Kết quả ban đầu phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận điều trị u thận tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Trương Thanh Tùng[1], Nguyễn Anh Lương[1], Hoàng Long[2]

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, 2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Từ khóa:
Cắt bán phần thận; u thận; phẫu thuật nội soi

Địa chỉ liên hệ:
Trương Thanh Tùng,
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa,
Số 181 Hải Thượng Lãn Ông - Phường Đông Vệ - TP Thanh Hóa
Điện thoại: 0915333838
Email: tungtnqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/9/2017
Ngày duyệt: 12/10/2017
Ngày chấp nhận đăng: 10/01/2018

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận điều trị u thận tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Phương pháp nghiên cứu: Bao gồm 7 người bệnh (4 nữ, 3 nam) được chẩn đoán u thận trên chụp CLVT và được PTNS cắt bán phần thận tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 07 năm 2017.

Kết quả: Tuổi trung bình: 55,43 tuổi (38 - 67 tuổi). Kích thước u trung bình: 3,43 cm (3 - 5cm). U ở Giai đoạn pT1a có 5 người bệnh, giai đoạn pT1b có 2 người bệnh. Điểm độ phức tạp của khối u tính theo hệ thống R.E.N.A.L.: 4a có 2 người bệnh; 4p có 2 người bệnh; 5a, 6p, 8x đều có 1 người bệnh. Thời gian mổ trung bình: 135 phút. Thời gian thiếu máu nóng trung bình: 30,57 phút. Lượng máu mất trung bình: 87,14 ml. Tai biến chảy máu trong mổ có 1 người bệnh được chuyển sang phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn. Theo dõi sau 1 đến 3 tháng, chức năng thận phục hồi tốt không có biến chứng, di căn hay tái phát tại chỗ.

Kết luận: PTNS cắt bán phần thận trong điều trị u thận có thể thực hiện được tại các bệnh viện tuyến tỉnh, với lựa chọn phù hợp ban đầu cho những khối u thận kích thước ≤ 4 cm. Tuy nhiên, để thực hiện tốt được kỹ thuật này thì cơ sở điều trị cần phải có trang thiết bị đầy đủ, phẫu thuật viên có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi và được đào tạo chuyên sâu.

Initial results of laparoscopic partial nephrectomy in the treatment of renal tumors in Thanh Hoa General Hospital

Truong Thanh Tung, Nguyen Anh Luong, Hoang Long

1. Thanh Hoa General Hospital, 2. Viet Duc University Hospital

Abstract

Introduction: To evaluate initial results of laparoscopic partial nephrectomy in the treatment of renal tumors in Thanh Hoa General Hospital.

Material and Methods: 7 patients (4 females, 3 males) were diagnosed with renal tumors on CT scans and underwent laparoscopic partial nephrectomy at Thanh Hoa General Hospital from November 2016 to July 2017.

Results: The mean age is 55.43 years old. Average tumor size is 3.43 cm. There are 5 patients in the pT1a stage, 2 patients in the pT1b stage. The R.E.N.A.L. nephrometry scoring: 2 patients in 4a; 2 patients in 4p; 1 patient in 5a; 1 patient in 6p; 1 patient in 8x. Average operative time is 135 minutes. Average warm-ischaemic time is 30.57 minutes. Blood loss average 87,14 ml. Haemorrhagic complication in 1 patient required convert conversionto laparoscopic radical nephrectomy. After 1 - 3 months of follow-up, renal function recovered well without complication, metastasis, or local recurrence.

Conclusion: Laparoscopic partial nephrectomy in the treatment of renal tumors is a surgical procedure that can be performed at provincial hospitals, with initial indications for renal tumors size ≤ 4 cm. However, in order to perform well in this technique, the facility must have adequate equipments, laparoscopically - experienced surgeons and intensive training.

Keyword: Partial nephrectomy; renal tumor; laparoscopic surgery.

Đặt vấn đề

Hiện nay, tỷ lệ phát hiện sớm hay tình cờ các trường hợp u thận có kích thước nhỏ ngày một gia tăng nhờ sử dụng rộng rãi các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại. Năm 2015, Vũ Nguyễn Khải Ca thông báo tỷ lệ phát hiện tình cờ u thận bằng siêu âm chiếm 14,4%. Theo Rendon RA (2014), tỷ lệ phát hiện tình cờ các trường hợp u thận tăng khoảng 2,3% mỗi năm [7,10]. Phẫu thuật cắt bán phần thận (partial nephrectomy - PN) là lựa chọn tiêu chuẩn điều trị các khối u thận có kích thước ≤ 7cm (giai đoạn pT1) với kết quả về mặt ung thư học tương đương phẫu thuật cắt thận triệt căn (radical nephrectomy - RN) và tỷ lệ tái phát sau 5 năm chỉ khoảng 1%. Ưu điểm của phẫu thuật cắt bán phần thận là tiết kiệm và bảo tồn được các đơn vị thận chức năng nên về lâu dài người bệnh sẽ ít phải sử dụng các biện pháp điều trị thay thế thận hơn so với phẫu thuật cắt thận triệt căn [2, 3].

Cùng với xu thế phát triển các phẫu thuật ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bán phần thận (laparoscopic partial nephrectomy - LPN) với nhiều ưu điểm như giảm thời gian nằm viện; tăng khả năng hồi phục của người bệnh; ít mất máu và có tính thẩm mỹ cao. Hiện nay, đây là một lựa chọn phù hợp thay thế cho phẫu thuật mổ mở cắt bán phần thận (open partial nephrectomy - OPN) trong điều trị u thận. Tuy nhiên do vẫn đang còn nhiều thách thức về mặt kỹ thuật cũng như trang bị, nên loại phẫu thuật này vẫn cần được thực hiện tại các cơ sở y tế lớn bởi các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm trong PTNS. Theo thống kê từ nhiều nguồn dữ liệu năm 2007, tỷ lệ sống thêm 5 năm không ung thư sau PTNS cắt bán phần thận là 86% [3, 11].

Tại Việt Nam, các trung tâm ngoại khoa lớn như Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Bệnh viện TW Huế, Bệnh viện ĐHYD TP Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Bình Dân ... đã thực hiện PTNS cắt bán phần thận trong điều trị u thận từ những năm 2000. Với các Bệnh viện tuyến tỉnh, đây vẫn là một thách thức và đang còn ít nơi thực hiện được. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa đã tiến hành phẫu thuật này từ cuối năm 2016, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu của PTNS cắt bán phần thận trong điều trị u thận tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 7 người bệnh (4 nữ, 3 nam) được chẩn đoán u thận trên chụp CLVT và được PTNS sau phúc mạc cắt bán phần thận tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 07 năm 2017.

Căn cứ lựa chọn chỉ định PTNS sau phúc mạc cắt bán phần thận:

Khối u thận ở giai đoạn pT1 và người bệnh không có chống chỉ định PTNS.

Tính điểm độ phức tạp của khối u (điểm nephrometry) theo hệ thống R.E.N.A.L của Kutikov và Uzzo năm 2009 [5] ở mức thấp và trung bình (4 - 7 và 6 - 9 điểm).

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả tiến cứu theo dõi dọc. Các người bệnh đều được chẩn đoán và thực hiện phẫu thuật theo 1 quy trình, trên dàn máy nội soi Full HD của hãng Karl Storz bởi cùng một kíp phẫu thuật viên. Sử dụng dao mổ siêu âm Hamonic scalpel Gen 11 của hãng Ethicon Endo-Surgery. Sử dụng các kẹp Hem-o-lock size 5 và 10mm. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chung.

Chuẩn bị người bệnh: Các người bệnh đều được gây mê nội khí quản, đặt sonde dạ dày, sonde niệu đạo và làm sạch ruột trước mổ.

Quy trình phẫu thuật: Các người bệnh đều được PTNS qua đường sau phúc mạc cắt bán phần thận với tư thế nghiêng sang bên đối diện 90^0 có độn vùng thắt lưng.

Đặt trocar đầu tiên theo phương pháp mở, tạo khoang bằng bóng tay găng bơm 600ml khí trời, các trocar còn lại đặt dưới sự quan sát của ống kính soi, vị trí các trocar tại các đường nách trước, giữa, sau. Bơm khí CO_2 với áp lực ≤ 12 mmHg, tốc độ bơm ban đầu 2 - 3 l/phút.

Đối với phẫu thuật bên thận phải: phẫu tích bộc lộ động mạch thận, bộc lộ phần thận có u, bộc lộ để di động hoàn toàn thận, đánh dấu ranh giới định cắt quanh khối u bằng dao điện monopolar (cách mép u khoảng 2 - 3mm). Dùng dây cao su luồn qua động mạch thận thít chặt và kẹp cố định bằng Hem-o-lock. Khi thận đã mềm, dùng kéo phẫu tích cắt lạnh khối u theo hình nhân (enucleation) đến ranh giới phần thận lành (margin). Khâu lớp đài bể thận bằng chỉ vicryl 3-0 hoặc 2-0. Đặt bolster bằng tấm surgicel cuộn tròn. Khâu phục hồi diện cắt nhu mô thận bằng các mũi chỉ vicryl 2-0 hoặc 1-0 có sử dụng các Hem-o-lock để kẹp đầu chỉ cố định. Thả dây cao su thít động mạch thận, kiểm tra cầm máu diện cắt và khâu cầm máu bổ sung. Đặt dẫn lưu cạnh thận, đóng chân các trocar 2 lớp.

Đối với phẫu thuật bên thận trái: Thực hiện tương tự.

Theo dõi sau mổ và các chỉ số nghiên cứu:

Người bệnh được theo dõi mạch, huyết áp động mạch, nhịp thở, nhiệt độ và tình trạng dẫn lưu sau mổ. Kháng sinh dùng nhóm β lactamine kết hợp với nhóm quinolon. Giảm đau non-steroid và morphine. Các chỉ số được ghi chép: thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng, kỹ thuật khống chế mạch máu, kỹ thuật khâu phục hồi thận, lượng máu mất, số lượng trocar, thời gian rút ống dẫn lưu, thời gian nằm viện, rò nước tiểu, tai biến – biến chứng. Kiểm tra lại sau 1, 3 tháng (lâm sàng, siêu âm).

Kết quả nghiên cứu

1. Đặc điểm bệnh lý

Các người bệnh đều được phát hiện tình cờ có khối u thận, có 2 người bệnh có biểu hiện đau mỏi mơ hồ vùng thắt lưng bên bệnh, không có người bệnh nào có các triệu chứng đái máu hay sờ thấy khối u vùng thắt lưng. Các người bệnh được sàng lọc phát hiện các khối u thận bằng siêu âm. Xác định giai đoạn bệnh và điểm độ phức tạp của khối u (điểm nephrometry) trước mổ bằng chụp CLVT.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý

Đặc điểm bệnh lý	Trung bình (khoảng) hoặc số lượng hoặc tỷ lệ
Tuổi (năm)	55,43 (38 - 67)
Giới (nam/nữ)	4/3
Bên thận u (phải/trái)	4/3
Kích thước khối u (cm)	3,43 (3 - 5)
Vị trí khối u	
Cực trên	2
Phần giữa	2
Cực dưới	3
Điểm nephrometry*	
4a	2
4p	2
5a	1
6p	1
8x	1
Giai đoạn bệnh**	
pT1a	5
pT1b	2
≥ pT2	0
Kết quả mô bệnh học	
U tế bào sáng	3
U nhú	2
U kỵ màu	1
U mỡ cơ mạch	1

*. Tính điểm nephrometry theo hệ thống R.E.N.A.L.

**. Phân giai đoạn bệnh theo AJCC 2010.

2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Trung bình (khoảng) hoặc số lượng
Số lượng trocar	
3	5
4	2
Thời gian mổ (phút)	135 (110 - 185)
Thời gian thiếu máu nóng* (phút)	30,57 (22 - 43)
Khống chế động mạch thận	7
Khống chế chung cuống thận	0
Lượng máu mất (ml)	87,14 (50 - 250)
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	5 (4 - 6)
Thời gian nằm viện (ngày)	6 (5 - 7)
Tai Biến trong mổ**	1
Biến chứng sau mổ	0
Kiểm tra lại sau mổ***	
01 tháng	7
03 tháng	7

*. Thời gian thiếu máu nóng tính từ khi khống chế mạch thận đến khi thả khống chế mạch thận.

**. Tai biến chảy máu trong mổ do khối u ở phần giữa thận xâm lấn sâu vào xoang thận, về sau chuyển sang phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn.

***. Các người bệnh được kiểm tra sau mổ bằng siêu âm, xét nghiệm chức năng thận và khám tại chỗ, không có người bệnh nào biểu hiện rò nước tiểu, nhiễm trùng chân trocar hay tái phát tại chỗ.



Hình 1. Khối u thận được cắt bằng dao lạnh và khâu phục hồi sau cắt khối u

Bàn luận

1. Chỉ định cắt u bảo tồn thận:

Phẫu thuật cắt bán phần thận trong điều trị u thận được thực hiện nhiều trong khoảng 2 thập kỷ gần đây với kết quả về mặt điều trị ung thư học tương đương với phẫu thuật cắt thận triệt căn, đặc biệt về lâu dài cắt bán phần thận sẽ tiết kiệm và bảo tồn được các đơn vị thận chức năng. PTNS cắt bán phần thận với vai trò là một phẫu thuật ít xâm lấn và có thể mang lại kết quả không khác biệt so với mổ mở cắt bán phần thận. Vì vậy cho đến nay, PTNS cắt bán phần thận đang dần được chấp nhận và ưu tiên lựa chọn trong điều trị các u thận lành tính và ung thư thận giai đoạn pT1 [2, 7].

Theo hướng dẫn của Hội ung thư Canada, với khối u thận ở giai đoạn pT1a (kích thước u ≤ 4cm) thì có thể ưu tiên lựa chọn điều trị bằng: Phẫu thuật cắt bán phần thận; cắt u bằng sóng vô tuyến (radiofrequency ablation – RFA) hay bằng áp lạnh (cryoablation). Còn với những khối u thận ở giai đoạn pT1b (kích thước u > 4cm và ≤ 7cm) thì chỉ nên lựa chọn phẫu thuật cắt bán phần thận hoặc cắt thận triệt căn. Việc lựa chọn phẫu thuật nội soi hay mổ mở để cắt bán phần thận hay cắt thận triệt căn phụ thuộc vào khả năng của phẫu thuật viên cũng như trang bị của cơ sở điều trị [3].

Gần đây, nhiều tác giả đã căn cứ thêm vào hệ thống tính điểm độ phức tạp của khối u (thường tính theo hệ thống R.E.N.A.L. của Kutikov và Uzzo năm 2009) để tiên lượng độ khó cho quá trình cắt bán phần thận, đặc biệt là cắt bán phần thận bằng phẫu thuật nội soi, hệ thống này dựa trên 5 tiêu chí để tính điểm, mỗi tiêu chí có từ 1 đến 3 điểm, trong đó có 2 tiêu chí được chú ý nhiều hơn cả, đó là: kích thước khối u và khoảng cách gần nhất từ khối u đến hệ thống đài bể thận (nearness to the collecting system). Với cắt bán phần thận bằng PTNS thì nên lựa chọn các người bệnh có khối u thận có độ phức tạp ở mức thấp (4 - 7 điểm) và mức trung bình (6 - 9 điểm) [5, 7].

Các người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định PTNS cắt bán phần thận có kích thước khối u trung bình là 3,43 cm, trong đó tỷ lệ khối u được phát hiện tình cờ qua thăm khám bằng siêu âm là tương đối cao (5/7 người bệnh), điểm độ phức tạp của khối u tính theo hệ thống R.E.N.A.L. từ 4a đến 8x, kết quả phẫu thuật thành công 6/7 người bệnh. Có 1 người bệnh phải chuyển phương pháp sang cắt thận triệt căn cũng bằng PTNS, đây là trường hợp khối u thận có kích thước 5 cm, nằm ở vị trí vượt qua đường cực thận (polar lines) và nằm sâu vào nhu mô thận (endophytic). Kapoor A. năm 2009, khuyên với những phẫu thuật viên mới làm phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận thì nên chọn những người bệnh có khối u thận ở giai đoạn pT1a, u lồi nhiều ra ngoài thận (exophytic) và không gần rốn thận (nonhilar), ông cũng cho rằng khi phẫu thuật viên vượt qua được 10 – 20 ca đầu thì mới nên mở rộng chỉ định phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận cho các trường hợp u thận lớn và phức tạp hơn [4]. Nadu AM. năm 2007, qua nghiên cứu 140 ca được làm PTNS cắt bán phần thận cho thấy: với 30 ca đầu, mặc dù chỉ chọn những khối u có kích thước trung bình 2,6 cm nhưng tỷ lệ chuyển phương pháp mổ lên đến 10%; trong khi với 110 ca tiếp theo, có kích thước khối u trung bình 3,9 cm, thì tỷ lệ chuyển phương pháp mổ chỉ là 2,7% [6].

2. Quá trình phẫu thuật

Đường vào và số lượng trocar:

Lựa chọn đường vào sau phúc mạc hay qua ổ bụng để tiến hành PTNS cắt bán phần thận là khâu rất quan trọng. Theo hướng dẫn trong cuốn Laparoscopic Techniques in Uro-Oncology thì nên sử dụng đường qua ổ bụng cho các trường hợp khối u ở phía mặt trước, trước-bên hay các khối u lớn ở cực thận mà phải cắt ít nhất 30% thận, còn khối u ở mặt sau hay mặt sau-bên thì nên sử dụng đường sau phúc mạc [2]. Gần đây nhiều tác giả quan niệm việc chọn đường vào trong PTNS cắt bán phần thận thường theo thói quen của phẫu thuật viên cũng như quan điểm của cơ sở điều trị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện tất cả các trường hợp PTNS cắt bán phần thận đều qua đường sau phúc mạc, đường này có ưu điểm là vào tiếp cận trực tiếp được động mạch thận để khống chế, tuy nhiên việc tạo khoang

phải được làm ở mức tối đa nhất để thuận lợi cho quá trình phẫu tích. Các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp u ở mặt trước, 3 trường hợp u ở mặt sau và 1 trường hợp u ở vị trí trung gian (bên), tất cả các trường hợp đều được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận đường sau phúc mạc thuận lợi bởi 3 – 4 trocar làm việc.

Khống chế mạch máu thận và thời gian thiếu máu nóng.

Trong PTNS cắt bán phần thận, việc khống chế các mạch máu cuống thận sẽ làm cho quá trình cắt cũng như khâu phục hồi thận đỡ bị mất máu, phẫu trường cũng như diện cắt khối u được rõ ràng hơn, tuy nhiên chính việc khống chế này lại làm cho thận bị thiếu máu nóng trong quá trình thực hiện. Thời gian thận bị thiếu máu nóng (warm ischemic time – WIT) tối đa cho phép tùy theo từng tác giả, nhưng có thể lên đến 30 phút, chính điều này sẽ làm hạn chế thời gian cắt cũng như khâu phục hồi thận, đặc biệt đối với những khối u thận to và phức tạp [2, 8]. Một số tác giả cho rằng đối với những khối u thận cần mất nhiều thời gian cắt cũng như khâu phục hồi thì nên hạ nhiệt độ thận trước khi khống chế mạch máu, lúc này thận bị thiếu máu lạnh với thời gian thiếu máu lạnh (cold ischemic time – CIT) có thể kéo dài hơn [11]. Gần đây cũng đã có những tác giả báo cáo các ca thành công khi tiến hành khống chế siêu chọn lọc (super selective) riêng động mạch nuôi khối u trong quá trình PTNS cắt bán phần thận [3]. Wolf JS. năm 2010, đưa ra quan điểm trong PTNS cắt bán phần thận là đối với những khối u thận có độ xâm lấn sâu vào nhu mô thận (tumor depth) > 5mm thì nên tiến hành kẹp cuống thận; còn khi ≤ 5mm thì không cần phải kẹp cuống thận [11].

Trong các người bệnh nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều được khống chế động mạch thận bằng dây cao su mà vẫn đảm bảo được yêu cầu cầm máu tốt cho quá trình phẫu thuật, không có trường hợp nào sử dụng hạ nhiệt độ thận hay khống chế siêu chọn lọc động mạch nuôi khối u. Thời gian thiếu máu nóng trung bình của các người bệnh nghiên cứu là 30,57 phút (22 - 43), trường hợp thời gian thiếu máu nóng 43 phút là trường hợp u to, nằm sâu vào nhu mô thận, khi khâu phục hồi thận xong, thả khống chế động mạch thận thấy chảy máu nhiều, mặc dù đã khâu bổ sung nhưng không khống chế được chảy máu nên phải chuyển sang phương pháp PTNS cắt thận triệt căn. Kết quả thời gian thiếu máu nóng của chúng tôi khác biệt không ý nghĩa so với nghiên cứu của: Trần Ngọc Sinh năm 2010 là 10 - 20 phút; Brown GA. năm 2007 là 30 phút (15 - 55); Nadu AM. năm 2007 là 30 phút (18 - 49) [1, 6, 9].

Cắt u và khâu phục hồi nhu mô thận.

Trước khi tiến hành cắt khối u trong PTNS cắt bán phần thận thì tổ chức mỡ quanh thận nên được giải phóng hết khỏi bề mặt thận (chú ý không làm mất bao thận), riêng lớp mỡ tiếp giáp và dính với khối u thì nên để lại với mục đích làm cho việc nhấc khối u thuận lợi khi cắt và cũng giúp cho quá trình phân giai đoạn bệnh trên mô bệnh học về sau được rõ hơn. Khối u được cắt theo kiểu hình nhân đến phần thận lành (chú ý vùng diện cắt phải âm tính), muốn làm tốt điều này nhiều tác giả khuyên nên dùng kéo cắt lạnh nội soi loại không tái sử dụng, quá trình cắt luôn chú ý và kiểm soát những điểm phạm vào hệ thống đài bể thận hay mạch máu thận để xử lý chính xác trong thì khâu phục hồi. Đa số tác giả tiến hành khâu 2 lớp có sử dụng bolster bằng miếng surgicel cuộn tròn, tuy nhiên với các khối u có kích thước bé và ít xâm lấn sâu vào nhu mô thận thì có thể không phải dùng bolster hoặc thậm chí không phải khâu phục hồi nhu mô thận [11].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi khâu 2 lớp có sử dụng bolster ở tất cả các trường hợp với tỷ lệ thành công 6/7 người bệnh, có 1/7 người bệnh bị chảy máu ngay sau khi thả khống chế động mạch, trường hợp này do khối u to và xâm lấn sâu vào xoang thận (điểm R.E.N.A.L. = 8x) nên khi cắt đã phạm vào các nhánh mạch lớn gây thất bại cho quá trình khâu phục hồi và cầm máu thận.

3. Một số kết quả phẫu thuật

Kết quả thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 135 phút. Lượng máu mất trung bình là 87,14 ml. Thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện trung bình lần lượt là 5 và 6 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh:

ung thư thận chiếm 6/7 trường hợp, u thận lành tính 1/7 trường hợp. Tất cả 7 người bệnh đều được khám lại sau 1 tháng và sau 3 tháng, diễn biến đều ổn định, không có rò nước tiểu, nhiễm trùng hay thoát vị chân trocar, đặc biệt chưa thấy người bệnh nào có biểu hiện của di căn xa hay tại chỗ.

Có 1 trường hợp gặp tai biến chảy máu trong mổ phải chuyển sang phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn, trường hợp này mất khoảng 250ml máu và có thời gian mổ lâu nhất (185 phút). Mặc dù kết quả cuộc mổ vẫn đạt mục đích và an toàn cho người bệnh (không phải truyền máu), nhưng nếu chúng tôi có những đánh giá tốt hơn để chuyển phương pháp mổ ngay từ đầu hoặc khi cắt khối u thì người bệnh không bị mất nhiều máu và không bị kéo dài cuộc mổ. Vì vậy, việc làm đầy đủ bilan trước mổ để đánh giá và lên kế hoạch cho một cuộc PTNS cắt bán phần thận là hết sức quang trọng, Wolf JS. năm 2010 [11] khuyên các phẫu thuật viên nên: Trước mổ, nên căn cứ vào chẩn đoán hình ảnh để đánh giá: độ xâm lấn sâu của khối u vào nhu mô thận; khoảng cách gần nhất từ khối u đến hệ thống đài bể thận; và vị trí của khối u. Trong mổ, nên sử dụng siêu âm nội soi để đánh giá mối liên quan của khối u với hệ thống đài bể thận, xoang thận và mạch máu. Phải biết sử dụng thêm các phương tiện và kỹ thuật cầm máu kết hợp: keo sinh học; kỹ thuật khống chế mạch máu; và kỹ thuật đặt mũi khâu hay bolster.

Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận trong điều trị u thận là loại phẫu thuật có thể thực hiện được tại các bệnh viện tuyến tỉnh, với lựa chọn phù hợp ban đầu cho những khối u thận kích thước ≤ 4cm. Tuy nhiên, để thực hiện tốt được kỹ thuật này thì cơ sở điều trị cần phải có trang thiết bị đầy đủ, phẫu thuật viên có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi và được đào tạo chuyên sâu.

Tài liệu tham khảo

1. Brown GA. Laparoscopic partial nephrectomy: Experience in 60 cases. J Endourol. 2007, 21, pp.71-74.
2. Guillonneau B, Gill IS, Janetschek G, Tuerk IA. Laparoscopic Techniques in Uro-Oncology. Springer-Verlag London. 2009, pp.71-83.
3. Jose L Dominguez-Escrig, Nikhil Vasdev, Anna ORiordon, Naeem Soomro Laparoscopic partial nephrectomy: Technical considerations and an update. J Minim Access Surg. 2011 Oct-Dec, 7(4), pp.205-221.
4. Kapoor A. Laparoscopic partial nephrectomy: A challenging operation with a steep learning curve. Can Urol Assoc J. 2009, 3, pp.119.
5. Kutikov A, Uzzo RG. The R.E.N.A.L. nephrometry score: a comprehensive standardized system for quantitating renal tumor size, location, and depth. J Urol. 2009, 182, pp.844-853.
6. Nadu AM, Laufer M, Winkler H, Kleinmann N, Kitrey N, Ramon J. Laparoscopic partial nephrectomy: Single center experience with 140 patients-evolution of the surgical technique and its impact on patient outcomes. J Urol. 2007, 178, pp.435-439.
7. Rendon RA, Kapoor A, Breau R, Leveridge M, Feifer A, Black PC, So A. Surgical management of renal cell carcinoma: Canadian Kidney Cancer Forum Consensus. Can Urol Assoc J. 2014. 8(5-6), pp.E398-E412.
8. Shikanov S, Lifshitz D, Chan AA, Okhunov Z, Ordonez MA, et al. Impact of ischemia on renal function after laparoscopic partial nephrectomy: A multicenter study. J Urol. 2010, 183, pp.1714-1718.
9. Trần Ngọc Sinh, Châu Quý Thuận, Dương Quang Vũ, Trần Trọng Trí, Đỗ Quang Minh, Nguyễn Thị Thái Hà, Phó Minh Tín. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận trong bướu thận: Giải pháp hài hòa trong ung thư học. Y học TP HCM. 2010, 14(1), tr.27-31.
10. Vũ Nguyễn Khải Ca và cộng sự. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư thận tại bệnh viện Việt Đức từ năm 2012 đến 2014. Y học TP HCM 2015, 19(4), tr.264-269.
11. Wolf JS. Laparoscopic partial nephrectomy. Current clinical urology: Essential urologic laparoscopy. Humana press. 2010, pp.165-184.