

TÍNH KHẢ THI VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Hoàng Bắc¹, Võ Duy Long¹, Nguyễn Vũ Tuấn Anh¹,
Nguyễn Viết Hải¹, Hồ Lê Minh Quốc¹, Tống Phạm Quang Trung¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và khả thi của PTNS cắt toàn bộ dạ dày, nạo hạch D2

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu 32 trường hợp ung thư 1/3 giữa và 1/3 trên dạ dày được PTNS cắt toàn bộ dạ dày và nạo hạch D2 tại BV ĐHYD TPHCM từ 7/2010 đến 7/2015.

Kết quả: Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Thời gian mổ trung bình 252 phút. Lượng máu mất trung bình là 48,3 ml. Số lượng hạch nạo vét được trung bình là 29 hạch. Thời gian nằm viện sau mổ là 7,5 ngày. Có 2 trường hợp biến chứng, 1 trường hợp rách ống mật chủ và 1 trường hợp chảy máu sau mổ 3 ngày. Không có trường hợp nào xì rò miệng nối sau mổ.

Kết luận: PTNS cắt toàn bộ dạ dày và nạo hạch D2 điều trị ung thư dạ dày khả thi và an toàn.

Từ khóa: Cắt toàn bộ dạ dày nội soi, vét hạch D2.

ABSTRACT

FEASIBILITY AND RESULTS OF LAPAROSCOPIC TOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER

Nguyen Hoang Bac¹, Vo Duy Long¹, Nguyen Vu Tuan Anh¹,
Nguyen Viet Hai¹, Ho Le Minh Quoc¹, Tong Pham Quang Trung¹

Objectives: Evaluation the safe and feasibility of laparoscopic total gastrectomy and D2 lymphadenectomy for gastric cancer.

Method: Analyses data prospective from all patients were submitted to total gastrectomy with D2 lymphadenectomy at hospital of Ho Chi Minh medical and pharmaceutical university from 7/2010 to 7/2015.

Results: Total 32 patients underwent laparoscopic total gastrectomy with D2 lymphadenectomy, mean blood loss was 46.3 ml, averaged operation time 252 minutes, averaged number of retrieved lymph nodes are 29, postoperative hospital stay 7.5 days, 1 case died to intraoperative injured CBD, and 1 internal hemorrhage postoperating case. No fistula.

Conclusions: The total gastrectomy with D2 lymphadenectomy performed by laparoscopy is safe and feasible

Key words: Total gastrectomy, laparoscopic, D2 lymphadenectomy.

1. Khoa Ngoại Tiêu hóa – Bệnh
viện Đại học Y Dược TPHCM

- Ngày nhận bài (received): 15/11/2015; Ngày phản biện (revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Phạm Như Hiệp
- Người phản hồi (Corresponding author): Võ Duy Long
- Email: longvoduy26@yahoo.com; ĐT: 0918133915

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp nhất [3], và phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch rộng rãi là lựa chọn đầu tiên trong điều trị triệt để. Những năm gần đây, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tiêu chuẩn dần được thực hiện rộng rãi và được chấp thuận [11].

Năm 1994, Kitano [6] báo cáo lần đầu tiên về phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt bán phần dưới dạ dày điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Kể từ đó, nhiều nghiên cứu [11] đã chứng minh phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày cho kết quả tương tự so với mổ mở về mặt ung thư học. Hơn nữa, cùng với quá trình phát triển của kỹ thuật cũng như dụng cụ phẫu thuật, PTNS cắt bán phần dưới dạ dày dần được áp dụng rộng rãi và áp dụng cho cả những trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển [11].

Mặc dù PTNS cắt dạ dày toàn bộ đã được báo cáo lần đầu từ năm 1995 [6], nhưng vẫn chưa được chấp thuận rộng rãi như PTNS cắt bán phần dưới dạ dày. Nguyên nhân chính là do kỹ thuật phẫu thuật khó khăn, đặc biệt là khi thực hiện miệng nối thực quản – hồng tràng cũng như nạo hạch D2 tiêu chuẩn. Tại Việt Nam, chỉ có vài nghiên cứu [1], [2] đánh giá về phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, chưa có nghiên cứu nào về phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và khả thi của PTNS cắt toàn bộ dạ dày, nạo hạch D2 cũng như làm miệng nối thực quản – hồng tràng, điều trị ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

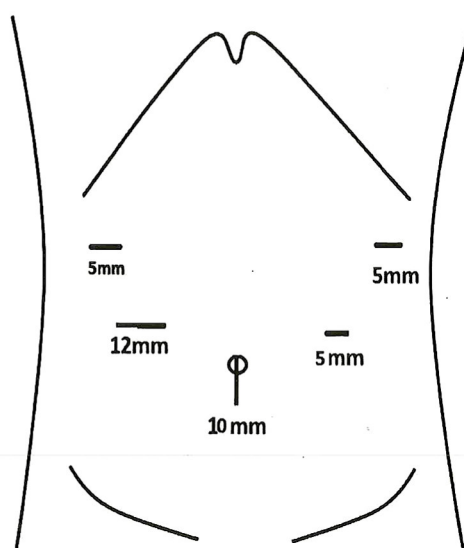
32 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư 1/3 trên hoặc 1/3 giữa dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày và nạo hạch D2 tại khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện ĐHYD TP Hồ Chí Minh từ tháng 7/2010 đến tháng 7/2015. Không có bệnh nhân nào được hóa và xạ trị trước phẫu thuật.

Giai đoạn đầu từ 7/2010-12/2013 có 9 trường hợp

Giai đoạn sau từ 1/2014-7/2015 có 23 trường hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu, can thiệp lâm sàng

Bệnh nhân được phân tích các yếu tố bao gồm tuổi, giới tính, vị trí u, kích thước u, giai đoạn theo TMN, thời gian phẫu thuật, phương thức làm miệng nối, lượng máu mất, số hạch nạo vét được, thời gian trung tiện và cho ăn sau mổ, thời gian nằm viện. Các tai biến trong mổ cũng như biến chứng hậu phẫu được ghi nhận. Từ vọng do phẫu thuật được tính trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.



Phương pháp phẫu thuật

Bệnh nhân nằm ngửa với 2 chân dạng, phẫu thuật viên chính đứng bên phải, PTV phụ đứng bên trái và người cầm camera đứng giữa 2 chân bệnh nhân. Chúng tôi dùng 5 trocar, với 1 trocar 10mm dưới rốn, 1 trocar 12mm và 3 trocar 5mm như hình vẽ.

Các thì phẫu thuật:

+ Quan sát và đánh giá tổn thương giống như trong mổ mở.

+ Phẫu tích lấy bỏ toàn bộ mạc nối lớn dọc theo đại tràng ngang từ bên phải cho tới gần cuống lách, cắt bỏ lá trước mạc treo đại tràng ngang và lá trước bao tụy (kỹ thuật Bursectomy), thắt ĐM vị mạc nối trái, nạo hạch nhóm 4.

+ Thắt ĐM vị mạc nối phải sát chỗ phân nhánh ĐM vị tá tràng và tĩnh mạch vị mạc nối phải ngay thân Henler ở phía trước đầu tụy để lấy nhóm

Bệnh viện Trung ương Huế

hạch 6.

+ Nạo hạch vùng cuống gan, dọc ĐM gan riêng và tĩnh mạch cửa (nhóm 12a, d, p)

+ Thắt ĐM vị phải tận gốc, nạo hạch nhóm 5, lấy toàn bộ mạc nối nhỏ.

+ Cắt tá tràng dưới môn vị 2 cm bằng stapler thẳng.

+ Nạo hạch dọc ĐM gan chung (nhóm 8a và 8p).

+ Thắt động, tĩnh mạch vị trái tận gốc, nạo hạch quanh ĐM thân tạng (nhóm hạch 7, 9). Nạo hạch dọc ĐM lách để lấy nhóm 11p và 11d.

+ Thắt các bó mạch vị ngắn và nạo hạch nhóm 10.

+ Nạo hạch nhóm hạch 1 và nhóm 2. Di động thực quản cho đến màng phổi. Cắt các thần kinh X.

Chúng tôi thực hiện 2 kiểu miệng nối thực quản - hồng tràng:

- Kiểu 1: nối thực quản – hồng tràng tận bên bằng máy khâu nối vòng hoặc bằng tay qua vết mổ nhỏ đường giữa trên rốn.

- Kiểu 2: nối thực quản – hồng tràng bên bên bằng máy khâu nối thẳng thực hiện hoàn toàn qua PTNS.

So K.O. và cộng sự năm 2011 [9] có làm phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt toàn bộ dạ dày, làm miệng nối thực quản – hồng tràng tận bên bằng khâu nối tay, tuy nhiên kỹ thuật khó khăn nên chúng tôi chưa thực hiện.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình là 54, lớn nhất là 68 tuổi, nhỏ nhất là 33 tuổi, số lượng bệnh nhân nam nữ bằng nhau.

Tất cả bệnh nhân đều có giải phẫu bệnh trước mổ là carcinoma tuyến của dạ dày với 1 bệnh nhân (3,1%) biệt hóa rõ, 10 bệnh nhân (31,1%) biệt hóa vừa, 21 bệnh nhân (65,8%) biệt hóa kém và tế bào nhẵn.

Về vị trí khối u, có 3 bệnh nhân (9,4%) có u ở tâm vị, 2 bệnh nhân (6,3%) u ở phình vị và 27 bệnh nhân (84,3%) có u ở thân vị.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật cho thấy, tất cả 32 bệnh nhân đều được thực hiện PTNS cắt toàn bộ dạ dày, nạo hạch D2, và nối thực quản – hồng tràng theo Roux – En – Y nhằm tái lập lưu thông đường tiêu hóa. Có 27 bệnh nhân (84,3%) được nối tận - bên bằng khâu nối tay hoặc máy khâu nối vòng qua vết mổ nhỏ giữa trên rốn, và 5 bệnh nhân (15,7%) được nối bên – bên bằng máy khâu nối thẳng thực hiện hoàn toàn qua PTNS.

Đánh giá mức độ xâm lấn trong mổ, có 5 bệnh nhân (15,7%) u giai đoạn T3, 27 bệnh nhân (84,3%) u giai đoạn T4a.

Số hạch nạo vét được trung bình là 29 hạch (12 - 41). Có 26 bệnh nhân (81,3%) hạch có di căn.

Có 2 bệnh nhân phải cắt lách đi kèm do khối hạch di căn xâm lấn động mạch lách và rốn lách.

Một số đặc điểm khác:

	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Kích thước u (cm)	6,3	3	15
Lượng máu mất (ml)	48,3	10	200
Thời gian mổ (phút)	252	150	360
Khoảng cách bờ cắt trên tới u (cm)	4,1	2	6
Thời gian có trung tiện (ngày)	2,2	1	5
Thời gian nằm viện (ngày)	8,5	7	15

Tất cả bệnh nhân đều được đóng mồm tá tràng bằng máy khâu nối thẳng.

3.3. Tai biến - biến chứng

Tai biến trong mổ: có 1 bệnh nhân bị thủng mật trước ống mật chủ trong quá trình nạo hạch rốn gan. Bệnh nhân này được phát hiện trong mổ, được đặt ống dẫn lưu Kehr 14Fr vào ống mật chủ.

Biến chứng sau mổ có 1 bệnh nhân bị xuất huyết nội vào ngày hậu phẫu thứ 3, phải phẫu thuật nội soi thăm sát lại, nhưng không tìm được vị trí chảy máu. Bệnh nhân này được xuất viện sau đó vào ngày hậu phẫu thứ 14.

Không ghi nhận bệnh nhân bị biến chứng bực xì miệng nổi hay nhiễm trùng vết mổ.

III. BÀN LUẬN

Ung thư dạ dày là bệnh lý ác tính thường gặp [3], tuy nhiên, các phương tiện tầm soát và chẩn đoán sớm còn nhiều khó khăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều nhập viện trong giai đoạn trễ với kích thước u lớn, trung bình là 6,3cm và 84,3% khối u đã xâm lấn ra lớp thanh mạc (T4a).

Phẫu thuật cắt dạ dày là phương thức điều trị ung thư dạ dày chủ yếu, và phẫu thuật nội soi cũng như các phương tiện kỹ thuật phát triển nhanh chóng đã giúp ích nhiều trong quá trình điều trị ung thư dạ dày. Những lợi ích của phẫu thuật nội soi đã được thừa nhận bao gồm cải thiện thời gian hồi phục sau mổ, lượng máu mất, ít đau do vết mổ nhỏ, giảm nguy cơ dính ruột, và nhiễm trùng vết mổ. Phẫu thuật nội soi cắt bán phần dạ dày do ung thư đã được chứng minh an toàn và hiệu quả về mặt ung thư học [12], tuy nhiên, tính an toàn cũng như kết quả ngắn hạn và dài hạn về mặt ung thư học trong cắt toàn bộ dạ dày do ung thư vẫn còn nhiều tranh cãi.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện được với 32 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn 3 và 4 với thời gian mổ trung bình là 252 phút, lượng máu mất trung bình là 48,3ml, số hạch nạo vét được trung bình là 29 hạch, thời gian hậu phẫu trung bình là 8,5 ngày. So với nghiên cứu của Võ Tấn Long và cộng sự [1] trên 30 bệnh nhân thực hiện năm 2008 cho thời gian mổ trung bình là 206 phút, thời gian hậu phẫu trung bình là 10,1 ngày.

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 trường hợp có biến chứng. 1 trường hợp trong mổ tổn thương rách ống mật chủ và được phát hiện trong mổ nên chúng tôi đặt Kehr 14 Fr và khâu lại, sau đó chúng tôi lưu ống kehr trong 3 tháng. Kết quả tốt, bệnh nhân không rò mật và không hẹp đường mật sau này. Trường hợp biến chứng khác là chảy máu sau mổ 3 ngày nên phải tiến hành phẫu thuật nội soi thăm sát lại nhưng không tìm thấy điểm chảy máu. Nguyên

nhân có thể do chảy máu từ tĩnh mạch nhỏ và đã tự cầm. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, cả phẫu thuật mở cũng như phẫu thuật nội soi, là phẫu thuật khó, nguy cơ xảy ra biến chứng cao [1], [2], [5],[7], [8]. Jung HS và cộng sự [5] thực hiện phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày gặp phải 22% biến chứng như bực xì miệng nổi, chảy máu sau mổ, thoát vị qua lỗ mạc treo ruột. Võ Tấn Long và cộng sự [1] thực hiện 30 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày vào năm 2010 cũng gặp 2 trường hợp biến chứng rò tụy và tụy dịch nhiễm trùng.

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày là 1 phẫu thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nền tảng phẫu thuật nội soi cơ bản tốt và có đường cong huấn luyện tốt. Đặc biệt đối với phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, khó khăn nhất ở 2 giai đoạn: nạo vét hạch ở rốn lách, và giai đoạn làm miệng nổi thực quản [10]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nạo vét được trung bình là 29 hạch.

Về kỹ thuật làm miệng nổi, chúng tôi thực hiện với 2 loại chính, 1 loại thực hiện nổi thực quản - hồng tràng tận - bên bằng khâu nổi tay hoặc máy khâu nổi vòng CDH25. Trường hợp này chúng tôi mở nhỏ đường mổ giữa trên rốn nên kỹ thuật hơi khó khăn hơn, đặc biệt ở những bệnh nhân có thành bụng dày mỡ. Kỹ thuật nữa là thực hiện miệng nổi thực quản - hồng tràng bên - bên bằng 2 máy khâu nổi thẳng và thực hiện hoàn toàn qua PTNS. Chúng tôi nhận thấy kỹ thuật thực hiện miệng nổi thực quản - hồng tràng bên - bên dễ thực hiện hơn, miệng nổi rộng hơn so với nổi tận bên. Tất cả 2 kiểu nổi đều không có biến chứng xì rò miệng nổi.

IV. KẾT LUẬN

Qua 32 trường hợp ung thư dạ dày được PTNS cắt toàn bộ dạ dày và nạo hạch D2 tại BV ĐHYD TPHCM, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày kèm nạo hạch D2 an toàn, hiệu quả và khả thi. Tuy nhiên, cần nghiên cứu thời gian dài hơn với số mẫu lớn hơn để đánh giá kết quả về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Tấn Long, Nguyễn Văn Long, Nguyễn Minh Hải và cộng sự (2010). “Kết quả bước đầu kiểu nối Roux en Y trong cắt toàn bộ dạ dày do ung thư”. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, Phụ bản số 1.
2. Nguyễn Cường Thịnh, Diêm Đăng Bình (2013). “Nhận xét qua 228 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày”. *Y học thực hành*, số 6.
3. Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition. Atlanta: American Cancer Society; 2015
4. Huscher CG, Chiodini S, Recher A (1995). “Laparoscopy-assisted gastrectomy for cancer: initial experience”. *International Gastric Cancer Congress*, Kyoto. Bologna: Monduzzi Editore; p. 1215–9.
5. Jung HS, Seong IO, Han MY (2013). “Short-term outcomes of laparoscopic versus open total gastrectomy: a matched-cohort study”. *The American Journal of Surgery*, 206, 346–351
6. Kitano S, Iso Y, Moriyama M, Sugimachi K (1994). “Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy”. *Surg Laparosc Endosc*; 4:146–8.
7. Pugliese R, Maggioni D, Sansonna F (2007). “Total and subtotal laparoscopic gastrectomy for adenocarcinoma”. *Surg Endosc*, 21: 21–27
8. Ramagem CAG, Linhares M, Lacerda CF, et al (2015). “Comparision of laparoscopic total gastrectomy an laparotomic total gastrectomy for gastric cancer”. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 28(1): 65–69
9. So K.O, Park J.M (2011). “Totally Laparoscopic Total Gastrectomy Using Intracorporeally Hand-Sewn Esophagojejunostomy”. *Gastric Cancer*, 11(4):206–211.
10. Takano H., Ebihara Y., Kurashima Y (2015). “Totally Laparoscopic Total Gastrectomy with D2 Lymphadenectomy for Advanced Gastric Cancer”. *Surgical Science*, 6, 247–254.
11. Zhang YX, Wu YJ, Lu GW và Xia MM (2015). “Systematic review and meta-analysis of totally laparoscopic versus laparoscopic assisted distal gastrectomy for gastric cancer”. *World Journal of Surgical Oncology*, 13:116.