

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

TRẦN NGỌC DŨNG, HÀ VĂN QUYẾT, KIM VĂN VỤ, CHU THỊ CHI
Khoa Ngoại - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư trực tràng là một bệnh lý ác tính hay gặp của đường tiêu hóa. Phẫu thuật nội soi đã được áp dụng nhiều nơi trong điều trị ung thư trực tràng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Là thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang các trường hợp ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2011 – 9/2013. **Kết quả:** Có 62 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi, trong đó có 27 nam và 35 nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56.8. Khối u ở giai đoạn T1 là 0%, T2 là 8.1%, T3 là 59.7% và T4 là 32.2%. Có 32 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trước, 3 bệnh nhân cắt trước thấp và 27 bệnh nhân cắt cụt. Tỷ lệ chuyển mổ là 4/62. Thời gian phẫu thuật trung bình cho từng phương pháp tương ứng là: Cắt trước 145.8 ± 50 phút, cắt trước thấp 190.5 ± 25 phút và cắt cụt 170.6 ± 30. Các biến chứng xảy ra trong nhóm nghiên cứu gồm: tổn thương niệu quản 1 bệnh nhân, chảy máu sau mổ 2, nhiễm trùng vết mổ 4, bục xi miệng nối 3, tắc ruột sớm 1 và bí đại sau mổ 5. Không có bệnh nhân tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là 10.3 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng là phương pháp an toàn, có thể áp dụng thường quy cho những bệnh nhân ung thư trực tràng chưa di căn.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER

Overview: Rectal cancer is a common malignant disease of the digestive tract. Laparoscopic surgery for rectal cancer has been more and more popular. The aim of this study was to assess the early outcomes of laparoscopic surgery for rectal cancer. **Patients and methods:** Cross – sectional study on rectal cancer patients who underwent laparoscopic surgery from 1/2011 – 9/2013 at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** Total 62 patients, 27 males and 35 female. Mean age 56.8. T1 rate 0%, T2 rate 8.1%, T3 rate 59.7% and T4 rate 32.2%. Laparoscopic anterior resection for 32 patients, laparoscopic low anterior resection for 3 patients and Miles procedure for 27 patients. Conversional rate 4/62. Mean operating time was 145.8 ± 50 minutes for laparoscopic anterior resection, 190.5 ± 25 minutes for laparoscopic low anterior resection and 170.6 ± 30 minutes for Miles procedure. **Complication:** 1 case injury ureter, 2 cases

postoperative bleeding, 4 cases incision infection, 3 cases anastomotic leakage, 1 case early bowel obstruction and 5 cases postoperative urine retention. Death rate 0%. Mean hospital stay 10.3. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for rectal cancer is a safe procedure. We can perform rectal cancer patients without metastasis.

Keywords: Laparoscopic surgery for rectal cancer

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một bệnh lý ác tính hay gặp của đường tiêu hóa, trong đó, ung thư trực tràng chiếm khoảng 40-65% [1]. Điều trị ung thư trực tràng thường kết hợp giữa phẫu thuật, hóa xạ trị và chăm sóc giảm nhẹ. Tuy nhiên, điều trị bằng phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt căn được đặt ra hàng đầu.

Điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tùy thuộc vào vị trí khối u và giai đoạn của bệnh mà phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Bệnh nhân có thể được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng trước, cắt đoạn trước thấp bảo tồn cơ thắt, cắt cụt trực tràng hay chỉ làm hậu môn nhân tạo.

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng đã được áp dụng nhiều nơi trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Đã có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật nội soi có những ưu điểm chứng tỏ đây là phương pháp có thể áp dụng rộng rãi và đem lại hiệu quả điều trị cho bệnh nhân ung thư trực tràng.

Tại khoa Ngoại – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng cho nhiều bệnh nhân và đem lại những kết quả đáng khích lệ.

Để góp phần có một cái nhìn khách quan hơn về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: “Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng”.

PHƯƠNG PHÁP, ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Là thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang một loạt ca bệnh, lấy số liệu tiến cứu và hồi cứu.

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2011 – tháng 09/2013. Trong đó, nghiên cứu hồi cứu từ 01/2011 – 08/2012 và nghiên cứu tiến cứu từ 09/2012 – 09/2013

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng bằng thăm khám lâm sàng, nội soi trực tràng và chụp CT hoặc MRI tiêu khùng.
- Khối u chưa di căn xa
- Bệnh nhân chưa có mổ bụng trước đó.

- Bệnh nhân không có chống chỉ định mổ nội soi

Nguyên tắc phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt trước áp dụng cho khối u trực tràng ở 1/3 trên, cách rìa hậu môn ≥ 6 cm.

- Phẫu thuật cắt trước thấp áp dụng cho khối u trực tràng 1/3 giữa và dưới cách rìa hậu môn 6cm và ≥ 4 cm nhưng chưa xâm lấn cơ thắt hậu môn.

- Cắt cột áp dụng cho các khối u trực tràng 1/3 dưới trở xuống và đã xâm lấn cơ thắt hoặc cách rìa hậu môn ≤ 4 cm

Phương pháp phẫu thuật:

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.

- Đặt 04 trocar: 1 trocar ở rốn, 2 trocar ở 2 hố chậu và 1 trocar trên xương mu.

- Phẫu tích và nạo vét hạch dọc bó mạch mạc treo tràng dưới, thắt bó mạch sát gốc.

- Di động, giải phóng đại tràng góc lách, đại tràng xuống, đại tràng Sigma và trực tràng. Sau đó mở nhỏ ở đường trắng giữa trên xương mu, đưa đại tràng ra ngoài, cắt đoạn trực tràng có u.

- Miệng nối đại – trực tràng được nối máy hoặc tay.

- Đối với kỹ thuật cắt trước thấp thì thực hiện kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

- Đối với cắt cột trực tràng, thì khối u được cắt và lấy qua đường hậu môn và làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn ở hố chậu trái.

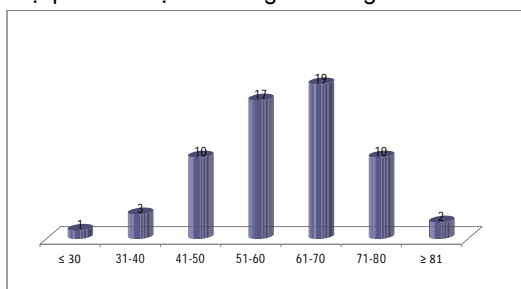
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 62 bệnh nhân, trong đó, nghiên cứu hồi cứu là 38 bệnh nhân và nghiên cứu tiền cứu là 24 bệnh nhân.

Trong 62 bệnh nhân có 27 bệnh nhân nam chiếm 43.5% và 35 bệnh nhân nữ chiếm 56.5%.

Tuổi bệnh nhân cao nhất là 81 tuổi, thấp nhất là 28 tuổi, tuổi trung bình của cả nhóm nghiên cứu là 56.8.

Sự phân bố độ tuổi trong nhóm nghiên cứu.



Biểu đồ 1: Phân bố độ tuổi trong nhóm nghiên cứu

Giai đoạn của khối u khi chẩn đoán trước mổ

Bảng 1: Phân chia giai đoạn của khối u theo mức độ xâm lấn

Giai đoạn khối u	T1	T2	T3	T4	Tổng
N	0	5	37	20	62
%	0	8.1	59.7	32.2	100

Các phương pháp phẫu thuật được thực hiện trong nghiên cứu

Bảng 2: Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật áp dụng trong nghiên cứu

Phương pháp phẫu thuật	N	%
Cắt trước	32	51.6
Cắt trước thấp	3	4.8
Cắt cột trực tràng (Miles)	27	43.6
Tổng	62	100

Chuyển mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân chiếm 6.5%, trong đó, cả 4 bệnh nhân đều có khối u ở 1/3 dưới trực tràng và ở giai đoạn T4.

Thời gian phẫu thuật trung bình cho từng phương pháp

Bảng 3: Thời gian trung bình cho từng phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Phút
Cắt trước	145.8 ± 50
Cắt trước thấp	190.5 ± 25
Cắt cột	170.6 ± 30

Biến chứng trong nhóm nghiên cứu

Bảng 4: Biến chứng trong nhóm nghiên cứu

Biến chứng	n	%
Tổn thương niệu quản	1	1.6
Tổn thương âm đạo	0	0
Tổn thương bàng quang	0	0
Tổn thương tạng khác	0	0
Chảy máu sau mổ	2	3.2
Nhiễm trùng vết mổ	4	6.5
Bục, xi miệng nối	3	4.8
Áp xe tồn dư	0	0
Bán tắc ruột sau mổ	1	1.6
Hẹp miệng nối	0	0
Bí đái	5	8.1
Biến chứng tại HMNT	0	0

Thời gian nằm viện trung bình là 10.3 ngày

BÀN LUẬN

Trong 62 bệnh nhân, số bệnh nhân nữ nhiều hơn số bệnh nhân nam lần lượt tương ứng là 56.5% và 43.5%. Tỷ lệ nam/nữ là 0.71, tỷ lệ này cũng tương tự một số tác giả khác trong và ngoài nước [2], [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân tuổi cao nhất là 81, thấp nhất là 28, tuổi trung bình của cả nhóm nghiên cứu là 56.8, trong đó, độ tuổi hay gặp nhất là từ 51 đến 70 (Biểu đồ 1)

Tất cả bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được thăm trực tràng và nội soi đại trực-tràng để chẩn đoán xác định và chụp CT scanner hoặc MRI để đánh giá mức độ xâm lấn cũng như di căn của khối u. Qua đó, chúng tôi đánh giá được có 37 chiếm 59.7% bệnh nhân có khối u trực tràng xâm lấn hết lớp cơ tới thanh mạc hoặc tổ chức xung quanh trực tràng (giai đoạn T3), 20 chiếm 32.2% bệnh nhân có khối u ở giai đoạn T4, chỉ có 5 bệnh nhân chiếm 8.1% ở giai đoạn T2 và không có bệnh nhân nào có khối u ở giai đoạn T1.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 32 bệnh nhân cắt trước chiếm 51.6%, những bệnh nhân này đều có khối u cách rìa hậu môn trên 6cm và khối u chỉ ở giai đoạn T2 và T3. Chúng tôi có 3 bệnh nhân có khối u trực tràng ở vị trí trung gian, cách rìa hậu môn từ 4-6 cm và ở giai đoạn T2, cả 3 bệnh nhân này đều được thực hiện miệng nối bằng EEA 31cm và không mở thông hồng tràng, hậu phẫu có 2 bệnh nhân cho kết

quả tốt, bệnh nhân không có biến chứng và ra viện sau 12 ngày, 1 bệnh nhân bị bực miệng nổi phải mổ lại và làm hậu môn nhân tạo. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự có 53 trường hợp cắt trước thấp nội soi và nối máy, tác giả có 6 trường hợp (11.3%) bị bực xỉ miệng nổi, trong 53 trường hợp này, có một số trường hợp được mở thông hồng tràng nếu xét thấy nguy cơ bực miệng nổi [4]. Như vậy, trong cắt trực tràng trước thấp, để bảo vệ miệng nổi trực tràng-ống hậu môn, mở thông hồng tràng nên được thực hiện. Và 27 bệnh nhân u trực tràng thấp phải cắt đứt trực tràng, trong 27 bệnh nhân này có 4 bệnh nhân phải chuyển mổ mở vì khối u đã xâm lấn nhiều ra tổ chức xung quanh, khó phẫu tích bằng phẫu thuật nội soi. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân chuyển mổ chiếm 6.5%, số bệnh nhân này khối u đều ở giai đoạn T4.

So sánh tỷ lệ chuyển mổ với một số tác giả khác

Tác giả	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ chuyển mổ (%)
Hasegawa et al [5]	71	4.2
Staudacher et al [6]	226	6.1
Rezvani et al [7]	60	16.6
Laurent et al [8]	200	15.5
Chúng tôi	62	6.5

Qua đó chúng tôi thấy rằng, mức độ xâm lấn khối u có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật nội soi, khối u càng xâm lấn nhiều ra tổ chức xung quanh, càng khó khăn trong quá trình phẫu thuật.

Thời gian trung bình cho từng phương pháp phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là cắt trước: 145.8 ± 50 phút, cắt trước thấp: 190.5 ± 25 phút và cắt đứt trực tràng: 170.6 ± 30 phút. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc, thời gian trung bình cho phương pháp cắt trước là 158.9 ± 44 phút, cắt trước thấp là: 190.3 ± 43 phút [4]. Thời gian trung bình của phương pháp cắt đứt trực tràng trong nghiên cứu của Phạm Văn Bình và cộng sự là: 160 phút [9]. Trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng thì phẫu thuật cắt trước thực hiện thường thuận lợi nhất, mất ít thời gian hơn so với cắt đứt và cắt trước thấp. Cắt trước thấp cần phải lấy mạc treo trực tràng và bảo tồn cơ thắt hậu môn nên kỹ thuật khó hơn, cần nhiều thời gian hơn tất cả.

Trong 62 bệnh nhân được phẫu thuật, chúng tôi gặp phải các biến chứng dò nước tiểu sau phúc mạc do tổn thương niệu quản, chảy máu sau mổ, bực xỉ miệng nổi, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sớm sau mổ và bí đại sau mổ. Theo Nguyễn Hoàng Bắc, tác giả gặp phải các biến chứng như bực xỉ miệng nổi, liệt ruột, chảy máu miệng nổi, nhiễm trùng vết mổ, dọa phù phổi cấp và bí đại sau mổ.

Hầu hết các tác giả đều phát hiện tổn thương niệu quản trong mổ và được xử lý tổn thương luôn [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp tổn thương niệu quản nhưng phát hiện sau mổ khi bệnh nhân có tụ dịch sau phúc mạc và chụp CT 64 lớp phát hiện ổ tụ dịch là do tổn thương niệu quản, ở bệnh nhân này có thể bị tổn thương trong lúc phẫu tích giải phóng đại tràng sigma và chỉ bị tổn thương

nhỏ thành bên niệu quản nên sau mổ bệnh nhân xuất hiện khối tụ dịch ở sau phúc mạc bên trái, bệnh nhân sau đó được xử lý bằng đặt JJ, kết quả sau một tháng rút JJ, niệu quản liền tốt, không phải mổ lại.

Chảy máu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp, cả 2 trường hợp này đều là u trực tràng thấp và được cắt đứt trực tràng nội soi, sau mổ, bệnh nhân bị chảy máu ở diện bóc tách mạc treo trực tràng với xương cụt, bệnh nhân được mổ nội soi lại cầm máu và cho kết quả tốt. Như vậy, trong cắt đứt trực tràng, khi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng để đảm bảo nguyên tắc điều trị ung thư thì chúng ta phải đối diện với nguy cơ chảy máu diện bóc tách với xương cụt, do đó nên chủ động cầm máu tốt trong mổ. Chảy máu miệng nổi trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào, nhưng theo Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự, tác giả có 1 trường hợp bị chảy máu miệng nổi do kẹt mạc treo giữa 2 mỏm cắt khi dùng máy nối [4]. Đây cũng là một biến chứng cần lưu ý khi thực hiện miệng nổi một thì bằng máy nối tự động.

Bực xỉ miệng nổi là biến chứng hay gặp cho dù nó luôn được lưu ý và đề phòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp chiếm 4.8%, trong đó, 1 trường hợp phải mổ lại để làm hậu môn nhân tạo, 2 trường hợp còn lại được dò qua dẫn lưu và được điều trị nội khoa, kết quả miệng nổi liền lại được nhưng mất nhiều thời gian điều trị cho bệnh nhân. Tỷ lệ xỉ miệng nổi trong nhóm nối máy của Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự là 11.2% [4]. Một số tác giả khác như Hasegawa là 13.6% [5], Staudacher là 16.8% [6] và Laurent là 8% [8]. Biến chứng dò của các tác giả trên bao gồm cả dò trên lâm sàng và cận lâm sàng.

Chúng tôi có 1 bệnh nhân bán tắc ruột sớm sau mổ do cắt đứt trực tràng có lẽ do các quai ruột chui xuống tiểu khung, bệnh nhân kèm theo cả liệt ruột cơ năng do gan xơ, bệnh nhân này được điều trị nội khoa và qua được biến chứng tắc ruột.

Một số tác giả có bệnh nhân bị bí đại sau mổ nhưng không rõ ở nam hay nữ và độ tuổi như thế nào. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 5 bệnh nhân bí đại sau mổ đều là bệnh nhân nam nhiều tuổi, có kèm theo phì đại ít nhiều tiền liệt tuyến.

Không có trường hợp nào tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi.

Thời gian nằm viện trung bình của cả nhóm nghiên cứu là 10.3 ngày.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng là một phương pháp an toàn, có thể áp dụng thường quy cho những bệnh nhân mà khối u chưa di căn.

Phẫu thuật nội vẫn đảm bảo được nguyên tắc phẫu thuật ung thư ở những bệnh nhân khối u ở giai đoạn sớm.

Những bệnh nhân mà khối u đã xâm lấn ra tổ chức xung quanh nhiều thì khả năng phẫu thuật nội soi sẽ khó khăn và chuyển mổ cao nên cần cân nhắc phương pháp phẫu thuật trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoài Bắc. 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. 2006;2:131-7.

2. Trần Minh Hoàng, Lê Quang Nghĩa. Kết quả sớm của phẫu thuật cắt trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2008;4:62-70.

3. Nobuyoshi M. Short-term outcome laparoscopic surgery for rectal cancer. Keio J Med. 2008;57 (3):150-4.

4. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh và Nguyễn Quốc Thái. Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010;14, phụ bản của Số 1:119-23.

5. Hasegawa H IY, Nishibori H,, Endo T WM, Kitajima M. Short- and midterm outcomes of laparoscopic surgery compared for 131 patients with rectal and rectosigmoid cancer. Surg Endosc. 2007 June;21(6):920-4.

6. Staudacher C DPS, Tamburini, A VA, Orsenigo E. Total mesorectal excision (TME) with laparoscopic approach: 226 consecutive cases. Surg Oncol. 2007 Dec;16 Suppl 1:S113-6.

7. Rezvani M FJ, Fassler SA,, Harper SG NJ, Zebley DM. Outcomes in patients treated by laparoscopic resection of rectal carcinoma after neoadjuvant therapy for rectal cancer. JSLS. 2007 Apr-Jun;11(2):204-7.

8. Laurent C LF, Gineste C, Saric, J RE. Laparoscopic approach in surgical treatment of rectal cancer. Br J Surg. 2007 Dec;94(12):1555-61.

9. Phạm Văn Bình* Nguyễn Văn Hiếu*, Nguyễn Văn Xuyên**, Hoàng Mạnh Thắng*, Nguyễn Hoàng Minh*, Trịnh Lê Huy*. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng tăng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp tại bệnh viện K. Tạp chí Y Học thực hành. 2010;5:37-43.