

Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan trung tâm theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan

Phạm Thế Anh, Trương Mạnh Cường

Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều

Địa chỉ liên hệ:

Phạm Thế Anh,
Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều
30 Cầu Bươu, Tân Triều, Thanh
Trì, Hà Nội
Điện thoại: 0912 118 212
Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2024

Ngày chấp nhận đăng:

28/02/2024

Ngày xuất bản: 15/3/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan trung tâm theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC – Hepatocellular Carcinoma) tại Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 38 người bệnh được phẫu thuật cắt gan trung tâm theo giải phẫu điều trị HCC tại Khoa Ngoại Gan mật tụy – Bệnh viện K từ tháng 01/2022 đến hết tháng 11/2023.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ: 11.7/1. Độ tuổi trung bình: 54.9 ± 11 tuổi. Có 81.6% người bệnh mắc viêm gan B; 57.9% người bệnh khám sức khỏe định kỳ phát hiện u gan. Thời gian phẫu thuật trung bình: 149.7 ± 38 phút. Không có trường hợp nào có tai biến trong mổ. Suy gan sau mổ gặp ở 13.2% người bệnh. Thời gian rút dẫn lưu trung bình: 8 ± 1 ngày; thời gian nằm viện trung bình: 9.9 ± 7.6 ngày; không có trường hợp nào tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ. Giải phẫu bệnh sau mổ: HCC biệt hóa cao 2.6%, HCC biệt hóa vừa 68.4%; HCC kém biệt hóa 29%.

Kết luận: Phẫu thuật cắt gan trung tâm theo giải phẫu điều trị HCC là phẫu thuật an toàn, cho kết quả tốt.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, cắt gan trung tâm, cắt gan theo giải phẫu.

Short-term outcome of anatomical central hepatectomy for hepatocellular carcinoma

Pham The Anh, Truong Manh Cuong

K Hospital

Abstract

Introductions: To evaluate the short-term outcome of anatomical central hepatectomy for HCC (Hepatocellular Carcinoma) at K Hospital.

Patients and method: A retrospective descriptive study of 38 patients who underwent anatomical central hepatectomy for HCC at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, K Hospital, from January 2022 to November 2023.

Results: The male/ female ratio was 11.7/1. The average age was 54.9 ± 11 years, 81.6% of patients had hepatitis B, and 57.9% of patients were detected liver tumor during the regular health check. The average operation time was 149.7 ± 38 minutes. There were no cases of intraoperative complications. Postoperative liver failure accounted for 13.2%. The average drainage removal time was 8 ± 1 day. The average hospital stay was 9.9 ± 7.6 days. There was no perioperative mortality within 90 days. Postoperative histopathology results: Highly differentiated HCC: 2.6%; moderately differentiated HCC: 68.4%; poorly differentiated HCC: 29%.

Conclusion: Anatomical central hepatectomy for HCC was a safe surgery with good results.

Keywords: Hepatocellular carcinoma (HCC), central hepatectomy, anatomical liver resection.

Đặt vấn đề

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là loại ung thư thường gặp nhất, chiếm khoảng 85 - 90% các khối u gan ác tính. HCC có tiên lượng xấu, tỉ lệ sống sau 5 năm dưới 5% nếu không được điều trị. Theo số liệu của GLOBOCAN năm 2020, ở Việt Nam, HCC là ung thư phổ biến hàng đầu cả về số ca mắc mới và tử vong (chiếm 20.6% tổng số các loại ung thư) [1]. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị HCC, tuy nhiên phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp điều trị cơ bản nhất. Cắt gan theo giải phẫu giúp loại bỏ tối đa các nhân vệ tinh, từ đó hạn chế tái phát sau mổ [2]. Cắt gan trung tâm được định nghĩa là cắt phân thùy 4 và các hạ phân thùy 5, 8; có 2 diện cắt và là một loại cắt gan lớn, nguy cơ biến chứng sau mổ cao. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan trung tâm theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng

38 người bệnh được phẫu thuật cắt gan trung tâm theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Ngoại gan mật tụy, Bệnh viện K, cơ sở Tân Triều từ tháng 1/2022 đến tháng 11/2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Không có huyết khối tĩnh mạch cửa, không có di căn ngoài gan, không có tổn thương ở phần gan còn lại được phát hiện trước mổ

Chức năng gan: Child-Pugh A

Thể tích gan còn lại/ trọng lượng cơ thể $\geq 0,8$

Người bệnh được phẫu thuật cắt gan trung tâm theo giải phẫu điều trị HCC

Giải phẫu bệnh sau mổ: HCC

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

Đánh giá trước phẫu thuật

Khám lâm sàng, xét nghiệm: sinh hóa toàn bộ, công thức máu, Prothrombin, HbsAg, HCVAb, AFP, soi dạ dày, siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và/hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) đo thể tích gan còn lại

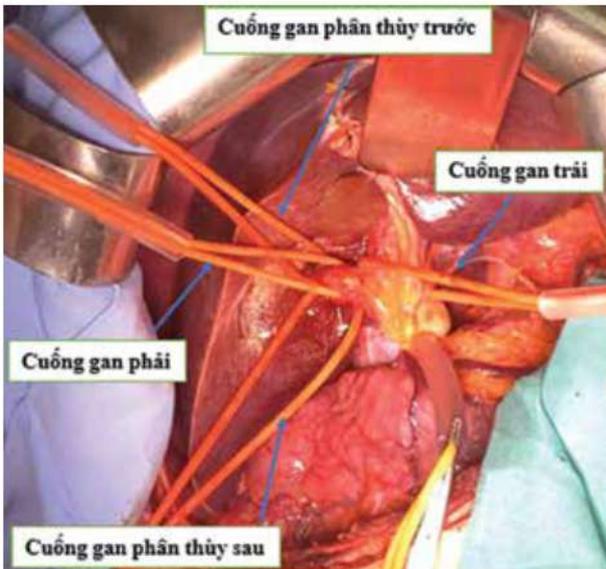
Quy trình phẫu thuật:

Bước 1: Mở bụng đường chữ J

Bước 2: Đánh giá tổng thể ổ bụng, hạch cuống gan, nhu mô gan còn lại. Cắt túi mật

Bước 3: Giải phóng gan

Bước 4: Kiểm soát chọn lọc cuống gan phải, cuống phân thùy trước theo phương pháp Takasaki



Hình 1: Kiểm cống Glisson theo phương pháp Takasaki



Hình 2: Ranh giới nhu mô gan trung tâm

Nguồn: NB Le Van D, 73T, Số HS: 220234830

Bước 5: Đánh dấu diện cắt

+ Diện cắt phải: theo ranh giới thiếu máu giữa phân thùy trước và phân thùy sau

+ Diện cắt trái: dọc theo bờ phải của dây chằng liềm

Bước 6: Cắt nhu mô gan

Cắt nhu mô bằng dao siêu âm kết hợp kelly. Trong quá trình cắt nhu mô gan có thể cặp cuống gan toàn bộ ngắt quãng, theo nguyên tắc 15 phút cặp, 5 phút nghỉ

Bước 7: Cầm máu diện cắt gan. Đặt xốp cầm máu (surgicel) diện cắt gan

Bước 8: Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, đóng bụng

Các chỉ số nghiên cứu bao gồm

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng; đặc điểm cận lâm sàng trước mổ; kết quả phẫu thuật, biến chứng trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện.

Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê (t-test, chi-square, pearson) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

Kết quả

Từ tháng 1/2022 đến tháng 11/2023, có 38 người bệnh được phẫu thuật cắt gan trung tâm theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Ngoại gan mật tụy, Bệnh viện K, cơ sở Tân Triều

Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình		54.9 ± 11
Giới (n, %)	Nam	35 (92.1)
	Nữ	3 (7.9)
Đau bụng (n, %)		12 (31.6)
Phát hiện tình cờ (n, %)		22 (57.9)
Nghiện rượu (n, %)		21 (55.3)
HBsAg (+) (n, %)		31 (81.6)
HCVAb (+) (n, %)		3 (7.9)
AFP trung bình (ng/ml)		1154.8 ± 5011.2
Kích thước trung bình u trên CLVT (cm)		5.8 ± 2.6
Đơn u, > 5cm (n, %)		26 (68.4)

Kết quả phẫu thuật

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Trong mổ	
Cấp cường toàn bộ trong thì cắt nhu mô (%)	84.2
Tổng thời gian cấp cường gan toàn bộ trung bình (phút)	23.4 ± 2.9
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	149.7 ± 38
Lượng máu mất trung bình (ml)	250 ± 35
Tai biến trong mổ (n, %)	0
Sau mổ	
Suy gan sau mổ (n, %)	5 (13.2)
Thời gian trung tiện trung bình (ngày)	2.7 ± 1.15
Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày)	8 ± 1
Thời gian nằm viện (ngày)	9.9 ± 7.6

Giải phẫu bệnh sau mổ

Có 1 trường hợp (2.6%) HCC biệt hóa cao; 26 trường hợp (68.4%) HCC biệt hóa vừa; 11 trường hợp (29%) HCC biệt hóa kém. Có 2 trường hợp giải phẫu bệnh sau mổ có phát hiện nhân vệt tinh chiếm 5.26%.

Bàn luận

Đặc điểm chung

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 54.9 ± 11 tuổi. Tác giả Shirabe cho rằng không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng và thời gian nằm viện giữa người bệnh < 80 tuổi và người bệnh > 80 tuổi [3]. Theo Sung và cộng sự, mắc HCC ở nam giới chiếm ưu thế, với tỉ lệ nam: nữ là 5.2/1 [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi: tỉ lệ nam/nữ là 11.7/1.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (31.6%). Nghiên cứu của Dương Huỳnh Thiện năm 2016, triệu chứng lâm sàng của HCC gặp với tỉ lệ lần lượt: đau bụng (68%), ăn kém (30.7%) [5].

Chức năng gan trước mổ: Trong cắt gan, tỉ lệ tử vong sau mổ ở người bệnh Child – Pugh A là 3.7% tăng lên 16,7% ở người bệnh Child – Pugh B. Vì vậy đối với các trường hợp Child – Pugh A sẽ cho phép thực hiện phẫu thuật cắt gan lớn, Child – Pugh B thực hiện cắt gan nhỏ chọn lọc, Child – Pugh C chống chỉ định cắt gan [6]. Nghiên cứu của chúng tôi 100% người bệnh được đánh giá chức năng gan Child – Pugh A trước mổ.

Viêm gan B, C: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 81.6% trường hợp HBsAg (+), 7.9% trường hợp HCVAb (+), trong đó đa số người bệnh không biết mình mắc bệnh cho đến khi vào viện, đồng nghĩa việc kiểm soát tình trạng nhiễm viêm gan virus trong cộng đồng còn chưa tốt. Giorgio Ercolani (2003) tiến hành cắt gan do HCC cho 224 người bệnh, tỉ lệ tái phát sau 3 năm ở nhóm người bệnh có viêm gan B là 16%, thấp hơn nhóm không viêm gan B là 37% và ở thời điểm sau 5 năm lần lượt là 77% và 51%. Tỉ lệ tái phát sau 3 năm ở nhóm người bệnh có viêm gan C là 45%, cao hơn nhóm không viêm gan C là 14% và ở thời điểm sau 5 năm lần lượt là 59% và 48% [7].

AFP: Thống kê cho thấy AFP trung bình là 1154.8 ± 5011.2 ng/ml (bảng 1), cao hơn nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2019) 335,93 ± 638,07 ng/ml.

Về tình trạng khối u: Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số người bệnh có đơn u, >5cm chiếm 68.4%. Các người bệnh này có u nằm ở cả phân thùy trước và phân thùy 4. Nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013) qua 96 trường hợp cắt gan điều trị HCC cho thấy: kích thước khối u trung bình 7.2 ± 4cm, khối u đơn độc có kích thước > 5cm: 52.1%, khối u đơn độc có kích thước ≤ 5 cm: 32.3%, nhiều khối u: 15,6% [8]. Một số tác giả khác cho rằng, kích thước khối u cùng với mức độ biệt hóa mô học, số lượng u và sự xâm lấn mạch máu là các yếu tố tiên lượng độc lập về khả năng tái phát cũng như thời gian sống thêm của người bệnh. Nghiên cứu của Nathan (2009) trên 788 người bệnh, được phẫu thuật cắt gan điều trị HCC cho kết quả: tổn thương HCC giai đoạn sớm với kích thước u nhỏ có tiên lượng tốt về thời gian sống thêm sau mổ [9].

Kết quả phẫu thuật

Kết quả trong mổ: 84.2% người bệnh trong nghiên cứu được cấp cứu gan toàn bộ trong thì cắt nhu mô, thời gian cấp cứu trung bình là 23.4 ± 2.9 phút, thời gian phẫu thuật trung bình 149.7 ± 38 phút. Nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013), thời gian mổ trung bình là 100.4 ± 37.2 phút [8]. Cắt gan trung tâm có hai diện cắt gan, vì vậy việc cầm máu sẽ mất nhiều thời gian hơn so với cắt gan có một mặt cắt. Một số nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật và tổng thời gian kiểm soát cuống gan toàn bộ tăng lên đáng kể ở những người bệnh cắt gan trung tâm so với cắt gan có một diện cắt [10, 11]. Nghiên cứu của Qui năm 2013: cắt gan trung tâm có thời gian phẫu thuật trung bình là 259 phút, lâu hơn so với cắt gan trái hoặc phải mở rộng thời gian phẫu thuật trung bình là 211 phút, với $p < 0.05$.

Các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều có thể tích gan còn lại không đủ nếu cắt gan phải mở rộng hoặc cắt gan trái mở rộng. Ngoài ra, nhu mô gan trung tâm là cấu trúc nằm gần rốn gan vì vậy việc cắt bỏ nhu mô gan sẽ khó khăn hơn về mặt kỹ thuật so với việc lựa chọn cắt bỏ gan trái mở rộng hoặc cắt gan phải mở rộng đối với các tổn thương nằm ở nhu mô gan trung tâm, vì vậy có thể làm tăng nguy cơ tai biến và máu mất trong mổ [12]. Phần nhu mô gan giữ lại và diện cầm máu có liên quan đến hai tĩnh mạch của gan đó là tĩnh mạch gan trái và tĩnh mạch gan phải, do đó làm tăng nguy cơ chảy máu trong và sau mổ. Để hạn chế chảy máu trong mổ, bên cạnh việc cấp cứu gan toàn bộ ngắt quãng, các mạch máu trong nhu mô đều được khâu buộc, kẹp hemolok hoặc clip cẩn thận ngay trong thì cắt nhu mô. Nghiên cứu của Qui (2013) cho kết quả lượng máu mất trung bình trong mổ đối với cắt gan trung tâm là 634 ml so với trung bình 570 ml của phẫu thuật cắt gan trái hoặc phải mở rộng [10]. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có tai biến trong mổ, lượng máu mất trung bình trong mổ là 250 ± 35 ml.

Mặc dù các nghiên cứu cho thấy cắt gan trung tâm có thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ nhiều hơn so với các cắt gan lớn khác, tuy nhiên

không có sự khác biệt về tỉ lệ suy gan và tỷ lệ tử vong sau mổ [12].

Kết quả sau mổ

Nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp suy gan sau mổ (13.2%). Cả 5 người bệnh đều được điều trị nội khoa và ổn định ra viện. Không có trường hợp tử vong trong 90 ngày sau mổ. Nghiên cứu của Văn Tần sau cắt gan lớn do ung thư cho thấy tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong sau phẫu thuật lần lượt là 12% và 4%, biến chứng đáng ngại nhất là suy gan sau mổ [14]. Chúng tôi đánh giá chức năng gan trước phẫu thuật dựa vào thang điểm Child – Pugh và đo thể tích gan trước mổ, mặc dù thể tích gan là đủ, tuy nhiên việc đánh giá xơ gan và chức năng phần gan còn lại cần dựa thêm các xét nghiệm khác như: đo độ đàn hồi gan, test ICG15... nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 81.6% xét nghiệm HbsAg (+), là yếu tố nguy cơ dẫn đến xơ gan và HCC cũng như đánh giá có tới 63.2% trường hợp người bệnh có nhu mô gan xơ trong mổ. Cắt gan trung tâm theo giải phẫu giúp đảm bảo về thể tích phần gan còn lại do giữ được tối đa nhu mô gan bao gồm phần nhu mô thùy trái và phần thùy sau so với lựa chọn cắt gan phải mở rộng chỉ giữ được nhu mô thùy trái và một phần phần thùy trước. Nghiên cứu của JennyChan và MarcosPerini năm 2018 cho thấy: cắt gan trung tâm có tỉ lệ biến chứng suy gan ít hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn khi so sánh với cắt gan trái mở rộng hoặc cắt gan phải mở rộng [12]. Nghiên cứu của Yee Lee năm 2014 trên 895 người bệnh cắt gan trung tâm ghi nhận tỉ lệ biến chứng cao nhất là tràn dịch màng phổi với 62 ca (6.9%), rò mật 36 ca (4%). Cắt gan trung tâm có thể tăng nguy cơ biến chứng sau mổ như rò mật, chảy máu, dịch tồn dư diện cắt sau mổ... so với các cắt gan lớn khác như: cắt gan trái, cắt gan phải chỉ có một diện cắt gan [15]. Nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận các biến chứng như: chảy máu, rò mật, cổ trướng sau mổ.

Giải phẫu bệnh sau mổ

Có 1 trường hợp (2.63%) giải phẫu bệnh sau mổ là HCC độ 1; 26 trường hợp (68.4%) HCC độ 2; 11 trường hợp (29%) HCC độ 3. Theo nghiên cứu của Tamura trên 952 người bệnh cắt gan, 7 yếu tố liên quan đến khối u ảnh hưởng đến thời gian sống thêm

của người bệnh: số lượng, kích thước, nhân vệ tinh, tình trạng xâm lấn mạch, di căn hạch cuống gan, độ mô học và giai đoạn pTNM. Tỷ lệ sống trên 3 năm ở những trường hợp HCC biệt hóa cao và vừa, kích thước u dưới 5cm là 81%, kích thước u trên 5cm là 62%. Tỷ lệ sống trên 1 năm ở những trường hợp HCC kém biệt hóa là 0% [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5.26% trường hợp giải phẫu bệnh sau mổ có nhân vệ tinh.

Kết luận

Phẫu thuật cắt gan trung tâm theo giải phẫu trong điều trị HCC là phẫu thuật có tính khả thi, an toàn và cho kết quả tốt nếu thực hiện ở trung tâm phẫu thuật chuyên khoa.

Tài liệu tham khảo

1. GLOBOCAN, 2020.
2. Wakai, T., et al., Anatomic resection independently improves long-term survival in patients with T1-T2 hepatocellular carcinoma. *Ann Surg Oncol*, 2007. 14(4): p. 1356-65.
3. Shirabe, K., et al., Early outcome following hepatic resection in patients older than 80 years of age. *World J Surg*, 2009. 33(9): p. 1927-32.
4. Sung, H., et al., Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 2021. 71(3): p. 209-249.
5. Thiện, D.H., Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại bệnh viện Chợ Rẫy. Y

học Thành phố Hồ Chí Minh, 2013. 20: p. 135-140.

6. Hsieh, C.B., et al., Prediction of the risk of hepatic failure in patients with portal vein invasion hepatoma after hepatic resection. *Eur J Surg Oncol*, 2006. 32(1): p. 72-6.
7. Giorgio Ercolani, M., * Gian Luca Graz, Liver Resection for Hepatocellular Carcinoma on Cirrhosis.
8. Thành, L.V., Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. 2013: Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân y, Hà Nội. 1-123.
9. Nathan, H., et al., Predictors of survival after resection of early hepatocellular carcinoma. *Ann Surg*, 2009. 249(5): p. 799-805.
10. Qiu, J., et al., Mesohepatectomy for centrally located liver tumours. 2013. 100(12): p. 1620-1626.
11. deAngelis, N., et al., Central hepatectomy versus extended hepatectomy for malignant tumors: a propensity score analysis of postoperative complications. 2016. 40: p. 2745-2757.
12. Chan, J., The outcomes of central hepatectomy versus extended hepatectomy: a systematic review and meta-analysis 2018.
13. Tamura, S., et al., Impact of Histological Grade of Hepatocellular Carcinoma on the Outcome of Liver Transplantation. *Archives of Surgery*, 2001. 136(1): p. 25-30.
14. Tần, V., Kết quả điều trị ung thư gan nguyên phát tại bệnh viện Bình Dân giai đoạn 2000-2006. Vol. Ung thư gan nguyên phát. 2006: NXB Y học.
15. Lee, Y., Central hepatectomy for centrally located malignant liver tumors: A systematic review. 2014.