

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nguyễn Thanh Xuân^{1*}, Lê Đức Anh¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.74.1

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại tràng là một bệnh lý hay gặp ở Việt Nam, đứng hàng thứ hai sau ung thư dạ dày trong ung thư đường tiêu hóa. Điều trị ung thư đại tràng chủ yếu là phẫu thuật cắt đoạn đại tràng mang theo khối u kèm hạch và hóa chất bổ trợ. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng mang lại nhiều hiệu quả và ngày càng được ứng dụng rộng rãi.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, lâm sàng mô tả 35 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư đại tràng được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 từ tháng 1/2019 đến 6/2021.

Kết quả: Tuổi trung bình $62,4 \pm 17,8$ (34 - 82), giới tính nam/nữ: 1,2. Vị trí u bao gồm: u đại tràng phải chiếm 31,4%, đại tràng ngang 11,5%, đại tràng trái 25,7%, đại tràng sigma 31,4%. Hình ảnh quan sát qua nội soi đại tràng thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 82,9%. Nồng độ CEA tăng trước mổ chiếm 42,9%. Theo TNM u tập trung ở giai đoạn II, III chiếm tỷ lệ cao nhất 80%. Thời gian phẫu thuật trung bình: $168,7 \pm 31,4$ phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình: $10,8 \pm 4,9$ ngày. Tai biến trong mổ không có, biến chứng sớm sau phẫu thuật có 5/35 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng là một phương pháp hiệu quả, an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ ít.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT

OPERATIVE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COLON CANCER

Nguyen Thanh Xuan^{1*}, Le Duc Anh¹

Background: Colon cancer is a common disease in Vietnam, ranking second after gastric cancer in gastrointestinal cancers. Treatment of colon cancer is mainly based on surgery to excise the colon with tumor and adjuvant chemotherapy. Laparoscopic surgery for colon cancer increasingly shows its effectiveness and is widely used.

Methods: A prospective, descriptive study was conducted on 35 patients with colon cancer who were treated by laparoscopic surgery at the Hue Central Hospital - Branch 2 from January 2019 to June 2021.

Result: The mean age was 62.4 ± 17.8 (34 - 82); the male/female ratio was 1.2. The sites of cancer were: right colon 31.4%; transverse colon 11.5%; left colon 25.7%; sigma colon 31.4%. Protrusive tumors were accounted for 82.9% by diagnostic colonoscopy. Elevation of CEA serum level was found in 42.9%

¹Khoa Ngoại Tổng Hợp,
Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2

- Ngày nhận bài (Received): 03/11/2021; Ngày phản biện (Revised): 27/11/2021;
- Ngày đăng bài (Accepted): 06/12/2021
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thanh Xuân
- Email: thanhxuanbvh@gmail.com; SĐT: 0945313999

preoperatively. TNM stage of II and III were the most 80%. The mean operative time was 168.7 ± 31.4 minutes. The mean duration of hospitalization was 10.8 ± 4.9 days. No intraoperative complications were found. The rate of wound infection was 14.3%. Conclusion: Laparoscopic surgery for colon cancer is a safe and effective surgical technique with less postoperative pain and a low rate of postoperative complications.

Keywords: Colon cancer, laparoscopic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là bệnh lý ác tính đứng vị trí thứ năm sau ung thư dạ dày, phổi, vú, vòm họng và đứng thứ hai trong ung thư đường tiêu hóa sau dạ dày ở nước ta.

Cho đến nay, điều trị ung thư đại tràng chủ yếu là phẫu thuật cắt đoạn đại tràng mang theo khối u kèm hạch và hóa chất hỗ trợ. So với các ung thư khác như ung thư thực quản, dạ dày, ung thư gan... thì ung thư đại tràng là ung thư có tiên lượng tốt hơn, tỉ lệ sống 5 năm sau mổ trung bình 50% tính chung cho các giai đoạn, do đó việc chẩn đoán sớm và điều trị triệt để có ý nghĩa rất lớn, góp phần làm tăng tỷ lệ sống sau mổ [1 - 3]

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng được ứng dụng nhiều trung tâm trên thế giới cũng như tại Việt Nam, với những ưu điểm đã được chứng minh như ít gây tổn thương thành bụng, ít đau sau mổ, giảm tỉ lệ nhiễm trùng, giảm thoát vị thành bụng, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi sức khỏe nhanh hơn và có tính thẩm mỹ cao. Với những điểm nổi bật của PTNS, điều kiện trang thiết bị hiện tại và tình hình thực tế điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Trung Ương Huế cơ sở 2 chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả các BN được chẩn đoán trước, trong và sau mổ có U đại tràng được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 thời gian từ tháng 1/2017 đến 6/2020. Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN có kết quả GPB không phải ung thư

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Loại hình nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Máy mổ nội soi KARL-STORZ và dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng, dụng cụ khâu nối nội soi GIA, EEA.

Kỹ thuật tiến hành: PTNS cắt nửa đại tràng phải nối hồi tràng đại tràng ngang với u manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan. PTNS cắt nửa đại tràng trái nối ngay hoặc làm HMNT với u đại tràng góc lách, đại tràng xuống, cắt đoạn đại tràng sigma với u đại tràng sigma.

Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, vị trí khối u, hình ảnh khối u quan sát qua nội soi đại tràng, nồng độ CEA, cách thức phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, tai biến và các biến chứng, kết quả GPB, phân giai đoạn bệnh sau phẫu thuật.

Cách phân loại giai đoạn bệnh dựa vào phân loại TNM

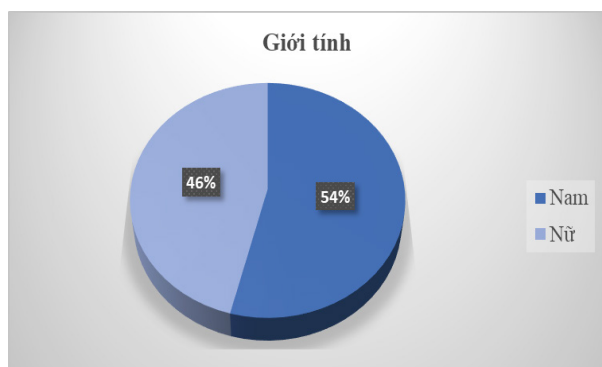
Bảng 1: Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM

Giai đoạn	T	n	M
0	Tis	N0	M0
1	T1 - T2	N0	M0
2	T3 - T4	N0	M0
3	T bất kỳ	N1, N2, N3	M0
4	T bất kỳ	N bất kỳ	M1

Thu thập và xử lý số liệu: bằng mẫu bệnh án nghiên cứu, số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thực hiện trên 35 bệnh nhân (19 nam, 16 nữ) (**Biểu đồ 1**). Tuổi trung bình: $62,4 \pm 17,8$ tuổi (34 - 82).



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 2: Vị trí ung thư đại tràng

Vị trí	n	%
Đại tràng phải	11	31,4
Đại tràng ngang	4	11,5
Đại tràng trái	9	25,7
Đại tràng sigma	11	31,4
Tổng	35	100

Ung thư đại tràng tại nhiều vị trí từ đại tràng phải đến đại tràng sigma với tỉ lệ khác biệt không có ý nghĩa.

Bảng 3: Hình ảnh đại thể qua nội soi đại tràng

Hình thái	Số lượng	%
Sùi	29	82,9
Loét	4	11,4
Thâm nhiễm	1	2,85
Polyp thoái triển	1	2,85
Tổng	35	100

Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 82,9%.

Bảng 4: Chất chỉ điểm ung thư CEA trước mổ

Nồng độ CEA (ng/ml)	n	%
< 5	20	57,1
≥ 5	15	42,9
Tổng	35	100

Nồng độ CEA tăng trước mổ chiếm tỷ lệ 42,9%.

Bảng 5: Giai đoạn của ung thư

Giai đoạn TNM	n	%
Giai đoạn I	2	5,7
Giai đoạn II	11	31,4
Giai đoạn III	17	48,6
Giai đoạn IV	5	14,3
Tổng	35	100

Ung thư giai đoạn II và III chiếm tỉ lệ cao

Bảng 6: Thời gian mổ

Vị trí	n	Thời gian mổ trung bình (phút)
Cắt nửa đại tràng phải	11	145,3 ± 24,6
Cắt nửa đại tràng phải mở rộng	4	167,2 ± 12,3
Cắt nửa đại tràng trái	9	183,4 ± 17,9
Cắt đại tràng sigma	11	110 ± 14,6
Tổng	35	

Thời gian mổ trung bình: 168,7 ± 31,4 (phút)

Tai biến trong mổ: Trong mổ không có trường hợp nào có tai biến chảy máu hay tổn thương các cơ quan khác trong ổ phúc mạc.

Biến chứng sớm sau mổ: Theo dõi trong quá trình hậu phẫu có 5/35 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. Không có trường hợp nào bị dò miệng nối.

Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình là: 10,8 ± 4,9 ngày. Ngắn nhất 5 ngày (BN cắt nửa đại tràng phải nối hồi tràng đại tràng ngang, dài nhất 19 ngày (BN cắt nửa đại tràng trái).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2021 chúng tôi có 35 BN được phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng. Với số lượng bệnh nhân chưa nhiều chúng tôi đưa ra một số nhận xét như sau:

Về đặc điểm các nhóm bệnh nhân: trong nghiên cứu của chúng tôi giới nam chiếm 54%, nữ giới chiếm 46%, tỉ lệ nam/ nữ: 1,2/1 và tương đồng với các tác giả Văn Tần và cộng sự [4] tỷ lệ nam/nữ 1,2/1 Phạm Trung Vũ [5] tỷ lệ nam/nữ 1,5/1 Chen W.T.L và cộng sự [6] có tỷ lệ nam/nữ 1,3/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,4 ± 17,8 (trẻ tuổi nhất là 34, lớn nhất là 82) điều này cũng được ghi nhận trong những nghiên cứu của tác giả Văn Tần

và cộng sự [4] là 60 tuổi, Chen W.T.L và cộng sự [6]: 69,44 tuổi. Kết quả của nhiều NC cho thấy khoảng 90% UTĐT xảy ra ở người trên 50 tuổi và tuổi từ 40 - 60 là thường gặp UTĐT và thường có bệnh lý nội khoa kết hợp làm hạn chế chỉ định của PTNS.

Bình thường nồng độ CEA trong máu $< 5 \text{ ng/ml}$. CEA là kháng nguyên bào thai, kháng nguyên này tăng trong một số trường hợp ung thư đường tiêu hóa. Tuy nhiên không phải trường hợp ung thư nào cũng có giá trị CEA tăng đặc biệt, CEA ít khi tăng ở UTĐT kém biệt hóa

Theo Locker G.Y và cộng sự [7] CEA không được xem là xét nghiệm sàng lọc trong UTĐT, tuy nhiên, sự tăng CEA ($\geq 5 \text{ ng/ml}$) được xem là một yếu tố tiên lượng xấu. Không có một chất chỉ điểm lý tưởng nào để chẩn đoán ung thư, sự góp phần vào chẩn đoán ban đầu đang còn hạn chế. Tuy nhiên, nếu CEA tăng trước mổ UTĐT thì việc định lượng nhiều lần chất chỉ điểm này trong việc theo dõi sau mổ có thể cho phép chẩn đoán sớm ung thư tái phát.

Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ tăng CEA trước mổ là 42,9%, kết quả này thấp hơn NC của Phạm Như Hiệp và Hồ Hữu Thiện [8] có tỷ lệ tăng CEA trước mổ 57,9%, Theo các tác giả, trong UTĐT định lượng CEA chỉ mang tính chất thăm dò chứ không phải để chẩn đoán, vì độ nhạy chỉ 7 - 64% tùy theo giai đoạn của bệnh, nếu tăng trước phẫu thuật, CEA có thể được dùng để đánh giá mức độ triệt căn của phẫu thuật và phát hiện ung thư tái phát và theo báo cáo của nhiều tác giả CEA tăng cao trước khi điều trị cũng mang ý nghĩa tiên lượng xấu. CEA có thể cao trong một số trường hợp: viêm ruột, xơ gan, bệnh COPD, trong các bệnh về tân u: ung thư tuyến giáp, ung thư tụy, ung thư dạ dày và nhất là UTĐT. Nói chung trong các ung thư tuyến của ĐT độ nhạy là 67% và độ đặc hiệu là 79%. Trong các bệnh không phải tân u: ung thư như viêm tụy mãn, viêm ĐT, nghiện thuốc lá cũng có tăng nồng độ CEA [9, 10]

Nội soi ĐT là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán và tầm soát các bệnh lý ác tính của ĐTT. Nội soi không những cho phép quan sát các đặc điểm đại thể của tổn thương để hướng đến chẩn đoán lành tính hay ác tính mà còn cho phép thực hiện sinh thiết chẩn đoán giải phẫu bệnh [11].

Tất cả 35 BN đều được nội soi ĐT trước mổ. Kết quả 100% phát hiện được khối u với các hình ảnh

đại thể với thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 82,9%, thể loét 11,4%, thể thâm nhiễm chiếm 2,85% và polyp ung thư hóa chiếm 2,85%. Kết quả này cũng phù hợp với NC của Lê Huy Hòa [12] trên 111 BN, thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất với 79,3% (88/111 BN) và NC của tác giả không gặp polyp ung thư hóa.

Điều quan trọng trước khi tiến hành phẫu thuật cắt ĐT qua nội soi ổ bụng là phẫu thuật viên phải biết rõ vị trí tổn thương vì PTNS thiếu cảm giác sờ chạm, đặt biệt khi tổn thương nhỏ. Trong trường hợp này, sự phối hợp nội soi ĐT trong mổ đánh dấu vị trí tổn thương bằng đèn soi hoặc tiêm xanh Methylene xanh qua lớp cơ niêm giúp phẫu thuật viên định vị chính xác đoạn ĐTT cần cắt bỏ [11, 13]. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận u đại tràng phải chiếm 31,4%, đại tràng ngang 11,5%, đại tràng trái 25,7%, đại tràng sigma 31,4%. Vị trí khối u xác định trước và trong mổ là yếu tố giúp cho phẫu thuật viên chọn lựa phương pháp phẫu thuật và đoạn đại tràng cần cắt bỏ chính xác ở giới hạn bờ an toàn phía trên và dưới u.

Trong quá trình PTNS, việc đánh giá mức độ di căn và xâm lấn khối u được chúng tôi tiến hành đầu tiên. Điều bất lợi của PTNS là mất cảm giác sờ chạm so với phẫu thuật truyền thống, vì vậy đánh giá giai đoạn khối u (T) trong mổ được chúng tôi quan sát và phân chia thành 3 mức độ, T4b: khối u xâm lấn trực tiếp vào cơ quan hoặc cấu trúc lân cận, T4a: khối u xuyên thủng phúc mạc tạng (thanh mạc ĐT) và T1 - T3 là những trường hợp không thấy u xâm lấn thanh mạc và chỉ được xác định khi phân tích bệnh phẩm sau mổ. Trong nghiên cứu này dựa vào đánh giá trên CT ổ bụng, quan sát trong mổ và kết quả GPB chúng tôi ghi nhận u đại tràng ở giai đoạn II, III chiếm tỷ lệ cao nhất 80%, kết quả này cũng tương đương với tác giả Văn Tần và cộng sự [4]

Thời gian mổ trung bình (phút) $168,7 \pm 31,4$ có dài hơn các tác giả Văn Tần và cộng sự [4]. Do các phẫu thuật viên trẻ ít kinh nghiệm nên thời gian phẫu thuật có kéo dài. Đối với các phẫu thuật cắt đại tràng phải, cắt đoạn đại tràng Sigma thường nhanh hơn so với kỹ thuật cắt đại tràng trái. Với các công cụ hỗ trợ, ekip mổ thuần thục và kinh nghiệm của phẫu thuật viên sẽ rút ngắn đáng kể thời gian mổ và giảm đi những tai biến.

Kỹ thuật giải phóng đại tràng và vét hạch có thể được thực hiện theo hai cách, hoặc là từ trung tâm ra ngoại vi (sau khi thắt các cuống mạch), hoặc

phẫu tích từ ngoại vi vào trung tâm như phẫu thuật mổ mở kinh điển. Điều này phụ thuộc vào thói quen của phẫu thuật viên [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả trường hợp cắt đại tràng phải đều phẫu tích từ trong ra và thắt mạch máu trước. Thực hiện cắt đại tràng phải được tiến hành qua một đường mổ nhỏ trên rốn hoặc ở đường trắng giữa khoảng 5 cm. Đối với phẫu thuật cắt đại tràng trái chúng tôi thường kết hợp phẫu tích từ ngoại vào trong kết hợp với từ trung tâm ra ngoại vi. Thời gian mổ cắt đại tràng trái của chúng tôi $183,4 \pm 17,9$ dài hơn kết quả của Nguyễn Xuân Hùng [14] ($165 \pm 43,3$ phút).

Biến chứng sau mổ chúng tôi gặp 5 trường hợp (13,5%) nhiễm trùng vết mổ. Không có trường hợp

nào bị xì miệng nối. Các trường hợp nhiễm trùng vết mổ này luôn được cấy mủ làm kháng sinh đồ để định danh vi khuẩn sử dụng kháng sinh phù hợp kết hợp với thay băng nặn dịch cắt chỉ ngắt quảng để vết mổ nhanh hồi phục. Sau mổ kết quả GPB: 100% bệnh nhân là ung thư biểu mô tuyến.

Thời gian nằm viện trung bình: $10,8 \pm 4,9$ ngày, có dài hơn tác giả Nguyễn Xuân Hùng [14] khoảng 7 ngày.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu và ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng cho 35 bệnh nhân chúng tôi nhận thấy đây là một phương pháp hiệu quả, an toàn, tỉ lệ tai biến và biến chứng sau mổ ít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Labianca R BGDea. Pathology and biology and stage classifications. Oncology/Hematology. 2010. 74: 106-133.
2. Phạm Đức Huân. Ung thư đại tràng. Bệnh học ngoại sau đại học, Nhà xuất bản y học. 2006. 2: 249-258.
3. Phạm Gia Khánh VHN. Ung thư đại tràng. Bài giảng bệnh học ngoại khoa sau đại học, Học viện quân y. 2002. 2: 277-291.
4. Văn Tần TVH, Dương Thanh Hải,. Nội soi so với mổ mở ung thư đại tràng. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2014. 18: 49-51.
5. Phạm Trung Vũ. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một đường mổ điều trị ung thư đại tràng phải. Đại học y dược Huế. 2020.
6. Chen W.T.L CSCea. Single - incision laparoscopic versus conventional laparoscopic right hemicolectomy: a comparison of short-term surgical results. 2011. 25: 1887-1892.
7. Locker G.Y HS, Harris J et al,. ASCO 2006 update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer. 2006. 24: 5313-5327.
8. Phạm Như Hiệp HHT, Phạm Anh Vũ và cs,. 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. 2014. 2: 128- 135.
9. Duffy M.J et al. Clinical use of tumor biomarkers: an overview. 2017. 25: 157-161.
10. Verberne C et al. Sensitivity and specificity of CEA in an intensified colorectal cancer follow-up protocol. CEA in colorectal cancer follow-up. 2016. 6: 97-108.
11. Nguyễn Thúy Oanh NPM, Lê Quang Nhân,. Kết hợp phẫu thuật và nội soi trong điều trị Polyp, ung thư sớm đại trực tràng. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2012. 16: 84-88.
12. Lê Huy Hòa. Nghiên cứu sự di căn hạch trong ung thư đại tràng. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2011. 15: 40-44.
13. Stefanidis et al. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (2012) SAGES guidelines for the surgical treatment of esophageal achalasia. 2012. 26: 296311.
14. Nguyễn Xuân Hùng PTTH. Kết quả điều trị ung thư đại tràng phải tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Kỷ yếu Hội nghị khoa học phẫu thuật nội soi - nội soi Việt Nam. 2015: 118.