Bệnh viện Trung ương Huế

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG: MỘT SỐ KHÓ KHĂN VÀ THUẬN LỢI

Phạm Như Hiệp[1], Phạm Trung Vỹ[1]

TÓM TẮT

Mục đích: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi một lỗ và phân tích những khó khăn, thuận lợi được rút ra trong quá trình ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng (ĐT).* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** *Gồm 114 bệnh nhân (BN) ung thư đại tràng (84 ĐT phải, 17 ĐT trái và 13 ĐT sigma), được phẫu thuật nội soi một lỗ cắt đại tràng từ 2012 đến 2017 tại Bệnh viện Trung ương Huế.* ***Kết quả:*** *Tuổi trung bình 56,1±15,2 (25-87 tuổi), tỷ lệ nam/nữ 1,6/1, tăng CEA trước mổ 54,4%. Phương pháp phẫu thuật nội soi một lỗ: cắt nửa đại tràng phải 73,7%, cắt nửa đại tràng trái 14,9%, cắt đoạn đại tràng sigma 11,4%, chuyển mổ mở 16,7% (19BN). Kích thước u trung bình 4,7±2,7(1-7,5cm). Giai đoạn I 6,1%, giai đoạn IIa 43,8%, giai đoạn IIIa 36,8% và IIIc 13,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình 160,5±75,5 phút. Không gặp biến chứng hoặc tử vong trong mổ. Kích thước đường mổ trung bình 5,2±2,2(2-8cm), thời gian nằm viện trung bình 7,5±6,1(6-15 ngày), nhiễm trùng vết mổ 3,5%, dò miệng nối phải mổ lại 1BN 0,9%. Thời gian theo dõi trung bình 32,2±7,5 (3-65 tháng) không ghi nhận thoát vị vết mổ, không có di căn vị trí vết mổ, có 5 BN tái phát tại chỗ và 3 BN tiến triển di căn gan trong nhóm chuyển mổ mở. Thời gian sống thêm toàn bộ theo Kaplan-Meier sau 2 năm 87,5% và sau 5 năm là 59,4%.* ***Kết luận:*** *Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng là an toàn, khả thi, kết quả phẫu thuật tương đương với phẫu thuật nội soi kinh điển tuy nhiên có lợi điểm hơn về mặt thẩm mỹ.*

Từ khóa: *Ung thư đại tràng, cắt đại tràng nội soi một lỗ, cắt đại tràng nội soi kinh điển*

ABSTRACT

SINGLE PORT LAPAROSCOPIC COLECTOMY IN COLON CANCER: DIFFICULTIES AND BENEFITS

Pham Nhu Hiep[1], Pham Trung Vy[1]

Objectives: *Assessment results single port laparoscopic colectomy (SPLC) and analysis difficulty and benefit compare to traditional laparoscopic colectomy in colon cancer treatment.* ***Subjectives:*** *Prospective study of 114 patients with colon cancer (84 right side, 17 left side and 13 sigmoid colon) underwent SPLC from 2012 to 2017 at Hue Central Hospital.* ***Results:*** *Mean age of patients was 56.1±15.2(25-87 years), male/female 1.6/1 (70/44). Elevated CEA level 54.4%. Procedures included 84 right hemicolectomy (73.7%), 17 left hemicolectomy (14.9%) and 13 sigmoidectomy (11.4%). 19 patients were converted to open surgery (16.7%). Mean tumor size was 4.7±2.7(1-7,5cm). Stage I 6.1%, stage IIa 43.9%, stage IIIa 36.8% and stage IIIc 13.2%. Mean operation time was: 160.5±75.5min. There was no death/ intraoperative complication. Mean incisional length (including extraction) was 5.2±2.2(2-8cm). Mean hospital stay was 7.5±6.1(6-15 days). The surgical site infection rate was 3.5% and 1 patient required reoperation (anastomotic*

1. Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 16/7/2017; Ngày phản biện (Revised): 20/7/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 28/8/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Trung Vỹ
- Email: trungvybao2006@yahoo.com.vn; ĐT: 0905599088

leakage: 0.9%). After 32.2 ± 7.5 (3-65 months) follow-up, no incisional hernia or incision metastasis occurred, there were five local recurrences and three patients developed liver metastasis in the open conversion group. The overall survival time after 2 years: 87.5% and after 5 years: 59.4% (Kaplan-Meier). ***Conclusion:*** *SPLC is feasible and safe in colon cancer. The cosmetic value is better (short incision confounded by umbilicus). Other outcomes were equivalent to conventional laparoscopy.*

Key words: *Colon cancer, Single port laparoscopic colectomy, Traditional laparoscopic colectomy.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau thành công của Premzi và Bucher về kỹ thuật cắt nửa đại tràng phải bằng phẫu thuật nội soi một lỗ năm 2008, phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại trực tràng ngày càng được ứng dụng rộng rãi và đã cho thấy những ưu điểm cả về kết quả sớm cũng như kết quả lâu dài về mặt ung thư học [4].

Phẫu thuật nội soi một lỗ cho phép thực hiện phẫu thuật xuyên qua một đường mổ nhỏ qua rốn, vị trí đặt dụng cụ một lỗ này cũng là nơi để lấy bệnh phẩm là đoạn đại tràng kèm u cũng như thực hiện tái lập lưu thông tiêu hóa [1], [3], [7].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, xuất phát từ thành công trong nhiều phẫu thuật nội soi một lỗ như cắt ruột thừa, cắt túi mật, khâu lỗ thủng dạ dày, lồng ruột và phẫu thuật tiết niệu... trong đó điểm mạnh là phẫu thuật nội soi một lỗ ung thư đại trực tràng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật và phân tích những khó khăn, thuận lợi được rút ra trong quá trình ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 114 bệnh nhân: 84 đại tràng phải, 17 đại tràng trái và 13 đại tràng sigma)

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Triệu chứng lâm sàng điển hình: Đau bụng, rối loạn tiêu hóa, đại tiện ra máu và gầy 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 theo kỹ thuật của Ramos-Valadez D.I [11] tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2012 đến 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- 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 thụt 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:

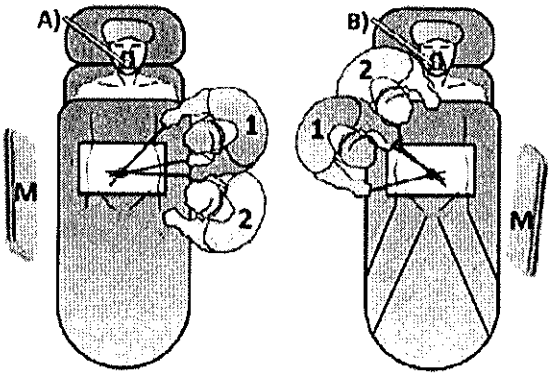
- Bệnh nhân nằm ngữa trong cắt đại tràng phải, nằm tư thế sản khoa trong cắt đại tràng trái và sigma để thuận lợi cho việc nối máy khâu cắt vòng qua đường hậu môn.

- 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.

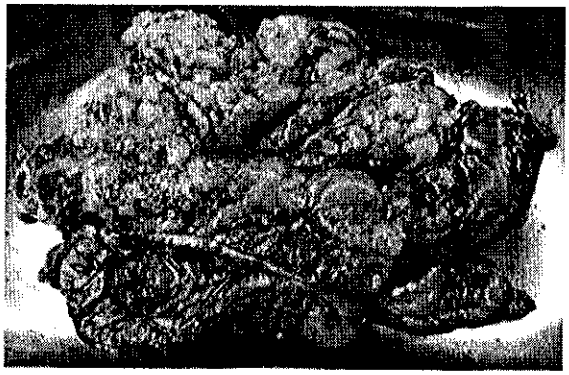
- Việc phẫu tích và di động đại tràng kèm u được thực hiện theo kỹ thuật bên – giữa hoặc giữa – bên tùy theo thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, mạch máu được thắt sát gốc để đảm bảo nguyên tắc ung thư học. Đối với cắt đoạn đại tràng sigma, việc hạ đại tràng góc lách để thuận lợi cho việc khâu 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 đối với cắt ĐT phải. Đối với ĐT trái, sau khi cắt bỏ bệnh phẩm, miệng nối có thể thực hiện bằng máy khâu nối vòng (EEA).

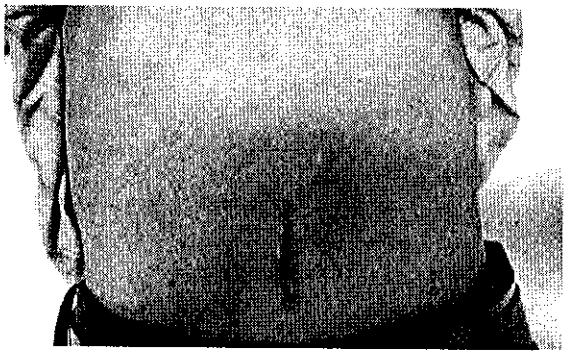


Hình 1. Vị trí phẫu thuật viên và người cầm camera
A: Cắt đại tràng phải, B: Cắt đại tràng trái, sigma

Hình 2. Cắt ĐT phải nội soi một lỗ



Hình 3. Bệnh phẩm sau mổ K ĐT lên



Hình 4. Vị trí vết mổ sau 2 năm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

	n = 114	%
Tuổi trung bình (25-87 tuổi)	56,1±15,2 tuổi	
Tỷ lệ nam/nữ	70/44	1,6/1
CEA trước mổ		
< 5ng/ml	52	45,6
≥ 5ng/ml	62	54,4
Kích thước u trung bình trên CT (1-7,5 cm)	4,7 ± 2,7 cm	

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

	n	%
Cắt nửa đại tràng phải	84	73,7
Cắt nửa đại tràng trái	17	14,9
Cắt đoạn đại tràng sigma	13	11,2

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	160,5 ± 75,5 phút	
Tai biến, biến chứng	n	%
Chảy máu	0	0
Dò miệng nối gây viêm phúc mạc ngày thứ 10	1	0,9
Nhiễm trùng vết mổ	4	3,5
Kích thước đường mổ (cm)	5,5 ± 2,2 (2-8)	
Số hạch thu được trung bình	16,2 ± 4,5 (12-25)	
Thời gian nằm viện (ngày)	7,5 ± 6,1 (6-15)	

Bảng 4. Tỷ lệ chuyển mổ mở

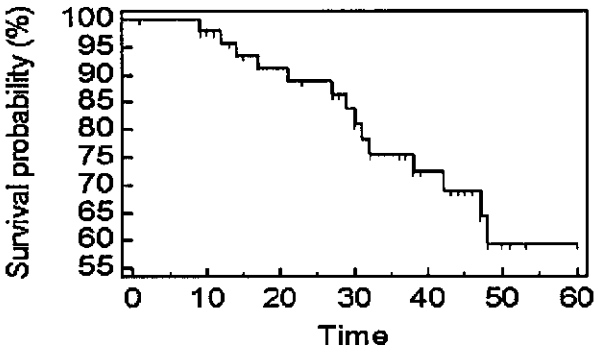
	n = 19	**16,7%**
Cắt nửa đại tràng trái	2	1,8
Cắt nửa đại tràng phải	13	11,4
Cắt nửa đại tràng phải, cắt túi mật	1	0,9
Cắt nửa đại tràng phải, cắt tá tràng hình chêm	2	1,8
Cắt nửa đại tràng phải, cắt đoạn ruột non bị xâm lấn	1	0,9

Bảng 5. Phân theo giai đoạn

Giai đoạn	**n**	**%**
Giai đoạn I	7	6,1
Giai đoạn IIa	50	43,9
Giai đoạn IIIa	42	36,8
Giai đoạn IIIc	15	13,2
Giai đoạn IV	0	0

Bảng 6. Kết quả tái khám

	n	%
Thời gian theo dõi trung bình (3-65 tháng)	32,2 ± 7,5 tháng	
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
Tăng CEA sau mổ (≥ 5ng/ml)	25	21,9
Di căn gan	3	2,6
Tái phát tại chỗ	5	4,4



Biểu đồ 1. Thời gian sống theo Kaplan-Meier

Sau 2 năm: 87,5% và sau 5 năm 59,4%

IV. BÀN LUẬN

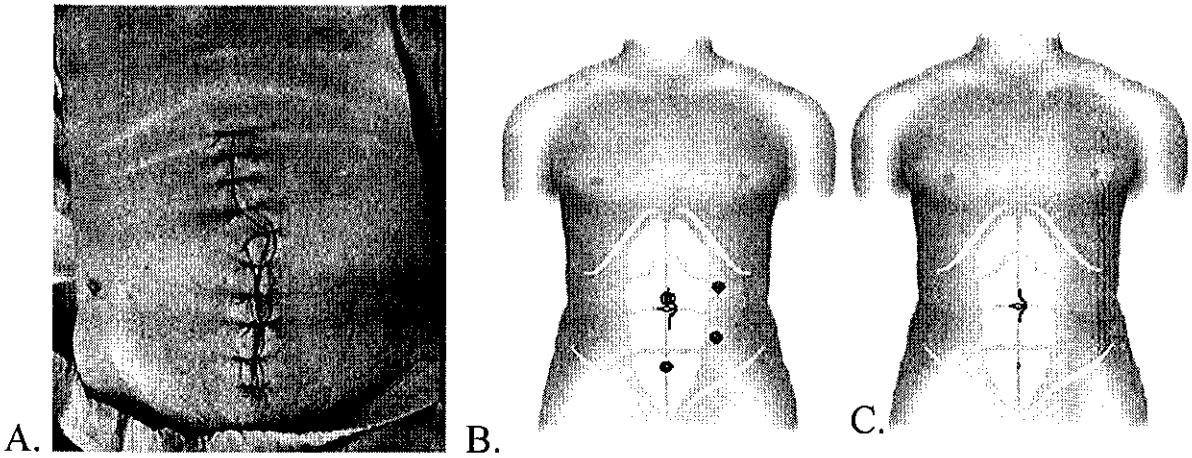
Qua 114 trường hợp phẫu thuật nội soi một lỗ (95 phẫu thuật nội soi thành công, 19 chuyển mổ mở) trong thời gian hơn 5 năm, điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi phân tích một số đặc điểm thuận lợi và những khó khăn trong quá trình ứng dụng kỹ thuật như sau:

Thứ nhất, thuận lợi của PTNS một lỗ điều trị ung thư đại tràng:

Phẫu thuật viên càng có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật đại trực tràng cả về nội soi truyền thống và mổ mở thì tiến hành phẫu thuật nội soi một lỗ càng thuận lợi. Theo Keller và Flores-Gonzalez, phẫu thuật viên tiến hành phẫu thuật nội soi một lỗ phải có kinh nghiệm ít nhất 150 trường hợp phẫu thuật đại trực tràng và 50 trường hợp phẫu thuật nội soi đại trực tràng [7].

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 và kết quả lâu dài về mặt ung thư học là điều mà cả phẫu thuật viên và bệnh nhân mong muốn đạt tới. Đây là xu hướng phẫu thuật ít xâm nhập hiện đang được ứng dụng rộng rãi trên thế giới trong tất cả các chuyên ngành ngoại khoa nói chung, trong đó có ung thư đại trực tràng [1],[3],[6],[10].

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. Việc ứng dụng kỹ thuật này vào bệnh lý ung thư đại trực tràng được Premzi và Bucher báo cáo đầu tiên 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 [4].



Hình 5. Cùng một mục đích phẫu thuật cắt bán phần đại tràng phải

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

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.

Thuận lợi 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].

Nghiên cứu của chúng tôi không gặp chảy máu trong và sau mổ, tỷ lệ dò miệng nối 0,9%, nhiễm trùng vết mổ 3,5%, 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.

Thứ hai, những khó khăn khi tiến hành bằng 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 [8], 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) [8].

Kích thước và độ xâm lấn khối u có ảnh hưởng rất lớn đến kết quả phẫu thuật. Theo nhiều tác giả, kích thước khối u càng nhỏ càng có nhiều thuận lợi về thao tác trong mổ và quá trình lấy bệnh phẩm cũng như ảnh hưởng đến kích thước đường mổ. Kích thước khối u trung bình phù hợp cho phẫu thuật nội soi một lỗ nên dưới 5cm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 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. Kích thước khối u trung bình trên CT scan là 4,7±2,2cm, 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 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 16,7% (19/114) do u quá lớn, xâm lấn, dính và phẫu thuật mở rộng. Tất cả bệnh nhân trước khi chuyển mổ mở đều được chuyển về phẫu thuật nội soi truyền thống nhưng không thành công. Nghiên cứu của Sonal Pandya [13] tỷ lệ chuyển mổ mở là 23,5% (47/200), theo Lim SW và Kim HR [9], 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 bắt 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...[9].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng là an toàn, khả thi, phù hợp với xu hướng phát triển của phẫu thuật xâm nhập tối thiểu trên thế giới. Có nhiều lợi điểm như phẫu thuật nội soi kinh điển về mặt thẩm mỹ, ít đau sau mổ, ngoài ra nó còn thuận tiện hơn khi đem bệnh phẩm ra ngoài mà không cần mở bụng.

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. Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Văn Tiến Nhân (2014), Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng: Kinh nghiệm của Bệnh viện Trung ương Huế, Tạp chí Y dược học quân sự, Số 2, tr: 128 – 135.
3. Nguyễn Hữu Thịnh (2015), Hiệu quả của phẫu thuật nội soi một vết mổ cắt đại tràng do ung thư, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
4. Bucher P, Pugin F, Morel P (2008) Single port access laparoscopic right hemicolectomy. Int J Colorectal Dis 23, p:1013–1016.
5. Bucher P, Pugin F, Morel P (2009), Single-port access laparoscopic radical left colectomy in humans. Dis Colon Rectum 52, p:1797–1801
6. 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, p: 125 – 140.
7. Keller D.S, Flores-Gonzalez J.R, Ibarra S (2016), Review of 500 single incision laparoscopic colorectal surgery cases - Lessons learned, *World J Gastroenterol,* Vol.22(2), p: 659-667.
8. 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), p: 997-1004.
9. 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), p: 131-138.
10. Paranjape C, Ojo O J, Carne D, Guyton D (2012), Single-incision laparoscopic total colectomy, Journal of the society of laparoendoscopic surgeons, Vol. 16, p: 27–32.
11. 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.
12. Remzi FH, Kirat HT, Kaouk JH, Geisler DP (2008), Single-port laparoscopy in colorectal surgery. Colorectal Dis 10, p: 823–826.
13. Sonal Pandya, MD, John J. Muray, John A. Coller (2008), Indications for conversion to laparotomy, Laparoscopic Colectomy, American Medical Association, p: 471-475.