

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TRƯỚC THẤP NỘI SOI TRONG UNG THƯ TRỰC TRÀNG

LÊ MẠNH HÀ, LÊ QUỐC PHONG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phương pháp điều trị triệt căn ung thư trực tràng bằng phẫu thuật cắt trước thấp nội soi tái lập lưu thông tiêu hóa một thì bằng EEA.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, theo dõi dọc dựa trên 80 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt trước thấp nội soi điều trị triệt căn bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện trung ương Huế từ 2005-8/2011, trong đó: 32 bệnh nhân ung thư trực tràng

thấp, 27 bệnh nhân ung thư trực tràng trung gian và 11 bệnh nhân ung thư trực tràng cao.

Kết quả: Tuổi trung bình 59.7 (28 – 82 tuổi), trong đó, tỷ lệ nam/nữ, 1,17. Tai biến trong phẫu thuật gồm 6 (3,75%) trường hợp chảy máu, 1 (0,625%) trường hợp tổn thương niệu đạo. Có 12 (7,5%) trường hợp chuyển mổ mở. Biến chứng sau mổ gồm chảy máu 8 (5,4%) trường hợp, nhiễm trùng tầng sinh môn 2 (1,35%) trường hợp, tắc ruột sớm 2 (1,35%). Thời gian nằm viện trung bình 8,4 ngày. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày 3 (2,03%) trường hợp. Theo dõi trung bình trong 24,8 tháng thực hiện trên 106/148 (1,62%) bệnh nhân. Tỷ lệ tái phát tại chỗ 6,6% (7/106), 1 trường hợp di căn ổ trocar 5mm HCP. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ trong 12 tháng 95,3% (101/106), tỷ lệ sống thêm trong 24 tháng 83,9% (89/106).

Kết luận: Phẫu thuật cắt trực tràng nội soi trong bệnh lý ung thư trực tràng là một phẫu thuật khả thi, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, là một phẫu thuật ít xâm nhập nên ít đau sau mổ và thời gian phục hồi sau mổ nhanh hơn. Khả năng cắt triệt để và nạo vét hạch tương đương mổ mở nên kết quả về mặt ung thư học không có sự khác biệt so với mổ mở.

SUMMARY

Object: To access the outcomes of laparoscopic radical resection for rectal cancer.

Method: Prospective study on rectal cancer patients who underwent laparoscopic rectal resection from 2000 to 3/2011 at Hue central hospital: 80 cases were operated by Miles procedure, 32 cases were by Pull-through procedure and 48 cases were by LAR.

Results: Average age 58,7 years (range 28-82), male/female: 1.17.. Mean surgical times: 185.4 ± 34 minutes (range 130 to 320). Intraoperative complications occurred in 7 (4.375%) patients. Medial blood volume transfusion 175ml. Conversy rate: 7.5%. Postoperative complications: 8 patient bleeding (5.4%); 4 patients perineal infection (2.7%); 2 patients (1.35%) patients early bowel obstruction, 1 patient disorder voiding. Hospital stay 9.7 days (7-28 days). Death rate: 2.03%. Mean follow-up was 24.8 months on 106/148 (71.62%) patients. There was local recurrence in 7 of 106 patients (6.6 percent); there were one port site metastases. 12 month and 24 month survival rates: 95.3% and 83.9%.

Conclusion: Laparoscopic rectal cancer resection in a feasible and safe procedure, low perioperative complication, early restoration, due to shorter – term hospital stay. The ability of radical surgery and lymphadenectomy are likely open surgery so that oncology results are no differentially.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính của đường tiêu hóa, trong đó ung thư trực tràng chiếm tỷ lệ khoảng 40 đến 65% [1]. Tần suất mắc bệnh thay đổi tùy vùng địa dư, môi trường và dinh dưỡng. Phẫu thuật triệt căn (R0) vẫn đóng vai trò chủ đạo. Hiện nay có rất nhiều kỹ thuật có thể áp dụng để phẫu thuật nhưng cho dù kỹ thuật nào đi chăng nữa thì vẫn phải đảm bảo nguyên tắc ung thư học trong quá trình thực hiện, tuy nhiên điều này còn phụ thuộc vào vị trí khối u, giai đoạn bệnh, tình trạng bệnh nhân...cũng như kinh nghiệm phẫu thuật viên. Trong những thập niên trước, phẫu thuật cắt trực tràng mở là tiêu chuẩn vàng cho sự

chọn lựa điều trị ung thư trực tràng của các phẫu thuật viên chuyên ngành ngoại tổng quát, mặc dù vậy kỹ thuật này gặp nhiều khó khăn ở những bệnh nhân mập và khung chậu hẹp [4,5,7]. Năm 1991, Jacob thực hiện thành công trường hợp đầu tiên cắt đại trực tràng nội soi đầu tiên trên thế giới, từ đó đến nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật cắt trực tràng đã có những bước phát triển đột phá mang lại nhiều kết quả khả quan [1,2,3,9]. Tại Bệnh viện TW Huế, chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật này vào năm 2000 từ đó đến nay cắt trực tràng nội soi được áp dụng rộng rãi. Bài viết này nhằm mục đích chia sẻ một số kinh nghiệm nhỏ trong phẫu thuật, sau phẫu thuật và kết quả sống thêm trong thời gian ngắn của tất cả trường hợp phẫu thuật cắt trực tràng nội soi điều trị bệnh nhân ung thư trực tràng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 160 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện trung ương Huế từ 2000-3/2011, trong đó: 80 bệnh nhân được phẫu thuật cắt cụt trực tràng (Miles), 32 bệnh nhân bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (Pull-through), 48 trường hợp phẫu thuật cắt trước thấp (LAR).

Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng gợi ý, nội soi sinh thiết, chụp cắt lớp vi tính để xác định vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của khối u cũng như phát hiện di căn xa. Qua đó đưa ra những chỉ định phù hợp cũng như lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Ngoài ra, chúng tôi làm thêm xét nghiệm CEA, CA19.9 để tiên lượng cũng như theo dõi bệnh nhân và các xét nghiệm thông thường để đánh giá tổng trạng chung của bệnh nhân.

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng. Phương pháp mổ gồm phẫu thuật Miles, phẫu thuật Pull-through, phẫu thuật cắt trước thấp. Việc lựa chọn phương pháp tùy thuộc vào vị trí và mức độ xâm lấn rồi u. Phẫu thuật thực hiện trên 4 đến 5 trocars tùy theo độ khó của từng trường hợp. Cắt trực tràng theo nguyên tắc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME).

KẾT QUẢ

Từ 2000- 2011, 160 bệnh nhân ung thư trực tràng được thực hiện cắt trực tràng nội soi trong đó: tuổi trung bình 59.7 (28-82 tuổi), tỷ lệ nam/nữ, 1,17. Phẫu thuật cắt cụt trực tràng (Miles): 80 trường hợp, 32 bệnh nhân bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (Pull-through), 48 trường hợp phẫu thuật cắt trước thấp (LAR).

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân

Các đặc điểm		N	%
Vị trí u	TT trên	24	15
	TT giữa	28	17,5
	TT dưới	108	67,5
K biểu mô tuyến, biệt hóa	Tốt	112	70
	Vừa	24	15
	Kém	24	15
Giai đoạn		N	%
T	T1	0	0
	T2	16	10
	T3	140	87,5
	T4	4	2,5

N	N0	92	57,5
	N1	68	42,5
M	M0	159	9,375
	M1	1	0,675

Khối u chủ yếu ở giai đoạn T3: 87,5%

Bảng 2: Liên quan giữa vị trí khối u và phương pháp phẫu thuật:

Vị trí	Phương pháp		Miles		Pull-through		Cắt trước thấp		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Trên							24	15	24	15
Giữa			4	2,5			24	15	28	17,5
Dưới	80	50	28	17,5					108	67,5
Tổng	80	50	32	20	48	30	160	100		

Thời gian phẫu thuật trung bình: PT Miles: 146 phút, PT Pull-through: 158, PT LAR: 129 phút.

Bảng 3: Liên quan nguyên nhân chuyển mổ mở và phương pháp

Nguyên nhân	Phương pháp		Miles		Pull-through		Cắt trước thấp		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chảy máu	3	1,875	1	0,6125	2	1,25	6	3,75		
Thủng khối u							3	1,875	3	1,875
Tổn thương niệu đạo	1	0,6125							1	0,6125
Dính vào bàng quang			1	0,625	1	0,625	2	1,25		
Tổng	4	3,75	2	1,25	6	4,375	12	7,5		

Tỷ lệ chuyển mổ hở: 7,5%

Bảng 4: Liên quan biến chứng sau mổ và phương pháp phẫu thuật

Biến chứng	Phương pháp		Miles		Pull-through		Cắt trước thấp		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chảy máu cần truyền máu*	3	2,02	1	0,675	1	0,675	5	3,37		
Nhiễm trùng vết mổ	2	1,35					2	1,35		
Tràn khí dưới da	2	1,35			2	1,35	4	2,7		
Tắc ruột			1	0,675	1	0,675	2	1,35		
Bục miệng nối**			3	2,02	5	3,37	8	5,39		
Tổng	7	4,73	5	3,37	9	6,06	21	14,19		

* 2 trường hợp mổ lại (một trường hợp tử vong); ** 2 trường hợp tử vong

Biến chứng chung sau mổ: 14,19% và thời gian nằm viện trung bình: 8,4 ngày

Bảng 5: Kết quả theo dõi trong 24,8 tháng trên 106 bệnh nhân:

Dấu hiệu	Phương pháp		Miles		Pull-through		Cắt trước thấp		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tái phát tại chỗ	2	1,88	1	0,094	3	2,82	6	5,64		
Di căn xa	7	1,88	2	1,88	11	4,70	20	18,87		
Tử vong	6	5,64	1	0,094	10	9,4	17	16,04		

Tỷ lệ tái phát tại chỗ: 5,64%; Di căn xa: 18,87% và tử vong: 16,04%

BÀN LUẬN

Phân chia giai đoạn bệnh dựa trên: Kết quả siêu âm, CT-scan bụng và thăm dò trong mổ:

Tác giả	N	Gđ1	Gđ2	Gđ3	Gđ4
W.L. Law	100	32,9%	25,9%	25,9%	15,3%
Mario Morino	154	23,5%	33,3%	34,5%	8,7%
Richard B. Arenas	65	3%	49,2%	33,9%	13,9%
Chúng tôi	160	10%	25%	64,375%	0,0625%

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp trong giai đoạn 4 tức giai đoạn di căn xa về đại thể cũng như vi thể, trường hợp này trong phẫu thuật chúng tôi phát hiện có di căn gan kích thước nhỏ nhưng trước mổ chúng tôi tầm soát bệnh không phát hiện được. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ giai đoạn 3-4 cao hơn nhiều so với các tác giả nước ngoài.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh kết quả ưu việt của phẫu thuật nội soi. Về mặt ung thư học cũng như các kết quả sớm sau mổ trong bệnh ung thư trực tràng so với mổ mở thì: điểm thuận lợi trong phẫu thuật nội soi các bệnh lý ác tính của đại trực tràng là giảm thời gian và mức độ đau, tăng khả năng hoạt động sớm, giảm thời gian nằm viện, giảm thời gian ruột hoạt động trở lại sau mổ (5,4,8,9).

Gần 10 năm trở lại đây, phẫu thuật nội soi trong các bệnh lý đại trực tràng được xem là một tiêu chuẩn vàng. Đây là một kỹ thuật ưu việt trong điều trị ung thư trực tràng (10).

Tác giả	N	Thời gian nằm viện sau mổ
Mario Morino	154	12,05
Nobuyoshi Miyajima	1057	15
Masaki Fukunaga	451	15,8
Nguyễn Hoàng Bắc	37	8,37
Chúng tôi	148	9,7

Trong nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả nước ngoài thì thời gian nằm viện ngắn như: Nobuyoshi Miyajima, Masaki Fukunaga, ngang bằng với tác giả Mario Morino. Bệnh nhân nước ngoài thường có cân nặng lớn nên khả năng tập phục hồi sau mổ so với nước ta là khó khăn hơn, điều này có thể ảnh hưởng đến thời gian nằm viện và khả năng đi lại của bệnh nhân sau mổ.

Có 12 trường hợp chuyển sang mổ mở trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ 7,5%. Biến chứng này xảy ra trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc (1) là 3,4%; Mario Morino (10) là 12%; W.L. Law (8) là 15%; P.P. Tekiss là 10%.

So với các tác giả nước ngoài thì tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Morino (10), Law (8), ngang bằng nghiên cứu của Tekiss, Các nhóm nghiên cứu khác trong nước thì chúng tôi có tỷ lệ mổ mở cao hơn. Điều này có thể liên quan đến nguyên nhân. Hầu hết các bệnh nhân nước ngoài đều có BMI lớn hơn nhiều so với bệnh nhân của nước ta. Đây là một trong những nguyên nhân chảy máu, khó phẫu tích. Rõ ràng các ranh giới cần phẫu thuật, tổ chức mỡ bám xung quanh trực tràng nhiều có thể gây ra rò miệng nối sau khi nối bằng dụng cụ EEA. Đây là có thể là lý do chính làm tỷ lệ mổ mở trong các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài tăng lên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 trường hợp chuyển mổ mở trong đó 6 trường hợp chảy máu nặng không thể cầm máu được, tất cả trường hợp xuất hiện trên bệnh nhân nam giới. Các nghiên cứu của tác giả Miyajima thì tỷ lệ chuyển mổ mở liên quan nhiều đến

giới nam, điều này có lẽ do ở nam giới khung chậu hẹp nên theo tác trong nội soi khó khăn, khi chảy máu có thể làm phẫu trường tối không đủ ánh sáng để cầm máu. So sánh giới một tác giả khác (7) thì chuyển mổ mổ xuất hiện 100% ở giới nam.

Một trường hợp chuyển mổ mổ khác không liên quan đến các tai biến trong mổ mà liên quan đến chăm sóc bệnh nhân trước mổ, trường hợp này bệnh nhân có khối u lớn 8 cm giai đoạn T4, xâm lấn vào mặt sau bàng quang. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi không thể phẫu tích khối u bằng nội soi được nên quyết định chuyển mổ mổ làm phẫu thuật MILES kèm cắt bàng quang bán phần có dẫn lưu bàng quan trên xương mu.

Chúng tôi đồng ý với quan điểm với một số tác giả trên thế giới (8) trong quá trình phẫu tích khối u ra khỏi tổ chức xung quanh nếu khối u vỡ thì nên chuyển mổ mổ để kiểm soát phẫu trường tránh vấy tế bào ung thư trong ổ phúc mạc. Vì vậy trong lô nghiên cứu của chúng tôi 2 trường hợp khối u lớn nằm ở vị trí trực tràng trung gian, bị thủng trong quá trình phẫu tích, chuyển mổ mổ. Ngoài ra có 1 trường hợp phẫu thuật Miles, thương tổn niệu đạo trong thì hậu môn, được tiến hành khâu lại chỗ thủng kèm đặt sonde tiểu 7 ngày.

Biến chứng xì dò miệng nối là một trong những biến chứng thường gặp trong phẫu thuật ống tiêu hóa nối chung và đại trực tràng nối riêng. Tỷ lệ xì miệng nối trong nghiên cứu này là 5,4% (8/148) tương tự một số tác giả khác (5,6,8), trong đó 5 trường hợp cắt trước thấp, tất cả các trường hợp này đều được chỉ định mổ lại khâu lại lỗ dò, hậu môn nhân tạo đại tràng ngang, và 3 trường hợp phẫu thuật Pull-through (hậu môn nhân tạo đại tràng xích-ma 1 trường hợp và khâu lỗ dò và hậu môn nhân tạo đại tràng ngang), đặc biệt có 2 trường hợp (một trường hợp Phẫu thuật Pull-through và một trường hợp cắt trước thấp) tử vong do phát hiện muộn và bệnh nhân lớn tuổi.

Theo dõi trung bình trong 24,8 tháng thực hiện trên 106/148 (71,62%) bệnh nhân. Tỷ lệ tái phát tại chỗ 6,6% (7/106), 1 trường hợp di căn lỗ trocar 5mm HCP. Một trường hợp tái phát tại tiểu khung (phẫu thuật Miles) được chuyển khoa ung bướu xạ trị, 6 trường hợp tái phát miệng nối (phẫu thuật LAR), tất cả trường hợp này đều được làm phẫu thuật Miles. Trường hợp tái phát lỗ trocar 5mm tại hố chậu phải được phẫu tại cắt u tại chỗ rộng rãi kèm giải phẫu bệnh tức thì đến tổ chức bình thường.

Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh của ung thư nói chung và ung thư

trực tràng nói riêng phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, tổng trạng bệnh nhân, kinh nghiệm phẫu thuật viên, điều trị hỗ trợ trước sau mổ... Chúng tôi chỉ đưa ra kết quả theo dõi chung về thời gian sống thêm toàn bộ cho tất cả bệnh nhân phẫu thuật: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ trong 12 tháng 95,3% (101/106), tỷ lệ sống thêm trong 24 tháng 83,9% (89/106). Theo Gordon (18) thời gian sống thêm sau phẫu thuật 1 năm từ 30%-98%, 3 năm 0- 62%. Paolo Pietro Bianchi theo dõi 107 bệnh nhân trong 35,8 tháng thời gian sống thêm 5 năm 81,4%, 1 trường hợp tái phát tại chỗ.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt trực tràng nội soi trong bệnh lý ung thư trực tràng là một phẫu thuật khả thi, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, là một phẫu thuật ít xâm nhập nên ít đau sau mổ và thời gian phục hồi sau mổ nhanh hơn. Khả năng cắt triệt để và nạo vét hạch tương đương mổ mổ nên kết quả về mặt ung thư học không có sự khác biệt so với mổ mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc (2006), "Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng thấp" Chuyên đề phẫu thuật nội soi can thiệp, Tạp chí Y học Việt Nam, 2, tr. 131-137.
2. Trần Đình Bình, Tôn Thất Tùng (2005), *Phẫu thuật nội soi ổ bụng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 13-170.3
3. Lê Quang Nghĩa (2006), "Nội soi ổ bụng trong chẩn đoán bụng ngoại khoa", Số đặc biệt chuyên đề phẫu thuật nội soi, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 10, tr. 18-23.10
4. Bretagnol F. (2005), "The oncological safety of laparoscopic total mesorectal excision with sphincter preservation for rectal carcinoma", surgical endoscopy, 19, pp. 892-896.20
5. Breukink S. O. (2005), "Laparoscopic vs open total mesorectal excision for rectal cancer", surg endosc, 19, pp. 307-310.21
6. Fukunaga M. (2004), "Laparoscopic-Assisted Low Anterior Resection with a Prolapsing Technique for Low Rectal Cancer", Surg Today, 35, pp. 598-602.26
7. Ke T.W. (2008), "Laparoscopic abdominoperitoneal resection for low rectal adenocarcinoma", J Soc colorectal surgeon, 19, pp. 63-70.32
8. Law W. L. (2004), "Early outcomes of 100 patients with laparoscopic for rectal cancer", surgical endoscopy, 18, pp.1592-1596.34
9. Marcello P.W. (2007), "Laparoscopic", The ASCRS textbook of colon and rectal surgery, chapter 50, springer, pp. 693-708.36
10. Mario M. (2002), "Laparoscopic total mesorectal Excision", Annals of surgery, 237(3), pp. 335-342.37.