

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2 Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Đinh Văn Chiến¹, Đặng Đình Khoa¹, Nguyễn Văn Thủy¹, Phạm Văn Anh¹, Xồng Bá Dĩa¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.61.3

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 ở người cao tuổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, các bệnh nhân ≥ 60 tuổi, được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày và nạo vét hạch D2 từ 07/2016 đến 05/2020.

Kết quả: Có 35 bệnh nhân, tuổi trung bình 68,5. Tỷ lệ nam/nữ 2,9/1. 8,6% ung thư 1/3 trên dạ dày và 80% ung thư 1/3 giữa. Ung thư ở các giai đoạn IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB và IIIC là 5,7%, 17,1%, 34,3%, 14,3%, 5,7%, 17,1% và 5,7%. 100% phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2. 2,9% có tai biến nhẹ trong mổ và 5,8% biến chứng sau mổ, không có tử vong trong và sau mổ. Số hạch vét được trung bình 21,7 hạch, số hạch di căn trung bình 2,4 hạch, các hạch nhóm 1, 2, 3, 4 và 7 có tỷ lệ di căn cao. Thời gian phẫu thuật trung bình là 207,8 phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8,4 ngày. Thời gian sống thêm trung bình là 33,9 tháng.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 là an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày ở người cao tuổi. bệnh nhân ít đau, hồi phục sớm sau mổ, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày ở người cao tuổi.

ABSTRACT

OUTCOMES OF TOTALLY LAPAROSCOPIC TOTAL GASTRECTOMY FOR THE TREATMENT OF GASTRIC CANCER IN THE ELDERLY PATIENTS

Đinh Văn Chiến¹, Đặng Đình Khoa¹, Nguyễn Văn Thủy¹, Phạm Văn Anh¹, Xồng Bá Dĩa¹

Objective: The goal of this study is to evaluate the safe and effective outcomes of totally laparoscopic total gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer in elderly patients.

Materials and Methods: Describe the rescue study of 35 patients who underwent totally laparoscopic total gastrectomy for gastric cancers between July 2017 and May 2020.

Results: Mean age 68.5; gastric cancer at stage IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC were 5.7%, 17.1%, 34.3%, 14.3%, 5.7%, 17.1%, 5.7%. The average operating time was 207.8 mins; The average number of lymph node groups dissected was 21.7. 2.9% had complications intra-operative complication and 5.8% had complications post-operative complication. No postoperative deaths. The average length of postoperative hospital stay was 8.4 days. Overall survival time was 33.9 months.

Conclusions: Totally laparoscopic total gastrectomy is a safe and effective procedure for treatment of gastric cancer in elderly patients. The benefits of totally laparoscopic total gastrectomy include less postoperative pain and faster recovery time, reduce length of post-operative hospital stay.

Keywords: Totally laparoscopic total gastrectomy in elderly patients.

1. Bệnh viện Hữu Nghị Đa
Khoa Nghệ An

- Ngày nhận bài (Received): 12/4/2020; Ngày phản biện (Revised): 25/04/2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 29/05/2020
- Người phản hồi (Corresponding author): Đinh Văn Chiến
- Email: chienbvna@gmail.com; ĐT: 0963311668

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh phổ biến ở Việt Nam và phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất hiện nay [1]. Azagra là người đầu tiên trên thế giới tiến hành phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt toàn bộ dạ dày (TBDD) vào năm 1993 [2]. Tới nay phương pháp này đã được áp dụng rộng rãi trong điều trị ung thư dạ dày và đã khẳng định được nhiều ưu điểm của PTNS như sẹo mổ nhỏ, ít đau sau mổ, lượng máu mất ít, thời gian hồi phục sau mổ nhanh, các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ thấp và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh [3],[4].

PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 ở người cao tuổi (NCT) là một kỹ thuật khó, nhiều rủi ro nên việc áp dụng kỹ thuật này còn hạn chế ở nhiều cơ sở y tế.

Để có cách nhìn riêng biệt về PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 ở NCT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *“Đánh giá kết quả an toàn và hiệu quả của PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày ở NCT”*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 35 bệnh nhân ≥ 60 tuổi, được PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 ở NCT tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 07/2017 - 05/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

* **Lựa chọn bệnh nhân:** UTDD giai đoạn từ IA đến IIIC, tổn thương ở 1/2 trên dạ dày hoặc tổn thương có bờ cách tâm vị < 6 cm.

* **Chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, ASA, vị trí tổn thương, giải phẫu bệnh, giai đoạn.

- Kết quả phẫu thuật: chuyển mổ mở, vét hạch và di căn hạch, tai biến, mức độ đau, thời gian mổ,

trung tiện, rút thông dạ dày, cho ăn, nằm viện và biến chứng sau mổ.

- Kết quả xa: Thời gian sống thêm sau mổ.

* **Quy trình phẫu thuật:** Chúng tôi thực hiện các bước theo quy trình phẫu thuật như sau:

Bệnh nhân được nằm ngửa dạng hai chân, phẫu thuật viên đứng bên trái bệnh nhân.

Đặt trocar: Sử dụng 5 trocar, 1 trocar 10mm ở dưới rốn, 1 trocar 5mm ở MSP, 1 trocar 12mm ở MST và 2 trocar 5mm ở hạ sườn 2 bên.

Bước 1: Đánh giá tổn thương và khả năng cắt dạ dày

Bước 2: Cắt mạc nối lớn, cắt mạc nối vị tỷ vết hạch nhóm 4, 11d, 10 và 2

Bước 3: Nạo vét hạch nhóm 6, 14v, phẫu tích bó mạch vị mạc nối phải sát gốc

Bước 4: Nạo vét hạch nhóm 3, 5, 8a, 12a, thắt động mạch vị phải sát động mạch gan

Bước 5: Nạo vét hạch nhóm 7, 9, 11p, thắt tĩnh mạch vị trái và động mạch tận gốc

Bước 6: Cắt hết mạc nối nhỏ còn lại, vét hạch nhóm 1, bóc lộ và di động tâm vị thực quản

Bước 7: Nối thực quản hồng tràng theo phương pháp Functional end to end không cắt thực quản và hồng tràng trước, nối lại chân hồng tràng tận-bên bằng Linear Staplers.

Bước 8: Cắt, đóng mồm tá tràng bằng Linear Stapler dưới môn vị 1-1,5cm

Bước 9: Bơm rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách.

Bước 10: Lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar 12 ở MST, và đóng lại các lỗ trocar.

2.3 Xử lý số liệu: số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 07/2017 - 05/2020, có 35 bệnh nhân, tuổi trung bình $68,5 \pm 6,4$ tuổi (60 – 88), tỷ lệ nam/nữ 2.9/1 và kích thước tổn thương trung bình là $4,4 \pm 2,0$ cm.

Bảng 1: Đặc điểm chung

ASA	ASA1	26 (74,3%)
	ASA2	5 (14,3%)
	ASA3	4 (11,4%)
Vị trí ung thư dạ dày	1/3 trên	3 (8,6%)
	1/3 giữa	28 (80,0%)
	Thể loét thâm nhiễm	4 (11,4%)
Giải phẫu bệnh	UTBM tuyến ống, nhú	30 (85,7%)
	UTBM tuyến nhầy	2 (5,7%)
	UTBM tế bào nhẵn	3 (8,6%)
Mức độ biệt hóa	Biệt hóa cao	1 (2,9%)
	Biệt hóa vừa	15 (42,9%)
	Kém, không biệt hóa	19 (54,3%)

Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA1 (74,3%). 8,6% ung thư 1/3 trên dạ dày và 80% là 1/3 giữa. 85,7% ung thư tuyến nhú và ống và 54,3% thể kém hoặc không biệt hóa.

Bảng 2: Những tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ.

Tai biến và biến chứng	N	%
Tổn thương lách trong mổ	1	2,9
Tổn thương khác trong mổ	0	0,0
Viêm phổi	1	2,9
Áp xe tồn dư sau mổ	1	2,9
Rò tiêu hóa sau mổ	0	0,0

100% PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2. 2,9% trường hợp có tai biến nhẹ trong mổ và được xử lý đốt điện cầm máu trong mổ nội soi, 02 (5,8%) trường hợp có biến chứng sau mổ, tất cả đều điều trị nội khoa ổn định. Không có tử vong trong và sau mổ.

Bảng 3: Phân bố theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh theo TNM	N	%
IA (T1N0)	2	5,7
IB (T1N1, T2N0)	6	17,1
IIA (T1N2, T2N1, T3N0)	12	34,3
IIB (T1N3, T2N2, T3N1, T4aN0)	5	14,3
IIIA (T2N3, T3N2, T4aN1)	2	5,7
IIIB (T3N3, T4aN2, T4bN0, T4bN1)	6	17,1
IIIC (T4aN3, T4bN2, T4bN3)	2	5,7
IV (Tbất kỳ, Nbất kỳ, M1)	0	0,0

Các nhóm hạch có tỷ lệ di căn cao là hạch nhóm 1(40%), nhóm 2(14,3%), nhóm 3(25,7%), nhóm 4(22,9%) và nhóm 7(11,4%). Số hạch vét được trung bình $21,7 \pm 7,4$ hạch. Số hạch di căn trung bình $2,4 \pm 3,9$ hạch. 40% đã có di căn hạch và chủ yếu di căn hạch chặng N1 (11,4%). N2 (11,4%), N3a (17,1%). 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư. Ung thư ở giai đoạn IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB và IIIC là 5,7%, 17,1%, 34,3%, 14,3%, 5,7%, 17,1% và 5,7%.

Bảng 4: Kết quả sau mổ.

Thời gian	Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
Phẫu thuật (phút)	207,8 ± 27,4	160	300
Rút thông dạ dày sau mổ (giờ)	39,3 ± 35,1	0	148
Trung tiện sau mổ (giờ)	51,6 ± 14,8	24	96
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	3,6 ± 1,3	2	7
Thời gian cho ăn sau mổ (ngày)	4,5 ± 1,3	2	6
Nằm viện sau mổ (ngày)	8,4 ± 2,7	6	15
Thời gian sống thêm sau mổ (tháng)	33,9 ± 1,1	31,8	36,0

Nghiên cứu về mức độ đau sau mổ, chúng tôi thấy 65,7% đau ít, 31,4% đau vừa, không có trường hợp nào rất đau. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 33,9 ± 1,1 tháng, từ 31,8 tháng đến 36,0 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Theo phân loại lứa tuổi của WHO, người cao tuổi là người từ 60 tuổi trở lên, nghiên cứu chúng tôi có tuổi trung bình là 68,5 ± 6,4 tuổi, theo các tác giả tuổi mắc UTDD ở các nước như Nhật Bản là 62,7 - 64,8 tuổi và Châu Âu và Mỹ là 63,6 - 73 tuổi [4], Hàn Quốc và Trung Quốc là 54,6 - 57,6 tuổi [5]. Chúng tôi chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho những trường hợp UTDD vùng tâm vị, thân vị, UTDD thể loét thâm nhiễm và những trường hợp mà tổn thương bờ ung thư cách tâm vị dưới 6cm để đảm bảo hết tổ chức ung thư. Khoảng cách này trong nghiên cứu của Cristiano [4] là 6,9 ± 0,8 cm (ngắn nhất là 6 cm, dài nhất là 8 cm). Khoảng cách từ bờ trên của thương tổn đến bờ mặt cắt trên đóng vai trò quan trọng trong PTNS cắt dạ dày. Để phòng ngừa tái phát tại miệng nối, các khuyến cáo mới nhất của Hiệp hội UTDD của Nhật Bản và Mỹ đều cho rằng khoảng cách này ít nhất là 5 cm. Chúng tôi thực hiện đường cắt thực quản trên tâm vị 2 - 3 cm, cắt tá tràng ngay phía dưới môn vị khoảng cách 1,5 - 2 cm. Kết quả nghiên cứu có 8,6% ung thư ở 1/3 trên, 80,0% ở 1/3 giữa và 11,4% thể loét thâm nhiễm. 100% diện cắt trên và dưới trong nghiên cứu không còn tế bào ung thư.

Kỹ thuật cắt TBDD và phục hồi lưu thông tiêu hóa: 100% trường hợp được PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở do tai biến. Nối thực quản hồng tràng theo kiểu Roux làm miệng nối theo phương

pháp Functional end to end bằng Linear staplers (2-3 Echelon Stapler 60B) [6]. Chúng tôi nhận thấy khâu nối qua PTNS hoàn toàn có nhiều ưu điểm hơn so với khâu nối trong PTNS hỗ trợ hoặc mổ mở như phẫu trường rộng, thao tác của phẫu thuật viên dễ dàng, vết mổ nhỏ nên bệnh nhân ít đau hơn và không có trường hợp nào có biến chứng rò tiêu hóa hay hẹp miệng nối sau mổ. Áp dụng phương thức nạo vét hạch D2 trong phẫu thuật cắt TBDD của Hiệp hội nghiên cứu UTDD Nhật Bản năm 2011 [7]. Số hạch vét được trung bình 21,7 ± 7,4 (12 - 44) hạch. Số hạch di căn trung bình 2,4 ± 3,9 (0 - 13) hạch. Các nhóm hạch có tỷ lệ di căn cao là hạch nhóm 1 (40%), nhóm 2 (14,3%), nhóm 3 (25,7%), nhóm 4 (22,9%) và nhóm 7 (11,4%). Không thấy di căn hạch nhóm 10, nhóm 11, nhóm 12a và nhóm 14v. Số hạch nạo vét được ở các tác giả phương Tây và Mỹ thấp hơn, từ 18 - 30,3 hạch [6],[8]. 40% đã có di căn hạch và chủ yếu di căn hạch chặng N1 (11,4%). N2 (11,4%), N3a (17,1%), không có N3b. Nạo vét hạch D2 trong PTNS hoàn toàn cắt TBDD điều trị UTDD là hoàn toàn thực hiện được nhưng phải ở các cơ sở y tế có trang thiết bị đầy đủ và có đội ngũ phẫu thuật viên được đào tạo về PTNS dạ dày. Nghiên cứu chúng tôi gắp ung thư ở các giai đoạn như sau IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB và IIIC là 5,7%, 17,1%, 34,3%, 14,3%, 5,7%, 17,1% và 5,7%.

Tai biến trong mổ: có 01 (2,9%) trường hợp tổn thương lách trong lúc vét hạch nhóm 10 gây chảy máu, cầm máu bằng đốt điện trong thì mổ nội soi,

Bệnh viện Trung ương Huế

không có bệnh nhân nào có tai biến khác hoặc tử vong trong mổ. Tỷ lệ tai biến trong mổ của các tác giả trên thế giới từ 0,9-7,4% [3],[9].

Biến chứng sau mổ: có 01 (2,9%) trường hợp áp xe tồn dư dưới gan trái, sau mổ 5 ngày bệnh nhân có biểu hiện sốt, tiến hành siêu âm ổ bụng phát hiện có ổ tụ dịch dưới gan trái kích thước 3 x 4 x 2cm. Tiến hành chọc hút dịch mủ dưới hướng dẫn siêu âm được khoảng 100ml, sau chọc hút điều trị nội khoa ổn định và bệnh nhân ra viện ngày thứ 13 sau mổ. 01 (2,9%) trường hợp bị viêm phổi sau mổ ngày thứ 4 đã tiến hành điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ 10. Không có tử vong sau mổ. Tỷ lệ biến chứng của các tác giả phương Tây và Mỹ từ 21 – 26% [4],[8].

Nghiên cứu về mức độ đau sau mổ: 65,7% đau ít, 31,4% đau vừa, không có trường hợp nào rất đau. Chúng tôi ghi nhận hầu như các bệnh nhân sau PTNS đều cảm giác dễ chịu và nguyện vọng dùng thuốc giảm đau ít hơn và sự phục hồi vận động nhanh hơn.

Thời gian phẫu thuật trung bình $207,8 \pm 27,4$ phút, những ca đầu thời gian mổ còn dài, 300 phút, về sau thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngày càng được rút ngắn hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác [9]. Thời gian trung

tiện sau mổ trung bình $51,6 \pm 14,8$ giờ, Noshiro (67.2 giờ) [10]. Thời gian nằm viện trung bình $8,4 \pm 2,7$ ngày, kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [11]. Thời gian rút ống thông dạ dày trung bình $39,3 \pm 35,1$ giờ và rút dẫn lưu ổ bụng trung bình $3,6 \pm 1,3$ ngày. Lưu thông mũi dạ dày là vấn đề làm cho người bệnh rất khó chịu và làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống qua nghiên cứu chúng tôi thấy không có chảy máu miệng nổi hay rò tiêu hóa khi khâu nối lưu thông tiêu hóa bằng Stapler, vì vậy không cần thiết phải lưu thông mũi dạ dày sau mổ, kết quả nghiên cứu có 12 (34,3%) trường hợp không lưu thông mũi dạ dày, tất cả đều không có biến chứng về miệng nổi. Thời gian cho ăn trung bình sau mổ $4,5 \pm 1,3$ ngày. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $33,9 \pm 1,1$ tháng, từ 31,8 đến 36 tháng. Thời gian sống thêm sau mổ 13 tháng 95,4%, Chen [11] sống thêm sau mổ 12 tháng 91,5%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 35 bệnh nhân chúng tôi thấy PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày ở NCT, bệnh nhân đau ít, hồi phục vận động sớm, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp và thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F Bray, Ferlay J, Soerjomataram I, et al (2018). “Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries”. *CA CANCER J CLIN*, 68: 394 - 424.
2. Azagra JS, Groergen M, Gilbert E, Alonso J, Centerik M (2001): “Laparoscopy assisted total gastrectomy with extended D2 lymphadenectomy for cancer: Technical aspect”. *Le Jour Coelio- Chir*, 40: 79 - 83.
3. Muneharu. F, Toshihiko. S (2015) “Laparoscopic gastrectomy for gastric cancer in the elderly patients. *Surg Endosc* (<https://doi.org/10.1007/s00464-015-4340-5>).
4. Cristiano GS, Mingoli A, Sgarzini G et al (2005). “Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five-year results of a randomized prospective trial”. *Ann Surg*, 241 (2), pp. 232 - 237.
5. Kim HH, Han SU, Kim MC et al (2014). “Long-term results of laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: a large-scale case-control and case-matched korean multicenter study”. *J Clin Oncol*, 32(7), pp. 627 - 633.
6. Hironori Tsujimoto, Ichiro U, Yoshihisa Y, Isao K, Risa T, Yusuke M (2012), “Outcome of Overlap anastomosis using a linear ar stapler after laparoscopic total and proximal gastrectomy”, *Langenbecks Arch Surg* 379: 833 - 840.
7. Japanese Gastric Cancer Association (2011). “Japanese classification of gastric carcinoma -

- 3rd english edition". *Gastric Cancer*, 14, pp. 101 - 112.
8. Strong VE, Devaud N (2009). "Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for adenocarcinoma: a case - control study". *Ann Surg Oncol*, 16, pp. 1507 - 1513.
 9. Kitano S, Shiraishi N (2007). "A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in japan". *Ann Surg*, 245(1), pp. 68 - 72.
 10. Noshiro H (2005), "Laparoscopically assisted distal gastrectomy with standard radical lymph node dissection for gastric cancer", *Surg Endosc*, 19: pp. 1992 - 1996.
 11. Chen K, Mou YP, Xu XW et al (2014). "Short-term surgical and long-term survival outcomes after laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer". *BMC Gastroenterol*, 14, pp. 41 - 48.