

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY VÉT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TIẾN TRIỂN

Phạm Minh Đức^{1,2}, Phạm Như Hiệp², Nguyễn Thanh Xuân^{1,2}, Lê Đức Anh^{1,2,3}

¹Bộ môn Ngoại, trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Việt Nam

²Khoa Ngoại Nhi và Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

³Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày tiến triển được điều trị bao gồm phẫu thuật cắt dạ dày và vét hạch D2. Phẫu thuật nội soi vẫn chưa được thực hiện rộng rãi trong điều trị ung thư dạ dày tiến triển. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày tiến triển.

Đối tượng, phương pháp: Gồm có 51 bệnh nhân ung thư dạ dày tiến triển được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2 từ tháng 02/2022 đến tháng 12/2023.

Kết quả: Theo TNM của AJCC lần thứ 8 tỷ lệ giai đoạn pIIA, pIIB, pIIIA và pIIIB lần lượt là 41,2%, 33,3%, 19,6% và 5,9%. Phương pháp phẫu thuật có 72,5% được thực hiện cắt phần xa dạ dày và 27,5% cắt toàn bộ dạ dày. Thời gian phẫu thuật trung bình $187,75 \pm 46,01$ phút (120 - 330 phút). Biến chứng sau phẫu thuật là 13,7%, và không có trường hợp tử vong. Theo phân độ Clavien-Dindo có 9,8% độ I, 3,9% độ II và 1,9% độ III.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi vét hạch D2 là một phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị UTDD tiến triển ở kết quả ngắn hạn.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, ung thư dạ dày tiến triển, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2.

ABSTRACT

SHORT - TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOR ADVANCED GASTRIC CANCER

Phạm Minh Đức^{1,2}, Phạm Như Hiệp², Nguyễn Thanh Xuân^{1,2}, Lê Đức Anh^{1,2,3}

Background: Treatment Advanced gastric cancer is gastrectomy with D2 lymph node dissection. Evidence of implementation of laparoscopic gastrectomy for locally advanced gastric cancer is currently insufficient, so we offer a study to evaluate this laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy for advanced gastric cancer.

Methods: A descriptive study included 51 patients with advanced gastric cancer, who underwent laparoscopic gastrectomy from February 2022 to December 2023.

Results: According to the TNM of the 8th AJCC, the rates of pIIA, pIIB, pIIIA and pIIIB stages were 41.2%, 33.3%, 19.6% and 5.9%, respectively. The surgical method was 72.5% distal gastrectomy and 27.5% total gastrectomy. The average surgical time was 187.75 ± 46.01 minutes (120 - 330 minutes). Postoperative complications were 13.7%, and there were no deaths. According to the Clavien-Dindo classification, there were 9.8% stage I, 3.9% stage II and 1.9% stage III.

Conclusion: Laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy is a safe and feasible procedure for the treatment of advanced gastric cancer in short - term results.

Keywords: Gastric cancer, advanced gastric cancer, laparoscopic gastrectomy, D2 lymphadenectomy.

Ngày nhận bài: 15/10/2024. Ngày chỉnh sửa: 01/12/2024. Chấp thuận đăng: 15/12/2024

Tác giả liên hệ: Lê Đức Anh. Email: drleducanh92@gmail.com. ĐT: 0973148385

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ năm (5,6%), và là nguyên nhân thứ tư (7,7%) gây tử vong do bệnh lý ác tính trên toàn thế giới theo dữ liệu GLOBOCAN 2020 [1]. Kể từ khi phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày được thực hiện đầu tiên bởi Kitano vào năm 1991, phương pháp này đã trở nên phổ biến và được thực hiện rộng rãi [2]. Nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đã chứng minh PTNS có kết quả ngắn hạn tốt hơn so với phẫu thuật mở (PTM) và tỷ lệ sống thêm tổng thể là tương đương trong điều trị UTDD [3, 4]. Mặc dù thời gian phẫu thuật dài hơn so với PTM, tuy nhiên PTNS mang lại ưu điểm về lượng máu mất ít hơn, giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, phục hồi nhu động ruột và ăn lại nhanh hơn, vận động sớm và thời gian nằm viện ngắn hơn. Ngày nay chỉ định PTNS cắt dạ dày không ngừng gia tăng, ngay cả đối với UTDD tiến triển [5, 6].

Theo hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản năm 2021 phiên bản thứ 8 [4] đã đưa ra khuyến nghị là UTDD giai đoạn sớm (cT1,N0,M0) chỉ cần phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D1 hoặc D1+, và đối với UTDD giai đoạn tiến triển (cT1,N+ hoặc cT2-4,M0) cần phải phẫu thuật vét hạch D2. PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 điều trị UTDD tiến triển đã được báo cáo trong các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng ở Nhật Bản (nghiên cứu JCOG0912) [7], Hàn Quốc (nghiên cứu KCLASS-02) [5] và Trung Quốc (nghiên cứu CLASS-01) [8]. Các nghiên cứu này đã xác nhận thời gian ăn lại nhanh hơn đáng kể đối với nhóm bệnh nhân được điều trị bằng PTNS, và xu hướng thuận lợi liên quan đến mất máu trong phẫu thuật và thời gian nằm viện đối với nhóm PTNS. Không thấy sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật và tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày giữa hai nhóm. Kỹ thuật vét hạch D2 cũng được khuyến nghị trong các hướng dẫn của Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia Mỹ (NCCN) [9] và Hiệp hội Ung thư Y khoa Châu Âu (ESMO) [10].

Ở Việt Nam, nhiều trung tâm y tế lớn trên cả nước đã có các nghiên cứu về PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 điều trị UTDD ở tất cả các giai đoạn. Do đó ở nghiên cứu này, chúng tôi tập trung đánh giá kết quả ngắn hạn của PTNS vét hạch D2 đối với UTDD tiến triển.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 51 bệnh nhân UTDD tiến triển được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023. Tiêu chuẩn chọn bệnh, bao gồm: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; ung thư dạ dày đã được chứng minh về mặt mô học thông qua nội soi sinh thiết; giai đoạn bệnh lý xác định là từ T2-4a,N0-3,M0 theo phân loại TNM của AJCC năm 2021, phiên bản thứ 8 [11]; không có bằng chứng di căn xa (trước và trong quá trình phẫu thuật); ASA từ I-III. Tiêu chuẩn loại trừ là UTDD tái phát; được điều trị hóa chất trước phẫu thuật; có khối u ở vị trí khác kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiền cứu. Các thông tin nghiên cứu về đặc điểm của bệnh nhân gồm có tuổi, giới tính, BMI, bệnh lý kèm theo, tiền sử phẫu thuật bụng, ASA. Đặc điểm phẫu thuật mô tả phương pháp cắt dạ dày, kỹ thuật thực hiện miệng nối, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở và truyền máu trong mổ. Kết quả giải phẫu bệnh lý đánh giá giai đoạn TNM theo AJCC phiên bản thứ 8, số lượng hạch thu được, số lượng hạch dương tính. Kết quả phẫu thuật bao gồm thời gian phục hồi nhu động ruột, thời gian ăn lại, thời gian rút dẫn lưu, biến chứng, thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

Tất cả bệnh nhân đều được PTNS cắt dạ dày triệt để, với nạo vét hạch D2 theo hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản năm 2021 phiên bản thứ 8 [4]. Phương pháp cắt dạ dày tùy thuộc vào vị trí khối u và hình ảnh đại thể. Cắt phần xa dạ dày được thực hiện đối với các khối u nằm ở 1/3 dưới hoặc 1/3 giữa dạ dày nếu diện cắt gần được đảm bảo, tối thiểu từ 3 đến 5 cm ở gần tùy thuộc vào mức độ xâm lấn. Cắt toàn bộ dạ dày được thực hiện đối với các khối u ở 1/3 trên hoặc ở 1/3 giữa mà không thể đạt được biên độ cắt bỏ gần thỏa đáng. Đối với các khối u ở tâm vị (Siwert II - III), cần kiểm tra sinh thiết lạnh diện cắt gần bất cứ khi nào không chắc chắn về khoảng cách. Các khối u Siwert I được loại khỏi nghiên cứu.

Phân tích thống kê đã được thực hiện bằng phần mềm SPSS (22.0, SPSS, Chicago, IL, Hoa Kỳ). Các biến định lượng được hiển thị theo giá trị trung bình

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2...

± độ lệch chuẩn (SD), và các biến định tính được biểu thị dưới dạng phần trăm.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm có 51 bệnh nhân UTDD tiến triển với độ tuổi trung bình là 62,55 ± 12,54 tuổi (28 - 87 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 2,6/1. Chỉ số BMI trung bình là 20,52 ± 3,06 kg/m². Tiền sử có 7,8% được phẫu thuật vùng bụng trước đó và 25,5% có bệnh lý kèm theo. Chỉ số ASA gồm có 74,5% ASA 1, 21,6% ASA 2 và 3,9% ASA 3. Vị trí của u dạ dày ở 1/3 dưới là 66,7%, trong khi vị trí 1/3 giữa và 1/3 trên lần lượt là 31,4% và 1,9%.

Phương pháp phẫu thuật có 72,5% được thực hiện cắt phần xa dạ dày và 27,5% cắt toàn bộ dạ dày. Kỹ thuật làm miệng nối với 41,2% là Billroth II và 58,8

Roux-en-Y. Thời gian phẫu thuật trung bình 187,75 ± 46,01 phút (120 - 330 phút). Không có trường hợp này cần chuyển đổi phương pháp hoặc truyền máu trong mổ. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau phẫu thuật theo phân loại TNM của AJCC lần thứ 8 được mô tả ở Bảng 3, tỷ lệ giai đoạn pIIA, pIIB, pIIIA và pIIIB lần lượt là 41,2%, 33,3%, 19,6% và 5,9%.

Kết quả phẫu thuật ghi nhận thời gian phục hồi nhu động ruột trung bình là 3,51 ± 0,93 ngày, và thời gian ăn lại trung bình là 4,35 ± 1,20 ngày. Biến chứng sau phẫu thuật là 13,7%, và không có trường hợp tử vong. Theo phân độ Clavien - Dindo đánh giá có 9,8% độ I, 3,9% độ II và 1,9% độ III. Tỷ lệ phẫu thuật lại là 1,9%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,43 ± 3,81 (4 - 28).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Kết quả	
Tuổi (năm)	Mean ± SD	62,55 ± 12,54 (28 - 87)	
Giới (n, %)	Nữ	14	27,5 %
	Nam	37	72,5 %
BMI (kg/m²)	Mean ± SD	20,52 ± 3,06	
Tiền sử phẫu thuật vùng bụng	(n, %)	4	7,8 %
Bệnh lý kèm theo (n, %)	Tăng đường huyết	2	3,9 %
	Tăng huyết áp	4	7,8 %
	Tim mạch	1	1,9 %
	Hô hấp	2	3,9 %
	Tiêu hóa	4	3,9 %
	Tiết niệu	3	5,8 %
ASA (n, %)	1	38	74,5 %
	2	11	21,6 %
	3	2	3,9 %
Vị trí u dạ dày	1/3 trên	1	1,9 %
	1/3 giữa	16	31,4 %
	1/3 dưới	34	66,7 %

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vết hạch D2...

Bảng 2: Đặc điểm trong quá trình phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả	
Phương pháp phẫu thuật (n, %)	Cắt phần xa dạ dày	37	72,5 %
	Cắt toàn bộ dạ dày	14	27,5 %
Thực hiện miệng nổi	Billroth II	21	41,2
	Roux-en-Y	30	58,8
Thời gian phẫu thuật (phút)	Mean ± SD	187,75 ± 46,01 (120 - 330)	
Chuyển đổi phương pháp	(n, %)	0	0,0 %
Truyền máu trong mổ	(n, %)	0	0,0 %

Bảng 3: Đặc điểm giải phẫu bệnh lý

Đặc điểm		Kết quả	
Giai đoạn pT (n, %)	pT2	4	7,8 %
	pT3	37	72,6 %
	pT4a	10	19,6 %
Giai đoạn pN (n, %)	pN0	21	41,2 %
	pN1	14	27,5 %
	pN2	12	23,5 %
	pN3	4	7,8 %
Số hạch nạo vét	Mean ± SD	16,27 ± 6,14 (5 - 47)	
Số hạch dương tính	Mean ± SD	2,35 ± 2,95 (0 - 14)	
Giai đoạn pTNM	pIIA	21	41,2 %
	pIIB	17	33,3 %
	pIIIA	10	19,6 %
	pIIIB	3	5,9 %

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả	
Phục hồi nhu động ruột (ngày)	Mean ± SD	3,51 ± 0,93 (2 - 6)	
Thời gian ăn lại (ngày)	Mean ± SD	4,35 ± 1,20 (2 - 7)	
Thời gian rút dẫn lưu	Mean ± SD	4,31 ± 1,19 (3 - 7)	
Biến chứng sau mổ (n, %)	Tổng	7	13,7 %
	Nhiễm trùng vết mổ	3	5,9 %
	Hội chứng chậm rỗng dạ dày	2	3,9 %
	Rò mỏm tá tràng	1	1,9 %

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2...

Đặc điểm		Kết quả	
Biến chứng sau mổ (n, %)	Rò miệng nối	0	0,0 %
	Chảy máu miệng nối	1	1,9 %
	Viêm phổi	1	1,9 %
Phân độ Clavien - Dindo	I	5	9,8 %
	II	2	3,9 %
	III	1	1,9 %
Phẫu thuật lại (n, %)		1	1,9 %
Tử vong (n, %)		0	0,0 %
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	Mean $\pm$ SD	9,43 $\pm$ 3,81 (4 - 28)	

IV. BÀN LUẬN

Kể từ báo cáo đầu tiên về PTNS điều trị UTDD của Kitano [2] vào năm 1994, phương pháp này đã được phát triển trong thời gian gần đây với nhiều ưu điểm, như: ít đau sau mổ, giảm phản ứng viêm, hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn và thẩm mỹ hơn so với PTM. Bên cạnh đó, kỹ thuật nạo vét hạch càng ngày càng được quan tâm và được xem là yếu tố quan trọng đối với phẫu thuật triệt để điều trị UTDD [6]. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản năm 2021, PTNS cắt dạ dày kèm vét hạch D2 được xem là phương pháp phẫu thuật tiêu chuẩn đối với những bệnh nhân UTDD tiến triển có thể cắt bỏ được [12]. Do đó, nhiều nghiên cứu lớn đã được thực hiện để đánh giá về tính an toàn của PTNS tập trung vào UTDD giai đoạn tiến triển [6, 13]. Trở ngại của phẫu thuật vét hạch D2 liên quan đến kỹ thuật thực hiện khó hơn và đòi hỏi kỹ năng cao hơn của phẫu thuật viên. Về đánh giá UTDD tiến triển, các nghiên cứu ở Châu Á (như Nhật Bản, Hàn Quốc và Trung Quốc) đã lựa chọn bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn T2-4a, N0-3 và M0 [14-16]. Nghiên cứu của chúng tôi có sự lựa chọn tương tự với các nghiên cứu trên, trong đó ghi nhận đa phần khối u ở giai đoạn T3 với 72,4%, giai đoạn T2 có tỷ lệ 7,8% và T4a là 19,6%. Phân chia giai đoạn N, nghiên cứu ghi nhận 27,5% N1, 23,5% N2 và 7,8% N3.

Về đặc điểm trong phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận vị trí u dạ dày đa phần ở 1/3 dưới (66,7%), tiếp theo là 1/3 giữa (31,4%) và một trường

hợp ở 1/3 trên (1,9%). PTNS cắt phần xa dạ dày được thực hiện ở 37 trường hợp (72,5%), trong đó có 34 trường hợp u 1/3 dưới và 3 trường hợp u 1/3 giữa vẫn đảm bảo diện cắt trên. Trong số 14 trường hợp (27,5%) PTNS cắt toàn bộ dạ dày của nghiên cứu chúng tôi, có 13 trường hợp u 1/3 giữa và một trường hợp u 1/3 trên. Đối với 37 trường hợp PTNS cắt phần xa dạ dày có 21 trường hợp thực hiện miệng nối theo Billroth II và 16 trường hợp Roux-en-Y. Nghiên cứu của Caruso S và cộng sự [6] ghi nhận vị trí khối u ở 1/3 dưới chiếm phần lớn với 47,5%, sau đó là 1/3 giữa với 38,3% và vị trí 1/3 trên là ít nhất với 14,2%. Chỉ định cắt phần xa dạ dày là 71,7% và cắt toàn bộ dạ dày là 28,3%. Có 17,5% thực hiện miệng nối kiểu Billroth II và 82,5% nối kiểu Roux-en-Y. Tác giả cũng ghi nhận xu hướng hiện nay, các phẫu thuật viên ưu tiên lựa chọn miệng nối Roux-en-Y đối với PTNS cắt phần xa dạ dày.

Shi Y và cộng sự [13] báo cáo nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng đánh giá kết quả ngắn hạn giữa PTNS và PTM vét hạch D2 điều trị UTDD tiến triển. Trong đó, phương pháp phẫu thuật gồm 60,87% cắt phần xa dạ dày, 33,54% cắt toàn bộ dạ dày và 5,59% cắt cực trên dạ dày. Có 6 trường hợp (3,7%) ở nhóm PTNS chuyển đổi PTM. Tỷ lệ biến chứng ở nhóm PTNS là 11,72% so với nhóm PTM là 14,38% ($p = 0,512$). Không có trường hợp tử vong nào xảy ra ở cả hai nhóm. Nghiên cứu đánh giá kết quả ngắn hạn của PTNS vét hạch D2 là một quy trình an toàn và khả thi trong điều trị UTDD tiến triển ở các trung tâm có kinh nghiệm.

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vết hạch D2...

Các nghiên cứu về PTNS vết hạch D2 điều trị UTDD tiến triển đã được báo cáo, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật giao động từ 11,7 - 16,7% [5, 6, 13-17]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 13,7% trường hợp có biến chứng sau phẫu thuật, tỷ lệ này nằm ở giữa so với các nghiên cứu trước đây. Ở nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng năm 2022 của Caruso S và cộng sự [6] ở 240 bệnh nhân UTDD tiến triển, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật trong vòng 30 ngày là 18,7%, trong đó nhóm PTNS là 16,7% (20/120 bệnh nhân) và nhóm PTM là 20,8% (25/120 bệnh nhân), với xu hướng ít biến chứng hơn nghiêng về nhóm PTNS. Bên cạnh đó, PTNS có ưu điểm giúp giảm biến chứng viêm phổi (0,8% so với 4,2%) và nhiễm trùng vết mổ (0,8% so với 4,2%) so với PTM. Ở nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 5,9% và viêm phổi là 1,9%.

Nghiên cứu KLASS-02-RCT ở Hàn Quốc [17] cho thấy tỷ lệ biến chứng chung của nhóm PTNS (16,6%) thấp hơn đáng kể so với nhóm PTM (24,1%), $p = 0,003$). Sự khác biệt này chủ yếu là do giảm biến chứng tại chỗ ở nhóm PTNS, không phải do biến chứng toàn thân. Đặc biệt, PTNS có tỷ lệ biến chứng tụ dịch và chảy máu trong ổ bụng thấp hơn đáng kể so với PTM. Điều này có thể do ảnh hưởng bởi việc phẫu tích và cầm máu tỉ mỉ bằng dụng cụ PTNS tiên tiến dưới góc nhìn phẫu thuật được phóng đại [17]. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp có biến chứng tụ dịch hay chảy máu ổ phúc mạc.

Tỷ lệ biến chứng rò mồm tá tràng và rò miệng nổi được ghi nhận là 5,8% ở nghiên cứu của Caruso S. và cộng sự [6]. Tác giả đánh giá đây là các biến chứng chính có nguy cơ dẫn đến tử vong do nhiễm trùng huyết, với tỷ lệ tử vong của nghiên cứu là 4,2% ở nhóm PTNS và 3,3% ở nhóm PTM. Các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng ở Châu Á có kết quả cho thấy tỷ lệ rò miệng nổi và rò mồm tá tràng là thấp hơn, dao động từ 1,4% - 3,7% ở PTNS và 0% - 2,0% ở PTM; tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật dao động từ 0,0% - 0,4% ở nhóm PTNS và 0,0% - 1,0% ở nhóm PTM [5, 13-17]. Nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng đa trung tâm ở Châu Âu LOGICA [3] đánh giá hiệu quả của PTNS và PTM đối với UTDD đã báo cáo kết quả tỷ lệ rò miệng nổi lần lượt là 8,7% và 10,0% ở nhóm PTNS và nhóm

PTM, và tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật 30 ngày là 4,3% so với 6,4%. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp rò mồm tá tràng (1,9%). Trường hợp này đã được phẫu thuật lại dẫn lưu mồm tá tràng, sau đó tình trạng bệnh nhân ổn định. Tỷ lệ biến chứng nặng theo phân loại Clavien - Dindo $\geq$ III là 1,9 %. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong sau phẫu thuật trong vòng 30 ngày.

Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật ở các nghiên cứu trước đây được ghi nhận từ 7,5 - 10,8 ngày [13, 14, 17]. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện trung bình là $9,43 \pm 3,81$ ngày. Tương tự nghiên cứu của Caruso và cộng sự [6], với thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $9,1 \pm 4,7$ ngày ở nhóm PTNS, ít hơn rõ so với nhóm PTM là $11,6 \pm 4,8$ ($p < 0,001$). Các nghiên cứu đã chứng minh rằng PTNS cắt dạ dày nạo vét hạch D2 là một phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị UTDD tiến triển, với tính triệt căn trong điều trị ung thư tương tự so với PTM [6, 17, 18]. Các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng [8, 15-17] đã xác nhận các kết quả ngắn hạn về cơ bản là tốt lợi hơn ở nhóm PTNS so với PTM, như: thời gian phục hồi nhu động ruột và ăn lại sớm hơn, mất ít máu và thời gian nằm viện ngắn hơn. Nhờ các kết quả của các nghiên cứu này, chúng ta thấy được sự thay đổi liên tục trong chỉ định thường quy của PTNS từ UTDD giai đoạn sớm, đến UTDD tiến triển tại chỗ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy PTNS vết hạch D2 là một phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị UTDD tiến triển ở kết quả ngắn hạn. Hơn nữa, PTNS có thể mang lại lợi ích như giảm tỷ lệ biến chứng, thời gian phục hồi nhanh và thời gian nằm viện ngắn. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu quy mô lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chắc chắn những lợi thế có thể có của PTNS trong điều trị UTDD tiến triển.

Vấn đề y đức

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức Bệnh viện Trung ương Huế. Tất cả bệnh nhân được giải thích và đồng ý với phương pháp điều trị.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3): 209-249.
2. Shiraishi N, Yasuda K, and Kitano S. Laparoscopic gastrectomy with lymph node dissection for gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2006; 9(3): 167-76.
3. van der Veen A, Brenkman HJF, Seesing MFJ, Haverkamp L, Luyer MDP, Nieuwenhuijzen GAP, et al. Laparoscopic Versus Open Gastrectomy for Gastric Cancer (LOGICA): A Multicenter Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol.* 2021; 39(9): 978-989.
4. Association JGC. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer.* 2021; 24(1): 1-21.
5. Hyung WJ, Yang HK, Park YK, Lee HJ, An JY, Kim W, et al. Long-Term Outcomes of Laparoscopic Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: The KLASS-02-RCT Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol.* 2020; 38(28): 3304-3313.
6. Caruso S, Giudicissi R, Mariatti M, Cantafio S, Paroli GM, and Scatizzi M. Laparoscopic vs. Open Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: A Propensity Score-Matched Retrospective Case-Control Study. *Curr Oncol.* 2022; 29(3): 1840-1865.
7. Katai H, Mizusawa J, Katayama H, Takagi M, Yoshikawa T, Fukagawa T, et al. Short-term surgical outcomes from a phase III study of laparoscopy-assisted versus open distal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage IA/IB gastric cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0912. *Gastric Cancer.* 2017; 20(4): 699-708.
8. Yu J, Huang C, Sun Y, Su X, Cao H, Hu J, et al. Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial. *Jama.* 2019; 321(20): 1983-1992.
9. Network NCC. NCCN guideline: gastric cancer (version 3.2021)[Internet]. in Plymouth Meeting (PA): National Comprehensive Cancer Network. 2021.
10. Smyth EC, Verheij M, Allum W, Cunningham D, Cervantes A, and Arnold D. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016; 27(suppl 5): v38-v49.
11. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin.* 2017; 67(2): 93-99.
12. Association JGC. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). *Gastric Cancer.* 2023; 26(1): 1-25.
13. Shi Y, Xu X, Zhao Y, Qian F, Tang B, Hao Y, et al. Short-term surgical outcomes of a randomized controlled trial comparing laparoscopic versus open gastrectomy with D2 lymph node dissection for advanced gastric cancer. *Surg Endosc.* 2018; 32(5): 2427-2433.
14. Hu Y, Huang C, Sun Y, Su X, Cao H, Hu J, et al. Morbidity and Mortality of Laparoscopic Versus Open D2 Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2016; 34(12): 1350-7.
15. Park YK, Yoon HM, Kim YW, Park JY, Ryu KW, Lee YJ, et al. Laparoscopy-assisted versus Open D2 Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: Results From a Randomized Phase II Multicenter Clinical Trial (COACT 1001). *Ann Surg.* 2018; 267(4): 638-645.
16. Wang Z, Xing J, Cai J, Zhang Z, Li F, Zhang N, et al. Short-term surgical outcomes of laparoscopy-assisted versus open D2 distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer in North China: a multicenter randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2019; 33(1): 33-45.
17. Lee HJ, Hyung WJ, Yang HK, Han SU, Park YK, An JY, et al. Short-term Outcomes of a Multicenter Randomized Controlled Trial Comparing Laparoscopic Distal Gastrectomy With D2 Lymphadenectomy to Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer (KLASS-02-RCT). *Ann Surg.* 2019; 270(6): 983-991.
18. Hur H, Lee HY, Lee HJ, Kim MC, Hyung WJ, Park YK, et al. Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: the protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC Cancer.* 2015; 15: 355.