

Kết quả phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em có số lượng tiểu cầu thấp dưới $50 \times 10^9/L$

Hồng Quý Quân, Nguyễn Việt Hoa, Tào Minh Châu

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Từ khoá:

Phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách, Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, tiểu cầu thấp

Địa chỉ liên hệ:

Hồng Quý Quân
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0944 518 383
Email: dr.hongquyquan@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/12/2021

Ngày chấp nhận đăng:
21/02/2022

Ngày xuất bản: 15/03/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi là tiêu chuẩn vàng cho phẫu thuật cắt lách để điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (XHGT CMD). Gần đây, với xu thế của phẫu thuật ít xâm lấn dẫn tới sự phát triển phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách (PTNSMĐRCL) nhằm giảm số lượng sẹo mổ và cải thiện thẩm mỹ. PTNSMĐRCL với hạn chế là sự va chạm dụng cụ và thu hẹp tam giác hoạt động đã chứng minh được tính khả thi và an toàn trong phẫu thuật cắt lách. Tuy vậy, điều kiện chấp nhận được để phẫu thuật an toàn là số lượng tiểu cầu trên $50 \times 10^9/L$ tuy nhiên với các người bệnh XHGT CMD không phải lúc nào cũng đạt được. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em có số lượng tiểu cầu thấp dưới $50 \times 10^9/L$ ” nhằm mục đích đánh mức độ an toàn của PTNSMĐRCL ở bệnh nhi XHGT CMD có số lượng TC thấp dưới $50 \times 10^9/L$.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được tiến hành trên 35 người bệnh XHGT CMD được PTNSMĐRCL tại khoa phẫu thuật nhi Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 12 năm 2019. Trong đó nhóm I có 20 người bệnh có số lượng TC $< 50 \times 10^9/L$ và nhóm II có 15 người bệnh có số lượng TC $\geq 50 \times 10^9/L$.

Kết quả: Tất cả các người bệnh đều được phẫu thuật an toàn, không có người bệnh nào phải truyền máu trong mổ, không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tỉ lệ biến chứng giữa 2 nhóm. Nhóm I có 1 người bệnh phải đặt thêm 1 trocar để cầm máu.

Kết luận: PTNSMĐRCL có thể tiến hành an toàn ở những bệnh nhi có tiểu cầu thấp dưới $50 \times 10^9/L$ với việc truyền tiểu cầu ngay trong mổ trước khi rạch da.

Single incision laparoscopic splenectomy for immune thrombocytopenic purpura patients with low platelet count below $50 \times 10^9/L$

Hong Quy Quan, Nguyen Viet Hoa, Tao Minh Chau

Viet Duc University Hospital

Abstract

Introduction: Laparoscopic approach is considered as gold standard for splenectomy in patients with Immune thrombocytopenic purpura (ITP). More recently, with the trend of minimally invasive surgery has led to the development of single-incision laparoscopic splenectomy (SILS) to reduce the number of surgical scars and improve cosmetic outcome. SILS with the limitations are clashing, lack of triangulation which has proven safe and feasible with splenectomy. However, it is commonly accepted that the safe PLT count to perform surgery is $50 \times 10^9/L$, but in patients with ITP it is not always possible to achieve. Therefore, in this study we aimed to evaluate the safety of SILS in patients with low platelet count below $50 \times 10^9/L$.

Patients and methods: The medical records of 35 children with immune thrombocytopenic purpura who underwent single incision laparoscopic splenectomy at Viet Duc University Hospital between December 2016 to December 2019 were reviewed. Group I there are 20 patients with platelet $< 50 \times 10^9/L$. Group II there are 15 patients with platelet $\geq 50 \times 10^9/L$. Method of study: prospective descriptive study

Results: All patients had a safe operation, no patient required intraoperative blood transfusion, there was no difference in surgery time, blood loss, complication rate between the two groups. Group I had 1 patient who had to add a trocar to stop bleeding.

Conclusion: SILS is safe and feasible in pediatric patients with low platelet counts below $50 \times 10^9/L$ with intraoperative platelet transfusion.

Key words: Single incision laparoscopic splenectomy- SILS, Immune thrombocytopenic purpura (ITP), Low platelet

Đặt vấn đề

Chảy máu trong và sau mổ là biến chứng đáng sợ với các phẫu thuật viên, sự xuất hiện của biến chứng này phụ thuộc nhiều vào các yếu tố đông cầm máu của người bệnh trước mổ. Do vậy rối loạn đông máu không điều chỉnh được coi là chống chỉ định tuyệt đối của các phẫu thuật ngoại khoa. XHGTCMD là

bệnh lý tự miễn do các tự kháng thể kháng lại tiểu cầu được sản xuất tại lách, làm phá hủy tiểu cầu gây giảm số lượng tiểu cầu máu ngoại vi [1]. Thông thường số lượng TC an toàn để thực hiện phẫu thuật phải là trên $50 \times 10^9/L$ [2], [3] nhưng ở những người bệnh XHGTCMD có chỉ định cắt lách không phải lúc nào cũng đạt được mức tiểu cầu như trên.

PTNSMĐRCL là xu thế mới của phẫu thuật ít xâm lấn, được tiến hành qua một đường rạch duy nhất trong phạm vi của rốn nên sẹo gần như không nhìn thấy vì trùng với rốn. Tuy nhiên PTNSMĐRCL lại có nhược điểm là góc làm việc hẹp và sự va chạm của dụng cụ nội soi gây khó khăn cho thao tác làm tăng nguy cơ biến chứng chảy máu của mổ cắt lách trên người bệnh XHGTCMD [2], [4], [5], đặc biệt ở những người bệnh có tiểu cầu thấp dưới $50 \times 10^9/L$. Nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em có số lượng tiểu cầu dưới $50 \times 10^9/L$ ” nhằm mục tiêu: Đánh giá mức độ an toàn và kết quả của PTNSMĐRCL trên bệnh nhi XHGTCMD có số lượng TC thấp dưới $50 \times 10^9/L$.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu:

35 bệnh nhi mắc XHGTCMD mạn tính được

PTNSMĐRCL tại Khoa phẫu thuật Nhi - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong đó nhóm có lượng TC rất thấp $< 50 \times 10^9/L$ có 20 người bệnh, nhóm có số lượng TC $\geq 50 \times 10^9/L$ có 15 người bệnh.

Tiêu chuẩn chọn NB:

Người bệnh có độ tuổi từ 5 đến 16 tuổi, mắc XHGTCMD được chỉ định cắt lách bởi bác sỹ chuyên khoa huyết học. NB được PTNSMĐRCL tại Khoa phẫu thuật Nhi - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thời gian từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 12 năm 2019.

Tiêu chuẩn loại trừ NB:

Tuổi nhỏ hơn 5 và lớn hơn 16 tuổi.

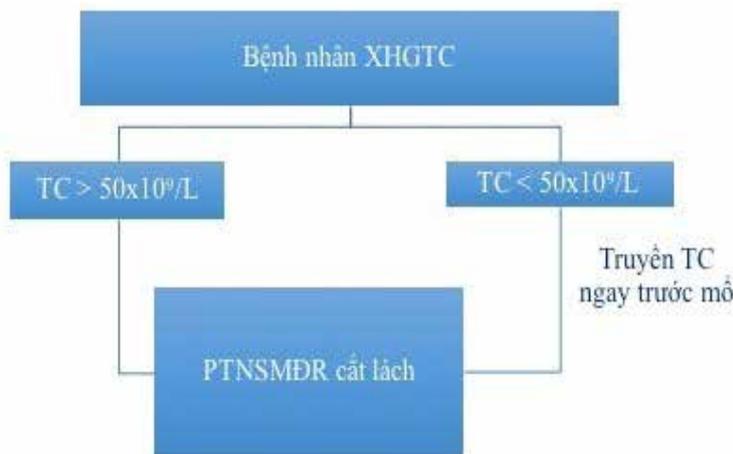
Các NB cắt lách không phải XHGTCMD và không theo phương pháp PTNSMĐRCL.

Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 12 năm 2019.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.



Cỡ mẫu và chọn mẫu thuận tiện có chủ đích được áp dụng trong nghiên cứu này. Cỡ mẫu là 35 người bệnh.

Phương pháp phẫu thuật:

Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ nội soi thẳng thông thường.

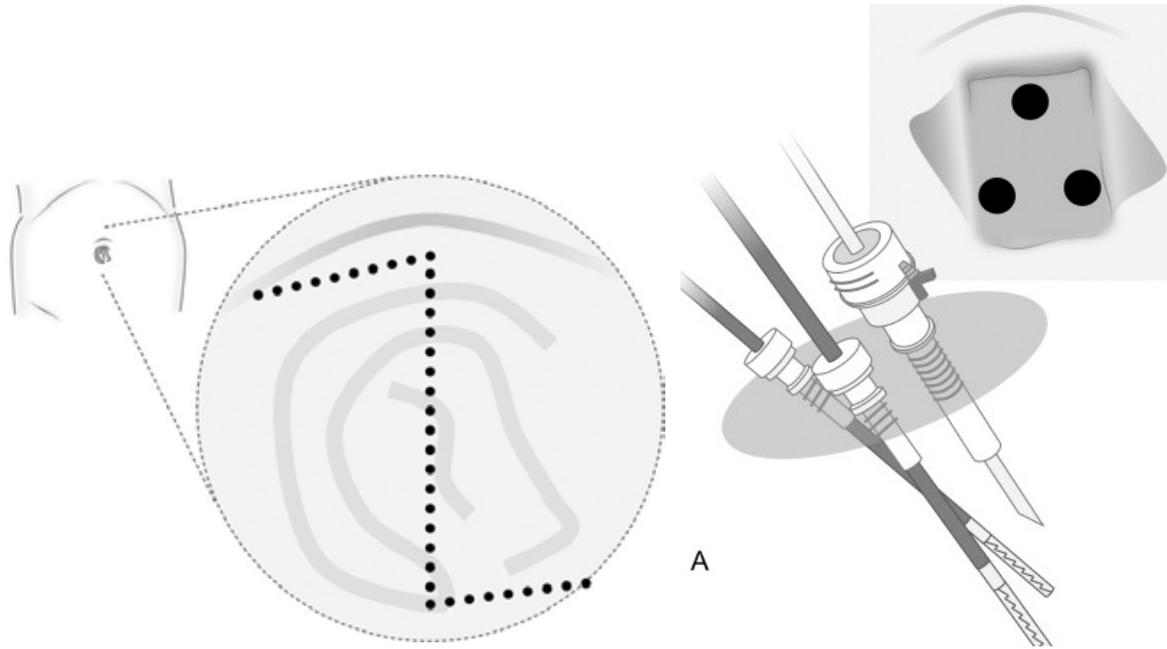
Chuẩn bị người bệnh: Người bệnh được gây mê nội khí quản. Với các người bệnh có số lượng TC dưới $50 \times 10^9/L$ sẽ được truyền tiểu cầu ngay trước

khi rạch da để nâng tiểu cầu trong mổ.

Phẫu thuật:

Người bệnh nằm nghiêng phải $50 - 70^\circ$, có đệm ở dưới sườn, phẫu thuật viên và người phụ đứng bên phải bàn mổ, dụng cụ viên đứng bên trái bàn mổ.

Rạch da hình chữ Z trong phạm vi của rốn để chia rốn làm 2 phần từ trên xuống dưới như hình xoáy âm dương. Đặt 3 trocar 5 mm trong phạm vi của đường rạch chữ Z.



Hình 1. Đường rạch da chữ Z ở rốn và vị trí 3 trocar đặt tại rốn.

Sau khi bơm hơi ổ bụng, tiến hành mở mạc nối nhỏ vào hậu cung mạc nối. Cắt dây chằng vị lách và các động mạch vị ngăn để bộc lộ rốn lách. Các dây chằng quanh lách cũng được cắt để giải phóng lách. Động tĩnh mạch lách ở rốn lách được bộc lộ và được cắt bằng Ligasure. Lách sau khi được cắt sẽ được cho vào túi, hút sạch máu đọng hố lách. Túi đựng lách được kéo ra lỗ trocar được rạch thêm. Lách được kẹp nhỏ và lấy dần ra ngoài. Khâu tạo hình lại rốn. Lượng máu mất trong mổ được đo bằng lượng máu hút ra trong bình chứa sau khi kết thúc ca mổ.

Sau mổ người bệnh được theo dõi toàn thân, tình trạng bụng, vết mổ để phát hiện các biến chứng sau mổ. Người bệnh được rút ống thông dạ dày và cho ăn sau khi đánh hơi... Người bệnh được ra viện khi toàn thân ổn định, tiêu hoá bình thường và vết mổ khô.

NB được khám lại sau mổ 3 tháng đánh giá lâm sàng và số lượng TC.

Xử lý và phân tích số liệu

Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu và hoàn toàn tự quyết định sự tham gia của họ trong nghiên cứu.

Kết quả

Một số đặc điểm, lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm, lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh

	Nhóm I (số lượng TC < 50x10 ⁹ /L) N= 20	Nhóm II (số lượng TC ≥ 50x10 ⁹ /L) N= 15	P
Nam/ Nữ	9/11	8/7	> 0,05
Tuổi trung bình (Năm)	7,1 ± 3,1	8,4 ± 3,6	0,26
Thời gian mắc XHGTC (Tháng)	16,4 ± 15,3	30,5 ± 22,1	0,03
Số lượng TC trước mổ (x10 ⁹ /L)	18,5 ± 12,3	67,3 ± 25,5	0,0001

Nhận xét: Không có sự khác biệt về giới tính và độ tuổi của 2 nhóm I và II. Nhóm I có số tháng mắc XHGTC và số lượng TC trung bình thấp hơn nhóm II có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

	Nhóm I (Số lượng TC < 50x10 ⁹ /L) N = 20	Nhóm II (Số lượng TC ≥ 50x10 ⁹ /L) N = 15	P
Thời gian mổ (phút)	96,7 ± 28,5	80,4 ± 25,3	0,09
Lượng máu mất trong mổ (ml)	48,6 ± 25,4	35,8 ± 28,2	0,168
Tai biến trong mổ	2 (1 chảy máu cuống lách +1 rách bao lách)	2 (2 chảy máu cuống lách)	
Đặt thêm trocar (NB)	1	0	
Biến chứng sau mổ (ca)	2 (1 nhiễm trùng rốn + 1 dịch ổ lách)	1 (Nhiễm trùng rốn)	
Thời gian nằm viện (ngày)	4,7 ± 1,9	5,0 ± 1,8	0,639
Số lượng TC trung bình sau mổ 1 tuần (x10 ⁹ /L)	120,4 ± 31,1	130,3 ± 40,2	0,41

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian nằm viện của 2 nhóm. Có 1 trường hợp nhóm II phải đặt thêm trocar để chuyển về phẫu thuật nội soi nhiều cổng do chảy máu từ rốn lách và khó khăn khi cầm máu bằng PTNSMĐRCL.



Biểu đồ 1. Thời gian phẫu thuật của các ca
 Nhận xét: Thời gian phẫu thuật giảm dần và ổn định từ ca số 10 của PTNSMĐRCL.

Bảng 3. Đáp ứng về SLTC của NB khi khám lại

	Đáp ứng (NB)	Không đáp ứng (NB)	P
Nhóm TC < 50x10 ⁹ /L	15	5	0,2
Nhóm TC ≥ 50x10 ⁹ /L	14	1	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng chung là 82,85%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ đáp ứng của 2 nhóm

Bàn luận

Cắt lách chỉ nên được chỉ định ở những người bệnh thất bại với điều trị nội khoa và với thời gian mắc bệnh ít nhất 6 tháng [1], [2], [3]. Tất cả 35 bệnh nhi của chúng tôi đều đạt những tiêu chuẩn trên với tất cả người bệnh đều được chẩn đoán XHGTCMD với thời gian mắc bệnh trên 1 năm. Tuy nhiên số tháng mắc bệnh của nhóm 2 nhiều hơn có ý nghĩa thống kê (Bảng 1) do những người bệnh này có số lượng tiểu cầu cao nên ít nguy cơ xuất huyết nặng nên gia đình thường có xu hướng chờ đợi theo dõi, khác với nhóm I số lượng TC thấp thậm chí có những người bệnh dưới 10x10⁹/L nên biểu hiện xuất huyết thường rầm rộ, người bệnh thường xuyên phải nhập viện điều trị nên gia đình có xu hướng muốn cắt lách sớm.

Chúng tôi nhận thấy PTNSMĐRCL ở người bệnh XHGTCMD với tiểu cầu dưới 50x10⁹/L là an toàn với điều kiện người bệnh cần được chuẩn bị kỹ lưỡng, với các người bệnh tiểu cầu thấp dưới 50x10⁹/L sẽ được truyền tiểu cầu ngay trước lúc rạch da nhằm mục đích nâng số lượng tiểu cầu ngay trong mổ giảm nguy cơ chảy máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20/35 bệnh nhi được PTNSMĐRCL có số lượng tiểu cầu dưới 50x10⁹/L, số lượng tiểu cầu rất thấp của các người bệnh này không liên quan đến việc tăng các nguy cơ chảy máu trong mổ và tăng tỉ lệ tai biến trong mổ do chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh kết quả về lượng máu mất, số ca tai biến trong mổ ở 2 nhóm có số lượng tiểu cầu trên và dưới 50x10⁹/L. Điều này đạt được mà không có sự thay đổi nào về kỹ thuật mổ giữa 2 nhóm chỉ khác là nhóm có số lượng TC rất thấp thì được truyền TC ngay trong mổ. Để hạn chế chảy máu trong phẫu thuật chúng tôi

sử dụng LigaSure để cắt đốt các dây chằng của lách có các mạch máu nhỏ, cắt đốt động mạch vị ngấn và động tĩnh mạch ở rốn lách vì trong XHGTCMD lách thường không tăng kích thước hoặc to nhẹ độ I nên các mạch máu ở rốn lách không to. Các nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra LigaSure có khả năng cắt đốt các mạch máu đường kính lên đến 7 mm, đồng thời làm giảm lượng máu mất, thời gian phẫu thuật thậm chí cả chi phí cho phẫu thuật [4], [5], [6].

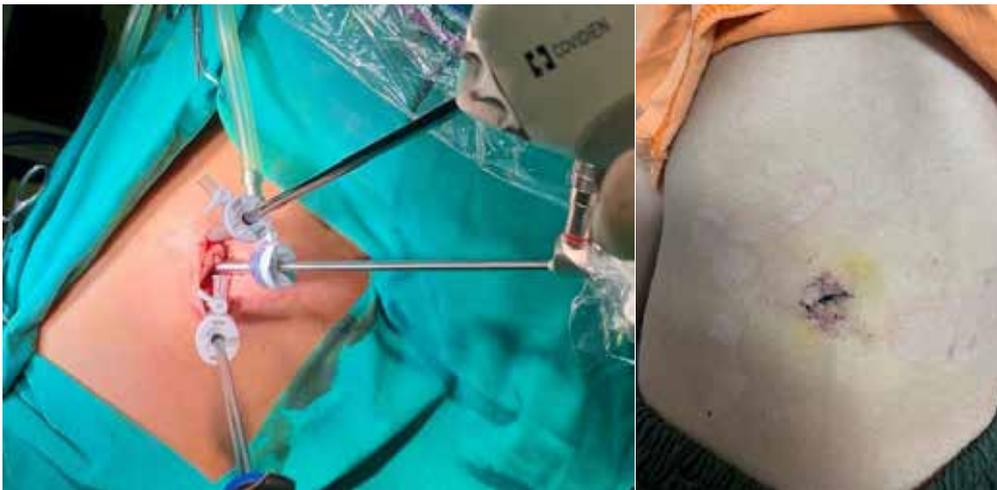
Trong nghiên cứu có 1 người bệnh phải đặt thêm trocar để cầm máu, người bệnh này có số lượng TC < 50x10⁹/L bị chảy máu từ cuống lách mà việc cầm máu khó nên chúng tôi đặt thêm 1 trocar ở mạng sườn trái. Như vậy PTNSMĐRCL dễ dàng chuyển đổi về PTNS nhiều cổng khi gặp khó khăn để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Không có bằng chứng mối liên quan của số lượng TC thấp dưới 50x10⁹/L trong XHGTCMD gây khó khăn, kéo dài thời gian của phẫu thuật do thời gian

phẫu thuật ở 2 nhóm không có sự khác biệt.

PTNSMĐRCL là một phẫu thuật có những khó khăn do góc hoạt động của dụng cụ nội soi hẹp, sự va chạm của các dụng cụ, nên đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và cần thời gian làm quen nên các ca đầu thường có thời gian mổ kéo dài hơn. Thông thường từ ca số 10 trở đi thời gian sẽ giảm và ổn định. Các tác giả cũng khuyên nên bắt đầu việc học tập bằng các PTNSMĐR đơn giản như cắt ruột thừa, cắt túi mật, những ca đầu tiên nên bắt đầu bằng việc giảm dần số vết rạch để đặt trocar phẫu thuật [7], [8].

Về đáp ứng với điều trị cắt lách, theo hiệp hội các nhà huyết học Mỹ [9], sau cắt lách người bệnh có đáp ứng khi số lượng TC ≥ 30x10⁹/L (Số lượng TC ≥ 100x10⁹/L là đáp ứng, số lượng TC ≥ 30x10⁹/L và < 100 x10⁹/L là đáp ứng 1 phần). Số lượng TC < 30 x10⁹/L là không đáp ứng. Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt về số người bệnh đáp ứng của 2 nhóm, tuy nhiên nhóm I có nhiều người bệnh không đáp ứng hơn.



Hình 2. Ảnh trong mổ và sau mổ.

Kết luận

PTNSMĐRCL có thể thực hiện an toàn trên những bệnh nhi XHGTCMD với số lượng TC dưới 50x10⁹/L và kết quả phẫu thuật tương đương với những bệnh nhi có số lượng TC ≥ 50x10⁹/L, những bệnh nhi này chỉ cần được truyền TC ngay trước khi mổ để nâng TC lên ngay trong mổ.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hà Thanh(2007). Bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân. *Bài giảng bệnh học nội khoa tập I*. NXB Y học, 25-29.
2. Lê Trọng Quân, Nguyễn Hoàng Bắc(2014). Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi một vết mổ cắt lách trong điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 7(1), tr. 51-62.

3. Kuhne T92017). Diagnosis and management of immune thrombocytopenia in childhood. *Hamostaseologie*, 37(1):36-44.
4. Delaitre B, Maignien B (1992). Laparoscopic splenectomy: technical aspects. *Surg Endosc*, 6, 305-308.
5. Barbaros U (2009). Single incision laparoscopic splenectomy: the first two cases. *J Gastrointest Surg*, 13:1520.
6. Robert B (2012). Single-incision laparoscopic splenectomy in children. *J Pediatr Surg*, 47(5):898-903.
7. Fan Y, Wu S-D, Kong J, Chao W (2014). Single-incision laparoscopic splenectomy with conventional instruments: preliminary experience in consecutive patients and comparison to standard multiple-incision laparoscopic splenectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*, 24(11):799-803.
8. Fan Y, Wu S-D, Kong J, Chao W (2014). "Feasibility and safety of single- incision laparoscopic splenectomy: a systematic review", *J Surg Res*, 186(1), 354-62.
9. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM và cộng sự. American Society of Hematology guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv*, 3(23):3829-3866.