

# PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI: PHÂN TÍCH NGUYÊN NHÂN CHUYỂN MỔ HỖ

*Phạm Trung Vỹ\*, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc, Lê Mạnh Hà, Bùi Đức Phú  
Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân,  
Trần Nghiêm Trung, Văn Tiến Nhân, Trần Sỹ Doãn Diễm,  
Phạm Xuân Đông, Mai Trung Hiếu  
\* Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế  
Bệnh viện Trung ương Huế*

## Tóm tắt

**Mục đích:** Phân tích một số đặc điểm về bệnh lý, kỹ thuật trên 17 bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi một lỗ chuyển mổ hở, từ đó rút ra một số đặc điểm và các yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật. **Đối tượng:** Nghiên cứu 17 bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải nội soi một lỗ chuyển mổ hở tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2010 đến 2014. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $61,3 \pm 14,2$ , tỷ lệ nam/nữ 11/6. Độ xâm lấn khối u: T2 11,8%, T3 58,8% và T4 29,4%. Kích thước khối u trung bình  $6,5 \pm 2,2$ cm. Lý do chuyển mổ hở: do u quá lớn 29,4%, u xâm lấn, dính 47,1% và phẫu thuật mở rộng 23,5%. Phương pháp mổ hở: cắt nửa đại tràng phải 70,6%, cắt nửa đại tràng phải kèm cắt túi mật 5,9%, cắt nửa đại tràng phải kèm cắt tá tràng hình chêm 11,8%, cắt nửa đại tràng phải kèm cắt đoạn ruột non bị xâm lấn 5,9% và cắt nửa đại tràng phải kèm cắt trực tràng trước thấp, cắt tử cung 5,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt đại tràng nội soi một lỗ chuyển mổ hở là cần thiết khi khối u quá lớn, viêm dính nhiều và vượt quá mức giới hạn kỹ thuật phẫu thuật bằng phẫu thuật nội soi.

## Abstract

### SINGLE PORT LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RIGHT COLON CANCER CAUSE ANALYSIS FOR CONVERSION TO LAPAROTOMY

*Phạm Trung Vỹ\*, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc, Lê Mạnh Hà, Bùi Đức Phú,  
Ho Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân,  
Trần Nghiêm Trung, Văn Tiến Nhân, Trần Sỹ Doãn Diễm,  
Phạm Xuân Đông, Mai Trung Hiếu  
\* PhD students of Hue University of Medicine and Pharmacy – Hue University*

**Purpose:** Analysis about disease, technical characteristics of 17 right colon cancer patients underwent conversion to laparotomy from single port laparoscopic surgery and propose related factors for indications. **Method:** Consist of 17 colon cancer patients, who were conversion to laparotomy from single port laparoscopic colectomy at Hue Central Hospital from october 2010 to august 2014. **Results:** Mean age  $61.3 \pm 14.2$  years, rate male/female 11/6. Tumor invasion: T2 11.8%, T3 58.8%, T4 29.4%. Mean tumor size on CT  $6.5 \pm 2.2$ cm. The causes of conversion: very big tumors 29.4%, invasive-adhesive tumors 47.1%, extended surgery 23.5%. Open procedures: right hemicolectomy 70.6%, right hemicolectomy plus cholecystectomy 5.9%, right hemicolectomy plus wedge-shape duodenectomy 11.8%, right hemicolectomy plus intestinal segmentectomy 5.9% and right hemicolectomy plus low-

- Địa chỉ liên hệ: Phạm Trung Vỹ, \* Email: trungvybao2006@yahoo.com.vn

- Ngày nhận bài: 20/9/2014 \* Ngày đồng ý đăng: 11/11/2014 \* Ngày xuất bản: 16/11/2014

anterior rectal resection, hysterectomy 5.9%. **Conclusion:** Conversion to laparotomy from single port laparoscopic colectomy is necessary for very big tumors, excessive tumor adhesions and exceed the technical limitations of laparoscopic dissection.

**Key words:** *Single incision laparoscopic colectomy (SILC), single port laparoscopic colectomy (SPLC), conversion to laparotomy.*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là bệnh lý bệnh ác tính gây tử vong sau ung thư dạ dày, phổi, vú và vòm họng. Cho đến nay, điều trị ung thư đại tràng chủ yếu vẫn là phẫu thuật cắt đoạn đại tràng mang theo khối u kèm hạch và hoá chất hỗ trợ sau mổ.

Từ khi Jacobs thực hiện cắt đại tràng nội soi đầu tiên vào năm 1991, phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị ung thư đại trực tràng và với quan điểm phẫu thuật ít xâm lấn mà giải quyết được tận gốc bệnh tật, nhiều phương pháp phẫu thuật mới như nội soi sử dụng dụng cụ nhỏ (Mini-Laparoscopy), phẫu thuật nội soi qua đường tự nhiên (NOTES), phẫu thuật nội soi một lỗ ra đời [1],[8].

Không phải tất cả phẫu thuật đều có thể thực hiện bằng phẫu thuật nội soi, trong một số trường hợp phẫu thuật nội soi cần phải chuyển sang phẫu thuật mở, ví dụ trong phẫu thuật ung thư, một đường mổ rộng rãi nhằm cung cấp một trường nhìn rộng rãi ổ bụng và không để bỏ sót tổ chức ung thư là quan trọng. Những lý do khác cho việc chuyển mổ hở bao gồm chảy máu, mô sẹo dính từ phẫu thuật trước đây và không thể nhìn rõ những cấu trúc cần thiết...[6],[9].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, phẫu thuật nội soi một đường mổ/một lỗ được tiến hành năm 2010 cho nhiều bệnh lý đã mang lại những kết quả khả quan, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Phân tích một số nguyên nhân chuyển mổ hở và từ đó rút ra một số đặc điểm và các yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật nội soi một lỗ ung thư đại tràng phải.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** 17 bệnh nhân chuyển mổ hở trong 65 trường hợp phẫu thuật nội soi một lỗ

ung thư đại tràng phải (48BN thành công, 17BN chuyển mổ hở).

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả lâm sàng có theo dõi.

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Từ 10/2010 đến 8/2014

**2.4. Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Trung ương Huế

### 2.5. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân ung thư đại tràng phải được chỉ định và tiến hành phẫu thuật nội soi một lỗ nhưng phải chuyển sang mổ hở.

### 2.6. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chuyển mổ hở nhưng vì sẵn có các yếu tố nguy cơ trước mổ:

- Bệnh nhân có nguy cơ cao với gây mê (ASA 4)

- Đang mang thai
- Bệnh lý đông máu
- Suy chức năng gan
- Nhiễm trùng nặng

### 2.7. Trang thiết bị

- Máy nội soi Karl-Storz
- Dụng cụ một cổng 3 kênh thao tác của Covidien, Johnson

- Các trocar và dụng cụ phẫu thuật nội soi thường quy

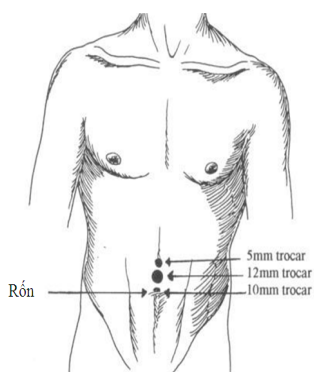
- Dụng cụ khâu cắt thẳng GIA, dao điện, dao siêu âm và hàn mạch

- Dụng cụ mổ hở truyền thống

### 2.8. Kỹ thuật

- Bệnh nhân được gây mê toàn thân, tư thế nằm ngửa.

- Bơm hơi ổ phúc mạc: Đặt troca theo kỹ thuật phẫu thuật nội soi 1 lỗ với 3 troca thẳng hàng, cách nhau 2-2,5cm trên đường trắng giữa (single incision) hoặc sử dụng dụng cụ 1 cổng (single port) [5],[8].



**3 troca thẳng hàng**



**Dụng cụ 1 cổng**



**Vết mổ nội soi 1 lỗ**

- Đánh giá vị trí, kích thước và độ xâm lấn khối u và tình trạng di căn

- Phẫu tích và di động đoạn đại tràng phải kèm u, thắt các mạch máu sát gốc

- Đặt thêm troca để hỗ trợ khi gặp khó khăn trong bộc lộ và phẫu tích hoặc có tai biến trong mổ (chuyển về phẫu thuật nội soi truyền thống). Nếu sau khi phẫu tích và di động đoạn đại tràng kèm u bằng nội soi thành công thì tiến hành tháo dụng cụ 1 cổng hoặc nối 3 troca, đưa đại tràng kèm u ra ngoài và thực hiện cắt đoạn đại tràng kèm u và tái lập lưu thông tiêu hóa.

- Chuyển mổ hở khi có các vấn đề sau: [7],[10]

1. Có vấn đề về mặt kỹ thuật

+ Tăng CO<sub>2</sub> trong máu

+ Giải phẫu không rõ ràng

+ Ruột quá chướng

+ Stapler không đóng kín (lỗi dụng cụ, thiết bị)

2. Tai biến phẫu thuật

+ Chảy máu

+ Tổn thương tạng: tá tràng, ruột, bàng quang...

+ Tổn thương tạng đặc

+ Tổn thương thận, niệu quản

3. Giới hạn về mặt kỹ thuật

+ Viêm lan tỏa, dính nhiều

+ Bệnh nhân béo phì

+ Xâm lấn cơ quan lân cận (phẫu thuật mở rộng).

### 3. KẾT QUẢ

#### Bảng đặc điểm bệnh nhân

| n=17                                            | n(%)      |
|-------------------------------------------------|-----------|
| Tuổi trung bình                                 | 61,3±14,2 |
| Giới tính (nam/nữ)                              | 11/6      |
| Mức độ xâm lấn khối u (T) trước mổ trên CT scan |           |
| T2                                              | 2 (11,8)  |
| T3                                              | 10 (58,8) |
| T4                                              | 5 (29,4)  |
| Kích thước khối u trung bình trên CT scan (cm)  | 6,5±2,2   |
| Lý do chuyển mổ hở                              |           |
| Chảy máu                                        | 0         |
| U quá lớn                                       | 5 (29,4)  |
| U xâm lấn, dính                                 | 8 (47,1)  |
| Lỗi thiết bị, dụng cụ                           | 0         |
| Tổn thương tạng                                 | 0         |
| Phẫu thuật mở rộng                              | 4 (23,5)  |

|                                                                |          |
|----------------------------------------------------------------|----------|
| Phương pháp mổ hở                                              |          |
| Cắt nửa đại tràng phải                                         | 12(70,6) |
| Cắt nửa đại tràng phải, cắt túi mật                            | 1 (5,9)  |
| Cắt nửa đại tràng phải, cắt tá tràng hình chêm                 | 2(11,8)  |
| Cắt nửa đại tràng phải, cắt đoạn ruột non bị xâm lấn           | 1 (5,9)  |
| Cắt nửa đại tràng phải, cắt trực tràng trước thấp, cắt tử cung | 1 (5,9)  |
| Kích thước khối u sau mổ                                       |          |
| <10cm                                                          | 12(70,6) |
| ≥ 10cm                                                         | 5(29,4)  |
| Trung bình (cm)                                                | 8,3±1,8  |
| Độ xâm lấn khối u (T) sau mổ theo TNM                          |          |
| T3                                                             | 6(35,4)  |
| T4                                                             | 11(64,6) |

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân trước khi chuyển mổ hở đều đã đặt thêm troca để cố gắng phẫu tích, bộc lộ (chuyển về phẫu thuật nội soi truyền thống) nhưng không thành công, tỷ lệ chuyển mổ hở trong nghiên cứu là 26,2% (17/65) trong đó do u quá lớn 29,4%, do u xâm lấn, dính 47,1% và phẫu thuật mở rộng 23,5%. Nghiên cứu của Sonal Pandya [10] tỷ lệ chuyển mổ hở là 23,5% (47/200) và theo Tekkis P. P [11], tỷ lệ chuyển mổ hở thay đổi từ 3-32% tùy từng tác giả.

Theo Rodrigo P [8], 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 hở mà không có điều ngược lại.

Về tai biến trong mổ: Chúng tôi không gặp tai biến cần phải chuyển mổ hở, 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 người đã có kinh nghiệm phẫu thuật đại trực tràng theo đường cong huấn luyện. Theo Tommie M [12], tổn thương ruột là tai biến thường gặp nhất trong mổ có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01$ .

Về kích thước khối u: Chúng tôi đánh giá vị trí, kích thước khối u trước mổ trên CT scan bụng để có định hướng và chiến lược phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, kích thước khối u trung bình trên CT scan là  $6,5 \pm 2,2$ cm, 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 u càng lớn thì độ xâm lấn 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],[5].

Theo Sonal Pandya giải phẫu học qua mổ nội soi ổ bụng rất khó nhìn vì thể hạn chế khi u quá lớn là không cắt động mạch sát gốc được vì lo cắt phạm nhằm động mạch mạc treo tràng trên, đây là tai biến rất trầm trọng [10].

Về mức độ xâm lấn khối u: Trong quá trình phát triển khối u sẽ xâm lấn sâu dần vào các lớp của thành đại tràng theo hướng từ trong ra ngoài. Sự phát triển này được chia làm 4 giai đoạn là T1, T2, T3 và T4. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ xâm lấn khối u T3 chiếm 58,8%, T4 chiếm 29,4%. Việc phẫu tích khối u xâm lấn đôi khi gặp khó khăn và gây ra các tai biến mà thường gặp nhất là chảy máu, Leopoldo S và Domenico R. I gặp biến chứng chảy máu 2% và những trường hợp này phải chuyển mổ hở để cầm máu [6]. Phạm Như Hiệp và Lê Lộc [3] gặp tai biến chảy máu trong mổ là 2,74%.

Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, những khối u kích thước lớn, khối u đã dính với tổ chức mô xung quanh, khối u không di động làm khó bóc tách là một yếu tố tiên lượng xấu hơn các khối u di động và là yếu tố chỉ định chuyển mổ hở, đặc biệt với các bệnh nhân có di căn hạch lúc làm phẫu thuật thì có tiên lượng xấu hơn [2],[12].

Về phẫu thuật mở rộng: Tùy theo vị trí, tính chất xâm lấn của u đánh giá trong mổ và tình trạng bệnh nhân mà đưa ra quyết định kỹ thuật triệt để hay tạm thời.

Trong nghiên cứu này, phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải kèm cắt bỏ đoạn thành tá tràng đoạn D2 bị xâm lấn, khâu kín tá tràng và dẫn lưu theo kỹ thuật double sonde (1BN) và loại trừ môn vị (1BN) cho kết quả tốt sau mổ. Phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải, cắt trực tràng trước thấp và cắt tử cung được chuyển mổ hở ngay sau khi đặt dụng cụ một lỗ thám sát thương tổn. Đây được xem như phẫu thuật mở rộng và theo nghiên cứu của nhiều tác giả thì kích thước khối u, mức độ viêm dính và xâm lấn của khối u, phẫu trường hẹp hơn vì tắc ruột chướng hơi, thao tác khó khăn...là những yếu tố chỉ định chuyển từ phẫu thuật nội soi sang mổ hở và điều này được xem không phải là thất bại của phẫu thuật nội soi mà vì tính hiệu quả, triệt

để và an toàn cho cuộc mổ. Vì nếu cứ cố gắng phẫu tích bằng nội soi trong một tình thế khó khăn thì thời gian mổ sẽ kéo dài cùng với những biến chứng của nó về gây mê, về thán khí do bơm hơi ổ phúc mạc và các biến chứng sau mổ [6],[7],[10].

## 5. KẾT LUẬN

1. Phẫu thuật cắt đại tràng nội soi một lỗ chuyển mổ hở là cần thiết khi khối u quá lớn, viêm dính nhiều và vượt quá mức giới hạn kỹ thuật phẫu tích bằng phẫu thuật nội soi.

2. Chỉ định phẫu thuật nội soi một lỗ bên cạnh đặc điểm về vị trí, kích thước, độ xâm lấn khối u và tình trạng bệnh nhân...thì phẫu thuật viên phải là người có kinh nghiệm về phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng theo đường cong huấn luyện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Mạnh An, Bùi Tuấn Anh, Phan Văn Hội (2011), “*Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi đại - trực tràng tại Bệnh viện 103*”, Tạp chí Y - Dược học quân sự số chuyên đề ngoại bụng, tr: 1-6.
2. Hữu Hoài Anh, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Cường Thịnh (2009), “*Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng tại Bệnh viện E*”, Y học thực hành (656), số 4, tr: 54-55.
3. Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2006), “*Phẫu thuật nội soi trong ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế*”. Tạp chí Y học Việt Nam, tr: 20-28.
4. Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh (2012), “*Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng phải*”, Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, tập 2, số 01, tr: 115-118.
5. Diego I, Ramos V, Chirag B. P (2010), “*Single-incision laparoscopic right hemicolectomy: safety and feasibility in a series of consecutive cases*”, Surg Endosc, Vol 24, p: 2613–2616.
6. Leopoldo S, Domenico R. I, Gabriele R, Giuliano S, Michelina F (2006), “*Predicting Conversion to Open Surgery in Laparoscopic Left Hemicolectomy*”, Surg laparosc endosc Percutan tech, Vol. 16, p: 212–216.
7. Lu K C, Cone M. M, Diggs B. S, Rea J. D (2011), “*Laparoscopic converted to open colectomy: predictors and outcomes from the Nationwide Inpatient Sample*”, Am J Surg. Vol. 201(5), p: 634-643.
8. Rodrigo P, Ali A, Javier N, Chadi F, T. Bartley P and Eric M. H (2013), “*Single-Incision Laparoscopic Colectomy for Cancer: Short-Term Outcomes and Comparative Analysis*”, Minimally Invasive Surgery, Volume 2013, Article ID 283438, 5 pages.
9. Schwandner O, Schiedeck T. H. K, Bruch H. P (1999), “*The role of conversion in laparoscopic colorectal surgery*”, Surgical Endoscopy, Vol. 13(2), p: 151-156.
10. Sonal Pandya, MD, John J. Muray, John A. Collier (2008), “*Indications for conversion to laparotomy*”, Laparoscopic Colectomy, American Medical Association, p: 471-475.
11. Tekkis P. P, Senagore A. J, Delaney C. P (2005), “*Conversion rates in laparoscopic colorectal surgery: a predictive model with 1253 patients*”, Surgical endosc. and other interventional techniques, Vol. 19(1), p: 47-54.
12. Tommie M (2012), “*Intraoperative complications are more common with laparoscopic than with open colorectal surgery*”, Evidence-Based Medicine, Ann Surg, Vol. 17, No. 1, p: 19 – 20.