

KẾT QUẢ NẠO VẾT HẠCH TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN 103

*Hồ Chí Thanh**; *Hoàng Mạnh An**; *Bùi Tuấn Anh**
*Đặng Việt Dũng**; *Nguyễn Văn Xuyên**
*Lê Thanh Sơn**; *Nguyễn Trọng Hòa**

TÓM TẮT

Nghiên cứu 34 bệnh nhân (BN) ung thư dạ dày (UTDD) tiến triển có mức xâm lấn T2 và T3, được phẫu thuật cắt đoạn dạ dày, nạo vét hạch tối thiểu D2 dưới hỗ trợ của nội soi ổ bụng tại Bệnh viện 103 từ 4 - 2009 đến 3 - 2011. Đánh số hạch vét theo Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản (1998).

Kết quả: nạo vét hạch D2 trong phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị UTDD là kỹ thuật có thể thực hiện được, an toàn, đảm bảo các nguyên tắc trong phẫu thuật về mặt ung thư học. Thời gian mổ trung bình 221 phút. Số hạch vét trung bình/1 BN là 23,5 hạch, tỷ lệ hạch di căn 26,9%.

* Từ khóa: Ung thư dạ dày; Phẫu thuật nội soi; Vết hạch.

RESULT OF LYMPH NODE DISSECTION IN LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY FOR CANCER AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

From April, 2009 to March, 2011, 34 advanced gastric cancer patients with T2 and T3 were undergone gastrectomy with D2 lymphadenectomy under laparoscopic-assisted technique at 103 Hospital. The lymph node was numbered with Japanese Gastric Cancer Association (JGCA) (1998).

Results: Laparoscopic-assisted gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer is a feasible, safe and oncologically effective procedure. The mean operative time was 221 minutes, average number of retrieved lymph nodes for one patient was 23.5, rate of metastasis lymph node was 26,9%.

* *Key words: Gastric cancer; Laparoscopic-assisted gastrectomy; Lymph node dissection.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạch bạch huyết là con đường di căn chính của UTDD, nạo vét hạch triệt để là yếu tố quyết định để cải thiện tiên lượng điều trị phẫu thuật UTDD.

Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị UTDD được Kitano thực hiện đầu tiên từ 1991 với chỉ định cho UTDD sớm [9]. Đối với UTDD tiến triển, việc nạo vét hạch triệt để trong PTNS sẽ khó khăn hơn và nhiều tác giả

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

còn nghi ngại vấn đề này. Gần đây, PTNS cắt dạ dày kết hợp nạo vét hạch điều trị UTDD đã được thực hiện ở nhiều trung tâm y tế lớn, nhưng số lượng còn ít, thời gian theo dõi ngắn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm *đánh giá tính an toàn, khả thi và kết quả của nạo vét hạch trong PTNS điều trị UTDD.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Từ 4 - 2009 đến 3 - 2011, tại Khoa Phẫu thuật bụng, Bệnh viện 103 đã thực hiện cắt dạ dày kết hợp nạo vét hạch tối thiểu D2 qua nội soi hỗ trợ cho 34 BN UTDD. BN được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày dựa trên kết quả mô bệnh học, có mức xâm lấn u là T2 hoặc T3, chưa có di căn xa. BN được nội soi dạ dày, chụp X quang dạ dày và chụp CT-scanner trước mổ để xác định mức độ xâm lấn và tình trạng di căn hạch.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Tiến cứu cắt ngang, không so sánh.

Phương pháp xử lý số liệu với phần mềm SPSS, độ tin cậy 95%.

* Dụng cụ nghiên cứu:

- Bàn máy PTNS Stryker gồm: camera và màn hình độ phân giải cao, nguồn sáng lạnh, máy bơm CO₂.

- Dao đốt điện đơn cực và lưỡng cực.

- Dao cắt đốt siêu âm Harmonic Scalpel.

- Máy cắt nối stapler.

- Đầu ghi DVD, máy tính ghi lại toàn bộ cuộc mổ.

- Dung dịch formon 10% cố định bệnh phẩm, chuyển giải phẫu bệnh pha đúc parafin, nhuộm HE và đọc kết quả dưới kính hiển vi điện tử.

* Kỹ thuật:

- Tư thế BN: BN nằm ngửa, 2 chân dạng.

- Vị trí phẫu thuật viên: đứng giữa 2 chân BN, người phụ đứng bên phải.

- Vị trí màn hình: đặt bên trái phía đầu BN.

- Vị trí trocar: đặt 5 trocar; 1 trocar 10 mm dưới rốn, 1 trocar 10 mm mạng sườn trái, 3 trocar 5 mm đặt ở mạng sườn phải, hạ sườn trái và phải. Camera đặt dưới rốn.

Quy trình cắt dạ dày và vét hạch nội soi về cơ bản giống như phẫu thuật mở, mức độ vét hạch tối thiểu D2 theo Hiệp hội UTDD Nhật Bản (1998) [7]. Đầu tiên, dùng dao siêu âm cắt bỏ mạc nối lớn bên trái sát rốn lách, bên phải đến đại tràng góc gan, cách bờ cong lớn dạ dày tối thiểu 5 cm, không nhất thiết phải đi sát đại tràng ngang. Vết nhóm hạch cạnh tĩnh mạch (TM) mạc treo tràng trên (14v), vết nhóm hạch dưới môn vị (nhóm 6), tạo điều kiện bộc lộ và thắt TM vị mạc nối phải ở ngay trước thân Henler, thắt động mạch (ĐM) vị mạc nối phải ngay sát chỗ phân nhánh từ ĐM vị tá tràng. Giải phóng hết lá mạc nối nhỏ của dây chằng gan-tá tràng, lấy nhóm hạch 5, kẹp và cắt ĐM vị phải tại gốc. Bộc lộ và đóng mồm tá tràng bằng stapler. Lúc này nâng dạ dày lên, giải phóng và vét các nhóm hạch bờ trên tụy (nhóm 11), bộc lộ ĐM thân tạng, vét nhóm hạch 7,9, tạo điều kiện cắt ĐM, TM vị trái sát gốc. Bộc lộ ĐM gan chung, vét hạch nhóm 8a trên ĐM, 8p sau ĐM. Chủ động nâng gan, di động tá tràng bộc lộ và vét hạch vùng cuống gan dọc theo ĐM gan riêng (12a), dọc theo dây

chằng gan tá tràng (12b,p), hạch vùng đầu tụy (13). Giải phóng toàn bộ mạc nối nhỏ. Nạo vét hạch cạnh thực quản đoạn bụng và khe hoành (nhóm 1, 3), lúc này ĐM chủ lộ ngay sau mạc nối nhỏ, kiểm tra và vét nhóm hạch 16. Như vậy, cùng với các nhóm hạch cạnh dạ dày (3,4sb,4sd) toàn bộ chằng hạch D2 được vét cùng phần dạ dày được cắt bỏ. Trong trường hợp u ở 1/3 trên phải, cắt toàn bộ dạ dày, cần chú ý vét nhóm hạch số 2 bên trái tâm vị [1, 2, 5, 10].

Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi thấy vét hạch triệt để cùng tổ chức mỡ xung

quanh, lộ rõ thành mạch máu, việc kẹp và cắt mạch máu càng dễ dàng và an toàn. Hạch bạch huyết thường đi cùng mạch máu, do vậy phải vét hạch trước khi làm mạch máu. Các nhóm hạch di căn thường dính thành chuỗi, không nên cắt rời từng hạch mà vét luôn cả 1 block.

Sau khi vét hạch và giải phóng dạ dày xong, rạch da đường giữa vùng thượng vị, cắt và đưa dạ dày ra ngoài. Cố định dạ dày trên tấm gỗ, đánh giá tổn thương đại thể, phẫu tích và vét hạch quanh dạ dày (nhóm 3, 4bd, 5, 6).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Đặc điểm BN.

GIỚI	NAM (20 BN = 58,8%)	NỮ (14 BN = 41,2%)	TỔNG (100 %)
Tuổi	Thấp nhất 34	Cao nhất 81	Trung bình 56,5
Vị trí u	1/3 dưới: 29 BN (85,2%)	1/3 giữa: 4 BN (11,8%)	1/3 trên: 1 BN (2,9%)
Độ xâm lấn	T1: 0 BN (0%)	T2: 6 BN (17,6%)	T3: 28 BN (82,4%)
Kích thước u	< 3 cm: 5 BN (14,7%)	3 - 6 cm: 26 BN (76,4%)	> 6 cm: 3 BN (8,8%)

Trong 34 BN nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ = 1,4, tuổi trung bình 56,5, vị trí u chủ yếu nằm ở 1/3 dưới (85,2%). Kết quả này phù hợp với các tác giả khác [1, 4]. Tất cả BN đều là UTDD tiến triển với mức xâm lấn

từ T2 (17,65%) và T3 (82,4%); kích thước u chủ yếu từ 3 - 6 cm (76,4%), cho thấy việc phát hiện và điều trị phẫu thuật UTDD giai đoạn sớm ở nước ta còn hạn chế.

Bảng 2: Kết quả PTNS.

THỜI GIAN PHẪU THUẬT	NGẮN NHẤT (160 phút)	DÀI NHẤT (300 phút)	TRUNG BÌNH (221 phút)
Lượng máu mất trong mổ	Ít nhất (ml) 50	Nhiều nhất (ml) 350	Trung bình (ml) 120
Hạch vét được	Ít nhất 16	Nhiều nhất 42	Trung bình 23,5
Tử vong sau mổ	Số lượng 1 BN (2,9%)	Thời gian 5	Nguyên nhân suy hô hấp

Thời gian phẫu thuật trung bình 221 phút, so với các tác giả khác và phẫu thuật mở có thể chấp nhận được [1, 3, 4]. Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu này là

120 ml, thấp hơn so với mổ mở [1, 4]. Như vậy, với BN trước mổ không thiếu máu, không cần thiết phải truyền máu. Số hạch vét được ít nhất 16, nhiều nhất 42, trung

bình 23,5 hạch/1 BN. Qua vét hạch nội soi chúng tôi thấy với camera độ phân giải cao làm tăng kích thước hạch lên từ 2 - 4 lần. Như vậy, sẽ rất thuận lợi cho việc quan sát và vét triệt để. Trên thực tế, có thể vét được hạch có kích thước ≥ 2 mm. Qua 34 trường hợp, quy trình cắt dạ dày và nạo vét hạch tối thiểu D2 thực hiện an toàn, không có trường hợp nào tổn thương mạch máu hoặc tổn thương các tạng trong ổ bụng. Chuyển mổ mở 2 BN, do khối u đã xâm lấn tụy (T4) nên không đưa vào nghiên cứu này.

Từ vong sau mổ 1 BN, đây là BN 74 tuổi, hẹp môn vị do khối u vùng hang vị, thời gian phẫu thuật nhanh (160 phút), quá trình phẫu thuật thuận lợi, tuy nhiên sau mổ BN hồi tỉnh chậm, phải thở máy. Sau 12 giờ thở máy, rút ống tự thở, sau 41 giờ, BN trung tiện và đại tiện được, bụng mềm hoàn toàn. Quá trình hậu phẫu: BN có biểu hiện loạn thần người già, BN đã tử vong do suy thở vào ngày thứ 5 sau mổ. Do vậy, đối với những BN tuổi cao, cần xem xét chỉ định phẫu thuật và có chế độ theo dõi, chăm sóc đặc biệt.

Bảng 3: Đặc điểm di căn các nhóm hạch.

NHÓM HẠCH	HẠCH VẾT/BN	TRUNG BÌNH	HẠCH DI CĂN	%
Nhóm 1	23/34	0,67	7/23	30,4%
Nhóm 2	3/34	0,88	0/3	0%
Nhóm 3	168/34	4,9	58/168	34,5%
Nhóm 4a	4/34	0,12	0/4	0%
Nhóm 4b	65/34	1,9	15/65	23,0%
Nhóm 4d	142/34	4,17	38/142	26,7%
Nhóm 5	22/34	0,68	5/22	22,7%
Nhóm 6	124/34	3,64	35/124	28,2%
Nhóm 7	67/34	1,97	15/67	22,4%
Nhóm 8a	50/34	1,47	12/50	24%
Nhóm 8p	12/34	0,35	3/12	25%
Nhóm 9	45/34	1,3	11/45	24,4%
Nhóm 10	0/34	0	0/0	00%
Nhóm 11p	42/34	1,23	8/42	19%
Nhóm 12a	14/34	0,41	4/14	28,5%
Nhóm 12bp	6/34	0,17	2/6	33,3%
Nhóm 13	2/34	0,06	0/2	00%
Nhóm 14v	6/34	0,17	2/6	33,3%
Nhóm 14a	0/34	0	0/0	0%
Nhóm 15	2/34	0,06	0/2	0%
Nhóm 16	5/34	0,14	1/5	20%
Tổng	802/34	23,58	216/802	26,9%

Trong số 802 hạch được vét, tỷ lệ di căn chung 26,9%; nhóm hạch được vét nhiều nhất và di căn nhiều nhất là nhóm 3 (34,5%). Không có trường hợp nào không có hạch, tất cả số hạch đều được vét trong thì nội soi và “Càng vét càng thấy có nhiều hạch và càng vét càng thấy có hạch di căn” [5].

Các nhóm hạch thuộc chặng D1 cơ bản được lấy cùng với phần dạ dày cắt bỏ, cần lưu ý nhóm 6 nằm dưới môn vị, xung quanh gốc ĐM và TM vị mạc nối phải. Khi thắt và cắt bó mạch này, chúng tôi thường vét hạch trước (2 - 3 hạch), bộc lộ rõ mạch máu, sau đó mới kẹp và cắt mạch máu. Làm tĩnh mạch trước, như vậy tránh sót hạch và mạch máu được kẹp an toàn hơn. Trong 34 BN, tất cả đều có hạch nhóm 6, trung bình 3,64 hạch/1 BN, tỷ lệ có hạch di căn nhóm 6 là 18/34 BN (52,9%), phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [5].

Quá trình cắt và giải phóng mạc nối lớn, lấy đi 2 lá trước của mạc treo đại tràng ngang, chỉ để lại 1 lá mỏng, lộ rõ ĐM, TM cùng nhóm hạch 14a, 14v, 15. Tỷ lệ vét được hạch nhóm 14v (6/34 BN = 0,17), nhóm 15 (2/34 BN = 0,06), tương đối thấp, tuy nhiên, tỷ lệ di căn nhóm 14v khá cao (33,3%).

Vét hạch D2, chúng tôi bộc lộ bờ trên tụy, mở bao tụy bộc lộ ĐM lách, vét hạch nhóm 11p, bộc lộ ĐM thân tạng, kiểm tra và vét nhóm hạch 9, sau đó mới bộc lộ và vét nhóm hạch 7. Chú ý vì lật dạ dày nên thân TM vị trái chạy phía trước ĐM, phải vét và cắt bỏ trước khi thắt và cắt ĐM vị trái. Trong 34 BN, tất cả đều vét được hạch nhóm 7, tỷ lệ hạch di căn/hạch vét được là 22,4%. Bộc lộ và di động ĐM gan chung, vét nhóm 8a phía trước ĐM, kiểm tra và vét luôn nhóm 8p phía sau ĐM (nếu có), thường nối liền với nhau bởi hệ thống lưới bạch huyết. Kết quả vét: 3/34 BN (8,8%) có di căn hạch 8p.

Lấy bỏ mạc nối nhỏ sát rốn gan lên tận chân hoành, bộc lộ tâm vị thực quản đoạn bụng, vét toàn bộ 2 lá của mạc nối nhỏ xuống quá vị trí để cắt và nối ruột cùng nhóm hạch số 1, kiểm tra và vét hạch nhóm 2. Lúc này, lộ rõ thân ĐM chủ bụng, kiểm tra và vét nhóm hạch 16. Kết quả cho thấy: tỷ lệ có hạch nhóm 1 không cao (trung bình 0,67/1 BN), nhưng tỷ lệ di căn 30,4%.

Khó khăn nhất trong vét D2 mở rộng là nhóm hạch vùng cuống gan và đầu tụy. Lúc này dùng dụng cụ nâng gan lên (hoặc khâu treo gan lên thành bụng), BN nằm đầu cao nghiêng trái, bộc lộ vùng cuống gan, ống mật chủ và đầu tụy. Chủ động làm thủ thuật Kocher di động tá tràng, kiểm tra và vét hạch 13. Vét hạch dọc ống mật chủ, hạch nằm giữa ĐM gan riêng và tĩnh mạch cửa (12b,p), phải lấy hết lá phúc mạc phủ mặt sau cuống gan cùng hạch đẩy sang trái lên trên (luồn phía dưới cuống gan) để vét cùng nhóm 12a [2, 3]. Trong 34 BN, 6 BN vét được nhóm 12b và thấy 2 trường hợp có di căn, nhóm 13 có 2 BN vét được hạch nhưng chưa thấy di căn. Kết quả này lý giải hiện tượng vàng da tắc mật nhanh từ 3 - 6 tháng sau cắt dạ dày điều trị ung thư do không được vét nhóm hạch vùng cuống gan đầu tụy này. Do vậy, trong PTNS, việc nạo vét hạch vùng cuống gan và đầu tụy vẫn cần thiết và nên làm để nâng cao hiệu quả của điều trị.

Bảng 4: Liên quan giữa độ xâm lấn và chặng hạch di căn.

CHẶNG HẠCH DI CĂN \ ĐỘ XÂM LẤN	N0 (n = 6) 17,6%	N1 (n = 15) 44,1%	N2 (n = 10) 29,4%	N3 (n = 3) 8,8%
T2	2	3	1	0
ĐM	4	12	9	3
Hạch di căn/hạch	0/122	137/456	73/312	6/34

được vét	0%	(30,04%)	(23,39%)	(17,6%)
----------	----	----------	----------	---------

6/34 BN (17,6%) không thấy có hạch di căn với 122 hạch được vét. Độ xâm lấn T2: 1 BN di căn chặng N2 (hạch nhóm 6), không thấy di căn đến chặng N3. Độ xâm lấn càng tăng, tỷ lệ di căn hạch càng cao, tỷ lệ hạch di căn ở chặng N1 là 30,04% và N2 là 23,39%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa thấy hiện tượng di căn hạch nhảy cóc, tất cả BN có di căn hạch chặng N2 và N3 đều có di căn ở chặng N1.

Tỷ lệ hạch di căn trong vét D2 mở rộng là 17,6%, đều ở nhóm có độ xâm lấn T3, ở các vị trí cuống gan (12b,p) và ĐM chủ bụng (16). Do vậy, trong quá trình phẫu thuật, trên cơ sở vét D2, nếu có hạch chặng D3, tình trạng BN cho phép cần lấy bỏ.

KẾT LUẬN

PTNS cắt dạ dày và nạo vét hạch D2 điều trị UTDD tiến triển là phẫu thuật có thể thực hiện được, an toàn và đảm bảo nguyên tắc trong phẫu thuật về mặt ung thư học. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật có kỹ thuật phức tạp, đòi hỏi trang thiết bị và kỹ năng tốt về PTNS. Cần tiếp tục nghiên cứu và theo dõi thêm để khẳng định phạm vi ứng dụng của phương pháp.

Không thấy sự khác biệt về khả năng nạo vét hạch giữa mổ nội soi và mổ mở. Tỷ lệ hạch di căn chung 26,9%; nhóm 3 có tỷ lệ di căn cao nhất (34,5%). Di căn hạch chặng N1 là 30,04%; chặng N2 là 23,39%; di căn trong vét D2 mở rộng 17,6%. Chưa thấy hiện tượng di căn hạch nhảy cóc trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Triệu Triều Dương*. Nghiên cứu kỹ thuật cắt dạ dày, vét hạch D2 bằng PTNS tại Bệnh viện TWQĐ108. Tạp chí Y - Dược học quân sự. 2008, số 3, tr.130-134.
2. *Nguyễn Minh Hải*. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật dựa trên thương tổn xâm lấn thành dạ dày và di căn hạch vùng trong ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại Học Y Dược TP.Hồ Chí Minh. 2003.
3. *Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung, Trần Phùng Dũng Tiến, Hồ Cao Vũ*. Đánh giá khả năng phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch qua nội soi hỗ trợ: nhân 24 trường hợp. PTNS đường tiêu hóa nâng cao. Bộ Y tế. Bệnh Viện Chợ Rẫy. 2009.
4. *Phạm Như Hiệp, Phan Hải Thanh, Hồ Hữu Thiện và CS*. Phẫu thuật cắt dạ dày nội soi tại Bệnh viện TW Huế. Tạp chí Khoa học Tiêu hoá Việt Nam. 2008, tập III, số 13, tr.894.
5. *Trịnh Hồng Sơn*. Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật UTDD. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2001.
6. *Aguirre F.J, Azagra J.S. et al*. Laparoscopic gastrectomy for gastric adeno-carcinoma. Long - term results. Rev Esp Enterm Dig. 2006, 98 (7), pp.491-500.
7. *Japanese Gastric Cancer Association*. Japanese classification of gastric carcinoma. 2nd English Edition. Gastric Cancer. 1998, 1, pp.10-24.
8. *Huscher C.G, Mingoli A, et al*. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer, five-year results of a randomized prospective trial. Ann Surg. 2005, 241 (2), pp.232-237.
9. *Kitano S, Shiraishi N, et al*. A randomized controlled trial comparing open vs laparoscopy-assisted distal gastrectomy for the treatment of early gastric cancer: An interim report. Surg. 2002, 131 (1), pp.306-311.

10. Uyma I, Sugioka A, et al. Laparoscopic D2 lymph node dissection for advanced gastric cancer located in the middle or lower third portion of the stomach. Gastric Cancer. 2000, 3, pp.50-55.