

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TÁI PHÁT SAU MỔ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2005-2011

PHẠM THÁI ANH, NGUYỄN THANH LONG,
TRẦN HIẾU HỌC, PHẠM THẾ ANH

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương tái phát sau phẫu thuật của Ung thư đại tràng có tiên lượng xấu có khả năng cắt bỏ u không cao, thời gian sống sau mổ ngắn do vậy nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật sống trên Đại tràng tái phát tại Bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên những bệnh nhân được phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng tái phát tại Bệnh viện Việt Đức từ 2005-2011. **Kết quả nghiên cứu:** 46 Bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình 54,5 tỷ lệ nam/nữ 1,74, thời gian tái phát trung bình 34,3 tháng. Tổn thương tái phát tại Đại tràng 25 trường hợp (54,3%) di căn gan đơn độc 8 trường hợp (17,4%), tái phát tại đại tràng kèm theo di căn (gan, phúc mạc...) 10 trường hợp (21,7%), di căn phúc mạc, thành bụng 3 trường hợp (6,5%). Các phương pháp phẫu thuật: cắt đại tràng 29, nối tắt 3, cắt gan 2, lấy nhân di căn hoặc tiêm cồn khối u gan 9. Các phẫu thuật khác (lấy nhân di căn thành bụng, cắt u sau phúc mạc...32)

* Kết quả phẫu thuật: Tỷ lệ biến chứng 8,7%, tử vong 0%. Thời gian sau mổ trung bình 11,5 tháng.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, Đại tràng tái phát
ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư đại tràng (UTĐT) là một bệnh thường gặp trong ung thư đường tiêu hoá, chiếm 5% - 8% các loại ung thư. Tại Hoa Kỳ hàng năm có khoảng 150.000 ca mắc mới và gần 50.000 trường hợp tử vong vì UTĐT. Đây là căn bệnh đứng hàng đầu ở các quốc gia Tây Âu, Hoa Kỳ, Canada và cũng đứng hàng thứ 2 về số ca tử vong hàng năm chỉ sau ung thư phổi. Tại Việt nam UTĐT là một trong 3 loại ung thư hàng đầu thuộc hệ tiêu hoá. Bệnh thường gặp ở tuổi trên 50 tuổi, tỷ lệ mắc của nam nhiều hơn nữ. Cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng, nhưng đã xác định được các yếu tố nguy cơ như chế độ ăn uống nhiều mỡ động vật, ăn ít chất xơ, viêm đại tràng mạn tính, di truyền.

UTĐT được coi là tái phát khi phát hiện những thương tổn mới ở các bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật cắt đại tràng theo nguyên tắc. Đối với ung thư đại tràng tái phát (UTĐT) phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu. Nhờ những tiến bộ trong chuẩn đoán và điều trị đã giúp cải thiện tiên lượng cũng như kéo dài thời gian sống thêm sau mổ cho các bệnh nhân. Bởi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung

thư Đại tràng tái phát tại Bệnh viện Việt Đức.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

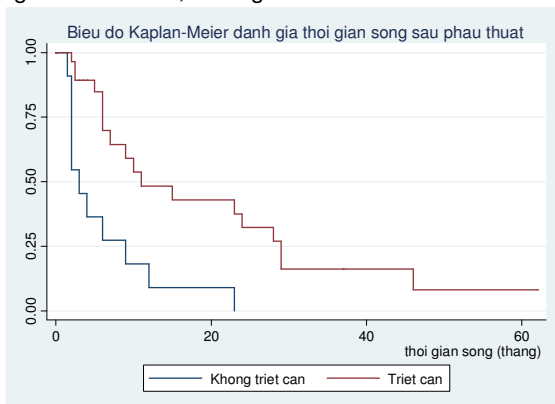
Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 46 bệnh nhân đã điều trị phẫu thuật UTĐTTP trong thời gian 6 năm từ 2005-2011 tại Bệnh viện Việt Đức. Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức và có kết quả giải phẫu bệnh xác định ung thư. Thu nhập dữ liệu từ các hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, khai thác thông tin qua tái khám định kỳ, y tế cơ sở, gửi thư hoặc qua điện thoại. Đánh giá cơ bản về thời gian sống thêm sau mổ, đánh giá kết quả điều trị và so sánh với các tác giả khác.

KẾT QUẢ:

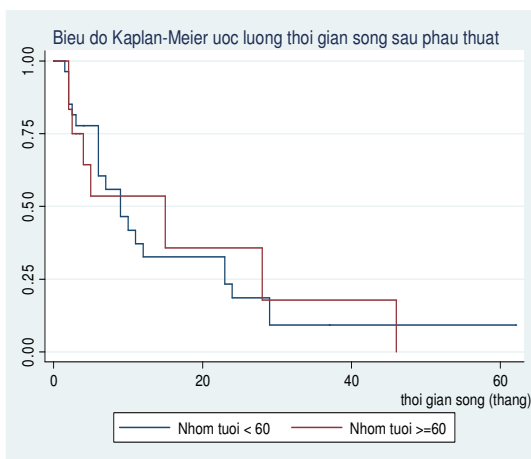
- Tuổi: tuổi trung bình là 54,5 tuổi. Có 25 bệnh nhân >50 tuổi (54,4%)
- Giới: Nam 29 bệnh nhân, nữ 17 bệnh nhân (36,9%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,71
- Vị trí u nguyên phát: ĐT P (54,3%), ĐT T (39,2%), ĐTN (6,5%)
- Tỷ lệ tái phát sau mổ cắt u nguyên phát: tái phát trong 2 năm đầu (56,5%), tái phát trong 3 năm đầu (67,4), tái phát sau 3 năm (32,6%).
- Thời gian tái phát trung bình:
 - + Cả nhóm nghiên cứu là 34,3 tháng
 - + Giai đoạn Dukes B là 49,1 tháng và Dukes C là 17 tháng
 - + Nhóm phẫu thuật có xâm lấn là 17,6 tháng và nhóm không xâm lấn là 47 tháng
 - + Nhóm được điều trị hóa trị là 39,5 tháng và không được điều trị là 28 tháng.
- Lâm sàng:
 - + 65,2% bệnh nhân có tái khám định kỳ sau mổ và 26,1% tái khám phát hiện tái phát
 - + Triệu chứng lâm sàng: đau bụng (91,3%), sụt cân (63%), ỉa máu (17,4%).
- Cận lâm sàng:
 - + 29 BN có CEA tăng >10ng/ml (76,3%), 8 BN có CEA tăng >100ng/ml (21,1%).
 - + Nội soi: tổn thương tại miệng nối (65,2%), dưới miệng nối (26,1%), trên miệng nối (8,7%).
 - + 100% các trường hợp di căn gan phát hiện qua khám siêu âm và chụp CT.
- Giải phẫu bệnh lý: 100% có kết quả là Adenocarcinome.
- Tổn thương trong mổ: tổn thương trên khung đại

tràng chiếm 39,1%, di căn gan đơn độc 17,4%, tổn thương trên khung đại tràng kèm theo di căn vị trí khác 24,0%.

- Phẫu thuật:
 - + Tổn thương tại gan: cắt gan 2
 - Lấy nhân di căn hoặc tiêm cồn: 9
 - + Tổn thương tại Đại tràng: Cắt Đại tràng: 29
 - Nối tắt: 3
 - + Các tổn thương khác: Cắt u sau phúc mạc: 7
 - Cắt u thành bụng: 11
 - Cắt ruột non: 5
 - Thăm dò sinh thiết: 3
 - + Phẫu thuật triệt để (73,9%), không triệt để (19,6%) và thăm dò (6,5%)
 - + Phẫu thuật có chuẩn bị (97,8%), cấp cứu (2,2%).
- Kết quả điều trị:
 - * Kết quả sớm:
 - Biến chứng: nhiễm trùng vết mổ (6,5%), chảy máu sau mổ (2,2%), tỷ lệ biến chứng ở nhóm phẫu thuật triệt để (2,9%), không triệt để (25%)
 - Tỷ lệ tử vong là 0%
 - Thời gian nằm viện trung bình là 15,2 ngày.
 - * Kết quả xa:
 - Thời gian sống trung bình sau mổ cho cả nhóm nghiên cứu là 11,5 tháng



Biểu đồ: So sánh thời gian sống giữa nhóm PT triệt để và không triệt để.



- Biểu đồ: So sánh thời gian sống giữa 2 Nhóm tuổi <60 tuổi và >=60 tuổi.
 - Thời gian sống trung bình sau phẫu thuật của nhóm tuổi <60 là 12,5 tháng và nhóm tuổi >=60 là 9,4 tháng.
 - Thời gian sống trung bình sau phẫu thuật của nhóm PT triệt để là 13,1 tháng và không triệt để là 6,5 tháng
 - Thời gian sống trung bình nhóm phẫu thuật tái phát trên khung đại tràng là 13,6 tháng cao hơn nhóm phẫu thuật di căn gan đơn độc là 6,3 tháng.
 - Tỷ lệ sống sau mổ 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 25%, 15% và 7,5%.

BÀN LUẬN:

Thông qua nghiên cứu hồi cứu trong vòng 6 năm từ 2005-2011 chúng tôi chọn được 46 bệnh nhân UTĐTTP đủ các tiêu chuẩn tham gia vào mẫu nghiên cứu, trong đó có 29 nam (63,1%) 17 nữ (36,9%). Tỷ lệ nam nữ là 1,71. Tuổi trung bình là 54,5 tuổi, có 25 bệnh nhân > 50 tuổi (54,4%), kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu trong nước (Nguyễn Tiến Sơn 54,1 tuổi) và có hơi thấp hơn nghiên cứu 1 số tác giả nước ngoài như Obrand là 62 tuổi, Sugarbaker là 63 tuổi, điều này cũng hoàn toàn phù hợp với phân bố dịch tễ học là tuổi mắc bệnh ung thư đại tràng nguyên phát ở người nước ngoài có cao hơn ở người Việt Nam.

Vị trí khối u nguyên phát trong nghiên cứu chúng tôi thu được ở đại tràng phải (54,3%), đại tràng trái (39,2%), đại tràng ngang (6,5%). Kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Sơn ở đại tràng phải (50%), ở đại tràng trái (45,5%), đại tràng ngang (4,5%). Theo tác giả Griffin thì không có mối liên quan nào giữa vị trí ung thư nguyên phát và vị trí tái phát sau này.

Thời gian tái phát trung bình là 34,3 tháng. Tỷ lệ tái phát cao nhất là sau mổ 6-24 tháng (50%), 67,4% tái phát xảy ra trong 3 năm đầu, tỷ lệ tái phát sau 3 năm là 32,6%. Kết quả tương tự nghiên cứu của John P. Welch và Camilleri-Brennan J.

Trong điều trị phẫu thuật UTĐTTP thì chỉ định và phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí, mức độ tái phát di căn, phương pháp phẫu thuật lần trước và toàn trạng chung của bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật không cao, theo John P. Welch thì chỉ khoảng 10-15% số bệnh nhân được tái phát can thiệp phẫu thuật và nếu được phát hiện sớm, điều trị phẫu thuật triệt để thì sẽ kéo dài thời gian sống sau mổ hơn các trường hợp không điều trị phẫu thuật hoặc điều trị phẫu thuật không triệt để. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 34/46 bệnh nhân (73,9%) được phẫu thuật triệt để, 12/46 bệnh nhân phẫu thuật không triệt để và thăm dò (26,1%).

Đối với tổn thương tái phát di căn gan phương pháp phẫu thuật tùy thuộc vào số lượng, vị trí, kích thước của khối u và toàn trạng chung của bệnh nhân.

Những khối u ở thùy gan trái thì cắt thùy gan trái là phương pháp được ưu tiên lựa chọn, những khối u ở gan phải hoặc nhiều u rải rác thường áp dụng phương pháp cắt bỏ nhân di căn, cắt gan lớn chỉ được thực hiện khi toàn trạng bệnh nhân tốt và trên nguyên tắc phải đảm bảo phần gan còn lại chiếm ít nhất 40% thể tích gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 bệnh nhân di căn gan (23,9%) được phẫu thuật, có 9 trường hợp được cắt bỏ nhân di căn (81,1%), 1 trường hợp cắt thùy gan trái (9,1%) và 1 trường hợp cắt gan trái (9,1%). Với tổn thương tái phát trên khung đại tràng thì tiến hành cắt đoạn đại tràng có u và nối ngay là phương pháp được đa số các phẫu thuật viên ưu tiên lựa chọn, trong nghiên cứu của chúng tôi có 81,2% được tiến hành phẫu thuật cắt u nối ngay 9,4% làm HMNT, 9,4% nối tắt.

Thời gian sống sau mổ trung bình ở nhóm được phẫu thuật triệt để cao hơn rõ ràng có ý nghĩa thống kê so với nhóm không được phẫu thuật triệt để (13,1 tháng so với 6,5 tháng). Trên biểu đồ Kaplan-Meier cũng cho thấy thời gian sống thêm sau mổ bệnh nhân được phẫu thuật triệt để luôn luôn dài hơn so với nhóm bệnh nhân không được phẫu thuật triệt để.

Thời gian sống sau mổ trung bình ở nhóm dưới 60 tuổi lâu hơn nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (12,5 tháng so với 9,4 tháng), tuy vậy sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Trên biểu đồ Kaplan-Meier có một số vị trí thời gian sống sót của nhóm ≥ 60 tuổi lại dài hơn nhóm < 60 tuổi.

Thời gian sống sau mổ trung bình nhóm tái phát di căn gan đơn độc là 6,3 tháng, nhóm tái phát trên khung đại tràng là 13,6 tháng, khác biệt có ý nghĩa

thống kê.

KẾT LUẬN

1. Tổn thương tái phát của ung thư Đại tràng chủ yếu ở khung đại tràng (76%) và gan (24%) thời gian tái phát sau mổ trung bình 34,3 tháng.

2. Tỷ lệ cắt bỏ triệt để tổn thương đạt 74% tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, không có tử vong sau mổ, thời gian sống trung bình sau mổ đạt 11,5 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Sơn (2008), "Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật ung thư đại trực tràng tái phát sau mổ tại Bệnh viện Việt Đức" *Luận văn Thạc sĩ y học chuyên ngành ngoại khoa*.

2. Trịnh Hồng Sơn (2007) "Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt gan do di căn gan từ ung thư đại trực tràng", *Y học thực hành*; 4: tr 569-570.

3. Camilleri-Brennan J, Steele R. (2001) "The prognostic impact of the time interval to recurrence for the mortality in recurrent colorectal cancer", *European Journal of Surgical Oncology*; 27:349-353.

4. John P. Welch MD, Gordon A. Donaldson MD (1987) "Detection and treatment of recurrent cancer of the colon and rectum", *The American journal of surgery*; 135 (4): 505-511.

5. Obrand D.I, Gosdon P.H (1997) "Incidence and patterns of recurrence following curative for colorectal carcinoma" *Dis Colon Rectum*; 40, (1): 15-24.

6. P.H Sugarbaker, Bethesda, Maryland, Cochrane (1986), "The management of recurrent colorectal cancer", *Int J Colorect Dis*; 1: 13-151.