

## PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN KHÔNG MỞ NGỰC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN

Đào Quang Minh\*; Vũ Huy Nùng\*

### TÓM TẮT

Cắt thực quản không mở ngực là phương pháp điều trị ung thư thực quản (UTTQ) 1/3 giữa, dưới và trên, trên cơ sở tạo hình thực quản bằng ống cuốn dạ dày. Kỹ thuật này có thể thực hiện dễ dàng, giúp bệnh nhân (BN) tái lập lưu thông tiêu hóa.

\* Từ khóa: Ung thư thực quản; Cắt thực quản không mở ngực.

## ESOPHAGECTOMY WITHOUT THORACOTOMY IN TREATMENT OF ESOPHAGUS CANCER

### SUMMARY

*Esophagectomy without thoracotomy is the procedure for treatment of cancer of the middle third, lower and upper esophagus, on the technical gastrolisis, making the gastric tube, the extent of esophageal resection and practice of the anastomosis has largely benefited from the contribution of mechanical sutures. This technique is an intervention that can be performed with high reliability and offers the patient an excellent digestive comfort.*

\* *Key words: Esophagus cancer; Esophagectomy without thoracotomy.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1913, Denk mô tả phẫu thuật cắt thực quản (CTQ) không mở ngực, phẫu thuật này được coi là CTQ bằng đường bụng và cổ mà không can thiệp vào cấu trúc cơ xương của lồng ngực [5]. Theo y văn, phẫu thuật này tương ứng với phẫu thuật CTQ không mở ngực. Năm 1960, Ong Lee [2] đã áp dụng phẫu thuật này điều trị ung thư hầu họng. Năm 1977, Thomas và

Dedo [1] áp dụng điều trị bệnh lý bóng thực quản. Orringer (1979) [3] hoàn thiện phẫu thuật này trong tất cả các bệnh lý của thực quản. Kể từ đó đến nay, nhiều kíp phẫu thuật đã thực hiện phương pháp này trong phẫu thuật bệnh lý thực quản để giảm tối đa biến chứng của phổi và màng phổi.

Chúng tôi xin giới thiệu 5 trường hợp CTQ toàn bộ không mở ngực, sử dụng dao siêu âm và máy cắt nối tự động trong UTTQ thực hiện tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

---

\* Bệnh viện Thanh Nhàn

\*\* Học viện Quân y

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

## BỆNH ÁN

### Bệnh án 1

Bệnh nhân (BN) nam, 49 tuổi, vào viện vì nuốt nghẹn, gày sút cân trong 2 tháng.

Lâm sàng: cân nặng 50 kg, cao 163 cm.

*\* Xét nghiệm:*

- Công thức máu: bình thường, nhóm máu O.
- Ure, đường, creatinin bình thường.
- Protein máu 73,0 g/l, albumin 46 g/l, prothrombin 84,2%.
- SGOT 18,6 U/l (bình thường < 37 U/l), SGPT 19,6 U/l (bình thường < 41 U/l).

X quang tim phổi: bình thường. Chức năng hô hấp: FEV<sub>1</sub>/FVC: 82,73%.

Soi thực quản: hình ảnh loét sùi thực quản cách cung răng 38 cm, chiếm gần hết chu vi thực quản. Sinh thiết: carcinoma vảy.

Siêu âm bụng, CT-scan ổ bụng: không thấy hình ảnh bất thường.

CT-scan lồng ngực: thực quản 1/3 dưới thành dày 20 mm, tạo thành khối, ngấm thuốc sau tiêm, trung thất không có khối, không thấy hạch to, hai phổi không có nốt mờ.

*\* Chẩn đoán:* UTTQ 1/3 dưới. Phẫu thuật cắt toàn bộ thực quản, tạo hình thực quản bằng ống cuốn dạ dày, không mở ngực theo phương pháp Orringer, sử dụng dao siêu âm và máy cắt nối tự động. Giải phẫu bệnh: carcinoma vảy xâm nhập, độ II, đã xâm nhập qua lớp cơ và di căn 2 hạch.

*\* Hậu phẫu:*

- Thuận lợi, trung tiện ngày thứ 4.
- Rút dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu ổ lách ngày thứ 5.
- Ăn qua mở thông hồng tràng ngày thứ 2, đường miệng ngày thứ 7.
- Cắt chỉ ngày thứ 10. Các xét nghiệm trở lại bình thường.
- Ra viện ngày thứ 12, cân nặng 48 kg.

### Bệnh án 2

BN nam 72 tuổi, tiền sử nuốt nghẹn, gày sút 5 kg trong 3 tháng.

*\* Lâm sàng:*

- Cân nặng 45 kg, cao 155 cm.

*\* Xét nghiệm:*

- Công thức máu: bình thường, nhóm máu B.
- Ure, đường, creatinin bình thường.
- Protein máu 70,0 g/l, albumin 46 g/l, prothrombin 84,2%.
- SGOT 23,2 U/l (bình thường < 37 U/l), SGPT 11,9 U/l (bình thường < 41 U/l).

X quang tim phổi: điện tim kéo dài, dày thành phế quản. Chức năng hô hấp: FEV<sub>1</sub>/FVC: 76,92%.

Soi thực quản: loét sùi thực quản cách cung răng 36 cm, chiếm 2/3 chu vi thực quản, gây chít hẹp thực quản. Sinh thiết: carcinoma vảy.

Siêu âm bụng, CT-scan ổ bụng: bình thường.

CT-scan lồng ngực: thực quản 1/3 dưới thành dày, tạo thành khối gây hẹp lòng thực quản, thâm nhiễm mất lớp mỡ động mạch chủ. Trung thất không có khối, hạch, nhu mô phổi nhiều nốt mờ dạng viêm xơ cũ.

\* *Chẩn đoán*: UTTQ 1/3 dưới. Phẫu thuật cắt toàn bộ thực quản, tạo hình thực quản bằng ống cuốn dạ dày, không mở ngực theo phương pháp Orringer, sử dụng dao siêu âm và máy cắt nối tự động.

\* *Hậu phẫu*:

- Trung tiện ngày thứ 6.
- Rút dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu hố lách ngày thứ 7.
- Ăn qua mở thông hồng tràng ngày thứ 3, đường miệng ngày thứ 10.
- Cắt chỉ ngày thứ 10, các xét nghiệm trở lại bình thường.
- Ra viện ngày thứ 24, cân nặng 40 kg.

### **Bệnh án 3**

BN nam 55 tuổi, có tiền sử u thực quản, đã điều trị xạ trị 6 tháng, gày sút 10 kg, khàn tiếng.

\* *Lâm sàng*: cân nặng 50 kg, cao 160 cm.

\* *Xét nghiệm*:

- Công thức máu: bình thường, nhóm máu B.
- Ure, đường, creatinin bình thường.
- Protein máu 73,9 g/l, albumin 42,1 g/l, prothrombin 124,4%.
- SGOT 19,9 U/l (bình thường < 37 U/l), SGPT 18,5 U/l (bình thường < 41 U/l).

X quang tim phổi: đỉnh hạ đòn phổi phải có đám mờ.

Chức năng hô hấp: FEV<sub>1</sub>/FVC: 81,10%.

Soi thực quản: loét sùi thực quản cách cung răng 35 cm, thâm nhiễm cứng chiếm 1/4 chu vi thực quản. Sinh thiết: carcinoma vảy.

Siêu âm bụng, CT-scan ổ bụng: không thấy hình ảnh bất thường.

CT-scan lồng ngực: thực quản 1/3 dưới thành dày kéo dài đến tâm vị, bờ không đều, hẹp lòng thực quản, ngấm thuốc sau tiêm, mất lớp mỡ động mạch chủ ngực. Hạch to trung thất, phổi phải có nhiều nốt vôi hóa, xẹp thùy dưới phổi phải.

\* *Chẩn đoán*: UTTQ 1/3 dưới. Phẫu thuật cắt toàn bộ thực quản, tạo hình thực quản bằng ống cuốn dạ dày, không mở ngực theo phương pháp Orringer, sử dụng dao siêu âm và máy cắt nối tự động.

\* *Hậu phẫu*:

- Thuận lợi, trung tiện ngày thứ 4.
- Rút dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu hố lách ngày thứ 5.
- Ăn qua mở thông hồng tràng ngày thứ 2, đường miệng ngày thứ 7.
- Cắt chỉ ngày thứ 10, các xét nghiệm trở lại bình thường.
- Ra viện ngày thứ 15, cân nặng 48 kg.

### **Bệnh án 4**

BN nam 80 tuổi, có tiền sử nuốt nghẹn 2 tháng, gày sút 7 kg, khàn tiếng.

\* *Lâm sàng:*

- Cân nặng 60 kg, cao 165 cm.

\* *Xét nghiệm:*

- Công thức máu: bình thường, nhóm máu O.

- Ure, đường, creatinin bình thường.

- Protein máu 70,9 g/l, albumin 40,5 g/l, prothrombin 114,2%.

- SGOT 25,7 U/l (bình thường < 37 U/l), SGPT 30,1 U/l (bình thường < 41 U/l).

X quang tim phổi: quai động mạch chủ phồng. Chức năng hô hấp: FEV<sub>1</sub>/FVC: 83,20%.

Soi thực quản: loét sùi thực quản cách cung răng 33 cm, thâm nhiễm sùi loét chiếm 1/3 chu vi thực quản. Sinh thiết: carcinoma vảy.

Siêu âm bụng, CT-scan ổ bụng: không thấy hình ảnh bất thường.

\* *CT-scan lồng ngực:* thực quản 1/3 dưới thành dày, bờ thực quản không đều, hẹp lòng thực quản, ngấm thuốc sau tiêm. Hạch trung thất không to, phổi trái có một vài nốt vôi hóa.

\* *Chẩn đoán:* UTTQ 1/3 dưới. Phẫu thuật cắt toàn bộ thực quản, tạo hình thực quản bằng ống cuốn dạ dày, không mở ngực theo phương pháp Orringer, sử dụng dao siêu âm và máy cắt nối tự động.

\* *Hậu phẫu:*

- Thuận lợi, trung tiện ngày thứ 5.

- Rút dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu hố lách ngày thứ 7.

- Ăn qua mở thông hồng tràng ngày thứ 2, đường miệng ngày thứ 8.

- Cắt chỉ ngày thứ 10, các xét nghiệm trở lại bình thường.

- Ra viện ngày thứ 15, cân nặng 55 kg.

**Bệnh án 5**

BN nam 59 tuổi, vào viện vì nuốt nghẹn, gày sút 05 kg trong 2 tháng.

\* *Lâm sàng:* cân nặng 62 kg, cao 165 cm.

\* *Xét nghiệm:*

- Công thức máu: bình thường, nhóm máu AB.

- Ure, đường, creatinin bình thường.

- Protein máu 69,2 g/l, albumin 44 g/l, prothrombin 100,2%.

- SGOT 30,3 U/l (bình thường < 37 U/l), SGPT 28,9 U/l (bình thường < 41 U/l).

X quang tim phổi: bình thường. Chức năng hô hấp: FEV<sub>1</sub>/FVC: 81,15%.

Soi thực quản: hình ảnh loét sùi thực quản cách cung răng 37 cm, chiếm một nửa chu vi thực quản. Sinh thiết: carcinoma vảy.

Siêu âm bụng, CT-scan ổ bụng: không thấy hình ảnh bất thường.

CT-scan lồng ngực: thực quản 1/3 dưới thành dày 25 mm, tạo thành khối, ngấm thuốc sau tiêm, không thấy hạch to trung thất, hai phổi không có nốt mờ.

Chẩn đoán: UTTQ 1/3 dưới. Phẫu thuật cắt toàn bộ thực quản, tạo hình thực quản bằng ống cuốn dạ dày, không mở ngực theo phương pháp Orringer, sử dụng dao siêu âm và máy

cất nổi tự động. Giải phẫu bệnh: carcinoma vảy xâm nhập, độ II, đã xâm nhập qua lớp cơ và di căn 2 hạch.

\* *Hậu phẫu:*

- Thuận lợi, trung tiện ngày thứ 4.
- Rút dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu ổ lách ngày thứ 6.
- Ăn qua mở thông hồng tràng ngày thứ 2, đường miệng ngày thứ 8.
- Cắt chỉ ngày thứ 10, các xét nghiệm trở lại bình thường.
- Ra viện ngày thứ 12, cân nặng 59 kg.

## BÀN LUẬN

### 1. Về kỹ thuật.

Thì mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn hoặc đường dưới sườn hai bên. Sau khi thăm dò đánh giá ổ bụng, tiến hành phẫu tích giải phóng thực quản qua phía trên khối u (bóc tách cao nhất có thể) trong ngực bằng dao siêu âm. Tạo hình thực quản bằng dạ dày, sử dụng máy cắt thẳng GIA80 và GIA60, bảo tồn mạch máu BCL dạ dày, giải phóng tá tràng đầu tụy. Tạo hình môn vị và mở thông hồng tràng. Có thể thay thực quản bằng đại tràng ngang hoặc ruột non khi dạ dày không đủ độ dài.

Thì mở cổ: đường rạch chữ J cổ bên trái, bóc tách thực quản cổ và đoạn trên của thực quản ngực, sau đó phối hợp bóc tách thực quản 1/3 giữa từ cả hai phía bụng và ngực bằng dao siêu âm.

Tái lập lưu thông tiêu hoá thực quản cổ và đoạn tạo hình dạ dày kiểu bên-bên bằng GIA60.

### 2. Chỉ định.

UTTQ, ung thư tâm vị.

### 3. Ưu điểm.

Tỷ lệ tử vong, biến chứng của phương pháp này thấp [5]. Có thể mổ cho BN lớn tuổi, có những bệnh lý hô hấp cũ, đã phẫu thuật về lồng ngực hay đã xạ trị trước đó.

Trong một vài năm gần đây, sử dụng dao siêu âm trong phẫu thuật mổ mở cũng như phẫu thuật nội soi cho kết quả tốt trong phẫu tích và cầm máu. Hạn chế thấp nhất chảy máu trong mổ và thuận lợi trong cầm máu ở những vị trí sâu, khó thực hiện bằng buộc chỉ.

Theo Garvin [6], Morenno Gonzalez [7], Tilanus [8]: thời gian phẫu thuật ngắn hơn, BN không phải thay đổi tư thế, ít phải truyền máu trong mổ, các biến chứng phổi, màng phổi sau mổ ít hơn so với phẫu thuật mở ngực. Nghiên cứu của Garvin và Kaminski [6] cho thấy hậu phẫu đơn giản, không có tử vong 30 ngày đầu sau mổ. Tỷ lệ tử vong chung 8 - 10% (Perrachia [4], Orringer [3], B. Descottes [5]). Miệng nối ở cổ đã loại bỏ được biến chứng rò trong ngực, là một biến chứng nặng nề. Tuy nhiên, theo nhiều nghiên cứu [5], tỷ lệ rò miệng nối ở cổ 8 - 15%. Theo Richelme và Baulieux [9], thời gian sống trung bình của phẫu thuật thực quản không mở ngực 415 - 483 ngày. 5 BN của chúng tôi, không có trường hợp biến chứng cũng như tử vong.

#### 4. Nhược điểm.

Phẫu thuật CTQ không mở ngực hạn chế về trường mổ, cầm máu và có nguy cơ với dây thần kinh quặt ngực. Tuy nhiên, khối lượng máu mất trong mổ ít hơn so với phẫu thuật CTQ mở ngực. Nhược điểm, chủ yếu của phẫu thuật này là nạo vét hạch, nhưng hạch ở xung quanh thực quản thường lấy cùng với thực quản. Thực ra, di căn hạch trong UTTQ thường ở ngoài lồng ngực, hướng xuống phía dưới (hạch của động mạch vành vị và thân tạng), hoặc hướng lên trên (hạch của thần kinh quặt ngực). Hạch ở khí phế quản tương đối khó hơn nhưng cũng có thể lấy được [5]. Chúng tôi nạo vét hạch khá thuận lợi.

### KẾT LUẬN

Phẫu thuật CTQ không mở ngực có thể áp dụng để điều trị UTTQ và ung thư tâm vị, tránh được biến chứng do mở ngực, cải thiện chất lượng cuộc sống cho BN.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Thomas A.N., Dedo H.M.* Pharyngogastrostomy for treatment of severe caustic stricture of the pharynx and esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1977, 73, p.817.
2. *Ong G.B.* Resection and reconstruction of the esophagus. *Curr Probl Surg.* 1971.
3. *Orringer M.B., Sloan H.* Anterior mediastinal tracheostomy - indications, techniques and clinical experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1979, 78, pp.850-859
4. *Perrchia A., Bardini R.* Total esophagectomy without thoracotomy: results of a European questionnaire. *Int Surg.* 1986, 71, pp.171-175.
5. *Descottes B, Pouget X, Valleix D.* L'oesophagectomie sans thoracotomie. *Actualités Digestives*, 1986, 2, pp.65-66.
6. *Garvin P.J., Kaminski D.L.* Extrathoracic esophagectomy in the treatment of esophageal cancer. *Am J Surg.* 1980, 140, 772 – 778; *J.-Fr-Otorhinolaryngol.* 1983, 32, pp.561-563.
7. *Morenno-Gonzalez E, Gonzalez-Pinto I, Garcia-Garcia I, et al.* Esophageal resection by cervicoabdominal approach without thoracotomy. *Surg Today.* 1992, 22, pp.517-522.
8. *Tilanus W., Hop W.C.J. et al.* Esophagectomy with or without thoracotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1993, 105, pp.898-903.
9. *Richelme H., Baulieux J.* Le traitement des cancers de l'oesophage. *Monographies de l'Association Française de Chirurgie (AFC).* Masson. 1986.