

Phẫu thuật cắt gan theo phương pháp Takasaki: Kỹ thuật và kết quả

Hepatectomy with Takasaki's procedure: Technique and results

HỒ VĂN LINH

Bệnh viện Trung ương Huế

Abstract

Background: This study aims to explore the short-term results of hepatectomy with Takasaki's procedure. **Materials and Methods:** We retrospectively examined data of 307 patients who underwent hepatectomy with Takasaki's procedure at Hue Central Hospital from 01/2017 to 01/2023. **Results:** The mean age was $55,3 \pm 11,7$ years (25 – 80) and the male/female ratio was 6:1. Patients with solitary tumor accounted for 79,2% and 68,4% had tumor size greater than 5 cm. Pringle maneuver was used in 57,9%, while selective right or left Glissonean pedicle occlusion was used in 69% and 31%, respectively. Final transection surface reinforcement was achieved by Surgicel and BioGlue in 78,8% and 21,2% of cases, respectively. Major liver resection accounted for 69,2%. The mean total operative time was 125,2 (90 – 280) minutes. Mean operative blood loss was 271 ± 119 (150 – 650) mL. Mean post-operative hospital stay was 8,6 days (7 – 23). Post-operative complication rate was 5,9% and mortality rate was 0,3%. **Conclusion:** Hepatectomy with Takasaki procedure is safe, effective.

Keywords: Glissonean pedicle, hepatectomy, liver

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống gan theo Takasaki để cắt gan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 307 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Takasaki, tại bệnh viện Trung ương Huế, từ 01/2017 đến 01/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân: $55,3 \pm 11,7$ (25 – 80), tỷ lệ nam/nữ là 6/1. Ung thư gan ở giai đoạn A theo BCLC là 77,5%. Kích thước khối u ≥ 5 cm 68,4%, khối u đơn độc là 79,2%. Kỹ thuật treo gan trong cắt gan phải là 25,4%, trong khi đó kỹ thuật kiểm soát cuống phải và cuống trái lần lượt là 69% và 31%. Diện cắt gan được bảo vệ bằng Surgicel hoặc Bioglue lần lượt là 78,8% và 21,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình 125,2(90 – 280) phút, lượng máu mất trong phẫu thuật 271 ± 119 (150 – 400ml). Tai biến cắt đứt ống gan chung 1(0,3%) bệnh nhân. Biến chứng sau phẫu thuật là 18(5,9%) bệnh nhân. Tử vong sau phẫu thuật 01(0,3%) bệnh nhân. **Kết luận:** Cắt gan theo phương pháp Takasaki là an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Cuống Glisson, cắt gan, gan.

I. Đặt vấn đề

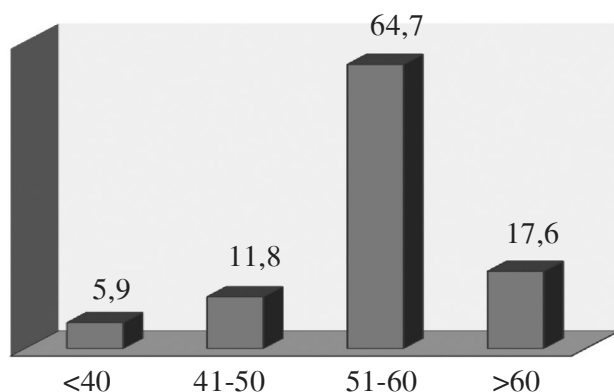
Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư gan như RFA, TOCE, phẫu thuật phối kết hợp đa mô thức. Tuy nhiên, theo y văn thì phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp điều trị triệt để nhất và có tiên lượng sống thêm sau phẫu thuật tốt nhất. Hai phương pháp phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu thường được sử dụng là Lortat – Jacob và Tôn Thất Tùng.

Mất máu trong phẫu thuật cắt gan là một trở ngại lớn cho phẫu thuật viên cũng như việc tiên lượng kết quả sau phẫu thuật cho người bệnh. Nhiều phương pháp kiểm soát mạch máu được giới thiệu trong phẫu thuật cắt gan như: Pringle (1908), Henry Bismuth (1982), Makuchi (1987). Tuy nhiên, kỹ thuật này gây thiếu máu toàn bộ gan. Takasaki (1986), đề xuất kỹ thuật tiếp cận cuống Glisson cặp chung cả ba thành phần mà không cần phẫu tích. Kỹ thuật này giúp giảm thiểu mất máu, hạn chế tối đa sự thiếu máu của nhu mô gan còn lại, xác định rõ ranh giới diện cắt và cắt gan theo đúng giải phẫu. Ứng dụng kỹ thuật Takasaki để cắt gan nhanh chóng được áp dụng rộng rãi tại Nhật Bản và trên thế giới.

Chúng tôi, thực hiện đề tài nhằm nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Takasaki để cắt gan tại Bệnh viện Trung ương Huế.

II. Đối tượng và phương pháp

Đối tượng: Gồm 307 bệnh nhân được cắt gan theo phương pháp Takasaki, từ 01/2017 – 05/2023, tại Bệnh viện Trung ương Huế.



Tiến cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng.

Kỹ thuật tiến hành

Phẫu tích cuống Glisson phải và trái

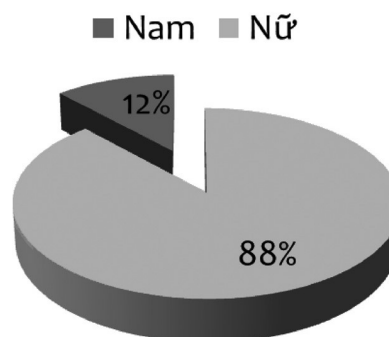
Cắt túi mật để bộc lộ cửa gan, sau khi mở lớp phúc mạc ngay vị trí giữa cuống Glisson phải và trái, dễ dàng bộc lộ và luồn dây qua giữa hai cuống Glisson. Lưu ý, thắt các nhánh nhỏ đi trực tiếp từ các cuống Glisson vào gan giúp hạn chế chảy máu.

Phẫu tích cuống Glisson trước và sau

Cắt bỏ mô liên kết dọc theo cuống Glisson phân thùy trước, tách cuống này khỏi nhu mô vào sâu trong gan để bộc lộ mặt trước. Phẫu tích vào khe giữa cuống Glisson phân thùy trước và sau để bộc lộ mặt sau, luồn dây qua cuống trước, dễ dàng tách riêng biệt hai cuống Glisson phân thùy trước và sau. Như vậy, phẫu thuật viên luôn luôn phẫu tích và kiểm soát được 3 cuống Glisson riêng biệt tại cửa gan. Buộc các cuống Glisson này sẽ xác định được ranh giới các phân thùy gan và mặt phẳng cắt gan. Buộc cuống Glisson các hạ phân thùy trong trường hợp cắt riêng từng hạ phân thùy. Cắt nhu mô gan bằng kelly hoặc bằng dao Sonastar, buộc các mạch máu nhỏ và đường mật trong gan bằng chỉ silk 3/0 hoặc kẹp bằng clip. Diện cắt gan được phủ surgicel hoặc keo sinh học.

III. Kết quả

Nghiên cứu qua 307 trường hợp cắt gan theo phương pháp Takasaki, chúng tôi thu được một số kết quả sau đây: Nam chiếm tỉ lệ cao so với nữ, tuổi trung bình $55,3 \pm 11,7$ (25 – 80).



Bảng 3.1. Phân loại giai đoạn theo Viện Ung thư gan Barcelona
(BCLC-Barcelona Clinic Liver Cancer)(2022)

Giai đoạn	n = 307	Tỷ lệ (%)
A	238	77,5
B	69	22,5

Ung thư gan ở giai đoạn A theo BCLC là 238 (77,5%) bệnh nhân. kích thước khối u ≥ 5 cm 210(68.4%) bệnh nhân, khối u đơn độc là 243 (79,2%)bệnh nhân. Kỹ thuật treo gan trong cắt gan phải là 78 (25,4%) bệnh nhân, trong khi đó kỹ thuật kiểm soát cuống phải và cuống trái lần lượt là 69% và 31%. Diện cắt gan được bảo vệ bằng Surgicel hoặc Biogluc lần lượt 78,8% và 21,2%.

Bảng 3.2. Các loại cắt gan

Loại cắt gan	n = 307	Tỷ lệ (%)
Cắt gan phải	109	35,5
Cắt gan trái	69	22,5
Cắt gan thùy trái	49	16,0
Cắt gan phân thùy sau	40	13,0
Cắt gan hạ phân thùy 5, 6	30	9,7
Cắt gan hạ phân thùy 5,6,7	10	3,3

Chỉ định cắt gan lớn tương đối phổ biến: 188 (61,2%) bệnh nhân.

Bảng 3.3. Kết quả trong phẫu thuật

Thông số trong phẫu thuật	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	115 $\pm$ 37
Lượng máu mất (ml)	271 $\pm$ 119
Lượng máu truyền (ml)	150 $\pm$ 56
Tai biến (n, %)	01(0,3%)

Thời gian phẫu thuật trung bình 115 $\pm$ 37 (97 – 155 phút), lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình 271 $\pm$ 119 (150 – 400 ml), lượng máu truyền 250 $\pm$ 56 (200 - 400 ml). Một bệnh nhân cắt mất đoạn ống gan chung khi phẫu tích kiểm soát cuống gan phải trong cắt gan phải, sau phẫu thuật ngày thứ nhất bilirubin tăng và tiếp tục tăng lên từng ngày, đến ngày thứ 5 thì có biểu hiện vàng mắt, vàng da. Quyết định phẫu thuật lại ngày thứ 11 và phát hiện tắc mật do mất đoạn ống gan chung. Giải quyết bằng cách nối mật ruột kiểu Roux – en – Y. bệnh ổn định và ra viện.

Bảng 3.4. Biến chứng và tử vong sau phẫu thuật

Biến chứng	n = 307	Tỷ lệ (%)
Tắc mật	1*	0,3
Suy gan	3	0,9
Tràn dịch màng phổi	3	0,9
Áp xe tồn dư	4	1,3
Rò mật kéo dài	7	2,3
Tử vong	1	0,3

(*) Bệnh nhân tắc mật do cắt ống gan chung được phát hiện khi phẫu thuật lại. 18 (5,9%) bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật. Trong đó, suy gan 3(0,9%) bệnh nhân, suy gan thường xảy ra từ ngày thứ 3 trở đi, hồi phục dần và ổn định sau 2 tuần, áp xe tồn dư 4 (1,3%) bệnh nhân và tràn dịch màng phổi 3 (0,9%) bệnh nhân. Tử vong sau phẫu thuật 1 (0,3%) bệnh nhân.

4. Bàn luận

- Ung thư tế bào gan là bệnh phổ biến ở các nước Châu Á, trong đó có Việt Nam, chiếm từ 75% - 80% ung thư gan trên toàn thế giới, đứng hàng thứ 5 nguyên nhân gây tử vong do ung thư tại Châu Á [1]. Cắt gan là phương pháp điều trị triệt để nhất, tuy nhiên đây lại là một phẫu thuật lớn, có nhiều tai biến và biến chứng như: chảy máu, suy gan, tràn dịch màng phổi, rò mật và áp xe tồn dư và có nguy cơ tử vong lên đến 5% [2][3].

- Nghiên cứu tiếp theo của chúng tôi gồm 31 bệnh nhân được cắt gan thành công theo phương pháp kiểm soát cuống Glisson của Takasaki. Tỷ lệ biến chứng chung 7/31(22,4%), không có tử vong sau phẫu thuật. Một bệnh nhân có tai biến cắt nhầm ống gan chung khi phẫu tích cuống Glisson phải trong cắt gan phải và được phát hiện sau khi mổ lại vào ngày thứ 11 với biểu hiện bilirubin tăng nhanh, tiếp theo là vàng da, vàng mắt đậm và suy gan; CTscanner bụng phát hiện đường mật trong gan giãn, ống gan chung không khảo sát được. Mổ lại nối mật ruột kiểu Roux – en – Y, bệnh ổn định và ra viện ngày thứ 27 sau phẫu thuật lần đầu. Biến chứng suy gan sau

phẫu thuật cũng thường gặp đối với bệnh nhân cắt gan lớn (cắt gan phải hoặc cắt gan trái) có chức năng gan trước mổ tương ứng Child B. Tuy vậy, suy gan chỉ thoáng qua từ ngày thứ 3 đến thứ 5 trở đi. Kinh nghiệm chúng tôi thường sử dụng plasma, albumin và lợi tiểu cho các trường hợp suy gan sau phẫu thuật, cho thấy đáp ứng và cải thiện triệu chứng và hồi phục hoàn toàn vào ngày 15 – 20.

- Ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson của Takasaki để cắt gan theo giải phẫu giúp xác định ranh giới chính xác giữa các phân thùy, hạn chế thiếu máu phần gan còn lại và tránh phát tán tế bào ung thư sang các phân thùy gan kế cận trong lúc phẫu thuật [6].

- Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy sự xâm lấn mạch máu và di căn trong gan theo đường tĩnh mạch cửa là yếu tố tiên lượng độc lập đối với tái phát ung thư và thời gian sống của bệnh nhân. Cắt gan theo giải phẫu cho kết quả sống lâu dài tốt hơn và hạn chế tái phát so với cắt gan không theo giải phẫu. Hiệu quả điều trị triệt để khi cắt gan theo giải phẫu là lấy bỏ hoàn toàn phân thùy hoặc hạ phân thùy gan và tĩnh mạch cửa tận gốc của phân thùy hay hạ phân thùy đó. Vì vậy, giúp loại

bỏ hoàn toàn các di căn nhỏ trong phân thùy gan khi u xâm lấn mạch máu giúp hạn chế tái phát [4].

5. Kết luận

Tiếp cận cuống Glisson theo Takasaki là kỹ thuật thực hiện tương đối dễ dàng, an toàn và hiệu quả. Kỹ thuật này cho phép xác định chính xác diện cắt giữa các phân thùy, hạn chế tối đa sự thiếu máu nhu mô gan còn lại, giảm mất máu và triệt để hơn về phương diện ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Công Duy Long, Nguyễn Đức Thuận, Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Tiến Đạt, Đặng Quốc Việt (2013). Áp dụng kỹ thuật phẫu tích cuống glisson ngả sau trong cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư tế bào gan. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 1(17): 48 – 53.
2. Masatoshi Kudo (2010). Liver Cancer Working Group Report. *Jpn J Clin Oncol*, 40(1): 19 – 27.
3. Masakazu Yamamoto, Satoshi Katagiri, Shun-ichi Ariizumi, Yoshihito Kotera, Yutaka Takahashi (2012). Glissonean pedicle transection method for liver surgery (with video). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 19:3–8.
4. Makuuchi M, Hasegawa H, Yamazaki S (1985). Ultrasonically guided subsegmentectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 161: 346 – 350.
5. Ton That Tung, Nguyen Duong Quang (1963). A new technique for operating on the liver. *Lancet Jan*, 26(281): 192 – 193.
6. Yamamoto M, Takasaki K, Ohtsubo T, Katsuragawa H, Fukuda C, Katagiri S (2001). Effectiveness of systematized hepatectomy with Glisson's pedicle transection at the hepatic hilus for small nodular hepatocellular carcinoma: retrospective analysis. *Surgery*, 130: 443 – 448.