

# Kết quả sớm của phẫu thuật cắt đa tạng điều trị ung thư đại tràng cT4b

Lê Minh Triết, Ung Văn Việt, Nguyễn Hữu Thịnh, Trần Đức Huy

Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

## Địa chỉ liên hệ:

Lê Minh Triết,

Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Số 215 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, TP Hồ Chí Minh

Điện thoại: 0394 202 000

Email: triet.lm@umc.edu.vn

**Ngày nhận bài: 14/9/2024**

**Ngày chấp nhận đăng:**

**24/10/2024**

**Ngày xuất bản: 10/11/2024**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Nghiên cứu đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt đa tạng điều trị ung thư đại tràng cT4b qua các phương diện: tỉ lệ pT4b, tỉ lệ diện cắt R0, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất ...

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Từ 01/2019 đến 01/2023, có 52 trường hợp phẫu thuật cắt đa tạng điều trị ung thư đại tràng cT4b tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh được đưa vào nghiên cứu.

**Kết quả:** Trong 52 trường hợp trong nghiên cứu, có 67,3% trường hợp phẫu thuật nội soi, 21,2% trường hợp phẫu thuật cấp cứu do biến chứng của u đại tràng, thời gian phẫu thuật trung bình là  $184,5 \pm 68,6$  phút, lượng máu mất trung bình là  $112,5 \pm 146,0$  ml, tỉ lệ pT4b là 44,2%, tỉ lệ diện cắt R0 là 96,2%.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt đa tạng điều trị ung thư đại tràng cT4b an toàn, khả thi, có tỉ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ chấp nhận được.

**Từ khóa:** Phẫu thuật cắt đa tạng, ung thư đại tràng, cT4b

## Early results of multivisceral resection for cT4b colon cancer

Le Minh Triet, Ung Van Viet, Nguyen Huu Thinh, Tran Duc Huy

University Medical Center at Ho Chi Minh City

### Abstract

**Introduction:** The study evaluates early results: pT4b rate, R0 resection margin rate, intraoperative complications, postoperative complications, operating time, blood loss... of multivisceral resection for cT4b colon cancer treatment.

**Patients and Methods:** It's a cross sectional study. From 01/2019 to 01/2023, there were 52 cases of multivisceral resection to treat cT4b colon cancer at the Ho Chi Minh University Medical Center enrolled in study.

**Results:** Among 52 cases in the study, 67.3% had laparoscopic surgery, 21.2% had emergency surgery, the average operating time was  $184.5 \pm 68.6$  minutes, the average blood loss was  $112.5 \pm 146.0$  ml, pT4b rate was 44.2%, R0 resection margin rate was 96.2%.

**Conclusions:** Multivisceral resection in cT4b colon cancer treatment is safe, feasible, with acceptable intraoperative and postoperative complication rate.

**Keywords:** multivisceral resection, colon cancer, cT4b

### Đặt vấn đề

Ung thư đại tràng là một trong những bệnh lí ác tính thường gặp nhất trên thế giới cũng như tại Việt Nam, với điều trị phẫu thuật giữ vai trò chủ đạo. Tại thời điểm chẩn đoán, có đến 5-20 % người bệnh có khối u tiến triển tại chỗ tại vùng (cT4) mà chưa xuất hiện di căn xa<sup>1-3</sup>. Ung thư đại tràng có thể xâm lấn vào các cấu trúc hoặc cơ quan lân cận (cT4b) như phúc mạc, thành bụng, ruột non, dạ dày, gan, tụy, lách, các tạng vùng chậu... Trong đó, có khoảng 1/3

- 2/3 trường hợp là xâm lấn thật sự về mặt mô học (pT4b)<sup>1,2,4,5</sup>. Việc chẩn đoán phân biệt giữa phản ứng viêm dính của khối u và xâm lấn thực sự khá khó khăn, nhất là đối với bác sĩ phẫu thuật trong cuộc mổ. Tuy nhiên, nhìn chung việc tách khối u ra khỏi các tạng dính vào sẽ dẫn đến gieo rắc tế bào u vào ổ bụng, tăng nguy cơ tái phát tại chỗ, và giảm thời gian sống còn của người bệnh. Vì vậy, việc cắt u và tạng bị xâm lấn thành một khối được xem là biện pháp tốt nhất để điều trị triệt để cho người bệnh<sup>1,4</sup>.

Cùng với sự phát triển của điều trị hỗ trợ/ tân hỗ trợ, kỹ thuật mổ, dụng cụ phẫu thuật, và sự hiểu biết rõ hơn về các cấu trúc giải phẫu, phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư đại tràng xâm lấn ngày càng có triển vọng. Trong đó, phẫu thuật cắt đa tạng (multivisceral resection) - được định nghĩa là phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ cơ quan mang khối u, cùng với cơ quan hoặc cấu trúc dính hoặc bị xâm lấn bởi khối u<sup>5</sup> - được xem là phẫu thuật triệt căn nếu đảm bảo diện cắt u không còn tế bào ác tính và nạo vét hạch vùng triệt để. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh phẫu thuật cắt đa tạng là an toàn, hiệu quả, đem lại kết quả lâu dài rất khả quan trong điều trị ung thư đại tràng cT4b<sup>1-5</sup>. Tuy nhiên, tại Việt Nam, còn rất ít nghiên cứu về phẫu thuật cắt đa tạng trong điều trị ung thư đại tràng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này trả lời câu hỏi nghiên cứu: Phẫu thuật cắt đa tạng điều trị ung thư đại tràng cT4b có an toàn, khả thi.

## Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào:

Người bệnh ung thư đại tràng được phẫu thuật cắt đa tạng tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 01/2019 đến 01/2023.

Giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma tuyến.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán.

Người bệnh ung thư đại tràng tái phát sau điều trị triệt căn.

Người bệnh mắc đồng thời ung thư nguyên phát tại cơ quan khác.

Người bệnh được phẫu thuật điều trị biến chứng (không triệt căn, không cắt đa tạng)

Người bệnh không tái khám.

### Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Địa điểm nghiên cứu: Tiến hành lấy mẫu tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM.

Biến số nghiên cứu:

Đặc điểm người bệnh: tuổi, giới, bệnh lý nội khoa.

Giai đoạn ung thư đại tràng: theo phân loại TNM (Tumor, Node, Metastasis) của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (American Joint Commission on Cancer – AJCC) phiên bản thứ 8.

Kết quả phẫu thuật: tỉ lệ xâm lấn thực sự về mặt mô học (pT4b), tỉ lệ diện cắt R0, số hạch nạo vét được, số hạch di căn, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật, số tạng xâm lấn cắt được, tai biến trong phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật ...

Biến chứng sau phẫu thuật, bao gồm: xì miệng nối, rò miệng nối, xuất huyết tiêu hóa, áp xe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ, biến chứng nội khoa (tim mạch, hô hấp...)

Phục hồi sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật, thời gian trung tiện lần đầu, thời gian đi tiêu lần đầu, mức độ đau sau phẫu thuật...

Xử lý số liệu: Xử lý, phân tích và thống kê số liệu bằng phần mềm Excel và SPSS 25.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

Y đức: Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cơ sở tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM chấp thuận.

### Kết quả

Từ 01/2019 đến 01/2023, có 52 trường hợp được phẫu thuật cắt đa tạng điều trị ung thư đại tràng cT4b tại bệnh viện Đại học Y Dược thành

phổ Hồ Chí Minh thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

**Đặc điểm người bệnh**

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 57,9 ± 11,8; trung vị là 59 tuổi (34-80 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 1,26/1. Có 44,2% trường hợp mắc ít nhất 1 bệnh lý nội khoa. Các đặc điểm người bệnh trong nghiên cứu được mô tả ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh

| Đặc điểm người bệnh          |     | Tổng<br>n = 52 (%)  |
|------------------------------|-----|---------------------|
| Tuổi (năm)                   |     | 57,9 ± 11,8 (34-80) |
| Giới                         | Nữ  | 23 (44,2)           |
|                              | Nam | 29 (55,8)           |
| Bệnh lý nội khoa             |     | 23 (44,2)           |
| Tăng huyết áp                |     | 19 (36,5)           |
| Đái tháo đường               |     | 11 (21,2)           |
| Bệnh lý tim mạch             |     | 4 (7,7)             |
| Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính |     | 1 (1,9)             |
| Thần kinh                    |     | 1 (1,9)             |

**Kết quả phẫu thuật**

Trong nghiên cứu, có 59,6% trường hợp được phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng do ung thư đại tràng chậu hông; 23,1% trường hợp phẫu thuật cắt đại tràng trái; còn lại 17,3% phẫu thuật cắt đại tràng phải hoặc đại tràng phải mở rộng. Trong đó, có 67,3% trường hợp được phẫu thuật nội soi; 28,8% phẫu thuật mở; còn lại 3,9% phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở. Hơn 1/5 trường hợp (21,2%) được phẫu thuật cấp cứu do các biến chứng của khối u như

tắc ruột, thủng u, áp xe quanh u. Hầu hết người bệnh được hóa trị sau mổ (96,2%), chỉ có 2 trường hợp người bệnh quá lớn tuổi, không đủ điều kiện để hóa trị. Tỷ lệ hóa trị trước mổ là 7,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 184,5 ± 68,6 phút, trung vị là 180 phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình là 112,5 ± 146,0 ml, trung vị là 90 ml. Trong đó có 8 trường hợp (15,4%) máu mất trong mổ >100ml và 5 trường hợp (9,6%) phải truyền máu trong lúc phẫu thuật. Có 1 trường hợp (1,9%) có tai biến thủng đại tràng trong mổ do khối u kích thước lớn ở đại tràng chậu hông, xâm lấn trên diện rộng, thao tác khó khăn qua nội soi ổ bụng. Trường hợp này được chuyển mổ mở để cắt u.

**Kết quả mô bệnh học**

Tỷ lệ khối u xâm lấn thực sự về mặt mô học (pT4b) chiếm 44,2%. Hầu hết trường hợp (96,2%) đạt được diện cắt R0. Số hạch mạc treo nạo vét được trung bình là 17,4 ± 10,4 hạch, trung vị là 15 hạch. Trong đó, có 14 trường hợp (26,9%) nạo không đủ 12 hạch vùng. Số hạch dương tính (có sự hiện diện của tế bào ác tính) trung bình là 0,9 ± 1,9 hạch.

Bảng 2. Kết quả mô bệnh học

| Kết quả mô bệnh học                      |      | Tổng<br>n=52 (%) |
|------------------------------------------|------|------------------|
| Số tạng bị xâm lấn được<br>cắt đồng thời | 1    | 42 (80,8)        |
|                                          | 2    | 8 (15,4)         |
|                                          | 3    | 1 (1,9)          |
|                                          | 6    | 1 (1,9)          |
| pT                                       | pT3  | 11 (21,2)        |
|                                          | pT4a | 18 (34,6)        |
|                                          | pT4b | 23 (44,2)        |

|              |     |           |
|--------------|-----|-----------|
| p diện cắt   | R0  | 50 (96,2) |
|              | R1  | 2 (3,8)   |
| Grade mô học | 2   | 50 (96,2) |
|              | 3   | 2 (3,8)   |
| pN           | pN0 | 33 (63,5) |
|              | pN1 | 15 (28,8) |
|              | pN2 | 4 (7,7)   |

Đặc điểm về số lượng các tạng xâm lấn, tỉ lệ xâm lấn thật sự về mặt mô học (%pT4b) được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm các tạng xâm lấn

| Tạng xâm lấn                                             | Số trường hợp | %    | %pT4b |
|----------------------------------------------------------|---------------|------|-------|
| Thành bụng                                               | 18            | 34,6 | 33,3  |
| Vách chậu (bó mạch sinh dục, ống dẫn tinh, niệu quản...) | 12            | 23,1 | 33,3  |
| Ruột non                                                 | 9             | 17,3 | 44,4  |
| Bàng quang                                               | 7             | 13,5 | 42,9  |
| Tử cung, phần phụ                                        | 6             | 11,5 | 33,3  |
| Lách                                                     | 3             | 5,8  | 33,3  |
| Ruột thừa                                                | 3             | 5,8  | 33,3  |
| Đoạn đại tràng                                           | 2             | 3,8  | 50    |
| Dạ dày                                                   | 2             | 3,8  | 50    |
| Thân đuôi tụy                                            | 2             | 3,8  | 100   |
| Cơ hoành                                                 | 1             | 1,9  | 0     |
| Gan                                                      | 1             | 1,9  | 100   |
| Túi mật                                                  | 1             | 1,9  | 0     |

### Biến chứng sau phẫu thuật

Trong 52 trường hợp, có 7 trường hợp (13,5%) xảy ra biến chứng sau phẫu thuật. Trong đó, biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ, chiếm 5 trường hợp (9,6%). Tất cả các trường hợp này đều được điều trị kháng sinh, cắt chỉ bỏ mối và chăm sóc vết thương tại chỗ (thay băng, nhét gạc,...). Có 1 trường hợp (1,9%) xuất hiện biến chứng áp xe tồn lưu sau mổ, trường hợp này được chọc dẫn lưu ổ áp xe qua thành bụng dưới hướng dẫn siêu âm. Có 1 trường hợp (1,9%) biến chứng xuất huyết tiêu hóa do chảy máu miệng nối vào ngày hậu phẫu thứ hai. Trường hợp này không đáp ứng điều trị nội khoa và được nội soi đại tràng kẹp clip cầm máu. Không có trường hợp nào trong 52 trường hợp nào có biến chứng xì rò miệng nối, biến chứng nội khoa (nhồi máu cơ tim, viêm phổi, thuyên tắc phổi, suy thận...). Không có trường hợp tử vong trong 30 ngày sau mổ nào được ghi nhận.

### Phục hồi sau phẫu thuật

Điểm đau VAS vào ngày hậu phẫu thứ hai trung bình là  $3,9 \pm 0,6$  điểm (3-5 điểm). Thời gian người bệnh trung tiện lần đầu sau phẫu thuật trung bình là  $2,9 \pm 1,1$  ngày (1-7 ngày), trung vị là 3 ngày. Thời gian người bệnh đi tiêu lần đầu sau phẫu thuật trung bình là  $4,2 \pm 1,3$  ngày (2-8 ngày), trung vị là 4 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $7,5 \pm 2,7$  ngày (4-20 ngày), trung vị là 7 ngày.

### Bàn luận

Về kết quả phẫu thuật, tỉ lệ phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi là 67,3%, cao hơn so với những nghiên cứu trước đây (34,5-40,0%)<sup>2,6</sup>, với tỉ lệ chuyển mổ mở là 3,8%, thấp hơn hẳn so với tỉ lệ 24,7-71% trong y văn<sup>2,6</sup>. Điều này có thể được lý giải do trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả người bệnh đều được hội chẩn đa mô thức và đánh giá kỹ càng về

khả năng phẫu thuật triệt căn, khả năng thành công của phẫu thuật nội soi. Điều này làm giảm thiểu tối đa những trường hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng thám sát và sau đó chuyển mổ mở để cắt u. Hơn nữa, với sự tiến bộ của dụng cụ phẫu thuật, của kỹ thuật mổ, và sự phối hợp nhiều chuyên khoa trong phẫu thuật, phẫu thuật nội soi cắt đa tạng ngày càng đạt được tỉ lệ thành công cao hơn. Tuy nhiên, chỉ nên áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi trong ung thư đại tràng cT4b ở những trung tâm có các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi tiêu hóa, có đủ trình độ kỹ năng phẫu tích và đủ kiến thức về mặt ung thư học. Nếu không sẽ làm tăng nguy cơ vỡ khối u hoặc gieo rắc tế bào ung thư trong quá trình phẫu thuật, làm xấu đi tiên lượng của người bệnh. Điều này chỉ có thể thấy được khi theo dõi người bệnh đủ trong thời gian đủ dài.

Về tai biến trong mổ, tỉ lệ tai biến của nghiên cứu của chúng tôi là 11,5%, lượng máu mất trung bình  $112,5 \pm 146,0\text{ml}$  (50-800ml), trong đó có 9,6% trường hợp phải truyền máu trong mổ. Tỉ lệ này thấp hơn các nghiên cứu trước đây, với lượng máu mất được báo cáo dao động từ 100-2700ml, với tỉ lệ truyền máu trong mổ là 41,8-68,5%<sup>2,7,8</sup>. Lý do tỉ lệ truyền máu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn y văn có thể được lý giải do khác biệt về cách tính lượng máu mất trong mổ và chỉ định truyền máu khác nhau ở từng trung tâm. Hơn nữa, tỉ lệ phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với y văn, góp phần làm giảm lượng máu mất và tỉ lệ truyền máu trong mổ<sup>9</sup>. Tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,5%, trong đó biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ, chiếm tỉ lệ 9,6%. Tỉ lệ này tương tự y văn thế giới, với tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật dao động từ 5,8-30,8%, và thường gặp nhất là biến chứng nhiễm trùng vùng

mổ, tiếp đến là xì miệng nối và liệt ruột<sup>2,5</sup>...Không có trường hợp nào có biến chứng nội khoa hay tử vong trong 30 ngày sau mổ được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỉ lệ này trong các nghiên cứu trước đây dao động từ 4,2 đến 7,1%<sup>1,2</sup>. Việc lựa chọn người bệnh trước phẫu thuật nghiêm ngặt, có sự phối hợp chuẩn bị giữa nhiều chuyên khoa, kết hợp với tỉ lệ phẫu thuật nội soi cao, giảm lượng máu mất và tỉ lệ truyền máu trong mổ trong nghiên cứu của chúng tôi đã góp phần làm giảm tỉ lệ biến chứng nội khoa và tỉ lệ tử vong sau mổ...

Về phương diện điều trị ung thư, tỉ lệ diện cắt R0 của chúng tôi đạt được là 96,2%, tỉ lệ xâm lấn thực sự về mặt mô học (pT4b) là 44,2%, tương tự y văn thế giới (tương ứng 85,0-93,3% và 34,4-64,0%)<sup>1-5,7</sup>. Tỉ lệ hóa trị trước mổ 7,7% và hóa trị sau mổ là 96,2%, cao hơn so với các nghiên cứu trước đây (tương ứng 0-5% và 40,5-73,4%)<sup>1,7,10</sup>. Điều này thể hiện sự tuân thủ điều trị của người bệnh và vai trò của hội chẩn đa mô thức trước và sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế. Trước tiên, để đánh giá tỉ lệ diện cắt R0, cần sinh thiết thêm nhiều vị trí trên diện cắt để kết quả đạt được chính xác hơn. Do thời gian theo dõi chưa đủ dài (trung bình là  $26,8 \pm 12,0$  tháng), chúng tôi chưa thể đánh giá kết quả lâu dài về mặt ung thư. Nghiên cứu cần có thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá các chỉ số: tỉ lệ sống còn toàn bộ, tỉ lệ sống còn không tái phát trong thời gian 3 năm, 5 năm... Ngoài ra, nghiên cứu cần thu thập cỡ mẫu lớn hơn để các phép kiểm định và phân tích hồi quy có ý nghĩa.

## Kết luận

Phẫu thuật cắt đa tạng điều trị ung thư đại tràng cT4b an toàn, khả thi, có tỉ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ chấp nhận được.

**Tài liệu tham khảo**

1. Rosander E, Nordenvall C, Sjövall A, Hjern F, Holm T. Management and outcome after multivisceral resections in patients with locally advanced primary colon cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2018;61(4):454-460.
2. Gezen C, Kement M, Altuntas YE, et al. Results after multivisceral resections of locally advanced colorectal cancers: an analysis on clinical and pathological t4 tumors. *World journal of surgical oncology*. 2012;10:1-9.
3. Govindarajan A, Coburn NG, Kiss A, Rabeneck L, Smith AJ, Law CH. Population-based assessment of the surgical management of locally advanced colorectal cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2006;98(20):1474-1481.
4. Chen Y-G, Liu Y-L, Jiang S-X, Wang X-S. Adhesion pattern and prognosis studies of T4N0M0 colorectal cancer following en bloc multivisceral resection: evaluation of T4 subclassification. *Cell biochemistry and biophysics*. 2011;59:1-6.
5. Arndt M, Lippert H, Croner RS, Meyer F, Otto R, Ridwelski K. Multivisceral resection of advanced colon and rectal cancer: A prospective multicenter observational study with propensity score analysis of the morbidity, mortality, and survival. *Innovative Surgical Sciences*. 2023;8(2):61-72.
6. Nambara S, Nakanishi R, Nonaka K, et al. A Multicenter Analysis of Short-term and Long-term Outcomes Following Laparoscopic Multivisceral Resection for Advanced Colorectal Cancer. *Cancer Diagnosis & Prognosis*. 2024;4(2):157.
7. López-Cano M, Mañas MJ, Hermosilla E, Espín E. Multivisceral resection for colon cancer: analysis of prognostic factors. *Digestive surgery*. 2010;27(3):238-245.
8. Leijssen LG, Dinaux AM, Amri R, Kunitake H, Bordeianou LG, Berger DL. The impact of a multivisceral resection and adjuvant therapy in locally advanced colon cancer. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2019;23(2):357-366.
9. Chan KS, Liu B, Tan MNA, How KY, Wong KY. Feasibility and safety of minimally invasive multivisceral resection for T4b rectal cancer: A 9-year review. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2024;16(3):777.
10. De Nes, L. C. F., et al. "Predictors of undergoing multivisceral resection, margin status and survival in Dutch patients with locally advanced colorectal cancer." *European Journal of Surgical Oncology* 48.5 (2022): 1144-1152.