

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY VẾT HẠCH D2 NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Phạm Như Hiệp¹, Hồ Hữu Thiện¹, Phạm Anh Vũ², Phan Hải Thanh¹,
Trần Sĩ Doãn¹, Nguyễn Thanh Xuân¹, Văn Tiến Nhân¹, Trần Nghiêp Trung¹,
Phạm Trung Vỹ¹, Phạm Xuân Đông¹, Mai Trung Hiếu¹, Phạm Minh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, an toàn và một số yếu tố ảnh hưởng tới kỹ thuật cũng như kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vết hạch D2.

Đối tượng: Nghiên cứu trên 76 bệnh nhân ung thư dạ dày được cắt dạ dày nội soi vết hạch D2 tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2013 đến 9/2015.

Kết quả: Tuổi trung bình 55,6 tuổi, trong đó cắt toàn bộ dạ dày có 16 bệnh nhân chiếm (21,05%), cắt 2/3 và 3/4 là 60 bệnh nhân chiếm (59,05%). Thời gian phẫu thuật trung bình 210 phút, số hạch vét được trung bình là 18,3 đường mở bụng trung bình là 5,5cm. Có 12 bệnh nhân chuyển phẫu thuật mở. Có 1 bệnh nhân bực mồm tá tràng chiếm (1,31%), nhiễm trùng vết mổ có 4 bệnh nhân chiếm (5,26%). Thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ngày. Theo dõi sau 3 năm tỷ lệ sống là 61,84%.

Kết luận: Phẫu thuật cắt dạ dày vết hạch D2 nội soi trong điều trị ung thư dạ dày là an toàn, khả thi, với nhiều ưu điểm của phẫu thuật nội soi nhưng vẫn đảm bảo nguyên tắc an toàn về ung thư học.

Từ khóa: Cắt dạ dày nội soi, ung thư dạ dày.

ABSTRACT

EVALUATE THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY IN GASTRIC CARCINOMA TREATMENT

Pham Nhu Hiep¹, Ho Huu Thien¹, Pham Anh Vu², Phan Hai Thanh¹,
Tran Si Doan Diem¹, Nguyen Thanh Xuan¹, Van Tien Nhan¹, Tran Nghiem Trung¹,
Pham Trung Vy¹, Pham Xuan Dong¹, Mai Trung Hieu¹, Pham Minh Duc²

Objectives: Evaluation of feasibility, safety and early results of laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy in gastric carcinoma treatment.

Subjectives: In 76 patients with gastric carcinoma were performed laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy at Hue Central Hospital from 1/2013 to 9/2015.

Results: The average age was 55.6 years old. There were 16 patients (21.05%) underwent total laparoscopic gastrectomy, 60 patients (59.05%) which underwent subtotal laparoscopic gastrectomy. The average operative time was 210 minutes, the average number of lymph node resection was 18.3, the average length of incision was 5.5 cm. There were 12 patients transferred to open gastrectomy. 1 patient which duodenal stump fistula (1.31%). There were 4 patients incision infection (5.26%). The average length of hospital stay was 9.4 days. The survival rate after 3 years was 61.84%.

Conclusion: Laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy in gastric carcinoma treatment was safe and feasible with many advantages of laparoscopic surgery also ensure the safety principles of oncology.

Key words: Laparoscopic gastrectomy, gastric carcinoma.

1. Bệnh viện TW Huế
2. ĐH Y Dược Huế

- Ngày nhận bài (Received): 21/11/2015; Ngày phản biện (Revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Lê Lộc
- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Như Hiệp
- Email: nuhieppham@yahoo.com.vn; ĐT: 09035800046

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh lý thường gặp nhất trong các bệnh ung thư đường tiêu hoá. Phương pháp điều trị chủ yếu đối với bệnh nhân ung thư dạ dày vẫn là phẫu thuật.

Phẫu thuật nội soi là cuộc cách mạng đối với các bệnh như ruột thừa viêm, sỏi túi mật... và đã được chấp nhận trên toàn thế giới. Sau thành công cắt dạ dày nội soi cho bệnh nhân ung thư dạ dày sớm được thực hiện bởi Kitano S năm 1991 [10], loại phẫu thuật này đã nhanh chóng phát triển ở Nhật Bản và các nước Châu Á. Cắt dạ dày nội soi kèm vét hạch D₂ được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư dạ dày tiến triển ở Nhật Bản, các tác giả Nhật Bản cũng đã chứng minh tính khả thi và ưu điểm của vét hạch D₂ bằng phẫu thuật nội soi [9]. Tại Việt Nam cắt dạ dày vét hạch D₂ nội soi đã thực hiện ở các trung tâm lớn, như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung Ương Huế và Bệnh viện Chợ Rẫy [1], [2], [3], [4], [5], [6].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 76 bệnh nhân được cắt dạ dày vét hạch D₂ nội soi trong vòng ba năm từ tháng 1/2013 đến tháng 9/2015.

Mục tiêu:

1. Phân tích một số đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật nội soi trong bệnh lý này cũng như tính khả thi và mức độ an toàn.
2. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D₂.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

76 bệnh nhân ung thư dạ dày được cắt dạ dày nội soi vét hạch D₂ tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2013 đến tháng 9/2015.

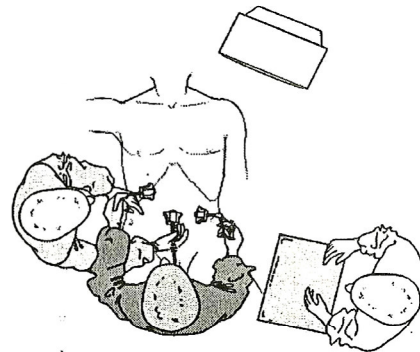
Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày qua nội soi sinh thiết, không có di căn xa trên CT scan và X-quang phổi và có ASA 1-3.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc

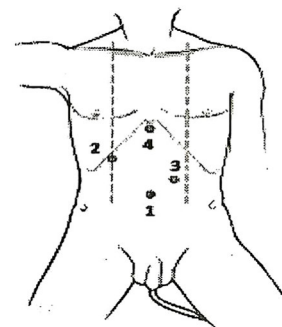
Kỹ thuật tiến hành

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao, dạng hai chân. Phẫu thuật viên đứng ở giữa hai chân bệnh nhân. Chúng tôi sử dụng 4 trocar trong đó 1 trocar ca 10mm ở rốn, 1 trocar ca 10mm ở hạ sườn trái đường nách trước, 1 trocar ca 5mm ở đường trắng giữa và 1 trocar ca 5mm ở hạ sườn phải. Sau khi đặt trocar xong, chúng tôi tiến hành quan sát và đánh giá thương tổn của các tạng trong ổ phúc mạc.



Hình 1: Vị trí của ê kíp phẫu thuật

Chúng tôi thực hiện vét hạch theo hướng dẫn hội ung thư Nhật Bản [8]. Phẫu tích lấy toàn bộ mạc nối lớn bắt đầu từ giữa đi sang góc lách, sau đó phẫu tích sang phải tận đến góc gan. Thất động tĩnh mạch vị mạc nối phải cùng với vét hạch nhóm 6. Tiếp theo lấy hạch vùng cuống gan, thất động mạch vị phải cùng với vét hạch nhóm 5 và nhóm 12. Tiếp đến thất động tĩnh mạch vị trái tận gốc kèm với vét hạch nhóm 9,10,11. Phẫu tích theo cột trụ phải cơ hoành vét hạch nhóm 1 và 3. Cuối cùng chúng tôi đóng mồm tá tràng bằng GIA 60mm. Kết thúc thì nội soi chuyển mở mở đường nhỏ 4-7cm ngay đường giữa trên rốn cắt dạ dày kèm u sau đó nối vị tràng theo kiểu Polya, hay Roux en Y.



Hình 2: Vị trí đặt các trocar.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* Tuổi và giới

Tuổi nhỏ nhất 27 và lớn nhất là 81 tuổi, tuổi trung bình là 55,6

* Đánh giá trong và sau mổ

Bảng 3.1: Tỷ lệ mổ nội soi và mổ mở

Phương pháp	n	%
Nội soi	64	84,21
Mổ mở	12	15,79
Tổng	76	100

84,21% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi và 15,79% chuyển mổ mở.

Bảng 3.2: Đặc điểm kỹ thuật mổ nội soi

Đặc điểm	Ít nhất	Nhiều nhất	Trung bình
Thời gian mổ (phút)	150	270	210
Lượng máu mất (ml)	60	120	85,6
Số hạch vét được	10	28	18,3
Kích thước đường mổ bụng (cm)	5	7	5,5

Thời gian mổ ngắn nhất là 150 phút trên bệnh nhân u ở giai đoạn T1. Lượng máu mất không đáng kể, kích thước đường mổ ngắn nhất là 5cm cho những bệnh nhân cắt bán phần dạ dày và dài nhất 7cm đối với những trường hợp cắt toàn bộ dạ dày

Bảng 3.3: Phương pháp mổ và tái lập lưu thông tiêu hoá

	n	%
Phương pháp mổ		
- cắt 2/3 và 3/4 dạ dày	60	78,95
- cắt toàn bộ dạ dày	16	21,05
Phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá		
- Polya	60	78,95
- Roux en y	16	21,05

Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tái lập lưu thông tiêu hoá chủ yếu theo kiểu Polya, chỉ những trường hợp cắt toàn bộ dạ dày mới thực hiện theo phương pháp Roux en y.

Bảng 3.4: Phân loại ung thư

Giai đoạn	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV
n	2	18	18	19	7	12
%	2,63	23,68	23,68	25	9,21	15,78

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân phát hiện sớm (IA) và phần lớn gặp ở giai đoạn muộn.

Bảng 3.5: Biến chứng trong và sau mổ

Tai biến và biến chứng	n	%
Tổn thương các tạng	0	0
Tử vong	0	0
Chảy máu	2	2,63
Nhiễm trùng vết mổ	4	5,26
Áp xe tồn dư	0	0
Bục mòm tá tràng	1	1,31
Xì miếng nối	0	0

Không có trường hợp nào tử vong, chỉ có một trường hợp bục mòm tá tràng chiếm tỷ lệ 1,31%

Bảng 3.6: Theo dõi sau mổ

Đặc điểm	Ngắn nhất (ngày)	Dài nhất (ngày)	Trung bình (ngày)
Trung tiện	2	4	3,5
Vận động đi lại	2	5	4,2
Thời gian nằm viện	8	17	9,4

Bảng 3.7: Thời gian sống sau mổ

Thời gian (năm)	n	%
1	76	100
2	52	68,42
3	47	61,84

IV. BÀN LUẬN

Với 76 bệnh nhân ung thư dạ dày được chỉ định cắt dạ dày nội soi vét hạch D₂ (có 12 trường hợp chuyển mổ mở), không có trường hợp tử vong, không có tai biến trong mổ nghiêm trọng và chỉ có một trường hợp dò mồm tá tràng phải mổ lại. Chúng ta thấy rằng trong nghiên cứu này phẫu thuật cắt dạ dày nội soi vét hạch D₂ trong điều trị ung thư dạ dày là an toàn và khả thi.

Mặc dù bệnh nhân được lựa chọn trước phẫu thuật nhưng các đặc điểm chung trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu khác. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 55,6 tuổi nhỏ nhất là 27 tuổi và lớn nhất là 81 tuổi, nghiên cứu của Phạm Đức Huân tuổi trung bình là 56,62 tuổi, của Đỗ Minh Hùng là 55,1 tuổi, của Văn Tần là 56,02 tuổi [4], [5], [7].

Sau thành công cắt dạ dày nội soi cho bệnh nhân ung thư dạ dày được thực hiện bởi Kitano S vào năm 1991 [10], loại phẫu thuật này được phát triển nhanh do có nhiều tính ưu việt. Cắt dạ dày nội soi vét hạch D₂ được các tác giả Nhật Bản chứng minh là khả thi và an toàn [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 trường hợp chuyển mổ mở, do trong điều kiện chúng tôi không có các phương tiện chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh cũng như mức độ xâm lấn của khối u trước mổ, mặc dù chúng tôi đều cho chụp CT Scan tất cả các bệnh nhân trước mổ, nhưng sau khi đặt dụng cụ nội soi và tiến hành phẫu tích gặp khó khăn và nguy cơ tổn thương các tạng khác lớn chúng tôi quyết định chuyển sang phẫu thuật mở. Theo khuyến cáo của JGCA cắt dạ dày nội soi vét hạch được chỉ định dựa vào mức độ xâm lấn thành và di căn hạch trong ung thư dạ dày. Cắt dạ dày nội soi vét hạch D₂ được chỉ định với các trường hợp

ung thư xâm lấn dưới niêm mạc, kích thước u > 2cm và di căn hạch [9]. Như vậy chỉ định trong nghiên cứu của chúng tôi cũng giống so với khuyến cáo của JGCA, có 2,63% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn Ia chúng tôi chỉ cắt dạ dày vét hạch D₁.

Trong điều trị ung thư dạ dày, ngoài phẫu thuật cắt bỏ dạ dày kèm u, yếu tố quan trọng giúp cho đánh giá giai đoạn và tiên lượng bệnh là vét hạch [1], [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng hạch vét được trung bình là 18,3, số lượng hạch chúng tôi vét được tương đương các tác giả trong nước như của Trịnh Hồng Sơn là 17,05 hạch, Nguyễn Hoàng Bắc là 19,6 hạch, Văn Tần là 15 hạch [1], [6], [7]. Tuy nhiên số lượng hạch chúng tôi vét được thấp hơn các tác giả nước ngoài như của Zhao Y và cộng sự nghiên cứu trong 321 trường hợp cắt dạ dày số lượng hạch vét được là 33,2 hạch và Puglies là 31 [14], [12]. Mặc dù vậy trong nghiên cứu của chúng tôi không có các biến chứng quan trọng nào xảy ra do quá trình vét hạch.

Trong các nghiên cứu, việc vét hạch qua nội soi làm kéo dài thời gian mổ hơn so với mổ mở [15]. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 210 phút. Thời gian mổ của chúng tôi so với các tác giả trong và ngoài nước gần như không có sự khác biệt, Nguyễn Hoàng Bắc là 226 phút, Triệu Triều Dương là 264 phút, Đỗ Minh Hùng là 282 phút và Zhao là 210 phút [1], [2], [4], [14]. Lượng máu mất trong nghiên cứu của chúng tôi là 85,6ml, nghiên cứu của Đỗ Minh Hùng là 85,1ml và của Văn Tần là 93,6 ml [5], [7], như vậy so với kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt. Các tác giả đều cho rằng thời gian phẫu thuật dài hay ngắn còn tùy thuộc vào BMI của bệnh nhân. Những bệnh nhân có thể trạng béo BMI > 23 thời gian phẫu thuật kéo dài hơn [5], [10]. Cũng tương tự thời gian phẫu thuật, lượng máu mất tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, đường cong học tập cũng như các phương tiện hỗ trợ như dao siêu âm, dao hàn mạch [5].

Về biến chứng trong và sau phẫu thuật chúng tôi có 1 trường hợp dò mồm tá tràng chiếm tỷ lệ 1,31%, so với kết quả của Bo tỷ lệ dò mồm tá tràng là 2,3% [8]. Trường hợp này do thể trạng bệnh nhân suy kiệt,

Bệnh viện Trung ương Huế

mặc dù đã được chúng tôi điều trị nâng cao thể trạng trước phẫu thuật. Tuy vậy, sau khi chúng tôi phát hiện và xử trí bằng phẫu thuật lại dẫn lưu u mòm tá tràng và nâng cao thể trạng bù nước điện giải bệnh nhân ổn định và xuất viện. Ngoài ra chúng tôi còn gặp 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 5,26%. Nhiễm trùng vết mổ do quá trình che chắn trong khi làm miệng nổi không cẩn thận vì vậy cần phải bảo vệ vết mổ tốt và sát trùng lại kỹ trước khi chuyển sang thì mổ mở. Có 2 trường hợp chảy máu do bệnh nhân cao huyết áp, sau khi chúng tôi khống chế huyết áp ổn định thì tình trạng chảy máu cũng ổn và không cần truyền máu. Trong nghiên cứu của Bo tỷ lệ chảy máu phải chuyển phẫu thuật hở là 5% [8]. Quá trình tái lập lưu thông tiêu hoá trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi thực hiện miệng nổi theo kiểu Polya cho những bệnh nhân được cắt 3/4 và 2/3 dạ dày, còn những bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày chúng tôi thực hiện miệng nổi theo kiểu Roux en Y. Điều này hoàn toàn phù hợp sinh lý và cũng giống như các nghiên cứu của các tác giả khác [1], [7], [13].

Theo dõi sau phẫu thuật thời gian trung tiện trung bình là 3,5 ngày, kết quả này tương đương với Đỗ Minh Hùng 3,2 ngày và Noshiro là 2,8 ngày [5], [11]. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,4 ngày tương đương với Triệu Triều Dương là 9,4 ngày và Văn Tần là 9,36 ngày [2], [7]. Thời gian sống sau phẫu thuật của chúng tôi sau 2 năm là 68,42% và sau 3 năm là 61,84%, so với kết quả của Lê Mạnh Hà sau 2 năm là 58,16, Phạm Đức Huân sau hai năm là 71,7% và sau 3 năm là 65,8% [3], [4]. Như vậy kết quả của chúng tôi tương đương với các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 nội soi trong điều trị ung thư dạ dày là an toàn, khả thi, với nhiều ưu điểm của phẫu thuật nội soi như có tính thẩm mỹ cao, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, nhưng vẫn đảm bảo nguyên tắc an toàn về ung thư học. Tuy nhiên phẫu thuật này cần được thực hiện ở các cơ sở có trang thiết bị tốt và có đội ngũ phẫu thuật viên nội soi kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự (2010), “Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo vét hạch”, Tóm tắt báo cáo hội nghị Nội soi Châu Á Thái Bình Dương: tr 94.
2. Triệu Triều Dương (2008), “Nghiên cứu cắt dạ dày, vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện 108”, Y học TP Hồ Chí Minh số 12: tr 204 – tr 208.
3. Lê Mạnh Hà (2007), “Nghiên cứu phẫu thuật cắt đoạn dạ dày và vét hạch chặn 2, chặn 3 trong điều trị ung thư dạ dày”, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
4. Phạm Đức Huân, Trịnh Văn Sơn và cộng sự (2012), “Kết quả phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nạo vét hạch D2 nội soi”, Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam số 1: tr29 – tr33.
5. Đỗ Minh Hùng, Dương Bá Lập, Phan Thanh Tuấn, Ngô Trần Minh Khôi, Vũ Ngọc Anh Tuấn (2012), “Phẫu thuật cắt dạ dày bán phần với nội soi hỗ trợ điều trị ung thư dạ dày tiến triển”, Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam số 1: tr53 – tr59.
6. Trịnh Hồng Sơn (2010), “Cắt dạ dày nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại khoa tiêu hoá Bệnh viện Việt Đức”, Tóm tắt báo cáo hội nghị Nội soi Châu Á - Thái Bình Dương: tr119.
7. Văn Tần, Trần Vĩnh Hưng, Dương Thanh Hải (2015), “Nghiên cứu đối chứng cắt dạ dày nội soi và mổ mở từ 2010 đến 2014”, Tạp chí Y học lâm sàng số 29: tr244 – tr250.
8. Bo T, Zhihong P, Peiwu Y, Fang Q, Ziqiang W, Yan S, Yongliang Z, Huaxin L (2009), “General complications following laparoscopic – assisted gastrectomy and analysis of techniques to manage them”, Surg Endosc 23: 1860 – 1865.
9. Japanese Gastric Cancer Association (2011), “Japanese classification of gastric cancer treatment guidelines 2010”, Gastric Cancer 14: p113 – p123.
10. Lee J, Kim W (2009), “Long – term outcomes

- after laparoscopy – assisted gastrectomy for advanced gastric cancer: analysis of consecutive 106 experiences”, J. Surg. Oncol 100: p693 – p698.
11. Noshiro H, Nagai E, Shimizu S, Uchiyama A, Tanaka M (2005), “Laparoscopically assisted distal gastrectomy with standard radical lymph node dissection for gastric cancer”, Surg Endosc 19: p1592 – p1596.
12. Pugliese R, Maggioni D, Sansonna F, Costanzi A and et al (2010), “Subtotal gastrectomy with D2 dissection by minimally surgery for distal adenocarcinoma of the stomach results and 5-year survival”, Surg Endosc 24: p2594 – p2602.
13. Ryu KW, Kim YW, Lee JH, Nam BH (2008), “Surgical complications and the risk factors of laparoscopy – assisted distal gastrectomy in early gastric cancer”, Ann Surg Oncol 15: p1625 – p1631.
14. Zhao Y, Yu P, Hao Y, et al (2011), “Comparison of outcomes for laparoscopically assisted and open radical distal gastrectomy with lymphadenectomy for advanced gastric cancer”, Surg Endosc 25: 2960 – 2966.
15. Shigeyuki Tamura, Atsushi Takeno, and Hirofumi Miki (2011), “Lymph Node Dissection in Curative Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer”, International Journal of Surgical Oncology.