

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRỰC TRÀNG BẢO TỒN CƠ THẮT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THỂ CỰC THẤP

PHẠM ANH VŨ, PHẠM NHƯ HIỆP

TÓM TẮT

Kết quả: Giai đoạn ung thư trước mổ bao gồm T23N01M0. 18 trường hợp được phẫu thuật thành công. Không bệnh nhân nào cần chuyển máu trong và sau mổ. Không có tai biến trong và sau mổ. Tỷ lệ sống thêm chung sau 2 năm là 100% và tỷ lệ sống thêm lành bệnh là 88,9%. Sử dụng bảng đánh giá chức năng của Kirwan cho thấy, 13 bệnh nhân có kết quả chức năng tốt (Kirwan I và II), 5 tương đối tốt (Kirwan III).

Kết luận: Kết quả bước đầu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt sử dụng phương pháp xuyên bán phần cơ thắt có cải biên là một phương pháp điều trị khả thi, đảm bảo an toàn về mặt

ung thư học và mang lại chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân ung thư trực tràng thể rất thấp.

SUMMARY

RESULTS: The pre-operative tumor stage was T23N01M0. No patients needed blood transfusion during or after the operation. There was no per-operative complication and no post-operative mortality. The two-year overall survival rate was 100% and the two-year disease-free survival rate was 88.9%. Using the Kirwan classification of functional outcomes, at 12 months after surgery, 13 (of 18) patients had good continence (Kirwan I or II) and 5 had relatively good continence (Kirwan III).

CONCLUSIONS: Our modified laparoscopic intersphincteric resection is a safe procedure for

sphincter-saving rectal surgery in selected patients with ultralow rectal cancer and may provide a good continence.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ khi quan điểm cắt mạc treo trực tràng toàn bộ (TME) được đưa ra vào thập niên những năm 80 của thế kỷ XX, ngày nay, phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng đã mang lại các kết quả tốt về mặt ung thư học như kéo dài thời gian sống thêm hay giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ. Tuy nhiên, một vấn đề nổi cộm lên trong những năm cuối của thế kỷ trước và hiện nay là phẫu thuật bảo tồn cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng trung gian và thấp. Mục đích chính của phương pháp phẫu thuật này là nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư trực tràng mà vẫn đảm bảo an toàn về mặt ung thư cho bệnh nhân.

Theo kinh điển, quyết định bảo tồn cơ thắt được đưa ra phụ thuộc vào khoảng cách giữa khối u và cơ thắt hậu môn. Vì vậy, quy định về bờ an toàn trong ung thư trực tràng giai đoạn đầu là 5cm, sau đó giảm xuống còn 2cm. Về mặt giải phẫu, ống hậu môn dài chừng 3-4cm, cho nên tất cả ung thư trực tràng cách rìa hậu môn dưới 5cm được xem là không thể bảo tồn cơ thắt.

Tuy nhiên, cùng với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng, phương pháp bảo tồn cơ thắt khác nhau đã được đề xuất và ứng dụng cho nhiều bệnh nhân như phẫu thuật cắt trước thấp, phẫu thuật cắt xuyên cơ thắt, phẫu thuật cắt bán phần cơ thắt ngoài...

Nghiên cứu này nhằm giới thiệu kỹ thuật và đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật bảo tồn cơ thắt typ Pull-through trong điều trị ung thư trực tràng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Từ 01/2007 đến tháng 06/2009, 18 bệnh nhân ung thư trực tràng nằm ở vị trí dưới 5cm kể từ rìa hậu môn có kết quả mô bệnh học trước mổ là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt theo phương pháp cắt xuyên cơ thắt có cải biến tại khoa Ngoại Cấp cứu bụng và Ngoại Nhi của Bệnh viện TW Huế.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Những bệnh nhân ung thư tái phát hay ung thư đã có di căn gan hay phổi; Những bệnh nhân có kết quả mô bệnh học trước mổ là ung thư tế bào vảy

2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu cắt dọc, có theo dõi và tái khám định kỳ. Tất cả bệnh nhân trước mổ được làm các xét nghiệm cơ bản, các chất đánh dấu ung thư như CEA và CA10-9, XQ ngực, siêu âm gan, chụp cắt lớp 64 lát cắt có dựng hình không gian 3 chiều. Chuẩn bị trước mổ như mổ đại trực tràng nội soi thường quy với thụt tháo, nhịn ăn và kháng sinh dự phòng.

Phương pháp phẫu thuật bao gồm các thì chính:

Thì nội soi ổ phúc mạc:

+ Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân được đặt nằm ở tư thế Lloyd-Davies, chân (T) thấp hơn so với chân (P).

+ Dàn nội soi đặt bên (T) và gần dưới chân bệnh nhân

+ Đặt 04 cổng vào ổ phúc mạc với cổng camera 12mm ở rốn, 1 cổng 10mm và 1 cổng 5mm ở 1/4 dưới

(P) để phẫu thuật viên thao tác, 1 cổng 5mm ở hố chậu (T) để người phụ sử dụng căng đại tràng sigma.

+ Phẫu tích thất và cắt bó mạc mạc treo tràng dưới trước hết. Sau đó, phẫu tích trực tràng kèm toàn bộ mạc treo trực tràng cho đến khi đến được ống hậu môn (kiểm tra với sự giúp đỡ của người phụ ở tầng sinh môn cho tay vào hậu môn). Mạc treo trực tràng được phẫu tích và cắt bằng dao điện đơn cực (dùng Hook) trong 16 trường hợp và bằng Harmonic Scalpel trong 2 trường hợp.

Kết thúc thì nội soi, chuyển sang thì tầng sinh môn.

Thì tầng sinh môn:

Sử dụng van tự cố định Lone Star (Lone Star Medical Products Inc., Houston, TX) để bộc lộ vùng hậu môn. Phẫu tích lớp niêm mạc ống hậu môn dưới đường lược 5mm, lấy bỏ toàn bộ cơ thắt trong và bó sâu của cơ thắt ngoài và đi ngược dần lên đến khi tiếp cận được ổ phúc mạc. Sinh thiết tức thì được làm trên tất cả bệnh nhân ở vị trí đường cắt ở ống hậu môn trước khi thực hiện miệng nối.

Qua đường hậu môn (transanal), chúng tôi kéo đại tràng sigma và trực tràng kèm theo mạc treo trực tràng ra ngoài rồi cắt và nối ngoài hậu môn. Miệng nối đại tràng-hậu môn được thực hiện theo kiểu tận-tận bằng khâu tay ngoài hậu môn với chỉ tiêu chậm bán tổng hợp 3/0 mà không có tạo hình mở rộng đại tràng hay tạo túi.

Không bệnh nhân nào bị mở hậu môn nhân tạo. Đặt 1 mech vaselin xuyên miệng nối đại tràng-hậu môn.

Kết thúc thì tầng sinh môn. Trở lại bơm hơi ổ phúc mạc và kiểm tra lại rồi đặt 01 dẫn lưu 18F ở tiểu khung ra ngoài qua vị trí lỗ 5mm ở bên (T). Tháo hơi và đóng các lỗ trocar.

Rút sonde tiểu trên bàn mổ trước khi thoát mê.

Cho bệnh nhân ăn uống trở lại ngay sau khi bệnh nhân đã trung tiện. Ra viện khi bệnh nhân ăn uống và đại tiện trở lại được hơn 48 giờ.

Sau khi ra viện 2 tuần, tất cả bệnh nhân được tái khám và theo dõi tại Trung tâm ung bướu và được điều trị hỗ trợ với hóa trị liệu và xạ trị theo phác đồ thường quy cho bệnh nhân ung thư trực tràng.

Tái khám định kỳ mỗi 3 tháng trong năm thứ nhất và mỗi 6 tháng trong năm tiếp theo, thăm trực tràng kiểm tra miệng nối, định lượng nồng độ CEA và CA19-9, siêu âm gan và XQ phổi.

Đánh giá chức năng đại tiện của bệnh nhân bằng cách sử dụng bảng phân độ của Kirwan [2], [3], chia làm các mức độ: Độ 1: đại tiện hoàn toàn bình thường, Độ 2: xì hơi không tự chủ, Độ 3: thỉnh thoảng són phân, Độ 4: són phân nhiều và Độ 5: phân són liên tục, phải làm hậu môn nhân tạo

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung và đặc điểm khối u

Bảng 1. Các đặc điểm chung và đặc điểm về khối u (n=18)

Tuổi (năm)	53 (40-68)
Giới (Nam: Nữ)	5:13
Khoảng cách từ khối u đến rìa hậu môn (cm)	4.5 (4-5)
Giai đoạn u (chẩn đoán trước mổ dựa trên chụp cắt lớp vi tính)	
T1	0
T2	7

T3	11
T4	0

Không bệnh nhân nào có di căn gan hay phổi (tiêu chuẩn loại trừ). 100% bệnh nhân có kết quả mô học trước mổ là ung thư biểu mô tuyến.

2. Kết quả phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi thành công trong 100% trường hợp. Không có bệnh nhân nào chuyển mổ mở. Không bệnh nhân nào cần chuyển máu trong và sau mổ.

Thời gian mổ trung bình là 180 phút (150-230 phút).

Thời điểm trung tiện trung bình: 1-2 ngày

Thời điểm cho ăn đường miệng trở lại: ngay sau khi bệnh nhân trung tiện (1-2 ngày)

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: 7-10 ngày

Không có biến chứng trong thời gian hậu phẫu

Bảng 2. Phân giai đoạn TNM sau mổ

T	N		Số bệnh nhân (tỷ lệ %)
	N0	N1	
T2	3	4	7 (39%)
T3	4	7	11 (61%)

3. Biến chứng muộn và kết quả tái khám

Tái khám định kỳ mỗi 3 tháng trong năm thứ nhất và mỗi 6 tháng trong năm tiếp theo, thăm trực tràng kiểm tra miệng nối, định lượng nồng độ CEA và CA19-9, siêu âm gan và XQ phổi.

Không bệnh nhân nào tái phát miệng nối. Một bệnh nhân tái phát hạch ở tiểu khung kèm di căn gan. Với thời gian theo dõi trung bình 24 tháng (5-31 tháng), không bệnh nhân nào tử vong.

Sử dụng bảng phân độ chức năng đại tiện của bệnh nhân sau mổ theo Kirwan cho thấy

Bảng 3. Chức năng đại tiện sau mổ theo Kirwan

Phân độ theo Kirwan	Số lượng (%)
1	3 (17%)
2	10 (55%)
3	5 (28%)
4	0 (0)
5	0 (0)

72% có chức năng đại tiện tốt, 28% có chức năng đại tiện chấp nhận được. Không có bệnh nhân nào bị rối loạn nặng nề chức năng đại tiện cần mở hậu môn nhân tạo.

BÀN LUẬN

Quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật trong ung thư trực tràng thường không đơn giản. Việc lựa chọn phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hay cắt đứt trực tràng tùy thuộc vào nhiều yếu tố như khả năng cắt bỏ sạch khối u, tình trạng đại tiện của bệnh nhân trước mổ, bệnh kèm, hay ngay cả mong muốn của người bệnh. Theo kinh điển, tất cả ung thư trực tràng nằm cách rìa hậu môn dưới 5cm đều được chỉ định cắt đứt trực tràng. Tuy nhiên, gần đây, nhiều nghiên cứu đã cho thấy việc chọn lựa điều trị bảo tồn cơ thắt không liên quan nhiều đến khoảng cách giữa khối u với rìa hậu môn mà chủ yếu là mức độ xâm lấn vào cơ thắt ngoài của hậu môn [4]. Như vậy, vấn đề đầu tiên được cân nhắc trong phẫu thuật bảo tồn cơ thắt đối với ung thư trực tràng là chỉ định.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ định cho những bệnh nhân có u mặc dù nằm dưới 5cm kể từ rìa

hậu môn, nhưng có giai đoạn T<T4 và chưa có biểu hiện thâm nhiễm cơ thắt ngoài hậu môn. Han JG và cộng sự [2] cho thấy cơ nâng hậu môn, cơ thắt ngoài, hố ngồi trực tràng và da tầng sinh môn rất hiếm khi bị thâm nhiễm u và sự lan tràn của tế bào ung thư về phía dưới hiếm khi vượt quá 1-2cm. Vì vậy, chúng tôi cho rằng tiêu chuẩn chọn bệnh như vậy là hợp lý.

Cách đây hơn 25 năm, Schiessel R và cộng sự đề xuất phương pháp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cho những bệnh nhân có u nằm cách đường lược 1-5cm. Tác giả đề xuất tiêu chuẩn để chọn bệnh là u giới hạn ở thành trực tràng hay cơ thắt trong, chưa có di căn xa và mô học thuận lợi. Với cách chọn bệnh như vậy, Schiessel R và cộng sự có tỷ lệ sống thêm lành bệnh trung bình 174 tháng và 86.3% bệnh nhân có chức năng đại tiện tốt. Gần đây, Weiser MR và cộng sự ứng dụng kỹ thuật của Schiessel R với tiêu chuẩn chọn bệnh tương tự ở 85 bệnh nhân từ 1998 đến 2004. Với thời gian theo dõi trung bình 47 tháng, Weiser MR không gặp trường hợp tái phát tại chỗ nào và dự đoán thời gian sống thêm sau 5 năm 83%. Tương tự, khi sử dụng kỹ thuật của Schiessel với tiêu chuẩn chọn bệnh tương tự, Han JG [2] có được tỷ lệ 86% sống thêm sau 5 năm lành bệnh. Sử dụng tiêu chuẩn chọn bệnh như đã nêu và kỹ thuật được trình bày ở trên, chúng tôi có tỷ lệ sống thêm sau 24 tháng là 88.9%.

Câu hỏi thứ hai được đặt ra mà hầu hết các nhà làm ngoại khoa rất quan tâm là kỹ thuật nào nên được sử dụng để bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng. Năm 1984, Schiessel R và cộng sự đề xuất một kỹ thuật có tên gọi là cắt xuyên cơ thắt (*intersphincteric resection-IRS*). Trong kỹ thuật này, Schiessel cắt bỏ trực tràng kèm TNM và cơ thắt trong, giữ lại cơ thắt ngoài và cơ nâng ròi nối đại tràng vào cơ thắt ngoài và da rìa hậu môn. Shirouzu lại đề xuất một kỹ thuật gọi là phẫu thuật bảo tồn hậu môn (*anus-preserving operation*) cho các trường hợp ung thư ống hậu môn và ung thư trực tràng thể cực thấp. Tác giả cũng đưa ra hai phiên bản của phẫu thuật này, một là chỉ cắt cơ thắt trong và một là cắt luôn bó sâu của cơ thắt ngoài; sau đó, đại tràng được nối vào bó dưới da của cơ thắt ngoài và da rìa hậu môn. Kim và cộng sự [3] lại sử dụng kỹ thuật nối đại tràng hậu môn mà Parks và Percy đưa ra năm 1982 cho các khối u cách rìa hậu môn 3-6cm. Chúng tôi cho rằng nếu u không thâm nhiễm cơ thắt, việc lựa chọn phương pháp nào tùy thuộc vào vị trí của khối u.

Mặc dù hầu hết tác giả sử dụng phối hợp đường tầng sinh môn và đường bụng trong cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt, trong nhóm bệnh nhân này, chúng tôi sử dụng phẫu thuật nội soi kết hợp đường xuyên hậu môn. Từ kinh nghiệm có được khi dùng đường xuyên hậu môn mở cho trẻ bị bệnh phình đại tràng bẩm sinh, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật phần xa của trực tràng không khó và rất ít chảy máu. Bằng cách sử dụng bộ banh vết mổ tự động Lone Star, chúng tôi có được phẫu trường rõ ràng và có thể thực hiện miệng nối bằng khâu tay thuận lợi. Vì vậy, mặc dù đa số tác giả khuyến cáo làm hậu môn nhân tạo, chúng tôi cho rằng

nó không thật sự cần thiết mà chỉ nên làm trong những trường hợp khó khăn khi thực hiện miệng nối mà thôi.

Vấn đề đặc thù cho tất cả phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là chức năng đại tiện sau mổ. Trong nghiên cứu của mình với kỹ thuật *xuyên cơ thắt -ISR*, Schiessel có 86,3% bệnh nhân không rối loạn chức năng đại tiện với thời gian theo dõi trung bình 94 tháng. Cũng sử dụng kỹ thuật này, 9/11 bệnh nhân của Saito [5] có chức năng đại tiện tốt. Tương tự, 71% bệnh nhân của Han [2] có chức năng đại tiện tốt sau 12 tháng kể từ khi mổ. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt về chức năng đại tiện sau mổ ở các nhóm bệnh nhân tùy thuộc nhiều vào kỹ thuật mổ, vào chức năng đại tiện trước mổ, vào điều trị hỗ trợ trước mổ và vào thời gian theo dõi sau mổ. Mặc dù trong kỹ thuật sử dụng, chúng tôi không tạo hình đại tràng cũng như không tạo túi tăng dung tích đại tràng, nhưng chúng tôi nhận thấy chức năng đại tiện ở những bệnh nhân có miệng nối đại tràng-hậu môn trực tiếp cải thiện dần theo thời gian. Với thời gian theo dõi trung bình 24 tháng, 72% bệnh nhân của chúng tôi có chức năng đại tiện rất tốt.

Câu hỏi cuối cùng được đặt ra trong phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt là liệu nó có đảm bảo an toàn về mặt ung thư học hay không? Đây là vấn đề rất quan trọng trong điều trị các bệnh lý ác tính. Tiên lượng của các bệnh nhân ung thư trực tràng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như điều trị hỗ trợ trước mổ, giai đoạn ung thư và phương pháp được sử dụng. Akasu và cộng sự [1] cho thấy việc điều trị hỗ trợ trước mổ trong phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt vẫn chưa được thống nhất và có vẻ tùy thuộc chủ yếu vào quan niệm của phẫu thuật viên. Schiessel [6] chỉ có 5,3% tái phát tại chỗ với thời gian theo dõi trung bình 72,86 tháng mặc dù tác giả không sử dụng bất cứ điều trị hỗ trợ trước mổ nào. Tương tự, không xạ trị trước mổ, nhưng Akasu T [1] cũng chỉ có 6,7% tái phát tại chỗ với thời gian theo dõi trung bình 3,5 năm. Ngược lại, Rullier [4] và Saito [5] chỉ định xạ trước mổ cho tất cả bệnh nhân u giai đoạn T3, Weisser [8] lại xạ hóa trước mổ cho tất

cả bệnh nhân của mình; và tỷ lệ tái phát tại chỗ của các tác giả này lần lượt là 2%, 14% và 0%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không điều trị hỗ trợ trước mổ cho bệnh nhân nào, và tỷ lệ tái phát tại chỗ của chúng tôi là 5.5% sau 24 tháng. Trong phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt, xạ trị có thể làm thương tổn hệ thống cơ thắt hậu môn và tình trạng này càng nặng thêm trong khi phẫu thuật [1]. Vì vậy, chúng tôi cho rằng việc sử dụng xạ trị trước mổ nên cân nhắc thật kỹ cho từng bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt.

KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu cho thấy phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt là một phương pháp điều trị khả thi, đảm bảo an toàn về mặt ung thư học và mang lại chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân ung thư trực tràng rất thấp. Cần tiếp tục theo dõi để đánh giá các thông số về ung thư học và chức năng đại tiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akasu T, Takawa M, Yamamoto S et al (2008): "Intersphincteric Resection for Very Low Rectal Adenocarcinoma: Univariate and Multivariate Analyses of Risk Factors for Recurrence", *Annals of Surgical Oncology* 15(10): 2668–2676
2. Han JG, Wei GH, Gao ZG et al (2009): "Intersphincteric Resection with Direct Coloanal Anastomosis for Ultralow Rectal Cancer: The Experience of People's Republic of China", *Dis Colon Rectum* 52:950–957
3. Kim NK, Lim DJ, Hyeon Yun S et al (2001): "Ultralow anterior resection and coloanal anastomosis for distal rectal cancer: functional and oncological results", *Int J Colorectal Dis* 16:234–237
4. Rullier E, Laurent C, Bretagnol F et al (2005): "Sphincter-Saving Resection for All Rectal Carcinomas. The End of the 2-cm Distal Rule", *Ann Surg* 241:465–469
5. Saito N, Ono M, Sugito M et al (2004): "Early Results of Intersphincteric Resection for Patients with Very Low Rectal Cancer: An Active Approach to Avoid a Permanent Colostomy", *Dis Colon Rectum* 47: 459–466