

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN NGỰC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 DƯỚI

Lê Lộc¹, Dương Xuân Lộc¹, Hoàng Trọng Nhật Phương¹,
Hồ Văn Linh¹, Lê Mạnh Hà², Phan Hải Thanh¹, Hồ Hữu Thiện¹,
Phạm Anh Vũ², Phạm Như Hiệp¹,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản ngực trong điều trị ung thư thực quản 1/3 dưới.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả không so sánh, theo dõi ngắn hạn dựa trên tất cả bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 dưới đã phẫu thuật cắt thực quản ngực tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2012 đến 6/2015,

Kết quả: Tất cả 56 bệnh nhân bao gồm 52 nam và 4 nữ; tỷ lệ nam/nữ: 13/1, tuổi trung bình 54 tuổi. Thời gian mổ trung bình 145 phút. Tai biến trong mổ 1 trường hợp (vỡ lách phải cắt lách cầm máu), 2 trường hợp rách màng phổi và 1 trường hợp rách khí quản, 1 trường hợp rách phế quản P. Lượng máu mất trong mổ không đáng kể. Không có trường hợp nào phải mở ngực. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư tế bào vảy: 52 trường hợp, ung thư biểu mô tuyến: 4 trường hợp. Thời gian nằm viện trung bình 11 ngày (8 - 22). Biến chứng sớm sau mổ 9 trường hợp: dò miệng nối 2 trường hợp, 3 viêm phổi, 1 trường hợp tràn dịch màng phổi P, 1 trường hợp tràn dịch dưỡng chấp phổi P và 2 trường hợp khàn giọng không hồi phục. Tử vong: 1 trường hợp do viêm phổi lan tỏa. Theo dõi trong 12 tháng được 44 bệnh nhân: 3 trường hợp hẹp miệng nối, 4 trường hợp tử vong do di căn phổi và não.

Kết luận: Cắt thực quản ngực bước đầu cho thấy hiệu quả, an toàn, khả thi trong điều trị ung thư thực quản 1/3 dưới. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy thuộc và tình trạng bệnh nhân, giai đoạn khối u và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Tuy nhiên, cần nghiên cứu dài hơn với số lượng lớn hơn để đánh giá kết quả về mặt ung thư học.

Từ khóa: Ung thư thực quản 1/3 dưới, cắt thực quản ngực.

ABSTRACT

TO ASSESS THE INITIAL OUTCOMES OF THORACIC ESOPHAGECTOMY FOR LOWER - THIRD ESOPHAGEAL CANCER

Le Loc¹, Duong Xuan Loc¹, Hoang Trong Nhat Phuong¹,
Ho Van Linh¹, Le Manh Ha², Phan Hai Thanh¹, Ho Huu Thien¹,
Pham Anh Vu², Pham Nhu Hiep¹,

Objective: To assess the initial outcomes of thoracic esophagectomy for low – third esophageal cancer.

Materials and Methods: A prospective study base on patients of lower third esophageal cancer underwent thoracic esophagectomy at Hue Central Hospital from 1/2012 to 6/2015.

1. Bệnh viện TW Huế
2. Trường Đại học Y Dược 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: Đặng Ngọc Hùng
- Người phản hồi (Corresponding author): Dương Xuân Lộc
- Email: drloc.sur@gmail.com; ĐT: 0905655552

Results: Total 56 patients: Mean age 54, ratio male/female: 13/1. Mean operative time: 145 minutes, intraoperative complications: 1 case splenectomy, 2 cases pleural laceration, 1 case right bronchial laceration and 1 case tracheal laceration. Early complications: 2 case anastomosis leakage, 3 case pneumonia and 1 pleural effusion, 1 case chylothorax. Death: 1 case. 12 months follow – up on 44 patients: 3 cases anastomosis stricture and 4 cases death for metastasis.

Conclusions: Thoracic esophagectomy initially revealed the effectiveness in shortening operative time. However, it is necessary to conduct further research on the evaluation of oncology results.

Key words: Low – third esophageal cancer, thoracic esophagectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là loại ung thư hay gặp và nằm trong danh sách 10 loại ung thư hàng đầu ở Việt Nam, chiếm 15% trong các loại ung thư đường tiêu hóa. Tần suất mắc bệnh thay đổi tùy theo vùng địa dư, có thể do yếu tố môi trường và dinh dưỡng.

Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới và thường xảy ra ở người lớn tuổi. Ở Châu Âu và Mỹ, rượu và thuốc lá là những yếu tố nguy cơ, trong khi đó ở các nước Phương Đông yếu tố nguy cơ chủ yếu là thức ăn nóng. Viêm nhiễm, Barrett thực quản, achalasia và bọng thực quản là những yếu tố thuận lợi cho sự phát triển thành ung thư thực quản.

Phẫu thuật cắt thực quản là phương pháp điều trị triệt để ung thư thực quản khi u còn khu trú. Phẫu thuật cắt thực quản có thể được thực hiện qua đường ngực hoặc qua lỗ khe hoành. Phương pháp mở ngực hoặc nội soi ngực mặc dù có ưu điểm là có thể nạo vét hạch triệt để. Tuy nhiên, biến chứng về phổi vẫn còn là một vấn đề đáng lo ngại và thời gian phục hồi sau mổ chậm [6]. Trong khi đó, phẫu thuật cắt thực quản qua lỗ khe hoành mặc dù không vét được hạch ở trung thất, nhưng đây là một phẫu thuật nhẹ nhàng hơn, ít biến chứng về phổi và thời

gian phục hồi sau mổ nhanh hơn. Tuy nhiên, đây là một phương pháp phẫu tích mù thực quản nên dễ xảy ra tai biến trong quá trình phẫu tích [5]. Theo y văn, chỉ định phương pháp phẫu thuật trong ung thư thực quản 1/3 dưới vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau. Mỗi phương pháp đều có ưu điểm và nhược điểm phụ thuộc vào giai đoạn khối u, tình trạng chung của bệnh nhân, điều kiện cơ sở phẫu thuật cũng như kinh nghiệm phẫu thuật viên. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản ngực trong điều trị ung thư thực quản 1/3 dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

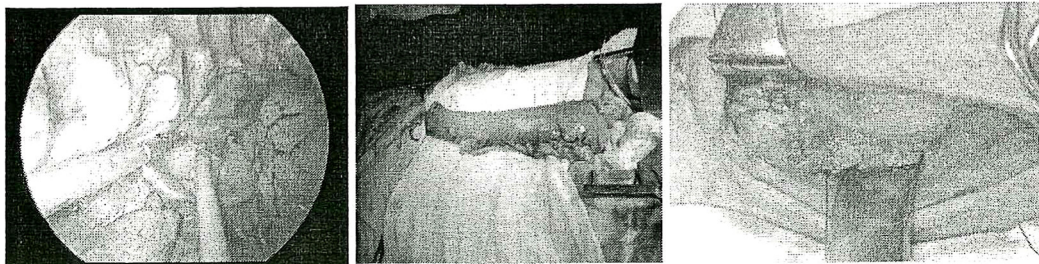
Từ 1/2012 – 6/2015, 56 bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 dưới (24 trường hợp phẫu thuật qua khe hoành, 32 trường hợp qua nội soi ngực) được phẫu thuật cắt thực quản ngực, tạo miệng nối thực quản cổ - ống dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả, không so sánh, theo dõi ngắn hạn.

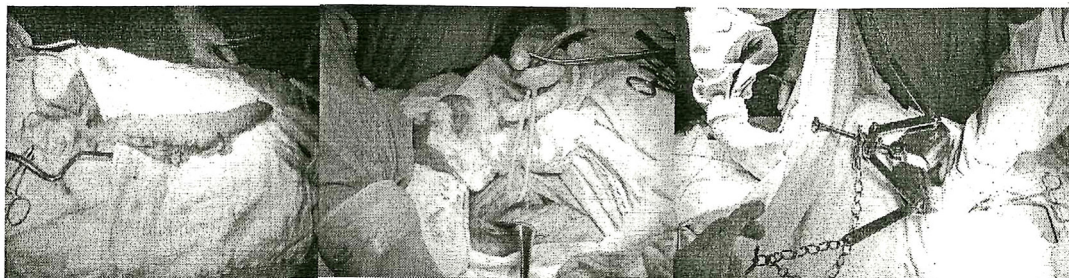
Phương pháp phẫu thuật

- Phương pháp Akiyama nội soi ngực, nội soi ngực - bụng



Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản ngực...

- Phương pháp Orringer nội soi bụng hoặc mở bụng



Tạo hình dạ dày

Di động thực quản cổ

Phẫu tích mù

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2012 đến 1/2015, 56 bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 dưới được phẫu thuật cắt thực quản ngực. Tuổi trung bình 54 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 13/1.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Nuốt nghẹn	54	96,4
Sụt cân	48	85,7
Khàn giọng	0	0
Đau sau mũi xương ức	18	32,1
Tăng tiết nước bọt	0	0

Bảng 2. Bệnh lý phối hợp

Bệnh lý	n	%
Hội chứng hạn chế	16	28,6
Gù vẹo cột sống	1	1,8
Đặt stent mạch vành	2	3,5
Gan xơ	3	5,4
Tổng	22	39,3

Bảng 3. Tai biến trong mổ

Tai biến \ Phương pháp	Akiyama (nội soi ngực)	Orringer	Tổng
Rách màng phổi	0	2	3,5
Cắt lách	1	0	1,8
Rách khí – phế quản	2	0	3,5
Tổng	3	2	8,8

Bảng 4. Phân giai đoạn u theo pTNM

TNM		n	%
T	T1	2	3,5
	T2	16	28,6
	T3	38	67,9
	T4	0	0
N	N0	21	37,5
	N1	32	57,1
	N2	3	5,4
M	M0	55	98,2
	M1	1	1,8

Bảng 5. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Phương pháp Biến chứng	Akiyama (nội soi ngực)	Orringer	Tổng
Dò miệng nổi cổ	1	1	2
Viêm phổi*	2	1	3
Dò dịch đường trấp	1	0	1
Khàn giọng	1	1	2
Tràn dịch màng phổi	0	1	1
Tổng	5	5	9

Bảng 6. Theo dõi sau mổ trong 12 tháng trên 44 bệnh nhân chiếm 80%

T/g theo dõi Đặc điểm	3 tháng		6 tháng		1 năm	
	n	%	n	%	n	%
Hẹp miệng nổi cổ	1	2,3	2	4,5	0	6,8
Tái phát miệng nổi	0	0	0	0	0	0
Di căn phổi	0	0	2	4,5	0	4,5
Di căn gan	0	0	2	4,5	0	4,5
Tử vong	0	0	0	0	4	9

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ với bệnh nhân ung thư thực quản vẫn còn thấp nhưng phẫu thuật cắt thực quản vẫn là tiêu chuẩn điều trị cho sự lựa chọn đối với ung thư thực quản. Hiện nay, có 3 phương pháp được áp dụng phổ biến thực hiện cắt thực quản trong điều trị ung thư thực quản 1/3 dưới: Phẫu thuật Ivor – Levis: thực hiện cắt thực quản tạo hình dạ dày và thực hiện miệng nổi trong ngực. Phẫu thuật Akiyama thực hiện cắt thực quản và tái lập lưu thông tiêu hóa với 3 đường mổ. Phẫu thuật Orringer thực hiện phẫu tích mù và cắt thực quản qua khe hoành với 2 đường mổ [6], [8]

Mục tiêu chung của phẫu thuật ung thư là phải lấy bỏ u nguyên phát với bờ an toàn phù hợp [11]. Trong khi đó, thiên hướng chung của ung thư thực quản là tế bào ung thư và hạch lan tràn trong thành thực quản ở lớp dưới niêm mạc. Ung thư thực quản có xu hướng lan lên thực quản và xuống dạ dày. Vì vậy, để đảm bảo cắt hết tế bào ung thư, trước đây, người ta thường cắt cách bờ khối u đến 10cm [9]. Nhưng ngày nay, người ta nhận thấy chỉ cần cắt cách bờ u 4-5cm là đủ, với tỷ lệ dương tính về mặt vi thể rất thấp [3]. Vì vậy, trong ung thư thực quản

1/3 dưới, nếu u chưa lan rộng về phía dạ dày nhiều thì khả năng cắt toàn bộ thực quản ngực và thay thế bằng ống dạ dày đủ để đưa lên cổ để thực hiện miệng nổi.

Về mặt chỉ định phương pháp phẫu thuật đối với ung thư 1/3 dưới vẫn còn nhiều tranh cãi. Hiện nay, có 3 phương pháp chính có thể chỉ định trong điều trị phẫu thuật đối với ung thư 1/3 dưới thực quản: phẫu thuật Orringer, phẫu thuật Akiyama, phẫu thuật Ivor – Lewis. Mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm nhất định, việc lựa chọn phương pháp phụ thuộc vào nhiều yếu tố: giai đoạn bệnh, tình trạng bệnh nhân, cơ điều trị và kinh nghiệm phẫu thuật viên.

Trong nghiên cứu này: tỷ lệ tai biến trong mổ: 8,8%, biến chứng sau mổ : 16,1 và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 2,8%. Các kết quả này tương tự với kết quả các tác giả trong nước và trên thế giới [1], [2], [6], [8]. Một nghiên cứu so sánh giữa phương pháp cắt thực quản qua đường ngực và qua khe hoành năm 2003 của Jeffrey Rentz và cộng sự [4] với 562 trường hợp cắt thực quản qua đường ngực và 383 trường hợp cắt thực quản qua khe hoành, cho kết quả: tử vong trong 30 ngày là 9,96% so với 9,92%

($p=0,93$), viêm phổi 26% so với 18% ($p=0,007$) khác biệt có ý nghĩa thống kê, chảy máu cần phải chuyển máu là 2% so với 3% ($p=0,207$) khác biệt không có ý nghĩa thống kê và đi đến kết luận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh tại biến, biến chứng cũng như tỷ lệ tử vong trong 30 ngày của 2 nhóm. Rafe C Connors [10] và cộng sự nghiên cứu 17.395 bệnh nhân, trong đó 5.481 bệnh nhân cắt thực quản qua đường ngực và 11.914 bệnh cắt thực quản qua khe hoành cho kết quả: biến chứng chung 53,5% so với 49,3% ($p=0,011$), tỷ lệ tử vong 8,91% so với 8,47% ($p=0,642$), nhiễm trùng 7,2% so với 6,8% ($p=0,64$), biến chứng về phổi 32,1% so với 29,7% ($p=0,303$) và nghiên cứu cũng đi đến kết luận tương tự. Andrew C Chang và cộng sự [2] nghiên cứu trên 868 bệnh nhân, trong đó 643 bệnh cắt thực

quản qua đường ngực, 225 cắt thực quản qua khe hoành cho kết quả: tỷ lệ tử vong 13,1% so với 6,7% ($p=0,009$), thời gian sống thêm sau 5 năm 22,7% so với 30,5% ($p=0,02$).

Cỡ mẫu nghiên cứu này còn nhỏ nên chưa đánh giá đầy đủ các biến chứng cũng như thời gian theo dõi ngắn nên không thể đánh giá được thời gian sống thêm sau mổ để có kết luận lâu dài về mặt ung thư học.

V. KẾT LUẬN

Cắt thực quản ngực trong điều trị ung thư 1/3 dưới thực quản bước đầu cho thấy an toàn, hiệu quả. Đặc biệt đối với những bệnh nhân có bệnh lý phổi hợp. Tuy nhiên cần nghiên cứu dài hơn với số lượng lớn hơn để đánh giá kết quả về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hữu Thiện Chí, Lê Quang Nghĩa (2006), "Kết quả sớm của phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực trong điều trị ung thư tâm vị và 1/3 dưới thực quản", *Y học TP Hồ Chí Minh*, 10(3), tr. 16-23.
2. Andrew C Chang, Hong Ji, Nancy J Birkmeyer, Mark B Orringer and John D Birkmeyer (2008), "Outcomes after transhiatal and transthoracic esophagectomy for cancer", *Ann Thorac Surg*, 85, pp. 424-9.
3. Finley RJ, et al. (2002), "Adenocarcinoma of the esophagus and esophagogastric junction", *Esophageal Surgery*, 2nd ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone; pp.16-7.
4. Jeffrey Rentz et al (2003), "Transthoracic versus transhiatal esophagectomy: A prospective study of 945 patients", *The Journal of thoracic and Cardiovascular surgery*, 125, pp. 1114-20.
5. Mark B. Orringer, Becky Marshall, Mark D.Iannettoni (1999), "Transhiatal Esophagectomy: Clinical Experience and Refinements", *Annals of surgery*, 230(3), pp.392-403.
6. Lê Quang Nghĩa (2001), "Kết quả 22 năm điều trị phẫu thuật ung thư thực quản", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 5(2), tr. 15-22,
7. Ninh T. Nguyen et al (2000), "Comparison of Minimally Invasive Esophagectomy With Transthoracic and Transhiatal Esophagectomy", *Arch Surg*, 135, pp. 920-925.
8. Nguyễn Công Minh (2009), "Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa ung thực quản tại Bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện cấp cứu Trương Vương trong 10 năm", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13(6), tr. 214-222.
9. Orringer MB, Marshall B, Lannettoni (1999), Transhiatal esophagectomy: clinical experience and refinements, *Ann Surg*, 230, pp. 392-403.
10. Rafe C Connors, Brian C Reuben et al. (2007), "Comparing outcomes after transthoracic and transhiatal esophagectomy: A 5-year prospective cohort of 17,395 patients", *J Am Coll Surg*, 205, pp.735-740.
11. Skinner DB, Belsey RHR (1998), *Management of esophageal disease*, Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 1988, pp.757.