ĐIỀU TRỊ CẮT CHỎM NANG ĐƠN THẬN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC. NHÂN 40 TR□ỜNG HỢP

Nguyễn Phú Việt*
Lê Anh Tuấn*
D□ơng Xuân Hòa*
Phạm Duy Hùng* và CS

TÓM TẮT

Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật cắt chỏm nang đơn thận bằng nội soi sau phúc mạc điều trị cho 40 bệnh nhân (BN), 13 nam và 27 nữ, tuổi trung bình 53,28 ± 15,94 (dao động 23 - 86 tuổi); đường kính nang trung bình trên siêu âm 77,86 ± 23,41 mm, từ tháng 5 - 2008 đến 2 - 2009 tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103 và Bệnh viện Việt Đức.

Thời gian mổ trung bình 40,5 ± 10,25 phút, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình 3,34 ± 0,96 ngày, l- ợng máu mất trong mổ không đáng kể, số ngày dùng kháng sinh trung bình 3,43 ± 0,95. Số ngày nằm viện trung bình 3,43 ± 0,96. Không có biến chứng nặng hay tử vong do phẫu thuật.

Sau 3 tháng (39 ca mổ thành công): hết nang: 25 BN (64,1%); còn nang < 50% thể tích ban đầu: 11 BN (28,2%); còn nang > 50% thể tích ban đầu: 3 BN (7,7%).

* Từ khoá: Chỏm nang đơn thận; Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

USING LAPAROSCOPIC RETROPERITONEAL SURGERY IN TREATMENT OF RENAL CYSTS. ON OCCASION OF 40 CASES

Nguyen Phu Viet
Le Anh Tuan
Duong Xuan Hoa
Pham Duy Hung et al

SUMMARY

We assessed the safety and efficiency of laparoscopic retroperitoneal renal cystectomy on 40 patients underwent laparoscopic retroperitoneal renal cystectomy, from May 2008 to February 2009 at Vietduc Hospital and 103 Hospital. Including 13 males and 27 females who had age ranged from 26 - 82 years, mean 53.28 ± 15.94. The mean diameter of renal cysts was 77.86 ± 23.71 mm.

Mean operating time was 40.5 ± 10.50 minutes. The analgesia required for 3.34 ± 0.96 days, the digestive canal movement at 0.96 ± 0.37 days and mean hospital stay was 3.43 ± 0.96 days. There was no significant post-operative complication.

* *Key words: Renal cysts; Retroperitoneal laparoscopic renal cystectomy.*

---

* *Bệnh viện 103*
** *Học viện Quân y*
Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang thận là một bệnh th- ờng gặp ở ng- ời > 50 tuổi [5, 6]. Lausk và McLachlan (1981) [5] phát hiện trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 20% ng- ời có nang thận ở tuổi 40 và 33% ở tuổi 60. Đa số nang thận không có triệu chứng hoặc triệu chứng không rõ ràng và đ- ợc phát hiện tình cờ, ít gây biến chứng chèn ép kể cả nang có kích th- ớc lớn, có thể gây đau l- ng, tăng huyết áp, đái máu hay chèn ép gây giãn đài bể thận hoặc gây ứ đọng n- ớc tiểu, làm xuất hiện viêm nhiễm đ- ờng niệu.

Có nhiều phương pháp điều trị nang đơn thận: chọc hút nang d- ới h- ớng dẫn của siêu âm có bơm chất gây xơ hóa là ph- ơng pháp đơn giản, nhưng tỷ lệ tái phát nang cao [3, 4]. Mổ mở kinh điển gây ra nhiều th- ơng tổn lớn và để lại sẹo dài, thời gian nằm viện lâu. PTNS qua phúc mạc cắt nang thận có thể gặp tai biến tổn th- ơng ruột, tắc ruột, liệt ruột, viêm phúc mạc, dính ruột, thoát vị…

Ngày nay, với xu h- ớng phát triển chung của PTNS, PTNS sau phúc mạc đã và đang là h- ớng phát triển phù hợp trong niệu khoa, là ph- ơng pháp điều trị xâm lấn tối thiểu, ít gây tổn th- ơng, đặc biệt góp phần điều trị tốt bệnh nang đơn thận.

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về PTNS sau phúc mạc trong điều trị nang thận [5, 6]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích đánh giá độ an toàn và tính hiệu quả của ph- ơng pháp PTNS sau phúc mạc đối với nang đơn thận.

ĐỐI T□ỢNG VÀ PH□ƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

40 BN nang đơn thận đ- ợc PTNS sau phúc mạc cắt chỏm nang, từ tháng 5 - 2008 đến 8 - 2008 tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện 103.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu tiến cứu.

* *Kỹ thuật:* BN đ- ợc gây mê nội khí quản, t- thế nằm nghiêng 90°, kê gối d- ới s- ờn nh- mổ hở. Rạch da 10 mm, ở đầu hoặc góc x- ơng s- ờn 12 cho tr- ờng hợp đầu s- ờn dài, đưa trocar đầu tiên vào. Đặt 1 ngón tay găng vô khuẩn vào khoang sau phúc mạc và bơm khí tạo khoang làm việc theo phương pháp Gaur. Bóc tách hoàn thiện khoang sau phúc mạc bằng ống kính, đặt trocar thứ hai 10 mm trên đ- ờng nách giữa, nằm ở mào chậu và bờ s- ờn. Đặt trocar thứ ba 5 mm trên đ- ờng nách tr- ớc đỉnh của đ- ờng mổ thận về phía bụng. Duy trì độ rộng của khoang sau phúc mạc bằng khí CO_2 với áp lực 12 mmHg. Định vị phúc mạc cơ thắt l- ng chậu (psoas) để xác định cân Gerota tiếp cận thận, bắt đầu từ cực d- ới tìm nang thận, bóc tách mỡ và bộc lộ bề mặt nang có màu xanh n- ớc biển, cắt xẻ theo viền nang, hút dịch gửi cấy (vi khuẩn) và làm kháng sinh đồ, làm giải phẫu bệnh mẫu mô chỏm nang. Đốt cầm máu viền nang và đặt 1 ống dẫn l- u ở hốc thận.

* *Ghi các thông số:* số trocar sử dụng, kiểu vô cảm (toàn thân, tuỷ sống), thời gian mổ, l- ợng máu mất, tai biến trong mổ, biến chứng hậu phẫu, đau sau mổ, trung tiện sau mổ, thời gian rút ống dẫn l- u, ngày nằm viện sau mổ, ngày sử dụng kháng sinh.

* *Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 15.0.*

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu.

- Nam 13 BN, nữ 27 BN, tuổi trung bình 53,28 ± 15,94, nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 82 tuổi.

- Lý do vào viện: đau lưng: 32 BN (80%), tăng huyết áp: 2 BN (5%).

- Kích thước nang trên siêu âm trước mổ: đường kính trung bình 77,86 ± 23,71 mm, nhỏ nhất 48 mm. 62,5% nang có đường kính > 7 mm.

- Vị trí nang so với thận: cực trên: 28 BN (70%), cực dưới: 10 BN (25%), cạnh rốn thận: 2 BN (5%); nang ngoại vi: 25 BN (62,5%), nang trung tâm và hỗn hợp: 15 BN (27,5%).

2. Kết quả phẫu thuật.

- Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản: 38 BN (95%), tê tuỷ sống: 2 BN (5%).

- Số lượng trocar: 3 trocar: 40 BN (100%).

- Thời gian mổ trung bình: 40,5 ± 10,25 phút, lâu nhất 90 phút, nhanh nhất 20 phút.

- Lượng máu mất trung bình trong mổ: 15,53 ± 6,62 ml, nhiều nhất 50 ml, ít nhất 10 ml, không có trường hợp nào phải truyền máu lúc mổ.

- Tìm thấy nang thận: 39/40 BN (97,5%). 1 trường hợp nang nội thận, không xác định được nang phải chuyển mổ mở.

- Tai biến, biến chứng trong mổ: không có biến chứng thủng hay rách phúc mạc, không có trường hợp nào tắc mạch do khí.

3. Kết quả sau mổ.

- 39 BN được PTNS thành công.

- Mức độ đau sau mổ (tính theo thang điểm VAS): đau ít: 15 BN (38,4%), đau vừa: 24 BN (61,5%). Không có trường hợp nào đau hậu phẫu nhiều, số ngày dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình 3,43 ± 0,96 ngày (từ 1 - 8 ngày).

- Thời gian xuất hiện trung tiện trung bình 0,96 ngày (từ 0,5 - 2 ngày). Rút ống dẫn lưu hậu phẫu vào ngày thứ hai (1 - 3 ngày).

- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 3,43 ± 0,96 ngày, nhiều nhất 8 ngày, ít nhất 3 ngày.

- Biến chứng sau mổ: không có biến chứng nhiễm khuẩn và chảy máu sau mổ.

- Kết quả kiểm tra sau 3 tháng:

+ Hết nang: 25 BN (64,1%).

+ Còn nang thận, thể tích < 50% trước mổ: 11 BN (28,2%).

+ Còn nang thận, thể tích > 50% trước mổ: 3 BN (7,7%).

BÀN LUẬN

Nhiều phẫu thuật viên niệu khoa thường chọn PTNS sau phúc mạc điều trị nang đơn thận khi có triệu chứng hoặc biến chứng vì hạn chế được nguy cơ tổn th- ơng các tạng khác, áp dụng tốt cho tr- ờng hợp mổ cũ qua phúc mạc (mật, tuỵ, tiêu hoá, sản khoa). Tuy nhiên, nh- ợc điểm là tr- ờng mổ nhỏ, thao tác khó khăn, do vậy việc tạo khoang sau phúc mạc và đặt trocar tiếp cận nang đơn thận, thời gian phẫu thuật là rất quan trọng, đòi hỏi sự thuần thục về kỹ năng ngoại khoa cũng nh- tạo được vị trí thuận lợi của nang thận ở cực d- ới và mặt sau. Điều này cho phép

bác sĩ gây mê có thể quyết định ph- ơng thức mê toàn thân hay tê tuỷ sống. Trong nghiên cứu này, 2 tr- ờng hợp gây tê tuỷ sống với nang thận cực d- ới.

Chúng tôi không gặp biến chứng hậu phẫu nặng, chỉ có 1 tr- ờng hợp chuyển mổ mở do nang thận nằm d- ới vỏ, khó xác định bằng dụng cụ nội soi và không có điều kiện để chụp CLVT, thời gian mổ mất 90 phút, bao gồm cả thời gian PTNS. Qua đó cho thấy chụp CLVT hệ tiết niệu rất quan trọng để xác định kích th- ớc, đặc biệt là vị trí nang thận vì siêu âm phụ thuộc chủ quan ng- ời làm nên khó định vị chính xác vị trí nang thận.

Thời gian trung tiện sớm giúp BN chóng ăn uống trở lại, sớm nhất sau 12 giờ (1/2 ngày), góp phần giúp BN chóng hồi phục, đây cũng là - u điểm của PTNS sau phúc mạc.

L- ợng máu mất trong mổ ít và kiểm soát tốt cầm máu cũng góp phần làm BN nhanh chóng hồi phục.

Thời gian dùng thuốc kháng sinh, thuốc giảm đau sau mổ ngắn và ngày nằm điều trị ngắn góp phần tiết kiệm chi phí điều trị.

Vấn đề tái phát nang, có tác giả đ- a ra yếu tố liên quan nh- : vai trò của lớp niêm mạc phủ trong nang, độ mở cửa sổ nang và khoảng trống còn lại của nang sau khi đã cắt chỏm nang và hút hết dịch. Các ph- ơng pháp: mở rộng tối đa cửa sổ nang, làm hẹp khoảng trống còn lại của nang bằng cuống mỡ đã đ- ợc một số tác giả áp dụng, tỷ lệ tái phát nang giảm. Nh- ng l- u ý, nếu mở rộng quá sẽ có nguy cơ chảy máu mép cắt, đốt niêm mạc cũng có nguy cơ này và có thể rò n- ớc tiểu do nguy cơ mở thông vào đài thận. Chỉ gặp những trường hợp nang thận thể trung tâm hay hỗn hợp sau mổ, nhưng phần nang ăn sâu vào nhu mô thận nhiều, không gặp ở BN nang đơn thận thể ngoại vi. Điều này chứng tỏ khoang trống do nang thận còn lại sau mổ không được tổ chức xung quanh lấp đầy.

KẾT LUẬN

PTNS sau phúc mạc là ph- ơng pháp xâm lấn tối thiểu điều trị nang đơn thận, an toàn và cho kết quả tốt, đặc biệt cho những tr- ờng hợp nang đơn thận vị trí cực d- ới và mặt sau thận hay tr- ờng hợp có tiền sử cũ qua ổ bụng. Tạo khoang phẫu thuật tốt giúp tiếp cận nang thận ở vị trí khó ở cực trên, mặt tr- ớc, cạnh bể thận.

Kinh nghiệm của phẫu thuật viên góp phần lớn vào thành công và thời gian phẫu thuật. Tính thẩm mỹ, ít gây đau, thời gian phục hồi sớm là - u thế rõ rệt của phương pháp phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Kỳ, Nguyễn Quang. Nang đơn thận. Bệnh học tiết niệu. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2003, tr.524-531.

2. Nguyễn Quang. Nghiên cứu dặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị b- ớc đầu nang đơn thận bằng ph- ơng pháp dẫn l- u qua da d- ới h- ớng dẫn siêu âm và làm xa hoá nang. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú các bệnh viện. Tr- ờng Đại học Y Hà Nội. 1998.

3. Trần Chí Thanh. Nghiên cứu chỉ định và kết quả điều trị nang đơn thận bằng ph- ơng pháp soi ổ bụng cắt chỏm nang. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú các bệnh viện. Tr- ờng Đại học Y Hà Nội. 2002.

4. Nguyễn Bửu Triều. Nang thận đơn. Bệnh học tiết niệu. Nhà xuất bản Y học. 1995, tr.473-477.

5. Andrew C., Novick, Steven C., Campbell. Renal tumor, in: Walsh PC et al. Campbell's urology. W.B. Saunders. 2002, pp.2672-2731.

6. Kene Kemeth N. Walton. Renal cyst. Urologic surgery. 1991, 4th edition, pp.138-148.