NHẬN XÉT QUA 225 TRƯỜNG HỢP CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

PHẠM VĂN NAM, NGUYỄN CƯỜNG THỊNH, DIÊM ĐĂNG BÌNH
Bệnh viện Trung ương quân đội 108

TÓM TẮT

Mục đích: Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả của cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày.

Bệnh nhân và phương pháp: từ tháng 1/1994 đến tháng 1/ 2012, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, có 225 bệnh nhân được cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày (147 nam và 78 nữ). Tuổi trung bình: 51,1± 11,5 (dao động: 28 – 72) tuổi

Hồi cứu hồ sơ của các bệnh nhân, tìm hiểu về tỷ lệ biến chứng, tử vong, đặc điểm kích thước, vị trí của U theo phân loại năm 2002 của Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản, các cơ quan cắt cùng toàn bộ dạ dày, biến chứng sớm sau mổ, tỷ lệ sống 5 năm sau mổ.

Kết quả: vị trí U: 1/3 dưới: 22,8%, 1/3 giữa: 44%, 1/3 trên: 28,0%, toàn bộ dạ dày: 6,2%. Tạng cắt cùng toàn bộ dạ dày: Tuỵ: 6,22%, gan: 3,11%, đại tràng: 3,11%, lách: 8,0%, tạng khác: 4,88%. Những biến chứng sau mổ khi đang nằm viện: 32%. Tỷ lệ tử vong: 1%. Tỷ lệ sống 5 năm sau mổ:41,8%.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày là phẫu thuật an toàn và thuận lợi.

Từ khóa: *cắt toàn bộ dạ dày, ung thư dạ dày.*

SUMMARY

Aim: The aim this study was to analyze short and long-term results of total gastrectomy for gastric cancer

Patients and methods: From 1/1994 to 1/2012, there were 225 patients with gastric cancer (147 male and 78 female) underwent total gastrectomy at 108 hospital. The average age was 51.1 ± 11.5 (range: 28 - 72) years.

Hospital records were reviewed, we recorded hospital morbidity and mortality, characteristics and tumor size, location, the disease was staged according to the 2002 TNM classification. Base on categories established by Japanese Gastric Cancer Association, adjacent organs removed extended gastric resection, postoperative in hospital complications, the overall 5 years survival rate.

Results: Tumor location: lower third: 22.8%, middle third: 44%, upper third: 28%. Whole stomach: 6.2%. Adjacent organs removed in extended gastric resection: pancreas:6.22%. liver: 3.11%, colon: 3.11%, spleen: 8.0%: other: 4.88%. Postoperative in hospital complications: 32%. The mortality rate was:1%. The overall 5 years survival rate was: 41.8%.

Conclusion: This study shows that total gastrectomy is a safe and feasible procedure for gastric cancer patients.

Keywords: *total gastrectomy, gastric cancer*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD)là bệnh lý thường gặp, đứng hàng thứ 2 trong các nguyên nhân tử vong do ung thư. Mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, nhiều bệnh nhân UTDD vào viện khi bệnh ở giai đoạn muộn [1,2,4, 5,7,8,9].

Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày đã được chấp nhận như một phương pháp điều trị lựa chọn đối với ung thư dạ dày 1/3 trên và 1/3 giữa [3,8]. Những tiến bộ về chuẩn bị bệnh nhân trước mổ, gây mê, kỹ thuật mổ và săn sóc sau mổ đã đem lại nhiều kết quả khả quan trong thời gian gần đây. Tuy nhiên, cắt toàn bộ dạ dày vẫn được coi là phẫu thuật lớn, có nguy cơ biến chứng và tử vong cao [3,6,8]

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt TBDD điều trị UTDD.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Những BN được cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày tại BVTƯQĐ 108 trong thời gian từ tháng 1/1994 đến tháng 1/2012

Hồi cứu hồ sơ của các BN, tìm hiểu về tổn thương đại thể, các tạng xâm lấn được cắt cùng toàn bộ dạ dày, các biến chứng sau mổ, thời gian sống sau mổ.

KẾT QUẢ

1. Tổn thương đại thể

Bảng 1. Tổn thương đại thể

Đặc điểm	Số lượng (n = 225)	Tỷ lệ %
Vị trí U		
1/3 trên	63	28,0
1/3 giữa	99	44,0
1/3 dưới	49	21,8
Toàn bộ dạ dày	14	6,2
Độ xâm lấn của u		
T 1	15	6,66
T 2	22	9,77
T 3	55	24,44
T 4	127	56,44
Không xác định	6	2,66
Di căn hạch		
N0	6	2,66
N1	10	4,44
N2	78	34,66
N3	81	36,0
N4	49	21,77

Bảng 1 cho thấy chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho u 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất: 99 (44,0%) BN, độ xâm lấn của u ở T4 là: 127 (56,44%) BN, di căn hạch N3: 81 (36,0%)BN.

2. Những tạng cắt bỏ cùng toàn bộ dạ dày

Bảng 2. Những tạng cắt bỏ cùng toàn bộ dạ dày

Tạng	N	Tỷ lệ %
Tuỵ	14	6,22
Gan	7	3,11
Lách	18	8,0
Đại tràng	7	3,11
Tuỵ và lách	11	4,88
Tổng số	62	25,32

Bảng 2 cho thấy lách là tạng cắt bỏ cùng toàn bộ dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất; 18 (8,0%)BN.

3. Các biến chứng sau mổ.

Bảng 3. Các biến chứng sau mổ

Biến chứng	N	Tỷ lệ %
Rò miệng nối	5	2,22
áp xe dư	6	2,66
Rò mỏm tá	2	0,88
Tràn dịch màng phổi	9	4,0
Chảy máu	5	2,22
Rò tuỵ	3	1,33
Khác	2	0,88
Tổng số	32	14,19

Bảng 3 cho thấy tràn dịch màng phổi: 9(4,18%) áp xe dư gặp: 6 (2,8%) BN, 5 trường hợp rò miệng nối có 3(1,4%) BN tử vong.

4. Thời gian sống thêm sau mổ

Thời gian	N = 197	Tỷ lệ %
< 12 tháng	18	9,2
12 - < 24 tháng	21	10,6
24 - < 36 tháng	27	13,8
36 - < 48 tháng	23	11,6
48- < 60 tháng	26	13,2
Trên 60 tháng	82	41,6
Tổng số	197	100

Bảng 4 cho thấy thời gian sống thêm sau mổ trên 60 tháng 82 (41,6%) BN.

BÀN LUẬN

1. Tổn thương đại thể.

Bảng 1 cho thấy chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho u 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất: 99 (44,0%) BN, sau đó là u 1/3 trên; 63 (28,0%) BN, u 1/3 dưới 49 (22,8%) BN, u toàn bộ dạ dày 14 (6,2%) BN. V ị trí của u trong UTDD theo các thống kê khác nhau cũng khác nhau. Nhìn chung các thống kê cho thấy tỷ lệ UTDD ở 1/3 dưới chiếm tỷ lệ cao nhất [8], kết quả qua nghiên cứu khác các tác giả do thống kê thực hiện trên những BN cắt TBDD. Một số tác giả không ủng hộ phương pháp cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày, vì cho rằng đây là phẫu thuật lớn, có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao [1,5,7,9]. Tuy nhiên, hầu hết các nhà Ngoại khoa Tiêu hoá cho rằng cắt toàn bộ dạ dày là phương pháp được chọn lựa trong điều trị UTDD 1/3 trên và 1/3 giữa cũng như UTDD thể ống [2,3,4,6].

Độ xâm lấn của tổn thương được trình bày ở bảng 1: T1:15 (6,66%) BN, T2: 22 (9,77%) BN, T3: 55 (24,44%) BN, T4: 127 (56,44%) BN, không xác định: 6 (2,66%) BN. Hầu hết các tác giả đều thống nhất: độ xâm lấn của u là một yếu tố tiên lượng, u xâm lấn càng sâu, tiên lượng càng xấu [2,5,7,8,9].

Thống kê cho thấy di căn hạch N0: 6 (2,66%) BN, N1: 10 (4,44%) BN, N2: 78 (34,66%) BN, N3: 81 (36,0%) BN, N4: 49 (21,77%) BN. Di căn hạch cũng là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong phẫu thuật điều trị UTDD. Do vậy, các nhà giải phẫu bệnh và các nhà Ngoại khoa đi sâu nghiên cứu di căn hạch, tìm ra sơ đồ các chặng hạch di căn với mục đích giúp cho phẫu thuật nạo vét hạch triệt để nhằm cải thiện thời gian sống sau mổ[2,3,5,6,7,9].

2. Tạng cắt bỏ cùng toàn bộ dạ dày.

Bảng 2 cho thấy lách là tạng cắt bỏ cùng toàn bộ dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất; 18 (8,0%)BN, sau đó là tuỵ: 14 (6,22%)BN, gan: 7 (3,11%) BN, đại tràng:7 (3,11%) BN, tạng khác: 11 (4,88%) BN.

Cho tới nay, vẫn còn những ý kiến khác nhau về việc cắt bỏ các cơ quan lân cận u. Sano T và CS (1996) nhận xét: trong điều trị UTDD các cơ quan lân cận như lách, tuỵ, đại tràng ngang, gan trái□nên được cắt bỏ với TBDD và nạo vét hạch, khi những cơ quan này bị ung thư xâm lấn, di căn hoặc khi có nhu cầu nạo vét hạch rộng rãi để đảm bảo tính triệt để của phẫu thuật [6]. Tuy nhiên, một số tác giả cho rằng việc cắt bỏ lách, tuỵ.. không làm thay đổi đáng kể tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ mà còn làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ [1,3]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy hạch nhóm 11 có thể lấy được bằng cách nạo vét dọc động mạch lách mà không cần cắt bỏ tuỵ. Hiện nay, hầu hết các tác giả cho rằng chỉ cắt lách, tuỵ, và tạng khác khi ung thư xâm lấn vào các tạng này [1,3.4,8]. Chúng tôi cho rằng việc cắt bỏ các tạng không những phụ thuộc vào xâm lấn của u tới cơ quan lân cận, mà còn phụ thuộc tình trạng chung của BN, trình độ kỹ thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, gây mê hồi sức□

3. Các biến chứng sau mổ.

Nghiên cứu cho thấy các biến chứng gặp 32 (14,19%) BN, trong đó rò miệng nối:5 (2,22%) BN, áp xe dư: 6(2,66%), tràn dịch màng phổi gặp 9 (4%) BN, chảy máu: 5 (2,22%) BN, rò tuỵ: 3 (1,33%) BN. Tỷ lệ biến chứng chung qua nghiên cứu thấp hơn của Daisuke Nohuoka và CS (2008), gặp 37% [1].

Rò miệng nối gặp 4 BN, những trường hợp này đều phải mổ lại, lau rửa và dẫn lưu ổ bụng rộng rãi, đặt dẫn lưu hỗng tràng nuôi dưỡng, bổ xung đạm mỡ tích cực. Tuy nhiên có 2 trường hợp bị tử vong.

Áp xe dư gặp 6 BN, có 3 trường hợp được chọc hút và dẫn lưu nhờ siêu âm, 3 trường hợp phải mổ lại để lau rửa và dẫn lưu ổ bụng, đề phòng biến chứng này, chúng tôi thường đặt dẫn lưu silicon to, đường kính 1 cm vào hố lách, sát miệng nối, nhằm chống đọng dịch hố lách.

Các trường hợp tràn dịch màng phổi được chọc hút dưới siêu âm và sử dụng thêm kháng sinh, BN ổn định dần.

Rò tuỵ gặp 3(1,33%) BN, ở những BN này sau mổ thấy dịch qua dẫn lưu có màu trắng đục, xét nghiệm dịch thấy Amilaza cao trên 10.000 đơn vị, BN được điều trị bằng các thuốc giảm tiết và bơm rửa qua dẫn lưu, 2 trường hợp kết quả tốt, 1 trường hợp rò dịch tuỵ kéo dài, 3 tháng sau mới hết. Daisuke Nohuoka và CS (2008) nhận xét tỷ lệ rò tuỵ sau cắt TBDD không cắt lách, cắt lách, cắt lách và đuôi tuỵ là 5%, 17% và 48% [1]

4. Thời gian sống thêm sau mổ.

Bảng 4 cho thấy thời gian sống thêm sau mổ dưới 12 tháng: 18 (9,2%) BN, 12 đến dưới 24 tháng: 21 (10,6%) BN, 24 tháng đến dưới 36 tháng: 27 (13,8%) BN, 36 đến dưới 48 tháng: 23 (11,6%) BN, 48 tháng đến dưới 60 tháng: 26 (13,2%) BN, trên 60 tháng 82 (41,6%) BN., tỷ lệ sống trên 5 năm của nghiên cứu thu được thấp hơn củaVincenzo Catalanoctal vaf CS (2009) là 53% [8]

Thời gian sống thêm sau mổ là tiêu chuẩn quan trọng đánh giá kết quả phẫu thuật. Thời gian sống

thêm sau mổ phụ thuộc nhiều yếu tố: chẩn đoán sớm, vị trí, độ xâm lấn và kích thước, tình trạng di căn hạch, nạo vét hạch khi mổ Các nghiên cứu khác nhau cho những kết quả khác nhau. Tại Nhật Bản tỷ lệ sống trên 5 năm khoảng 50%, ở Đức tỷ lệ này là 355, trong khi ở Mỹ chỉ khoảng 20% [8].

UTDD ở vị trí khác nhau của dạ dày có những đặc điểm về lâm sàng, di căn hạch và mô học khác nhau, vì vậy tiên lượng cũng khác nhau. UTDD ở 1/3 trên tiên lượng xấu hơn ở 1/3 dưới. Thống kê của Síoteds S và CS (1986) cho thấy tỷ lệ sống trên 5 năm của UTDD 1/3 trên khoảng 33%, trong khi tỷ lệ này của ung thư dạ dày phần dưới là 57% [7]. Kim JP và CS (1994) cũng như một số tác giả nhận xét độ xâm lấn và kích thước của u là một trong những yếu tố quan trọng nhất có ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ, kích thước của u càng lớn, xâm lấn của u càng sâu thì tiên lượng càng xấu [5,6,7,8,9].

KẾT LUẬN

Qua 225 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày, chúng tôi nhận thấy:

Vị trí tổn thương gặp U 1/3 dưới; 22,8%, U 1/3 giữa: 44%, U 1/3 trên: 28%, toàn bộ dạ dày: 6,2%. Các tạng cắt cùng toàn bộ dạ dày: Tuỵ:6,22%, gan; 3,11%, lách: 8,0%, đại tràng; 3,11%, tạng khác: 4,88%.

Các biến chứng sau mổ gặp; 14,19%. Tỷ lệ tử vong: 1%. Tỷ lệ sống trên 5 năm sau mổ: 41,8%. Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Daisuke Nobuoka et al (2008) prevention of postoperative pancreatic fistula after total gastrectomy, *World J Surg*,32, pp 2261 2266.

2. Dao Jun Gong et al (2008) Risk factors for morbidity and mortality in gastric cancer patients undergoing total gastrectomy,*World Journal of Gastroenterology*, 14 (42), pp 6560 6563.

3. Fabio Pacelli et al (2008) four hudred consecutive total gastrectomy for gastric cancer*, Arch Surg*, 143 (8), pp769 -775.

4. Guiae Jeong et al (2009) Laparoscopy assisted total gastrectomy for gastric cancer: A multicenter retrospective analysis, *Surgery,* (146), pp469 474.

5. Kim JP et al (1994) Significant prognostic factors by multivariate analysis of 3926 gastric cancer patients . *World. J. Surg*,18, PP 872 878.

6. Sano T et al (1996) Lymphadenectomy and pancreaticospleenectomy in gastric cancer surgery , *Lancet*.2. pp 1111 1116

7. Siosteds S et al (1986) Gastric cancer: factor influencing long term survival and postoperative mortality, *Acta Chir Scand Suppl,*530,pp 59 62.

8. Vincenzo catalana et al (2009) Gastric cancer. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology*, pp 127 -164.

9. Yasuda K et al (2001) Risk factors for complication following resection of large gastric cancer, *British Journal of Surgery*, 88, pp673 677.