

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ (SINGLE PORT) CẮT TRỰC TRÀNG TRƯỚC VÀ TRƯỚC THẤP DO UNG THƯ: KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU

Văn Tiến Nhân¹, Phạm Như Hiệp¹, Hồ Hữu Thiện¹, Phạm Anh Vũ¹,
Phan Hải Thanh¹, Nguyễn Thanh Xuân¹, Trần Nghiêêm Trung¹,
Phạm Trung Vy¹, Phạm Xuân Đông¹, Mai Trung Hiếu¹, Phạm Minh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi một lỗ cắt trực tràng trước và trước thấp do ung thư.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả không đối chứng các bệnh nhân được phẫu thuật cắt trực tràng trước và trước thấp bằng phẫu thuật nội soi một lỗ từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 11 năm 2015 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: 2 bệnh nhân được cắt trước và 4 bệnh nhân được cắt trước thấp bằng phẫu thuật nội soi một lỗ. Thời gian mổ trung bình là 225 phút, lượng máu mất là 63,3 ml, không có tai biến trong mổ, không có chuyển mổ mở hay đặt thêm trocar, không có tử vong trong và sau mổ, 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, không có trường hợp nào tái phát.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi một lỗ cắt trực tràng trước và trước thấp là một kỹ thuật có tính khả thi, tuy nhiên cần những nghiên cứu quy mô lớn hơn nữa để khẳng định tính an toàn và kết quả ung thư lâu dài.

Từ khóa: Nội soi một lỗ, cắt trực tràng trước

SUMMARY

SINGLE PORT LAPAROSCOPIC ANTERIOR AND LOW ANTERIOR RESECTION FOR RECTAL CANCER: SHORT-TERM RESULTS

Van Tien Nhan¹, Pham Nhu Hiep¹, Ho Huu Thien¹, Pham Anh Vu¹,
Phan Hai Thanh¹, Nguyen Thanh Xuan¹, Tran Nghiem Trung¹,
Pham Trung Vy¹, Pham Xuan Dong¹, Mai Trung Hieu¹, Pham Minh Duc¹

Objective: Evaluate the initial results of single port laparoscopic anterior and low anterior resection for rectal cancer.

Material and method: Prospective analysis of patients was performed anterior and low anterior resection by single port laparoscopic 03/2014 to 11/2015 at Hue Central Hospital.

Results: The single port laparoscopy has been performed in 2 anterior resections and 4 low anterior resections. Overall operative time was 225 minutes, estimated blood loss was 63.3 ml, no intra and post complication, conversion to conventional laparoscopic surgery and to open surgery were 0, 1 incisional infection, no recidivisme.

Conclusion: Short-term results suggest that single port laparoscopic for rectal disease is feasible. Oncological safety and the possible benefits to be proven by long-term studies.

Keywords: laparoscopic anterior, anterior resection for rectal

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 21/10/2015 ; Ngày phản biện (revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Lê Lộc
- Người phản hồi (Corresponding author): Văn Tiến Nhân
- Email: vantiennhan83@gmail.com ; ĐT: 0918206855

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong 2 thập kỷ qua, có nhiều tiến bộ vượt bậc trong việc điều trị ung thư trực tràng. Cắt trực tràng bằng phẫu thuật nội soi được chứng minh bằng nhiều nghiên cứu lâm sàng có giá trị tin cậy cao trên thế giới là phương pháp an toàn hơn so với mổ mở. Phẫu thuật nội soi có các ưu điểm so với mổ hở là ít đau, ít mất máu, phục hồi nhanh, thời gian nằm viện ngắn, biến chứng thấp hơn và có giá trị thẩm mỹ cao[5]. Kết quả về mặt ung thư học cũng không có sự khác biệt so với mổ mở[11]. Tuy nhiên, trong phẫu thuật nội soi truyền thống kích thước và số lượng vết rạch da trong đặt trocar rất quan trọng bởi vì chúng liên quan chặt chẽ đến các nguy cơ và biến chứng sau mổ như đau, nhiễm trùng, tổn thương mạch máu và thần kinh thành bụng, thoát vị vết mổ... Do đó, các phẫu thuật viên nội soi hiện nay vẫn tiếp tục nỗ lực làm giảm kích thước và số lượng các vết rạch da để tối đa hóa các lợi ích của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu[10]. Về khía cạnh này, sự ra đời của phẫu thuật nội soi một lỗ đã khắc phục hoặc ít nhất là làm giảm các nguy cơ và biến chứng do số lượng và kích thước lỗ trocar gây ra. Năm 2008, phẫu thuật nội soi một lỗ (single port) lần đầu tiên được thực hiện trong cắt trực tràng bởi Bucher và Remzi, và cho đến nay đã trở thành một phương pháp được lựa chọn ở nhiều trung tâm trên thế giới[1], [8]. Tại Huế, trong điều trị ung thư đại trực tràng, phẫu thuật nội soi một lỗ được sử dụng đầu tiên năm 2012[6] để cắt đại tràng phải, đến năm 2014 được sử dụng để cắt đại tràng xuống, đại tràng Sigma, cắt trực tràng trước, cắt trực tràng trước thấp, cắt cụt trực tràng và cắt toàn bộ trực tràng. Nghiên cứu này chúng tôi thực hiện nhằm mục đích đánh giá kết quả bước đầu cắt trực tràng trước và trước thấp do ung thư bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng một lỗ sau hơn 1 năm triển khai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Bao gồm 6 bệnh nhân bị ung thư trực tràng cao và trung gian giai đoạn T3NxM0 được phẫu thuật cắt trực tràng trước và trước thấp bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng một lỗ từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 11 năm 2015 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu có theo dõi không đối chứng

Kỹ thuật mổ

- *Tư thế bệnh nhân và vị trí kẹp mổ:*

Bệnh nhân được đặt nằm trên bàn mổ chống trượt, tư thế sản khoa với 2 đầu gối hạ thấp, tay phải song song với cơ thể, tay trái dạng khoảng 70-80°. Màn hình nội soi đặt ở bên trái bệnh nhân. Phẫu thuật viên và người phụ đứng bên phải bệnh nhân.

- *Đặt kênh thao tác bằng chất dẻo qua đường vào (lỗ) duy nhất trên thành bụng:*

Rạch da đường dọc ngang qua rốn khoảng 2-2,5 cm, mở cân và mở phúc mạc tạo nên một lỗ vào ổ bụng duy nhất, kích thước mở cân tránh quá dài so với kênh thao tác làm xì hơi trong quá trình phẫu thuật. Qua lỗ vào vừa tạo ra, đặt kênh thao tác bằng chất dẻo. Bơm hơi ổ phúc mạc với áp lực từ 10-15 mmHg.

- *Giải phóng đại tràng trái:*

Bước đầu tiên sau khi đặt trocar là thăm sát các cơ quan trong khung chậu, sau đó bệnh nhân được đặt tư thế đầu thấp tối đa và nghiêng phải, phẫu thuật viên dùng kim gấp ruột kéo đại tràng Sigma về phía bên phải, tay phải dùng móc điện cắt lớp phúc mạc bao phủ bờ ngoài của đại tràng sigma ở dọc đường trắng của mạc Toldt.

Đại tràng sigma sau khi được di động được nâng lên. Bắt đầu phẫu tích phía trong của mạc treo đại tràng sigma, sau đó phẫu tích xuống dưới theo mặt phẳng phẫu tích trước mạc Waldeyer, quá trình phẫu tích này phải thực hiện gần sát với động mạch trực tràng trên để tránh làm tổn thương các dây thần kinh

Phẫu thuật nội soi một lỗ (single port)...

của bó mạch hạ vị trên. Tiến hành xác định và bộc lộ động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và cắt đôi động tĩnh mạch mạc treo tràng dưới sát gốc bằng kéo sau khi kẹp bằng clip. Tiếp tục di động đại tràng về phía góc lách theo mặt phẳng phẫu tích (plan) trước mạc Gérota.

- Cắt mạc treo trực tràng:

Giải phóng trực tràng bằng cách dùng kéo hoặc móc kết hợp dao điện hoặc dao siêu âm để đi vào mặt phẳng nằm giữa mạc treo trực tràng phía trước và đám rối trước xương cùng ở phía sau, đi xuống sâu nhất có thể. Tiếp tục phẫu tích theo mặt phẳng này xuống phía dưới bằng cách xẻ dọc thành bên phải của phúc mạc chậu hông, và hướng dẫn vào đường giữa ở vị trí túi cùng bàng quang trực tràng hoặc trực tràng âm đạo. Tương tự như bên trái, chú ý là phúc mạc 2 bên trực tràng này được xẻ phải cách niệu quản 1 cm về phía trong.

- Cắt trực tràng:

Sau khi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và trực tràng được giải phóng hoàn toàn, dùng stapler thẳng nội soi (endo GIA) cắt rời trực tràng ở đáy chậu.

- Hạ góc đại tràng trái

Dùng dao điện hoặc dao siêu âm tiếp tục cắt mạc Toldt, rồi cắt mô mỡ nằm giữa dây chằng lách-đại tràng, sau đó là 1/3 trái mạc treo đại tràng ngang. Tiếp theo, gỡ 1/2 trái đại tràng ngang ra khỏi mạc nối lớn. Sau đó, mạc treo đại tràng được cắt từ vị trí thắt bó mạch mạc treo tràng dưới cho đến vị trí dự định làm miệng nối trên thành đại tràng.

- Làm miệng nối

Rút port, đưa đầu trực tràng kèm u ra ngoài, cắt đoạn trực tràng kèm u, đặt đe và khâu vòng mép đại tràng, đưa lại đại tràng vào ổ bụng. Đặt lại port, đưa máy khâu nối qua hậu môn và thực hiện khâu nối. Chúng tôi thường sử dụng máy khâu nối EEA 28 hoặc 31 mm.

Các thông số đánh giá

- Trong mổ:

Thời gian phẫu thuật

Tai biến trong mổ

Lượng máu mất

Chuyển mổ mở

Tử vong

- Sau mổ:

Thời gian hậu phẫu

Đau sau mổ

Biến chứng sau mổ

Thời gian nằm viện

Tái khám 3 tháng, 6 tháng, 1 năm.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Trong thời gian từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 11 năm 2015 chúng tôi đã thực hiện 2 trường hợp cắt trực tràng trước và 4 trường hợp cắt trước thấp (tổng cộng 6 bệnh nhân, 2 nam và 4 nữ) bị ung thư trực tràng cao và trung gian bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng một lỗ. Tuổi trung bình là $62,8 \pm 13,6$ trong đó cao nhất là 82 tuổi, thấp nhất là 49. Phân loại u theo T gồm có 2 trường hợp T2, 4 trường hợp T3, không có T1 và T4. Về vị trí u có 4 trực tràng trung gian và 2 trực tràng cao

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 1: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	N=6
Thời gian mổ (phút)	
Trung bình	225(180-300)
SD	44,6
Ước lượng lượng máu mất (ml)	
Trung bình	63,3(50-80)
SD	14,2
Truyền máu trong mổ (n)	0
Tai biến trong mổ (n)	0
Tử vong trong mổ (n)	0
Đặt thêm trocar (n)	0
Chuyển mổ mở (n)	0
Dẫn lưu (n)	0
Kích thước u(cm)	
Trung bình	3,4(1-5)
SD	1,4

3.3. Đặc điểm sau mổ

Bảng 2: Đặc điểm sau mổ

Đặc Điểm	N=6
Thời gian nằm viện (ngày)	
<i>Trung bình</i>	10,2(6-18)
<i>SD</i>	4,1
Thời gian trung tiện trở lại (ngày)	
<i>Trung bình</i>	2,5(2-3)
<i>SD</i>	5,5
Thời gian dùng giảm đau (ngày)	
<i>Trung bình</i>	5,2(4-7)
<i>SD</i>	1,0
Biến chứng sau mổ (n)	
<i>Dò miệng nổi</i>	0
<i>Chảy máu</i>	0
<i>Tắc ruột sớm</i>	0
<i>Rối loạn tiểu tiện</i>	0
<i>Nhiễm trùng vết mổ</i>	1
<i>Thoát vị</i>	0
<i>Khác</i>	0
Tái phát (n)	
<i>3 tháng</i>	0
<i>6 tháng</i>	0
<i>1 năm</i>	0
Tử vong sau mổ (n)	0

IV. BÀN LUẬN

Giảm sang chấn trong phẫu thuật đã là một vấn đề quan trọng trong tất cả các kỹ thuật phẫu thuật mới trong hai thập kỷ qua và phẫu thuật nội soi chắc chắn là bước đột phá quan trọng nhất. Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt trực tràng do ung thư hiện nay được sử dụng thường quy ở nhiều trung tâm trên

thế giới. Phương pháp tiếp cận mới nội soi một lỗ liên tục được phát triển để nâng cao hơn nữa kết quả thẩm mỹ và làm giảm các biến chứng. Trong phẫu thuật nội soi một lỗ trực tràng, bóc tách trong ổ bụng và thao tác mô nói chung là không khác nhiều so với nội soi truyền thống, nhưng phẫu thuật nội soi một lỗ khác ở chỗ chỉ sử dụng một vết rạch. Những gì được biết vào thời điểm này là phẫu thuật nội soi một lỗ cắt trực tràng là khả thi và an toàn nếu được thực hiện bởi bác sĩ phẫu thuật nội soi có kinh nghiệm[4].

Về mặt kỹ thuật, phẫu thuật cắt trực tràng trước và trước thấp do ung thư cần phải cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Đây là phẫu thuật có thể thực hiện được bằng nội soi ổ bụng. Việc thực hiện phẫu thuật nội soi xâm nhập tối thiểu cho phép giảm đau sau mổ, giảm sang chấn ổ bụng và mang lại kết quả thẩm mỹ cao, phẫu thuật nội soi một lỗ càng tăng thêm các lợi ích trên bằng cách sử dụng duy nhất một vết mổ và giảm kích thước của đường mổ. Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có thể thực hiện tốt bằng phẫu thuật nội soi một lỗ tuy nhiên kỹ thuật phức tạp hơn nhiều so với phẫu thuật nội soi truyền thống. Do đó cần có sự lựa chọn bệnh nhân kỹ càng, cũng như phải được thực hiện bởi các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm, đã thực hiện nhiều phẫu thuật cắt trực tràng bằng phẫu thuật nội soi truyền thống nhiều công[3]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành lựa chọn bệnh nhân kỹ càng, đặc biệt theo phân loại T chúng tôi chọn các bệnh nhân có các khối u chưa xâm lấn các cơ quan xung quanh ($T \leq 3$), điều này cũng phù hợp với các tác giả khác như Say June Kim và Min Soo Cho[7], [9]. Chúng tôi không gặp tai biến nào trong mổ, không có tử vong trong mổ, lượng máu mất trung bình là 63,3 ml, thời gian mổ trung bình là 225 phút, không có trường hợp nào đặt dẫn lưu, không có trường hợp nào chuyển mổ mở hoặc đặt thêm trocar. Tác giả Say June Kim trong nghiên cứu của mình báo cáo 3 trường hợp cần truyền máu, lượng máu mất trung bình là 279 ml và có 3 trường hợp tai biến trong mổ, tuy nhiên nghiên cứu của tác giả được thực hiện trên

68 bệnh nhân, lớn hơn nhiều so với chúng tôi chỉ 5 bệnh nhân[9].

Bảng 3: So sánh với một số tác giả khác

Đặc điểm	Chúng tôi N=6	Say June Kim[9] N=68	Min Soo Cho[7] N=32
Thời gian mổ (phút)	225	226	167
Lượng máu mất (ml)	63,3	279	91,2
Truyền máu trong mổ (n)	0	3	0
Tai biến trong mổ (n)	0	3	0
Biến chứng sau mổ (n)	1	6	8
Tử vong trong mổ (n)	0	0	0
Kích thước u(cm)	3,4	3,4	1,7

Về mặt biến chứng sau mổ, các tác giả đều nhận định rằng dò miệng nối trong phẫu thuật tiêu hóa nói chung và trong phẫu thuật trực tràng nói riêng là biến chứng quan trọng nhất bởi vì nó gây ra những hậu quả nặng nề, làm tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng tỷ lệ tử vong và tăng tỉ lệ tái phát tại chỗ ung thư. Đối với bệnh nhân, việc mổ lại làm bệnh nhân chịu đựng 1 stress, lo lắng và căng thẳng về tình trạng bệnh của mình, ngoài ra việc làm hậu môn nhân tạo khi mổ lại làm bệnh nhân khó chịu thậm chí làm ảnh hưởng đến quan hệ giữa người thầy thuốc và bệnh

nhân[2]. Nghiên cứu chúng tôi bước đầu chưa có trường hợp nào bị dò miệng nối, chúng tôi chỉ gặp một trường hợp nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa, không cần phải can thiệp ngoại khoa. Tác giả Min Soo Cho gặp 8 trường hợp biến chứng sớm sau mổ[7], còn Say June Kim gặp 6 trường hợp, trong đó 4 trường hợp dò miệng nối, tất cả các bệnh nhân này đều được mổ lại mở thông hồi tràng, súc rửa ổ bụng, làm lại miệng nối và đặt dẫn lưu, hồi tràng được đóng lại sau đó, không có trường hợp nào tử vong[9].

Cuối cùng, kết quả dài hạn về mặt ung thư học và thời gian sống thêm là vấn đề quan trọng nhất. Tuy nhiên cho đến bây giờ, chưa có nghiên cứu nào chứng tỏ phẫu thuật nội soi single port trong cắt trực tràng có kết quả ung thư tốt hơn và thời gian sống thêm lâu hơn so với phẫu thuật mở và nội soi truyền thống, mà các nghiên cứu dài hạn chỉ tập trung nghiên cứu các vấn đề liên quan đến số lượng và kích thước vết rạch da như thoát vị, chất lượng cuộc sống, vấn đề thẩm mỹ...[4] Nghiên cứu của chúng tôi gồm 6 bệnh nhân được mổ từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 11 năm 2015 chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát hoặc tử vong.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá kết quả ban đầu phẫu thuật nội soi một lỗ cắt trực tràng trước và trước thắp cho thấy đây là một kỹ thuật khả thi, tuy nhiên số lượng bệnh nhân còn quá ít. Để thiết lập tính khả thi, an toàn cũng như kết quả lâu dài về mặt ung thư học cần phải có nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên quy mô lớn so sánh với phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi truyền thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bucher P, Pugin F, Morel P. *Single port access laparoscopic right hemicolectomy*. Int J Colorectal Dis 2008;23:1013-16.
2. L de Calan, B Gayet, P Bourlier, T Perniceni. *Chirurgie du cancer du rectum par laparotomie et par laparoscopie*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 2004, 40-630.
3. F Dumont, D Goéré, C Honoré, D Elias. *Technique chirurgicale: Résection antérieure du rectum avec exérèse totale du mésorectum par cœlioscopie single port*. Journal de Chirurgie Viscérale (Elsevier Masson France), 2013,150, 208-212.
4. Ida Lolle, Steffen Rosenstock & Orhan Bulut. *Single - port laparoscopic rectal surgery – a systematic review*. Dan Med J 2014;61(7):A4878.
5. Kang SB, Park JW, Jeong SY et al. *Open versus*

- laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short term outcomes of an open-label randomized controlled trial. Lancet Oncol 2010;11:637-45.*
6. Phạm Như Hiệp, Phạm Trung Vỹ, Lê Lộc, Lê Mạnh Hà, Bùi Đức Phú, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Trần NghiêM Trung, Văn Tiến Nhân, Trần Sỹ Doãn Điềm, Phạm Xuân Đông, Mai Trung Hiếu. *Phẫu thuật nội soi một lỗ ung thư đại tràng phải: Phân tích nguyên nhân mổ mở*. Tạp chí Y Dược Học, số 22+23, 2014, tr. 100-104.
 7. Min Soo Cho, Byung Soh Min. *Robotic versus laparoscopic Single Port anterior resection for sigmoid colon cancer*. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons 2014 abstract archive, <http://www.sages.org/>.
 8. Remzi FH, Kirat JH, Geisler DP. *Single-port laparoscopy in colorectal surgery*. Colorectal Dis 2008;10:823-26.
 9. Say-June Kim, Byung-Jo Choi and Sang Chul Lee. *A novel single-port laparoscopic operation for colorectal cancer with transanal specimen extraction: a comparative study*. BMC Surgery 2015, 15:10. <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/15/10>.
 10. Swank HA, Mulder IM, la Chapelle CF, Reitsma JB, Lange JF, Bemelman WA: *Systematic review of trocar-site hernia*. Br J Surg 2012, 99(3):315–323.
 11. Trastulli S, Cirocchi R, Listorti C et al. *Laparoscopic vs open resection for rectal cancer: a meta-analysis of randomized clinical trials*. Colorectal Dis 2012;14:e277-e296.