NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRỰC TRÀNG LẤY BỆNH PHẨM QUA NGẢ HẬU MÔN

Dương Xuân Lộc[1], Hoàng Trọng Nhật Phương[1], Hồ Hữu Thiện[1], Phan Hải Thanh[1], Phạm Như Hiệp[1], Hồ Văn Linh[1], Trần Ngọc Thông[1], Trần Nghiêm Trung[1], Nguyễn Thị Lan[1], Nguyễn Thanh Xuân[1], Phạm Trung Vỹ[1], Phạm Xuân Đông[1], Trần Viết Hùng[1], Trương Vĩnh Quý[2], Đặng Ngọc Hùng[1], Phạm Anh Vũ[2], Lê Mạnh Hà[2], Nguyễn Trường An[2], Lê Lộc[1]

(1) Bệnh viện Trung ương Huế

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục đích: Nghiên cứu tính khả thi, an toàn và kết quả bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngả hậu môn trong điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu dựa trên 20 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng và chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngả hậu môn tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2011 đến 2013. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56,7 (38 – 81 tuổi), tỷ lệ nam/nữ: 1,5/1. Trong đó, 6 trường hợp u đại tràng sigma, 10 trường hợp u trực tràng cao, 4 trường hợp u trực tràng trung gian. Không có tai biến trong mổ, tỉ lệ chuyển mổ mở: 0%, thời gian phẫu thuật trung bình 172 phút. Không có biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 7,6 ngày. Kích thước ngang trung bình của khối u: 3,4cm (2-4). Kết quả giải phẫu bệnh: ung thư tế bào tuyến: 100% trong đó 70% biệt hóa tốt, u ở giai đoạn T3 chiếm 90%. Các bệnh nhân đều cảm thấy ít đau sau mổ, trung tiện sớm và xuất viện sớm, tỉ lệ tử vong trong 30 ngày: 0%. **Kết luận:** Kinh nghiệm ban đầu của chúng tôi cho thấy ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng lấy bệnh phẩm qua ngả hậu môn trong điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng là khả thi, an toàn, mang lại hiệu quả cao. Phẫu thuật phát huy được những khả năng của một phẫu thuật nội soi cắt đại tràng thông thường. Mặt khác, tránh được đường mổ bụng để lấy bệnh phẩm. Phẫu thuật giúp giảm sang chấn cho bệnh nhân, ít đau sau mổ, phục hồi sớm. Tuy nhiên, cần có thời gian theo dõi lâu dài và với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá chính xác hơn kết quả của phẫu thuật này, đặc biệt là về mặt ung thư học.

Từ khóa: *Cắt đại trực tràng nội soi, lấy bệnh phẩm qua ngả hậu môn.*

Abstract

HYBRID N.O.T.E.S LAPAROSCOPIC FOR MANAGEMENT COLORECTAL CANCER

Duong Xuan Loc[1], Hoang Trong Nhat Phuong[1], Ho Huu Thien[1], Phan Hai Thanh[1], Pham Nhu Hiep[1], Ho Van Linh[1], Tran Ngoc Thong[1], Tran Nghiem Trung[1], Nguyen Thi Lan[1], Nguyen Thanh Xuan[1], Pham Trung Vy[1], Pham Xuan Dong[1], Tran Viet Hung[1], Truong Vinh Quy[2], Dang Ngoc Hung[1], Pham Anh Vu[2], Le Manh Ha[2], Nguyen Truong An[2], Le Loc[1]

(1) Hue Central Hospital

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

Aim: To evaluated the feasibility and initial outcomes application of laparoscopic rectocolectomy with specimen retrieval through natural orifices specimen extraction (N.O.S.E). **Material and Method**: Prospective, retrospective study in 20 patients were diagnosted sigmoid and rectal cancer and underwent

- Địa chỉ liên hệ: Dương Xuân Lộc, email: drloc.sur@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.3.13

*- Ngày nhận bài: 27/3/2014 * Ngày đồng ý đăng: 12/5/2014 * Ngày xuất bản: 10/7/2014*

laparoscopic anterior resection, low anterior resection with specimen retrieval through natural orifices specimen extraction (N.O.S.E) at Hue Central Hospital from 2011 to 2013. **Results**: All cases were successfully performed by laparoscopy. There was no complications during and after operation. Patients felt less pain, had early bowel movement and early discharge from hospital. **Conclusions:**Our initial experiences showed that laparoscopic surgery with specimen retrieval through natural orifices is feasible. It has full advantages of laparoscopic colectomy otherwise, it prevents an abdominal incision for specimen retrieval. Patient has less pain and short hospitalization. There will be a need for a larger cases study with longer follow-up time to further evaluate the outcome of this method, espencially in oncology.

Key words: *Colorectal laparoscopic surgery, specimen retrieval transanal.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi cho bệnh lý ung thư hay lành tính của đại trực tràng ngày càng phát triển trên toàn thế giới kể từ ca mổ cắt đại tràng nội soi đầu tiên vào năm 1992 [7]. Phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi đã được nhiều nghiên cứu, kể cả các nghiên cứu tiền cứu so sánh ngẫu nhiên, chứng minh về những lợi ích mà phẫu thuật nội soi mang lại như thời gian nằm viện ngắn, phục hồi nhanh, vết mổ nhỏ hơn, thẩm mỹ… Mặt khác, vẫn đảm bảo độ an toàn và triệt để về mặt ung thư học [3].

Phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi thông thường đòi hỏi một đường rạch da khoảng 3-4 cm (ở đường giữa, đường trắng bên, hoặc đường trên xương mu …) để lấy bệnh phẩm ra ngoài hoặc hỗ trợ thực hiện miệng nối đại tràng bằng máy hoặc bằng tay. Tuy nhiên, chính vết mổ bụng này cũng góp phần làm tăng chỉ số đau sau mổ, các biến chứng liên quan đến vết mổ như nhiễm trùng, chảy máu, thoát vị vết mổ, dính ruột, tắc ruột… mặt khác về mặt thẩm mỹ cũng bị ảnh hưởng [7,15].

Một số tác giả chủ trương phẫu thuật nội soi qua lòng các lỗ tự nhiên (trực tràng, âm đạo, dạ dày …) để thực hiện một số phẫu thuật như cắt túi mật, cắt ruột thừa… (Phẫu thuật NOTES: Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) [4]. Một khuynh hướng khác trong thời gian gần đây chủ trương phẫu thuật nội soi chỉ qua một đường vào ổ bụng (Single port Laparoscopic surgery) [5,6,12]. Tuy nhiên, phẫu thuật này đòi hỏi một số dụng cụ và trang thiết bị đặc biệt như camera ống mềm, các dụng cụ dài,… và thao tác tương đối khó khăn và phức tạp, chi phí rất cao.

Một số tác giả [1,11,13,14] đã thực hiện phẫu thuật cắt đại trực tràng qua nội soi ổ bụng với bệnh phẩm lấy qua ngả tự nhiên (Phẫu thuật này tạm gọi là Hybrid NOTES hay NOSE). Ngã tự nhiên có thể hậu môn hoặc âm đạo (phụ nữ). Cũng qua ngã tự nhiên này, phẫu thuật viên có thể dùng dụng cụ hỗ trợ thao tác phẫu tích và thực hiện miệng nối trong ổ bụng. Phương pháp này giúp phẫu thuật viên vẫn phát huy được hết khả năng phẫu tích bằng nội soi ổ bụng như thông thường, mặt khác tránh được đường mở bụng. Qua đó tránh được các tai biến, biến chứng liên quan đến đường mở bụng, bệnh nhân ít đau và mặt khác, mang lại tính thẩm mỹ cao hơn cho bệnh nhân. Hiện nay, trên thế giới và Việt Nam cũng chỉ ít báo cáo của vài tác giả thực hiện từ năm 2009 đến nay.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích:

Nghiên cứu tính khả thi, an toàn và kết quả ban đầu trong việc ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng lấy bệnh phẩu qua ngả hậu môn trong điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 20 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngã hậu môn, trong đó: 6 bệnh nhân ung thư đại tràng sigma, 10 bệnh nhân trực tràng trên và 4 bệnh nhân ung thư trực tràng trung gian.

Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng gợi ý, nội soi sinh thiết, chụp cắt lớp vi tính để xác định vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của khối u cũng như phát hiện di căn xa. Qua đó đưa ra những chỉ định phù hợp cũng như lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Ngoài ra,

chúng tôi làm thêm xét nghiệm CEA, CA19.9 để tiên lượng cũng như theo dõi bệnh nhân và các xét nghiệm thông thường để đánh giá tổng trạng chung của bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả lâm sàng có can thiệp, hồi cứu, tiến cứu, theo dõi ngang và không đối chứng.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân chẩn đoán ung thư đại tràng sigmoid và trực tràng:

Bờ dưới khối u cách rìa hậu môn > 6cm

Giai đoạn khối u < T4

Kích thước ngang khối u < 4cm

Đảm bảo đủ điều kiện phẫu thuật nội soi

Không có di căn xa

Bệnh nhân đồng ý với phương pháp phẫu thuật.

Kỹ thuật tiến hành

- Phương pháp mổ gồm phẫu thuật cắt trước, phẫu thuật cắt trước thấp. Việc lựa chọn phương pháp tùy thuộc vào vị trí và mức độ xâm lấn rối u.

- Phẫu thuật thực hiện trên 3 đến 4 trocars tùy theo độ khó của từng trường hợp. Cắt trực tràng theo nguyên tắc cắt mạc treo trực tràng .

- Bệnh nhân được thực hiện phẫu tích giải phóng toàn bộ đại tràng T, trực tràng theo kỹ thuật mổ nội soi thông thường. Mốc cắt trên và dưới được khâu chỉ đánh dấu. Phẫu thuật viên ở dưới tiến hành nong hậu môn và bơm rửa sạch đoạn trực tràng dưới với nước Betadine. Cắt rời trực tràng dưới khối u > hoặc = 2cm Đoạn đại trực tràng kèm khối u được kéo ra ngoài qua ngả hậu môn. Cắt đoạn đại trực tràng kèm khối u, đầu máy nối vòng (anvil) được mở ra và đưa lên đầu trên của đại tràng. Thực hiện mũi khâu vòng với chỉ prolene 2.0 cố định anvil ở đầu trên đại tràng và đẩy vào ổ bụng qua ngả hậu môn. Mỏm trực tràng sau đó được đóng kín với máy cắt thẳng nội soi (EndoGIA, Echelon …). Đầu nhọn của máy nối vòng được đưa lên qua mỏm trực tràng và tiến hành ráp nối với đầu anvil ở phía trên. Bấm máy để hoàn tất miệng nối.

3. KẾT QUẢ

Từ 2011 đến 2013, 20 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại – trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngả hậu môn trong đó: Tuổi trung bình 56,7 (38 – 81 tuổi), tỷ lệ nam/nữ: 1,5/1. Phẫu thuật cắt trước: 6 trường hợp, cắt trước thấp: 14 trường hợp.

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân

Các đặc điểm		N	%
Vị trí u	Đại tràng sigma	6	30
	TT trên	10	50
	TT giữa	4	20
K biểu mô tuyến, biệt hóa	Tốt	14	70
	Vừa	3	15
	Kém	3	15
Giai đoạn			
T	T1	0	0
	T2	2	10
	T3	18	90
N	N0	5	25
	N1	15	75
M	M0	19	95
	M1	1	5

U ở giai đoạn T3 chiếm 90%

Bảng 2. Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật

Các đặc điểm	Thông số
Kích thước khối u	2≤4 cm
Độ dài mặt cắt dưới u	2 - 8 cm
Miệng nối cách rìa hậu môn	> 5cm
Số trocarts	3-4
Thời gian phẫu thuật trung bình	172 phút
Tai biến và biến chứng trong và sau mổ	0%
Tỉ lệ chuyển mổ mở	0%
Số lần đi cầu trong ngày	1-3 lần
Chỉ số đau sau mổ (VAS)	1-3
Số ngày nằm viện	7,6 ngày

Các bệnh nhân đều cảm thấy ít đau sau mổ, trung tiện sớm và xuất viện sớm, tỉ lệ tử vong trong 30 ngày: 0%

4. BÀN LUẬN

Tất cả bệnh nhân đều được nội soi sinh thiết, thăm khám trực tràng để đánh giá sơ bộ mức độ di động của khối u, chụp cắt lớp vi tính 64 slices để xác định kích thước khối u qua đó tiên lượng khả năng cắt bỏ cũng như sự thành công của kỹ thuật, ngoài ra các xét nghiệm tiền phẫu đều được thực hiện thường qui để đánh giá tổng trạng chung có đáp ứng điều kiện cuộc mổ cũng như tiên lượng những tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ, trong đó 2 chất chỉ điểm ung thư CEA và CA19.9 cũng được thực hiện để theo dõi tái phát sau mổ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Kích thước khối u, giai đoạn khối u rất chặt chẽ. Chúng tôi đồng ý với quan điểm với một số tác giả [1],[11],[12],[14] nếu kích thước khối u > 4cm và giai đoạn khối u > 3 thì khả năng làm vỡ khối u, lan tràn tế bào ung thư trong quá trình phẫu tích sẽ tăng do đó làm gia tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ. Ngoài ra, kích thước khối u càng lớn, nguy cơ thương tổn cơ vòng trong quá trình lấy bệnh phẩm qua ngả hậu môn, làm tăng nguy cơ rối loạn cơ vòng sau phẫu thuật.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh kết quả ưu việt của phẫu thuật nội soi. Về mặt ung thư học cũng như các kết quả sớm sau mổ trong bệnh ung thư trực tràng so với mổ mở thì: điểm thuận lợi trong phẫu thuật nội soi các bệnh lý ác tính của đại trực tràng là giảm thời gian và mức độ đau, tăng khả năng hoạt động sớm, giảm thời gian nằm viện, giảm thời gian ruột hoạt động trở lại sau mổ [2],[3],[8].

Gần 10 năm trở lại đây, phẫu thuật nội soi trong các bệnh lý đại trực tràng nói chung và kỹ thuật cắt trước, kỹ thuật cắt trước thấp, cắt bỏ mạc treo trực tràng điều trị ung thư đại tràng sigma, ung trực tràng được các phẫu thuật viên ưa chuộng.

Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ : 0%. Biến chứng xảy ra trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc [9] là 3,4%; Mario Morino [8] là 12%; W.L. Law [7] là 15%. Các nghiên cứu của một số tác giả [1],[2],[3],[6],[7] thì tỷ lệ chuyển mổ mở liên quan nhiều đến giới nam, điều này có lẽ do ở nam giới khung chậu hẹp nên thao tác trong nội soi khó khăn, khi chảy máu có thể làm phẫu trường tối không đủ ánh sáng để cầm máu. So sánh giới một tác giả khác [7] thì chuyển mổ mở xuất hiện 100% ở giới nam.

Về thời gian nằm viện: thời gian nằm viện phản ánh rất nhiều yếu tố liên quan đến phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, tai biến trong phẫu thuật, đau sau phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật [9],[10],[12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với Wolthuis, Quan Wang, Nguyễn Minh Hải thực hiện phẫu thuật nội soi lấy bệnh phẩm qua ngả tự nhiên.

5. KẾT LUẬN

Kinh nghiệm ban đầu của chúng tôi cho thấy ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng lấy bệnh phẩm qua ngả hậu môn trong điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng là khả thi, an toàn, mang lại hiệu quả cao. Phẫu thuật phát huy được những khả năng của một phẫu thuật nội soi cắt đại tràng thông thường. Mặt khác, nó tránh được đường mổ bụng để lấy bệnh phẩm. Phẫu thuật giúp giảm sang chấn cho bệnh nhân, ít đau sau mổ, phục hồi sớm. Tuy nhiên, cần có thời gian theo dõi lâu dài và với số lượng bệnh nhân hơn để đánh giá chính xác hơn kết quả của phẫu thuật này, đặc biệt là về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc (2006), "*Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng thấp*", Chuyên đề phẫu thuật nội soi can thiệp, Tạp chí Y học Việt Nam, 2, tr. 131-137.
2. Nguyễn Minh Hải (2010), "*Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt đoạn trực tràng thấp qua nội soi với miệng nối đại tràng - Ống hậu môn khâu tay qua đường hậu môn có bảo tồn cơ thắp cho ung thư trực tràng thấp*", Y học TP Hồ Chí Minh, vol 12, số 2, tr. 151-156.
3. Nguyễn Minh Hải, Hồ Cao Vũ (2010), "*Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên",* Y học TP. Hồ Chí Minh, Vol. 14 - Supplement of No. 2 - 2010: 147 – 150.
4. Trần Minh Hoàng, Lê Quang Nghĩa (2008), "*Kết quả sớm của phẫu thuật cắt trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng*", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 4, tr. 62-70.

5. A.M. Wolthuis (2011), *"Laparoscopic sigmoid resection with transrectal specimen extraction: A novel technique for the treatment of bowel endometriosis*", Human Reproduction, Vol.0, No.0 pp. 1– 8, 2011.
6. Arenas R. B. (1998) , "*Total mesenteric Excision in the surgical treatment of rectal cancer*", Arch surg, 133, pp. 608-612.17.
7. Breukink S. O. (2005), "*Laparoscopic vs open total mesorectal excision for rectal cancer*", Surg Endosc, 19, pp. 307-310.21
8. Edward D. Auyang. Byron F. Santos (2011), "*Natural orifice translumenal endoscopic surgery (NOTES) a technical review*", Surg Endosc (2011) 25:3135–3148.
9. Ismail Hamzaoglu (2011) "*Single-Port Laparoscopic Sphincter-Saving Mesorectal Excision for Rectal Cancer",* Arch Surg. 2011;146(1):75-81.
10. Law W. L. (2004), "*Early outcomes of 100 patients with laparoscopic for rectal cancer*", Surgical endoscopy, 18, pp. 1592-1596.34
15. Mario M. (2002), "*Laparoscopic total mesorectal Excision*", Annals of Surgery, 237(3), pp. 335-342.37.
12. Philip H. Gordon. (2006), "*Principles and Practice of Surgery for the Colon",* Rectum, and Anus, The third Edition.
13. Quan Wang, Chao Wang *(2013),"Laparoscopic total mesorectal excision with natural orifice specimen extraction",* World J Gastroenterol 2013 February 7; 19(5): 750-754.
14. S. Saad, D. Schmischke, C. Martin,T. Schieren (2010), *"Hybrid laparoscopic colectomy with transluminal colonoscopic specimen extraction–a step toward natural orifice surgery",* Unusual Cases and Technical NOTES.