

**KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LỰA CHỌN
PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT U TUYẾN THƯỢNG THẬN
TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 GIAI ĐOẠN 2021 - 2024**

Đào Văn Nhật^{1}, Nguyễn Đình Dương¹, Nguyễn Phú Việt¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét các phương pháp phẫu thuật và khảo sát một số yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật u tuyến thượng thận (TTT) tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn 2021-2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 27 bệnh nhân (BN) có kết quả giải phẫu bệnh lý là u TTT tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện Quân y 103 được thu thập từ tháng 10/2021 - 01/2024. Thu thập kết quả giải phẫu bệnh lý, kích thước khối u, thời gian phẫu thuật, diễn biến huyết động, các tai biến và biến chứng trong phẫu thuật. **Kết quả:** Phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u được thực hiện nhiều nhất (21/27 BN; 77,8%); phẫu thuật mổ mở cắt u được tiến hành trên 5/27 trường hợp (18,5%). Phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u được chỉ định cho các u có kích thước < 6cm, phương pháp mổ mở cắt u được chỉ định cho ung thư biểu mô TTT hoặc các khối u có kích thước > 10cm; kích thước khối u từ 6 - 10cm cân nhắc giữa hai phương pháp mổ nội soi hoặc mổ mở. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt u TTT là phương pháp được sử dụng nhiều nhất; kích thước khối u, tính chất nghi ngờ ác tính và đặc điểm giải phẫu bệnh của khối u là các yếu tố xem xét cho việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật này.

Từ khóa: U tuyến thượng thận; U sắc tuỷ bào thượng thận; U vỏ tuyến thượng thận.

**SURVEY ON SOME FACTORS RELATED TO THE CHOICE OF
SURGICAL PROCEDURES FOR ADRENAL TUMORS
AT MILITARY HOSPITAL 103 FROM 2012 TO 2024**

Abstract

Objectives: To assess surgical procedures and survey some related factors that affect the choice of surgical procedures in patients with adrenal tumors.

¹Bộ môn - Khoa Tiết niệu, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Đào Văn Nhật (bsnhatb7103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 09/3/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 30/5/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i6.766>

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 27 patients diagnosed with adrenal tumors treated at the Department of Urology, Military Hospital 103, from October 2021 to January 2024. Pathology of adrenal tumors, surgical procedures, the sizes of tumors, surgical time, blood pressure during surgery, and complications were collected. **Results:** Laparoscopic adrenalectomy was the most commonly performed method, which was used for 21/27 patients (77,8%); open adrenalectomy was prescribed performed in 5/27 patients (18,5%); laparoscopic adrenalectomy was for tumor size $< 6\text{cm}$; for tumor size between 6 and 10cm, considering laparoscopic and open adrenalectomy; adrenalectomy was prescribed for tumors size $> 10\text{cm}$ or suspiciously malignant. **Conclusion:** Laparoscopic adrenalectomy was the most commonly used method; tumor sizes and signs of suspicious malignant and pathological characteristics are factors related to the choice of surgical procedures for adrenal tumors.

Keywords: Adrenocortical adenoma; Pheochromocytoma; Neuroendocrine adrenal tumor.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý u TTT thường được phát hiện ngẫu nhiên hoặc khi BN có các biểu hiện lâm sàng do tình trạng tăng tiết các hormone TTT như khối u vỏ TTT tăng tiết aldosteron nguyên phát sẽ biểu hiện tình trạng tăng huyết áp và hạ Kali máu (hội chứng Conn); khối u tuỷ thượng thận tăng tiết các catecholamine thường dẫn đến tình trạng tăng huyết áp khó kiểm soát, đáp ứng kém với điều trị [1]. Việc điều trị u TTT phụ thuộc vào tình trạng hoạt động nội tiết tố, chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ ác tính và kích thước của khối u. Trong đó, chỉ định phẫu thuật cắt u TTT được đặt ra khi khối u có

có kích thước $> 3\text{cm}$ không tăng hoạt động nội tiết tố [2].

Phẫu thuật cắt u TTT có thể được thực hiện bằng mổ mở hoặc nội soi. Phẫu thuật nội soi có thể được thực hiện qua đường ổ bụng hoặc sau phúc mạc, phẫu thuật này đã chứng minh được tính an toàn, hiệu quả và được coi là tiêu chuẩn trong điều trị u TTT. Kích thước khối u, tính chất lành tính hay nghi ngờ ác tính trên phim chụp cắt lớp vi tính và kinh nghiệm của phẫu thuật viên là các yếu tố xem xét việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp [3]. Do vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành thu thập các trường hợp u TTT được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn

2021 - 2024 với mục tiêu: *Nhận xét các phương pháp và khảo sát một số yếu tố liên quan đến việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận tại Bệnh viện Quân y 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

27 BN được chẩn đoán là u TTT có chỉ định phẫu thuật, được phẫu thuật cắt u TTT và có kết quả mô bệnh học sau mổ là u TTT tại Khoa Tiết Niệu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2021 - 01/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN u TTT được phẫu thuật có kết quả giải phẫu bệnh lý là u hoặc ung thư TTT, hồ sơ bệnh án có đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN u TTT được phẫu thuật có chẩn đoán mô học sau mổ là u TTT tuy nhiên không có đầy đủ thông tin, hồ sơ bệnh án.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả chùm ca bệnh.

* *Chỉ số nghiên cứu*:

Phương pháp phẫu thuật cắt u TTT: Số lượng BN và tỷ lệ %.

Loại mô bệnh học u TTT sau mổ: Số lượng BN và tỷ lệ %.

Kích thước khối u: Được đo trên phim cắt lớp vi tính, lấy kích thước lớn nhất (mm).

Thời gian phẫu thuật: Được tính từ lúc rạch da đến khi đóng da (phút).

Huyết áp tâm thu trong phẫu thuật: Ghi nhận huyết áp tâm thu cao nhất trong quá trình phẫu thuật (mmHg).

Các tai biến trong phẫu thuật: Số lượng BN và tỷ lệ %.

* *Xử lý số liệu*: Bằng phần mềm phân tích thống kê IBM SPSS version 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, Mỹ) được sử dụng phân tích số liệu. Những phân tích thống kê được sử dụng bao gồm: Tần số, tỷ lệ % của các phương pháp phẫu thuật cắt u TTT, các loại mô bệnh học u TTT; trung bình và độ lệch chuẩn của kích thước khối u, thời gian phẫu thuật, huyết áp tâm thu. So sánh kích thước trung bình khối u, thời gian phẫu thuật trung bình, huyết áp tâm thu của các nhóm phương pháp phẫu thuật: Đối với các biến số phân phối chuẩn dùng kiểm định ANOVA, đối với các biến số không phân phối chuẩn sử dụng kiểm định Kruskal Wallis. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin của BN và kết quả khảo sát của BN được bảo mật. Nhóm nghiên cứu cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Từ tháng 10/2021 - 01/2024, có 27 trường hợp (15 nam, 12 nữ) mắc u TTT được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $52,63 \pm 13,52$ (max: 76; min: 17) tuổi.

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật cắt u TTT.

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nội soi ổ bụng	21	77,8
Nội soi sau phúc mạc	1	3,7
Mổ mở	5	18,5
Tổng	27	100

Phẫu thuật nội soi được tiến hành trên 22 BN (81,48%); trong đó, 21 trường hợp mổ nội soi ổ bụng (77,8%), 1 trường hợp mổ nội soi sau phúc mạc (3,7%), 5 trường hợp được tiến hành mổ mở (18,5%).

2. Một số yếu tố liên quan đến phương pháp phẫu thuật

Bảng 2. Mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với mô bệnh học của u.

Phương pháp phẫu thuật	Giải phẫu bệnh lý				Tổng
	U vỏ	U tuỷ sắc bào	U thần kinh	Ung thư biểu mô TTT	
NSOB	16	2	3	0	21
NSSPM	0	0	1	0	1
Mổ mở	0	2	2	1	5
Tổng	16	4	6	1	27

Phương pháp mổ nội soi ổ bụng cắt u được thực hiện trên 16/16 trường hợp u vỏ TTT, 2/4 trường hợp u tuỷ sắc bào, 3/6 trường hợp u thần kinh. Phương pháp mổ nội soi sau phúc mạc cắt u được thực hiện ở 1 trường hợp u thần kinh. Phương pháp mổ mở được thực hiện ở 2/4 trường hợp u tuỷ sắc bào, 2/6 trường hợp u thần kinh và 01 trường hợp ung thư biểu mô TTT.

Bảng 3. Mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với kích thước khối u, thời gian phẫu thuật.

Kích thước và thời gian phẫu thuật	Mean ± SD	Max	Min	p
Kích thước u TTT (mm)	38,18 ± 20,77	94	15	
Nội soi ổ bụng	32,57 ± 17,16	71	15	0,01
Mổ mở	61,20 ± 21,08	94	43	
Thời gian phẫu thuật (phút)	78,07 ± 24,04	150	50	
Nội soi ổ bụng	71,33 ± 12,76	90	50	0,023
Mổ mở	96,00 ± 41,14	150	60	

Kích thước trung bình của tất cả các u trong nghiên cứu là 38,18 ± 20,77mm (15 - 94). Nhóm mổ mở có kích thước u lớn hơn so với nhóm phẫu thuật nội soi ổ bụng (p < 0,05). Thời gian phẫu thuật trung bình là 78,07 ± 24,04 phút (50 - 150). Nhóm mổ mở có thời gian phẫu thuật dài hơn nhóm mổ nội soi ổ bụng (p < 0,05).

Bảng 4. Huyết áp trung bình trong mổ (mmHg).

Giải phẫu bệnh lý, phương pháp phẫu thuật	Huyết áp tâm thu max (mmHg)	p
U vỏ tuyến	120,94 ± 11,72	
U tuỷ sắc bào	141,25 ± 7,50	0,015
U thần kinh	117,50 ± 10,37	
NSOB	122,14 ± 12,20	0,011
Mổ mở	128,00 ± 17,53	

Nhóm u tuỷ sắc bào có huyết áp động mạch trong mổ cao hơn so với hai nhóm u vỏ tuyến và u thần kinh (p < 0,05). Phương pháp mổ mở cắt u TTT ghi nhận huyết áp động mạch trong mổ cao hơn so với phương pháp nội soi ổ bụng (p < 0,05). Không có tai biến chảy máu phải truyền máu và không có tổn thương tạng trong quá trình phẫu thuật ở tất cả các phương pháp.

BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt u TTT có thể được thực hiện qua nội soi trong ổ bụng, nội soi sau phúc mạc hay phẫu thuật mở cắt u. Việc lựa chọn phương pháp nào tùy thuộc vào bệnh lý và hội chứng do u TTT gây ra; hình dạng, kích thước và mối liên quan của khối u với các thành phần xung quanh, đặc biệt là hệ thống động - tĩnh mạch chủ bụng, động - tĩnh mạch thận; tính chất lành tính hay ác tính của khối; thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [3]. Ngày nay, nhờ vào sự phát triển của khoa học kỹ thuật, các trang bị, dụng cụ không ngừng được cải tiến, trình độ phẫu thuật nội soi của các phẫu thuật viên được nâng cao, do đó, phẫu thuật nội soi cắt u TTT được lựa chọn ưu thế hơn so với phẫu thuật mở mổ. Phẫu thuật nội soi được coi là tiêu chuẩn trong phẫu thuật điều trị cắt u TTT, chỉ định cho hầu hết các trường hợp u TTT lành tính, bệnh Conn, khối u TTT tăng tiết cortisol [4]. Kích thước u TTT là một yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật; kích thước u từ 6 - 7cm được một số tác giả lựa chọn là giới hạn trên cho việc áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt u. Tác giả Ngô Xuân Thái (2010) qua phân tích 244 trường hợp cắt u TTT đưa ra nhận định: Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cho các trường hợp u từ 4 - 6cm, phẫu thuật nội soi ổ bụng

cho các u từ 6 - 10cm, khối u > 10cm lựa chọn mổ mở [5]. Tác giả Battistella (2021) khuyến cáo chỉ định mổ nội soi cho những trường hợp khối u có kích thước < 6cm [6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi cho 22/27 trường hợp. Kích thước trung bình của khối u trong các trường hợp mổ nội soi ổ bụng là $32,57 \pm 17,16$ (lớn nhất 71mm), như vậy, về chỉ định kích thước khối u cho mổ nội soi chúng tôi áp dụng theo khuyến cáo của Battistella: Chỉ định mổ nội soi cho những khối u < 6cm và cân nhắc mổ nội soi cho những khối u có kích thước từ 6 - 10 cm. Một điểm khác trong nghiên cứu của chúng tôi là áp dụng phương pháp mổ nội soi ổ bụng cắt u cho hầu hết các trường hợp (chỉ có một trường hợp được mổ nội soi sau phúc mạc do có sẹo mổ cũ vùng bụng). Việc lựa chọn phẫu thuật nội soi qua ổ bụng hay sau phúc mạc cắt u TTT vẫn còn gây tranh cãi và bị ảnh hưởng nhiều bởi kinh nghiệm của phẫu thuật viên [7]. Phẫu thuật nội soi qua ổ bụng có ưu điểm là phẫu trường rộng, tiếp cận nhanh và trực tiếp đến tĩnh mạch thận và tĩnh mạch chủ bụng, từ đó, không chế nhanh chóng được tĩnh mạch TTT, tránh tăng tiết các hormone TTT vào tĩnh mạch trong quá trình phẫu thuật, từ đó, giúp kiểm soát huyết động trong mổ tốt hơn [8]. Trên thực tế, trong quá

trình phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy, đối với TTT bên trái, chỉ sau thao tác hạ toàn bộ đại tràng trái là có thể bộc lộ được ngay tĩnh mạch thận trái, bóc tách theo bờ trên tĩnh mạch thận trái là tiếp cận và khống chế được tĩnh mạch TTT; đối với bên phải, sau khi hạ vén tá tràng vào trong, mở phúc mạc thành sau cạnh bờ ngoài tĩnh mạch chủ đoạn trên tĩnh mạch thận là bộc lộ được tĩnh mạch TTT. Do vậy chúng tôi tiếp cận nhanh chóng và kẹp được tĩnh mạch này, nhờ đó, huyết động trong phẫu thuật được kiểm soát tốt với huyết áp tâm thu trung bình là $122,14 \pm 12,20$. Sự biến động huyết áp tâm thu này ít hơn so với khi mổ mở ($p < 0,05$). Thời gian phẫu thuật nội soi ổ bụng cũng ngắn hơn khi so sánh với phương pháp mổ mở ($p < 0,05$). Điều này có thể được lý giải do kích thước khối u được lựa chọn cho phẫu thuật nội soi nhỏ hơn đáng kể so với phẫu thuật mở ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi mổ mở cho 5 trường hợp khối u có kích thước trung bình $61,20 \pm 21,08$ (lớn nhất 94mm), trong đó, có 1 trường hợp có hình ảnh nghi ngờ tổn thương ác tính của TTT, trường hợp này có giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô TTT; 2 trường hợp có giải phẫu bệnh là u tuỷ sắc bào; 2 trường hợp là u thần kinh. Kích thước khối u và tính chất nghi ngờ ác tính là hai dấu hiệu được nhiều tác giả xem xét cho việc lựa

chọn phẫu thuật mở. Tác giả Battistella (2021) qua phân tích 502 phẫu thuật cắt u TTT đưa ra khuyến cáo chỉ định phẫu thuật mở cho những trường hợp u $> 6\text{cm}$ hoặc nghi ngờ ác tính [6]; tác giả Ngô Xuân Thái cũng lựa chọn mổ mở cho những trường hợp nghi ngờ ung thư hoặc kích thước khối u $> 10\text{cm}$ [5]. Dấu hiệu khác cũng được một số tác giả đưa vào để tiên lượng cho việc lựa chọn phẫu thuật mở đó là u sắc tuỷ bào thượng thận (Shen 2007), tác giả cho rằng, u sắc tuỷ bào thượng thận gây rối loạn huyết động trong mổ, do đó, khuyến cáo việc mổ mở để kiểm soát huyết động tốt hơn [9]. Nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp u sắc tuỷ bào thượng thận, trong đó, có 2 trường hợp chúng tôi lựa chọn mổ mở ngay từ đầu đều có tăng tiết catecholamine và kích thước khối u lớn (6cm), trong quá trình phẫu thuật, huyết áp tâm thu là $141,25 \pm 7,50$, cao hơn so với nhóm u vỏ tuyến thông thường. Việc mổ mở theo đường dưới sườn giúp cho việc tiếp cận mạch máu TTT dễ dàng hơn, từ đó giúp cho việc kiểm soát huyết động trong mổ tốt hơn, đảm bảo an toàn cho quá trình phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Các phương pháp phẫu thuật cắt u TTT gồm: Phẫu thuật nội soi ổ bụng, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc và mổ mở. Trong đó, phẫu thuật nội soi ổ

bụng cắt u TTT là phương pháp được sử dụng nhiều nhất. Phẫu thuật nội soi cắt u TTT được chỉ định cho các khối u TTT có kích thước < 6cm; phẫu thuật mổ mở cắt u được chỉ định cho các khối u nghi ngờ ác tính hoặc các khối u có kích thước > 10cm; kích thước khối u từ 6 - 10cm thì cân nhắc giữa mổ nội soi và mổ mở.

Kích thước khối u, tính chất nghi ngờ ác tính và đặc điểm giải phẫu bệnh của khối u là các yếu tố xem xét cho việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt u TTT. Chính vì vậy, mở rộng cỡ mẫu nghiên cứu là cần thiết trong các nghiên cứu tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kutikov A, Crispin PL, GUR. Pathophysiology, evaluation, and medical management of adrenal disorders. *Elsevier Science10th ed.* 2012:1685-1736.
2. Giovanni Alemanno, Carlo Bergamini, Paolo Prospero, Andrea Valeri. Adrenalectomy: Indications and options for treatment. *Updates in Surgery.* 2017; 69(2):119-125.
3. Lim SK, Rha KH. Surgery of the adrenal glands. In: Partin AW, ed. *Campbell-Walsh-Wein Urology. Elsevier Science12th ed.* 2020:2405-2426.
4. Smith CD, Weber CJ, Amerson JR. Laparoscopic adrenalectomy: New gold standard. *World journal of surgery.* 1999; 23(4):389-396.
5. Ngô Xuân Thái, Trần Ngọc Sinh, Vũ Lê Chuyên. Kết quả điều trị phẫu thuật 251 trường hợp cắt bướu tuyến thượng thận trong một nghiên cứu đa trung tâm. *Tạp chí Y học Thực hành.* 2009; 650(3):29-34.
6. Battistella E, Ferrari S, Pomba L, Toniato A. Adrenal surgery: Review of 35 years experience in a single centre. *Surg Oncol.* 2021; 37(10):1554.
7. Magda Marek-Safiejko, Kamil Safiejko, Jerzy Łukaszewicz, Jacek Dadan, Robert J Ładny, Robert Kozłowski, Piotr Wojskowicz, Piotr Myśliwiec. A comparison of two approaches to laparoscopic adrenalectomy: Lateral transperitoneal versus posterior retroperitoneal approach. *Adv Clin Exp Med.* 2016; 25(5):829-835.
8. Aurel Ottlakan, Attila Pasz., Zsolt Simonka, Szabolcs Abraham, Bernadett Borda, Marton Vas, Bela Teleky, Adam Balogh, Gyorgy Lazar. Laparoscopic transperitoneal and retroperitoneal adrenalectomy: A 20-year, single-institution experience with an analysis of the learning curve and tumor size. *Surgical Endoscopy.* 2020; 34:5421-5427.
9. Shen ZJ, Chen SW, Wang S, et al. Predictive factors for open conversion of laparoscopic adrenalectomy a 13-year review of 456 cases. *J Endourol.* 2007; 21(11):1333-1337.