

Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt gân toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày

Nguyễn Vũ Tuấn Anh, Nguyễn Viết Hải, Hồ Lê Minh Quốc, Trần Quang Đạt, Đặng Quang Thông, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Trung Tín, Võ Duy Long

Khoa Ngoại Tiêu hóa – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

Từ khóa:

Ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi, cắt gân toàn bộ dạ dày.

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Vũ Tuấn Anh
Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
215 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, TP. HCM
Điện thoại: 0989807713
Email: anh.nv1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/5/2020

Ngày duyệt: 03/8/2020

Ngày đăng bài: 27/8/2020

Tóm tắt

Đặt vấn đề: PTNS cắt bán phần dưới dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày đã dần được chấp nhận và áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, ngay cả với những phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm, PTNS cắt gân toàn bộ dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày, với phần dạ dày còn lại sau cắt rất nhỏ (10 – 20%), vẫn còn nhiều thử thách và nhiều tranh cãi, đặc biệt là khả năng nạo hạch hệ thống cũng như tái lập lưu thông sau cắt gân toàn bộ dạ dày. Tại Việt Nam, chưa có bất cứ nghiên cứu nào về phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt gân toàn bộ dạ dày nạo hạch tiêu chuẩn D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày, đặc biệt là cho nhóm ung thư biểu mô dạ dày vị trí 1/3 giữa.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, tại bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM có 40 người bệnh (NB) ung thư biểu mô dạ dày được PTNS cắt gân toàn bộ dạ dày và nạo hạch tiêu chuẩn D2 trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 5 năm 2019. Các dữ liệu lâm sàng và kết quả phẫu thuật được lượng giá.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình là 224,5 phút (từ 150 phút đến 360 phút), lượng máu mất trung bình là 25,6 ml (từ 10ml đến 200ml). Thời gian tái lập lưu thông trung bình là 32 phút (từ 15 phút đến 50 phút). Không có biến chứng trong mổ. Không có tử vong sau mổ. Biến chứng sau mổ gặp 2 trường hợp (5%): 1 tràn dịch màng phổi trái, và 1 nhiễm trùng vết mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 7,8 ngày (từ 5 đến 14 ngày). Không có trường hợp nào xì miệng nối dạ dày hồng tràng hoặc mồm tá tràng.

Kết luận: PTNS cắt gân toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày nạo hạch tiêu chuẩn là an toàn, khả thi. Hơn nữa kỹ thuật này có thể thực hiện đối với ung thư dạ dày 1/3 giữa, thậm chí 1/3 trên, và có thể áp dụng thường qui.

Early results of laparoscopic subtotal gastrectomy for gastric cancer

Nguyen Vu Tuan Anh, Nguyen Viet Hai, Ho Le Minh Quoc, Tran Quang Dat, Dang Quang Thong, Nguyen Hoang Bac, Nguyen Trung Tin, Vo Duy Long.

Abstract

Background: Laparoscopic distal gastrectomy for adenocarcinoma has been accepted and worldwide applied. However, even experienced surgeons, laparoscopic subtotal gastrectomy for adenocarcinoma, remaining small part of stomach (10 – 20%) are still challenges and discussable issue among surgeons around the world, especially in lymph node dissection and reconstruction of intestinal tract. Nowadays in Viet Nam, no research about laparoscopic subtotal gastrectomy with standard D2 lymph node dissection for adenocarcinoma is available, especially the lesion is located in one third part of stomach.

Materials and Method: This is a prospective study, conducted at the Pharmacy and Medicine University in Ho Chi Minh city. 40 patients underwent the laparoscopic subtotal gastrectomy associated with the standard lymph node dissection from Jan 2018 to May 2019 enrolled. The clinical database and surgical outcomes were assessed and quantified.

Results: The average operation time was 224,5 minutes (from 150 to 360 minutes), average blood loss is 25,6 ml (range, 10 to 90ml), average anastomosis time is 32 minutes (range, 15 to 50 minutes). No complications were observed during surgery. There were no deaths, and post-operative morbidity were two cases, accounted for 5%: one pleural effusion, and one surgical site infection. The average hospital length stay was 7,8 days (from 5 to 14 days). No leakage of gastrojejunostomy or duodenal stump fistula.

Conclusions: Laparoscopic subtotal gastrectomy with standard D2 lymph node dissection for gastric cancer is safe, feasible. Additionally, it is also reliable gastric cancers located in middle third, and even upper third of stomach, and could be routinely applied.

Key words: Gastric cancer, laparoscopic surgery, subtotal gastrectomy.

I. Đặt vấn đề

Ung thư biểu mô dạ dày là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp và gây tử vong nhiều nhất trên toàn thế giới (1). Tại những quốc gia có tỉ lệ mắc bệnh Ung thư dạ dày (UTDD) cao, như Ở Nhật Bản (2) và Hàn Quốc (3), phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt phần xa dạ dày đã được chấp nhận rộng rãi là một lựa chọn tốt thay cho mổ mở trong điều trị ung thư dạ dày, kể cả ung thư ở giai đoạn tiến triển (4), (5), (6).

Năm 1999, một nhóm báo cáo viên người pháp

(7) đã báo cáo loạt ca đầu tiên về PTNS cắt toàn bộ dạ dày. Kể từ đó, PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày, vốn là phương pháp phẫu thuật phức tạp, dần được báo cáo (8 - 12), và những dữ liệu về kết quả đang được báo cáo, cả ngắn hạn cũng như dài hạn. Tuy nhiên, đây là một phẫu thuật khó, đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên, với nhiều nguy cơ tai biến và biến chứng sau mổ, và tỉ lệ tai biến, biến chứng, dinh dưỡng cũng như thời gian sống còn sau mổ kém hơn nhiều so với phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày (6).

Phẫu thuật trong ung thư dạ dày phải đảm bảo lấy được toàn bộ khối u kèm với nạo vét hạch hệ thống. Trong khi đó, sự an toàn trong mổ và sau mổ cũng như chất lượng cuộc sống sau mổ cần được xem xét cẩn thận trước khi phẫu thuật viên quyết định kế hoạch điều trị. Mức độ cắt dạ dày được quyết định theo giai đoạn khối u, vị trí, kích thước, đặc điểm đại thể, và một số đặc điểm lâm sàng khác. Cắt dạ dày đủ rộng được định nghĩa là cắt hoàn toàn khối u nguyên phát với bờ cắt không có tế bào ung thư. Phẫu thuật cắt bán phần dạ dày được thực hiện khi đảm bảo bờ cắt gần không còn tế bào ung thư. Do vậy, với khối u dạ dày ở 1/3 dưới, phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày là thích hợp. Với khối u dạ dày ở 1/3 trên, phẫu thuật thích hợp là cắt bán phần trên dạ dày hoặc cắt toàn bộ dạ dày, tùy vào mức độ xâm lấn của khối u. Tuy nhiên, với khối u dạ dày ở 1/3 giữa, phương pháp cắt dạ dày vẫn còn nhiều tranh cãi. Một số nghiên cứu đề nghị phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày là phẫu thuật tiêu chuẩn nhằm cải thiện tỉ lệ sống còn sau mổ. Khi xem xét tính an toàn trong mổ và sau mổ cũng như chất lượng cuộc sống sau mổ, nhiều tác giả đề nghị phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày là một phương án thay thế để điều trị ung thư dạ dày 1/3 giữa.

Hơn nữa, PTNS cắt toàn bộ dạ dày làm mất đi chức năng của cơ vòng thực quản dưới, vốn đóng vai trò quan trọng trong cơ chế chống trào ngược dạ dày thực quản. Từ đó gây nên nhiều triệu chứng khác nhau sau mổ cắt dạ dày làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống sau mổ như ợ nóng, mau đầy bụng, nuốt khó. Một số phương pháp phẫu thuật giúp bảo tồn chức năng nhằm làm giảm các triệu chứng này, nhưng tính hiệu quả về lâu dài còn nhiều tranh cãi. Đối với ung thư 1/3 giữa dạ dày, vốn thường được chỉ định cắt toàn bộ dạ dày, hiện nay nhờ áp dụng tiêu chuẩn bờ cắt an toàn trên u 3 - 5 cm, nhiều tác giả đề nghị kỹ thuật phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày, vừa đảm bảo yêu cầu về mặt ung thư học, vừa giảm được các nguy cơ biến chứng của miệng nối thực quản – hồng tràng, vừa giúp bảo tồn chức năng phần dạ dày còn lại. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến kỹ

thuật PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày cũng đã phát triển từ lâu và đã đạt được những kết quả nhất định. Chúng tôi thực hiện đề tài “Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày” nhằm đánh giá vai trò của PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày trong điều kiện ở Việt Nam.

II. Phương pháp nghiên cứu:

1. Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu cắt ngang, mô tả.
 2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại khoa Ngoại Tiêu hóa - Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, trong thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 5 năm 2019.
 3. Đối tượng nghiên cứu: những người bệnh (NB) được chẩn đoán carcinôm tuyến ở một phần ba giữa dạ dày, chưa có xâm lấn cơ quan lân cận, chưa di căn xa, và điều trị bằng PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, nạo hạch tiêu chuẩn D2 theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội Ung thư Nhật Bản.
 4. Người bệnh (NB) được phân tích các yếu tố bao gồm tuổi, giới tính, kích thước thương tổn, độ biệt hóa tế bào, giai đoạn theo TNM, số hạch nạo vét được và thời gian thực hiện miệng nối và kết quả sớm sau mổ. Không tính tử vong do phẫu thuật trong vòng 30 ngày sau mổ.
 5. Kỹ thuật làm miệng nối dạ dày- tá tràng theo Billroth II hoặc Roux En Y.
- Tất cả các trường hợp trong đều được thực hiện miệng nối hoàn toàn qua phẫu thuật nội soi ổ bụng.
- Tư thế NB: nằm ngửa, đầu cao 15 độ, 2 chân dạng.
- Vị trí phẫu thuật viên:** Phẫu thuật viên chính đứng bên phải NB, người phụ một đứng bên trái, người phụ cầm camera đứng giữa hai chân bệnh nhân.
- Vị trí các trocar: 5 trocar: 10mm ở rốn (camera), 12mm hông phải, 5mm dưới sườn phải, dưới sườn

trái, và hông trái (**hình 1**).

Gan trái được treo lên để bộc lộ phẫu trường (**hình 2**).

Quan sát toàn thể ổ bụng và đánh giá tổn thương trên dạ dày, dịch bụng, tình trạng của gan, phúc mạc, mạc treo đại tràng ngang và các nhóm hạch.

Xác định bờ trên của khối u, dùng thước đo trong mổ để đánh dấu bờ cắt trên an toàn, nếu không rõ bờ trên của khối u thì sẽ nội soi dạ dày trong mổ để xác định chính xác vị trí khối u.

Nạo hạch tiêu chuẩn D2 theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản, bao gồm các nhóm hạch 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p, 12a.

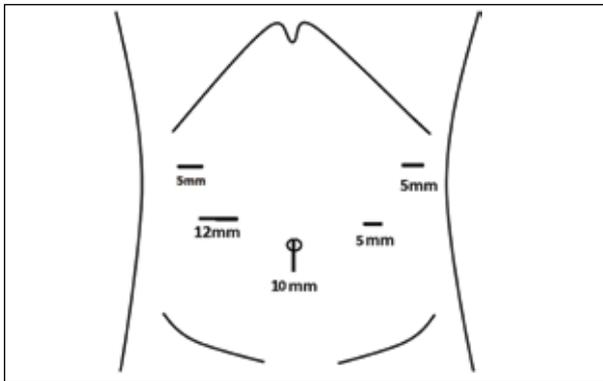
Cắt dạ dày và tái lập lưu thông tiêu hoá: Cắt ngang dạ dày theo vị trí đánh dấu bằng 2 máy khâu nối thẳng. Trước khi thực hiện miệng nối dạ dày – hồi tràng, bệnh phẩm sẽ được lấy ra ngoài ổ bụng

qua túi bệnh phẩm, bờ cắt trên sẽ được kiểm tra lại, nếu bờ cắt trên không đủ 5cm thì sẽ được cắt lạnh tức thì để kiểm tra, đảm bảo bờ cắt gán không còn tế bào ung thư.

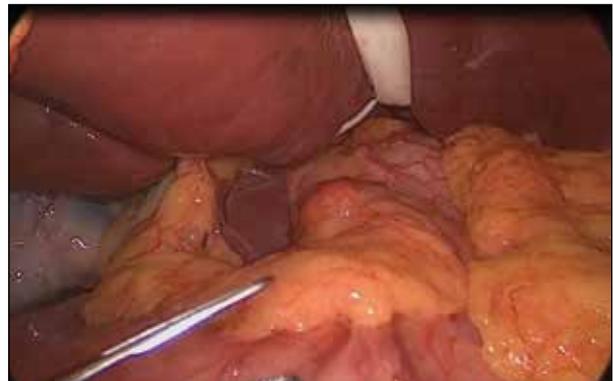
Phần dạ dày còn lại nằm sát lỗ thực quản tâm vị và 1 phần đáy vị (đài khoảng 2cm, thể tích dạ dày còn lại khoảng 10 – 20% so với dạ dày ban đầu). Rửa sạch vùng trên mạc treo đại tràng ngang bằng nhiều nước ấm. Nối dạ dày – hồi tràng theo 2 phương pháp sau hoàn toàn qua nội soi ổ bụng theo Roux En Y hoặc theo Billroth 2 có làm van chống trào ngược. Tất cả các trường hợp đều được khâu vùi mỗm tá tràng để giảm nguy cơ xì rò mỗm tá tràng.

Đặt ống dẫn lưu dưới gan.

Điều trị sau mổ: giảm đau, dinh dưỡng tĩnh mạch những ngày đầu sau mổ, ống dẫn lưu được rút sớm sau 3 – 4 ngày, cho uống nước đường sau mổ 1 ngày, cho ăn lỏng lại sau mổ 2 – 3 ngày.



Hình 1: Vị trí trocar



Hình 2: vén gan trái



Hình 3: Sau nạo hạch dạ dày



Hình 4: Đo xác định bờ cắt trên



Hình 5: Phần dạ dày còn lại



Hình 6: Sẹo mổ sau 6 tháng

III. Kết quả

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 5 năm 2019, chúng tôi thực hiện 40 trường hợp ung thư biểu mô dạ dày một phần ba giữa, được thực hiện PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, nạo hạch tiêu chuẩn D2. Có 24 nam (60%) và 16 nữ (40%) với độ tuổi trung bình là 62 tuổi (nhỏ nhất: 32 tuổi và lớn nhất: 76 tuổi). BMI trung bình là 22,6 (nhỏ nhất là 17,4, lớn nhất là 31,2).

Bệnh kèm theo gồm có 9 trường hợp (23%) gồm 5 trường hợp tăng huyết áp, 3 trường hợp đái tháo đường type 2 và 1 trường hợp tăng huyết áp kèm theo bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

Tất cả các trường hợp đều được thực hiện thành công hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Số lượng stapler trung bình là 4,6 cái (4 - 5 cái). Thời gian mổ trung bình là 220,5 phút (giao động trong khoảng 150 phút đến 360 phút).

Kích thước u trung bình là 3,4 cm (giao động từ 1 cm đến 7 cm), với 29 trường hợp (73%) có khối u nằm ở một phần ba giữa, và 11 trường hợp (27%) khối u ở hai phần ba giữa và dưới.

Đánh giá mức độ xâm lấn của khối u trên lâm sàng từ T1, T2, T3 - 4a lần lượt là 3, 12, 25 trường hợp (8%, 30% và 62%). Đánh giá lại mức độ xâm lấn của khối u sau mổ từ T1, T2,

T3 - 4a lần lượt là 3, 10, 27 trường hợp (8%, 25% và 67%).

Số lượng bệnh nhân có di căn hạch sau mổ là 24 trường hợp (60%), trong đó, xếp giai đoạn di căn hạch sau mổ lần lượt N0, N1 và N2-3 lần lượt là 16, 10 và 14 (40%, 25% và 35%). Đánh giá giai đoạn I, II, III sau mổ lần lượt là 5, 16 và 19 trường hợp (13%, 40% và 47%).

Lượng máu mất trung bình 22,6 ml (10 - 100 ml).

Thời gian nằm viện trung bình 7,8 ngày (5 - 14 ngày).

Diện cắt trên và dưới không có tế bào ung thư trong tất cả (100%) các trường hợp.

Biến chứng sau mổ gặp 2 trường hợp (5%): 1 tràn dịch màng phổi trái và 1 nhiễm trùng vết mổ. Tất cả đều được điều trị nội khoa ổn định, trường hợp tràn dịch màng phổi trái được điều trị nội khoa thành công và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 14.

Chưa ghi nhận các biến chứng sớm của phẫu thuật như: xì rò miệng nối dạ dày hồng tràng, hẹp miệng nối, xì rò mồm tá tràng, chảy máu, tụ dịch sau mổ, viêm tụy cấp và chưa ghi nhận tử vong trong loạt 40 ca đầu tiên này.

IV. Bàn luận

Theo hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật bản (2), mức độ

nao vết hạch phụ thuộc vào mức độ cắt dạ dày sao cho bờ cắt trên an toàn. Cắt phần xa dạ dày được chỉ định cho khối ung thư dạ dày ở một phần ba dưới, trong khi cắt toàn bộ dạ dày được chỉ định cho khối u chiếm toàn bộ dạ dày hoặc khối ung thư xâm lấn đến một phần ba trên của dạ dày. Theo hướng dẫn điều trị mới nhất (13), bờ cắt gần tối thiểu cần đạt được là 3 cm đối với khối ung thư nhóm 1 hoặc 2, trong khi tối thiểu là 5cm đối với khối ung thư thuộc nhóm 3 hoặc 4. Đối với khối ung thư dạ dày ở một phần ba giữa, một số có khoảng cách phù hợp đối với chỗ nối thực quản dạ dày, nên có thể bảo tồn một phần nhỏ dạ dày còn lại, không những nhằm giúp giảm các nguy cơ biến chứng của phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, mà còn giúp nâng cao chất lượng cuộc sống sau mổ cho NB. Các nghiên cứu trên thế giới (6) cho đến nay đều nhận thấy phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày có tỉ lệ tái biến và tử vong cao hơn hẳn so với phẫu thuật cắt bán phần dạ dày. Do đó, nếu tránh được phải phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày mà vẫn đảm bảo yêu cầu an toàn về mặt ung thư học, cần thiết phải xem xét phẫu thuật cắt gân toàn bộ dạ dày nhằm cải thiện kết quả sớm của phẫu thuật, cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống lâu dài cho người bệnh.

Hiện nay các phương pháp phẫu thuật kết hợp vừa điều trị, vừa bảo tồn chức năng trở thành lựa chọn hàng đầu trong PTNS cắt dạ dày tại Nhật Bản, và đang dần được áp dụng phổ biến tại Hàn Quốc, Trung Quốc (14). Tại Việt Nam chúng ta chưa có báo cáo về kỹ thuật cắt gân toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày, nên số liệu ban đầu của chúng tôi tại Khoa Ngoại Tiêu hóa bệnh viện Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh, sẽ trình bày về sự an toàn, lợi ích và khả năng có thể áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện trong nước.

Về kỹ thuật, qua số lượng ca ban đầu cho thấy không có nhiều khó khăn khi xác định vị trí khối u, việc đánh dấu bờ cắt gân thực hiện

đơn giản, kể cả đối với khối u thuộc thể thâm nhiễm (nhóm 3 hoặc 4), nhờ kết hợp với nội soi dạ dày đánh dấu vị trí trong mổ. Chúng tôi có 2 cách nối dạ dày – hồng tràng, có thể nối theo phương pháp Roux En Y hoặc nối theo Billroth II kết hợp với phẫu thuật làm van chống trào ngược. Đối với phương pháp nối theo Billroth II, miệng nối dạ dày hồng tràng là miệng nối duy nhất sau cắt dạ dày nên sẽ rút gấn thời gian hơn so với tái lập lưu thông kiểu Roux en Y, thường thời gian ngắn hơn 30 phút so với kiểu Roux en Y phải thêm thời gian làm miệng nối chân Y và khâu kín mạc treo ruột.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn tiến triển chiếm tỉ lệ rất cao, đặc biệt là ung thư giai đoạn T3 – T4a, chiếm 76%. Tỉ lệ NB di căn hạch cũng rất cao, chiếm 60%. Đặc điểm giai đoạn bệnh tiến triển này thường gặp ở các nước đang phát triển, và các nước chưa có hệ thống tầm soát quốc gia về ung thư dạ dày. Cho đến hiện nay, đã có nhiều báo cáo (4, 15, 16) về kết quả sớm cũng như lâu dài của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày, và các kết quả ghi nhận đến hiện tại đều rất tích cực. Theo Uyama (16), tỉ lệ biến chứng, tử vong và sống còn sau mổ tương tự nhau giữa PTNS so với mổ mở, với biến chứng (PTNS: 24,2% so với mổ mở: 28,5%, 33 p = 0,402), tử vong (PTNS: 1,1% so với mổ mở: 0%, p = 0,519) và sống còn không bệnh 5 năm sau mổ (PTNS: 65,8% so với mổ mở: 62%, p = 0,737). Chen (17) phân tích gộp 13 nghiên cứu quan sát và 2 nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên với 2519 NB ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển. Kết quả cho thấy thời gian mổ trung bình ở nhóm PTNS dài hơn 48,7 phút so với mổ mở (WMD = 48,67 min, 95% CI 34,09 đến 63,26, p < 0,001). Lượng máu mất trong mổ ở nhóm PTNS ít hơn (WMD = -139,01 ml, 95% CI -174,57 đến -103,44, p < 0,001). Số lượng hạch nạo vét được không khác nhau có ý nghĩa giữa hai nhóm (WMD = -0,07, 95% CI -1,03 đến

0,89, $p = 0,88$). Tỷ lệ tử vong được mô tả ở bảy nghiên cứu và cho thấy không có sự khác nhau có ý nghĩa giữa hai nhóm ($RR = 0,78$, 95% CI 0,30 đến 2,04, $p = 0,61$). Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp hơn ở nhóm PTNS ($RR = 0,74$, 95% CI 0,61 đến 0,90, $p = 0,003$). Tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh không khác nhau giữa hai nhóm, với 1 năm ($RR = 1,01$, 95% CI 0,96 đến 1,05, $p = 0,79$); 3 năm ($RR = 1,08$, 95% CI 0,99 đến 1,17, $p = 0,07$); 5 năm ($RR = 1,03$, 95% CI 0,96 đến 1,11, $p = 0,39$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, không ghi nhận xì hay hẹp miệng nối, không ghi nhận chảy máu miệng nối. Sau 1 ngày có thể cho uống đường miệng, người bệnh ăn lại vào ngày thứ 2 - 3, nằm viện trung bình 7,8 ngày.

Tại Việt Nam chúng ta chưa triển khai PTNS hoàn toàn cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày, có thể do những báo cáo trước đây cho lo ngại phẫu thuật này không đảm bảo an toàn về mặt ung thư học, khó khăn trong quá trình xác định bờ cắt an toàn, cũng như khó khăn trong quá trình thực hiện tái lập lưu thông tiêu hóa. Tuy nhiên các kết quả tin cậy gần đây (6, 15) và với báo cáo qua loạt ca của chúng tôi cho thấy tỷ lệ biến chứng thấp. Ngoài ra còn liên quan đến chi phí khi sử dụng Stapler nội soi, do đó chúng tôi đã có cải tiến nhằm giảm Stapler hơn so với các tác giả nước ngoài. Chúng tôi thực hiện miệng nối dạ dày – hồng tràng chỉ với 1 Stapler, và tổng cộng ca mổ sử dụng 4 - 5 stapler. Lí do giảm được stapler vì sau khi dùng stapler để nối dạ dày hồng tràng hoặc hồng tràng – hồng tràng, chúng tôi khâu tay để đóng lại lỗ hở của máy khâu nối, từ đó tiết kiệm được 1 - 2 stapler nội soi.

V. Kết luận

PTNS hoàn toàn cắt gần toàn bộ dạ dày, nạo hạch triệt để điều trị ung thư dạ dày là khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ

dày, đặc biệt là ung thư dạ dày ở vị trí một phần ba giữa.

Tài liệu tham khảo

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018;68(6):394-424.
2. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*. 2017;20(1):1-19.
3. Lee JH, Kim JG, Jung HK, Kim JH, Jeong WK, Jeon TJ, et al. Clinical practice guidelines for gastric cancer in Korea: an evidence-based approach. *J Gastric Cancer*. 2014;14(2):87-104.
4. Shinohara T, Satoh S, Kanaya S, Ishida Y, Taniguchi K, Isogaki J, et al. Laparoscopic versus open D2 gastrectomy for advanced gastric cancer: a retrospective cohort study. *Surgical endoscopy*. 2013;27(1):286-94.
5. Hur H, Lee HY, Lee HJ, Kim MC, Hyung WJ, Park YK, et al. Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: the protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC cancer*. 2015;15:355.
6. Suda K, Nakauchi M, Inaba K, Ishida Y, Uyama I. Minimally invasive surgery for upper gastrointestinal cancer: Our experience and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2016;22(19):4626-37.
7. Azagra JS, Goergen M, De Simone P, Ibanez-Aguirre J. Minimally invasive surgery for gastric cancer. *Surg Endosc*. 1999;13(4):351-7.
8. Matsui H, Uyama I, Sugioka A, Fujita J, Komori Y, Ochiai M, et al. Linear stapling forms improved anastomoses during esophagojejunostomy after a total gastrectomy. *Am J Surg*. 2002;184.
9. Usui S, Yoshida T, Ito K, Hiranuma S, Kudo SE, Iwai T. Laparoscopy-assisted total gastrectomy for early gastric cancer: comparison with conventional open total gastrectomy. *Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques*. 2005;15.
10. Mochiki E, Toyomasu Y, Ogata K, Andoh H, Ohno T, Aihara R, et al. Laparoscopically assisted total gastrectomy with lymph node dissection for upper and middle gastric cancer. *Surg Endosc*. 2008;22.
11. O. J, K.Y. P. Intracorporeal circular stapling esophagojejunostomy using the transorally inserted anvil (OrVilTM) after laparoscopic total gastrectomy. *Surg Endosc*. 2009;23:2624-30.
12. Shinohara T, Kanaya S, Taniguchi K, Fujita T, Yanaga K, Uyama I. Laparoscopic total gastrectomy

- with D2 lymph node dissection for gastric cancer. Archives of surgery (Chicago, Ill : 1960). 2009;144(12):1138-42.
13. Japanese Gastric Cancer A. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). Gastric Cancer. 2020.
 14. Nunobe S, Hiki N. Function-preserving surgery for gastric cancer: current status and future perspectives. Translational gastroenterology and hepatology. 2017;2:77.
 15. Nakauchi M, Suda K, Nakamura K, Shibasaki S, Kikuchi K, Nakamura T, et al. Laparoscopic subtotal gastrectomy for advanced gastric cancer: technical aspects and surgical, nutritional and oncological outcomes. Surgical endoscopy. 2017;31(11):4631-40.
 16. Uyama I, Suda K, Satoh S. Laparoscopic surgery for advanced gastric cancer: current status and future perspectives. J Gastric Cancer. 2013;13(1):19-25.
 17. Chen K, Xu XW, Mou YP, Pan Y, Zhou YC, Zhang RC, et al. Systematic review and meta-analysis of laparoscopic and open gastrectomy for advanced gastric cancer. World journal of surgical oncology. 2013;11:182.