

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

*Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh,
Nguyễn Thanh Xuân, Trần NghiêM Trung,
Văn Tiến Nhân, Phạm Trung Vỹ, Phạm Xuân Đông*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá mức độ an toàn, tính khả thi và kết quả sớm điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi một lỗ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 12 bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng nội soi một lỗ tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 10/2010 đến 11/2011. **Kết quả:** Tuổi trung bình $56,2 \pm 11,8$, tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Nội soi cho hình ảnh đại thể: sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 75,0%, thể loét 25,0%, về vi thể 100% ung thư biểu mô tuyến. Cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải 66,7%, cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng trái 8,3% và cắt đoạn đại tràng Sigma 25,0%. Giai đoạn ung thư: giai đoạn II 25,0% và giai đoạn III 75,0%, không gặp giai đoạn I và giai đoạn IV. Tăng CEA trước mổ là 66,7%, sau mổ 3 tháng là 28,6%. Thời gian mổ trung bình $165,3 \pm 45,7$ phút. Kích thước đường mổ trung bình $5,2 \pm 2,2$ cm và không gặp các biến chứng khác. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng cho thấy tính an toàn, khả thi, ít biến chứng và ngày càng khẳng định ưu điểm của nó.

Abstract

SINGLE-INCISION LAPAROSCOPIC COLECTOMY IN TREATMENT OF COLON CANCER AT HUE CENTRAL HOSPITAL

*Pham Nhu Hiep, Ho Huu Thien, Pham Anh Vu, Phan Hai Thanh
Nguyen Thanh Xuan, Tran Nghiem Trung
Van Tien Nhan, Pham Trung Vy, Pham Xuan Dong.*

Objectives: Evaluation of safety, feasibility and early results from single-incision laparoscopic colectomy in colon cancer. **Method:** Consist of 12 colon cancer patients who were operated to single-incision laparoscopic colectomy and lymphadectomy at Hue Centre Hospital from October 2010 to November 2011. **Results:** Average age 56.2 ± 11.8 , the rate male/female 1.4/1. Colonoscopy: protrusive tumors 75.0%, ulcer tumors 25.0%, adenocarcinoma 100%. Single-incision laparoscopic right hemicolectomy 66.7%, left hemicolectomy 8.3%, sigmoidectomy 25.0%. TNM classification: the second stage 25.0%, the third stage 75.0% without the first and forth stage. Elevation of CEA serum level: Preoperative 66.7%, postoperative of three months 28.6%. Average operative duration 165.3 ± 45.7 minutes, average single-incision 5.2 ± 2.2 cm and without other complications. **Conclusion:** Single-incision laparoscopic colectomy in colon cancer is safe, feasible, rare complications and more advantages.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là bệnh lý bệnh ác tính gây tử vong thứ hai sau ung thư phổi. Tại Pháp, tỷ lệ tử vong do ung thư đại tràng khoảng 16000 trường hợp/năm [2].

Ở nước ta ung thư đại tràng đứng thứ năm sau ung thư dạ dày, phổi, vú, vòm họng và đứng thứ hai trong ung thư đường tiêu hoá sau dạ dày [2].

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng được Jacobs và cộng sự thực hiện thành công vào năm 1991 và ngày nay, hầu hết phẫu thuật viên đều tin tưởng vào những ưu điểm của phẫu thuật nội soi nói chung và phẫu thuật nội soi trong ung thư đại tràng [10].

Với quan điểm phẫu thuật càng ít xâm lấn mà giải quyết được tận gốc vấn đề bệnh tật là điều các phẫu thuật viên luôn muốn đạt tới. Cùng với những nỗ lực không ngừng trong phát triển kỹ thuật mới nhằm tăng tính thẩm mỹ, nhanh hồi phục đã thúc đẩy phẫu thuật nội soi một lỗ ra đời [14].

Tại BVTW Huế phẫu thuật nội soi một lỗ đã được thực hiện từ tháng 10 năm 2010 trên nhiều bệnh lý như cắt ruột thừa, cắt dạ dày, cắt túi mật, cắt lách, lồng ruột, cắt đại tràng và bước đầu đã mang lại những kết quả đáng khích lệ.

Xuất phát từ thực tế điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá mức độ an toàn, tính khả thi, một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật và kết quả bước đầu áp dụng phẫu thuật nội soi một lỗ trong điều trị ung thư đại tràng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 12 BN chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến đại tràng và được phẫu thuật cắt đoạn đại

tràng, vét hạch qua nội soi một lỗ tại BVTW Huế từ 10/2010 đến 11/2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu có theo dõi.

2.3. Trang thiết bị

Dàn máy nội soi Karl- Storz, dụng cụ một lỗ của Covidien hoặc Johnson và các dụng cụ phẫu thuật nội soi thường quy, GIA, EEA, dao điện, dao siêu âm và hàn mạch...

2.4. Kỹ thuật tiến hành

Bệnh nhân được gây mê toàn thân, nằm ngửa đối với ung thư ĐT phải và nằm tư thế sản khoa đối với ung thư ĐT trái và Sigma.

- Bơm hơi ổ phúc mạc:

+ Lộn rốn ra ngoài, kẹp nâng thùng rốn lên, rạch da theo đường thẳng dọc giữa rốn 1,5 – 2cm, dùng Kelly tách lớp tổ chức mỡ dưới da cho tới đường trắng giữa.

+ Dùng dao rạch cân và phúc mạc

+ Đặt dụng cụ một lỗ vào vết rạch sao cho lớp cân rốn nằm giữa dụng cụ.

+ Bơm CO₂ ổ phúc mạc qua nòng ngoài trocar với áp lực 12 mmHg.

+ Đối với trường hợp cải tiến, chúng tôi đặt 3 Trocar trên đường trắng giữa, Trocar 10mm ở giữa, trên hoặc dưới rốn và 2 Trocar 5mm hai bên cách nhau 4-5cm, như vậy chiều dài đường mổ sau khi nối 3 Trocar là 4-5cm.

- Tiến hành phẫu thuật.

+ Dùng dao điện hoặc dao siêu âm rạch mạc Told, di động đoạn ĐT kèm u theo kỹ thuật bên giữa (Lateral to Medial).

+ Thắt các mạch máu sát gốc để thực hiện nguyên tắc cắt bỏ nguyên khối.

+ Tháo dụng cụ một lỗ, mở rộng vết mổ đường trắng giữa 4 - 5cm lên trên hoặc xuống dưới về phía cần thao tác, đưa đoạn ĐT kèm u ra ngoài thực hiện cắt và khâu nối.

+ Cầm máu, khâu phúc mạc thành sau và đặt dẫn lưu nếu cần trước khi đóng vết mổ.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

	n = 12	%
Tuổi trung bình	56,2 ± 11,8	
Giới: nam/nữ	7/5	1,4/1
Nội soi ĐT trước mổ		
Thẻ sùi	9	75,0
Thẻ loét	3	25,0
Thẻ thâm nhiễm	0	0
CEA trước mổ (ng/ml)		
< 5	4	33,3
≥ 5	8	66,7
Giai đoạn TNM sau mổ (UICC 2010)		
GĐ I	0	0
GĐ II	3	25,0
GĐ III	9	75,0
GĐ IV	0	0

3.2. Phương pháp phẫu thuật và chuyển đổi kỹ thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Cắt 1/2 ĐT phải	8	66,7
Cắt 1/2 ĐT trái	1	8,3
Cắt đoạn ĐT Sigma	3	25,0
Lý do chuyển đổi kỹ thuật		
Lỗi thiết bị, dụng cụ	1	8,3
U xâm lấn, dính	1	8,3
Chảy máu	0	0
Đặt thêm trocar	3	25,0

3.3. Kết quả sau mổ

	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Thời gian mổ (phút)	145	230	165,3 ± 45,7
Kích thước đường mổ (cm)	4	15	5,2 ± 2,2
Đau sau mổ (ngày)	2	6	4,2 ± 0,9
Trung tiện có lại (ngày)	2	5	3,8 ± 1,1
Vận động đi lại (ngày)	3	6	4,1 ± 1,7
Thời gian nằm viện (ngày)	6	16	8,4 ± 2,1

3.4. Theo dõi tái khám sau mổ 3 tháng

Tái khám sau mổ 3 tháng	n = 7	%
Thiếu máu (Hb < 11g/dl)	2	28,6
Tăng CEA sau mổ ($\geq 5\text{ng/ml}$)	2	28,6
Siêu âm bụng (dịch ổ phúc mạc)	0	0
Xquang phổi (hình ảnh di căn)	0	0
Nội soi đại tràng có loét miệng nổi	1	14,3

4. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi và giới: Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 12 BN, tuổi trung bình là $56,2 \pm 11,8$ (thấp nhất 33 tuổi, cao nhất 82 tuổi). Nghiên cứu của Nguyễn Tạ Quyết [4], tuổi trung bình là 53 tuổi, theo Peter B [12] tuổi trung bình là 65 và tuổi cao nhất là 89 tuổi. Nghiên cứu của Nicholas A [11] tuổi trung bình là 71 (63–83). Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy khoảng 90% ung thư đại tràng xảy ra ở người trên 50 tuổi và nhóm tuổi từ 51-60 gặp với tỷ lệ cao nhất.

Về giới tính, có 7 nam và 5 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Trần Tiến [5] tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của William T [14] tỷ lệ nam/nữ là 2/1.

4.2. Nội soi đại tràng (ĐT) trước mổ

Nội soi ĐT là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán và tầm soát các bệnh lý ác tính của đại trực tràng [13]. Nội soi không những cho phép quan sát đặc điểm đại thể tổn thương để hướng đến chẩn đoán mà còn sinh thiết để chẩn đoán giải phẫu bệnh. Mức độ sạch của ĐT quyết định sự thành công của nội soi, chúng tôi áp dụng phương pháp làm sạch ĐT bằng Polyethylene glycol (PEG) có biệt dược là Fortrans. Dùng bằng đường uống chúng sẽ làm tăng thể tích dịch ruột, thể tích dịch ruột không được hấp thu sẽ gây tác dụng nhuận trường [3].

Tất cả 12 BN nghiên cứu đều được nội soi ĐT. Kết quả 100% phát hiện được khối u

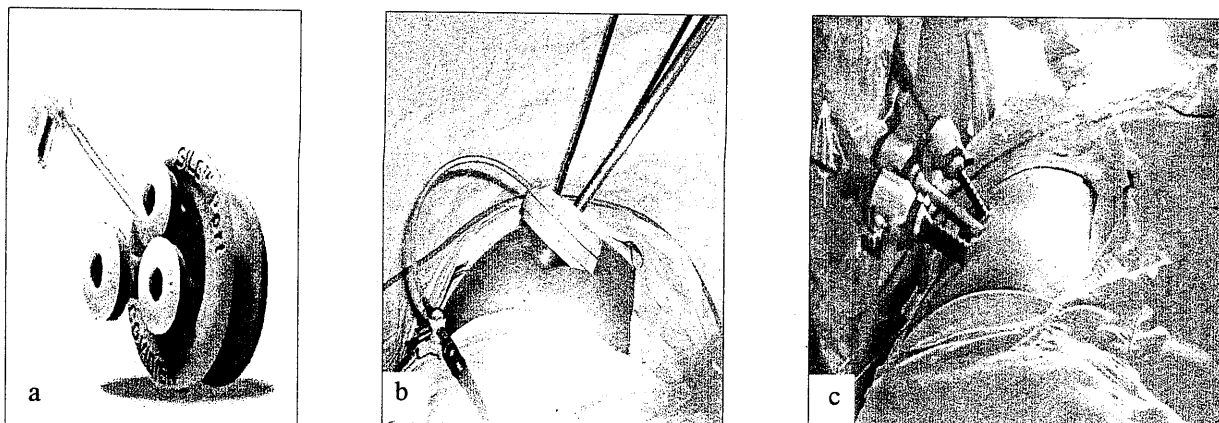
với hình ảnh đại thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 75,0% và thể loét 25,0%. Nội soi và sinh thiết có giá trị quyết định trong chẩn đoán ung thư đại tràng, nội soi ngoài việc cho thấy hình ảnh còn cho thấy mức độ xâm lấn của khối 2u theo chu vi đại tràng, tuy nhiên không thực hiện được ở BN có biến chứng (tắc ruột, viêm phúc mạc...). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thuý Oanh [3] thể sùi chiếm 83,5% (147/176).

4.3. Phương pháp phẫu thuật và chuyển đổi kỹ thuật:

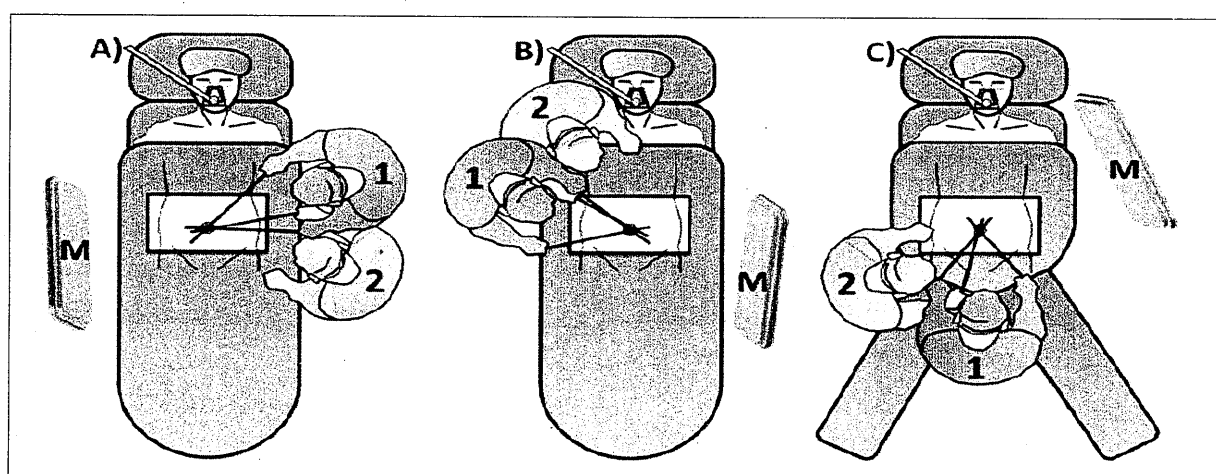
Vị trí khối u là yếu tố giúp phẫu thuật viên chọn lựa phương pháp phẫu thuật, trong 12 bệnh nhân nghiên cứu có 66,7% (8/12) vị trí u ở đại tràng phải, 33,3% ở ĐT Sigma (4/12) xác định qua nội soi ĐT, tuy nhiên đánh giá trong mổ ghi nhận 1 trường hợp u ĐT góc lách và PT được tiến hành với cắt $\frac{1}{2}$ ĐT trái một lỗ.

Cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,7%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Diego I và Ramos V [9] cắt $\frac{1}{2}$ ĐT phải là 74,3%. Tuy nhiên, cao hơn so với nghiên cứu của Peter B [12] cắt $\frac{1}{2}$ ĐT phải là 40% (20/50).

Về chuyển đổi kỹ thuật, có 1 trường hợp dụng cụ một lỗ bị xì CO₂ nên BN được chuyển qua phẫu thuật một lỗ cải tiến (cắt $\frac{1}{2}$ ĐT phải). Có 3 trường hợp chúng tôi đặt thêm trocar để phẫu tích do u xâm lấn dính và hỗ trợ trong mổ, sau mổ vị trí trocar đặt thêm được dùng đặt dẫn lưu rãnh ĐT lên.



Hình 1. Dụng cụ một lỗ Covidien (a), Johnson (b) và đặt 3 trocar cải tiến



Hình 2. Tư thế BN, vị trí phẫu thuật viên và người phụ

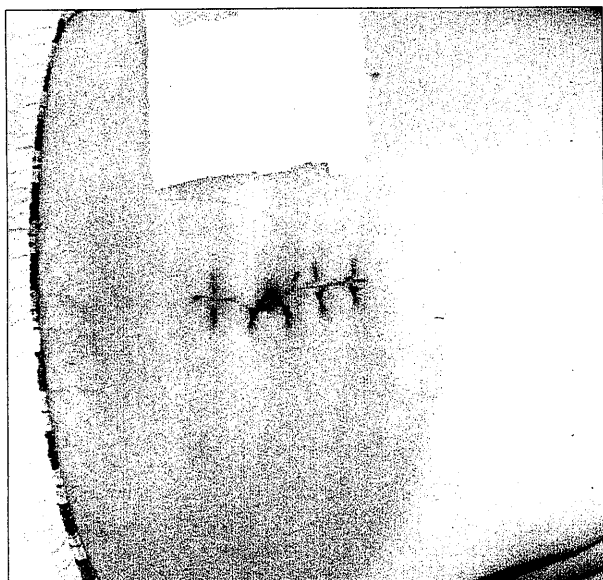
(A) ĐT phải, (B) ĐT Sigma, (C) Toàn bộ ĐT

4.4. Kết quả sau mổ

Về thời gian mổ, trong nghiên cứu này thời gian mổ trung bình là $165,3 \pm 45,7$ phút (145-230). Nghiên cứu của Diego I [8] thời gian mổ cắt $\frac{1}{2}$ ĐT nhanh nhất là 66 phút. Theo Hoàng Mạnh An và Bùi Tuấn Anh [1], thời gian mổ cắt ĐT nội soi trong khoảng 90-240 phút. Theo Christof Hottenrott [7] phẫu thuật nội soi một lỗ nên được thực hiện trên những phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi kinh điển và một khi đã trở thành thường quy thì yếu tố thời gian không còn sự khác biệt giữa hai kỹ thuật này.

Về kích thước đường mổ và những ưu điểm của nó, trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước đường rạch da trung bình là $5,2 \pm 2,2$ cm, ngắn nhất là 4cm, dài nhất là

15cm gấp 1 trường hợp phẫu tích ĐT khó khăn. Theo nghiên cứu của Diego I [9], chiều dài đường mổ là 2 - 6cm. Theo William T và Liang C [14], phẫu thuật càng ít xâm lấn mà giải quyết được tận gốc vấn đề bệnh tật là điều các phẫu thuật viên mong muốn đạt tới, bên cạnh đường mổ bụng để hỗ trợ khâu nối giống như cắt $\frac{1}{2}$ ĐT phải kinh điển thì PTNS một lỗ giảm bớt được một số đường rạch da, cân và tổn thương phúc mạc tại các vị trí đặt trocar cùng với những yếu tố kéo theo của nó về đau sau mổ, về trung tiện sau mổ, vận động đi lại, thời gian nằm viện và chưa kể đến tắc ruột do dính sau mổ. Tác giả nhấn mạnh, PTNS một lỗ khi gặp khó khăn trong phẫu tích và bộc lộ thì có thể chuyển thành PTNS kinh điển hoặc mổ mở mà không có điều ngược lại.



Hình 3. Vết mổ dài 5cm sau cắt $\frac{1}{2}$ ĐT phải

4.5. Theo dõi tái khám sau mổ:

Theo nhiều tác giả, chỉ có 20% của các trường hợp tái phát ung thư được phát hiện thông qua yếu tố tiền sử và khám lâm sàng, những nghiên cứu khác cũng nhận thấy yếu tố tiền sử và thăm khám lâm sàng cũng không đóng vai trò quan trọng bằng các xét nghiệm cận lâm sàng và xét nghiệm hình ảnh [6],[10]. Tuy nhiên, trong điều kiện cụ thể của nước ta, việc thăm khám lâm sàng sau mổ, kết hợp các thông tin từ giấy tờ xác định phương pháp phẫu thuật trước đó cũng giúp ích cho việc phát hiện và tiên lượng tái phát ung thư sau mổ.

Tất cả 12 BN đều được tái khám sau 15 ngày ra viện, kết quả tái khám sau 3 tháng ghi nhận 7BN với tỷ lệ tăng CEA sau mổ là 28,6%. Nồng độ CEA càng cao thì tiên lượng càng xấu và có nhiều công trình dựa vào CEA để chỉ định điều trị bổ túc thích hợp sau mổ.

Sau phẫu thuật triệt căn ung thư đại tràng tỷ lệ CEA giảm xuống nhanh chóng về mức bình thường sau 4-8 tuần và tất cả mọi sự gia tăng về sau, điều đó báo động một ung thư tái phát hoặc di căn [8].

Việc khám lâm sàng sau mổ nên được tiến hành đều đặn để thầy thuốc cùng phối hợp chăm sóc bệnh nhân, chỉ định những xét nghiệm đặc hiệu, trả lời những câu hỏi bệnh nhân quan tâm và giáo dục cho bệnh nhân về tình trạng bệnh lý của họ.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 12 bệnh nhân ung thư đại tràng được điều trị phẫu thuật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 10/2010 đến 11/2011 chúng tôi nhận thấy:

- Tuổi trung bình là $56,2 \pm 11,8$, tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1.
- Hình ảnh đại thể: Sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 75,0%, thể loét 25,0%.
- Về vi thể: ung thư biểu mô tuyến 100%.
- Cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải 66,7%, cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng trái 8,3% và cắt đoạn đại tràng Sigma 25,0%.
- Ung thư giai đoạn II 25,0% và giai đoạn III 75,0%, không gặp giai đoạn I và giai đoạn IV.
- Tăng CEA trước mổ là 66,7%, sau mổ 3 tháng là 28,6%
- Thời gian mổ trung bình $165,3 \pm 45,7$ phút.
- Kích thước đường mổ trung bình $5,2 \pm 2,2$ cm.
- Không gặp các biến chứng khác.

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. Nguyễn Thúy Oanh, Lê Quang Nghĩa (2003), "*Kết quả chẩn đoán 176 trường*

- hợp ung thư qua nội soi đại tràng bằng ống soi mềm”, Y học TP. Hồ Chí Minh, 7(1), tr: 148-154.
4. Nguyễn Tạ Quyết, Lê Quang Nhân (2006), “Kỹ thuật cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng”, Y học TP Hồ Chí Minh, 10(1), tr. 38-42.
 5. Đặng Trần Tiến (2007), “Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại – trực tràng”, Y học TP. Hồ Chí Minh, 11(3), tr: 86 - 88.
 6. Ahmed I, Paraskevas P (2011), “A clinical review of single-incision laparoscopic surgery”, The Surgeon 9, London, UK, p: 341-351.
 7. Christof Hottenrott (2011), “Single-incision laparoscopic surgery for colorectal cancer”, Surg Endosc, Vol 25, p: 2764–2765.
 8. 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.
 9. Diego I, Ramos V, Chirag B. P (2011), “Single-incision laparoscopic colectomy: outcomes of an emerging minimally invasive technique”, Original Article, Int J Colorectal Dis, p: 101 – 107.
 10. Leblanc F, Champagne B. J, Augestad K. M (2010), “Review Article: Single Incision Laparoscopic Colectomy: Technical Aspects, Feasibility, and Expected Benefits”, Cleveland, USA, p: 1-6.
 11. Nicholas A, Rieger, Francis F, Lam (2010), “Single-incision laparoscopically assisted colectomy using standard laparoscopic instrumentation”, Surg Endosc, Vol 24, p: 888–890.
 12. Peter B, Van den B, Colin S (2011), “Single-Incision Laparoscopic Colorectal Surgery, Experience with 50 Consecutive Cases”, Original Article, J Gastrointest Surg, Vol 15, p:1989–1994 .
 13. Sonal Pandya, MD, John J. Muray, John A. Coller (2008), “Indications for conversion to laparotomy”, Laparoscopic Colectomy, American Medical Association, p: 471-475.
 14. William T, Liang C, Sheng C C (2011), “Single-incision laparoscopic versus conventional laparoscopic right hemicolectomy: a comparison of short-term surgical results”, Surg Endosc, Vol 25, p: 1887–1892.