

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT ĐƯỜNG RẠCH CẮT LÁCH ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH Ở TRẺ EM

Hồng Quý Quân^{1,✉}, Nguyễn Việt Hoa¹, Nguyễn Thanh Liêm²

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

Phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách là xu thế mới của phẫu thuật ít xâm lấn nhằm giảm tối đa sẹo mổ tăng hiệu quả thẩm mỹ. Chúng tôi thực hiện đề tài Kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em nhằm mục đích nhận xét về chỉ định và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em. Nghiên cứu tiến hành tại khoa Phẫu thuật Nhi Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 06 năm 2019. Phẫu thuật thành công trên cả 24 bệnh nhi, không có bệnh nhi nào phải chuyển mổ nội nhiều cổng hay mổ mở cắt lách. Thời gian phẫu thuật trung bình là $90,2 \pm 30,2$ phút. Không có tai biến nặng và kết quả thẩm mỹ cao. Phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách là an toàn và khả thi, kết quả thẩm mỹ cao để điều trị cho bệnh nhi xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách, xuất huyết giảm tiểu cầu

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (XHGT CMD) là bệnh lý tự miễn do các tự kháng thể kháng lại tiểu cầu được sản xuất tại lách, làm phá huỷ tiểu cầu gây giảm số lượng tiểu cầu máu ngoại vi. Cắt lách là một phương pháp điều trị XHGT CMD khi bệnh mạn tính và không đáp ứng với điều trị nội khoa vì lách vừa là nơi huỷ tiểu cầu chính vừa là nơi sản xuất kháng thể kháng lại tiểu cầu.¹

Trước đây đa phần bệnh nhi được tiến hành mổ mở để lại sẹo mổ dài, đau đớn sau mổ, biến chứng nhiễm trùng vết mổ cao và thời gian nằm viện kéo dài. Phẫu thuật nội soi (PTNS) thông thường cắt lách với 3 đến 5 cổng ra đời cũng đã khắc phục được phần nào các nhược điểm trên

của mổ mở cắt lách.^{2,3,4} Tuy nhiên PTNS thông thường cắt lách vẫn để lại nhiều sẹo nhỏ trên thành bụng của trẻ.

Phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách (PTNSMĐRCL) 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.^{3,4,5} Tuy vậy chưa có báo cáo nào về PTNSMĐRCL điều trị XHGT CMD ở trẻ em nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu “kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt lách điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em” nhằm 2 mục tiêu: (1) Nhận xét về chỉ định PTNSMĐRCL điều trị XHGT CMD ở trẻ em; (2) Đánh giá kết quả sớm PTNSMĐRCL điều trị XHGT CMD ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Các bệnh nhi mắc XHGT CMD thể mạn tính được tiến hành PTNSMĐRCL tại khoa Phẫu

Tác giả liên hệ: Hồng Quý Quân,

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Email: dr.hongquyquan@gmail.com

Ngày nhận: 13/09/2020

Ngày được chấp nhận: 20/10/2020

thuật Nhi Bệnh viện Việt Đức thời gian từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 6 năm 2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhi có độ tuổi từ 5 đến 16 tuổi.
+ Mắc XHGTCMD thể mạn tính, được chỉ định cắt lách bởi các bác sĩ chuyên khoa huyết học.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Tuổi > 16.
+ Các bệnh nhân cắt lách không thuộc nhóm XHGTCMD.
+ Các bệnh nhi có chống chỉ định phẫu thuật nội soi như mổ cũ ổ bụng, bệnh lý hô hấp, tim mạch có chống chỉ định bơm hơi ổ bụng.

2. Phương pháp

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

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 6 năm 2019.

Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Phẫu thuật nhi Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích được áp dụng trong nghiên cứu này. Cỡ mẫu là 24 bệnh nhân.

Phương pháp phẫu thuật:

Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ nội soi thông thường

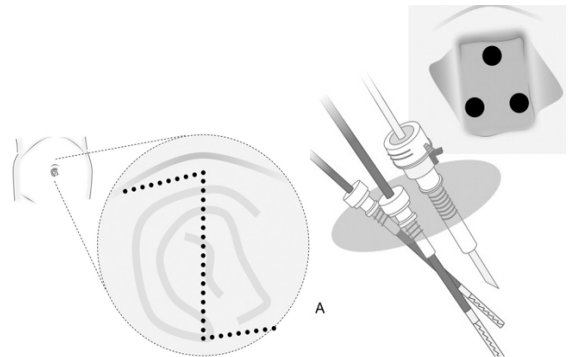
Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Với các bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới $50 \times 10^9/L$ sẽ được truyền tiểu cầu ngay trước khi rạch da để nâng tiểu cầu trong mổ.

Phẫu thuật:

- Bệnh nhân nằm nghiêng phải $50 - 70^\circ$, có độn 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 xoay âm dương. Đặt 3 trocar 5 trong phạm vi của đường rạch chữ Z.

- 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 ngắn 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 dao hàn mạch. 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.



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

- Sau mổ bệnh nhân được theo dõi toàn thân, tình trạng bụng, vết mổ để phát hiện các biến chứng sau mổ. Bệnh nhân được rút ống thông dạ dày và cho ăn sau khi đánh hơi. 24 giờ sau mổ bệnh được xét nghiệm công thức máu để kiểm tra số lượng tiểu cầu, hồng cầu. Bệnh nhân được ra viện khi toàn thân ổn định, tiêu hoá bình thường và vết mổ khô.

- Bệnh nhân được kiểm tra công thức máu sau 6 tháng. Tiêu chuẩn đánh giá bệnh nhân đáp ứng tốt sau cắt lách khi số lượng tiểu cầu $\geq 100 \times 10^9/L$. Đáp ứng kém khi số lượng tiểu cầu $< 100 \times 10^9/L$ nhưng $\geq 50 \times 10^9/L$. Không đáp ứng khi số lượng tiểu cầu $< 50 \times 10^9/L$.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 14.0. Sử dụng T-test để so sánh hai

trung bình, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

4. 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.

III. KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm bệnh nhân

Sau khi PTNSMĐRCL cho 24 bệnh nhân chúng tôi thu được một số đặc điểm của bệnh nhân như sau:

Tuổi trung bình 7,5 tuổi, nhỏ nhất là 5 tuổi, lớn nhất 15 tuổi. Thời gian mắc XHGTCMD trung bình 18,5 tháng. Tỷ lệ nữ/nam là 14/10

2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Xuất huyết dưới da	20	83,3
Chảy máu cam	4	16,7
Hội chứng cushing	18	75

Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là xuất huyết dưới da, đây cũng là triệu chứng gợi ý đến bệnh XHGTCMD. Có 4 bệnh nhân (16,7%) có tiền sử xuất huyết nặng là xuất huyết não (1 bệnh nhân) và xuất huyết đường tiêu hoá (3 bệnh nhân).

3. Cận lâm sàng

Bảng 2. Số lượng tiểu cầu máu ngoại vi trước mổ

Số lượng tiểu cầu máu ngoại vi ($10^9/L$)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 20	10	41,7
$\geq 20 - 50$	8	33,3
> 50	6	25

Tiểu cầu máu ngoại vi trước mổ trung bình là $40,8 \times 10^9/L$, có 75% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu trong máu ngoại vi $\leq 50 \times 10^9/L$, đây là mức tiểu cầu thấp cần phải truyền tiểu cầu ngay trước mổ để đảm bảo an toàn cho cuộc mổ.

4. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Đơn vị	Tối thiểu	Tối đa	Số bệnh nhân	Trung bình
Thời gian mổ	Phút	55	150	24	$90,2 \pm 30,2$
Mất máu	ml	0	100	24	$38,5 \pm 17,2$
Lách phụ	Bệnh nhân			3	
Chuyển mổ nội soi nhiều công	Bệnh nhân			0	
Mổ mở	Bệnh nhân			0	

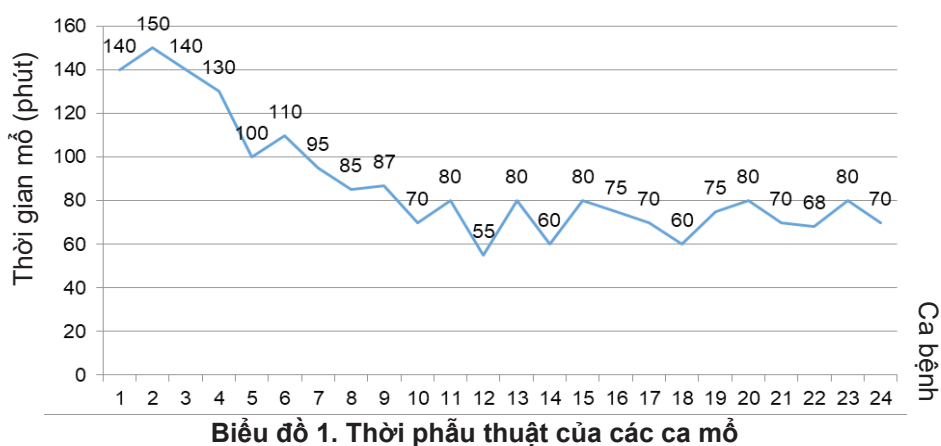
Kết quả	Đơn vị	Tối thiểu	Tối đa	Số bệnh nhân	Trung bình
Thời gian hậu phẫu	Ngày	3	7	24	4,82 ± 1,70
Biến chứng sau mổ	Bệnh nhân			2	
Tử vong	bệnh nhân			0	

Phẫu thuật được tiến hành an toàn cho cả 24 bệnh nhi, không có bệnh nhân nào phải đặt thêm trocar để chuyển thành PTNS nhiều cổng. Biến chứng sau mổ chỉ có 2 bệnh nhi bị nhiễm trùng vết mổ được điều trị ổn định.

Bảng 4. So sánh kết quả phẫu thuật các nhóm theo số lượng tiểu cầu máu ngoại vi trước mổ và theo cân nặng bệnh nhân

	Theo tiểu cầu máu ngoại vi trước mổ			Theo cân nặng		
	TC < 20 x 10 ⁹ /L N = 10	TC ≥ 20 x 10 ⁹ /L N = 14	p	Bình thường N = 12	Béo phì N = 12	p
Thời gian phẫu thuật (phút)	95,0 ± 32,3	83,2 ± 25,6	0,328	72,5 ± 22,8	107,9 ± 37,6	0,017
Lượng máu mất (ml)	39,0 ± 21,9	36,9 ± 15,2	0,783	34,3 ± 16,4	42,7 ± 18,0	0,245
Thời gian hậu phẫu (ngày)	5,13 ± 1,72	4,46 ± 1,60	0,337	4,34 ± 1,50	5,30 ± 1,90	0,183

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân béo phì và cân nặng bình thường với p < 0,05



Thời gian mổ của các ca giảm dần và ổn định từ ca số 7 trở đi.

Bảng 5. Đáp ứng sớm sau mổ của bệnh nhân cắt lách

	Đáp ứng tốt	Đáp ứng kém	Không đáp ứng
	TC $\geq 100 \times 10^9/L$	$50 \times 10^9/L \leq TC < 100 \times 10^9/L$	TC $< 50 \times 10^9/L$
Sau mổ 24 giờ	17 BN (70,8%)	4 BN (16,7%)	3 BN (12,5%)
Sau mổ 1 tuần	16 BN (66,7%)	3 BN (12,5%)	5 BN (20,8%)
Sau mổ 6 tháng	17 BN (70,7%)	3 BN (12,5%)	4 BN (16,7%)

Đáp ứng tốt sau mổ biểu hiện bằng tiểu cầu máu ngoại sau mổ về mức $\geq 100 \times 10^9/L$, tỉ lệ đáp ứng tốt sau mổ của nghiên cứu là 70,7% ở thời gian 6 tháng sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Cắt lách là biện pháp điều trị có hiệu quả với các bệnh nhân XHGTC miễn dịch mạn tính, với tỉ lệ khỏi bệnh hoàn toàn cao 70 - 90%.¹⁻⁴ Tuy nhiên cắt lách là phương pháp xâm lấn, không thể đảo ngược, vẫn có tỉ lệ bệnh nhân không đáp ứng (số lượng tiểu cầu vẫn thấp dưới $100 \times 10^9/L$) sau cắt lách, thêm vào đó có tỉ lệ bệnh nhân mắc XHGTCMD tự thuyên giảm sau một vài năm bệnh.¹

Do đó cắt lách chỉ nên được chỉ định ở những bệnh nhân thất bại với điều trị nội khoa và với thời gian mắc bệnh ít nhất 1 năm.^{1,2,3} Tất cả 24 bệnh nhi của chúng tôi đều đạt những tiêu chuẩn trên với tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán XHGTCMD với thời gian mắc bệnh trung bình 18,5 tháng.

Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là xuất huyết trên da có thể thành nốt, đám hay mảng xuất huyết với 83,3 % bệnh nhân (Bảng 1). Đặc biệt trong số 24 bệnh nhân có 1 bệnh nhân có tiền sử xuất huyết não và 3 bệnh nhân có tiền sử xuất huyết dạ dày đây là các triệu xuất huyết nặng. Bệnh nhân XHGTCMD mạn tính khi có biểu hiện xuất huyết nặng này kèm số lượng tiểu cầu máu ngoại vi thấp thì nên chỉ định cắt lách sớm tránh các biến chứng nặng nề nguy hiểm tính mạng.^{1,2}

75% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu máu

ngoại trước mổ dưới $50 \times 10^9/L$, có nguy cơ chảy máu cao trong mổ nên được chỉ định truyền tiểu cầu ngay trước khi rạch da để nâng tiểu cầu trong máu ngoại vi khi mổ.

Đường rạch da chúng tôi áp dụng là đường rạch chữ Z trong phạm vi của rốn, đường rạch này giúp vết mổ có thể kéo dài về 2 góc, giúp thao tác dễ hơn, tránh va chạm của dụng cụ nội soi.

Phẫu thuật được tiến hành thành công trên 24 bệnh nhân. Không có bệnh nhi phải đặt thêm trocar để chuyển thành phẫu thuật nội soi thông thường nhiều cổng cắt lách. Không có bệnh nhân tử vong, không có tai biến trong mổ nghiêm trọng, chỉ có 2 bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ được điều trị ổn định (Bảng 3). Kết quả này tương đương với các nghiên cứu đã công bố về PTNS thông thường cắt lách và PTNSMĐRCL.^{2,4,5,6}

Thời gian trung bình của ca PTNSMĐRCL là $90,2 \pm 30,2$ phút tương đương với các nghiên cứu khác và tương đương với thời gian PTNS thông thường cắt lách.²

Theo tác giả Keidar A6 có 4 nguyên nhân gây khó khăn làm tăng thời gian mổ cho phẫu thuật nội soi cắt lách ở bệnh nhân XHGTCMD bao gồm: béo phì, lách to, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và kỹ thuật xử trí mạch máu.

Bảng việc chia nhóm bệnh nhân theo cân nặng béo phì và bình thường theo phân loại béo phì của WHO.⁷ Chúng tôi nhận thấy ở những bệnh nhân béo phì có thời gian phẫu thuật lâu hơn với $p = 0,05$ khi sử dụng T-test (Bảng 4). Điều này có thể giải thích bởi bệnh

nhân béo phì thành bụng dày sẽ gây khó khăn trong thao tác của phẫu thuật viên. Bệnh nhân béo phì thường cũng có mỡ tập trung ở mạch nối nhỏ và cuống lách sẽ mất thời gian để phẫu tích hơn.

Kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng là yếu tố ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật, dựa trên đường cong học tập nhận thấy các ca mổ có thời gian giảm nhanh từ ca số 7 trở đi và dần tiệm cận với thời gian mổ bằng phương pháp nội soi kinh điển nhiều cổng cắt lách (Biểu đồ 1). Cắt lách nội soi một đường rạch là một kỹ thuật khó do góc làm việc rất nhỏ và sự va chạm của dụng cụ, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm mổ cắt lách nội soi kinh điển nhiều cổng trước đó và thời gian làm quen với PTNSMĐR cắt lách, thời gian này các tác giả cho rằng từ 7 đến 10 ca mổ.^{4,6}

Xử lý cuống lách là thì quan trọng nhất trong cắt lách nội soi, nếu để rách những mạch máu này thì máu phun sẽ rất dữ dội và sẽ phải chuyển mổ để cầm máu. Kinh nghiệm của chúng tôi trong xử lý cuống lách là bộc lộ rõ động tĩnh mạch lách, sau đó dùng dao hàn mạch đốt cắt. Dao hàn mạch có khả năng cắt đốt các mạch máu đường kính lên đến 7 mm, trong xuất huyết giảm tiểu cầu lách không to và các mạch máu cũng không tăng kích thước nên sử dụng dao hàn mạch vừa an toàn vừa giúp tiết kiệm thời gian phẫu thuật.

Năm 2005, Keidar A⁶ cho rằng PTNSCL có thể tiến hành ở những bệnh nhân có tiểu cầu máu ngoại vi thấp ($< 20 \times 10^9/L$) nhưng bệnh nhân có nguy cơ biến chứng chảy máu trong mổ nhiều hơn, phải truyền máu nhiều hơn và thời gian nằm viện sau mổ lâu hơn so với những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu máu ngoại vi cao hơn. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh giữa 2 nhóm có số lượng tiểu cầu máu ngoại vi $< 20 \times 10^9/L$ ($n = 10$) và nhóm có số lượng tiểu cầu máu ngoại

vi $\geq 20 \times 10^9/L$ ($n = 14$), chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, thời gian nằm viện sau mổ (Bảng 4). Điều này giải thích bởi chúng tôi tiến hành truyền tiểu cầu máu cho các bệnh nhân có tiểu cầu máu ngoại vi dưới $50 \times 10^9/L$ ngay trước khi rạch da bệnh nhân trong khi Keidar chỉ truyền tiểu cầu cho bệnh nhân có tiểu cầu máu ngoại vi $< 10 \times 10^9/L$.

Lách phụ được phát hiện ở 3 bệnh nhân (tỉ lệ 12,5 %) tương đương các nghiên cứu khác.^{2,6,8} Lách phụ là một trong những nguyên nhân gây tái phát bệnh nên cần phải cắt bỏ triệt để. Vị trí lách phụ thường gặp là ở sát cuống lách, trong mạch nối nhỏ, có thể có 1 hoặc nhiều lách phụ. Nhiều tác giả khuyên nên chụp CT scanner ổ bụng hoặc chụp xạ hình để tìm lách phụ trước mổ, giúp phẫu thuật viên tránh bỏ sót lách phụ trong mổ.⁸

Phẫu thuật nội soi nhiều cổng đã được chứng minh là mang lại lợi ích đáng kể cho bệnh nhân so với phẫu thuật mở về mặt đau, thời gian phục hồi sau phẫu thuật và thẩm mỹ.^{2,3,4,5,6,9,10} So sánh về mức độ thẩm mỹ của PTNSMĐRCL với PTNSCL thông thường nhiều cổng các tác giả đều cho rằng PTNSMĐRCL có kết quả thẩm mỹ hơn so với PTNS thông thường cắt lách.^{4,5,9,10} Dễ dàng nhận ra rằng: Thứ nhất với PTNSMĐRCL số lượng sẹo mổ trên thành bụng đã giảm từ 3 - 5 sẹo xuống còn 1 sẹo. Thứ hai với PTNS nhiều cổng cắt lách mặc dù vết rạch đặt trocar rốn lúc đầu là 12mm nhưng sau đó khi lấy lách ra ngoài cũng phải mở rộng vết mổ này lên 2 - 3 cm do đó vết rạch tại rốn của PTNS nhiều cổng cắt lách cũng tương đương vết rạch của PTNSMĐRCL. Thứ ba đa số tác giả thực hiện PTNSMĐRCL sử dụng đường vào là rốn, rốn lại là 1 sẹo bẩm sinh nên bệnh nhân xem như không có thêm sẹo mới nào, hoặc sẹo được che khuất vì vậy phẫu thuật được thực hiện như là không có sẹo

mổ và kết quả thẩm mỹ là tối ưu.

Về đáp ứng số lượng TC máu ngoại vi sau mổ được chia làm các nhóm: Đáp ứng tốt (sau mổ TC máu ngoại vi $\geq 100 \times 10^9/L$), đáp ứng kém (sau mổ $50 \times 10^9/L \leq$ TC máu ngoại vi $< 100 \times 10^9/L$) và không đáp ứng sau mổ (số lượng TC máu ngoại vi $< 50 \times 10^9/L$). Tỷ lệ đáp ứng của nghiên cứu khoảng 70,8% với thời gian sau 6 tháng (Bảng 5) tương đương các nghiên cứu khác đã được báo cáo từ 70 đến 90%.^{5,6,9,10,11} Với xét nghiệm TC máu ngoại vi sau mổ 24 giờ thường cao hơn do với những bệnh nhân có TC trước mổ $< 50 \times 10^9/L$ được truyền TC ngay trước mổ. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có một tỉ lệ đáp ứng muộn sau mổ một đến vài năm vậy nên cần theo dõi lâu dài số lượng TC máu ngoại vi bệnh nhân.¹¹

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy PTNSMĐRCL tuân theo chỉ định chung cắt lách điều trị XHGTCMD. Là một lựa chọn tốt khi chỉ định cắt lách cho bệnh nhi XHGTXMD, ngay cả với những bệnh nhi có số lượng tiểu cầu thấp dưới $10 \times 10^9/L$ phẫu thuật vẫn được tiến hành an toàn. Phẫu thuật có kết quả thẩm mỹ hơn so với PTNS cắt lách thông thường nhiều cổng do sẹo mổ trùng với sẹo tự nhiên là rốn. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng về tiểu cầu sau mổ tương đương phương pháp cắt lách nội soi nhiều cổng. Tuy nhiên nghiên cứu cần thêm thời gian và bệnh nhân để đánh giá chính xác hơn các kết quả của PTNSMĐRCL ở bệnh nhi XHGTCMD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hà Thanh. Bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân. Bài giảng bệnh học nội khoa tập I. *NXB Y học*. 2007:25-29.
2. Delaitre B, Maignien B. Laparoscopic splenectomy: technical aspects. *Surg Endosc*. 1996;6:305-308.

3. Barbaros U, Ahmet D. Single incision laparoscopic splenectomy: the first two cases. *J Gastrointest Surg*. 2009;13:1520.

4. Robert B, Trevor B, Thomas H et al. Single-incision laparoscopic splenectomy in children. *J Pediatr Surg*. 2012;47(5):898-903.

5. Lê Trọng Quân, Nguyễn Hoàng Bắc. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi một vết mổ cắt lách trong điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2014; 7(1):51-62.

6. Keidar A, Sagi B, Szold A. Laparoscopic splenectomy for immune thrombocytopenic purpura in patients with severe refractory thrombocytopenia. *Pathophysiol Haemost Thromb*. 2003; 33: 116 – 119.

7. World Health Organization . Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. *Geneva: World Health Org*; 2000.

8. Barbaros U, Dinccag A, Erbil Y, Mercan S, et al. Handheld gamma probe used to detect accessory spleens during initial laparoscopic splenectomies. *Surg Endosc*. 2007; 21:115 – 119.

9. Fan Y, Wu SD, Kong J et al. Feasibility and safety of single- incision laparoscopic splenectomy: a systematic review", *J Surg Res*. 2014; 186(1), 354 - 62.

10. Choi KK, Kim JM, Park H et al. Single-Incision Laparoscopic Splenectomy Versus Conventional Multiport Laparoscopic Splenectomy: A Retrospective Comparison of Outcomes. *Surg Innov*. 2013; 20(1): 40 - 5.

11. Martin Arnau B, Turrado Rodriguez V, Ernesto T et al. Impact of preoperative platelet count on perioperative outcome after laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura. *Cir Esp*. 2016; 94(7): 399 - 403.

Summary

EARLY OUTCOME OF SINGLE INCISION LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY FOR IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA IN CHILDREN

Single incision laparoscopic surgery is trending as a less invasive surgery for reducing scar tissue and increasing the aesthetic efficiency. In this study, we describe the indications and early evaluation of the single incision laparoscopic splenectomy (SILS) method in children with immune thrombocytopenic purpura (ITP). The study is performed at the pediatric surgery department of Viet Duc hospital from January 2016 to June 2019. Surgery was performed successfully on 24 pediatric patients, with no conversion to multi port laparoscopic splenectomy. The average surgery time was 90.2 ± 30.2 minutes with no complication and high aesthetic result. We conclude that SILS is safe and feasible with high aesthetic result for children with ITP.

Key words: Single incision laparoscopic surgery, Immune thrombocytopenic purpura