

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO TRỰC TRÀNG QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Ngô Tiến Khương¹, Nguyễn Anh Tuấn², Hoàng Mạnh An³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (MTTT) qua đường hậu môn (TaTME: Transanal Total Mesorectal Excision) điều trị ung thư trực tràng (UTTT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng trên 57 bệnh nhân (BN) UTTT được phẫu thuật cắt toàn bộ MTTT qua đường hậu môn tại Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa, Bệnh viện TWQĐ 108 từ 7/2017 - 12/2019. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình $150,88 \pm 26,07$ phút. Tỷ lệ đặt van Genpoint Path trước và sau khâu đóng lòng trực tràng lần lượt là 73,68% và 26,32%. Mức độ phẫu tích qua đường hậu môn đến túi cùng Douglas chiếm 98,25%. Lấy bệnh phẩm qua hậu môn chiếm 92,98%. Dẫn lưu hồi tràng chiếm 50,88%. Lượng máu mất trung bình trong mổ $83,18 \pm 57,23$ ml. Không có chuyển mổ mở và tử vong phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ MTTT qua đường hậu môn là an toàn và khả thi.

* Từ khóa: Mạc treo trực tràng; Ung thư trực tràng; Phẫu thuật nội soi.

Research on Some Technical Characteristics of Transanal Total Mesorectal Excision Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer

Summary

Objectives: To assess the results of some technical characteristics of transanal total mesorectal excision laparoscopic surgery (TaTME) in treatment for rectal cancer. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study without control group was conducted on 57 patients with rectal cancer undergoing TaTME in Gastrointestinal Surgery Department, Military Central Hospital 108, from July 2017 to December 2019. **Results:** Mean operative time was 150.88 ± 26.07 minutes. The prevalence of patients placed Genpoint Path valve before and after the rectal lumen closure were 73.68% and 26.32%, respectively. Pelvic dissection to the pouch of Douglas accounted for 98.25%. Transanal specimen extraction made up 92.98%. Protective ileostomy was performed in 50.88%. The mean intraoperative blood loss was 83.18 ± 57.23 mL. There were no conversions and mortality. **Conclusion:** TaTME technique is feasible and safe.

* **Keywords:** Transanal total mesorectal excision; Rectal cancer; Laparoscopic operation.

¹Bộ môn - Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 105, Sơn Tây

²Bệnh viện TWQĐ 108

³Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Người phản hồi: Ngô Tiến Khương (drkhuong.1978@gmail.com)

Ngày nhận bài: 26/01/2021

Ngày bài báo được đăng: 28/3/2021

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng được mô tả lần đầu năm 1982 bởi Heald đã trở thành tiêu chuẩn vàng đối với ung thư trực tràng 1/3 giữa và dưới [1]. Kỹ thuật giúp làm giảm tái phát tại chỗ và tăng thời gian sống toàn bộ [2].

Phẫu thuật cắt toàn bộ MTTT qua đường hậu môn điều trị UT TT được Sylla báo cáo lần đầu vào năm 2010 [3]. Đến nay nhiều nghiên cứu đã ghi nhận kỹ thuật là an toàn, đảm bảo nguyên tắc ung thư học và khắc phục những khó khăn thường gặp trong phẫu thuật truyền thống [4, 5, 6, 7].

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả một số đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ MTTT qua đường hậu môn điều trị UT TT.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

57 BN UT TT giữa và dưới được chẩn đoán xác định bằng nội soi đại - trực tràng, sinh thiết, đánh giá giai đoạn trước mổ bằng MRI 3.0 Tesla, chụp cắt lớp siêu khung, bụng, ngực và phẫu thuật cắt toàn bộ MTTT qua đường hậu môn tại Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa Bệnh viện TWQĐ 108 từ 7/2017 - 12/2019.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Giai đoạn u \leq cT4a, u cách rìa hậu môn \leq 10 cm.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Tiến cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng.

* *Quy trình phẫu thuật:*

- Bước 1: Phẫu thuật nội soi đánh giá toàn trạng ổ bụng.

Đặt trocar tại vị trí rốn, đưa camera kiểm tra, đánh giá toàn trạng ổ bụng xem có tình trạng di căn ung thư vào các tạng trong ổ bụng không.

- Bước 2: Phẫu tích qua đường hậu môn.

Đặt van Lone Star bộc lộ hậu môn, đánh giá khối u. Khâu đóng niêm mạc trực tràng dưới khối u tối thiểu 1 cm. Phẫu tích qua các lớp thành trực tràng dưới đường khâu tối thiểu 1 cm hướng ra mặt ngoài cân MTTT và dần lên trên cho đến khi đủ không gian để đặt van Gelpoint Path. Van Gelpoint Path được đặt trước khi khâu đóng lòng trực tràng nếu vị trí khối u cách rìa hậu môn $>$ 4 cm. Tiếp tục phẫu tích vòng quanh để di động MTTT, diện phẫu tích đến ngang nếp gấp phúc mạc ở mặt trước và mở nếp gấp phúc mạc để kết thúc thì hậu môn. Bảo tồn cơ thắt bằng diện cắt gian cơ thắt để loại bỏ toàn bộ hoặc bán phần cơ thắt trong. Kết thúc thì phẫu tích qua hậu môn bằng đường cắt nếp gấp của phúc mạc ở phía trước để mở thông với ổ bụng. Trong trường hợp diện phẫu tích chưa đạt tới nếp gấp phúc mạc, khối u kích thước lớn có vị trí ngang với nếp gấp phúc mạc, chúng tôi không mở thông phúc mạc để vào ổ bụng.

- Bước 3: Phẫu tích qua nội soi ổ bụng.

Tất cả BN đều được phẫu thuật nội soi ổ bụng giải phóng đại - trực tràng, kỹ thuật như phẫu thuật nội soi cắt trực tràng đường trước cho đến khi gặp diện phẫu tích qua đường hậu môn.

- Bước 4: Lấy bệnh phẩm, làm miệng nối và làm dẫn lưu hồi tràng.

Lấy bệnh phẩm qua hậu môn (đối với khối u có đường kính theo chiều ngang < 4 cm), hoặc đường bụng (đối với khối u có đường kính theo chiều ngang ≥ 4 cm). Làm miệng nối đại tràng sigma - ống hậu môn bằng tay hoặc máy nối. Đối với BN có khối u ở 1/3 dưới hoặc khoảng cách từ diện cắt dưới tới rìa hậu môn ≤ 3 cm sẽ được thực hiện miệng nối bằng tay.

Quyết định có làm dẫn lưu hồi tràng hay không được đánh giá cụ thể qua từng cuộc mổ. Dẫn lưu hồi tràng thường được thực hiện trong trường hợp có hóa - xạ trị tiền phẫu hoặc miệng nối được đánh giá là không an toàn (miệng nối căng, nuôi dưỡng không tốt).

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của BN

Bảng 1: Đặc điểm chung.

Đặc điểm BN		Kết quả
Giới, n (%)	Nam	39 (68,42)
	Nữ	18 (31,58)
Tuổi trung bình (min - max)		62,44 ± 12,48 (28 - 86)
Chỉ số BMI trung bình (min - max)		21,09 ± 3,09 (16 - 28,1)
ASA, n (%)	I	2 (3,51)
	II	16 (28,07)
	III	39 (68,42)
Vị trí u, n (%)	1/3 giữa	28 (49,12)
	1/3 dưới	28 (49,12)
	Không xác định	1 (1,76)
Khoảng cách u tới rìa hậu môn, cm (min - max)		4,96 ± 1,49 (2 - 8,2)
Giai đoạn T trước mổ, n (%)	cTx	4 (7,02)
	cT1	0 (0,00)
	cT2	10 (17,54)
	cT3	37 (64,91)
	cT4a	6 (10,53)
Giai đoạn N trước mổ, n (%)	cN-	16 (28,07)
	cN+	31 (71,93)

Đa số BN là nam (68,42%), vị trí khối u 1/3 dưới và 1/3 giữa là tương đương (49,12%), vị trí u cách rìa hậu môn ngắn nhất là 2 cm.

2. Một số đặc điểm kỹ thuật và kết quả sớm

Bảng 2: Đặc điểm kỹ thuật.

Đặc điểm		n (%)
Thời điểm đặt van Genpoint Path	Trước khâu đóng trực tràng	42 (73,68)
	Sau khâu đóng trực tràng	15 (26,32)
Mức độ phẫu tích qua đường hậu môn	Dưới nếp gấp phúc mạc	1 (1,75)
	Đến nếp gấp phúc mạc	56 (98,25)
	Trên nếp gấp phúc mạc	0 (0,00)
Mở thông phúc mạc	Có	44 (77,19)
	Không	13 (22,81)
Bảo tồn cơ thắt trong hậu môn	Bảo tồn toàn bộ	36 (63,16)
	Cắt bán phần	10 (17,54)
	Cắt toàn bộ	11 (19,30)
Đường lấy bệnh phẩm	Qua hậu môn	54(92,98)
	Qua đường mở trên xương mu	3 (7,02)
	Qua đường mở rộng lỗ Trocar	0 (0,00)
Thực hiện miệng nối	Bằng tay	39 (68,42)
	Bằng máy nối	18 (31,58)
Dẫn lưu hồi tràng	Có làm	29 (50,88)
	Không làm	28 (49,12)
Tai biến phẫu thuật		2 (3,51)

Đa số BN có các đặc điểm: đặt van Genpoint Path trước khi khâu đóng lòng trực tràng (73,68%), mức phẫu tích đến nếp gấp phúc mạc (98,25%) và được mở thông phúc mạc (77,19%). Phần lớn BN được bảo tồn toàn bộ cơ thắt (63,16%), lấy bệnh phẩm qua hậu môn (92,98%) và làm miệng nối bằng khâu tay (68,42%). Tỷ lệ tai biến chiếm 3,51%.

Bảng 4: Kết quả trong phẫu thuật.

Kết quả	Giá trị
Thời gian phẫu thuật trung bình, phút (min - max)	150,88 ± 26,07 (100 - 235)
Thời gian phẫu thuật thì hậu môn, phút	93,33 ± 19,92
Lượng máu mất trung bình trong mổ, ml (min - max)	83,18 ± 57,23 (20 - 325)

BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi cho thấy nhiều ưu điểm vượt trội so với mổ mở về kết quả sớm trong điều trị UTTT, tuy nhiên còn gặp không ít khó khăn trên BN có thể trạng béo phì, nam giới có khung chậu hẹp, khối u ở vị trí thấp hay BN đã điều trị hóa - xạ trị trước mổ [2].

Nhiều tác giả cho rằng chỉ số BMI cao hay khung chậu hẹp là những yếu tố liên quan đến thời gian và tỷ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật, trong đó thường gặp tai biến chảy máu và thủng ruột dẫn đến phải chuyển mổ mở [2, 4, 5]. Cùng quan điểm trên, nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm: Đa số BN là nam (68,42%), khung chậu hẹp, khối u ở vị trí thấp (49,12%), khoảng cách trung bình từ u tới rìa hậu môn $4,96 \pm 1,49$ cm (bảng 1). Tuy nhiên, chúng tôi không gặp khó khăn khi phẫu thuật, đây chính là lợi thế của phẫu thuật cắt toàn bộ MTTT qua đường hậu môn.

Bệnh nhân có khối u cách rìa hậu môn ≤ 4 cm sẽ được khâu đóng lòng trực tràng và phẫu tích để tạo đủ không gian rồi mới đặt van Genpoint Path. Tỷ lệ đặt van Genpoint Path trước và sau khi đóng lòng trực tràng lần lượt là 73,68% và 26,32%. Một số tác giả không lựa chọn đặt ngay van này đối với các khối u cách rìa hậu môn < 3 cm mà tiến hành khâu đóng lòng hậu môn và thực hiện phẫu tích trước, diện phẫu tích lên trên đạt 4 - 4,5 cm từ rìa hậu môn thì mới đặt van Genpoint Path [8, 9].

Nghiên cứu đa trung tâm của Penna: Giới hạn của diện phẫu tích qua đường hậu môn ở mặt trước đạt ở các mức 8 - 10 cm, 5 - 7 cm và < 5 cm tính từ rìa hậu môn tương ứng tỷ lệ là 56%, 31% và 13% và mặt sau đạt mức 8 - 10 cm, 5 - 7 cm

và < 5 cm từ rìa hậu môn tương ứng là 44%, 36% và 20% [10]. Trong nghiên cứu, chúng tôi không đánh giá khoảng cách từ rìa hậu môn đến điểm dừng của diện phẫu tích qua hậu môn bằng cách đo cụ thể. Tuy nhiên, như mô tả kỹ thuật chúng tôi lấy túi cùng Douglas là mốc giải phẫu. Tỷ lệ các mức phẫu tích ở ngang và dưới mức túi cùng Douglas tương ứng là 98,25% và 1,75%. Sau khi diện phẫu tích qua hậu môn dừng lại, chúng tôi lựa chọn có mổ hay không túi cùng Douglas, tỷ lệ mổ phúc mạc để thông vào ổ bụng gặp ở 44/57 BN (77,19%). Đối với các trường hợp diện phẫu tích không đạt ngang mức túi cùng Douglas hoặc khối u kích thước lớn và vị trí ngang mức túi cùng, chúng tôi không tiến hành mổ túi cùng Douglas vì nguy cơ làm tổn thương u.

Nghiên cứu COLOR II cho thấy tỷ lệ bảo tồn cơ thắt đối với UTTT thấp, chỉ chiếm 23%, thậm chí đối với UTTT 1/3 giữa có 12% BN phải làm phẫu thuật Miles [2]. Phẫu thuật cắt toàn bộ MTTT qua đường hậu môn ra đời có thể là một thay đổi lớn trong chiến thuật điều trị UTTT 1/3 dưới, đặc biệt là vấn đề bảo tồn cơ thắt. Bảo tồn cơ thắt hậu môn giúp tránh phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn, góp phần nâng cao chất lượng sống cho BN. Đây là mục tiêu quan trọng của các phẫu thuật điều trị UTTT 1/3 dưới. Nghiên cứu có 28/57 BN (49,12%) có khối u ở vị trí 1/3 dưới được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt trong, với tỷ lệ bảo tồn toàn bộ cơ thắt trong, cắt bán phần cơ thắt trong và cắt toàn bộ cơ thắt trong tương ứng là 63,16%, 17,54% và 19,3%.

Có 2 đường lấy bệnh phẩm: qua hậu môn hoặc qua ổ bụng (lấy qua đường rạch nhỏ trên xương mu, qua lỗ trocar mở rộng...).

Lấy bệnh phẩm cần bảo đảm nguyên tắc tính nguyên vẹn của bệnh phẩm, tránh lây lan tế bào ung thư và giúp đánh giá chính xác chất lượng bệnh phẩm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 4 BN (7,02%) có khối u > 5 cm (theo chiều ngang) được lấy qua đường bụng. Tỷ lệ lấy bệnh phẩm qua đường hậu môn và đường rạch trên xương mu lần lượt là 92,98% và 7,02%. Tỷ lệ lấy bệnh phẩm qua đường hậu môn, đường mở ngang trên xương mu và qua lỗ trocar trong nghiên cứu của Penna [10] là 50,4%, 14,7% và 20,1%.

Lựa chọn phương pháp thực hiện miệng nối phụ thuộc vào các yếu tố cơ bản như vị trí khối u, khoảng cách từ diện cắt dưới u tới rìa hậu môn, điều kiện kinh tế. Đối với BN có khối u ở 1/3 dưới hoặc khoảng cách từ diện cắt dưới tới rìa hậu môn ≤ 3 cm sẽ được thực hiện miệng nối bằng tay do thao tác dễ thực hiện, rút ngắn thời gian phẫu thuật và tiết kiệm chi phí cho BN. Chúng tôi lựa chọn phương pháp làm miệng nối phụ thuộc vào chiều dài phần còn lại của ống hậu môn và chiều dài phần đại tràng phía trên sau khi cắt u, miệng nối sẽ được thực hiện bằng máy nối khi cả 2 đều còn đủ dài, đủ nuôi dưỡng. Tỷ lệ miệng nối đại tràng - ống hậu môn bằng tay và bằng máy tương ứng là 68,42% và 31,58%.

Dẫn lưu hồi tràng để bảo vệ miệng nối tránh bị rò chưa được thống nhất giữa các nghiên cứu. Tuy nhiên, khi xảy ra biến chứng rò miệng nối, ở BN có dẫn lưu hồi tràng sẽ làm giảm nhẹ hơn tình trạng bệnh. Ở hầu hết các nghiên cứu, làm dẫn lưu hồi tràng đều là bước cuối cùng của phẫu thuật [3, 9], tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Quan điểm của chúng tôi khi thực hiện làm dẫn lưu hồi tràng không chỉ phụ thuộc vào xạ trị trước mổ,

vị trí miệng nối mà cơ bản phụ thuộc vào quyết định đưa ra trong mổ. Đối với BN có đại tràng Sigma ngắn, nguy cơ một miệng nối căng, kém nuôi dưỡng, chúng tôi cũng làm dẫn lưu hồi tràng. Tỷ lệ làm dẫn lưu hồi tràng là 50,88%. Penna [10] ghi nhận tỷ lệ làm dẫn lưu hồi tràng, không làm dẫn lưu hồi tràng và làm hậu môn nhân tạo lần lượt là 83,3%; 7,3% và 9,3%.

Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có các yếu tố quan trọng như: Trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, chỉ số BMI, kích thước u, số lượng kíp phẫu thuật. Một số trung tâm lớn trên thế giới thường tổ chức 2 kíp kỹ thuật đồng thời cho 2 thì [3, 4]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ triển khai 1 kíp để thực hiện từng thì. Thời gian phẫu thuật trung bình là $150,88 \pm 26,07$ phút, tương đương với nghiên cứu của Lacy (166 ± 57 phút) [4] với 2 kíp phẫu thuật.

Lượng máu mất trung bình trong mổ là $83,18 \pm 57,23$ ml và không ghi nhận trường hợp nào phải truyền máu trong mổ do mất máu. Nghiên cứu của Xu và CS, lượng máu mất trung bình trong mổ là 60 ml [6] và nghiên cứu COLOR II: 200 ml ở nhóm phẫu thuật nội soi và 400 ml ở nhóm mổ mở [2].

Tai biến xảy ra ở 2 BN (3,51%) đều ở thì phẫu tích qua đường hậu môn khi phẫu tích ở mặt trước, gồm: 1 BN chảy máu do tổn thương tuyến tiền liệt và 1 BN thủng thành sau âm đạo, được xử trí đốt cầm máu và khâu phục hồi trong mổ. Tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu của Sylla P là 5,5% [3].

Không có chuyển mổ mở và tử vong trong phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 57 BN được phẫu thuật cắt toàn bộ MTTT qua đường hậu môn điều trị UTTT 1/3 giữa và 1/3 dưới, kết quả thấy: Thời gian phẫu thuật trung bình là 150,88 ± 26,07 phút. Tỷ lệ đặt van Genpoint Path trước và sau khi đóng lòng trực tràng lần lượt là 73,68% và 26,32%. Tỷ lệ bảo tồn toàn bộ cơ thắt trong, cắt bán phần cơ thắt trong và cắt toàn bộ cơ thắt trong tương ứng là 63,16%; 17,54% và 19,3%. Mức phẫu tích ở ngang mức túi cùng Douglas là 98,25%. Tỷ lệ miệng nối bằng tay và bằng máy tương ứng là 68,42% và 31,58%. Đặt dẫn lưu hồi tràng gặp 50,88%. Tỷ lệ tai biến 3,51%, không có chuyển mổ mở và tử vong trong phẫu thuật. Phẫu thuật cắt toàn bộ MTTT qua đường hậu môn bước đầu cho thấy đây là phương pháp khả thi và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery - the clue to pelvic recurrence?. *Br J Surg* 1982; 69(10):613-616.
2. Van der Pas MH, Haglind E, Cuesta MA, 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.
3. Sylla P, Rattner DW, Delgado S, et al. NOTES transanal rectal cancer resection using transanal endoscopic microsurgery and

laparoscopic assistance. *Surg Endosc* 2010; 24(5):1205-1210.

4. Lacy AM, Tasende MM, Delgado S, et al. Transanal total mesorectal excision for rectal cancer: Outcomes after 140 patients. *Journal of the American College of Surgeons* 2015; 221(2):415-423.

5. Tuech JJ, Karoui M, Lelong B, et al. A step toward NOTES total mesorectal excision for rectal cancer: Endoscopic transanal proctectomy. *Annals of Surgery* 2015; 261(2):228-233.

6. Xu C, Song HY, Han SL, et al. Simple instruments facilitating achievement of transanal total mesorectal excision in male patients. *World J Gastroenterol* 2017; 23(31):5798-5808.

7. Simillis C, Hompes R, Penna M, et al. A systematic review of transanal total mesorectal excision: Is this the future of rectal cancer surgery?. *Colorectal Disease* 2016; 18(1):19-36.

8. Fernández-Hevia M, Delgado S, Castells A, et al. Transanal total mesorectal excision in rectal cancer: Short-term outcomes in comparison with laparoscopic surgery. *Annals of Surgery* 2015; 261(2):221-227.

9. Lacy AM, Rattner DW, Adelsdorfer C, et al. Transanal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) rectal resection: "down-to-up" total mesorectal excision (TME) - short-term outcomes in the first 20 cases. *Surgical Endoscopy* 2013; 27(9):3165-3172.

10. Penna M, Hompes R, Arnold S, et al. Transanal Total Mesorectal Excision: International Registry Results of the First 720 Cases. *Ann Surg* 2017; 266(1):111-117.