

CẮT THỰC QUẢN NỘI SOI NGỰC- BỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN

Phạm Như Hiệp¹, Phan Hải Thanh¹, Hồ Hữu Thiện¹,
Phạm Anh Vũ², Trần Nghiêem Trung¹, Nguyễn Thanh Xuân¹, Văn Tiến Nhân¹,
Phạm Trung Vỹ¹, Trần Sĩ Doãn Diêm¹, Phạm Minh Đức², Phạm Xuân Đông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tính an toàn, khả thi và kết quả lâu dài của phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực-bụng trong điều trị ung thư thực quản.

Phương pháp: Chúng tôi phân tích 20 bệnh nhân cắt thực quản nội soi ngực-bụng trong điều trị ung thư thực quản tại khoa ngoại Nhi-Cấp cứu bụng Bệnh viện Trung ương Huế từ 04/2012-04/2016.

Kết quả: Phẫu thuật nội soi thành công trong 20 bệnh nhân (100%). Thời gian mổ trung bình là 280 phút (180-330 phút), số hạch bóc trung bình là 3 hạch (2-6 hạch). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 11,6 ngày (7-16 ngày), tỷ lệ biến chứng trong mổ 15%, sau mổ 35% (nhẹ) và không có tử vong. Trong tổng số 20 bệnh nhân phẫu thuật nội soi thành công với thời gian theo dõi trung bình là 18 tháng (3-50 tháng) thời gian sống thêm không bệnh trong 3 năm (disease-free survival- DFS) là 41,3 %, thời gian sống thêm chung (overall survival- OS) trong 3 năm là 44,2% .

Kết luận: Trong nghiên cứu này, cắt thực quản nội soi ngực-bụng trong điều trị ung thư thực quản có thể thực hiện an toàn, khả thi. Kinh nghiệm của phẫu thuật viên và tiêu chuẩn chọn bệnh đóng vai trò quan trọng.

Từ khóa: cắt thực quản nội soi ngực bụng, ung thư thực quản

ABSTRACT

THORACOSCOPIC AND LAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY IN TREATMENT OF ESOPHAGEAL CANCER

Phạm Như Hiệp¹, Phan Hai Thanh¹, Ho Huu Thien¹,
Phạm Anh Vu², Trần Nghiêem Trung¹, Nguyễn Thanh Xuân¹, Văn Tiến Nhân¹,
Phạm Trung Vy¹, Trần Sĩ Doan Diem¹, Phạm Minh Duc², Phạm Xuân Dong¹

Objective: To investigate the feasibility, safety, and associated survival outcomes of thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy (TLE) in treatment of esophageal cancer.

Methods: We analyzed the clinical data from 20 consecutive patients with esophageal cancer who received thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy at our department of abdominal surgery-Hue central hospital from April of 2012 to April of 2016.

Results: TLE was successfully carried out in 20 patients (100%). The average operation time was 280 minutes (180-330 minutes), and mean number of dissected lymph nodes was 3 (2-6). The average length of post-operative hospital stay were 11.6 days (7-16 days). The morbidity was 15% and no mortality. A total of 20 patients were followed for a subsequent 3-50 months (median, 18 months). The 3-year disease-free survival (DFS) and overall survival (OS) rates were 41.3% and 44.2%, respectively.

Conclusions: In this preliminary report, TLE was found to be a safe, feasible, and efficacious procedure for the treatment of esophageal cancer. Experience of the surgeon and selection of the patients are very important.

Keywords: Thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy (TLE), esophageal cancer.

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 30/7/2016; Ngày phản biện (revised): 15/8/2016;
- Ngày đăng bài (Accepted): 22/8/2016
- Người phản biện: Lê Lộc
- Người phản hồi (Corresponding author): Phan Hải Thanh
- Email:phanhaithanh_vn@yahoo.com; ĐT:0903591080

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là loại ung thư có tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong trong vòng 5 năm đến 85-90%. Điều trị ung thư thực quản là đa mô thức. Kể từ báo cáo thành công cắt thực quản qua nội soi ngực đầu tiên cho bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn sớm được thực hiện bởi De Paula năm 1994 [6], phẫu thuật nội soi (PTNS), bao gồm cắt thực quản, dạ dày và cắt đại tràng... đã phát triển rất rộng rãi trong những năm vừa qua, ngày càng có nhiều phẫu thuật viên chọn lựa cắt thực quản qua nội soi (ngực hay ngực-bụng) vì tính ưu việt của nó như hồi phục sớm, ít đau sau mổ, giảm biến chứng về phổi, giảm tỷ lệ dò miệng nối, thời gian nằm viện ngắn...[2], [3], [4]. Mặc dù PTNS phát triển nhanh chóng và áp dụng cho nhiều bệnh lý, hai yếu tố chính hạn chế ứng dụng rộng rãi PTNS ngực-bụng đối với ung thư thực quản: sự phức tạp về kỹ thuật và thời gian mổ kéo dài và vì thế, vẫn còn nhiều phẫu thuật viên lựa chọn các kỹ thuật mổ nội soi ngực (bụng mổ mở) hay mở truyền thống. Mặc dù các báo cáo kết quả vẫn còn hạn chế, dựa trên những kinh nghiệm đầy hứa hẹn của PTNS từ một số trung tâm châu Âu và Bắc Mỹ và điều kiện kinh tế của bệnh nhân, vào năm 2007 chúng tôi bắt đầu thực hiện PTNS cắt thực quản do ung thư tại cơ sở của chúng tôi.

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá tính an toàn, khả thi và kết quả của PTNS ngực-bụng cắt thực quản do ung thư có nạo vét hạch trong mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản được phẫu thuật cắt thực quản qua nội soi ngực và nội soi bụng tại khoa ngoại Nhi-Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 04/2012 đến tháng 04/2016.

Tiêu chuẩn chọn lựa:

- Chẩn đoán mô học là ung thư tế bào gai hoặc ung thư biểu mô tuyến (sinh thiết trước mổ và giải phẫu bệnh sau mổ).

- Ung thư thực quản (giai đoạn I-III) được xác định trên nội soi thực quản, CT Scanner và được kiểm chứng theo mô tả tổn thương trong mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử mổ dạ dày, ngực phải, có bệnh lý tim mạch, phổi nặng...

- Có di căn xa (phức mạc, gan...), khối u xâm lấn các cấu trúc lân cận (T4 theo phân loại TNM của Hiệp hội ung thư thế giới năm 1997).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu cắt dọc không so sánh, có theo dõi và tái khám định kỳ

Ghi nhận số liệu: tuổi, giới, vị trí, kết quả giải phẫu bệnh học, giai đoạn, nhóm hạch và số hạch, tỷ lệ tử vong, biến chứng trong và sau mổ.

Đánh giá kết quả xa: biến chứng muộn, tái phát tại chỗ, di căn xa, thời gian sống thêm.

Chuẩn bị trước mổ: nhịn ăn trước mổ 1 ngày, thụt tháo và kháng sinh dự phòng.

2.2.1. Kỹ thuật phẫu thuật

Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân được gây mê toàn thân bằng đặt ống nội khí quản Carlen làm xẹp phổi phải, tư thế nằm sấp nghiêng trái 30°. Phẫu thuật viên và người phụ đứng bên trái bệnh nhân.

Thì nội soi ngực

Sử dụng 3 Trô-ca (5 mm, 10 mm, 5mm) đặt theo khoảng gian sườn 4, 6, 8 ngực phải theo đường nách giữa, giữa, sau.

Sau quan sát và đánh giá, tiến hành thắt tĩnh mạch Azygos, bóc tách thực quản nguyên khối và lấy hạch hệ thống (cạnh thực quản và hạch khí-phế quản).

Làm nở phổi và dẫn lưu ngực phải qua Trô-ca 10 ở gian sườn 4

Thì nội soi bụng

Bệnh nhân chuyển về tư thế nằm ngửa và thay nội khí quản thông thường.

Sử dụng 4 Trô-ca (10 mm, 10 mm, 5 mm, 5 mm)

Giải phóng bờ cong lớn dạ dày, bảo tồn bó mạch vị mạc nối phải và vị phải; thắt bó mạch vị trái kèm lấy hạch; lấy hạch dọc động mạch gan chung và thân tạng.

Thắt bó mạch vị ngắn, di động thực quản bụng

và lấy nhóm hạch cạnh tâm vị thực quản nguyên khối cùng chuỗi hạch vị trái. Mở rộng lỗ cơ hoành thực quản.

Mở bụng 5-7 cm dưới mũi ức tạo hình ống dạ dày đường kính 2,5 cm bằng 3 GIA 80 mm. Tạo hình môn vị và mở thông hồng tràng nuôi dưỡng.

Thì cổ

Mở cổ trái (đường ngang hoặc chéo) theo bờ ngoài cơ ức đòn chũm, tách thực quản cổ và cắt thực quản cổ; chú ý tránh tổn thương khí quản, bó mạch cánh và dây thần kinh quặt ngược thanh quản; bệnh phẩm lấy nguyên khối qua đường bụng. Tái lập lưu thông thực quản cổ với ống cuốn dạ dày tận bên.

Phẫu tích hạch được tiến hành ngay sau mổ, lấy từng nhóm hạch và phân loại, mở thực quản kiểm tra khối u và đo kích thước.

2.2.2. Tái khám

Sau khi ra viện 2 tuần, tất cả bệnh nhân được tái khám tại khoa và theo dõi tại Trung tâm Ung bướu, điều trị hỗ trợ hóa trị liệu theo phác đồ thường quy (giai đoạn II, III).

Tiếp tục tái khám định kỳ mỗi 3 tháng trong năm thứ nhất, 6 tháng trong những năm tiếp theo: xét nghiệm máu, CEA, CT scanner, nội soi dạ dày-thực quản, Xq phổi (hàng năm hoặc sớm hơn nếu bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ tái phát)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- 20 bệnh nhân (17 nam, 03 nữ)
- Tuổi trung bình: 61,4 tuổi (49-76 tuổi)

3.2. Đặc điểm bệnh lý

- Vị trí: 1/3 trên (1 BN), 1/3 giữa (7 BN), 1/3 dưới (12 BN). Phân loại giai đoạn ung thư: dựa trên kết quả giải phẫu bệnh lý, GĐ I có 01 BN, GĐ IIA có 04 BN, GĐ IIB có 07 BN và GĐ III có 08 BN.

- Không có bệnh nhân nào được điều trị tân bổ trợ trước mổ, điều trị hóa-xạ sau mổ ở 19 BN (giai đoạn II, III)

- Đặc điểm giải phẫu bệnh (sinh thiết sau mổ): 100% ung thư tế bào gai

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

- Phẫu thuật nội soi thành công trong tất cả các trường hợp (không có TH nào đặt thêm trô-ca hay

chuyển mổ mở)

- 02 TH dày dính màng phổi phải phẫu tích gỡ dính khoang màng phổi để bộc lộ thực quản
- 01 bệnh nhân cần truyền máu trong mổ
- Đường mổ cổ: đường ngang 06 TH, đường chéo 14 TH
- Miệng nối cổ (thực quản cổ với ống cuốn dạ dày tận-bên) được thực hiện bằng khâu tay thông thường trong tất cả các trường hợp
- Số hạch lấy trung bình: 3 hạch (2-6 hạch)
- Thời gian mổ trung bình: 280 phút (180-330 phút)
- Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: 11,6 ngày (7-16 ngày)
- Biến chứng trong mổ

Bảng 3.1: Biến chứng trong mổ

Biến chứng	n	%
Chảy máu TM Azygos	1*	5
Rách khí quản	1**	5
Thủng phổi	1	5
Tổng cộng	3	15

* Chảy máu do tổn thương cầm máu qua nội soi thành công

** Rách khí quản được khâu nội soi trong mổ

- Biến chứng sau mổ

Bảng 3.2: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	%
Dò miệng nối cổ	0	0
Hẹp miệng nối cổ	2*	5
Viêm phổi	2**	5
Khàn tiếng	3**	15

*Điều trị thành công bằng nong bóng qua nội soi

**Điều trị nội khoa thành công

3.4. Tái khám

- Trong số 20 bệnh nhân phẫu thuật nội soi thành công, chúng tôi theo dõi đầy đủ được 18 bệnh nhân, 2 bệnh nhân mất tin tức trong quá trình theo dõi (tại các thời điểm 6,15 tháng). Thời gian theo dõi trung bình là 18 tháng (3-50 tháng)

- Có 6 BN chết tại thời điểm phân tích, nguyên nhân tử vong bao gồm tái phát tại chỗ, di căn gan, di căn phúc mạc, di căn hạch, bệnh nhân già yếu..., không có di căn lỗ trô-ca hay tại vết mổ.

- 20 bệnh nhân phẫu thuật nội soi thành công: thời gian sống thêm không bệnh trong 3 năm (disease-free survival- DFS) là 41,3 %, thời gian sống thêm chung (overall survival- OS) trong 3 năm là 44,2% .

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Từ khi Luketich công bố kết quả 222 ca cắt thực quản nội soi qua đường ngực bụng thực hiện từ năm 1998 đến 2003 có kết quả tốt, phẫu thuật nội soi là lựa chọn hàng đầu trong điều trị ung thư thực quản [7]. Tại Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 2007, phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực được thực hiện [1]. Phẫu thuật nội soi ngực bụng là bước phát triển kỹ thuật tiếp theo. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như: tránh mở ngực mở bụng lớn, thẩm mỹ, làm giảm đau sau mổ, hạn chế biến chứng hô hấp, miệng nối thực hiện ở cổ nên tránh được nguy cơ viêm trung thất khi dò miệng nối, tránh được mở ngực lớn không cần thiết khi khối u di căn hay xâm lấn mà không đánh giá được trước mổ. Tuy nhiên, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật (T1-T3, chưa có di căn xa) là đóng vai trò quan trọng.

4.2. Đặc điểm kỹ thuật

Trong thì nội soi ngực của nghiên cứu chúng tôi, tư thế bệnh nhân nằm là nằm sấp 30 độ như các tác giả Bernard M [4], Phạm Đức Huân [2]. Ưu điểm tư thế này là phổi phải xếp đồ ra trước, không cần thêm Trô-ca thứ 4 vén phổi. Chúng tôi sử dụng 3 Trô-ca trong phẫu tích thực quản và lấy hạch trung thất và không đặt thêm Trô-ca nào trong nhóm nghiên cứu. Một số tác giả khác lại sử dụng tư thế nghiêng trái và sử dụng 4 Trô-ca hỗ trợ nhau trong phẫu tích [3], [7], [8]. Trong số bệnh nhân phẫu thuật chúng tôi có 2 trường hợp dày dính màng phổi, phải phẫu tích gỡ dính khoang màng phổi để bộc lộ thực quản ngực.

Trong thì nội soi bụng tạo hình ống dạ dày, chúng tôi sử dụng 4 Trô-ca phẫu tích di động toàn bộ dạ dày bảo tồn bó mạch vị mạc nối phải, vị phải và mở rộng lỗ cơ hoành. Mở bụng nhỏ là cần thiết để lấy bệnh phẩm, tạo hình ống dạ dày bằng GIA cũng như là tạo hình môn vị và mở thông hồng tràng nuôi

dưỡng [9]. Trong thì nội soi ngực có 01 trường hợp thay đổi kỹ thuật mổ đó là u thực quản 1/3 dưới lan xuống bờ cong nhỏ, nên phải cắt toàn bộ thực quản dạ dày và thay thế thực quản bằng đại tràng ngang. Thông thường, đoạn đại tràng ngang chỉ thay thế thực quản trong trường hợp teo thực quản hay bọng thực quản do hóa chất.

Tái lập lưu thông thực quản cổ và ống dạ dày thực hiện theo kỹ thuật tận bên như các nhiều tác giả khác [3], [5], [7]. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 280 phút (180-330 phút), kết quả này tương đương với Smither [10], DePaula [6], Trần Phùng Dũng Tiến [3].

4.3. Tai biến-biến chứng

Phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng thực hiện trên 3 phẫu trường ngực, bụng, cổ; do đó sẽ có nhiều tai biến và biến chứng. Theo tác giả Luketich [7] thì tỷ lệ tử vong sau mổ là 1,4%; dò miệng nối là 11,7% ; theo báo cáo tác giả Trần Phùng Dũng Tiến [3], dò miệng nối 4,6% ; rách khí quản 2,3% ; viêm phổi 10,3% ; khàn tiếng 3,4%. Trong nghiên cứu 20 bệnh nhân của chúng tôi, 01 bệnh nhân rách mặt sau khí quản trong thì mở cổ phát hiện trong mổ được xử trí khâu lại khí quản bằng chỉ prolene 4.0 ; 01 bệnh nhân bị chảy máu do rách tĩnh mạch Azygos trong thì nội soi ngực được cầm máu trong mổ bằng Hemalock và chỉ buộc; 01 bệnh nhân bị thủng phổi khi đặt Trô-ca đầu tiên trên bệnh nhân có dày dính màng phổi bệnh được dẫn lưu ngực 4 ngày, kết quả ổn định ; 02 bệnh nhân viêm phổi sau mổ được điều trị nội khoa ổn định; 03 bệnh nhân khàn tiếng sau mổ do tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản, hồi phục giọng nói sau 3-4 tuần; đặc biệt chúng tôi không có trường hợp dò miệng nối nào có thể do số lượng phẫu thuật chưa nhiều, trong phẫu tích chúng tôi chú ý đến bảo tồn mạch máu ở đầu xa dạ dày và đầu dưới thực quản cổ, theo D. Veeramootoo, thiếu máu miệng nối là nguyên nhân dò và hẹp miệng nối sau này [11].

4.4. Theo dõi sau mổ

Có 02 bệnh nhân hẹp miệng nối được điều trị nong thực quản qua nội soi ổn định. Trong số 20 bệnh nhân phẫu thuật nội soi thành công, 02 bệnh

nhân mất tin tức trong quá trình theo dõi (tại các thời điểm 6,15 tháng). Có 6 BN chết tại thời điểm phân tích, nguyên nhân tử vong bao gồm tái phát tại chỗ, di căn gan, di căn phúc mạc, di căn hạch, bệnh nhân già yếu..., không có di căn lỗ trô-ca hay tại vết mổ. 20 bệnh nhân phẫu thuật nội soi thành công: thời gian sống thêm không bệnh trong 3 năm (disease-free survival- DFS) là 41,3 %, thời gian sống thêm chung (overall survival- OS) trong 3 năm là 44,2%. Nghiên cứu của chúng tôi với số lượng bệnh nhân

nhỏ nên trong tương lai chúng tôi sẽ đánh giá sâu hơn về vấn đề này với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản là kỹ thuật khả thi và an toàn, tai biến trong mổ không nghiêm trọng và có thể xử trí bằng nội soi, không có tử vong trong mổ. Kinh nghiệm của phẫu thuật viên và tiêu chuẩn chọn bệnh có vai trò rất quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Như Hiệp (2012), “Phẫu thuật nội soi ngực điều trị ung thư thực quản: Một số kinh nghiệm ban đầu”, *Hội nghị nội soi và phẫu thuật nội soi toàn quốc*, tr.43-47.
2. Phạm Đức Huân, Đỗ Mai Lâm(2008), “Cắt thực quản qua nội soi ngực phải trong điều trị ung thư thực quản”, *Báo cáo khoa học, Hội nghị nội soi và phẫu thuật nội soi toàn quốc*.
3. Trần Phùng Dũng Tiến, Lâm Việt Trung (2011), “Phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư 1/3 giữa và dưới”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 15, tr.14- 19.
4. Bernard M. Smithers et al(2007), “Comparison of the Outcomes Between Open and Minimally Invasive Esophagectomy”, *Annals of Surgery*, 245(2), pp. 23- 34.
5. Bonavina L, Bona D, Binyom p, et al(2004): “Laparoscopy assisted surgical approach to esophageal carcinoma”, *J Surg Res*,117, pp.52-57.
6. DePaula AL, Hashiba K, Ferreir EA (1995): “Laparoscopic transhiatal esophagectomy with esophagogastroplasty”. *Surg laparosc Endosc*, 5, pp.1-5.
7. Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO (2003): “Minimally Invasive Esophagectomy. Outcomes in 222 patients”. *Ann Surg*, 238, pp. 486-495.
8. Maddaus M.A - Luketich J.D: Chest wall, Lung, Mediastinum and Pleura in Brunnicardi F.Ch et al (2005), “Schwartzs Principles of Surgery”. *McGraw-Hill. 8 th edition*, pp.602 - 603.
9. Jagot P, Sauvanet A, Berthoux L, et al. (1996), Laparoscopic mobilization of the stomach for oesophageal replacement, *Br J Surg.*, 83, pp.540 -542.
10. Smithers BM, Gotley DC, McEwan D, et al (2001), “Thoracoscopic mobilization of the esophagus: a 6 year experience”, *SurgEndosc*,15, pp.176 -182
11. Veeramootoo D. et al (2010), “Ischemic condition shows a time-dependant influence on the fate of the gastric conduit after minimally invasive esophagectomy”, *Surg Endos*, 24, pp.1126-1131.