

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG: KINH NGHIỆM CỦA BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phạm Trung Vỹ¹, Phạm Như Hiệp¹, Hồ Hữu Thiện¹, Phạm Anh Vũ¹,
Phan Hải Thanh¹, Nguyễn Thanh Xuân¹, Trần Nghiê Trung¹, Văn Tiến Nhân¹,
Trần Sỹ Doãn Diêm¹, Phạm Minh Đức¹, Phạm Xuân Đông¹, Mai Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi một lỗ và những kinh nghiệm được rút ra trong quá trình ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng.

Đối tượng phương pháp nghiên cứu: Gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng các vị trí và được phẫu thuật nội soi một lỗ cắt đại tràng 45 bệnh nhân, chuyển mổ mở 7 bệnh nhân từ 1/2013 đến 6/2015. Nghiên cứu tiến cứu có theo dõi và tái khám sau mổ.

Kết quả: Tuổi trung bình $58,5 \pm 15,7$ tuổi (25-85), tỷ lệ nam/nữ 1,4/1, tăng CEA trước mổ 36,5%, kích thước u trung bình $4,7 \pm 2,2$ cm (1-7,5). Phương pháp phẫu thuật nội soi một lỗ: cắt nửa đại tràng phải 53,8%, cắt nửa đại tràng trái 15,4%, cắt đoạn đại tràng sigma 13,5%, cắt toàn bộ đại tràng 3,8%. Thời gian phẫu thuật $187,1 \pm 68,2$ phút, chuyển mổ mở 13,5%. Kích thước đường mổ $5,1 \pm 1,7$ cm (2-8), thời gian nằm viện $8,6 \pm 3,6$ ngày (6-15), thời gian theo dõi trung bình $17,3 \pm 2,6$ tháng (5-30).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng là an toàn, khả thi, có thể giải quyết được mọi vị trí ung thư của đại tràng và phù hợp với xu hướng phát triển của phẫu thuật xâm nhập tối thiểu trên thế giới.

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

ABSTRACT

SINGLE PORT LAPAROSCOPIC SURGERY IN COLON CANCER TREATMENT: EXPERIENCE OF HUE CENTRAL HOSPITAL

Phạm Trung Vy, Phạm Nhu Hiep, Ho Huu Thien, Phạm Anh Vu,
Phan Hai Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Trần Nghiê Trung, Văn Tiến Nhân,
Trần Sỹ Doãn Diêm, Phạm Minh Duc, Phạm Xuân Đông, Mai Trung Hiếu

Objectives: Assessment results single port laparoscopic surgery (SPLS) and experiences from this procedure applications for colon cancer treatment.

Subjectives: 52 colon cancer patients underwent SPLS (45 patients were successful SPLS, conversion to open surgery 7 patients) from 1/2013 to 6/2015. Prospective studies and follow-up after surgery.

Results: average age 58.5 ± 15.7 years old (25-85), male/female 1.4/1, preoperative CEA increased 36.5%, the average tumor size 4.7 ± 2.2 cm (1-7.5). Methods of SPLS: right hemicolectomy 53.8%, left hemicolectomy 15.4%, sigmoidectomy 13.5%, total colectomy 3.8%. Time of surgery 187.1 ± 68.2 minutes, conversion to open surgery 13.5%, length of incision 5.1 ± 1.7 cm (2-8), length of hospital stay 8.6 ± 3.6 days (6-15), duration of follow-up after surgery 17.3 ± 2.6 months (5-30).

Conclusion: Single port laparoscopic colectomy in colon cancer treatment is safe, feasible, can solve every position of colon cancer and in accordance with the development trend of minimally invasive surgery in the world.

Key words: colon cancer, single incision laparoscopic surgery

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 10/11/2015; 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 Trung Vỹ
- Email: trungvybao2006@yahoo.com ; ĐT: 0905599088

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với phẫu thuật xâm nhập tối thiểu điều trị các bệnh lý tiêu hóa ngày càng được nâng cao theo đường cong huấn luyện, phẫu thuật nội soi thường quy và nội soi một lỗ điều trị ung thư đại trực tràng ngày càng được ứng dụng rộng rãi sau thành công của Premzi và Bucher thực hiện cắt nửa đại tràng phải bằng phẫu thuật nội soi một lỗ năm 2008 và đã cho thấy những ưu điểm cả về kết quả sớm cũng như kết quả lâu dài về mặt ung thư học [2],[9].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi đã tiến hành nhiều phẫu thuật nội soi một lỗ như cắt ruột thừa, cắt túi mật, khâu lỗ thủng dạ dày, lồng ruột... trong đó điểm mạnh là phẫu thuật nội soi một lỗ ung thư đại trực tràng [1].

Xuất phát từ thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật và những kinh nghiệm được đúc rút trong quá trình ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* Gồm 52 bệnh nhân: (45 phẫu thuật nội soi một lỗ, 7 chuyển mổ mở)

- Triệu chứng lâm sàng điển hình: Đau bụng, rối loạn tiêu hóa, đại tiện ra máu và gây sút cân.

- Kết quả nội soi đại tràng với các hình ảnh loét, sùi, thâm nhiễm, polyp ung thư hóa tại các vị trí của đại tràng và được khẳng định lại bằng sinh thiết giải phẫu bệnh trước mổ và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

- Được phẫu thuật nội soi một lỗ cắt đại tràng phải, đại tràng trái, đại tràng sigma và toàn bộ đại

tràng theo kỹ thuật của Ramos-Valadez DI [8] tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 1/2013 đến 6/2015.

- Nghiên cứu tiến cứu có theo dõi, tái khám và hóa chất sau mổ.

* Chuẩn bị trước mổ:

- Chuẩn bị làm sạch đại tràng bằng uống Fortrans trước ngày mổ nếu không có tắc ruột và thực tháo sạch đại tràng.

- Vệ sinh thân thể, đặt sonde dạ dày, sonde tiểu.

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản

* Kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ:

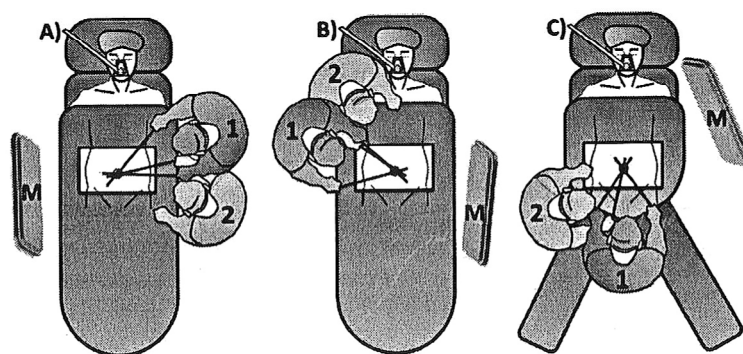
- Bệnh nhân nằm ngửa trong cắt đại tràng phải, đại tràng trái và sigma, nằm tư thế sản khoa trong cắt toàn bộ đại tràng để thuận lợi cho việc nối máy khâu cắt vòng qua đường hậu môn.

- Đặt dụng cụ một lỗ qua đường rạch dọc 2 – 2,5cm xuyên qua trung tâm rốn, áp dụng cho tất cả các trường hợp.

- Qua các kênh của dụng cụ một lỗ, đặt đèn soi và dụng cụ thao tác. Việc thám sát ổ phúc mạc là động tác bắt buộc thực hiện để đánh giá vị trí khối u, mức độ xâm lấn và giúp khẳng định chưa có di căn như đánh giá trước mổ.

- Việc phẫu tích và di động đại tràng kèm u được thực hiện theo kỹ thuật bên – giữa hoặc giữa – bên tùy theo thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, mạch máu được thắt sát gốc để đảm bảo nguyên tắc ung thư học. Đối với cắt đoạn đại tràng sigma, việc hạ đại tràng góc lách để thuận lợi cho việc khâu nối là động tác cần thiết.

- Bệnh phẩm được đưa ra ngoài qua vị trí đặt dụng cụ một lỗ, được cắt bỏ và tái lập lưu thông tiêu hóa ngoài ổ phúc mạc [8].



Hình 1. Vị trí phẫu thuật viên và người cầm camera [8]

A: Cắt đại tràng phải, B: Cắt đại tràng trái, sigma, C: Cắt toàn bộ đại tràng

III. KẾT QUẢ

Bảng 1

Đặc điểm chung	n = 52	%
Tuổi trung bình (25-85 tuổi)	58,5 ± 15,7	
Tỷ lệ nam/nữ	30/22	1,4/1
CEA trước mổ		
< 5ng/ml	33	63,5
≥ 5ng/ml	19	36,5
Vị trí u qua nội soi đại tràng trước mổ		
Đại tràng phải	33	63,5
Đại tràng phải và sigma (u 2 vị trí)	1	1,9
Đại tràng trái	10	19,2
Đại tràng sigma	7	13,5
Đa polyp đại tràng ung thư hóa	1	1,9
Kích thước u trung bình (1-7,5 cm)	4,7 ± 2,2	

Bảng 2

Kết quả phẫu thuật nội soi	n = 45	86,5%
Phương pháp phẫu thuật nội soi một lỗ		
Cắt nửa đại tràng phải	28	53,8
Cắt nửa đại tràng trái	8	15,4
Cắt đoạn đại tràng sigma	7	13,5
Cắt toàn bộ đại tràng	2	3,8
Thời gian phẫu thuật (phút)	187,1 ± 68,2	
Tai biến, biến chứng		
Chảy máu	0	0
Dò miệng nối gây viêm phúc mạc ngày thứ 10	1	1,9
Nhiễm trùng vết mổ	2	3,8
Kích thước đường mổ (cm)	5,1 ± 1,7 (2-8)	
Thời gian nằm viện (ngày)	8,6 ± 3,6 (6-15)	

Bảng 3

Tỷ lệ chuyển mổ mở	n = 7	13,5%
Cắt nửa đại tràng trái	2	3,8
Cắt nửa đại tràng phải, cắt túi mật	1	1,9
Cắt nửa đại tràng phải, cắt tá tràng hình chêm	2	3,8
Cắt nửa đại tràng phải, cắt đoạn ruột non bị xâm lấn	1	1,9
Cắt nửa đại tràng phải, cắt đoạn đại tràng sigma, hậu môn nhân tạo đại tràng xuống (u ĐT phải xâm lấn sigma)	1	1,9

Bảng 4

Kết quả tái khám	n = 45	86,5%
Thời gian theo dõi trung bình (5-30 tháng)	17,3 ± 2,6	
Tắc ruột sau mổ	0	0
Hạch lớn chèn ép niệu quản	2	3,8
Đóng hậu môn nhân tạo sau 3 tháng	1	1,9

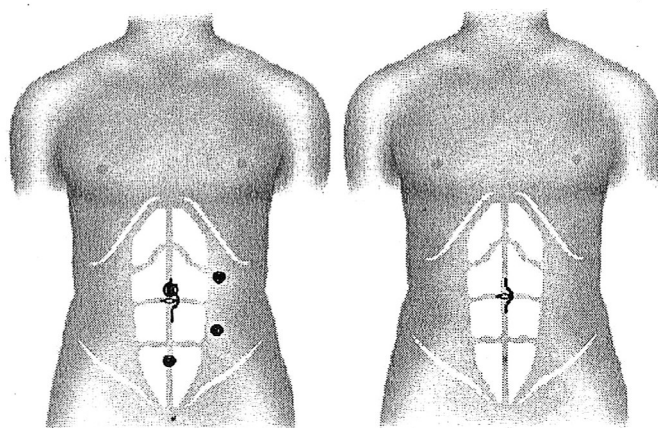
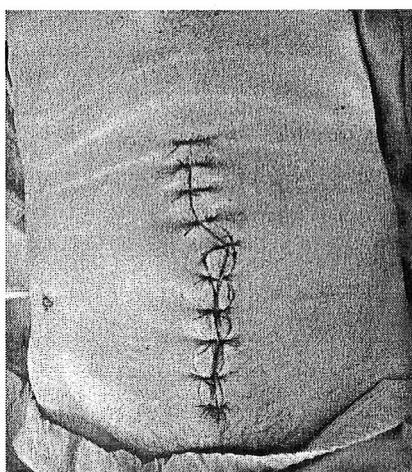
IV. BÀN LUẬN

Qua 52 trường hợp phẫu thuật nội soi một lỗ (45 phẫu thuật nội soi thành công, 7 chuyển mổ mở) trong thời gian hơn 2 năm, điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi rút ra một số kinh nghiệm và nhấn mạnh 3 vấn đề cần bàn luận sau đây:

Thứ nhất, vì sao ứng dụng PTNS một lỗ điều trị

ung thư đại tràng:

Xu hướng hiện nay của thế giới là phẫu thuật càng ngày càng ít xâm nhập và cùng một mục đích phẫu thuật nhưng càng can thiệp tối thiểu mà đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân cả về kết quả sớm sau mổ cũng như kết quả lâu dài về mặt ung thư học là điều mà cả phẫu thuật viên và bệnh nhân mong muốn đạt tới [1],[3].



Hình 2. Cùng một mục đích phẫu thuật cắt bán phần đại tràng phải

A: Phẫu thuật mở, B: PTNS truyền thống, C: PTNS một lỗ

Kỹ thuật nội soi một lỗ được Pelosi và cộng sự ứng dụng đầu tiên vào cắt ruột thừa năm 1992 và sau đó Navara và cộng sự báo cáo kết quả cắt túi mật vào năm 1997 [4]. Việc ứng dụng kỹ thuật này vào bệnh lý ung thư đại trực tràng được Premzi và Bucher báo cáo vào năm 2008 và đến nay đã có nhiều báo cáo ứng dụng PTNS một lỗ điều trị ung thư đại trực tràng với kết quả đáng khích lệ [2],[9].

Tại Bệnh viện TW Huế, tiếp tục các thành công về mặt kỹ thuật nội soi một lỗ trong cắt túi mật, cắt ruột thừa viêm, khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày-tá tràng, cắt dạ dày, cắt đại tràng, cắt thận và sỏi niệu quản... chúng tôi đã bắt đầu nghiên cứu ứng dụng

phẫu thuật nội soi một lỗ trong điều trị ung thư đại trực tràng. Đây là xu hướng hoàn toàn phù hợp với xu hướng phát triển của thế giới.

Về mặt kỹ thuật, đây là sự phát triển kỹ thuật trên nền phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi truyền thống điều trị ung thư đại trực tràng, việc phẫu tích các mạch máu kèm nạo vét hạch tương ứng vẫn được tiến hành theo đúng nguyên tắc ung thư học [9]. Tuy nhiên, thay vì bệnh nhân phải chịu một đường mổ dài hoặc nhiều vết mổ cùng với việc tổn thương phúc mạc thì PTNS một lỗ khắc phục được nhược điểm này và hơn nữa, vị trí đặt dụng cụ một lỗ là nơi để đưa bệnh phẩm ra ngoài, cắt bỏ và thực hiện tái

lập lưu thông tiêu hóa. Đại tràng là tạng rỗng, có thể thu nhỏ và kéo ra ngoài qua vị trí đặt trocar một lỗ. Chính điều này làm cho phẫu thuật nội soi một lỗ có sức hấp dẫn rất lớn trong điều trị ung thư đại trực tràng, vì tránh phải mở thêm một đường mổ nữa để lấy bệnh phẩm cũng như thực hiện khâu nối [5],[6].

Thứ hai, trường hợp nào thì chỉ định phẫu thuật nội soi một lỗ:

Không ít những khó khăn mang lại cho kỹ thuật PTNS một lỗ, thứ nhất là nguyên tắc tam giác gặp khó khăn, thứ hai: việc bộc lộ phẫu trường trong phẫu thuật nội soi một lỗ không giống với PTNS truyền thống và thứ ba là tình trạng va chạm và xung đột dụng cụ. Theo Kim SJ và Choi BJ [5], đây là tình trạng nổi bật và gây khó khăn nhất trong quá trình thực hiện kỹ thuật bằng phẫu thuật nội soi một lỗ nói chung và trong ung thư đại tràng, vì vậy việc chỉ định nên đặt ra cho những khối u kích thước nhỏ, di động được, chưa có xâm lấn thanh mạc và xung quanh (T1-T3) [5].

Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá vị trí, kích thước khối u trước mổ trên CT scan bụng để có định hướng và chiến lược phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, kích thước khối u trung bình trên CT scan là $4,7 \pm 2,2$ cm, tuy nhiên trên thực tế phẫu thuật thường lớn hơn do có tình trạng viêm, dính và phù nề. Theo nghiên cứu nhiều tác giả kích thước khối u càng lớn thì độ xâm nhiễm càng cao và thanh mạc đại tràng - hàng rào ngăn chặn sự phát triển của ung thư sẽ dễ bị phá vỡ theo quá trình phát triển tăng kích thước và xâm lấn của khối u [4],[10].

Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu là 13,5% (7/52) do u quá lớn, xâm lấn, dính và phẫu thuật mở rộng. Tất cả bệnh nhân trước khi chuyển mổ mở đều được đặt thêm trocar để cố gắng phẫu tích, bộc lộ (chuyển về phẫu thuật nội soi truyền thống) nhưng không thành công. Nghiên cứu của Sonal Pandya [10] tỷ lệ chuyển mổ mở là 23,5% (47/200), theo Lim SW và Kim HR [6], phẫu thuật nội soi một lỗ khi gặp khó khăn trong phẫu tích và bộc lộ thì có thể chuyển thành phẫu thuật nội soi kinh điển hoặc mổ mở mà không có điều ngược lại, do đó phẫu thuật viên phải là người có kinh nghiệm phẫu

thuật đại trực tràng, kỹ lưỡng trong vấn đề chọn lựa và chỉ định, tập làm quen dần với kỹ thuật một lỗ, với sự di chuyển hạn chế của dụng cụ, sự bất chéo và góc nhìn. Chọn lựa dụng cụ mảnh, có chiều dài khác nhau giúp dễ thao tác hơn, sử dụng optique endo-eye 5mm cũng giúp dễ thao tác hơn... [6].

Thứ ba, phẫu thuật nội soi một lỗ có an toàn và khả thi không:

Theo nhiều tác giả, việc đánh giá độ an toàn và khả thi của một kỹ thuật phẫu thuật ung thư cần dựa vào các tiêu chí về tỷ lệ tai biến, biến chứng, tỷ lệ cắt được khối u, mức độ triệt để của phẫu thuật và cuối cùng là tỷ lệ tử vong liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật [4],[8].

Nghiên cứu của chúng tôi không gặp chảy máu trong và sau mổ, tỷ lệ dò miệng nối 1,9%, nhiễm trùng vết mổ 3,8%, tỷ lệ cắt được khối u triệt để là 100%, không có tử vong liên quan phẫu thuật và không gặp tai biến cần phải chuyển mổ mở, điều này có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu chưa nhiều hoặc phần nào đánh giá được trình độ của phẫu thuật viên phẫu thuật nội soi một lỗ - là những người đã có kinh nghiệm phẫu thuật đại trực tràng nội soi theo đường cong huấn luyện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình $187,1 \pm 68,2$ phút, kích thước đường mổ $5,1 \pm 1,7$ cm (2-8) và thời gian nằm viện $8,6 \pm 3,6$ ngày (6-15). Nghiên cứu của Ramos-Valadez DI [8] thời gian phẫu thuật trung bình đại tràng phải $127,0 \pm 37,1$ phút, đại tràng trái $158,8 \pm 31,8$ phút và cắt toàn bộ đại tràng $216,3 \pm 72,6$ phút, không gặp tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ tính chung là 11,4%. Nghiên cứu của Paranjape C [7], thời gian nằm viện trung bình 4,6 ngày, thấp nhất 4 ngày và cao nhất 7 ngày. Nghiên cứu của Lim SW, Kim HR [6], thời gian nằm viện trung bình nhóm PTNS một lỗ là $8,2 \pm 2,3$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng là an toàn, khả thi, có thể giải quyết được mọi vị trí ung thư của đại tràng và phù hợp với xu hướng phát triển của phẫu thuật xâm nhập tối thiểu trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh và cs (2011), “Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Y Dược học*, tr. 128-132.
2. Bucher P, Pugin F, Morel P (2008) Single port access laparoscopic right hemicolectomy. *Int J Colorectal Dis* 23: pp. 1013–1016.
3. Bucher P, Pugin F, Morel P (2009) *Single-port access laparoscopic radical left colectomy in humans*, *Dis Colon Rectum* 52: pp. 1797–1801
4. Cianchi F, Staderini F and Badii B (2014), Single-Incision Laparoscopic Colectomy: A New Era in the Treatment of Colorectal Cancer, *Colorectal Cancer - Surgery, Diagnostics and Treatment*, pp: 125 – 140.
5. Kim S J, Choi B J, Lee S C (2014), Overview of single-port laparoscopic surgery for colorectal cancers: past, present and the future, *World J Gastroenterol*, Vol. 20(4), pp: 997-1004.
6. Lim S W, Kim H R, Kim Y J (2014), Single incision laparoscopic colectomy for colorectal cancer: comparison with conventional laparoscopic colectomy, *Annals of Surgical Treatment and Research*, Vol. 87(3), pp: 131-138.
7. Paranjape C, Ojo O J, Carne D, Guyton D (2012), Single-incision laparoscopic total colectomy, *Journal of the society of laparoendoscopic surgeons*, Vol. 16, pp. 27–32.
8. Ramos-Valadez DI, Patel CB, Ragupathi M, Bartley Pickron T, Haas EM (2011) Single-incision laparoscopic colectomy: outcomes of an emerging minimally invasive technique, *Int J Colorectal Dis*, DOI 10.1007/s00384-011-1185-9.
9. Remzi FH, Kirat HT, Kaouk JH, Geisler DP (2008). Single-port laparoscopy in colorectal surgery, *Colorectal Dis* 10, pp. 823–826.
10. Sonal Pandya, MD, John J. Muray, John A. Coller (2008), “Indications for conversion to laparotomy”, *Laparoscopic Colectomy*, American Medical Association, pp. 471-475.