

Kết quả dài hạn phẫu thuật nội soi một cổng điều trị ung thư đại tràng

Phạm Trung Vỹ, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Văn Tiến Nhân, Trần Nghiêem Trung, Phạm Minh Đức, Phạm Xuân Đông, Mai Trung Hiếu, Vũ Hoài Anh, Đỗ Văn Gia Khánh, Phạm Như Hiên

Bệnh viện Trung ương Huế

Từ khóa:

Ung thư đại tràng (ĐT), Phẫu thuật nội soi một cổng.

Địa chỉ liên hệ:

Phạm Trung Vỹ
 Bệnh viện Trung ương Huế
 16 Lê Lợi –TP. Huế
 Điện thoại: 0905694005
 Email: trungvybao2006@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 19/5/2020

Ngày duyệt: 03/8/2020

Ngày đăng bài: 27/8/2020

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi một cổng (PTNSMC) ung thư đại tràng có theo dõi và đánh giá kết quả sống còn sau mổ.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu gồm 114 người bệnh (NB) ung thư đại tràng (UTĐT) được phẫu thuật nội soi một cổng từ tháng 12/2011 được theo dõi đến tháng 12/2018 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Tuổi trung bình (TB) $57,1 \pm 14,2$ tuổi (25 - 87), tỷ lệ nam/nữ 1,6/1, tăng CEA trước mổ 54,4%, kích thước u TB $4,9 \pm 2,5$ cm (1 - 7,5). Phương pháp phẫu thuật: cắt nửa đại tràng phải 73,7%, cắt nửa đại tràng trái 14,9%, cắt đoạn đại tràng sigma 11,4%, đặt thêm 1 trocar hỗ trợ 16,7%, không có tử vong cũng như các tai biến trong mổ. Thời gian phẫu thuật $163,5 \pm 75,5$ phút (120 - 290), số hạch thu được $16,2 \pm 4,5$ hạch (12 - 25), thời gian nằm viện $7,5 \pm 6,1$ ngày (6 - 15). Giai đoạn (GD): GD1: 30,7%; GD2: 43,9%; GD3: 25,4%. Thời gian theo dõi $38,2 \pm 17,5$ tháng (6 - 84), 5 NB tái phát tại vùng 4,4%, 3 NB tiến triển di căn xa 2,6%. Sống còn toàn bộ sau 2 năm 96,2%, sau 5 năm 75,7%, sống còn 5 năm theo giai đoạn: GD1: 90,9%; GD2: 71,6%; GD3: 20,8% ($p < 0,0001$).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi một cổng ung thư đại tràng là khả thi và an toàn, giá trị thẩm mỹ là vết rạch ngắn, được che phủ bởi rốn. Kết quả lâu dài về mặt ung thư học là tương tự với phẫu thuật nội soi truyền thống trong ung thư đại tràng.

Long - term follow - up results of single port laparoscopic colectomy for colon cancers

Phạm Trung Vy, Phạm Nhu Hiep, Ho Huu Thien, Phạm Anh Vu, Phan Hai Thanh, Nguyen Thanh Xuan, Van Tien Nhan, Tran Nghiem Trung, Phạm Minh Đức, Phạm Xuân Đông, Mai Trung Hiếu, Vũ Hoài Anh, Đỗ Văn Gia Khanh, Phạm Như Hiên

Abstract

Objectives: Evaluation of results of single port laparoscopic surgery (SPLS) for colon cancer with follow up of survival.

Materials and methods: Prospective study of 114 patients suffering from colon cancer underwent SPLS from December 2011, were followed up until December 2018 at Hue Central Hospital.

Results: Average age was 57.1 ± 14.2 years (25 - 87), male/female was 1.6/1, pre-operative elevated level of CEA was 54.4%, average tumor size 4.9 ± 2.5 cm (1 - 7.5). Surgical techniques included right hemicolectomy 73.7%,

left hemicolectomy 14.9% and sigmoidectomy 11.4%, additional one more trocar was 16.7%. No death and nor complications were observed during surgery. Time of surgery was 163.5 ± 75.5 minutes (120 - 290), mean lymph nodes harvest 16.2 ± 4.5 nodes (12 - 25), mean hospital length stay was 7.5 ± 6.1 days (6 - 15). Stage I: 30.7%; stage II: 43.9%; stage III: 25.4%. Follow-up time was 38.2 ± 17.5 months (6 - 84), local recurrence was in 5 patients accounted for 4.4%, 3 patients with distal metastasis 2.6%, overall survival rates after 2 years accounted for 96.2%, after 5 years in 75.7%, 5 years of survival according to stage were : stage I in 90.9%, stage II in 71.6%, stage III in 20.8% ($p < 0, 0001$). Conclusion: Single port laparoscopic surgery for colon cancer is feasible and safe, cosmetic aspect is a short incision, hidden by the umbilicus. Long-term results in oncology are equivalent to conventional laparoscopic surgery.

Keywords: Colon cancer, Single port laparoscopic surgery.

I. Đặt vấn đề

Phẫu thuật nội soi (PTNS) một cổng là kỹ thuật mới được ứng dụng gần đây trong kỹ thuật xâm nhập tối thiểu điều trị ung thư đại tràng (UTĐT). Cách tiếp cận mới này được mô tả đầu tiên bởi Bucher và Remzi vào năm 2008 [7], [10].

PTNSMC đã cho thấy một số lợi điểm, rõ ràng nhất là vấn đề thẩm mỹ do giảm số lượng các vết mổ thành bụng [3]. Ngoài ra, giảm đau hậu phẫu và giảm tỷ lệ biến chứng so với phẫu thuật nội soi truyền thống đã được một số tác giả nghiên cứu báo cáo [2], [7]. Tuy nhiên, một số bất lợi có thể nhận thấy khi tiến hành kỹ thuật này bao gồm khó khăn trong việc bộc lộ phẫu trường và thao tác có thể làm kéo dài thời gian phẫu thuật, tính an toàn và cuối cùng là kết quả lâu dài về mặt ung thư học [2], [9], [12].

Những nghiên cứu về kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi một cổng UTĐT đã có nhiều báo cáo trong và ngoài nước, tuy nhiên đánh giá kết quả lâu dài về mặt ung thư học cần tiếp tục được nghiên cứu báo cáo, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả từ việc ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng ung thư đại tràng với việc sử dụng các dụng cụ thẳng truyền thống có theo dõi và đánh giá kết quả sống còn sau mổ.

II. Trường hợp lâm sàng

- Đối tượng nghiên cứu gồm những người bệnh UTĐT phải, ĐT trái và sigma với kích thước u trên CT bụng $< 6\text{cm}$, T1-3 đánh giá dựa vào CT scan 34

hoặc 64 lát cắt, không có di căn xa trên CT ngực - bụng - chậu, ASA từ 1 - 3, BMI dưới 25kg/m^2 . Người bệnh được phẫu thuật cấp cứu, khối u T4 hoặc chuyển mổ mở bị loại trừ.

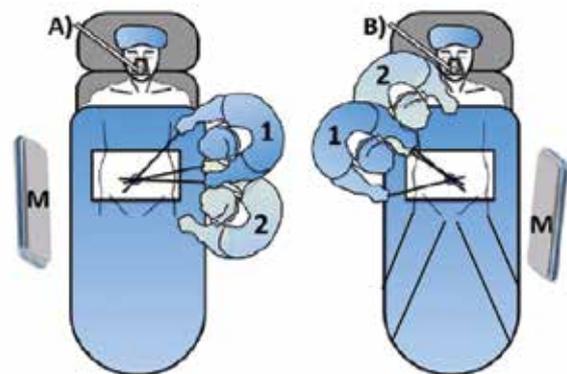
- Các NB ung thư đại tràng được lựa chọn liên tiếp, NB đồng ý và được phẫu thuật nội soi một cổng tại Bệnh viện Trung ương Huế. Thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2011 đến 12/2018.

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng có theo dõi và đánh giá tái khám.

III. Kỹ thuật phẫu thuật

- Chuẩn bị trước phẫu thuật tương tự như đối với phẫu thuật nội soi đại tràng. NB được gây mê toàn thân, đặt tư thế nằm ngửa đối với UTĐT phải và tư thế sản khoa đối với UTĐT trái và sigma, đặt ống thông bàng quang.

- Vị trí phẫu thuật viên và người cầm camera như hình vẽ.



Hình 1. Vị trí phẫu thuật viên và người cầm camera

A: Cắt đại tràng phải, B: Cắt đại tràng trái, sigma

- Rạch da theo chiều dọc xuyên qua rốn (2-2,5 cm) và đặt dụng cụ một cổng của Covidien. Sử dụng các dụng cụ thẳng truyền thống cùng với camera 30° (đường kính 5,5mm, dài 60cm) và dao siêu âm (Ultracision, Ethicon) để phẫu tích.

- Tiến hành kỹ thuật giống như PTNS truyền thống: Phẫu tích và di động ĐT theo kỹ thuật giữa – bên, bên – giữa hoặc kết hợp, các bó mạch được thắt sát gốc bằng clips kèm vết hạch D2 hoặc D3. Trong trường hợp khó khăn, một hoặc nhiều trocar có thể được đặt thêm.



Hình 2. Vị trí các dụng cụ trong mổ và vết mổ sau 2 năm

- Bệnh phẩm được lấy qua vị trí đặt dụng cụ 1 cổng, có đặt dụng cụ bảo vệ, có thể mở rộng vết mổ nếu cần. Với ĐT phải, miệng nối hồi - đại tràng ngang được thực hiện ngoài cơ thể. Với ĐT trái, miệng nối có thể thực hiện bằng máy khâu nối vòng.

lượng hạch dương tính. Dữ liệu người bệnh được hiển thị dưới dạng trung bình (s.d) trừ khi được chỉ định khác.

IV. Đánh giá và phân tích

V. Kết quả

- Đặc điểm chung của người bệnh, tỷ lệ đặt thêm troca được ghi nhận. Người bệnh được chia thành 2 nhóm: PTNS một cổng, nhóm đặt troca bổ sung để phân tích các yếu tố và biến chứng trong - sau mổ, đau sau mổ, phân tích bệnh phẩm, thời gian nằm viện cũng như sống thêm sau mổ.

Kết quả nghiên cứu được thể hiện qua các bảng sau:

- Đau sau mổ được đánh giá bằng thang điểm VAS, khi người bệnh hoàn toàn tỉnh táo. Liệu pháp giảm đau tiêu chuẩn là paracetamol truyền tĩnh mạch (60mg mỗi kg mỗi 24 giờ), được điều chỉnh sau khi đánh giá đau.

Bảng 1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n = 114	%
Tuổi trung bình (tuổi)	57,1 ± 14,2 (25-87)	
Tỷ lệ nam/nữ	70/44	1,6/1
CEA trước mổ		
< 5ng/ml	52	45,6
≥ 5ng/ml	62	54,4
Kích thước u trung bình trên CT (cm)	4,9±2,5 (1-7,5)	
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt nửa đại tràng phải	84	73,7
Cắt nửa đại tràng trái	17	14,9
Cắt đoạn đại tràng sigma	13	11,4
Tỷ lệ đặt thêm 1 trocar	19	16,7

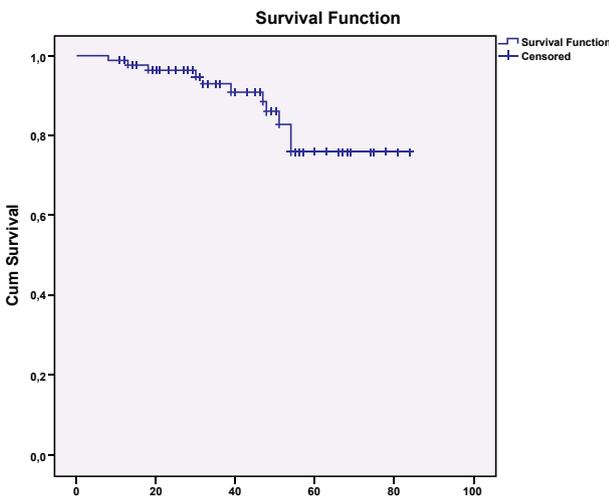
- Bệnh phẩm được phân tích về kích thước u, độ biệt hóa cũng như số lượng hạch thu được và số

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

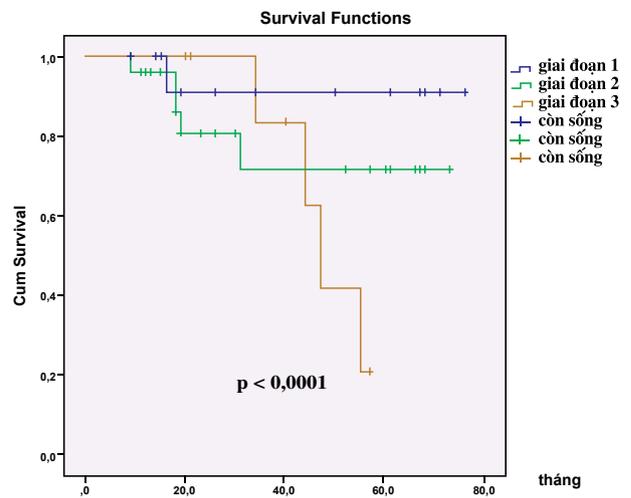
Kết quả phẫu thuật	n	%
Thời gian phẫu thuật (phút)	163,5 ± 75,5 (120 - 290)	
Tai biến, biến chứng		
Chảy máu	0	0
Dò miệng nối gây viêm phúc mạc	1	0,9
Nhiễm trùng vết mổ	4	3,5
Kích thước đường mổ (cm)	5,8 ± 2,2 (2 - 10)	
Số hạch thu được trung bình	16,2 ± 4,5 (12 - 25)	
Thời gian nằm viện (ngày)	7,5 ± 6,1 (6 - 15)	
Chiều dài bệnh phẩm trung bình (cm)	20,4 ± 4,5 (14 - 35)	
Giai đoạn ung thư		
Giai đoạn I	35	30,7
Giai đoạn II	50	43,9
Giai đoạn III	29	25,4

Bảng 3. Kết quả theo dõi - tái khám

Kết quả theo dõi - tái khám	n	%
Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	38,2 ± 17,5 (6 - 84)	
Tắc ruột sau mổ	2	1,8
Thủng túi bọt hồi tràng	1	0,9
Hạch lớn chèn ép niệu quản	2	1,8
Đóng mở thông hồi tràng (sau 6 tháng)	1	0,9
Thoát vị vết mổ	1	0,9
Tăng CEA sau mổ (5ng/ml)	25	21,9
Di căn hạch	5	4,4
Di căn xa (1 gan, 1 phổi, 1 đa cơ quan)	3	2,6
Sống còn theo Kaplan-Meier		
Sống còn toàn bộ (tháng)	61,7 ± 3,9 (54,1 - 69,3)	
Sống còn sau 2 năm	96,2%	
Sống còn sau 5 năm	75,7%	



Hình 3a: Sống còn toàn bộ



Hình 3b: Sống còn theo giai đoạn

- Sống còn sau 2 năm: GD1: 90,9%, GD2: 80,5% và GD3: 83,3%.

- Sống còn sau 5 năm: GD1: 90,9%, GD2: 71,6%, GD3: 20,8% ($p < 0,0001$)

VI. Bàn luận

Mặc dù gặp khó khăn bước đầu trong việc ứng dụng kỹ thuật PTNSMC, nghiên cứu này với 114 người bệnh liên tiếp nhau được thực hiện kỹ thuật PTNSMC, chúng tôi không gặp tử vong và biến

chứng nội khoa, 1 NB xuất hiện dò miệng nối sau mổ cho thấy việc ứng dụng PTNSMC trong cắt ĐT do ung thư khả thi và an toàn.

Việc tiến hành PTNSMC với dụng cụ thẳng truyền thống đã gặp không ít khó khăn về trường quan sát và thực hiện phẫu thuật với các dụng cụ song song. Bên cạnh đó là sự xung đột giữa các dụng cụ. Chúng tôi sử dụng camera 30°, đường kính 5mm với chiều dài 60cm (dài hơn so với dụng cụ thao tác 45cm - hình 2) và tiến hành với kỹ thuật bất

chéo dụng cụ để giảm tác động của vấn đề này. Tuy nhiên, trong một số trường hợp do không đủ sự căng, dao điện đơn cực gặp khó khăn, sử dụng dao siêu âm là giải pháp phù hợp. Hầu hết các nghiên cứu đã chứng minh tính khả thi và an toàn của PTNSMC [2], [4], [5], [8].

Đặt thêm 1 trocar ở hố chậu phải hoặc trái trong nghiên cứu là 16,7%, những trường hợp đặt thêm từ 2 trocar chúng tôi xem như chuyển về PTNS truyền thống hoặc các trường hợp chuyển mổ mở bị loại trừ khỏi nghiên cứu. Nghiên cứu này ghi nhận thời gian phẫu thuật 163.5 ± 75.5 phút (120 - 290) tương tự với một số nghiên cứu trước đây về PTNS truyền thống trong UTĐT từ 90 - 240 phút [1]. Một số nghiên cứu ghi nhận thời gian PTNSMC dài hơn so với PTNS truyền thống như Chen W.T.L và cộng sự là 175 phút (145 - 280) [8]. Tuy nhiên, theo Keller D.S và cộng sự [9] báo cáo nghiên cứu trên 500 NB PTNSMC ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình $149,89 \pm 61,98$ phút và theo tác giả, PTNSMC nên được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi và khi kỹ thuật này trở thành thường quy, yếu tố thời gian không còn khác nhau giữa hai kỹ thuật [9] [12].

Chiều dài vết mổ trung bình của nghiên cứu này là 5.8 ± 2.2 cm (2 - 10), một số tác giả có chiều dài vết mổ thấp hơn như nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thịnh [5] là 4.5 ± 0.8 cm, nghiên cứu của Chen W.T.L và cộng sự [8] là 4cm (3 - 6) và với chiều dài như vậy vết mổ gần như bị che khuất sau mổ bởi rốn.

Về tính an toàn, nghiên cứu này ghi nhận nhiễm trùng vết mổ 3.5% và 1 trường hợp dò miệng nối chiếm tỷ lệ 0.9%. Tỷ lệ biến chứng thấp cũng được báo cáo trong các nghiên cứu khác như Nguyễn Minh Hải và Lâm Việt Trung [1] gặp biến chứng chung 6.2% (5/80 NB), trong đó nhiễm trùng vết mổ 5% (4/80 NB) và tụ máu thành bụng lỗ trocar 1.2% (1/80 NB), Dương Bá Lập và cộng sự [4] có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ 4.5% (1/22 NB), tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả có 1 NB tử vong sau mổ, nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thịnh [5] ghi nhận tỷ lệ xì miệng nối của PTNS một vết mổ cắt ĐT phải

là 2,1%.

Với thời gian theo dõi trung bình 38.2 ± 17.5 tháng (6 - 84), tỷ lệ tái phát tại chỗ, di căn tương tự với nghiên cứu trước đây của chúng tôi về PTNS truyền thống UTĐT, thoát vị vết mổ gặp 0.9% là thoát vị khởi phát muộn, loại 2 theo phân loại của Tonouchi. Tắc ruột sau mổ điều trị nội khoa thành công 1.8%, thủng túi thừa hồi tràng được phẫu thuật khâu lỗ thủng ở tuyến dưới 0.9%, hiện tại NB này vẫn còn sống sau mổ 73 tháng, lao động được và tái khám, theo dõi định kỳ. Trong nghiên cứu cũng theo dõi và đóng mở thông hồi tràng cho 1 NB có biến chứng bực xì miệng nối sau mổ ngày thứ 8 (NB được mổ lại, khâu chỗ bực, rửa sạch - dẫn lưu ổ phúc mạc và mở thông hồi tràng), hiện NB còn sống sau 61 tháng. Về mặt ung thư học, số lượng hạch thu được trong nghiên cứu này đã đáp ứng được yêu cầu về mặt ung thư học là 16.2 ± 4.5 hạch (12 - 25) (tiêu chuẩn từ 12 hạch [11]), chiều dài bệnh phẩm trung bình 20.4 ± 4.5 cm (14 - 35) tương đương với nghiên cứu của Chen W.T.L và cộng sự là 16cm (5 - 21cm) [8]. Tỷ lệ sống sót toàn bộ sau mổ 2 năm là 96.2% và sau 5 năm là 75.7%, tỷ lệ sống thêm trung bình giảm dần theo độ tăng GD ung thư, trong đó sống thêm sau 5 năm GD1: 90.9%, GD2: 71.6%, GD3 (giai đoạn có hạch dương tính) là 20,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.0001$. Kết quả này phù hợp với phần lớn các nghiên cứu về giai đoạn bệnh càng tiến triển thì tỷ lệ tái phát sau mổ càng cao và tỷ lệ sống thêm sau mổ càng thấp, tỷ lệ sống thêm 5 năm trong UTĐT theo nghiên cứu của Tô Quang Huy và cộng sự [3] là 77.4%, Bockelman C và cộng sự [6] nghiên cứu tổng hợp 25 nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sống không bệnh sau 5 năm GD2 là 81.4% và GD3 là 49.0%.

VII. Kết luận

Phẫu thuật nội soi một cổng ung thư đại tràng là khả thi và an toàn, giá trị thẩm mỹ là vết rạch ngắn, được che phủ bởi rốn. Kết quả lâu dài về mặt ung thư học là tương tự với phẫu thuật nội soi truyền thống trong ung thư đại tràng.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung (2010), Phẫu thuật đại trực tràng qua nội soi ổ bụng, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 14(2), tr. 177 – 181.
2. Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh và cs (2014), Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng: Kinh nghiệm của bệnh viện Trung ương Huế, *Tạp chí y dược học quân sự*, Số 2, tr. 128 – 135.
3. Tô Quang Huy, Nguyễn Đại Bình, Bùi Diệu (2010), Kết quả sống thêm 5 năm sau điều trị triệt căn 158 ung thư biểu mô đại trực tràng xếp loại Dukes B-C, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 14(4), tr. 263-268.
4. Dương Bá Lập, Đỗ Minh Hùng (2014), Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và đại tràng chậu hông qua một vết rạch da, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 18(1), tr. 52-57.
5. Nguyễn Hữu Thịnh (2015), Hiệu quả của phẫu thuật nội soi một vết mổ cắt đại tràng do ung thư, Luận án tiến sĩ y học, *Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh*.
6. Bockelman C, Engelmann B, Kaprio T et al (2015), Risk of recurrence in patients with colon cancer stage II and III: A systematic review and meta-analysis of recent literature, *Acta Oncologica*, Vol.54, p. 5–16.
7. Bucher P, Pugin F, Morel P. Single port access laparoscopic right hemicolectomy. *Int J Colorectal Dis.*2008;23, p.1013–1016.
8. Chen W.T, Chang S.C, Chiang H.C, Lo W.Y, Jeng L.B, Wu C (2011), Single-incision laparoscopic versus conventional laparoscopic right hemicolectomy: a comparison of shortterm surgical results. *SurgEndosc*; (25), p.1887-1892.
9. Keller D.S, Flores-Gonzalez J.R, Ibarra S (2016), Review of 500 single incision laparoscopic colorectal surgery cases - Lessons learned, *World J Gastroenterol*, Vol.22(2), p. 659-667.
10. Remzi F.H, Kirat H.T, Kaouk J.H, Geisler D.P (2008), Single port laparoscopy in colorectal surgery. *Colorectal Dis.*, (10), p.823– 826.
11. Steele S.R, Chang G.J, Hendren S et al (2015), Practice guideline for the surveillance of patients after curative treatment of colon and rectal cancer, *The American society of colon & rectal surgeons*, Vol.58, p.713–725.
12. Takemasa I, Sekimoto M, Ikeda M et al (2010), Transumbilical single-incision laparoscopic surgery for sigmoid colon cancer. *Surg Endosc* (24):2321.