

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2018 - 2020

Lê Thành Công¹, Hoàng Minh Đức², Lê Tư Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi ung thư biểu mô trực tràng thấp tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 49 bệnh nhân điều trị ung thư biểu mô trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018 - 2020. **Kết quả:** Tỷ lệ BN ung thư trực tràng thấp có triệu chứng là 87,8%, phần lớn vào viện vì đại tiện phân nhầy máu (77,6%), ở giai đoạn II là 36,7%, giai đoạn III là 40,8%. Đặc điểm khối u xâm lấn tại chỗ: T1 + T2 là 10,2%, T3 là 63,3%, T4 là 8,2%. Có 7 TH di căn xa (chiếm 14,3%). Phương pháp PTNS điều trị được sử dụng nhiều nhất là PT cắt cụt chiếm 44,9%, cắt đoạn trực tràng nối thấp có 13 TH (chiếm 26,5%), PT Hartmann có 7 TH (14,3%), chỉ làm HMNT 7 TH (14,3%). Không có trường hợp nào tử vong trong 30 ngày đầu sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 9,85±3,89 (ngày). Duy nhất 1 trường hợp biến chứng trong mổ làm thủng thành sau âm đạo. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 16,3% bao gồm tắc ruột sau mổ, nhiễm trùng vết mổ, rối loạn tiểu tiện và các biến chứng về HMNT. Thời gian sống toàn bộ sau phẫu thuật 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng lần lượt là 83,3%, 75,4% và 70,4%. **Kết luận:** PTNS là phương pháp điều trị UTTT thấp an toàn, hồi phục tốt sau mổ, đem lại kết quả khả quan.

Từ khóa: Ung thư trực tràng thấp, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN TREATMENT OF LOW RECTAL CANCER AT VIET DUC HOSPITAL IN PERIOD 2018-2020

Objectives: To evaluate the results of laparoscopic surgery of low rectal cancer. **Materials and methods:** A retrospective study on 49 patients who underwent laparoscopic surgery to treat low rectal cancer in the Viet Duc hospital from 01/2018 to 12/2020. **Results:** The rate of low rectal cancer patients who had symptoms was 87.8%, most of them are hospitalized because of defecation with blood and mucus (77.6%), stage II it was 36.7%, stage III 40.8%. The tumor invaded surrounding: T1 + T2 was 10.2%, T3 was 63.3%, T4 was 8.2%. There were 7 cases of distant metastasis (14.3%). The most commonly used laparoscopic method was Miles

technique, accounted for 44.9%, the low-connected surgery had 13 cases (accounting for 26.5%), the Hartmann's surgery had 7 cases (14.3%), the ostomy surgery had 7 cases (14.3%). There were no cases of death within 30 days post-operatively. The time in hospital was 9.85 ± 3.89 (days). Only 1 case with complication in dissection of posterior vaginal wall. The rate of postoperative complications was 16.3%, including postoperative bowel obstruction, surgical site infection, urinary disorder and complications of open new anus. The survives of 12-month, 24-month, and 36-month time were 83.3%, 75.4%, and 70.4%, respectively. **Conclusions:** Laparoscopy surgery for low rectal cancer method was safe, well-recover after surgery and had feasible results.

Keywords: laparoscopic, rectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng thấp (UTTT) là những khối u ác tính của trực tràng có vị trí trên đường lược ống hậu môn trong khoảng cách 6 cm [1]. Vì là khối u ở vị trí thấp nên biểu hiện lâm sàng chủ yếu giống với các bệnh lý vùng hậu môn như trĩ, viêm ống hậu môn. Các triệu chứng có biểu hiện khá sớm: mót rặn, ỉa máu, khuôn phân nhỏ nhưng lại thường được chẩn đoán muộn do BN ngại đi khám, tự điều trị hoặc nhầm với trĩ, kiết lỵ, nứt kẽ hậu môn, viêm đại trực tràng... Lúc đó nguy cơ u xâm lấn tổ chức lân cận: cơ thắt hậu môn, âm đạo, tuyến tiền liệt, bàng quang, hậu quả khi mổ UTTT thấp thường gặp nhiều khó khăn do phẫu trường sâu, hẹp và tiên lượng nặng nếu phải cắt bỏ nhiều tạng xung quanh. Vì vậy, khả năng cắt u bảo tồn cơ thắt, lặp lại tiêu chuẩn tiêu hóa thấp hơn so với UTTT cao và giữa.

Điều trị UTTT thấp là điều trị đa mô thức, phẫu thuật vẫn là phương pháp cơ bản hàng đầu. Từ những năm 1990, phẫu thuật nội soi (PTNS) trong điều trị UTTT đã bắt đầu hình thành. Năm 2000, PTNS trong điều trị UTTT ở Việt Nam được áp dụng [2]. PTNS ngày càng phổ biến ra trên thế giới và ở Việt Nam [3]. PTNS dần dần chiếm tỉ lệ tăng dần và đã trở thành phương pháp phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất trong điều trị UTTT ở Việt Nam và ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nói riêng. Để hiểu rõ hơn về tình hình mắc bệnh và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng thấp chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô trực tràng thấp tại bệnh viện hữu nghị việt đức giai đoạn 2018 - 2020".

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Đức

Email: hoangminhducdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Tất cả các trường hợp UTTT thấp được PTNS trong thời gian từ tháng 1 năm 2018 tới hết tháng 12 năm 2020 tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTTT thấp, có đầy đủ kết quả giải phẫu bệnh lý xác định sau mổ là ung thư biểu mô trực tràng, được điều trị bằng PTNS tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020.

Tiêu chuẩn loại trừ: UTTT kèm theo bệnh lý ác tính khác và hồ sơ bệnh án không đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:** Tuổi, giới, lý do vào viện, thời gian mắc bệnh, triệu chứng lâm sàng, kết quả soi đại tràng.

+ **Kết quả điều trị:** tai biến, biến chứng sau mổ, thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ, tái phát, di căn.

2.4. Phân tích số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

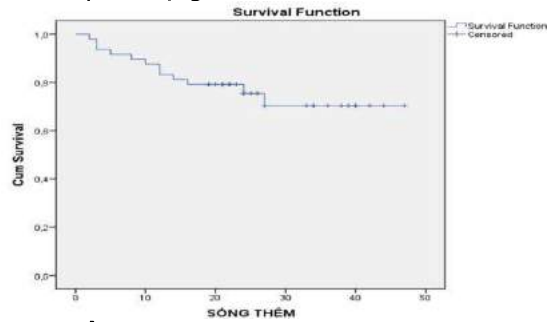
Đặc điểm	N	Tỷ lệ
Tuổi trung bình	63,12±13,96(năm)	
Giới:		
Nam	31	36,7%
Nữ	18	63,3%
Phát hiện tình cờ	6	12,2%
Triệu chứng lâm sàng		
Đại tiện phân nhầy máu	38	77,6%
Đau bụng	4	8,6%
Sút cần	18	36,7%
Rối loạn tiêu hóa	5	10,2%
Khoảng cách cực dưới khối u đến rìa hậu môn	3,39± 1,46 (cm)	
Chỉ số CEA cao (>5 UI/L)	13 (26%)	
Đặc điểm xâm lấn khối u tại chỗ (dựa vào bệnh phẩm sau mổ)		
- Chưa ra đến thanh mạc (T1, T2)	5 (10,2%)	
- Ra đến thanh mạc	31 (63,3%)	
- Xâm lấn tạng xung quanh	4 (8,2%)	
Độ biệt hóa:		
Cao	4	8,2%
Vừa	25	51%
Thấp	13	26,5%
Không đánh giá	7	14,3%
Giai đoạn: I	4	8,2%

II	18	36,7%
III	20	40,8%
IV	7	14,3%

Bảng 2. Phương pháp điều trị và kết quả sớm sau phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
BN được xạ trị trước mổ	10 BN(20,4%)
Phương pháp PTNS	
PT Hartmann	7 (14,3%)
PT Miles	22 (44,9%)
Làm hậu môn nhân tạo	7 (14,3%)
Nổi thấp – bảo tồn cơ thắt	13 (26,5%)
Thời gian nằm viện trung bình	9,85±3,89 (ngày)
Thời gian có trung tiện	2,85±0,75 (ngày)
Thời gian dùng giảm đau	3,28±2,53 (ngày)
Biến chứng	
Nhiễm trùng	3
Tổn thương âm đạo	1
Viêm loét quanh hậu môn nhân tạo	2
Rối loạn tiểu tiện	5
Tử vong	0

Nhận xét: không có trường hợp nào chảy máu hay rò miệng nổi sau mổ



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm sau mổ 12, 24, 36 tháng

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng lần lượt là 83,3%, 75,4% và 70,4%. Còn sống: 36 BN (73,5%), mất liên lạc 1 BN (2%)

Bảng 3: Đặc điểm tái phát và di căn sau mổ PTNS ung thư trực tràng thấp

Đặc điểm	N	Tỷ lệ %
Tái phát tại chỗ	1	2,1
Di căn	6	12,6
Gan	2	4,2
Phổi	2	4,2
Phúc mạc	2	4,2

Nhận xét: Có 7 trường hợp tái phát di căn sau đó (14,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của UTTT thấp. Ở giai đoạn sớm, UTTT thường không có triệu chứng, phát hiện tình cờ do đi khám sức khỏe có 6 BN chiếm 12,2%. Khi BN xuất hiện triệu chứng thì thường đã ở giai đoạn muộn. Đại tiện phân nhầy máu là triệu chứng thường gặp nhất (77,6%), cũng là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân đi khám. Ngoài ra các triệu chứng có thể gặp khác là sút cân (36,7%), đau bụng (8,6%), rối loạn đại tiện (10,2%). Triệu chứng muộn này cũng phù hợp với mức độ xâm lấn của khối u (u xâm lấn ra đến thanh mạc chiếm 36,7%, xâm lấn tạng xung quanh 8,2%) và giai đoạn (giai đoạn muộn chiếm 55,1%).

Đối với UTTT các thể u thường gặp là thể loét sùi, thể u sùi và thể thâm nhiễm cứng, trong đó thể loét sùi là thường gặp nhất và thể ít được gặp nhất là thể thâm nhiễm cứng. Giải phẫu bệnh của ung thư thường là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa. Nghiên cứu này của chúng tôi có 73,4% bệnh nhân có khối u sùi hoặc loét sùi, thể lâm sàng gặp ít nhất là dạng thâm nhiễm cứng chỉ 6,1%. Nghiên cứu của Mai Đình Điều cho tỷ lệ u sùi rất cao chiếm 92,5%, còn thể thâm nhiễm cứng chiếm 4,1% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đến giai đoạn III chiếm tỉ lệ lớn nhất 40,8%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Kim N. [5] nhưng thấp hơn Braun J. và kết quả đa trung tâm trong nghiên cứu COLOR II [6]. Kết quả này cho thấy việc phát hiện sớm UTTT ở nước ta chưa được nhiều các nước phát triển, có thể một phần do hệ thống thăm khám ban đầu chưa được phát triển và kiến thức của người dân về bệnh UTTT này chưa đầy đủ.

Vai trò của chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cộng hưởng từ đã giúp chẩn đoán mức độ xâm lấn khối u cũng như giai đoạn ung thư trực tràng thấp. Theo báo cáo của Mathias (2010), tỷ lệ chẩn đoán đúng UTTT trên MRI là 85% và phát hiện di căn hạch là 84% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này là 86,5% (so sánh với giải phẫu bệnh sau mổ).

4.2. Kết quả phẫu thuật: Tùy giai đoạn bệnh, vị trí khối u, tình trạng bệnh nhân và nhiều yếu tố mà quyết định các phương án phẫu thuật khác nhau. Tuy nhiên nhờ phẫu thuật nội soi mà vấn đề phẫu tích, giải phóng và cắt bỏ khối u trong tiểu khung (kể cả ở BN nam có khung chậu hẹp) trở nên dễ dàng hơn. Hơn nữa, PTNS trong ung thư trực tràng thấp thuận tiện trong việc phẫu tích trực tràng đến sát cơ nâng, làm tăng khả năng bảo tồn cơ thắt trong và tạo miệng nổi

thấp [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số BN được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nổi thấp, bảo tồn cơ thắt là 13, chiếm 26,5%. Ngược lại thì thời gian phẫu thuật cắt trực tràng nổi ngay có thời gian kéo dài nhất $218 \pm 50,05$ phút, trong khi làm HMNT chỉ có $37 \pm 12,44$ phút.

Đồng thời, nhờ PTNS việc đại tràng đưa xuống nổi thấp cần hạ đại tràng góc lách để miệng nổi đỡ căng và nuôi dưỡng tốt hơn, cũng trở nên dễ dàng hơn; nếu như trước kia đường mổ phải kéo dài lên gần mũi ức để bộc lộ đại tràng góc lách và cắt dây chằng lách đại tràng, thì ngày nay bằng dụng cụ nội soi việc phẫu tích cắt dây chằng, mạc nối lớn khỏi ĐT ngang và góc lách trở nên đơn giản hơn. Nghiên cứu của Hirano sử dụng ống soi phổ quang hồng ngoại cho thấy BN rò miệng nổi có độ bão hòa oxy thấp hơn ở vị trí miệng nổi so với BN không rò. Miệng nổi được tưới máu tốt là chưa đủ mà quan trọng không kém là miệng nổi không căng, cần thiết phải di động góc lách. Nghiên cứu của Karanja và cộng sự báo cáo tỷ lệ rò miệng nổi của nhóm có giải phóng đại tràng góc lách và không giải phóng lần lượt là 9% và 22% [9].

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong thời gian 30 ngày hậu phẫu, cũng như không có trường hợp nào phải chuyển sang mổ mở. Có duy nhất 1 trường hợp trong nghiên cứu này tai biến (2%) làm thủng thành sau âm đạo. Các nghiên cứu khác trong và ngoài nước như của Mai Đình Điều (2014) có tỉ lệ tai biến trong mổ là 2,8% [4]. Trong đó có 1/146 (0,7%) trường hợp chảy máu trước xương cụt, 2/146 (1,4%) tổn thương niệu quản và 1/146 (0,7%) tổn thương bàng quang. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc (2010) trên 98 bệnh nhân với miệng nổi máy, tỷ lệ tai biến trong mổ là 3% (gồm rách niệu quản trái, đứt thần kinh hạ vị trái, kẹt máy cắt nối) [10]. Tỷ lệ tai biến trong mổ trong nghiên cứu của COLOR II là 12%, với tai biến hay gặp nhất là chảy máu [6]. Vấn đề tai biến trong mổ phụ thuộc nhiều yếu tố như giai đoạn bệnh, vị trí kích thước khối u, giải phẫu khung chậu bệnh nhân, kinh nghiệm và kỹ thuật của phẫu thuật viên cũng như các dụng cụ sử dụng trong mổ. Việc sử dụng máy nội soi phóng đại các cấu trúc giải phẫu, các dụng cụ nội soi có thể thao tốt trong phẫu trường hẹp nên trong mổ có thể đánh giá kỹ hơn các cấu trúc giải phẫu trong mổ. Các thế hệ camera ngày càng được nâng cấp. Với hệ thống mổ 4K hiện nay cho chúng tôi chất lượng hình ảnh chất lượng cao, tạo nhiều thuận lợi trong quá trình phẫu thuật [4].

Bệnh nhân PTNS thường hồi phục tốt sau

mổ, thời gian nằm viện chung trung bình là $9,85 \pm 3,89$ ngày. Ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 22 ngày. Thời gian có thể cho ăn lại sau mổ trung bình là $3,22 \pm 1,23$ ngày. Thời gian phải dùng giảm đau tĩnh mạch sau mổ trung bình $3,28 \pm 2,53$ ngày.

Trong nghiên cứu của này, tính tới thời điểm 7/2022, trong số 49 BN UTTT thấp được PTNS tại BV Việt Đức từ 2018-2020, có 12 BN đã tử vong, 1 bệnh nhân mất liên lạc trong quá trình theo dõi. Thời gian sống thêm sau mổ của nhóm nghiên cứu trung bình là $23,92 \pm 11,22$ tháng. Tỷ lệ sống tích lũy ở thời điểm 12 tháng là 83,3%, thời điểm sống tích lũy 24 tháng là 75,4%, thời điểm sống tích lũy 36 tháng là 70,4%. Nghiên cứu khác trong nước của Mai Đình Điều (2014) tỷ lệ sống thêm 5 năm là 84,2%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm của Leroy là 75%, của Staudache là 81%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp có thể giải thích do BN thường đến giai đoạn muộn, tuổi cao, chăm sóc dinh dưỡng sau mổ không bằng các nước phát triển.

V. KẾT LUẬN

PTNS ung thư trực tràng thấp là phẫu thuật an toàn, giúp hồi phục tốt sau mổ, đảm bảo về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rullier E, Denost Q, Vendrely V, Rullier A, Laurent C. Low rectal cancer: classification and standardization of surgery. *Dis Colon Rectum*. 2013;56(5):560-567.
2. Nguyễn Cường Thịnh. Nghiên cứu kết quả

- phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn bệnh ung thư trực tràng tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108. 2011;6:355-361.
3. Nghiên cứu khả năng bảo tồn cơ thắt hậu môn điều trị ung thư trực tràng bằng kỹ thuật mổ nội soi. *Tạp chí Y học lâm sàng*. 2007;23:33-35.
 4. Mai Đình Điều. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y dược Huế. Published online 2014.
 5. Kim N-K KYW et al. Factors associated with local recurrence after neoadjuvant chemoradiation with total mesorectal excision for rectal cancer. *World J Surg*. 2009;33(8): 1741-1749.
 6. Van der Pas MH HE et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. *The lancet oncology*. 2013; 14(3):210-218.
 7. Mathias L AOS. Magnetic Resonance Imaging of Rectal Cancer. *MRI of Rectal Cancer*. Springer; 2010:25-47. Phan Hải Thanh PNH. Kinh nghiệm điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. Published online 2009:139-145.
 8. Jaiswal et al. Laparoscopic versus Open Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer: A Clinical Comparative Study in a Government Hospital. *World J Gastroenterol*. Vol 6.; 2013.
 9. Karanjia ND CA et al. Leakage from stapled low anastomosis after total mesorectal excision for carcinoma of the rectum. *Br J Surg*. 1994; 81(8):1224-6.
 10. Nguyễn Hoàng Bắc. Cắt Toàn Bộ Mạc Treo Trực Tràng Bằng Phẫu Thuật Nội Soi Trong Điều Trị Ung Thư Trực Tràng Thấp, *Tạp Chí Y Học Việt Nam*, Tập 319, 131-138.; 2006. Nguyễn Cường Thịnh NAT. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn bệnh ung thư trực tràng tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108. 2011;6:355-361.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PEMBROLIZUMAB BƯỚC SAU TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN MUỘN

Đỗ Hùng Kiên¹, Nguyễn Thị Bích Phượng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ bước sau pembrolizumab đơn trị trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn từ tháng 06/2017 đến tháng 10/2022 tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu 22 bệnh nhân

(BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị phác đồ pembrolizumab bước sau tại Bệnh viện K từ 06/2017 đến 10/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng một phần 31,8%, bệnh giữ nguyên đạt 40,9%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 72,7%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình $5,25 \pm 2,22$ tháng (2,25-22 tháng). Không có yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. Tỷ lệ bệnh nhân bị cường giáp chiếm 9,1%, suy giáp chiếm 9,1%. Các độc tính đều ở độ 1. **Kết luận:** Pembrolizumab đơn trị bước sau giúp cải thiện thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn với thời gian sống thêm không tiến triển trung bình $5,25 \pm 2,22$, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 72,7%.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2023

Ngày duyệt bài: 3.2.2023