

PHẪU THUẬT NỘI SOI UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRÁI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Lê Mạnh Hà, Phạm Trung Vỹ, Phạm Minh Đức
Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục đích: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bằng phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng (ĐT) trái tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 45 bệnh nhân (BN) ung thư đại tràng trái được phẫu thuật cắt đại tràng trái, đại tràng sigma và nạo vét hạch nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 9/2007 đến tháng 9/2010. **Kết quả:** Tuổi trung bình $57,2 \pm 16,8$, tuổi từ 40 - 60 chiếm 51,1%. Nam giới chiếm 62,2%, nữ giới 37,8%, tỷ lệ nam/nữ 1,65/1. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất 93,3%, rối loạn tiêu hóa 31,1%, phân có máu 53,3%, sờ thấy u ở bụng trái 13,3%. Nội soi cho hình ảnh sùi loét chiếm tỷ lệ cao nhất 42,2% trong đó khối u ở đại tràng sigma 60,9%. Cắt đoạn đại tràng sigma 62,2%, cắt nửa đại tràng trái 17,8%, kích thước khối u trên 5cm là 60,8%. Giai đoạn (GĐ) ung thư: GĐ III 64,4% trong đó ung thư biểu mô tuyến 97,8%. Tăng CEA trước mổ là 57,8%, sau mổ 3 tháng là 25,8% và sau mổ 6 tháng là 33,3%. Nhiễm trùng vết mổ 4,4%, dò miệng nối 2,2%, không có trường hợp nào phải mổ lại và không có tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng trái cho thấy tính an toàn, dễ thực hiện, ít biến chứng và khẳng định được tính ưu việt của nó.

Abstract

LAPAROSCOPIC LEFT HEMICOLECTOMY FOR LEFT COLON CANCER AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Le Manh Ha, Pham Trung Vy, Pham Minh Duc

Purpose: Evaluation of clinic, subclinic characteristics and results from laparoscopic left hemicolectomy for left colon cancer at Hue Central Hospital. **Methods:** Consist of 45 patients with left colon cancer who were operated to laparoscopic left hemicolectomy, sigmoidectomy and lymphadectomy at Hue Centre Hospital from september 2007 to september 2010. **Results:** Age: average $57,2 \pm 16,8$, the most age range from 40 - 60, to take 51,1%. Sex: male 62,2%, female 37,8%, rate male/female 1,65/1. The most symptom was abdominal pain 93,3%, alimentary disorder 31,1%, blood stool 53,3%, touch up the tumors 13,3%. Colonoscopy: malignant ulcer tumors were highest rate 42,2%, tumor positions at sigmoid colon 60,9%. Laparoscopic sigmoidectomy 62,2%, left hemicolectomy 17,8%, size of the tumor upper 5 cm was 60,8%. Third stage of TNM 64,4% and adenocarcinoma was 97,8%. Elevation of CEA serum level upper 5ng/ml: Preoperative was 57,8%, postoperative of three months was 25,8%, postoperative of six months was 33,3%. Wound infection was 4,4%, anastomotic leakage 2,2%, and without reoperative case and without surgical mortality. **Conclusions:** Laparoscopic left hemicolectomy for left colon cancer is safe, feasible, few complications and its advantages.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là bệnh lý bệnh ác tính thường gặp ở các nước phát triển, là bệnh UT gây tử vong thứ hai sau UT phổi. Tại Pháp, tỷ lệ mắc bệnh khoảng 33500 trường hợp/năm, tử vong do UTĐT khoảng 16000 trường hợp/năm. Ở nước ta UTĐT đứng thứ năm sau UT dạ dày, phổi, vú, vòm họng và đứng thứ hai trong UT đường tiêu hoá sau dạ dày [6].

Điều trị UTĐT chủ yếu bằng phẫu thuật (PT), đặc biệt là PT triệt căn, các phương pháp khác như hoá trị, xạ trị chỉ là hỗ trợ, tỉ lệ sống 5 năm sau mổ trung bình là 50% tính chung cho các loại, do đó việc chẩn đoán sớm và điều trị triệt để UTĐT góp phần làm tăng tỷ lệ sống sau mổ.

Phẫu thuật nội soi cắt ĐT được Jacobs và cộng sự thực hiện đầu tiên năm 1991. Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2000 đã thực hiện PT nội soi cắt đại trực tràng với thời gian điều trị sau mổ trung bình là 5,6 ngày, theo dõi sau mổ cho thấy kết quả tương đương với mổ mở và cho đến nay kỹ thuật này đã thực hiện thường xuyên hơn với những kết quả khả quan.

Xuất phát từ thực tế điều trị UTĐT trái bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng trái”** nhằm hai mục tiêu:

1. *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh ung thư đại tràng trái.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại tràng trái bằng phẫu thuật nội soi.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 45 BN được chẩn đoán UTĐT trái dựa vào lâm sàng, siêu âm, nội soi, CT Scanner bụng và được PT cắt ĐT trái, ĐT sigma và nạo vét hạch nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 9/2007 đến tháng 9/2010. **Tiêu chuẩn loại trừ:** PT tạm thời, mổ mở hoặc không có giải phẫu bệnh

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả và tiến cứu có theo dõi cắt dọc.

2.3. Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp và địa dư

2.4. Đặc điểm lâm sàng

- Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện: < 6, 6 - 12 và > 12 tháng.

- Triệu chứng toàn thân: Gầy sút, sốt, phù, thiếu máu lâm sàng.

- Triệu chứng cơ năng: Đau bụng, phân có máu, bán tắc ruột.

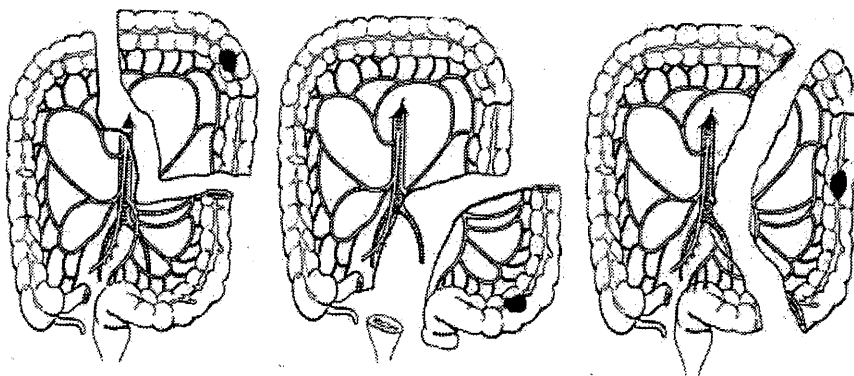
- Triệu chứng thực thể: Hạch bẹn, hạch thượng đòn, sờ thấy u ở bụng, gan lớn, bóng, thăm trực tràng có máu, viêm phúc mạc.

2.5. Đặc điểm cận lâm sàng

- Công thức máu: Số lượng hồng cầu, hemoglobin, nhóm máu.

- Chất chỉ điểm ung thư CEA trong máu.

- Xquang phổi: Đánh giá mức độ di căn ung thư



Hình 1: Phương pháp phẫu thuật

- TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC - TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ - SỐ 2

3. KẾT QUẢ

Kết quả nghiên cứu được tóm tắt theo 3 bảng sau.

Bảng 1. Đặc điểm chung		n	%
Số lượng bệnh nhân		45	
Tuổi			
40 – 60 tuổi		23	51,1
Tuổi trung bình		57,2 ± 16,8	
Giới	Nam/nữ	28/17	1,65/1
Triệu chứng lâm sàng			
Đau bụng		42	93,3
Sút cân		24	53,3
Phân có máu		24	53,3
Rối loạn tiêu hóa		14	31,1
Bán tắc ruột		12	26,7
Sờ thấy u ở bụng		6	13,3
CEA trước mổ (ng/ml)		n	%
< 5		19	42,2
≥ 5		26	57,8
Nội soi đại tràng			
Sùi		13	28,9
Loét		6	13,3
Sùi + loét		19	42,2
Thâm nhiễm		5	11,1
Polyp ung thư hóa		2	4,4
Bảng 2. Kết quả phẫu thuật		n	%
Vị trí khối u			
Phần trái ĐT ngang		2	4,3
ĐT góc lách		7	15,2
ĐT xuống		9	19,6
ĐT sigma		28	60,9
Kích thước khối u (cm)			
< 5		18	39,1
5 - 10		26	56,5
> 10		2	4,3

Độ xâm lấn khối u

T1	2	4,4
T2	7	15,2
T3	29	63,0
T4	8	17,4

Phương pháp mổ

Cắt đoạn ĐT trái cao	9	20,0
Cắt đoạn ĐT sigma	28	62,2
Cắt nửa ĐT trái	8	17,8

Lý do chuyển mổ mở

Lỗi thiết bị, dụng cụ	0	0
U xâm lấn, dính	5	11,1
Chảy máu	0	0
Ruột quá chướng	2	4,4
PT mở rộng	2	4,4

Mức nạo vét hạch

D2	20	44,4
D3	25	55,6

Phân chia giai đoạn

GĐ I	2	4,4
GĐ II	13	28,9
GĐ III	29	64,4
GĐ IV	1	2,2

Bảng 3. Kết quả sau mổ và tái khám**Biến chứng sau mổ**

	n	%
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	4,4
Bục xì miệng nối	1	2,2
Bí tiểu	3	6,7

Giải phẫu bệnh sau mổ

	n	%
Ung thư biểu mô tuyến	44	97,8
Ung thư mô liên kết	1	2,2

Nồng độ CEA (ng/ml)

	Sau mổ 3 tháng		Sau mổ 6 tháng	
	n = 31	%	n = 27	%
< 5	23	74,2	18	66,7
≥ 5	8	25,8	9	33,3

4. BÀN LUẬN

Về tuổi và giới: Tổng số BN trong nghiên cứu là 45, tuổi trung bình là $57,2 \pm 16,8$ thấp nhất là 29 tuổi, cao nhất là 82 tuổi, nhóm tuổi từ 40 – 60 chiếm 51,1%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Như Hiệp [4] tuổi trung bình 54,5, Nguyễn Văn Xuyên [6] độ tuổi từ 41-60 chiếm 54,1%. Theo Nguyễn Hoàng Bắc [1] tuổi trung bình là 64,8 tuổi. Tuổi trung bình của một số tác giả nước ngoài cao hơn chúng tôi, Cheng J M [9] tuổi trung bình là $67,4 \pm 13,5$ (27 - 93), Antonios A K T [7] tuổi trung bình là $68,8 \pm 10,3$, tuổi lớn nhất trong nghiên cứu của Cheng J M là 93 cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể liên quan đến phương tiện và kỹ thuật gây mê hiện đại và kỹ năng của các PT viên cho phép thực hiện PT trên những BN lớn tuổi.

Về giới tính, có 28 nam và 17 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,65/1, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Wai L L [17] là 1,02/1. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ cũng gặp ở nhiều tác giả, Nguyễn Hoàng Bắc [1] tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1. Tuy nhiên tỷ lệ nam/nữ giữa các tác giả không giống nhau, một số tác giả có tỷ lệ nam bằng hoặc thấp hơn nữ như Cheng J M [9] nam/nữ là 0,96/1, Antonios A K T [7] nam/nữ là 0,51/1.

Triệu chứng lâm sàng: Các triệu chứng lâm sàng là những gợi ý đầu tiên giúp cho người thầy thuốc chú ý khi thăm khám để đưa ra chẩn đoán và quyết định cận lâm sàng cũng như hướng xử trí. Hầu hết các BN khi nhập viện đều có các biểu hiện lâm sàng trong đó đau bụng là thường gặp nhất 93,3%, gầy sút 53,3%, phân có máu 53,3%, rối loạn tiêu hóa 31,1%. Đau bụng là một trong những triệu chứng sớm nhất của bệnh UTĐT, hoàn cảnh xuất hiện cơn đau không theo một quy luật nào: có

thể đau bất kỳ lúc nào trong ngày, không liên quan đến bữa ăn, vị trí đau thường ở chỗ UT, theo Phạm Hùng Cường [2] tỷ lệ này là 77,8%.

Rối loạn tiêu hóa là triệu chứng cũng thường gặp tùy từng vị trí của UT và theo nhiều tác giả, táo bón là triệu chứng thường gặp ở UTĐT trái. Đại tiện phân máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,3%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc [1] là 63,2%, cần chú ý máu lẫn trong phân ở UTĐT phải thường là đỏ sẫm, ở ĐT trái ít máu sẫm hơn và trực tràng là máu đỏ tươi nhất [6].

Sờ thấy u ở bụng trái 13,3% tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc [1] là 15,8% (3/19). Theo nhiều tác giả khối u ở ĐT phải dễ sờ thấy u hơn. U ở 2 góc phải và trái ĐT thường khó sờ thấy vì hai bờ sườn che lấp và khi sờ thấy u của ĐT thì thường là BN đã đến muộn.

Nội soi đại tràng: Nội soi ĐT là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán và tầm soát các bệnh lý ác tính của đại trực tràng [10]. 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. Có nhiều phương pháp chuẩn bị ĐT, 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 [2].

Tất cả 45 BN nghiên cứu đều được nội soi ĐT. Kết quả 95,6% phát hiện được khối u với hình ảnh đại thể sùi loét chiếm tỷ lệ cao nhất 42,2%, thể sùi 28,9%, thể loét 13,3%, thể thâm nhiễm 11,1%. Nội soi ngoài việc cho thấy hình

ảnh còn cho thấy mức độ xâm lấn của khối u theo chu vi đại tràng, tuy nhiên không thực hiện được ở BN có biến chứng (tắc ruột, viêm phúc mạc...). Theo Nguyễn Văn Xuyên [6] phần lớn UTĐT trái là thể thâm nhiễm 70,4%, thể này ít xâm lấn vào tổ chức xung quanh nhưng gây hẹp làm bất tắc lòng ĐT trái dẫn đến tắc ruột.

Vị trí, kích thước khối u: Vị trí khối u là yếu tố giúp cho PT viên chọn lựa phương pháp PT, trong 45 BN nghiên cứu có 60,9% u ở ĐT sigma, 19,6% ở ĐT xuống và 15,2% ở ĐT góc lách. Nghiên cứu của Antonios-A K T [7] u ĐT sigma là 83,9% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Bảng tỷ lệ % vị trí khối u đại tràng trái theo một số tác giả.

Tác giả	ĐT góc lách	ĐT xuống	ĐT Sigma
A. A.K. Tentes [40]	4,8	11,3	83,9
H.Y.S. Cheung [11]	0	12,6	86,4
Renato Costi [14]	6,7	16,2	77,1
S.H. Mucci [15]	2,2	10,2	87,6
T.S. Chung [16]	5,9	17,6	76,5
Chúng tôi	15,2	19,6	60,9

Kích thước khối u >5cm chiếm 60,8%, có một BN có 2 vị trí u ở phần trái ĐT ngang và ĐT xuống, BN được chuyển mổ mở cắt bán phần ĐT trái do khối u ở ĐT ngang dính nhiều. Tỷ lệ khối u >5cm của chúng tôi 60,8% cao hơn nghiên cứu của Cheng-J M [9] là 51,5%, theo Nguyễn Văn Xuyên [6] kích thước u trung bình là $4,6 \pm 3,1$ cm, sự khác nhau về kích thước khối u trong mổ với các tác giả có thể do đối tượng chọn bệnh, thời gian sàng lọc và phát hiện bệnh sớm và UT giai đoạn 1 và 2 của các tác giả trên chiếm tỷ lệ cao hơn.

Theo nhiều tác giả, những khối u kích thước nhỏ, chưa lan tới thanh mạc, chưa gây hẹp lòng ĐT nên chưa có bán tắc hoặc tắc ruột thì công việc chuẩn bị ĐT tốt hơn - một yếu tố rất quan trọng để tránh xì dò miệng nối vì khi mổ nội soi khác với mổ mở là không sờ nắn được đoạn ĐT trên và dưới u để đánh giá có phân trong lòng ĐT hay không.

Phương pháp phẫu thuật: 45 BN trong nghiên cứu này được thực hiện PT nội soi trong phúc mạc, có 9 BN chuyển mổ mở chiếm tỷ lệ 20%. Tùy theo vị trí của u, tính chất xâm lấn và đánh giá trong mổ mà đưa ra quyết định kỹ

thuật mổ [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cắt đoạn ĐT trái cao là 20,0%, cắt đoạn ĐT sigma 62,2% và cắt nửa ĐT trái là 17,8%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải [3] cắt đoạn ĐT sigma là 63,6%, cắt nửa ĐT trái 18,2%, thấp hơn nghiên cứu của Antonios A K T [7] PT nội soi cắt đoạn ĐT sigma là 83,9% tuy nhiên cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Xuyên [6] trên 135 BN UTĐT trái, cắt đoạn ĐT sigma là 42,5% (37/87 PT triệt căn).

Lý do chuyển mổ mở: Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu là 20,0% trong đó do khối u dính hoặc xâm lấn chiếm tỷ lệ cao nhất 11,1%, ruột quá chướng 4,4% và PT mở rộng 4,4%. Về PT mở rộng, cắt các tạng do UT xâm lấn trong mổ là 4,4%, bao gồm 2,2% cắt gan trái, 2,2% cắt đoạn ruột non, 4,4% cắt túi mật, tuy nhiên cắt túi mật được tiến hành bằng PT nội soi, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Xuyên [36] PT cắt ĐT mở rộng là 5,6%. Theo Bruce V M [8] kích thước khối u, mức độ viêm dính và xâm lấn của khối u, tắc ruột nên phẫu trường hẹp hơn vì nhiều quai ruột

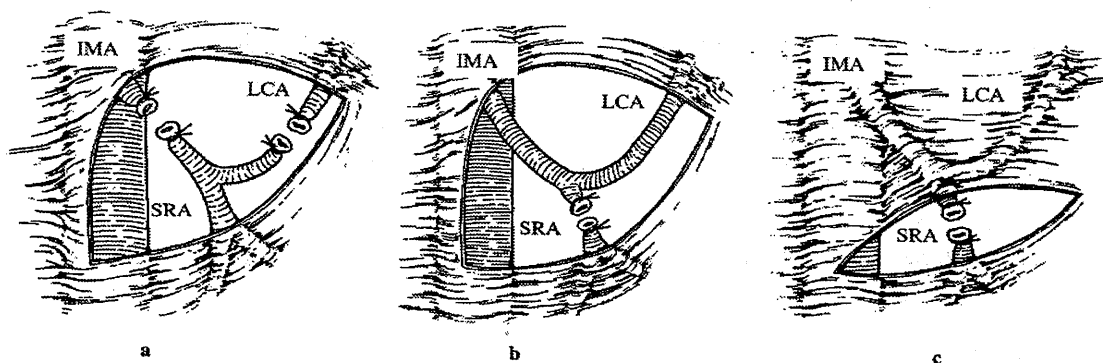
non chương hơi, thao tác khó khăn hơn là những yếu tố chỉ định chuyển từ PT nội soi sang mổ mở.

Theo nhiều tác giả [1], [11], [15] chuyển mổ mở không phải là thất bại của PT 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 phẫu thuật, về gây mê, về thần khí do bơm hơi ổ phúc mạc và các biến chứng sau mổ.

Mức độ vết hạch: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nạo vét hạch D2 là 44,4%, (D2: nạo vét cả 2 nhóm hạch 1, 2) vết hạch D3 là 55,6% (D3: nạo vét cả 3 nhóm hạch 1, 2 và 3) dựa theo phân loại các nhóm hạch của Nhật Bản [13]. Kết quả vết hạch D3 của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Kobayashi M.

và Okamoto K. [13] vết hạch D3 là 56,5% (13/23).

Trong nghiên cứu này, tất cả BN đều được đánh giá di căn trước mổ bằng các xét nghiệm huyết học, sinh hoá và hình ảnh. Trong mổ BN được đánh giá gan, lách, mạc nối lớn và phúc mạc ngay sau khi đặt Trocart và camera để phát hiện xâm lấn di căn UT. Đối với vết hạch D3, động mạch mạc treo tràng dưới được bộc lộ và thắt sát gốc bằng buộc chỉ, bằng clip hoặc kết hợp cả hai, mô mỡ xung quanh động, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới được cắt bỏ nguyên khối, các mạch máu nhỏ được đốt bằng dao điện. Với vết hạch D2, chỉ bộc lộ một phần đến lúc thấy rõ gốc của động mạch kết tràng trái và gốc của động mạch trực tràng trên, các động mạch sigma.



Hình 3: Vết hạch và thắt động mạch mạc treo tràng dưới [13] (a, b: D3, c: D2)

Biến chứng sau mổ: Bí tiểu sau mổ gặp 6,7%, nhiễm trùng vết mổ 4,4% và bục xì miệng nối gây dò ra ngoài thành bụng 2,2%, không có trường hợp nào phải mổ lại và không có tử vong sau mổ. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc [1] không có nhiễm trùng vết mổ, tuy nhiên nhiễm trùng đường tiểu hậu phẫu là 9,1%, viêm phổi 18,2% đáp ứng nhanh chóng với kháng sinh và 18,2% biến chứng tim mạch nặng là nhồi máu cơ tim và phù phổi cấp, không có trường hợp nào tử vong, tất cả các miệng nối đều lành tốt.

Joel L và Pascal A [12] gặp biến chứng

chung sau mổ là 9,0%, trong đó huyết khối tĩnh mạch sâu 10,9%, chảy máu 2,7%, dò 2,7%, biến chứng tiết niệu 0,9% và tắc ruột sau mổ 1,8%, sự khác nhau về tỷ lệ biến chứng này có thể do đối tượng chọn bệnh của chúng tôi là những BN UTĐT trái chưa có biến chứng, tỷ lệ BN trên 80 tuổi trong nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Với nhiễm trùng vết mổ, chúng tôi điều trị bằng cắt chỉ sớm, kết hợp kháng sinh, thay băng tại chỗ. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 2,2% dò miệng nối qua vết mổ, BN được điều trị nội khoa và theo dõi, sau

26 ngày bệnh ổn và cho xuất viện. Theo các tác giả, các biến chứng và tử vong PT hoàn toàn có thể được hạn chế bằng việc hoàn thiện kỹ thuật mổ kết hợp với gây mê hồi sức tốt [1], [16].

Phân chia giai đoạn: Chúng tôi phân GĐ theo TNM của AJCC và UICC ung thư GĐ I là 4,4%, GĐ II 28,9%, GĐ III 64,4% và GĐ

IV là 2,2%. Kết quả nghiên cứu của Cheng-J M [9] *tỷ lệ ung thư GĐ III là 50%*. Theo Phạm Hùng Cường [2] ung thư GĐ II là 46,0% và theo tác giả yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến kết quả điều trị là GĐ ung thư, các yếu tố lâm sàng hoặc giải phẫu bệnh khác cũng có ảnh hưởng đến tiên lượng nhưng thường là phụ thuộc vào GĐ lâm sàng.

Bảng tỷ lệ % phân chia giai đoạn theo một số tác giả:

Tác giả	GĐ I	GĐ II	GĐ III	GĐ IV
Phạm H.Cường [2]	1,9	46,0	23,0	29,1
Cheng-J. Ma [9]	3	27	50	20
W. L. Law [17]	12,1	36,8	29,8	21,2
Chúng tôi	4,4	28,9	64,4	2,2

Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN ở GĐ muộn (III và IV) chiếm đa số 66,6%, điều này có thể liên quan đến kiến thức, trình độ và thói quen tự chăm sóc sức khỏe của BN chưa cao. Kết quả điều trị phụ thuộc rất nhiều vào GĐ bệnh, do đó việc chẩn đoán sớm UTĐT có ý nghĩa rất lớn trong việc cải thiện kết quả điều trị.

Chất chỉ điểm ung thư CEA : Bình thường nồng độ CEA trong máu <5ng/ml. CEA tăng trong một số trường hợp UT đường tiêu hóa, CEA ít khi tăng ở BN UTĐT kém biệt hoá [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tăng CEA trước mổ là 57,8% cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc [1] tăng CEA trước mổ là 20%.

Theo Farshad Abir [10] trong UTĐT định lượng CEA có độ nhạy chỉ 7-64% tùy theo GĐ của bệnh, nếu tăng trước phẫu thuật CEA có thể được dùng để đánh giá mức độ triệt căn của PT, sau PT triệt căn UTĐT từ 4-8 tuần CEA giảm xuống nhanh về mức bình thường và tất cả mọi sự gia tăng về sau báo động một UT tái phát hoặc di căn và theo báo cáo của nhiều tác giả CEA tăng cao trước PT cũng mang ý nghĩa tiên lượng xấu [2],[9].

Trong nghiên cứu này, tái khám sau mổ 3

tháng có 25,8% tăng CEA ($\geq 5\text{ng/ml}$), sau 6 tháng có 33,3% tăng CEA, kết quả này thấp hơn so với tỷ lệ CEA tăng trước mổ là 57,8%, tuy nhiên tỷ lệ tăng CEA sau mổ thấp hơn trước mổ chưa có ý nghĩa thống kê với $p = 0,1806 > 0,05$.

Nghiên cứu của Cheng J M và Jan S H [9] nhận thấy 42,8% (181/423) tăng nồng độ CEA trước mổ, mức CEA huyết thanh sau mổ có liên quan với vị trí khối u tiên phát, di căn hạch, GĐ TNM và sự tái phát sau mổ [9], tỷ lệ tăng CEA sau mổ trung bình 28 tháng của tác giả là 48,5 cao hơn so với tỷ lệ tăng CEA sau mổ 6 tháng của chúng tôi là 33,3%. Sự khác biệt này có thể do số lượng nghiên cứu của chúng tôi còn ít, tỷ lệ BN tái khám sau mổ thấp và thời gian theo dõi sau mổ của chúng tôi chưa đủ dài.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 45 bệnh nhân ung thư đại tràng trái được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 9/2007 đến tháng 9/2010 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tuổi trung bình là $57,2 \pm 16,8$, lứa tuổi

gặp nhiều nhất là từ 40-60 chiếm 51,1%.

- Tỷ lệ nam/nữ là 1,65/1.

- Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất 93,3%, rối loạn tiêu hóa 31,1%, phân có máu 53,3%, sờ thấy u ở bụng gặp 13,3%.

- Hình ảnh đại thể: Sùi loét chiếm tỷ lệ cao nhất 42,2%, thể sùi 28,9%, loét 13,3%.

- Vị trí u ở đại tràng sigma 60,9%, đại tràng xuống 19,6%.

- Kích thước khối u trên 5cm chiếm 60,8%.

- Cắt đoạn đại tràng sigma 62,2%.

- Vết hạch D2 là 44,4%, vết hạch D3 là 55,6%.

- Tỷ lệ chuyển mổ mở tính chung là 20,0%, trong đó phẫu thuật mở rộng 4,4%.

- Ung thư giai đoạn I là 4,4%, II là 28,9%, III là 64,4% và giai đoạn IV là 2,2%.

- Ung thư biểu mô tuyến chiếm 97,8%.

- Tăng CEA trước mổ là 57,8%, sau mổ 3 tháng là 25,8%, sau mổ 6 tháng là 33,3%.

- Biến chứng sau mổ: Bí tiểu 6,7%, nhiễm trùng vết mổ 4,4% và dò miệng nối 2,2%, không có trường hợp nào phải mổ lại và không có tử vong sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Trần Công Duy Long, Nguyễn Đức Thuận (2008), Phẫu thuật nội soi một thì điều trị tắc ruột do ung thư đại tràng trái, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12(4), tr. 301-307.
2. Phạm Hùng Cường (2003), Carcinoma đại tràng: kết quả sống còn và các yếu tố tiên lượng, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 7(4), tr. 172-177.
3. Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu (2009), Điều trị tắc đại tràng trái bằng phẫu thuật một thì không rửa đại tràng trong mổ, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 13(1), tr. 42 - 45.
4. Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2004), Phẫu thuật nội soi trong ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế, Chuyên đề phẫu thuật nội soi và nội soi can thiệp, *Tạp chí Y học Việt Nam*, (8), tr. 20-28.
5. Nguyễn Quang Thái, Đoàn Hữu Nghị (2003), Tiên lượng khả năng di căn hạch ung thư đại tràng qua đánh giá các đặc điểm hình thái hạch khi mổ, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 7(4), tr. 206-212.
6. Nguyễn Văn Xuyên (2008), Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật 135 bệnh nhân ung thư đại tràng trái, *YHTH*, (4), tr. 94-97.
7. Antonios A K T, Charalambos M (2007), Radical lymph node resection of the retroperitoneal area for left-sided colon cancer, *Arch Surg*, (392), pp. 155-160.
8. Bruce V M et al (2003), Laparoscopic Left Hemicolectomy and Sigmoidectomy, *Laparoscopic Surgery of the Abdomen*, pp. 369 - 378.
9. Cheng J M, Jan S H (2006), Multivariate analysis of prognostic determinants for colorectal cancer patients with high preoperative serum CEA levels: prognostic value of postoperative serum CEA levels, Taiwan, (22), No 12, pp. 604-608.
10. Farshad A, Suraj A, Walter E L (2006), The postoperative surveillance of patients with colon cancer and rectal cancer, *The American JSurg*, (192), pp. 100-108.
11. Hester Y S C, Alex L H L, Chung C C (2009), Endo-laparoscopic colectomy without mini-laparotomy for left-sided colonic tumors, *World J Surg*, (33), pp.1287-1291.
12. Joel L, Pascal A, Francesco R, Bertrand C and Jacques M (2005), The impact of obesity on technical feasibility and post-operative outcomes of laparoscopic left colectomy, *Ann Surg*, (241), pp. 69-76.

13. Kobayashi M, Okamoto K, Namikawa T, (2006), Laparoscopic lymph node dissection around the inferior mesenteric artery for cancer in the lower sigmoid colon and rectum, Is D3 lymph node dissection with preservation of the left colic artery feasible? Kochi Medical School, Japan, (20), pp. 563-569.
14. Renato C, Xavier P, Christine M, Bernard V, (2009), A feared complication during laparoscopic left colectomy: The torsion of the colonic stump at stapling, Digestive et Urologique, Hôpital Victor Dupouy, France, (10), pp. 1007-1011.
15. Stéphanie H M, Jean J T, Olivier B, Emilie L (2006), Emergency subtotal/total colectomy in the management of obstructed left colon carcinoma, *Int J Colorectal Dis*, (21), pp. 538-541.
16. Tae S C, Seok-B L, Dae K S, Chang W H (2008), Feasibility of single-stage laparoscopic resection after placement of a self-expandable metallic stent for obstructive left colorectal cancer, *World J Surg*, (32), pp.2275-2280.
17. Wai L L Joe K F, Jensen T P (2009), Single incision laparoscopic left colectomy for carcinoma of distal transverse colon, The University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Hong Kong, pp. 360-368.

HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP NHIỄM KÝ SINH TRÙNG NÃO HIẾM GẶP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Hoàng Minh Lợi, Trương Quang Ánh**, Hoàng Thị Ngọc Hà*, Lê Trọng Khoan*,
Tôn Nữ Phương Anh, Ngô Thị Minh Châu và CS***

** BM Chẩn đoán Hình ảnh; ** BM Ký sinh trùng, Trường ĐHYD Huế*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhiễm ký sinh trùng não là bệnh lý rất hiếm gặp ngay cả ở các nước nhiệt đới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Đây là bệnh lý rất khó chẩn đoán vì hình ảnh không điển hình ngay cả trên Cộng hưởng từ hay Cắt lớp vi tính. **Giới thiệu ca bệnh:** Với máy cộng hưởng từ mở (từ trường thấp <0.5Tesla), trong 5 năm (2005-2010), chúng tôi phát hiện được 5 trường hợp nhiễm KST não hiếm gặp tại bệnh viện Trường ĐHYD Huế bao gồm 2 ca nhiễm sán lợn não, 2 ca nhiễm vi nấm và 1 ca nhiễm ấu trùng giun đũa chó lạc chủ sang người. Cả 5 trường hợp đều được chẩn đoán xác định bằng test ELISA, soi tươi hay phân lập, nuôi cấy và cải thiện rõ về mặt lâm sàng sau điều trị đặc hiệu. **Kết luận:** Hình ảnh CLVT hoặc CHT, tổn thương não do ký sinh thường đa dạng, thường gặp nhất là có dạng giả u hoặc áp xe não, ngấm chất cản quang rất mạnh dạng nốt hoặc dạng viên. Tổn thương dạng nang rất nhiều và nhỏ, phân bố lan tỏa kèm vôi hóa thường là do sán dây lợn ký sinh, nếu tổn thương khu trú gồm nhiều nang nhỏ dính chùm như chùm nho nên được nghĩ đến tổn thương do nấm. Xét nghiệm miễn dịch học huyết thanh đặc hiệu hoặc phân lập định danh được loài nấm gây bệnh là chuẩn vàng giúp chẩn đoán.

Từ khóa : Bệnh ký sinh trùng não, Cộng hưởng từ não, nhiễm sán lợn não, áp xe não do nấm...

DECOUVERT PAR IRM QUELQUES CAS RARES DE PARASITOSE CEREBRALES A L'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE HUE

Hoang Minh Loi, Truong Quang Anh**, Hoang Thi Ngoc Ha*, Le Trong Khoan*,
Ton Nu Phuong Anh, Ngo Thi Minh Chau et al***

** Svc de l'Imagerie Médicale; Svc de Parasite**, Faculté de Médecine et
Pharmacie de Hué*

Généralité: Les parasitose cérébrales sont très rare et difficile à identifier en imagerie par Magnétique Résonance (IRM) ou Tomodensitométrie (TDM). Il faut des examens sérologiques spécifiques pour diagnostiquer positif les parasitoses extra-digestif pour tous les patients. **Dossiers cliniques:** En utilisant les images d'IRM de bas magnet pendant 5 ans, de 2005 a 2010, nous avons suspectés 5 patients atteint parasitoses cérébrales, include 2 cases du neurocysticercoses, 2 cases du infection fongiques et une case infection de larvres vers du chien. Tous les 5 cas ont été confirmé par examen sérologique (ELISA) et ont guérit par traitement spécifiques contre-parasite. Les diagnose initials de ces patients sont les tumeurs cérébrales et ils sont adressé a l'hôpital universitaire de Hué pour les traiter par Gamma knife. **Conclusion:** Les manifestations