

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CẮT UNG THƯ THỰC QUẢN QUA KHE HOÀNH

Dương Xuân Lộc¹, Hoàng Trọng Nhật Phương¹, Hồ Văn Linh¹, Lê Mạnh Hà², Lê Lộc³

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

(3) Bệnh viện TW Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu cắt thực quản qua lỗ khe hoành trong ung thư thực quản và tâm vị thực quản. **Phương pháp:** Từ 2010 – 2013, 36 bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật cắt thực quản qua lỗ khe hoành. Trong đó 2 bệnh nhân ung thư thực quản cổ, 23 bệnh nhân ung thư 1/3 dưới thực quản, 11 bệnh nhân ung thư tâm vị thực quản. Tuổi trung bình 64 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 35/1. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình 140 ± 20 phút. Lượng máu mất trong mổ không đáng kể. Dò miệng nối 2 (5,6%) trường hợp, 1 (2,8%) viêm phổi, 1 (2,8%) tràn dịch màng phổi. Tử vong trong vòng 1 năm 2 (7,14%) trường hợp. **Kết luận:** Cắt thực quản qua lỗ khe hoành bước đầu cho thấy có hiệu quả trong việc rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm các biến chứng về phổi. Tuy nhiên cần nghiên cứu dài hơn với số lượng lớn hơn để đánh giá kết quả về mặt ung thư học.

Từ khóa: ung thư thực quản, khe hoành

Abstract

INITIAL OUTCOMES OF TRANSHIATAL ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER

Duong Xuan Loc¹, Hoang Trong Nhat Phuong¹, Ho Van Linh¹, Le Manh Ha², Le Loc³

(1) PhD Student of Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy,

(3) Hue Central Hospital

Objective: To assess the initial outcomes of transhiatal esophagectomy for esophageal cancer. **Methods:** From 2010 to 2013, 36 patients with esophageal cancer underwent transhiatal esophagectomy: 2 patients with cancer of the cervical esophagus, 23 patients with cancer of the lower third and 11 patients with cancer of the esophagogastric junction. Mean age was 64, and ratio of male/female:35/1. **Results:** mean operative time: 140 ± 20 min. There was cervical anastomotic leakage in 2 patients (5.6%), pneumonia in 1 patient (2.8%). Death occurred within 1-year for 2 patients (5.6%). **Conclusion:** Transhiatal esophagectomy initially revealed the effectiveness in shortening operative time, diminishing pulmonary complications. However, it is necessary to conduct further research on the evaluation of the oncology aspect.

Key words: esophageal cancer, esophagectomy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là loại ung thư hay gặp và nằm trong danh sách 10 loại ung thư hàng đầu ở Việt Nam, chiếm 15% trong các loại ung thư đường tiêu hóa. Tần suất mắc bệnh thay đổi tùy theo vùng địa dư, có thể do yếu tố môi trường và dinh dưỡng.

Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới và thường xảy ra ở

người lớn tuổi. Ở châu Âu và Mỹ, rượu và thuốc lá là những yếu tố nguy cơ, trong khi đó ở các nước Phương Đông yếu tố nguy cơ chủ yếu là thức ăn nóng. Viêm nhiễm, Barrett thực quản, achalasia và bông thực quản là những yếu tố thuận lợi cho sự phát triển thành ung thư thực quản.

Phẫu thuật cắt thực quản là phương pháp

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

- Ngày nhận bài: 10/4/2013 * Ngày đồng ý đăng: 8/5/2013 * Ngày xuất bản: 17/5/2013

điều trị triệt để ung thư thực quản khi u còn khu trú. Phẫu thuật cắt thực quản có thể được thực hiện qua mở ngực, nội soi ngực hoặc qua lỗ khe hoành. Phương pháp mở ngực hoặc nội soi ngực mặc dù có ưu điểm là có thể nạo vét hạch triệt để, tuy nhiên, biến chứng về phổi vẫn còn là một vấn đề đáng lo ngại và thời gian phục hồi sau mổ chậm[6]. Trong khi đó, phẫu thuật cắt thực quản qua lỗ khe hoành mặc dù không vét được hạch ở trung thất, nhưng đây là một phẫu thuật nhẹ nhàng hơn, ít biến chứng về phổi và thời gian phục hồi sau mổ nhanh hơn. Tuy nhiên, đây là một phương pháp phẫu tích mù thực quản nên dễ xảy ra tai biến trong quá trình phẫu tích [5]. Vì vậy, việc lựa chọn bệnh nhân phụ thuộc vào vị trí u và giai đoạn ung thư.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật cắt thực quản qua lỗ khe hoành (Orringer) cũng như đưa ra một số tiêu chuẩn chọn bệnh phù hợp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 2010 – 2013, 36 bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật cắt thực quản qua lỗ khe hoành tại khoa Ngoại Tiêu Hóa – Bệnh viện Trung Ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu.

2.3. Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật được chia thành 2 thì chính: Thì bụng và thì cổ.

• Thì bụng:

- Bệnh nhân nằm ngửa.

- Mở bụng đường giữa trên rốn.

- Phẫu tích di động toàn bộ dạ dày, cắt tận gốc bó mạch vị trái, bó mạch vị mạc nối trái. Bảo tồn bó mạch vị phải và bó mạch vị mạc nối phải.

- Vét hạch vùng bụng bao gồm hạch cạnh tâm vị, hạch quanh bó mạch vị trái, quanh động mạch gan, lách, thân tạng.

- Di động thực quản bụng.

- Cắt rộng hai trụ cơ hoành.

- Dùng tay phẫu tích mù thực quản ngực.

• Thì cổ:

- Mở cổ bờ trước cơ ức đòn chũm.

- Cắt cơ bám da cổ.

- Cắt cơ vai móng.

- Vén cơ ức đòn chũm ra ngoài, lật tuyến giáp lên, thắt động mạch giáp dưới, tĩnh mạch giáp giữa, giáp dưới.

- Bộc lộ thực quản cổ, dùng tay hoặc tăm bông bóc mù thực quản ngực từ cổ xuống.

- Tiếp tục phẫu tích cho đến khi ngón tay ở trên cổ xuống và ngón tay ở dưới bụng lên chạm nhau.

- Cắt ngang thực quản cổ, lấy thực quản qua đường bụng.

- Tạo hình ống dạ dày, đưa lên cổ qua trung thất sau, nối với thực quản cổ.

- Tạo hình môn vị.

- Đặt 1 dẫn lưu cổ, 1 dẫn lưu cạnh lỗ cơ hoành.

- Mở thông hồng tràng nuôi dưỡng.

- Đóng vết mổ.

3. KẾT QUẢ

Từ 2010 đến 2013, 36 bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật cắt thực quản qua khe hoành. Tuổi trung bình 64 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 35/1.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	N	%
Nuốt nghẹn	36	100
Sụt cân	26	72,2
Khàn giọng	2	5.6
Đau sau xương ức	22	61,1
Tăng tiết nước bọt	5	13,9

Tất cả bệnh nhân vào viện khi đã có nuốt nghẹn.

Bảng 2. Liên quan giữa vị trí khối u và mô bệnh học

Mô bệnh học Vị trí	Adenocarcinoma		Squamous cell		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
TQ cổ	0	0	2	5,6	2	5,6
TQ ngực 1/3 dưới	2	5,6	21	58,3	23	63,9
Tâm vị thực quản	5	13,9	6	16,6	11	30,5

Phẫu thuật Orringer áp dụng chủ yếu cho u vùng tâm vị và 1/3 dưới thực quản.

Bảng 3. Phân giai đoạn u theo pTNM

TNM		N	%
T	T1	0	0
	T2	10	27,8
	T3	22	61,1
	T4	4	11,1
N	N0	8	22,2
	N1	26	72,2
	N2	2	5,6
M	M0	34	94,4
	M1	2	5,6

U chủ yếu ở giai đoạn T3, N1, M0.

Thời gian mổ trung bình 140 ± 20 phút. Lượng máu mất trong mổ không đáng kể. Không có trường hợp nào cần phải chuyển máu trong mổ. 3 trường

hợp rách màng phổi, xử trí bằng khâu lại màng phổi, không cần đặt dẫn lưu ngực. Không có trường hợp nào tổn thương khí phế quản hay tổn thương ống ngực. Không có tử vong trong mổ.

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	N	%
Dò miệng nối cổ	2*	5,6
Viêm phổi	1	2,8
Tràn dịch màng phổi	1	2,8
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,8
Dò dịch dưỡng trấp	0	0
Chảy máu	0	0

* Hai trường hợp dò miệng nối: 1 dò sau mổ, 1 dò sau xạ trị.

Thời gian chăm sóc đặc biệt 2 ngày, cho ăn bằng đường miệng vào ngày thứ 6, thời gian nằm viện 9 ngày (ngoại trừ 1 trường hợp do

miệng nối cổ). Không có trường hợp nào tử vong sau mổ.

Theo dõi trong 1 năm chỉ thực hiện được với 28 trường hợp, đây là những trường hợp có hóa xạ sau mổ.

Bảng 5. Theo dõi sau mổ

T/g theo dõi Đặc điểm	3 tháng		6 tháng		1 năm	
	N	%	N	%	N	%
Dò miệng nổi cổ	1	3,57	0	0	0	0
Tái phát miệng nổi	0	0	1	3,57	1	3,57
Di căn phổi	0	0	0	0	2	7,14
Di căn bụng	0	0	1	3,57	1	3,57
Tử vong	0	0	0	0	2	7,14

Tái phát trong vòng 1 năm đối với cả 2 trường hợp ung thư thực quản cổ.

4. BÀN LUẬN

Mục tiêu chung của phẫu thuật ung thư là phải lấy bỏ u nguyên phát với bờ an toàn phù hợp. Trong khi đó, thiên hướng chung của ung thư thực quản là tế bào ung thư và hạch lan tràn trong thành thực quản ở lớp dưới niêm mạc. Ung thư ở đoạn nối tâm vị thực quản có xu hướng lan lên thực quản và xuống dạ dày. Vì vậy, để đảm bảo cắt hết tế bào ung thư, trước đây, người ta thường cắt cách bờ khỏi u đến 10cm[9]. Nhưng ngày nay, từ khi phương pháp Orringer ra đời, người ta nhận thấy chỉ cần cắt cách bờ u 4-5cm là đủ với tỷ lệ dương tính về mặt vi thể rất thấp[3],[7]. Vì vậy, trong ung thư tâm vị thực quản, nếu u chưa lan rộng về phía dạ dày nhiều thì khả năng cắt toàn bộ thực quản và thay thế bằng ống dạ dày đủ để đưa lên cổ để thực hiện miệng nối.

Về mặt chỉ định, cho đến nay, phẫu thuật Orringer vẫn còn nhiều tranh cãi vì đây là một phẫu thuật phẫu tích mù thực quản nên không thể lấy hạch ở trung thất, do đó, nhiều tác giả cho rằng đây là một phẫu thuật không triệt để. Vì vậy, phương pháp này thường được áp dụng khi ung thư còn ở giai đoạn sớm, không có hạch di căn và khi u chưa xâm lấn ra khỏi thành thực quản. Ngoài ra, nó còn được chỉ định cho những bệnh nhân thể trạng kém hoặc có các bệnh lý tim phổi kèm theo mà không thể thực hiện cuộc phẫu thuật lớn được. Phương pháp này chỉ được ưa chuộng với ung thư 1/3 dưới thực quản hoặc ung thư tâm vị thực quản[1]. Vì đối với ung thư 1/3 giữa hoặc 1/3 trên thực quản, phẫu tích mù thực quản dễ gây tổn thương mạch máu, ống ngực hoặc khí

phế quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư 1/3 dưới chiếm 63,9% và ung thư tâm vị thực quản chiếm 30,5%.

Một nghiên cứu so sánh giữa phương pháp cắt thực quản qua đường ngực và qua khe hoành năm 2003 của Jeffrey Rentz và cộng sự [4] với 562 trường hợp cắt thực quản qua đường ngực và 383 trường hợp cắt thực quản qua khe hoành, cho kết quả: tử vong trong 30 ngày là 9,96% so với 9,92% ($p=0,93$), Viêm phổi 26% so với 18% ($p=0,007$) khác biệt có ý nghĩa thống kê, chảy máu cần phải chuyển máu là 2% so với 3% ($p=0,207$) khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Rafe C Connors [8] và cộng sự nghiên cứu 17.395 bệnh nhân, trong đó 5.481 bệnh nhân cắt thực quản qua đường ngực và 11.914 bệnh nhân cắt thực quản qua khe hoành cho kết quả: biến chứng chung 53,5% so với 49,3% ($p=0,011$), tỷ lệ tử vong 8,91% so với 8,47% ($p=0,642$), nhiễm trùng 7,2% so với 6,8% ($p=0,64$), biến chứng về phổi 32,1% so với 29,7% ($p=0,303$). Andrew C Chang và cộng sự [2] nghiên cứu trên 868 bệnh nhân, trong đó 643 bệnh nhân cắt thực quản qua đường ngực, 225 cắt thực quản qua khe hoành cho kết quả: tỷ lệ tử vong 13,1% so với 6,7% ($p=0,009$), thời gian sống thêm sau 5 năm 22,7% so với 30,5% ($p=0,02$). Nghiên cứu của chúng tôi, không có tử vong trong 30 ngày sau mổ, biến chứng về phổi 5,6%. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu này còn nhỏ nên chưa đánh giá đầy đủ các biến chứng cũng như thời gian theo dõi ngắn nên không thể đánh giá được thời gian sống thêm sau mổ để có kết luận lâu dài về mặt ung thư học.

5. KẾT LUẬN

Cắt thực quản qua lỗ khe hoành áp dụng tốt đối với ung thư 1/3 dưới thực quản và ung thư tâm vị thực quản, đặc biệt đối với bệnh nhân thể trạng kém, có bệnh lý tim phổi phối hợp.

Bước đầu cho thấy có hiệu quả trong việc rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm các biến chứng về phổi. Tuy nhiên, cần nghiên cứu dài hơn với số lượng lớn hơn để đánh giá kết quả về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hữu Thiện Chí, Lê Quang Nghĩa. Kết quả sớm của phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực trong điều trị ung thư tâm vị và 1/3 dưới thực quản. *Y học TP Hồ Chí Minh*, 2006, tập 10, số 3.
2. Andrew C Chang, Hong Ji, Nancy J Birkmeyer, Mark B Orringer and John D Birkmeyer. Outcomes after transhiatal and transthoracic esophagectomy for cancer. *Ann Thorac Surg*, 2008; 85: 424-9.
3. Finley RJ, Pearson FG, Cooper JD et al. Adenocarcinoma of the esophagus and esophagogastric junction. *Esophageal Surgery*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone; 2002:16-7.
4. Jeffrey Rentz, David Bull et al. Transthoracic versus transhiatal esophagectomy: A prospective study of 945 patients. *The Journal of thoracic and Cardiovascular surgery* 2003, vol 125. Pp 1114-20.
5. Mark B. Orringer, Becky Marshall, Mark D. Iannettoni (1999): "Transhiatal Esophagectomy: Clinical Experience and Refinements", *Annals of surgery* Vol. 230, No. 3, 392-403.
6. Ninh T. Nguyen, David M. Follette, Bruce M. Wolfe, Philip D. Schneider, Peter Roberts, James E. Goodnight, Jr (2000) "Comparison of Minimally Invasive Esophagectomy With Transthoracic and Transhiatal Esophagectomy", *Arch Surg*. 2000; 135: 920-925.
7. Orringer MB, Marshall B, Iannettoni MD. Transhiatal esophagectomy: clinical experience and refinements. *Ann Surg* 1999; 230:392-403.
8. Rafe C Connors, Brian C Reuben et al. Comparing outcomes after transthoracic and transhiatal esophagectomy: A 5-year prospective cohort of 17, 395 patients. *J Am Coll Surg* 2007; 205: 735-740.
9. Skinner DB, Belsey RHR. Management of esophageal disease. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 1988:757.