

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ (SINGLE PORT)

Phạm Như Hiệp¹, Hồ Hữu Thiện¹, Phạm Anh Vũ¹, Phan Hải Thanh¹,
Trần Sĩ Doãn Diễm¹, Nguyễn Thanh Xuân¹, Trần Nghiêêm Trung¹,
Phạm Trung Vĩ¹, Phạm Xuân Đông¹, Phạm Minh Đức¹, Mai Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi một lỗ trong điều trị ung thư trực tràng với kỹ thuật cắt trực tràng trước, trước thấp và phẫu thuật Miles.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu không đối chứng các bệnh nhân được phẫu thuật cắt trực tràng trước, trước thấp và phẫu thuật Miles bằng phẫu thuật nội soi một lỗ từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 6 năm 2016 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Hai bệnh nhân cắt trực tràng trước, chín bệnh nhân cắt trực tràng trước thấp và mười một bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật Miles với phẫu thuật nội soi một lỗ. Thời gian mổ trung bình 295 phút, lượng máu mất 72,4ml. Không có tử vong trong và sau mổ, không có tai biến trong mổ, không chuyển mổ mở hay đặt thêm trocar. Ba bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ ở hậu môn. Không có bệnh nhân nào tái phát tại chỗ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi một lỗ trong điều trị ung thư trực tràng là một kỹ thuật khả thi, an toàn, tuy vậy cần phải nghiên cứu với mẫu lớn hơn để có thể khẳng định chắc chắn, và cần theo dõi thời gian dài để đánh giá kết quả về mặt ung thư học.

Từ khóa: ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi một lỗ

ABSTRACT

TREATMENT OF RECTAL CANCER BY SINGLE PORT LAPAROSCOPY

Pham Nhu Hiep¹, Ho Huu Thien¹, Pham Anh Vu¹, Phan Hai Thanh¹,
Tran Si Doan Diem¹, Nguyen Thanh Xuan¹, Tran Nghiem Trung¹,
Pham Trung Vi¹, Pham Xuan Dong¹, Pham Minh Duc¹, Mai Trung Hieu¹

Objectives: To evaluate initial results of single-port laparoscopic surgery in anterior, low-anterior and abdominoperineal resections.

Subjects and methods: A non-controlled prospective study of patients operated with single-port laparoscopic surgery in anterior, low-anterior and abdominoperineal resections from January 2014 to June 2016 at Hue Central Hospital.

Results: There were two anterior resections, nine low-anterior resections and eleven abdominoperineal resections performed by single port laparoscopic technique. Mean operation time was 295 mins. Mean blood loss was 72.4ml. There were no intra- and post-operative mortality, no intra-operative complications, no conversion to open surgery or additional trocar placement. Three patients had infected anal wounds. There were no local recurrences.

Conclusions: Single-port laparoscopic surgery is a feasible and safe technique but a larger study with longer follow-up is required to better investigate cancerologic results.

Keywords: rectal cancer, single-port laparoscopic surgery

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): Hồ Hữu Thiện
- Email: thientrangduc@hotmail.com; ĐT: 0905130430

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hai thập kỷ qua có nhiều tiến bộ trong điều trị ung thư trực tràng. Cắt trực tràng bằng phẫu thuật nội soi được chứng minh bằng nhiều nghiên cứu lâm sàng có giá trị tin cậy cao trên thế giới, là phương pháp an toàn hơn so với mổ mở. Phẫu thuật nội soi có các ưu điểm so với mổ hở là ít đau, ít mất máu thời gian nằm viện ngắn và có giá trị thẩm mỹ cao hơn [4]. Kết quả về mặt ung thư học không có sự khác biệt so với mổ mở [12]. Tuy nhiên cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, các nhà ngoại khoa không ngừng đổi mới các phương pháp và dụng cụ để tiến hành các phẫu thuật với thâm nhập tối thiểu các phẫu thuật nội soi mới ra đời như phẫu thuật HYBRIT NOTES, NOTES, với cách tiếp cận đó phẫu thuật nội soi một lỗ được ứng dụng để phẫu thuật cắt trực tràng lần đầu tiên vào năm 2008 bởi Bucher và Remzi, cho đến nay nó đã được nhiều trung tâm trên thế giới ứng dụng [2], [10]. Tại Bệnh viện Trung ương Huế phẫu thuật nội soi một lỗ được ứng dụng cho cắt ruột thừa, túi mật và cắt đại tràng phải, trái vào năm 2012, và cắt trực tràng, cắt cụt trực tràng. Được thực hiện vào năm 2014 [1]. Nghiên cứu này chúng tôi thực hiện nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu cắt trực tràng trước, trước thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân u trực tràng T3NxMo
- Kích thước khối u < 5cm
- Không có tắc ruột hay bán tắc

Đối với phẫu thuật cắt cụt trực tràng do ung thư bằng phẫu thuật nội soi một lỗ.

- U trực tràng thấp dưới 2cm từ đường lược

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có thai
- Có di căn xa

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu

* Kỹ thuật mổ:

- Dụng cụ:

- + Cổng nội soi một lỗ của covidien
- + Optic 30°, 5,5mm, 50cm

+ Dụng cụ phẫu thuật cứng truyền thống nhưng có chiều dài khác nhau.

- Thực hiện:

- + Đối với cắt trực tràng trước và trước thấp:
- + Tư thế bệnh nhân và vị trí kẹp mô:

Bệnh nhân được đặt nằm trên bàn mổ chống trượt, tư thế sản khoa với hai đầu gối hạ thấp, hai tay song song với cơ thể. Màn hình nội soi đặt bên trái bệnh nhân, phẫu thuật viên và người phụ đứng bên phải bệnh nhân.

- + Đặt dụng cụ nội soi một lỗ:

Rạch da đường dọc ngang qua rốn khoảng 2-2,5cm, mở cân và mở phúc mạc tạo nên một lỗ vào ổ bụng duy nhất. Đặt dụng cụ nội soi một lỗ. Bơm hơi ổ phúc mạc từ 10- 15mmHg.

- + Giải phóng đại tràng trái:

. Bước đầu tiên sau khi đặt dụng cụ là thám sát các tạng trong ổ phúc mạc, sau đó bệnh nhân được đặt tư thế đầu thấp tối đa và nghiêng phải, phẫu thuật viên dùng kim gấp ruột kéo đại tràng sigma về phía bên phải, tay trái dùng dao điện hay dao siêu âm cắt lớp phúc mạc bao phủ bờ ngoài đại tràng sigma ở dọc đường trắng của mạc tolt.

. Đại tràng sigma được di động nâng lên. Bắt đầu phẫu tích phía trong của mạc treo đại tràng sigma và phẫu tích xuống dưới. Tiến hành xác định và bóc lộ động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và cắt đôi động và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới sát gốc. Tiếp tục di động đại tràng về phía góc lách, hạ đại tràng góc lách.

- + Cắt mạc treo trực tràng:

Giải phóng trực tràng bằng kéo hoặc dao siêu âm đi vào mặt phẳng giữa mạc treo trực tràng phía trước và đám rối trước xương cùng phía sau, đi xuống sâu nhất có thể. Tiếp tục phẫu tích theo mặt phẳng này xuống phía dưới cho đến ở vị trí túi cùng bàng quang trực tràng hoặc trực tràng âm đạo. Chú ý phúc mạc hai bên trực tràng được xé phải cách niệu quản 1cm về phía trong.

Điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật...

+ Cắt trực tràng:

Sau khi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và giải phóng hoàn toàn trực tràng, dùng Stapler cắt rời trực tràng ở đáy chậu.

+ Làm miệng nối:

Rút Port, đưa đầu trực tràng kèm u ra ngoài, cắt đoạn trực tràng kèm u, đặt đe và khâu vùng mép đại tràng, đưa lại đại tràng vào ổ bụng. Đặt lại Port, đưa máy khâu nối qua hậu môn và thực hiện khâu nối. Chúng tôi thường sử dụng máy khâu nối EEA 28 mm hoặc 31mm tùy đường kính của đại tràng.

+ Đối với cắt cụt trực tràng:

. Đặt cổng nội soi một lỗ ở hố chậu trái nơi dự định làm hậu môn nhân tạo.

. Tháo cổng một lỗ ra và kéo đại tràng Sigma ra ngoài. Cắt đôi đại tràng Sigma. Một phần mạc treo của đại tràng Sigma cũng được cắt. Một mũi chỉ chờ được đặt đầu gần đại tràng Sigma. Cả hai đầu được đưa vào ổ bụng. Đặt lại cổng một lỗ. Các bước tiếp theo được tiến hành như cắt trực tràng trước và trước thấp.

. Thì tăng sinh môn giống như mổ mở.

3.2. Kết quả phẫu thuật

. Đầu gần đại tràng Sigma được kéo ra ngoài để làm hậu môn nhân tạo.

+ Các thông số nghiên cứu:

Đặc điểm bệnh nhân, kích thước khối u, tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian có lại trung tiện, đau sau mổ, thời gian nằm viện và kết quả theo dõi sớm sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Trong thời gian từ tháng 3/2014 đến tháng 7/2016 chúng tôi thực hiện phẫu thuật 21 trường hợp ung thư trực tràng (1 trường hợp cắt trước, 9 trường hợp cắt trước thấp, 11 trường hợp cắt cụt trực tràng). Trong đó có 15 bệnh nhân nam và 6 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình $57,4 \pm 13,2$. Chỉ số khối trung bình $21,9 \pm 2,7 \text{ kg/m}^2$. Kích thước khối u trung bình $3,9 \pm 1,0 \text{ cm}$. 3 bệnh nhân có khối u xâm lấn cơ thắt được xạ trị liệu trình ngắn trước mổ. Về vị trí khối u có 1 khối u trực tràng cao, 9 u trực tràng trung gian, 11 u trực tràng thấp.

Bảng 1: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	N = 21
Thời gian mổ trung bình (phút)	250 (180 – 320)
Lượng máu mất (ml)	60 (50 -100)
Truyền máu trong mổ	0
Tai biến trong mổ	0
Tử vong trong mổ	0
Đặt thêm Troca	2
Chuyển mổ mở	0
Đặt dẫn lưu	11

Bảng 2: Theo dõi sau mổ

Đặc điểm	N=21
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	9,6 (7 -19)
Thời gian trung tiện trở lại (ngày)	2,3 (2 – 3)
Thời gian dùng giảm đau (ngày)	4,7 (4 – 8)
Biến chứng sau mổ	
-Dò miệng nối	0
-Chảy máu	0
-Tắc ruột sớm	0
-Rối loạn tiểu tiện	0
-Nhiễm trùng vết mổ	2

-Thoát vị	2
-Khác	0
Tái phát	
-3 tháng	0
-6 tháng	0
- 12 tháng	0

IV. BÀN LUẬN

Trong hơn hai thập kỷ qua phẫu thuật nội soi đã được chứng minh là một phẫu thuật an toàn và vẫn đảm bảo mặt ung thư học về phẫu thuật đại trực tràng và được ứng dụng rộng rãi trên thế giới [3]. Phẫu thuật nội soi một lỗ với nhiều ưu điểm hơn phẫu thuật nội soi truyền thống như ít điểm rạch da trên thành bụng, ít san chấn ổ phúc mạc, tính thẩm mỹ cao. Tuy vậy, với câu hỏi là phẫu thuật nội soi một cổng có khả thi không? Theo chúng tôi là khả thi và an toàn nếu được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật nội soi kinh nghiệm [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào chuyển mổ mở, chỉ hai trường hợp khối u lớn và khung chậu hẹp chúng tôi phải đặt thêm Troca ở hố chậu phải (cắt cắt trực tràng). Trong nghiên cứu của Kim H, có 6 trường hợp đều không có trường hợp nào chuyển mổ mở [5]. Nghiên cứu của Lauristen có một trường hợp thành công không phải chuyển mổ mở [7]. Tuy nhiên, những trường hợp này bệnh nhân đều được lựa chọn với BMI dưới 25 kg/m² (nghiên cứu của chúng tôi là 21,9) và khối u dưới 5 cm (nghiên cứu của chúng tôi là 3,9 cm).

Vấn đề thứ hai mà chúng ta cần thảo luận là phẫu thuật nội soi một lỗ trong cắt trực tràng có an toàn không? Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác không có tử vong trong mổ, không có tai biến trong mổ [2], [7], [9], [11].

Vấn đề quan trọng đối với phẫu thuật ung thư trực tràng là về mặt ung thư học. Theo chúng tôi phẫu thuật nội soi một lỗ hoàn toàn đáp ứng được trong nghiên cứu của chúng tôi với phẫu thuật cắt cắt trực tràng thì chiều dài bệnh phẩm là 27,6 ± 3,1 cm và 30 cm trong nghiên cứu của Lauristen [7]. Về bờ an toàn chu vi 12 mm của Lauristen, nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp đều lấy bỏ hết mạc treo trực tràng. Trong nhóm phẫu thuật của chúng

tôi với thời gian theo dõi là một năm thì không có trường hợp nào tái phát tại chỗ hay tử vong.

Về mặt kỹ thuật, phẫu thuật nội soi một lỗ phức tạp và khó khăn hơn nhiều so với phẫu thuật nội soi truyền thống. Điều đó thể hiện ở thời gian mổ kéo dài hơn 250 phút và với tác giả Kim là 317 phút. Các nguyên nhân gồm có: va chạm dụng cụ, khó khăn trong việc tiếp cận mặt trong của mạc treo đại tràng Sigma, khung chậu hẹp, dụng cụ hỗ trợ từ người phụ. Để khắc phục những khó khăn chúng tôi sử dụng dụng cụ có chiều dài khác nhau, optic 30°, đường kính 5 mm, chiều dài 50 cm (phần dưới). Cải biên của chúng tôi về cắt đôi đại tràng Sigma tại giai đoạn đầu của phẫu thuật cắt cắt trực tràng đã giúp việc tiếp cận mặt trong đại tràng Sigma được dễ dàng hơn.

Về mặt biến chứng sau mổ, các tác giả đều nhận định rằng dò miệng nối trong phẫu thuật tiêu hoá nói chung và trong phẫu thuật trực tràng nói riêng là biến chứng quan trọng vì nó gây ra hậu quả nặng nề, làm tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tái phát tại chỗ [6]. Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu chưa có trường hợp nào dò miệng nối trong cắt trực tràng trước và trước thấp. Chỉ gặp 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn và một trường hợp thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo. Tác giả Say Fune Kim gặp 6 trường hợp biến chứng sau mổ trong đó có 4 trường hợp phải làm hậu môn nhân tạo hồi tràng, súc rửa ổ bụng, làm lại miệng nối [11].

V. KẾT LUẬN

Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi một lỗ trong phẫu thuật trực tràng cho thấy đây là một phương pháp khả thi, an toàn. Tuy vậy, cần nghiên cứu trên số lượng lớn bệnh nhân để đánh giá chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Như Hiệp, Phạm Trung Vỹ, Lê Lộc, Lê Mạnh Hà, Bùi Đức Phú, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Trần Nghiêm Trung, Văn Tiến Nhân, Trần Sỹ Doãn Diễm, Phạm Xuân Đông, Mai Xuân Hiếu (2014), Phẫu thuật nội soi một lỗ ung thư đại tràng phải: Phân tích nguyên nhân mổ mở, *Tạp chí Y Dược học*, 22+23, tr.100-104.
2. Bucher P, Pugin F, Morel P. (2008), Single port access laparoscopic right hemicolectomy, *Int J Colorectal Dis*, 23, pp. 1013-16.
3. Ida Lolle, Steffen Rosenstock & Orhan Bulut. (2014), Single-port laparoscopic rectal surgery- a systematic review, *Dan Med J*, 61(7), pp.A4878.
4. Kang SB, Park JW, Jeong SY et al. (2010), Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short term outcomes of an open-label randomized controlled trial, *Lancet Oncol*, 11, pp.637- 647.
5. Kim Hyung-jin, Lee Sang-chull, Lee Yoon-suk, Cho Hyeon-min, Kim Jun-gi (2012), *Single-port Laparoscopic Abdomino-perineal Resection (Spls-Apr) Through the Colostomy Site Poster Presentations*, SAGE 2012.
6. L de Calan, B Gayet, P Bourlier, T Perniceni. (2004), Chirurgie du cancer du rectum par laparotomie et par laparoscopie, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 4, pp.40-630.
7. Lauritsen MI, Bulut O (2011), Single-port access laparo-scope abdominoperineal resection through the co-lostomy site: a case report, *Tech Coloproctol*. 2012 Apr;16(2):175-7. doi: 10.1007/s1015-011-0694-4. Epub 2011 Jun 11.
8. Marks JH, Frenkel JL, D'Andrea Ap, Greenleaf CE (2011), Maximizing rectal cancer results: TEM and TATA techniques to expand sphincter preservation, *Surg Oncol Clin N Am*, 20(3), pp. 501-20 viii-ix, doi:10.1016/j.soc.2011.01.08
9. Min Soo Cho, Byung Soh Min (2014), Robotic versus laparoscopic Single Port anterior resection for sigmoid colon cancer, *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons*, abstract archive, <http://www.sages.org/>.
10. Remzi FH, Kirat JH, Geisler DP (2008), Single-port laparoscopy in colorectal surgery, *Colorectal Dis*, 10, pp. 823- 826.
11. Say-June Kim, Byung-Jo Choi and Sang Chul Lee (2015), A novel single-port laparoscopic operation for colorectal cancer with transanal specimen extraction: a comparative study, *BMC Surgery*, 15:10. <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/15/10>.
12. Swank HA, Mulder IM, la Chapelle CF, Reitsma JB, Lange JF, Bemelman WA (2012), Systematic review of trocar-site hernia, *Br J Surg*, 99(3), pp.315-323.
13. Trastulli S, Cirocchi R, Listorti C et al. (2012), Laparoscopic vs open resection for rectal cancer: a meta-analysis of randomized clinical trials, *Colorectal Dis*, 14, pp. 277-296.