

KẾT QUẢ CHỨC NĂNG ĐẠI TIỆN SAU CẮT TRỰC TRÀNG BẢO TỒN CƠ THẮT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP

Trương Vĩnh Quý¹, Phạm Anh Vũ¹,
Phạm Như Hiệp², Hồ Hữu Thiện², Phan Hải Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chức năng đại tiện của bệnh nhân bị ung thư trực tràng thấp đã trải qua cuộc phẫu thuật cắt trực tràng triệt căn có bảo tồn cơ thắt hậu môn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 4/2009 đến tháng 1/2016, 52 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật nội soi theo phương pháp bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện TW Huế.

Kết quả: Tuổi trung bình $62,7 \pm 12,8$, vị trí u theo nhóm: $\leq 3\text{cm}$ 1,9%; 3 đến $\leq 4\text{cm}$ 17,3%; 4 đến $\leq 5\text{cm}$ 34,6%. Phẫu thuật: cắt gian cơ thắt 14 (26,9%), cắt trước thấp 17 (32,7%), pull-through 21 (40,4%). Khoảng cách miệng nối 1 đến $\leq 2\text{cm}$: 14 (26,9 %); 2 đến $\leq 3\text{cm}$: 21 (40,4%); 3 đến $\leq 4\text{cm}$: 17 (32,7%). 40 bn được đánh giá chức năng đại tiện trong thời gian hậu phẫu: Dưới 3 lần/ngày: 13 (32,5%); 3 đến ≤ 5 lần/ngày: 12 (30%); > 5 lần/ngày: 15 (37,5%). Tái khám sau 3 tháng tần suất đại tiện trung bình $4,7 \pm 3,2$ và 12 tháng $2,7 \pm 1,6$ ($p < 0.01$). Tần suất đại tiện theo nhóm phẫu thuật khác nhau có ý nghĩa thống kê trong 3 tháng, không có ý nghĩa trong 12 tháng.

Kết luận: Phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt cho u trực tràng thấp có thể đảm bảo được chức năng đại tiện chấp nhận được, thậm chí đối với những phẫu thuật cắt một phần hoặc toàn bộ cơ thắt trong phẫu thuật cắt gian cơ thắt tuy giai đoạn sớm có rối loạn về chức năng đại tiện nhưng có thể cải thiện sau 1 năm.

Từ khóa: cắt trực tràng triệt căn có bảo tồn cơ thắt hậu môn, ung thư trực tràng thấp.

ABSTRACT

FUNCTIONAL OUTCOME OF SPHINCTER PRESERVING RECTAL RESECTION FOR LOW RECTAL CANCER

Trương Vĩnh Quý¹, Phạm Anh Vũ¹,
Phạm Như Hiệp², Hồ Hữu Thiện², Phan Hải Thanh²

Objective: This study was designed to evaluate the functional outcome of sphincter-preserving rectal resection for very low rectal cancer.

Materials and methods: From April 2009 to January 2016, there are 52 patients who underwent sphincter-preserving rectal resection with total mesorectal excision with low rectal cancer ($< 6\text{cm}$ from the anal verge) at Hue Central Hospital, Hue, Vietnam.

Results: The average age 62.7 ± 12.8 , the distance of tumor from anal verge include four group ($\leq 3\text{cm}$ 1.9%; 3 to $\leq 4\text{cm}$ 17.3%; 4 to $\leq 5\text{cm}$ 34.6% and $> 5\text{cm}$). Technique: intersphincteric preservation 14 (26.9%), low anterior resection 17 (32.7%) and pull-through procedure 21 (40.4%). The distance of anastomosis from anal verge: from 1 to $\leq 2\text{cm}$: 14 (26.9%); from 2 to $\leq 3\text{cm}$: 21 (40.4%); from 3 to $\leq 4\text{cm}$: 17 (32.7%). Bowels movement of 3 month: 4.7 ± 3.2 and 12th month: 2.7 ± 1.6 ($p < 0.01$).

Conclusions: Sphincter-preserving rectal resection using may provide a good continence. The patients are acceptable with the results of functional outcomes

Keywords: sphincter-preserving rectal resection, low rectal cancer.

1. Trường Đại học Y Dược Huế;
2. 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): Trương Vĩnh Quý
- Email: drquy81@gmail.com; ĐT: 0914 979 418

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật đối với ung thư trực tràng nằm ở vị trí thấp, cách rìa hậu môn dưới 6 cm còn gặp nhiều khó khăn về mặt bảo tồn một phần hay toàn bộ khối cơ thắt hậu môn nhằm đảm bảo được chức năng đại tiện tự nhiên cũng như đảm bảo được an toàn về mặt ung thư học. Theo kinh điển, để hạn chế tối đa tỷ lệ tái phát tại chỗ và quan điểm phẫu thuật theo một khối trong ung thư trực tràng thì hầu hết các khối u cách rìa hậu môn dưới 6 cm phải cắt toàn bộ trực tràng và khối cơ thắt hậu môn [1], [2], [3].

Ngày nay, quan điểm bờ cắt an toàn dưới khối u từ 5 cm trong phẫu thuật ung thư trực tràng xuống còn 2 cm, nhiều tác giả tin rằng 1cm đối với khối u giai đoạn T1, T2 và 2 cm với khối u giai đoạn T3, T4 sẽ đảm bảo được độ an toàn cho bờ cắt an toàn ở dưới u [4], [5].

Cùng với đó, quan điểm phẫu thuật hiện đại là bảo tồn phần cơ quan bệnh lý cũng như phục hồi lại chức năng tự nhiên nếu có thể và hiểu biết về cơ chế kiểm chế bài tiết phân được duy trì bởi hệ thống cơ thắt hậu môn [6]. Cho nên, có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng để bảo tồn cơ thắt hậu môn trong phẫu thuật ung thư trực tràng thấp: Cắt trước thấp, cắt trước cực thấp, đặc biệt là kỹ thuật cắt gian cơ thắt được Schiessel giới thiệu năm 1994 áp dụng cho các khối u nằm cực thấp [7.] và một kỹ thuật bảo tồn cơ thắt khác nữa thường được gọi là phẫu thuật pull-through. Các kết quả ngắn hạn cũng như dài hạn của các phương pháp phẫu thuật này cho thấy đảm bảo được tính an toàn về mặt ung thư học và bệnh nhân cũng chấp nhận được về chức năng đại tiện sau mổ. **Mục tiêu:** Đánh giá lại chức năng đại tiện và khả năng phục hồi chức năng của hậu môn sau cuộc phẫu thuật ung thư trực tràng thấp có bảo tồn cơ thắt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 01/2008 đến tháng 05/2014, 46 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp (nằm ở vị trí dưới 6cm kể từ rìa hậu môn) có kết quả mô bệnh học trước mổ là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện TW Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

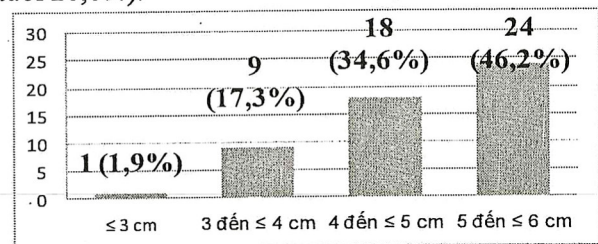
Nghiên cứu tiến cứu, hồi cứu, phân tích dọc, có theo dõi và tái khám định kỳ. Tất cả bệnh nhân trước mổ được làm các xét nghiệm cơ bản, các chất đánh dấu ung thư như CEA và CA10-9; XQ ngực, siêu âm gan, chụp cắt lớp 64 nhất cắt có dựng hình không gian 3 chiều và siêu âm qua ngã trực tràng.

Đánh giá chức năng đại tiện của bệnh nhân bằng cách sử dụng bảng phân độ của Kirwan chia làm các mức độ: Độ 1: đại tiện hoàn toàn bình thường. Độ 2: xì hơi không tự chủ, Độ 3: thỉnh thoảng són phân. Độ 4: són phân nhiều. Độ 5: phân són liên tục, phải làm hậu môn nhân tạo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

52 bệnh nhân trong đó nam chiếm 28 (53,8%), tuổi trung bình 62,7 (40 đến 70 tuổi 65,4%, > 70 tuổi 28,8%).



Biểu đồ 1: Khoảng cách so với rìa hậu môn

Bảng 1 : Giai đoạn T của khối u

Giai đoạn T	n	%
T1	1	1,9
T2	15	2,8
T3	36	69,2
T4	0	0
Tổng	52	100

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2: Tỷ lệ phương pháp phẫu thuật

Phương pháp mổ	n	%	Hậu môn bảo vệ
Cắt gian cơ thắt	14	26,9	5
Cắt trước thấp	17	32,7	4
Pull-through	21	40,4	2
Tổng	52	100	11 (21,2%)

Bảng 3: Khoảng cách miệng nổi

Nhóm	n	%
1 đến ≤ 2 cm	14	26,9
2 đến ≤ 3 cm	21	40,4
3 đến ≤ 4 cm	17	32,7
Tổng	52	100

Bảng 4: Khoảng cách miệng nổi đến rìa hậu môn từng loại phẫu thuật

P. pháp mổ	n	$\bar{X}$	SD	Min	Max
Cắt gian cơ thắt	14	2	0,5	1,5	3
Cắt trước thấp	17	3,3	0,4	2,5	4
Pull-through	21	3	0,6	2	4
Tổng	52	2,8	0,7	1,5	4

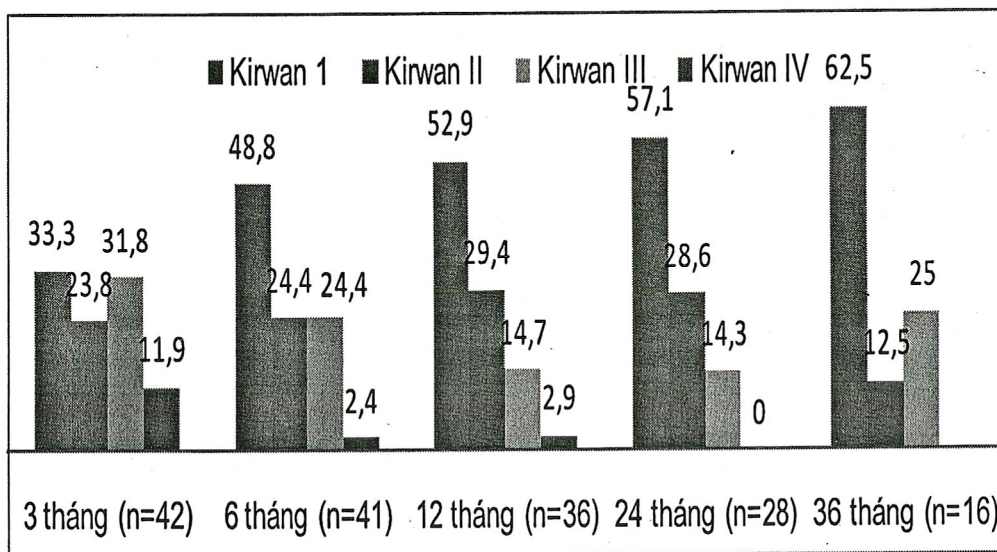
3.3. Kết quả chức năng đại tiện

Bảng 5: Tần suất đại tiện sớm

Nhóm	N	%
< 3 lần/ngày	13	32,5
3 đến < 5 lần/ngày	12	30
> 5 lần/ngày	15	37
Tổng	40	100

Bảng 6: Tần suất đại tiện theo tháng

Giá trị trung bình	Tháng	3	6	12	24	36
N		42	41	34	28	16
$\bar{X}$		4,7	3,4	2,7	2,2	2,1
SD		3,2	2,3	1,6	0,8	1,0
Min		2	1	1	1	1
Max		15	10	7	5	5



Biểu đồ 2: Thang điểm Kirwan theo tháng

IV. BÀN LUẬN

Một sự quan tâm đặc biệt đối với ung thư trực tràng thấp cách rìa hậu môn dưới 6 cm là vấn đề bảo tồn cơ thắt, tránh làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Tuy nhiên, nhiều nhà lâm sàng cho rằng chức năng đại tiện ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân, thậm chí kém hơn cả làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Nhiều bài báo đưa ra để chứng minh tính khả thi và tính chấp nhận của loại phẫu thuật này và mong được trả lại sinh lý đại tiện gần như ban đầu. Điều này đã thôi thúc các nhà lâm sàng nghiên cứu các kỹ thuật và các bằng chứng liên quan đến khả năng bảo tồn khối cơ thắt. Chức năng đại tiện bị ảnh hưởng rõ nhất trong các phẫu thuật cắt gian cơ thắt. Tuy nhiên, có tới 75% bệnh nhân có chức năng đại tiện tốt trong một thời gian theo dõi dài hạn. Các kết quả nghiên cứu cho thấy, chức năng đại tiện ở những bệnh nhân có trải qua cuộc phẫu thuật cắt gian cơ thắt sẽ cải thiện chất lượng đại tiện một năm sau phẫu thuật [8].

Kết quả nghiên cứu chức năng đại tiện được đánh giá về các mặt: tần suất đại tiện, đại tiện gấp, đại tiện đêm, thang điểm Kirwan. Tần suất đại tiện trung bình sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng tương ứng 4,7 lần/ngày, 3,4 lần/ngày, 2,7 lần/ngày, 2,2 lần/ngày và 2,1 lần/ngày. Thang điểm Kirwan tương ứng ghi nhận trong Biểu đồ 2. Số liệu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu:

Li-jen Kuo, nghiên cứu tiền cứu trong nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng thấp với ba loại phẫu thuật: cắt cụt, cắt trước thấp, cắt gian cơ thắt. Kết quả đánh giá chức năng hậu môn trong 22 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gian cơ thắt thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật, có tần suất đại tiện trung bình 4,7 lần/ngày, 1 bệnh nhân không thể đồng hậu môn nhân tạo vì hẹp miệng nối, 36,3% bệnh nhân đại tiện thường với 1-3 lần/ngày, 54,5% bệnh nhân đại tiện 4-6 lần/ngày, 19% đại tiện gấp, 23,8% đại tiện về đêm, điểm Wexner 2,8 và có 90,8% hài lòng với phẫu thuật bảo tồn

cơ thắt. Ermanno Leo, nổi đại tràng - ống hậu môn trên 273 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp. Thời gian theo dõi trung bình 12 tháng. Kết quả về mặt chức năng hậu môn được tác giả ghi nhận trên 132 bệnh nhân với tần suất đại tiện 1-2 lần/ngày chiếm 53,8%, 3-4 lần/ngày chiếm 25%, > 5 lần/ngày chiếm 10,6% và 10,6% đại tiện 1-2 lần/tuần. Theo phân độ theo thang điểm Kirwan thì có Kirwan I: 60,6%, Kirwan II: 7,6%, Kirwan III: 29,5% và không có trường hợp nào yêu cầu làm hậu môn nhân tạo. Gaward nghiên cứu 61 bệnh nhân UTTT cách rìa hậu môn 3,4 cm, bảo tồn cơ thắt 61 bệnh nhân, kết quả Kirwan I-II: 91,8%, Kirwan IV: 8,2%, không có bệnh nhân yêu cầu làm hậu môn nhân tạo. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không có trường hợp nào yêu cầu làm hậu môn nhân tạo do rối loạn đại tiện. Kirwan I và II sau 12 tháng chiếm 82,3%.

Kết quả chức năng đại tiện tương tự kết quả của Nguyễn Minh An với 36 trường hợp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt bằng phẫu thuật nội soi cho ung thư trực tràng thấp, có 27 bệnh nhân được khảo sát về chức năng đại tiện sau phẫu thuật. Kết quả đánh giá theo thang điểm Kirwan I, II có 25/27 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 92,7% và Kirwan III 2/27 chiếm 7,4%, không có trường hợp nào phải làm hậu môn nhân tạo [9]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự.

Một nghiên cứu khác của Phạm Anh Vũ và Phạm Như Hiệp [1], trong lô nghiên cứu 18 bệnh nhân với ung thư trực tràng thể cực thấp được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt có kết quả về chất lượng đại tiện theo Kirwan I, II là 13/18 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 72%, Kirwan III, IV có 5/18 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 28% và không có trường hợp nào phải làm hậu môn nhân tạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả tốt hơn có lẽ tác giả chỉ nghiên cứu nhóm u nằm vị trí cực thấp.

Trần Thiện Hòa, nghiên cứu 28 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp với khối u cách rìa hậu môn dưới 5 cm được phẫu thuật nội soi đường bụng sau đó thực hiện miệng nối bằng khâu tay qua

ngã hậu môn kiểu pull-through. Tác giả chỉ đánh giá kết quả chức năng đại tiện qua đánh giá tần suất đại tiện: < 3 lần/ngày trong 1 tháng 7% và sau 6 tháng 42,9% và ngược lại nhóm có tần suất đại tiện > 3 lần/ ngày. Tác giả kết luận mặc dù có suy giảm chức năng hậu môn, tuy nhiên vẫn còn dễ chấp nhận hơn là mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn [10].

Nguyễn Minh Hải, nghiên cứu bảo tồn cơ thắt cho bệnh nhân ung thư trực tràng thấp với miệng nối bằng khâu tay qua hậu môn trên 20 bệnh nhân trong 3 năm từ 2006 đến 2009, kết quả tần suất đại tiện 5-6 lần/ngày trong 6 tháng đầu và giảm xuống 2-3 lần/ngày trong những tháng tiếp theo [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tần suất đại tiện cũng như thang điểm Kirwan có xu hướng cải thiện một cách rõ rệt sau tháng thứ 6 và tháng thứ 12 với $p < 0,05$.

Vấn đề bảo tồn cơ thắt có lẽ đã được đề cập nhiều. Tuy nhiên, đối với những khối u nằm cực thấp thì các tác giả phân vân giữa bảo tồn cơ thắt hay phải cắt cụt trực tràng vì chức năng đại tiện ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tuy nhiên, với kỹ thuật tốt, khả năng phẫu tích tốt, tránh làm tổn thương nhiều vùng cơ thắt hậu môn trong thực hiện kỹ thuật cắt gian cơ thắt thì có thể đảm bảo được chức năng của hậu môn.

Một nghiên cứu của tác giả Yoshito Akagi người Nhật Bản trên số liệu của chính tác giả và so sánh với 14 bài báo khác cùng phương pháp điều trị được tổng kết từ năm 2000 đến năm 2012. Trong lô nghiên cứu, tất cả 1217 bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt gian cơ thắt với khối u cách rìa hậu môn dưới 6 cm, đặc tính khối u giai đoạn T1 đến T3, thậm chí trong một số nghiên cứu có cả giai đoạn T4, độ tuổi trung bình 51 đến 65 tuổi. Tỷ lệ nối trực tiếp đại tràng hậu môn trong 8 nghiên cứu, làm J-pouch trong một số lô nghiên cứu (100%: 3 lô, 40-60% 2 lô, còn lại dưới 30%) với kết quả chức năng tần suất đại tiện 1,8-4,7 lần, đại tiện gấp < 15 phút 2%-51,7%, Kirwan I: 13,9%-84,6%, Kirwan II: 7,7%-36,6%, Kirwan

III: 3,8%-38,7%, Kirwan IV: 0-27%, làm hậu môn nhân tạo 0-5,9% [20]. Chúng tôi so sánh về tần suất đại tiện trong ba nhóm phẫu thuật là cắt gian cơ thắt, cắt trước thấp và phẫu thuật pull-through. Trong 3 tháng tái khám đầu tiên kết quả tần suất đại tiện của nhóm cắt gian cơ thắt nhiều hơn hai nhóm còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$. Tuy nhiên, kết quả trên có thay đổi sau 12 tháng tái khám chúng tôi nhận thấy mức độ rối loạn về chức năng đại tiện của các nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,3$.

Tác giả Laurent C nghiên cứu trên 125 bệnh nhân (81 phẫu thuật nội soi, 44 phẫu thuật mở) điều trị ung thư trực tràng thấp có bảo tồn cơ thắt bằng phương pháp cắt gian cơ thắt. Đánh giá về chức năng đại tiện trong hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tần suất đại tiện trong hai nhóm 2 lần/ngày, đại tiện gấp trong nhóm mổ nội soi 58% lớn hơn mổ mở 40,9% ($p=0,09$), Wexner 11 trong nhóm mổ nội soi và 12 trong nhóm mổ mở. Trong nghiên cứu này tỷ lệ làm hậu môn nhân tạo là 6,2% trong mổ nội soi, 4,5% trong mổ mở. Các yếu tố nguy cơ làm hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật bảo tồn cơ thắt theo tác giả người Hàn Quốc Seok In Seo nghiên cứu trên 2362 bệnh nhân theo dõi trong 20 tháng là 3% (71 bệnh nhân). Trong đó, do tái phát 38%, do miệng nối (dò, hẹp) 39%, còn lại là do đại tiện không tự chủ.

Tại Việt Nam, tuy mới phát triển từ năm 2006 nhưng từ đó đến nay cũng có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng thấp có bảo tồn cơ thắt. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu nào về chất lượng đại tiện ảnh hưởng như thế nào đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng thấp là một phương pháp điều trị khả thi, đảm bảo được chức năng đại tiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Anh Vũ, Phạm Như Hiệp (2011), “Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng thể cực thấp”, *Y học thực hành*, 764(5), tr.151-154.
2. Ignatov V.L, Kolev N.Y, Tonev A.Y et al (2012), “Clinical outcome of intersphincteric resection for ultra-low rectal cancer”, *Journal of IMAB*, 18(1), pp.226-230.
3. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh (2009), “Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng thấp”, *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 13(1), tr.29-31
4. William N.S, Keighley M.R.B (1999), “*The rectum*”, surgery of Anus, Rectum and Colon, *W.B. Saunders*, London, 71, pp.1220-1241.
5. Lučovnik M, Omejc M (2008), “Resection margins in rectal cancer”, *Folia Gastroenterol Hepatol*, 6(1), pp.31-36.
6. Di B.E, D’Hoore A, Filez L et al (2003), “Sphincter saving rectum resection is the standard procedure for low rectal cancer”, *Int J Colorectal Dis*, 18, pp.463-469
7. Brenner A.S, Menegati J.E.A, Rauen P et al (2013), “Total Ressection of the Mesorectum with Laparoscopic Endo-Anal Pull-Through in the treatment of Distal Rectal Cancer”, *Braz. J. of Video-sur*, 6(2), pp.86-91.
8. Dimitriou N, Michail O, Moris D et al (2015), “Low rectal cancer: Sphincter preserving techniques-salection of patients, techniques outcomes”, *World J Gastrointest Oncol*. 7(7), pp. 55-70.
9. Nguyễn Minh An (2013), *Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong ung thư trực tràng thấp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
10. Trần Thiên Hòa (2012), “Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt trực tràng thấp với miệng nối đại tràng-ống hậu môn khâu tay qua đường hậu môn có bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng thấp”, *Y học Tp Hồ Chí Minh*, 16(1), tr. 147-151.