

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U NANG BẠCH HUYẾT Ổ BỤNG Ở TRẺ EM

Trần Ngọc Sơn*; Nguyễn Thanh Liêm*

TÓM TẮT

Hồi cứu 27 bệnh nhân (BN) nhi bị u nang bạch huyết ổ bụng (UNBHOB), tuổi trung bình 3,8, được phẫu thuật nội soi (PTNS) tại Bệnh viện Nhi TW từ tháng 5 - 2007 đến 4 - 2010.

Kết quả: BN nhập viện chủ yếu do đau bụng (74,1%) và chướng bụng (37%), trong đó 3 BN (11,1%) trong trạng thái bụng cấp cứu ngoại khoa. Kích thước UNBHOB trung bình 8,3 cm (dao động 3,4 - 20 cm). PTNS cắt u thành công 81,5%, nội soi hỗ trợ cắt u cùng với đoạn ruột 11,1%, phải chuyển mổ mở 7,4%. Không có tai biến trong và sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 3,6 ngày. Theo dõi sau ra viện từ 3 - 42 tháng, các BN đều có sức khỏe tốt và không có tái phát.

* Từ khóa: U nang bạch huyết ổ bụng; Trẻ em; Phẫu thuật nội soi.

LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF ABDOMINAL LYMPHATIC CYST IN CHILDREN

SUMMARY

This is a retrospective case-series study on 27 patients, with mean age of 3.8 years undergoing laparoscopic surgery for abdominal lymphatic cysts (ALC) at National Hospital of Pediatrics, Hanoi, Vietnam from May, 2007 to April, 2010.

Results: The most common symptoms were abdominal pain (74,1%) and distention (37%). Three patients were presented with acute abdomen. The mean size of ALC was 8.3 cm (ranged from 3.4 to 20 cm). Laparoscopic cyst excision was performed successfully in 81.5% of cases, laparoscopy-assisted bowel resection en bloc with the cyst in 11.1% and conversion to open surgery in 7.4%. There was no death or complication. The mean hospital stay after the laparoscopic treatment was 3.6 days. For the follow up period of 3 to 42 months, all patients were in good health and without recurrence.

* *Key words: Abdominal lymphatic cyst; Children; Laparoscopic surgery.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

U nang bạch huyết ổ bụng ở trẻ em thường gặp trong thực tế lâm sàng dưới 2 dạng chủ yếu: u nang mạc nối và u nang

mạc treo ruột [8]. Tần suất gặp trong thực tế từ 1/105000 đến 1/20000 số ca nhập viện [7, 8]. Điều trị kinh điển đối với UNBHOB ở trẻ em là phẫu thuật mở bụng cắt toàn bộ u [8].

* Bệnh viện Nhi TW

Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

PTNS cắt u nang mạc treo ruột được Mackenzie báo cáo lần đầu tiên năm 1993 trên BN người lớn [4]. Sau đó, nhiều trung tâm cũng đã ứng dụng PTNS cắt u nang mạc treo và u nang mạc nối lớn, nhưng chủ yếu vẫn trên người lớn [1, 2, 5, 7]. Kỹ thuật này cũng đã được ứng dụng thành công trên trẻ em [3, 7]. Tuy nhiên, cho đến nay trong y văn thế giới chưa có nghiên cứu trên loạt ca bệnh đáng kể [1, 7]. Ở Việt Nam cũng chưa có báo cáo nào về đề tài này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm *đánh giá vai trò của PTNS trong điều trị UNBHOB ở trẻ em, bao gồm các vấn đề liên quan đến tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phương pháp.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Tất cả bệnh nhi được PTNS điều trị UNBHOB từ tháng 5 - 2007 đến 7 - 2010 tại Bệnh viện Nhi TW.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Đây là một hồi cứu mô tả loạt ca bệnh. Các dữ liệu được tập hợp và phân tích bao gồm tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm khối u, kỹ thuật mổ nội soi, thời gian mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở và kết quả sau mổ. Chỉ định PTNS dựa trên quyết định cá nhân của phẫu thuật viên. BN sau ra viện được theo dõi định kỳ bằng tái khám và siêu âm ổ bụng.

Về kỹ thuật mổ: sử dụng từ 1 - 4 trocar, trong đó trocar 10 mm cho camera đặt qua rốn, tư thế BN nằm ngửa. Sau khi nội soi thăm dò ổ bụng, trocar 5 mm đặt thêm nếu cần, ở vị trí được xác định, tùy theo vị trí xuất phát của khối u. Hút dịch trong nang trước khi cắt u. Một số trường hợp u nang mạc nối lớn thuận lợi có thể dùng trocar với 2 kênh làm việc (1 cho camera và 1 cho dụng cụ phẫu thuật) kéo nang qua rốn hút dịch và cắt u (single port - PTNS chỉ dùng 1 trocar). Nếu có chỉ định phải cắt đoạn ruột cùng với u, mở rộng vết mổ rốn thêm 1 - 2 cm và đưa đoạn ruột cùng với u ra ngoài ổ bụng, thực hiện cắt nối ruột ở bên ngoài, sau đó đưa lại ruột vào ổ bụng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 27 BN thuộc đối tượng nghiên cứu, 13 trẻ trai và 14 trẻ gái, tuổi trung bình 3,8 tuổi (dao động từ 1 tháng đến 12 tuổi). Các triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng bao gồm: đau bụng 74,1%, chướng bụng 37%, sờ thấy khối ở bụng 22,2%, sốt 22,2%, nôn 14,8%. 3 BN (11,1%) nhập viện trong trạng thái bụng cấp cứu ngoại khoa với cảm ứng phúc mạc (1 BN do u nang mạc treo bị nhiễm trùng, 1 BN do u nang mạc nối lớn chảy máu, 1 BN u nang mạc treo kết hợp với xoắn mạc nối lớn). Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện từ 3 ngày đến 10 tháng. 1 BN (3,7%) phát hiện UNBHOB tình cờ khi siêu âm không liên quan đến u.

Các xét nghiệm máu và sinh hóa không đặc hiệu và không giúp chẩn đoán xác định. Chẩn đoán trước mổ chủ yếu dựa vào phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Siêu âm ổ bụng thực hiện cho tất cả BN với hình ảnh tìm thấy phổ biến nhất là nang dịch, có thể có vách. 2 BN (7,4%), siêu âm không cho chẩn đoán chính xác: 1 BN UNBHOB được chẩn đoán là nang ruột đôi và 1 BN u nang mạc nối lớn chảy máu chỉ được chẩn đoán dịch tự do ổ bụng. 26 BN (96,3%) được chụp CT. 1 BN: CT cũng không nhận biết được u nang mạc nối lớn mà chẩn đoán là dịch tự do ổ bụng.

19/27 BN (70,4%) chẩn đoán trong mổ là u nang bạch huyết mạc treo ruột (10 BN u nang mạc treo ruột non; 4 BN u nang mạc treo đại tràng; 5 BN u có tính chất phức tạp, phát triển vào hậu cung mạc nối và khoảng sau phúc mạc, bao quanh một phần các cơ quan như lách, tụy, thận, mạch máu lớn (tĩnh mạch chủ, cuống thận, mạch mạc treo tràng trên...), 8 BN (29,6%) u nang mạc nối (7 BN u nang mạc nối lớn, 1 BN u nang mạc nối bé). Chẩn đoán trước mổ xác định u nang bạch huyết ổ bụng đúng ở 25/27 BN (92,6%). Tuy nhiên, chỉ có 15 BN (55,6%) xác định chính xác được vị trí xuất phát của u từ mạc treo hay từ mạc nối. 1 BN chẩn đoán trước mổ chảy máu ổ bụng chưa rõ nguyên nhân (dựa trên siêu âm kết hợp chọc dò ổ bụng) và 1 BN chẩn đoán nang ruột đôi.

PTNS điều trị UNBHOB thành công cho 25 BN (92,6%), trong đó cắt u hoàn toàn bằng nội soi 22 BN (81,5%), 3 BN (11,1%) nội soi hỗ trợ cắt đoạn ruột cùng với u. 2 BN phải chuyển mổ mở: 1 BN dùng PTNS thăm dò chẩn đoán trong mổ cấp cứu với chẩn đoán trước mổ chảy máu ổ bụng chưa rõ nguyên nhân. PTNS đã xác định trong mổ là u nang bạch huyết mạc nối lớn chảy máu, BN này chuyển mổ mở cắt u. 1 BN khác do u nang bạch huyết dính nhiều vào các mạch mạc treo tràng trên, nội soi tách u khó khăn, phải chuyển mổ mở.

Chúng tôi chỉ dùng 1 trocar (single port) cho 3 BN, 5 BN dùng 2 trocar, 15 BN dùng 3 trocar, 4 BN dùng 4 trocar. Thời gian mổ trung bình 78 phút (dao động 35 - 165 phút). Không có BN nào phải truyền máu trong mổ, trừ BN chảy máu u nang bạch huyết mạc nối lớn. Không có biến chứng trong và sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ 3 - 7 ngày (trung bình 3,8 ngày). Theo dõi sau ra viện từ 3 - 42 tháng. 25 BN tái khám (92,6%), các BN đều trong trạng thái sức khỏe tốt, không có tái phát và vết mổ thẩm mỹ tốt. 1 BN có dịch ổ bụng kéo dài sau cắt u bạch huyết mạc treo và sau phúc mạc, nhưng số lượng không nhiều và không ảnh hưởng đến sức khỏe chung, điều trị nội khoa có kết quả.

BÀN LUẬN

Số lượng báo cáo về PTNS điều trị UNBHOB ở trẻ em trong y văn rất hạn chế, đại đa số là nghiên cứu một vài trường hợp hoặc loạt ca bệnh nhỏ [1, 7]. Theo tìm hiểu của chúng tôi, nghiên cứu này là trên loạt BN lớn nhất cho tới nay trong y văn về ứng dụng PTNS trong điều trị UNBHOB ở trẻ em.

Bệnh cảnh lâm sàng của UNBHOB không đặc hiệu, với triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng và chướng bụng mức độ nhẹ [8]. Tuy nhiên, cần lưu ý có những BN có thể có triệu chứng bụng ngoại khoa cấp tính do nhiễm trùng hoặc chảy máu u, như ở BN của chúng tôi cũng như của các tác giả khác [3, 8]. Chẩn đoán UNBHOB chủ yếu dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt siêu âm và CT ổ bụng [8]. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, mặc dù siêu âm có thể chẩn đoán UNBHOB nói chung, nhưng vẫn nên chụp CT, vì CT chính xác hơn, cho thấy rõ hơn khối u và mối liên quan với các tổ chức xung quanh, giúp phẫu thuật viên lên kế hoạch cuộc mổ tốt hơn. Những trường hợp đặc biệt như: u nang bạch huyết mạc nối lớn có kích thước rất lớn hoặc chảy máu, siêu âm và CT có thể không chẩn đoán đúng UNBHOB mà chỉ xác định được có nhiều dịch tự do ổ bụng, Khi đó, nên chỉ định nội soi ổ bụng đầu tiên với vai trò thăm dò chẩn đoán và sau đó là điều trị.

Về phương diện kỹ thuật mổ: kinh nghiệm của chúng tôi cho thấy, nhiều trường hợp có thể PTNS cắt UNBHOB với 1 trocar, đặc biệt u nang mạc nối lớn. Do đó, người phẫu thuật viên nên thử nội soi với 1 trocar 10 mm qua rốn trước, nhất là camera 2 kênh làm việc. Kỹ

thuật 1 trocar này rất hữu ích cả khi cần phải cắt ruột: hút bớt dịch nang và đưa đoạn ruột cùng u ra ngoài.

Kết quả của chúng tôi cho thấy: PTNS cắt UNBHOB có tính khả thi cao. Mặc dù bác sỹ có trình độ và kinh nghiệm khác nhau, tỷ lệ chuyển mổ mở là 7,4%. Tỷ lệ này thấp hơn so với De Lagausie 2005 (33%) [3]. PTNS an toàn, không có tử vong hay biến chứng sớm sau mổ, kết quả điều trị tốt, không có BN nào tái phát sau mổ. Tỷ lệ biến chứng muộn sau mổ là 3,7% (1 BN có dịch ổ bụng kéo dài sau mổ) và không cần mổ lại, so với 22% BN bị tắc ruột sau mổ của De Lagausie [3].

Với những kết quả trên và ưu thế của PTNS so với mổ mở nói chung, chúng tôi cho rằng điều trị UNBHOB bằng PTNS ở trẻ em là một chỉ định tốt. Khác với các u đặc, UNBHOB ở trẻ em có thể hút bớt dịch để giảm thể tích u nên kích thước khối u không có ý nghĩa khi chỉ định PTNS. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, u nang bạch huyết mạc nối và mạc treo đơn thuần không gây khó khăn cho PTNS cắt u. Tuy nhiên, những trường hợp đặc biệt như u UNBHOB chảy máu hoặc có tính chất phức tạp phát triển ra khoang sau phúc mạc, bao quanh một phần các cơ quan lách, tụy, thận, mạch máu lớn (động mạch chủ bụng, tĩnh mạch chủ, cuống thận, các mạch mạc treo tràng trên...) thì PTNS cắt u khá khó khăn và phải do phẫu thuật viên nội soi có nhiều kinh nghiệm thực hiện. 2 BN chuyển mổ mở của chúng tôi đều do 1 phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm thực hiện. Theo đánh giá lại, 2 BN này có thể thực hiện cắt u bằng PTNS.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị UNBHOB ở trẻ em có tính khả thi cao, an toàn và hiệu quả. PTNS nên được xếp vào lựa chọn hàng đầu trong điều trị bệnh lý này ở trẻ em, đặc biệt ở những trung tâm có kinh nghiệm về PTNS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Asoglu O, Igci A, Karanlik H, et al.* Laparoscopic treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc.* 2003, 17(5), p.832.
2. *Conzo G, Vacca R, Grazia Esposito M, et al.* Laparoscopic treatment of an omental cyst: a case report and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2005, 15 (1), pp.33-35.
3. *De Lagausie P, Bonnard A, Berrebi D, et al.* Abdominal lymphangiomas in children: interest of the laparoscopic approach. *Surg Endosc.* 2007, 21 (7), pp.1153-1157.
4. *Mackenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, et al.* Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. *J Laparoendosc Surg.* 1993, 3 (3), pp.295-299.
5. *Mason JE, Soper NJ, Brunt LM.* Laparoscopic excision of mesenteric cysts: a report of two cases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2001, 11 (6), pp.382-384.
6. *Morrison CP, Wemyss-Holden SA, Maddern GJ.* A novel technique for the laparoscopic resection of mesenteric cysts. *Surg Endosc.* 2002, 16 (1), p.219.
7. *O'Brien MF, Winter DC, Lee G, et al.* Mesenteric cysts - a series of six cases with a review of the literature. *Ir J Med Sci.* 1999, 168 (4), pp.233-236.
8. *Ricketts RR.* Mesenteric and omental cysts. In *Pediatric Surgery*, 6th edition, edited by Grosfeld JL, Oneill JA, Fonkalsrud EW, Coran AG, Mosby Publishing House 2006, Vol 2, pp.1399-1405.

