

PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN

Phạm Trung Vỹ^{1*}, Phạm Như Hiệp¹, Hồ Hữu Thiện¹, Phan Hải Thanh¹,
Nguyễn Thanh Xuân¹, Văn Tiến Nhân¹, Trần Nghiêem Trung¹, Nguyễn
Nhật Quang¹, Phạm Xuân Đông¹, Mai Trung Hiếu¹, Vũ Hoài Anh¹,
Nguyễn Phước Bảo Hưng¹, Đỗ Văn Gia Khánh¹, Phạm Như Hiền¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.66.7

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ngực-bụng điều trị ung thư thực quản, nghiên cứu tiến cứu 35 bệnh nhân ung thư thực quản từ 1/2016 đến 12/2019 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Tuổi trung bình (TB) $57,6 \pm 6,3$ tuổi (44-69), tỷ lệ nam/nữ 16,5/1. Triệu chứng lâm sàng: nuốt nghẹn 82,9%, sút cân 34,3%, tăng CEA trước mổ 31,4%, kích thước u TB $2,6 \pm 1,2$ cm (3-6). Giai đoạn ung thư: GĐI 31,4%; GĐII 45,7%; GĐIII 22,9%. Thời gian mổ TB $315,2 \pm 49,9$ phút (240-420), thời gian nằm viện TB $15,6 \pm 7,2$ ngày (7-25). Biến chứng sau mổ: viêm phổi 11,4%, rò miệng nối cổ 8,6%, khàn tiếng 11,4% và tử vong 2,9%. Thời gian theo dõi 2-35 tháng, tái phát tại chỗ 2,9%, tái phát tại vùng 5,9% và di căn xa 8,8%. Thời gian sống thêm TB $28,4 \pm 1,9$ tháng, sống thêm toàn bộ sau 1 năm là 84,7%, sau 2 năm 73,9%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi ngực-bụng điều trị ung thư thực quản là phương pháp có nhiều ưu điểm, tránh phải mở ngực-bụng lớn, giúp giảm đau sau mổ, giảm các biến chứng hô hấp nặng trong thời kỳ hậu phẫu. Tuy nhiên, một số lượng bệnh nhân lớn hơn nữa cần được nghiên cứu đánh giá chính xác các kết quả lâu dài, đặc biệt là về mặt ung thư học.

Từ khóa: Ung thư thực quản; Phẫu thuật nội soi ngực-bụng.

ABSTRACT

THORACO-LAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY TO TREAT ESOPHAGEAL CANCER

Phạm Trung Vỹ^{1*}, Phạm Như Hiệp¹, Hồ Hữu Thiện¹, Phan Hải Thanh¹,
Nguyễn Thanh Xuân¹, Văn Tiến Nhân¹, Trần Nghiêem Trung¹, Nguyễn
Nhật Quang¹, Phạm Xuân Đông¹, Mai Trung Hiếu¹, Vũ Hoài Anh¹,
Nguyễn Phước Bảo Hưng¹, Đỗ Văn Gia Khánh¹, Phạm Như Hiền¹

Objectives: Evaluating the results of thoraco-laparoscopic esophagectomy to treat esophageal cancer, prospective studies of 35 patients esophageal cancer were conducted from January 2016 to December 2019 at Hue Central Hospital.

Results: Average age 57.6 ± 6.3 years (44-69), male/female 16.5/1. Clinical symptoms: 82.9% swallowing difficulty, weight loss 34.3%, increased preoperative CEA 31.4%, mean tumor size 2.6 ± 1.2 cm (3-6). Stage: I 31.4%; II 45.7%; III of 22.9%. Time of surgery 315.2 ± 49.9 minutes (240-420), mean hospital stay 15.6 ± 7.2 days (7-25). Postoperative complications: pneumonia 11.4%, leakage of neck anastomosis 8.6%, hoarseness 11.4% and mortality 2.9%. Follow-up time 2-35 months, anastomotic recurrence 2.9%, local

¹ Trung tâm Ung bướu, BVTV Huế - Ngày nhận bài (Received): 2/10/2020, Ngày phản biện (Revised): 5/11/2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 21/12/2020
- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Trung Vỹ
- Email: phamtrungvy2021@gmail.com; ĐT: 0913809935

recurrence 5.9% and metastasis 8.8%. The overall survival time 28.4 ± 1.9 months, the survival time after 12 months 84.7% and after 2 years 73.9%.

Conclusion: Thoraco-laparoscopic esophagectomy to treat esophageal cancer has many advantages, avoiding to the long thoracotomy-laparotomy, reducing postoperative pain, reducing respiratory complications during the postoperative period. However, a larger number of patients should be studied to accurately evaluate long-term results, especially in oncology results.

Keywords: Esophageal cancer; Thoraco-laparoscopic esophagectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là loại ung thư phổ biến của đường tiêu hóa, gồm hai dạng mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào gai và ung thư biểu mô tuyến. UTTQ là một ung thư có tiên lượng xấu, dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị nhưng tỉ lệ sống 5 năm chỉ từ 15 - 25%. Đến nay, phẫu thuật cắt bỏ thực quản khi u không còn khu trú ở lớp niêm mạc là phương pháp được lựa chọn hàng đầu trong điều trị triệt căn UTTQ, hóa xạ trị có vai trò hỗ trợ [1],[3],[9].

Phẫu thuật kinh điển cắt thực quản với nạo hạch ba trường mổ ở cổ, ngực và bụng là phẫu thuật có tính triệt để, tuy nhiên tỉ lệ tai biến, biến chứng sau mổ còn cao đặc biệt là các biến chứng liên quan đến hô hấp vì vết mổ lớn và đau sau mổ [2],[5].

Trong quá trình phát triển của PTNS thực quản, các phẫu thuật viên ngày càng chú ý đến các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu. Trong đó, cắt thực quản kèm nạo vét hạch trung thất trong thì nội soi ngực và cắt, tạo hình ống dạ dày trong thì nội soi bụng là một phẫu thuật xâm lấn tối thiểu được sử dụng ngày càng rộng rãi trên thế giới. Hiện nay, có nhiều nghiên cứu trên thế giới thực hiện cắt thực quản hoàn toàn nội soi qua đường ngực và bụng, trong đó nghiên cứu của Luketich năm 2012 có số lượng bệnh lớn nhất 1011 trường hợp với kết quả đáng khích lệ [2],[3],[5],[8].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, từ 2007 PTNS

ngực điều trị ung thư thực quản đã triển khai và đã mang lại những kết quả khả quan [3],[5]. Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi ngực - bụng (PTNSNB) ngày càng được ứng dụng thường quy và xuất phát từ thực tế này, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ngực - bụng điều trị UTTQ trong thời gian 3 năm.

II. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTTQ dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm nội soi sinh thiết thực quản, nội soi siêu âm, CT Scan ngực... và giải phẫu bệnh sau mổ là UTTQ. Khối u ở giai đoạn T1-T3 và không có di căn xa.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mở vùng ngực phải, viêm dày dính màng phổi, có tiền sử phẫu thuật vùng bụng trên hoặc chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

2.3. Kỹ thuật phẫu thuật: Thực hiện kỹ thuật 3 trường mổ: ngực, bụng và cổ

Thì nội soi ngực phải:

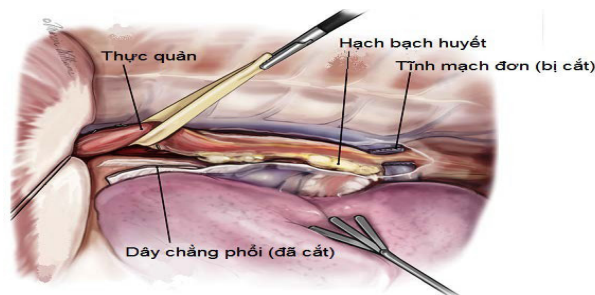
- Gây mê nội khí quản 2 nòng (ống Carlène), BN nằm sấp - nghiêng trái 30°

- Phẫu thuật viên và phụ đứng bên phải bệnh nhân, đặt màn hình đối diện

- Đặt 3 troca ở gian sườn 4 - 6 - 9 trên đường nách giữa - giữa - sau (hình 1a)



Hình 1a: Tư thế BN thì nội soi ngực



Hình 1b: Thắt TM đơn, di động TQ ngực

Phẫu thuật nội soi ngực bụng trong điều trị ung thư thực quản

- Qua camera, đánh giá vị trí, độ xâm lấn khối u, hạch và khả năng cắt bỏ

- Phẫu tích tĩnh mạch đơn, thắt clip hoặc hem-o-lock và cắt tĩnh mạch đơn.

- Mở màng phổi trung thất 2 bên TQ, phẫu tích di động toàn bộ TQ ngực từ cơ hoành lên đến nền cổ, tránh làm tổn thương ống ngực và thần kinh quặt ngực thanh quản. Vết hạch cạnh khối u, cạnh thực quản và hạch cạnh khí phế quản.

- Đặt dẫn lưu khoang màng phổi, đóng troca, nở phổi, kết thúc thì nội soi ngực.

Thì nội soi ổ bụng:

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng, đầu nghiêng phải, uốn cổ



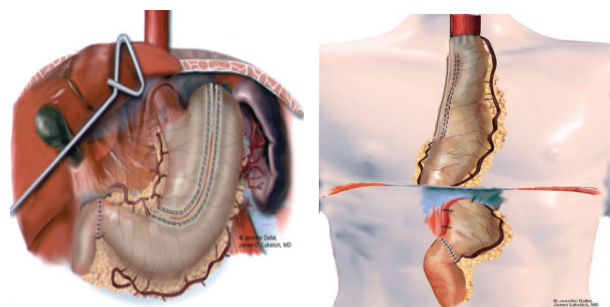
Hình 2: Tư thế bệnh nhân và vị trí troca trong thì nội soi bụng

- Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân BN, người phụ đứng bên phải BN.

- Đặt 4 troca, qua camera, khảo sát ổ bụng, bộc lộ, giải phóng bờ cong lớn dạ dày, bảo tồn cung mạch vị mạc nối phải, cắt động mạch vị trái và động mạch vị ngắn.

- Mở dây chằng gan vị giải phóng dạ dày vùng bờ cong nhỏ đến trụ hoành phải

- Tách rời hoàn toàn thực quản bụng khỏi khe hoành, mở rộng 2 trụ khe hoành



Hình 3: Tạo hình dạ dày bằng Stapler thẳng và tái tạo thực quản [8]

- Tạo hình ống dạ dày kiểu Akiyama bằng các Stapler thẳng (GIA) qua đường mở bụng 5-6 cm thượng vị, chiều rộng ống dạ dày khoảng 4 cm [6],[8].

- Tạo hình môn vị, mở thông hồng tràng nuôi dưỡng, có thể thực hiện thủ thuật Kocher di động khối tá tụy nếu thấy dạ dày không đủ chiều dài để nối lên cổ.

Thì cổ: Tiến hành đồng thời với thì bụng

- Rạch da 6cm bờ trước trong cơ ức đòn chũm trái, phẫu tích qua mạc cổ, cắt cơ vai móng. Tránh tổn thương bao cảnh, tuyến giáp và thần kinh quặt ngực trái.

- Cắt ngang TQ cổ gần hõm ức, kéo TQ kèm u qua đường bụng.

- Kéo ống dạ dày đã tạo hình lên qua trung thất sau để nối với TQ cổ tận bên.

- Đặt 1 dẫn lưu cổ, gửi hạch và thực quản làm giải phẫu bệnh lý

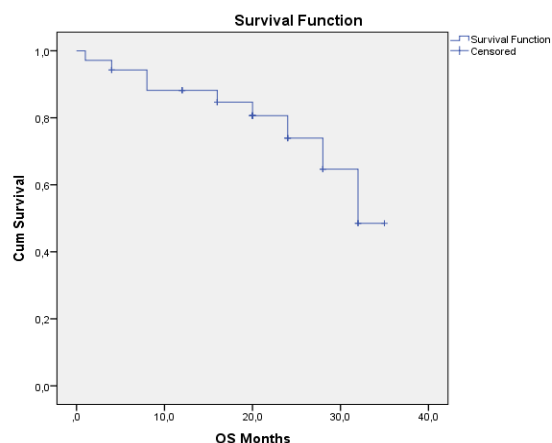
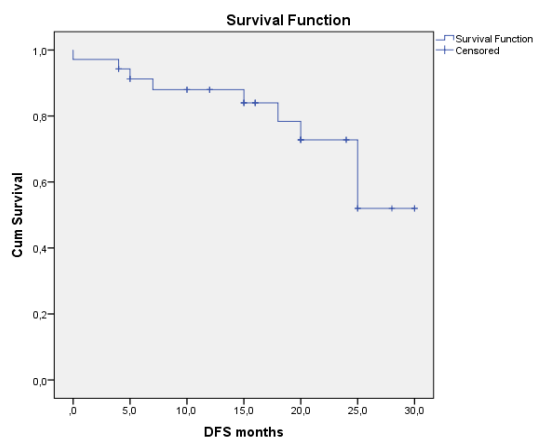
3. Kết quả: Kết quả điều trị được tóm tắt thành các bảng sau:

Bảng 3.1: Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n = 35	%
Tuổi trung bình (tuổi)	57,6±6,3 (44-69)	
Tỷ lệ nam/nữ	33/2	16,5/1
Các yếu tố nguy cơ		
Hút thuốc lá	8	22,9
Uống rượu	3	8,6
Phối hợp	7	20,0
Triệu chứng lâm sàng		
Nuốt nghẹn	29	82,9
Sút cân	12	34,3
Đau sau ức	15	42,9
Xạ trị trước mổ	7	20,0
BMI (kg/m ²)	20,5±3,3(16,3-24,8)	
CEA (≥5 ng/ml)	11	31,4
Vị trí tổn thương qua nội soi		
1/3 trên	2	5,7
1/3 giữa	14	40,0
1/3 dưới	18	51,4
2 vị trí	1	2,9
Kích thước u trên CT ngực (cm)	2,6±1,2 (3-6)	
Giai đoạn ung thư (I/II/III: 11/16/8)	31,4 / 45,7 / 22,9	

Bảng 3.2: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n = 35	%
Thời gian mổ (phút)	315,2±49,9 (240-420)	
Thời gian cho ăn lại (ngày)	10,1±3,7 (7-13)	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	15,6±7,2 (7-25)	
Biến chứng sau mổ		
Chảy máu	1	2,9
Viêm phổi	4	11,4
Dò miệng nối	3	8,6
Dò ống dạ dày	1	2,9
Nhiễm trùng vết mổ	3	8,6
Khàn tiếng	4	11,4
Tử vong	1	2,9
Kết quả theo dõi và tái khám (2-35 tháng)	n=34	%
Hẹp miệng nối	11	32,4
Hóa xạ trị	14	41,2
Tái phát tại chỗ	1	2,9
Tái phát tại vùng	2	5,9
Di căn xa (1phổi, 1sản miệng, 1 đa cơ quan)	3	8,8



Biểu đồ 1: Sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh theo Kaplan-Meier

- Thời gian sống thêm trung bình là $28,4 \pm 1,9$ tháng (24,7-32,0).
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1 năm là 84,7%, sau 2 năm 73,9%.
- Thời gian sống trung bình không bệnh là $24,0 \pm 1,7$ tháng (20,7-27,3).
- Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1 năm là 88,0%, sau 2 năm 72,8%.
- Tái phát trung bình sau $15,8 \pm 8,3$ tháng, sớm nhất sau 4 tháng, muộn nhất 30 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi ngực-bụng trên 35 BN trong thời gian hơn 3 năm tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi nhận thấy:

PTNS điều trị ung thư TQ đã được nghiên cứu ứng dụng và báo cáo tại Việt Nam từ 2004 bởi một

số tác giả như Nguyễn Minh Hải [2], Phạm Đức Huân [4]. Năm 2009, Phạm Như Hiệp và Lê Lộc đã đề xuất một số vấn đề nhằm cải tiến kỹ thuật cắt thực quản nội soi, những ưu điểm của cắt thực quản trong tư thế nằm sấp, nghiêng trái 30° so với tư thế nghiêng trái truyền thống [3],[5].

Kỹ thuật nội soi ngực bụng là sự kết hợp 2 kỹ thuật trên một bệnh lý, điểm khác biệt trong thì nội soi ổ bụng là việc phẫu tích và di động trên một dạ dày hoàn toàn bình thường, tuy nhiên cần tránh làm tổn thương mạch máu, đặc biệt là cung mạch ở bờ cong lớn dạ dày. Kỹ thuật này đã được Nguyễn Minh Hải và Trần Phùng Dũng Tiến báo cáo kinh nghiệm bước đầu trong phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực - bụng trên 87 trường hợp ung thư thực quản 2/3 dưới vào năm 2010 [2], Phạm Như Hiệp và cs báo cáo những thành công trên 18 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ngực - bụng cắt thực quản vào 2015 [3].

Biến chứng hô hấp sau phẫu thuật cắt thực quản là một biến chứng thường gặp, là một trong những nguyên nhân của kéo dài thời gian nằm viện và tử vong sau mổ. Ưu tiên hàng đầu trong chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt thực quản là ngăn chặn các biến chứng hô hấp xảy ra. Do đó phẫu thuật cắt TQ nội soi ngực đã làm giảm đáng kể biến chứng viêm phổi so với mổ mở. Theo Kubo N và cs nghiên cứu so sánh giữa nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi ngực - bụng và bệnh nhân mổ mở ghi nhận tỷ lệ biến chứng phổi ít gặp hơn 8,5% so với 21,6% với $p=0,015$ [1],[4],[7],[8].

Về tai biến và biến chứng, nghiên cứu này ghi nhận 1 bệnh nhân tử vong sau mổ chiếm tỷ lệ 2,9%, trong đó 1 trường hợp tử vong sau mổ 14 ngày do dò ống dạ dày tạo hình, sau mổ bệnh nhân hồi phục nhanh, được rút dẫn lưu ngực và bơm ăn qua sonde hồng tràng, ngày thứ 8 sau mổ xuất hiện ho ngày càng nhiều, Xquang phổi thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi, Xquang thực quản cản quang và nội soi thực quản xác định vị trí dò, hình ống dạ

dày dẫn lớn trên chỗ hẹp, BN được đặt lại dẫn lưu ngực, đặt sonde dạ dày, tuy nhiên triệu chứng không giảm, BN được đề nghị phẫu thuật lại giải quyết biến chứng nhưng từ chối, xin về và tử vong sau xuất viện 5 ngày. Theo các tác giả, chảy máu nặng sau phẫu thuật là biến chứng hiếm gặp và có nguy cơ tử vong sau phẫu thuật cắt thực quản, việc nhận biết được biến chứng tiềm ẩn nguy hiểm này cực kì quan trọng và chảy máu sau mổ có liên quan đến dò miệng nối vào trung thất, kết quả chung của nhiều tác giả cho thấy tỷ lệ tử vong sau mổ cắt thực quản khoảng 5% [2],[5],[7],[8].

Theo dõi sau mổ ghi nhận dò miệng nối chiếm tỷ lệ 8,6% (3BN) và tất cả trường hợp dò đều gây nhiễm trùng vết mổ vùng cổ. Hẹp miệng nối cổ chiếm tỷ lệ 32,4% (11/34BN). Kết quả theo dõi về mặt ung thư học với thời gian từ 2 - 35 tháng, chúng tôi ghi nhận tái phát tại chỗ (phát tại miệng nối) 2,9%, tái phát tại vùng (di căn hạch cổ) 5,9% và di căn xa (1 phổi, 1 sán miệng, 1 đa cơ quan) chiếm tỷ lệ 8,8%. Thời gian sống thêm trung bình là $28,4 \pm 1,9$ tháng và sống thêm toàn bộ sau 1 năm là 84,7% và sau 2 năm 73,9%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực-bụng điều trị ung thư thực quản là phương pháp có nhiều ưu điểm, tránh phải mở ngực - bụng lớn, giúp giảm đau sau mổ, không ức chế hô hấp nên giảm các biến chứng hô hấp nặng trong thời kỳ hậu phẫu. Tuy nhiên, một số lượng bệnh nhân lớn hơn nữa cần được nghiên cứu đánh giá chính xác các kết quả lâu dài, đặc biệt là về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu Triều Dương, Trần Hữu Vinh (2014), Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới bằng phẫu thuật nội soi, Y học thực hành, 902(1), tr. 62- 66.
2. Nguyễn Minh Hải, Trần Phùng Dũng Tiến (2010), Phẫu thuật nội soi ngực bụng điều trị ung thư thực quản 2/3 dưới, Y học TP Hồ Chí Minh, 14(2), tr. 171-176.
3. Phạm Như Hiệp, Trần Nghiêm Trung, Hồ Hữu Thiện và cs (2015), Phẫu thuật nội soi ngực - bụng điều trị ung thư thực quản, Tạp chí Y học lâm sàng, bệnh viện Trung ương Huế, 29, tr. 235-238.

4. Nguyễn Xuân Hòa, Phạm Đức Huân, Đỗ Mai Lâm (2016), Đánh giá kết quả cắt thực quản qua nội soi khe hoành, Tạp chí Y học lâm sàng, bệnh viện Trung ương Huế, 33, tr. 35 - 40.
5. Lê Lộc và Lê Mạnh Hà (2013), Phẫu thuật ung thư thực quản qua đường nội soi ngực, Y học thực hành, 4, tr. 97 - 101.
6. Akiyama H. et al (1994), Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus, Annals of Surgery, 220(3), p. 364-373.
7. Kubo N. et al (2014), The impact of combined thoracoscopic and laparoscopic surgery on pulmonary complications after radical esophagectomy in patients with resectable esophageal cancer, Anticancer Res, 34(5), p. 2399-404.
8. Luketich J.D et al (2012), Outcomes after minimally invasive esophagectomy: review of over 1000 patients, Annals of surgery, 256(1), p. 95-103.
9. National Comprehensive Cancer Network (2019), Esophageal and esophagogastric junction cancers, NCCN Clinical practice guidelines in Oncology.