

Phẫu thuật nội soi một cửa điều trị ung thư trực tràng: kinh nghiệm của Bệnh viện Trung ương Huế

Phạm Như Hiệp* và cộng sự

Bệnh viện Trung ương Huế

Ngày nhận bài 18.12.2015, ngày chuyển phản biện 22.12.2015, ngày nhận phản biện 20.1.2016, ngày chấp nhận đăng 26.1.2016

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) một cửa và những kinh nghiệm được rút ra trong quá trình ứng dụng kỹ thuật điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế. Đối tượng nghiên cứu gồm 15 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng các vị trí và được PTNS một cửa cắt trước, cắt trước thấp, phẫu thuật Pull through và phẫu thuật Miles từ tháng 1.2013 đến tháng 9.2015. Tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu: $63,2 \pm 11,4$ tuổi (45-82), tỷ lệ nam/nữ 1,1/1; tăng CEA trước mổ 40,0%, kích thước u trung bình $3,4 \pm 1,9$ cm (1-7,5). Dùng phương pháp PTNS một cửa: phẫu thuật cắt trước 13,3%, cắt trước thấp 26,7%, phẫu thuật Pull through 6,7%, phẫu thuật cắt cụt trực tràng (Miles) 53,3%. Thời gian phẫu thuật $241,0 \pm 46,8$ phút, kích thước đường mổ $2,7 \pm 1,3$ cm (2-6), thời gian nằm viện $8,6 \pm 3,6$ ngày (6-15), thời gian theo dõi trung bình $17,3 \pm 2,6$ tháng (5-30). Qua nghiên cứu có thể kết luận: PTNS một cửa điều trị ung thư trực tràng bước đầu cho thấy tính an toàn, khả thi, có thể giải quyết được mọi vị trí ung thư của trực tràng và phù hợp với xu hướng phát triển của phẫu thuật xâm nhập tối thiểu trên thế giới.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi một cửa, ung thư trực tràng.

Chỉ số phân loại 3.2

Đặt vấn đề

Với quan điểm phẫu thuật xâm nhập tối thiểu trong điều trị các bệnh lý tiêu hóa ngày càng được áp dụng rộng rãi cùng với kinh nghiệm của phẫu thuật viên theo đường cong huấn luyện, PTNS thường quy và nội soi một cửa điều trị ung thư đại trực tràng ngày càng được ứng dụng rộng rãi và đã cho thấy những ưu điểm về kết quả sớm cũng như những kết quả lâu dài [1, 2]...

Năm 2008, PTNS một cửa (single port) lần đầu tiên được thực hiện trong cắt trực tràng bởi Bucher và Remzi và đến nay đã trở thành một phương pháp được lựa chọn ở nhiều trung tâm trên thế giới [3].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi đã tiến hành nhiều PTNS một cửa như cắt ruột thừa, cắt túi mật, khâu lỗ thủng dạ dày, lồng ruột..., trong đó PTNS một cửa ung thư đại trực tràng đã được thực hiện từ năm 2011, đến nay đã thực hiện được số lượng lớn ca phẫu thuật. PTNS một cửa trong ung thư đại trực tràng có nhiều ưu điểm, nếu sử dụng PTNS kinh điển, vấn đề đặt

ra là sau khi phẫu tích, cắt bỏ..., phẫu thuật viên luôn gặp các vấn đề như đem bệnh phẩm ra ngoài, thực hiện miệng nối ngoài hoặc chuẩn bị để thực hiện miệng nối trong bằng stapler.

Xuất phát từ thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật và những kinh nghiệm được đúc rút trong quá trình ứng dụng kỹ thuật PTNS một cửa điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 15 bệnh nhân được PTNS một cửa cắt trực tràng trước - trước thấp, Pull through hoặc cắt cụt trực tràng (phẫu thuật Miles) tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1.2013 đến tháng 9.2015.

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu có theo dõi, hóa xạ trị bổ trợ.

Lâm sàng: đau bụng, rối loạn tiêu hóa, đại tiện ra

*Email: phamnhuhiepd@gmail.com

Single port laparoscopic surgery in rectal cancer treatment: experience of Hue central hospital

Summary

The study's objective is to assess the results of single port laparoscopic surgery (SPLS) and experiences from this procedure's applications for rectal cancer treatment. 15 rectal cancer patients (high, middle and low rectum) underwent SPLS with anterior resection, low anterior resection, Pull through procedure or abdominoperineal resection (Miles procedure) from 1.2013 to 9.2015. The results showed that, the average age was 63.2 ± 11.4 years old (45-82) with the male/female ratio 1.1/1, preoperative CEA increased 40.0%, and the average tumor size 3.4 ± 1.9 cm (1-7.5). Methods of SPLS included anterior resection 13.3%, low anterior resection 26.7%, Pull through procedure 6.7%, and Miles procedure 53.3%. Time of surgery 241.0 ± 46.8 minutes, length of incision 2.7 ± 1.3 cm (2-6), hospital stay of 8.6 ± 3.6 days (6-15), duration of follow-up after surgery 17.3 ± 2.6 months (5-30). Conclusion: single port laparoscopic surgery in rectal cancer treatment is safe, feasible, and can solve every position of rectal cancer and be also in accordance with the development trend of minimally invasive surgery in the world.

Keywords: rectal cancer, single port laparoscopic surgery.

Classification number 3.2

máu, sút cân...

Cận lâm sàng: nội soi trực tràng với các hình ảnh tổn thương, kết quả giải phẫu bệnh trước mổ, giải phẫu bệnh sau mổ. CT 64 slice có dựng hình trước mổ, MRI hoặc nội soi siêu âm, nếu u từ giai đoạn T3 trở xuống. Hóa xạ trị theo liệu trình trước sau mổ theo phác đồ của Trung tâm ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế.

Chuẩn bị trước mổ: làm sạch đại tràng, gây mê nội khí quản, tư thế sản khoa.

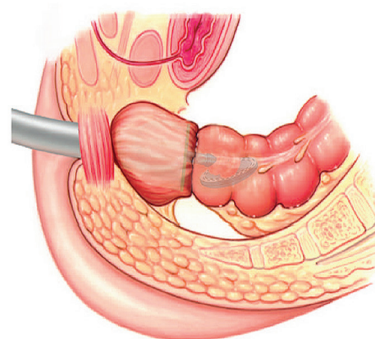
Các kỹ thuật

Kỹ thuật cắt trước và trước thấp nội soi một cửa: chỉ định cho ung thư trực tràng cao (cách rìa hậu môn 10-15 cm) và trực tràng trung gian (cách rìa hậu môn 6-10 cm). Đặt dụng cụ một cửa qua đường rạch 2-2,5 cm xuyên qua trung tâm rốn. Qua các kênh của dụng cụ một cửa, đặt đèn soi và dụng cụ thao tác. Việc thám sát ổ phúc mạc là động tác bắt buộc để đánh giá vị trí khối u, mức độ xâm lấn và giúp khẳng định chưa có di căn như đánh giá trước mổ. Phẫu tích và di động đại tràng sigma, đại tràng xuống, bộc lộ và thắt động mạch, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới sát gốc để đảm bảo nguyên tắc ung thư học.



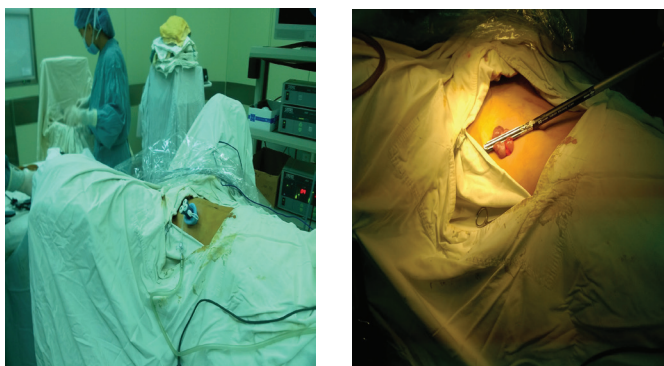
Hình 1: phẫu thuật cắt trước và trước thấp

Với u trực tràng cao, di động trực tràng kèm u theo kỹ thuật TME xuống dưới u 5 cm và đi ngược lên sát thành trực tràng để cắt bỏ rộng rãi mạc treo trực tràng. Với u trực tràng trung gian: thực hiện TME hoàn toàn. Cắt ngang trực tràng dưới u 2-3 cm bằng Endo-GIA 60 mm, đưa trực tràng kèm u qua vị trí đặt dụng cụ một cửa, cắt đoạn đại trực tràng kèm u và gắn đầu trên với máy khâu cắt vòng (EEA). Thực hiện miệng nối đại tràng sigma - trực tràng còn lại bằng EEA phối hợp qua đường tăng sinh môn dưới hướng dẫn nội soi.



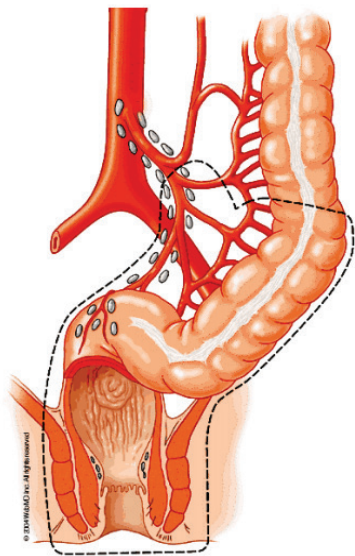
Hình 2: kỹ thuật nối máy trong cắt trực tràng trước, trước thấp nội soi

Kỹ thuật cắt cắt trực tràng nội soi một cửa: chỉ định cho ung thư trực tràng 1/3 dưới, có xâm lấn hoặc không thể thực hiện phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Phẫu thuật viên và người phụ đứng bên trái bệnh nhân. Đặt dụng cụ một cửa ở hố chậu trái, đặt đèn soi và các dụng cụ thao tác thám sát ổ phúc mạc, đưa đại tràng sigma ra ngoài và cắt đôi bằng GIA 60 mm. Đầu trên sẽ được đưa ra hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo sau khi tháo trocar 1 lỗ.



Hình 3: vị trí trocar một cửa hố chậu trái và cắt đại tràng sigma

Đặt lại dụng cụ một cửa, phẫu tích và thắt động mạch mạc treo tràng dưới sát gốc, di động trực tràng theo kỹ thuật TME xuống đến mặt trước xương cùng và cơ nâng hậu môn, cắt dây chằng phúc mạc hai bên của trực tràng.



Hình 4: nguyên lý phẫu thuật cắt cắt trực tràng

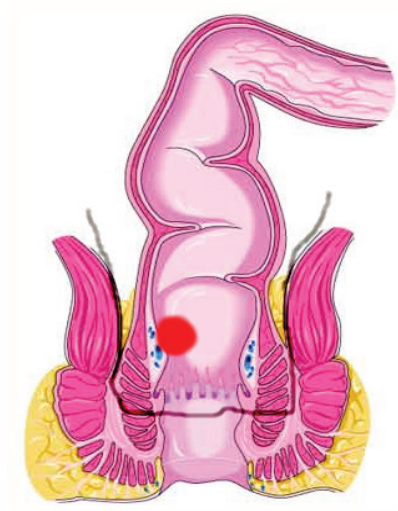
Chuyển qua thì phẫu thuật tầng sinh môn: khâu kín ống hậu môn, cắt dây chằng hậu môn - cùng, cắt cơ nâng hậu môn đảm bảo diện cắt bỏ xung quanh an toàn, phẫu tích đi lên vào khoang trước xương cùng.

Tách trực tràng ra khỏi tiền liệt tuyến hay âm đạo, rút bỏ trực tràng kèm khối u ra ngoài qua tầng sinh môn.



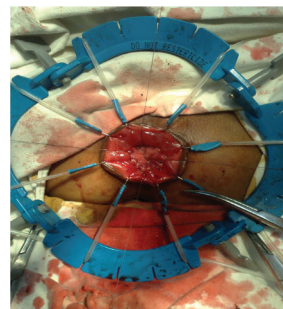
Hình 5: hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và phẫu tích tầng sinh môn

Kỹ thuật phẫu thuật Pull through: chỉ định cho ung thư trực tràng thấp ở giai đoạn T₁₋₃, không có xâm lấn cơ thắt, cơ nâng hậu môn và cơ thắt ngoài. Kích thước khối u nhỏ để có thể kéo ra ngoài qua hậu môn.



Hình 6: nguyên lý bảo tồn cơ thắt

Việc phẫu tích và di động trực tràng thì nội soi giống với phẫu thuật cắt cắt trực tràng thì bụng. Với thì tầng sinh môn, kỹ thuật Pull through được phát triển từ phẫu thuật Soave, gồm phối hợp cắt bỏ niêm mạc trực tràng đi từ dưới lên, vào ổ phúc mạc bằng đường mở trực tràng dưới u, kéo đoạn trực tràng kèm u ra đường hậu môn và làm miệng nối đại tràng - hậu môn thực hiện bằng khâu tay [4].



Hình 7: miệng nối đại tràng - ống hậu môn bằng khâu tay

Kết quả

Các bảng từ 1 đến 4 thể hiện đặc điểm chung của các bệnh nhân trong nghiên cứu, kết quả phẫu thuật, các giai đoạn bệnh sau mổ, kết quả theo dõi, tái khám.

Bảng 1: đặc điểm chung

Đặc điểm chung	n = 15	%
Tuổi trung bình (45-82 tuổi)	63,2 ± 11,4	
Tỷ lệ nam/nữ	8/7	1,1/1
CEA trước mổ		
< 5 ng/ml	9	60,0
≥ 5 ng/ml	6	40,0
Vị trí u qua đánh giá trước mổ		
Trực tràng cao	2	13,3
Trực tràng trung gian	4	26,7
Trực tràng thấp	9	60,0
Kích thước u trung bình (1-7,5 cm)	3,4 ± 1,9	

Bảng 2: kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	n = 15	%
Phẫu thuật cắt trước	2	13,3
Phẫu thuật cắt trước thấp	4	26,7
Phẫu thuật Pull through (mở thông HT)*	1	6,7
Phẫu thuật cắt cụt trực tràng (Miles)	8	53,3
Thời gian phẫu thuật (180-315 phút)	241,0 ± 46,8	
Tai biến, biến chứng		
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	13,3
Kích thước đường mổ (2-6 cm)	2,7 ± 1,3	
Thời gian nằm viện (6-15 ngày)	8,6 ± 3,6	

*: Không xâm lấn vào cơ thắt

Biến chứng trong và sau mổ không nghiêm trọng, đều giải quyết được bằng PTNS hoặc bảo tồn. Không có chuyển mổ mở. Bờ an toàn đạt yêu cầu trên 15 bệnh nhân. Chưa phát hiện tái phát tại chỗ trên cả 2 nhóm bệnh nhân.

Bảng 3: giai đoạn bệnh sau mổ

Giai đoạn	Độ xâm lấn của khối u (TMN)	Cắt trước và trước thấp	Phẫu thuật Pull through	Cắt cụt trực tràng
I	T ₁₋₂ N ₀ M ₀	3	0	0
II	T ₃₋₄ N ₀ M ₀	3	1	5
III	T _x N ₁₋₂ M ₀	0	0	3

Bảng 4: kết quả theo dõi, tái khám

Kết quả tái khám	n = 15	%
Thời gian theo dõi trung bình (5-30 tháng)	17,3 ± 2,6	
Tắc ruột sau mổ	0	0
Hạch lớn cạnh niệu quản	2	13,3
Tái phát tại chỗ	0	0
Đóng mở thông hồi tràng sau 2 tháng	1	6,7

Bàn luận

Qua 15 trường hợp PTNS một cửa trong thời gian hơn 2 năm, điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật này phù hợp với xu hướng hiện nay trên thế giới là phẫu thuật càng ngày càng ít xâm nhập và cùng một mục đích phẫu thuật nhưng can thiệp tối thiểu mà đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân cả về kết quả sớm sau mổ cũng như kết quả lâu dài về mặt ung thư học, đây là điều mà cả phẫu thuật viên và bệnh nhân mong muốn đạt tới [5].

Việc giảm sang chấn trong phẫu thuật là một vấn đề quan trọng trong tất cả các kỹ thuật phẫu thuật mới trong hai thập kỷ qua và PTNS một cửa chắc chắn là bước đột phá quan trọng nhất. Về mặt kỹ thuật, đây là sự phát triển kỹ thuật trên nền phẫu thuật mở và PTNS truyền thống điều trị ung thư 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.

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 cửa khắc phục được nhược điểm này và hơn nữa, vị trí đặt dụng cụ một cửa là nơi dễ đưa bệnh phẩm ra ngoài, cắt bỏ và thực hiện tái lập lưu thông tiêu hóa. Đại trực tràng là tạng rỗng, có thể thu nhỏ và kéo ra ngoài qua vị trí đặt trocar một cửa. Chính điều này làm cho PTNS một cửa có vai trò rất quan trọng trong điều trị ung thư trực tràng, vì tránh phải mở thêm một đường mổ nữa để lấy bệnh phẩm cũng như thực hiện khâu nối [2, 6].

Về việc chỉ định PTNS một cửa ung thư trực tràng: không ít khó khăn mang lại cho kỹ thuật PTNS một cửa, thứ nhất là nguyên tắc tam giác gấp khó khăn, thứ hai là việc bộc lộ phẫu trường trong PTNS một cửa không giống với PTNS truyền thống và thứ ba là tình trạng va chạm và xung đột dụng cụ. Theo Bulut O [7], đây là tình trạng nổi bật và gây khó khăn nhất trong quá trình thực hiện kỹ thuật bằng PTNS một cửa

nói chung và trong ung thư trực tràng nói riêng, 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) [7].

Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá vị trí, kích thước khối u trước mổ trên CT scan 64 slice để có định hướng và chiến lược phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, kích thước khối u trung bình trên CT scan là $3,4 \pm 1,9$ cm, tuy nhiên trên thực tế phẫu thuật thường lớn hơn do có tình trạng viêm, dính và phù nề. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, kích thước khối u càng lớn thì độ xâm nhiễm càng cao và thanh mạc trực 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 [6, 8].

Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có thể thực hiện tốt bằng PTNS một cửa, tuy nhiên kỹ thuật phức tạp hơn nhiều so với PTNS 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 PTNS truyền thống nhiều công [2, 9].

Nghiên cứu của chúng tôi không gặp chảy máu trong và sau mổ, nhiễm trùng vết mổ 13,3%, 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 PTNS một cửa - là những người đã có kinh nghiệm PTNS ung thư trực tràng theo đường cong huấn luyện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình $241,0 \pm 46,8$ phút (180-315 phút), kích thước đường mổ $2,7 \pm 1,3$ cm (2-6) và thời gian nằm viện $8,6 \pm 3,6$ ngày (6-15). Theo nghiên cứu của Bulut O [7], thời gian phẫu thuật trung bình 229 phút, không gặp tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ tính chung là 11,4%, và theo nghiên cứu của Lolle I, Rosenstock S [10], thời gian nằm viện trung bình 4,6 ngày, thấp nhất 4 ngày và cao nhất 16 ngày.

Kết luận

PTNS một cửa điều trị ung thư trực tràng bước đầu cho thấy tính an toàn, khả thi, có thể giải quyết được mọi vị trí ung thư của trực tràng và phù hợp với xu hướng phát triển của phẫu thuật xâm nhập tối thiểu trên thế giới.

Tài liệu tham khảo

- [1] Phạm Như Hiệp, Phan Hải Thanh và cs (2012), “PTNS cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng thấp: Kinh nghiệm của Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí PTNS và nội soi Việt Nam*, **1(2)**, tr.140-144.
- [2] 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*, **20(4)**, pp.997-1004.
- [3] Remzi F.H, Kirat H.T, Kaouk J.H, Geisler D.P (2008), “Single-port laparoscopy in colorectal surgery”, *Colorectal Disease*, **Vol.10**, pp.823-826.
- [4] Phạm Như Hiệp, Phạm Anh Vũ và cs (2015), *Các kỹ thuật mới trong ung thư đại trực tràng*, sách chuyên khảo, Nhà xuất bản Đại học Huế.
- [5] Thomas C (2012), *Single Port Laparoscopic Surgery*, Department of General, Visceral and Trauma Surgery Center for Minimally Invasive Surgery, Germany, pp.99-116.
- [6] Cianchi F, Staderini F, Badii B (2014), *Single-Incision Laparoscopic Colectomy: A New Era in the Treatment of Colorectal Cancer*, *Colorectal Cancer - Surgery, Diagnostics and Treatment*, pp.125-140.
- [7] Bulut O (2011), *Single - Incision Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer*, *Rectal Cancer - A Multidisciplinary Approach to Management*, pp.137-158.
- [8] Trần Thiện Hòa (2012), “Kết quả bước đầu PTNS cắt trực tràng thấp với miệng nối Đại tràng - Hậu môn khâu tay qua đường hậu môn có bảo tồn cơ thắt trong K trực tràng thấp”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, **tập 16**, phụ bản của số 1, tr.147-151.
- [9] Soo-hong kim, et al (2011), “Single Port Laparoscopic Surgery and Transanal Specimen Retrieval for Sigmoid Colon Cancer”, *J Korean Surg Soc*, **Vol.80**, pp.77-83.
- [10] Lolle I, Rosenstock S, Bulut O (2014), “Single-port laparoscopic rectal surgery - a systematic review”, *Dan Med J*, **61(7)**, p.A4878.