

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI KHOA B15 BỆNH VIỆN 108

NGUYỄN MINH AN và CS

TÓM TẮT

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh thường gặp. Tỷ lệ mắc bệnh này ngày càng có xu hướng tăng. Điều trị ung thư trực tràng chủ yếu là phẫu thuật

Đánh giá kết quả sớm sau điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi.

Đối tượng Và phương pháp nghiên cứu

Gồm 68 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTTT theo tiêu chuẩn và được điều trị phẫu thuật nội soi (từ năm 2003 đến tháng 06 năm 2010).

Từ năm 2003 đến tháng 6/2010 có 68 bệnh nhân UTTT, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi, tại khoa B15 bệnh viện 108. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $51 \pm 17,06$, tỉ lệ Nam/Nữ là 1/1,27, có 2/68 bệnh nhân (chiếm 2,9%), tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ là 6/68 bệnh nhân (Chiếm 8,8%), Không có tử vong trong phẫu thuật. Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt thành công là 56/68 bệnh nhân (chiếm 82,4%). Trong đó có 20/32 bệnh nhân trong nhóm UTTT thấp. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $8,5 \pm 2,3$ ngày.

Phẫu thuật nội soi là một kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong UTTT.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, nội soi.

SUMMARY

Background

Rectal cancer is a common disease. The quantity of rectal cancer patients is increasing. Surgical treatment is the main treatment.

Aims: To evaluate the value of technics of laparoscopic assisted colorectal excision for colorectal cancers.

Patients and Methods: We review data from 68 patients underwent laparoscopy for rectal cancer from 2004 to 6/2010 at B15 Department - 108 Hospital.

Results: There are 68 patients with mean age was $51 \pm 17,06$, the rate of male/female was 1/1,27. There are 2 of 68 patients (2.9%) had complications during surgery and early postoperative complications was 6 / 68 patients (representing 8.8%). There is no surgical mortality, 56/68 patients (accounting for 82.4%) had Ty sphincter conservation success. In which, 20/32 patients had low rectal cancer. The mean hospital stay was 8.5 ± 2.3 days.

Conclusion: Laparoscopy surgery is effectively and safety on rectal cancer.

Keywords: Rectal cancer.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh thường gặp và chiếm một tỷ lệ đáng kể trong ung thư đại trực tràng. Tỷ lệ mắc bệnh này ngày càng có xu hướng tăng.

Điều trị ung thư trực tràng chủ yếu là phẫu thuật. Chẩn đoán và điều trị ung thư trực tràng đã đạt được nhiều tiến bộ, chủ yếu là tiến bộ về kỹ thuật mổ. Hai vấn đề được quan tâm sau phẫu thuật ung thư trực tràng là thời gian sống và chất lượng cuộc sống, trong

đó chất lượng cuộc sống ngày càng thu hút sự chú ý của nhiều nhà y học trong và ngoài nước.

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng bao gồm cắt đoạn đại trực tràng, bảo tồn cơ thắt, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng đồng thời bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu, khâu miệng nối trực tràng ở thấp. Theo y văn, xu hướng trên thế giới hiện nay là lựa chọn phẫu thuật này nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ, đồng thời cũng đạt được kết quả tốt về tỷ lệ sống thêm.

Mục tiêu đề tài: Đánh giá kết quả sớm sau điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 68 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTTT theo tiêu chuẩn và được điều trị phẫu thuật nội soi (từ năm 2003 đến tháng 06 năm 2010).

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân được chẩn đoán UTTT: Chẩn đoán qua nội soi trực tràng và xác định qua kết quả giải phẫu bệnh

Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn bệnh dựa vào lâm sàng, mô tả trong mổ, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Giai đoạn bệnh: Dukes A, Dukes B, Dukes C

Bệnh nhân được phẫu thuật có kế hoạch

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân đã được phẫu thuật bằng các phương pháp khác không triệt để

Giai đoạn bệnh Dukes D

Bệnh nhân có chống chỉ định mổ nội soi

Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang, không đối chứng

- Thời gian nghiên cứu: từ 12/03/2007 đến 23/06/2010

- Chúng tôi thiết lập bệnh án nghiên cứu để thu thập thông tin phục vụ cho quá trình nghiên cứu

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ năm 2003 đến tháng 6/2010 có 68 bệnh nhân UTTT, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi, tại khoa B15 bệnh viện 108. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 51±17,06 tuổi thấp nhất của bệnh nhân là 24 tuổi, cao nhất là 74 tuổi. Từ 50 tuổi trở lên, tỷ lệ UTTT chiếm 55,9 %. Trong đó Nam chiếm 44,1%, Nữ chiếm 55,9 %, tỉ lệ Nam / Nữ là 1/1,27

Bảng 1: Đặc điểm khối u qua nội soi

Hình dạng khối u	Số lượng	Tỷ lệ %
Sùi	54	79,4
Loét	8	11,8
Thâm nhiễm	4	5,9
Dưới niêm	2	2,9
Tổng	68	100

Bảng 2: Vị trí khối u trực tràng so với rìa hậu môn

Vị trí khối u	Số lượng	Tỷ lệ %
4 cm	8	11,8
5 cm	10	14,7
6 cm	14	20,6
7 – 10 cm	24	35,3

> 10cm	12	17,6
Tổng	68	100

Kết quả giải phẫu bệnh

100% trường hợp là ung thư tế bào biểu mô. Trong đó 37,9 % trường hợp ung thư biểu mô chế nhậy và 61,8 % ung thư biểu mô tuyến. Phần lớn các trường hợp UTTT thuộc loại biệt hoá kém (14,7 % + 23,5% = 38,2 %). Có 14 trường hợp phát hiện tế bào ung thư trong tổ chức mỡ mạc treo, chiếm 20,6%.

Có 56 trường hợp bệnh nhân được thực hiện bảo tồn cơ thắt, kiểm tra sinh thiết tổ chức diện cắt nối của đầu ngoại vi và đầu trung tâm, kết quả 100 % âm tính.

Bảng 3: Xếp giai đoạn bệnh UTTT theo mô bệnh học.

Giai đoạn bệnh	Số BN	Tỷ lệ %
Dukes A	8	11,8
Dukes B	24	35,3
Dukes C	36	52,9

Kết quả phẫu thuật

Kết quả trong mổ

Bảng 4: Thời gian gây mê và thời gian phẫu thuật

	Số BN	X – SD	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian gây mê	68	156,3±40	115	225
Thời gian phẫu thuật	68	134,5±35,4	105	220

Bảng 5: Mối liên quan giữa hai nhóm bảo tồn và không bảo tồn được cơ thắt theo khoảng cách tính từ khối u đến mép hậu môn

Khoảng cách	Số BN	Bảo tồn được cơ thắt		Không bảo tồn được cơ thắt	
		Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
4 cm	8	1	25	6	75
5 cm	10	6	60	4	40
6 cm	14	13	85,7	2	14,3
≥ 7 cm	36	36	100	0	0
Tổng	68	56	82,4	12	17,6

Bảng 6: Tai biến phẫu thuật

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổn thương mạch máu	2	2,9
Tổn thương niệu quản	0	0
Tổn thương bàng quang	0	0
Tổn thương âm đạo	0	0

Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 7: Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sớm	Số lượng	Tỷ lệ %
Xi rò miêng nối	2	2,9
Viêm phúc mạc	0	0
Nhiễm khuẩn vết mổ	4	5,9
Tổng	6	8,8

Bảng 8: Chức năng bàng quang, 1 tuần sau phẫu thuật

Chức năng bàng quang	Số lượng	Tỷ lệ %
Có rối loạn tiểu tiện	0	0
Không có rối loạn tiểu tiện	68	100
Tổng	68	100

Bảng 9: Số ngày nằm điều trị

	Số	X ± SD	Ngắn	Dài
--	----	--------	------	-----

	lượng		nhất	nhất
Ngày nằm viện sau mổ	68	8,5 ± 2,3	7	13
Ngày nằm viện toàn bộ	68	15,6 ± 7,6	10	18

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

* Đặc điểm về tuổi

Trong tổng số 68 bệnh nhân nghiên cứu có 38 bệnh nhân Nữ và 30 bệnh nhân Nam, tỷ lệ Nam/ Nữ là 1/1,27. Và lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40 tuổi trở lên (chiếm 79,4 %). Đa số bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm 32,4%). Tuổi trung bình là 51 ± 17,06 tuổi, Bệnh nhân mắc bệnh có tuổi trẻ nhất là 24 tuổi và cao nhất là 74 tuổi.

Như vậy nguy cơ mắc bệnh ung thư trực tràng tỷ lệ thuận với tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh UTTT càng cao. Đây cũng là yếu tố rất quan trọng liên quan đến chỉ định phẫu thuật vì ở bệnh nhân cao tuổi thường có bệnh lý kèm theo như bệnh lý tim mạch, hô hấp và các bệnh mạn tính khác.

* Đánh giá giai đoạn bệnh

Phân loại giai đoạn bệnh UTTT được đánh giá chủ yếu dựa vào giải phẫu bệnh sau mổ theo giai đoạn của Dukes. Phân giai đoạn bệnh có tầm quan trọng đặc biệt trong đánh giá tiên lượng bệnh và định hướng điều trị tiếp theo.

Xếp giai đoạn bệnh theo Dukes của một số tác giả

Xếp giai đoạn bệnh theo Dukes	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)
BV ung thư quốc gia Nhật (1988 - 1999)	22,2	25,9	36,6	15,5
Đoàn Hữu Nghị – Bệnh viện K (1993)	18,4	58,5	14,0	9,1
Nguyễn Văn Hiếu (1998 - 2000)	25,2	18,9	39,1	12,6
Võ Tấn Long – Bệnh viện Chợ Rẫy	6,8	65,9	27,3	
Nguyễn Anh Việt – Bệnh viện 103 (2006)	6,3	39,5	52,1	2,1

Kết quả của chúng tôi:

Đây là nghiên cứu đã lựa chọn bệnh nhân trước mổ bằng thăm khám lâm sàng và ứng dụng các kết quả cận lâm sàng để loại trừ những trường hợp không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân ở giai đoạn Dukes C: 52,9 %, giai đoạn Dukes B là 35,3% và 11,8 % bệnh nhân ở giai đoạn Dukes A. Điều này cũng có nghĩa là đa số bệnh nhân UTTT đến viện ở giai đoạn muộn. Vấn đề thời gian đến viện muộn đồng nghĩa với tổn thương bệnh lý ở thời kỳ muộn và đang trong giai đoạn bệnh tiến triển.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

2.1. Thời gian phẫu thuật

Thời gian gây mê trung bình ở nghiên cứu này là 156,3 ± 40 phút, thời gian gây mê ngắn nhất là 115 phút và dài nhất là 225 phút. Thời gian mổ trung bình là 134,5 ± 35,4 phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 105 phút và thời gian phẫu thuật dài nhất 220 phút. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Rechma Palep, thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút. Theo Suviray nghiên cứu trên 78 bệnh nhân

UTTT được điều trị bằng phẫu thuật nội soi thì thời gian phẫu thuật trung bình là 150 phút. Và các tác giả đều thống nhất rằng, thời gian của phẫu thuật nội soi phụ thuộc tương đối nhiều vào phương tiện, trang thiết bị và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, thời gian phẫu thuật nội soi sẽ được rút ngắn nếu phẫu thuật viên được huấn luyện tốt, có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi và trang thiết bị đồng bộ.

2.2. Tai biến và biến chứng

- Tai biến trong mổ

Nghiên cứu cho thấy tai biến chảy máu trong mổ gặp 2 trường hợp (chiếm 2,9 %). Tiến hành cầm máu bằng dụng cụ nội soi không có kết quả do đó phẫu thuật viên tiến hành chuyển mổ mở để cầm máu và đây cũng là tai biến duy nhất gặp phải trong 68 bệnh nhân được phẫu thuật. Theo JFY lee trong 68 bệnh nhân UTTT được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ năm 1997 □ 2005, tỷ lệ chuyển mổ mở là 1/68 bệnh nhân do tổn thương mạch máu trong mổ.

- Biến chứng sau mổ

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 6/68 bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ (chiếm 8,8 %), không có trường hợp nào viêm phúc mạc sau mổ. Theo Võ Tấn Long biến chứng nhiễm trùng vết mổ là 22,7 % [6].

Trong 46 trường hợp UTTT giữa và thấp được xác định trong mổ có chỉ định bảo tồn cơ thắt hậu môn, chúng tôi tiến hành khâu nối đại tràng xuống với ống hậu môn hoặc phần còn lại của trực tràng bằng thiết bị khâu nối (Stapler). Trong đó có 28 trường hợp thực hiện thuận lợi và 4 trường hợp bị tung Stapler khi thực hiện động tác bấm máy cắt phía ngoại vi khối u. Trong đó khắc phục được 3 trường hợp bằng khâu qua nội soi, 1 trường hợp không thành công vì 15 tiếng sau mổ, phát hiện xì miệng nối (dịch phân qua dẫn lưu cạnh miệng miệng nối) bệnh nhân được mổ lại, đưa đầu trung tâm làm hậu môn nhân tạo và đóng lại đầu ngoại vi chờ nối lại sau 2 tháng.

Qua 4 trường hợp này chúng tôi thấy việc bảo tồn cơ thắt cần cân nhắc kỹ đối với tổn thương ở vị trí thấp, miệng nối khi đó phải thực hiện ngay trên ống hậu môn và chỉ định sử dụng máy khâu nối đường tiêu hoá tỏ ra không phù hợp.

Tử vong trong phẫu thuật

Tác giả	Năm	Số b/n	Tỷ lệ tử vong
H. Scheidbach	2002	149	2,0%
	2001	137	0,7%
	2000	25	0,0%
Lâm Việt Trung, Nguyễn Minh Hải	2005	45	0,0%
Triệu Triệu Dương	2005	24	0,0%

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong trong phẫu thuật. Theo Jeong Heum Baek, Hanseok Kwon (Hàn Quốc), phẫu thuật nội soi an toàn, hiệu quả ngang mổ mở về khả năng tái phát, di căn; không có biến chứng nào nghiêm trọng dẫn đến tử vong .

2.3. Chức năng bàng quang sau phẫu thuật

Rối loạn chức năng tiểu tiện cũng là biến chứng thường gặp trong phẫu thuật can thiệp lớn ở vùng

chậu, nhất là trong phương pháp phẫu thuật Miles là đại diện được coi là phẫu thuật kinh điển [4], [7]. Với phương pháp này, hậu quả của việc phẫu thuật sẽ là không tổn trọng chức năng hệ thống thần kinh tự động vùng chậu. Theo nghiên cứu của Heald và các tác giả cho thấy, với phẫu thuật TME, có bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu thì giảm đáng kể tình trạng rối loạn tiểu tiện sau mổ (<5%) so với phẫu thuật kinh điển (20%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, chưa gặp trường hợp nào có biểu hiện rối loạn tiểu tiện từ ngày thứ 7 sau phẫu thuật.

2.4. Số ngày nằm điều trị

Bảng 9 cho thấy số ngày nằm viện trung bình sau mổ là $8,5 \pm 2,3$ ngày, tối thiểu là 7 ngày và dài nhất là 13 ngày. Số ngày nằm viện toàn bộ trung bình là $15,6 \pm 7,6$, ngắn nhất là 10 ngày và dài nhất là 18 ngày. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Việt [7] thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 14,6 ngày, ngắn nhất là 7 ngày và dài nhất là 50 ngày.

KẾT LUẬN

Kỹ thuật phẫu thuật nội soi điều trị UTTT phức tạp hơn so với phương pháp mổ kinh điển, đặc biệt là UTTT thấp. Nhưng tai biến trong mổ ít khả năng xảy ra. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 2/68 bệnh nhân (chiếm 2,9%), tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ là 6/68 bệnh nhân (Chiếm 8,8%), Trong đó có 4 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ và 1 bệnh nhân phát hiện xì miệng nối 15h sau mổ. Không có tử vong trong phẫu thuật.

Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt thành công là 56/68 bệnh nhân (chiếm 82,4%). Trong đó có 20/32 bệnh nhân trong nhóm UTTT thấp.

Thời gian nằm điều trị tại bệnh viện được rút ngắn hơn so với phương pháp mổ kinh điển. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $8,5 \pm 2,3$ ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 13 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hoàng Anh, Trần Hồng Trường, Nguyễn Hoài Nga và CS, "Ung thư ở người Hà Nội 1994", *Tạp chí Y học thực hành*, Chuyên san ung thư học, Hà Nội, tr. 86-8.
2. Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Từ Đức Hiền, Nguyễn Trung Tín, Lê Quan Anh Tuấn, "Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi", *Hội nghị chuyên đề hậu môn-đại trực tràng*, TP. Hồ Chí Minh, 2003- tr. 229-38.
3. Nguyễn Anh Dũng, Đỗ Đình Công, Nguyễn Hữu Thông, Nguyễn Hữu Thịnh, Lê Huy Lưu, Đỗ Xuân Trường, "Kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng", *Hội nghị chuyên đề hậu môn - đại trực tràng*, TP. Hồ Chí Minh, 2003- tr. 175-80.
4. Nguyễn Văn Hiếu, "Kết quả điều trị phẫu thuật của 2005 b/n UTTT tại bệnh viện K từ 1994-2000", *Hội nghị chuyên đề hậu môn - đại trực tràng*, TP. Hồ Chí Minh, tr. 191-208.
5. Nguyễn Đình Hối, "Giải phẫu hậu môn trực tràng - Ung thư trực tràng", *Hậu môn trực tràng học*, Nhà xuất bản Y học, 2002- tr.1-21; 237-249.
6. Võ Tấn Long, Lê Quang Uy, Lê Châu Hoàng Quốc Chương, Trần Phùng Dũng Tiến, Bùi Văn Ninh "So sánh kỹ thuật cắt nối máy và nối tay trong điều trị K trực tràng đoạn thấp", *Hội nghị chuyên đề bệnh hậu môn - đại trực tràng*, TP. Hồ Chí Minh, 2003- tr. 185-90.