

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN 108

NGUYỄN MINH AN

TÓM TẮT

Điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi bao gồm: cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total mesorectal Excision - TME) và bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu (Pelvic Autonomic Nerve Preservation - PANP) để điều trị ung thư trực tràng

thấp bằng kỹ thuật mổ nội soi tỏ ra có nhiều ưu điểm và dễ thực hiện hơn so với mổ mở.

Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân, có khối u cách rìa hậu môn $\leq 6\text{cm}$, được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi theo phương pháp cắt đoạn trực tràng, bảo tồn cơ thắt, bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu, khâu nối máy.

Kết quả: 32 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có 14 bệnh nhân Nam và 18 bệnh nhân Nữ, tuổi trung bình $50,76 \pm 12,25$, bảo tồn cơ thắt thành công 20/32 bệnh nhân, thời gian phẫu thuật trung bình $154,5 \pm 35$ phút, không có rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình $8,74 \pm 2,8$ ngày

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp nếu thực hiện đúng kỹ thuật và lựa chọn bệnh nhân thích hợp là phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong do ung thư ở các nước phát triển. Khi chẩn đoán ung thư trực tràng, bệnh nhân thường quan tâm đến thời gian sống thêm và chất lượng cuộc sống của mình. Trong khi đó, thầy thuốc quan tâm đến giai đoạn bệnh để lựa chọn phương pháp phẫu thuật tối ưu nhất.

Điều trị ung thư trực tràng chủ yếu là phẫu thuật [4]. 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 [3].

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 (TME), 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 nghiên cứu: đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp tại bệnh viện 108.

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

37 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTTT thấp (từ năm 2003 đến tháng 10 năm 2010)

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

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

Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn 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

Phương pháp nghiên cứu

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

- 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 10/2010 có 32 bệnh nhân UTTT thấp, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi, tại bệnh viện 108. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $53,70 \pm 10,15$ tuổi thấp nhất của bệnh nhân là 26 tuổi, cao nhất là 70 tuổi. Trong đó Nam 14 bệnh nhân, Nữ 18 bệnh nhân.

1. Tình hình khám chữa bệnh trước khi nhập viện.

Các tuyến khám lần đầu tiên	Số lượng	Tỷ lệ %
Chưa đi khám, tự mua thuốc điều trị tại nhà	15	46,8
Bác sĩ tư	3	9,4
Y tế cơ sở	4	12,5
Bệnh viện tuyến Quận, Huyện	5	15,6
Bệnh viện tuyến tỉnh	3	9,4
Bệnh viện tuyến trung ương	2	6,2
Tổng số	32	100

2. Thời gian mắc bệnh.

Thời gian (tháng)	Số lượng	Tỷ lệ %
< 3 tháng	0	0
3 – 6 tháng	3	9,4
6 – 12 tháng	11	34,4
> 12 tháng	18	56,2
Tổng số	32	100

3. Các triệu chứng lâm sàng

Đại tiện phân nhầy máu là triệu chứng hay gặp nhất (97,2 %), sau đó là triệu chứng thay đổi khuôn phân (75,7 %) đại tiện nhiều lần trong ngày là (54,1 %) Các triệu chứng toàn thân gầy sút (32,4 %) thiếu máu có (24,3 %)

4. Số lượng hồng cầu, Huyết sắc tố, CEA trước mổ.

Xét nghiệm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Số lượng hồng cầu	< 4 triệu	4	12,5
	≥ 4 triệu	28	87,5
Huyết sắc tố	< 12 g/l	6	18,8
	≥ 12 g/l	26	81,2
Hàm lượng CEA	> 5 ng/l	12	37,5
	≤ 5ng/l	20	62,5

5. Đặc điểm khối u qua nội soi.

Hình dạng khối u	Số lượng	Tỷ lệ %
Sùi	25	78,1
Loét	4	12,5
Thâm nhiễm	2	6,2
Dưới niêm	1	3,1
Tổng	32	100

6. Vị trí khối u so với rìa hậu môn

Vị trí khối u	Số lượng	Tỷ lệ %
4 cm	8	25
5 cm	10	31,25
6 cm	14	43,75
Tổng	32	100

7. Kết quả giải phẫu bệnh

100% trường hợp là ung thư tế bào biểu mô. Trong đó 32,8% trường hợp ung thư biểu mô chế nhầy và 63,8 % ung thư biểu mô tuyến. Phần lớn các trường hợp UTTT thuộc loại biệt hoá kém (34,8 %). Có 8 trường hợp phát hiện tế bào ung thư trong tổ chức mỡ mạc treo, chiếm 25 %. Có 20 trường hợp bệnh nhân được thực hiện khâu nối bao tồn cơ thắt, kiểm tra diện cắt nối từ hai đầu trung tâm và ngoại vi kết quả 100 % không còn tế bào ung thư.

8. Xếp giai đoạn bệnh UTTT theo mô bệnh học.

Giai đoạn bệnh	Số BN	Tỷ lệ %
Dukes A	4	12,5
Dukes B	16	50
Dukes C	12	37,5

9. Thời gian gây mê và thời gian phẫu thuật

	Số BN	X – SD	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian gây mê	32	187,5 ± 40,3	135	220
Thời gian phẫu thuật	32	184,5 ± 35,2	105	225

10. 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	2	25	6	75
5 cm	10	6	60	4	40
6 cm	14	12	85,7	2	14,3
Tổng	32	20	62,5	12	37,5

11. Tai biến phẫu thuật

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổn thương mạch máu	2	6,25
Tổn thương niệu quản	0	0
Tổn thương bàng quang	0	0
Tổn thương âm đạo	0	0

12. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sớm	Số lượng	Tỷ lệ %
Xi rò miệng nổi	2	6,25
Viêm phúc mạc	0	0
Nhiễm khuẩn vết mổ	2	6,25
Tổng	4	12,5

13. 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	32	100
Tổng	32	100

14. Số ngày nằm điều trị

	Số lượng	X ± SD	Ngắn nhất	Dài nhất
Ngày nằm viện sau mổ	32	9,5 ± 2,8	7	18
Ngày nằm viện toàn bộ	32	18,3 ± 7,6	14	22

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

* Đặc điểm về tuổi, giới

Trong tổng số 32 bệnh nhân nghiên cứu có 18 bệnh nhân Nữ và 14 bệnh nhân Nam, tỷ lệ Nam/ Nữ là 1/1,28. Và lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40 tuổi trở lên (chiếm 81,1 %). Đa số bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm 35,2%). Tuổi trung bình là 53,70 ± 10,15 tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác và đây cũng là tỷ lệ phản ánh chung về mối liên quan giữa UTTT với nhóm 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. Bên cạnh yếu tố quan trọng là đánh giá giai đoạn bệnh phụ thuộc vào tổn thương u thì những nghiên cứu gần đây đã rất quan tâm đến chỉ định phẫu thuật triệt căn với UTTT ở nhóm người bệnh cao tuổi cho cả nhóm mổ mở và mổ nội soi.

* 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.

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 B: 50 %, giai đoạn Dukes C là 37,5 % và 12,5 % 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.

PJ Shukla bệnh viện Mumbai (Ấn Độ) nghiên cứu 52 bệnh nhân UTTT được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ năm 2003 – 2005 cho thấy: giai đoạn bệnh gặp nhiều nhất là giai đoạn Dukes C chiếm 72,5 %

2. Kết quả phẫu thuật

2.1. Thời gian phẫu thuật

Thời gian gây mê trung bình ở nghiên cứu này là 187,5 ± 40,3 phút, thời gian gây mê ngắn nhất là 135 phút và dài nhất là 220 phút. Thời gian mổ trung bình là 184,5 ± 35,2 phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 105 phút và thời gian phẫu thuật dài nhất 225 phút. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Minh Hải [3]. 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 6,2 %). 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 2 tai biến gặp phải trong 32 bệnh nhân được phẫu thuật.

- Biến chứng sau mổ

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 2/32 bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ (chiếm 6,2 %), không có trường hợp nào viêm phúc mạc sau mổ.

Theo Phan Anh Hoàng [3] có 6/92 (chiếm 6,5 %) bệnh nhân UTTT, được điều trị cắt nối kỳ đầu có cắt toàn bộ mạc treo trực tràng tại bệnh viện Bình Dân có biến chứng xì miệng nổi. Và tác giả cho rằng nguyên nhân xì miệng nổi là do: Vị trí miệng nổi thấp, khoảng cách từ miệng nổi đến rìa hậu môn càng ngắn thì nguy cơ biến chứng xì miệng nổi càng cao, kỹ thuật nối không đảm bảo miệng nổi kín và miệng nổi bị căng.

Tử vong trong phẫu thuật

Tác giả	Năm	Số BN	Tỷ lệ tử vong
Lâm Việt Trung, Nguyễn Minh Hải [3]	2005	45	0,0%
Triệu Triệu Dương	2005	24	0,0%

Kết quả nghiên cứu 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.

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], [5]. Với phương pháp này, hậu quả của việc phẫu thuật sẽ là không tôn 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.

4. Số ngày nằm điều trị.

Bảng 14 cho thấy số ngày nằm viện trung bình sau mổ $9,5 \pm 2,8$ ngày, tối thiểu là 7 ngày và dài nhất là 18 ngày. Số ngày nằm viện toàn bộ trung bình là $18,3 \pm 7,6$, ngắn nhất là 14 ngày và dài nhất là 22 ngày. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Việt: 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 ung thư trực tràng phức tạp hơn so với phương pháp mổ kinh điển, đặc biệt là ung thư trực tràng thấp. Nhưng tai biến trong mổ ít có khả năng xảy ra. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 2/32 bệnh nhân (chiếm 6,2 %) có tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ là 2/32 bệnh nhân (chiếm 6,2 %), trong đó có 2 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ và 1 bệnh nhân phát hiện xì miệng nổi 15 giờ sau mổ. Tử vong do phẫu thuật là 0%

Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt thành công là 20/32 bệnh nhân (chiếm 62,5 %).

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 $9,5 \pm 2,8$ ngắn nhất là 7 ngày và dài nhất 18 ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Từ Đức Hiền, Nguyễn Trung Tín, Lê Quan Anh Tuấn (2003), "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, tr. 229-38.
2. Triệu Triệu Dương, Đặng Vĩnh Dũng (2004), "Nhận xét kết quả sớm sau phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, bảo tồn cơ thắt và dây thần kinh tự động vùng chậu ở 8 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được điều trị tại bệnh viện TWQĐ 108", *Tạp chí Y dược học quân sự*, số 3, tr. 103-6
3. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung (2003), "Cắt nối máy trong ung thư trực tràng thấp", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ bản số 1, Tập 7, tr. 155-61.
4. American Cancer Society (2005), "More details on red meat, colon cancer link", *CA Cancer J Clin* 2005, 55, pp. 143-144.
5. Beahrs O.H. (1998), "Colorectal cancer staging as a prognostic feature", *Cancer*, 50, pp. 1615-7.
6. Hiroshi Yano, Hinomitshu Hoshino (2006) "Laparoscopic treatment for perforated appendicitis with pelvic abscess: report of a case", *ELSA 2006 in SEOUL, poster 067, p.199*.
7. Aiguo Lu, Bo feng (2005) "Laparoscopic versus open right hemicolectomy with curative intent for colon carcinoma: long-term outcome", *Elsa 2006 in Seoul, poster 070 – p.199*.