do u lớn, nhiều mạch tăng sinh nhưng không có tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ là kết quả đáng khích lệ. Hậu phẫu rất nhẹ nhàng, bệnh nhân dễ chịu và hẳn khỏi khi ra viện.

3. Đánh giá về khả năng tái phát ung thư

HCC nhìn chung có tiên lượng xấu. Cần theo dõi sát khả năng tái phát sau mổ để có tiên lượng một cách đúng đắn.

Một số nghiên cứu trên thế giới đã cho biết những yếu tố ảnh hưởng tới khả năng tái phát sau cắt gan ở

bệnh nhân HCC bao gồm: tuổi cao; nam giới, nghiện rượu, nồng độ α FP máu cao, tiểu cầu thấp, Albumin máu thấp, kích thước khối u, U gan thể nhiều khối, xơ gan, viêm gan thể hoạt động, HCC kém biệt hóa, U xâm lấn mạch máu, diện cắt còn tế bào K, có di căn trong gan, thâm nhiễm hạch vệ tinh, điểm Child-Pugh cao, số lượng máu truyền trong mổ, cắt gan theo thương tổn.

Trong một bài viết mới đây, Trịnh Hồng Sơn và cộng sự đã nêu tổng quan các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng tái phát sau mổ cắt gan do HCC, trong đó nhấn mạnh hơn tới những bệnh nhân nhiễm virus viêm gan B. Nồng độ HBV DNA trong huyết thanh là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới tái phát sau mổ ở những bệnh nhân này. Bệnh nhân của chúng tôi được xét nghiệm nồng độ virus viêm gan B và được điều trị kháng virus này trước và sau mổ (Baraclude 0,5mg x1 viên/ ngày, uống).

Nhìn lại bệnh nhân trên, điều đáng lo ngại nhất là kích thước khối u lớn, độ ác tính cao trên nền bệnh Viêm gan B. Tuy nhiên các yếu khác khả quan: như diện cắt không còn tế bào K, không có di căn hạch vệ tinh.... Chúng tôi đã có kế hoạch theo dõi sát bệnh nhân sau mổ. Kiểm tra bệnh nhân hơn 1 tháng sau mổ: bệnh nhân lên 2 kg, ăn uống ngon miệng, lao động và sinh hoạt bình thường.

KẾT LUẬN

HCC tại thùy Spiegel chẩn đoán trước mổ không dễ cả về lâm sàng và cận lâm sàng do thầy thuốc ít quan tâm, vị trí u hiếm gặp. Có lẽ đây là trường hợp kích thước u ở S11 lớn nhất từ trước tới nay được ghi nhận trong y văn. Nắm vững giải phẫu gan có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong phẫu thuật cắt gan nói chung và cắt S11 nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tôn Thất Tùng. Cắt gan. Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật. Hà Nội, 1971.

2. Trịnh Hồng Sơn, Daniel Jaeck, Karim Boudjema, Đỗ Đình Thuận. Cắt gan thùy Spiegel: nhân 2 trường hợp nhìn lại y văn. Y học thực hành, 1997, 8: 44- 46.

3. Trịnh Hồng Sơn, Jean Tongio, Daniel Jaeck, Nguyễn Đình Tuấn, Đỗ Đức Vân. Nghiên cứu hệ động mạch gan, nhân 98 trường hợp chụp động mạch gan chọn lọc: ứng dụng trong chẩn đoán một số bệnh lý gan mật, can thiệp làm tắc động mạch gan và ghép gan. Y học thực hành, 1998: 30- 34.

4. Trịnh Hồng Sơn, Tôn Thất Bách, Daniel Jaeck, Phạm Kim Bình, Lê Tư Hoàng, Phạm Văn Bình, Dương Trọng Hiền, Hoàng Long, Nguyễn Phúc Cường, J-P Bellocq, Đỗ Đức Vân, Đỗ Kim Sơn. Nghiên cứu giải phẫu hệ tĩnh mạch gan đổ vào tĩnh mạch chủ dưới: ứng dụng trong phẫu thuật cắt gan, tạo hình tĩnh mạch gan và ghép gan. Y học thực hành, 1998, 3: 37- 41.

5. Trịnh Hồng Sơn, Tôn Thất Bách, Francis Weillon, Daniel Jaeck.

Một cách xếp loại phân bố và biến đổi giải phẫu đường mật qua 130 chụp đường mật: ứng dụng trong cắt gan và ghép gan. Ngoại khoa, 1, 1998: 15 – 21.

6. Trịnh Hồng Sơn. Nghiên cứu giải phẫu gan, ứng dụng trong ghép gan. Ngoại khoa, 2002, 5: 7- 19.

7. Trịnh Hồng Sơn. Những biến đổi giải phẫu đường mật, ứng dụng phẫu thuật. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2004.

8. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng. Cắt gan thùy Spiegel: chỉ định và kỹ thuật. Y học thực hành, 2006, 11(558): 38-43.

9. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Quang Nghĩa, Nguyễn Minh Trọng, Đoàn Hoài Linh, Nguyễn Thị Kim Bích Liên. Cắt gan phân thùy 9. Y học thực hành, 2006, 4 (538): 21-24

10. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Phạm Hoàng Hà, Nguyễn Hàm Hội, Nguyễn Thái Minh, Nguyễn Minh Trọng. Cắt gan phân thùy 9 kết hợp hai kỹ thuật của Takayama và Yamamoto. Y học thực hành, 2008, 7 (612+ 613): 31-34.