

# Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng phải và một số yếu tố liên quan

## Evaluation of the results of laparoscopic colectomy for right colon cancer and some related factors

Vũ Hoàng Hà\*, Nguyễn Cường Thịnh\*\*,  
Nguyễn Văn Hải\*\*\*, Phạm Hữu Huân\*\*\*\*,  
Võ Quang Hùng\*\*\*\*, Trương Quý Nhân\*,  
Vũ Hoàng Minh Vũ\*

\**Bệnh viện Gò Vấp,*  
\*\**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,*  
\*\*\**Đại học Y Dược TP. HCM,*  
\*\*\*\**Bệnh viện Ung bướu TP. HCM*

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả trong mổ và sau mổ của phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị ung thư đại tràng (UTĐT) phải và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiên cứu trên 60 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải được PTNS cắt toàn bộ mạc treo, cắt mạch máu sát gốc trong thời gian từ 01/2016-12/2021 tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh. Đánh giá kết quả phẫu thuật, kết quả về mặt ung thư. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình 129 phút, lượng máu mất trung bình 66ml, tai biến trong mổ liên quan có ý nghĩa đến kết hợp cắt sát gốc động mạch đại tràng phải và động mạch đại tràng giữa so với chỉ cắt bó mạch hồi đại tràng ( $p=0,013$ ), tỉ lệ chuyển mổ mở 0%. Không có tử vong hậu phẫu; tỉ lệ biến chứng sau mổ 5% và được điều trị bảo tồn. Thời gian theo dõi trung bình 37,8 (10-84) tháng, tỷ lệ tử vong 11,7% tái phát ung thư 15%; u T4a có nguy cơ tái phát cao hơn có ý nghĩa so với u T1, 2, 3 ( $p=0,023$ ). **Kết luận:** PTNS cắt toàn bộ mạc treo, cắt mạch máu tại gốc điều trị UTĐT phải có tính khả thi và an toàn cao. U xâm lấn đến thanh mạc làm tăng có ý nghĩa mức độ di căn hạch và tái phát ung thư.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, ung thư đại tràng phải.

### Summary

**Objective:** To evaluate the intraoperative and postoperative results of laparoscopic surgery for right-sided colon cancer and some related factors. **Subject and method:** A prospective study on 60 patients with right colon adenocarcinoma who underwent laparoscopic complete mesenteric excision (CME) with high ligation (HL) in the period from 1.2016 to 12.2021 at HCM Oncology Hospital. Evaluation of laparoscopic results, and oncological results. **Result:** Average operative time 129 minutes, average blood loss 66ml, intraoperative complications significantly related to high ligation of the right colon artery and middle colon artery compared with just resection of the ileocolic vascular ( $p=0.013$ ), conversion rate to open surgery 0%. There was no postoperative mortality; postoperative complication rate was 5% and was treated conservatively. The average follow-up time was 37.8 (10-84) months, the cancer recurrence rate was 15%; T4a tumors had a significantly higher risk of recurrence compared with T1, 2, 3 ( $p=0.023$ ). **Conclusion:** CME+HL laparoscopic right colectomy for adenocarcinoma must be feasible and highly safe. Tumor invasion to the serosa significantly increases the level lymph node metastasis of cancer recurrence.

**Keywords:** Laparoscopic surgery, right-sided colon cancer.

Ngày nhận bài: 03/11/2023, ngày chấp nhận đăng: 15/03/2024

Người phản hồi: Vũ Hoàng Hà, Email: [bsha@vuhoangha](mailto:bsha@vuhoangha) - Bệnh viện Gò Vấp

## 1. Đặt vấn đề

Giai đoạn ung thư tại thời điểm chẩn đoán là yếu tố quan trọng hàng đầu trong tiên lượng thời gian sống thêm không bệnh (TGSTKB) của bệnh nhân (BN) ung thư đại tràng (UTĐT) [4]. UTĐT đoạn gần thường có tiên lượng xấu hơn có thể liên quan đến chẩn đoán ở giai đoạn muộn hơn u ở đại tràng đoạn xa [5]. Phẫu thuật là biện pháp điều trị cơ bản cho UTĐT còn có khả năng cắt bỏ triệt để (En bloc). Trong số các yếu tố liên quan đến phẫu thuật, mức độ nạo vét hạch được xem là yếu tố quyết định của tái phát ung thư. Tuy nhiên, đối với UTĐT phải không có sự thống nhất trong các bài báo về thuật ngữ cũng như cách thức thực hiện nạo hạch mở rộng giữa các trung tâm phẫu thuật [9]. Hơn nữa, kết quả của phẫu thuật nạo hạch mở rộng không liên quan nhất quán đến tăng thời gian sống thêm khi so sánh với phẫu thuật truyền thống hay nạo hạch ở mức D2 [6].

Có nhiều kết quả nghiên cứu đã xác nhận những lợi ích sớm của phẫu thuật nội soi so với mổ mở cắt đại tràng như: ít đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện hậu phẫu, sớm phục hồi lưu thông ruột và tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ ít hơn; nhưng vẫn đảm bảo kết quả phẫu thuật về mặt ung thư học tương đương với mổ mở [10].

Các nghiên cứu gần đây cho thấy ung thư của ĐT phải, ĐT trái và trực tràng có những đặc điểm khác biệt về lâm sàng, mô bệnh học, phẫu thuật triệt căn cũng như di căn và tiên lượng nên cần có những nghiên cứu riêng [5]. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả trong mổ và sau mổ của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng phải và một số yếu tố liên quan.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Gồm 60 bệnh nhân (BN) UTĐT phải được PTNS cắt đại tràng phải tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM trong thời gian từ 01/2016 đến 12/2021. Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến.

#### *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân*

Chẩn đoán UTĐT phải hoặc UTĐT ngang đoạn gần trước mổ.

Giải phẫu bệnh là adenocarcinoma, giai đoạn ung thư I, II, III.

Được phẫu thuật nội soi cắt ĐT phải hoặc cắt đại tràng phải mở rộng.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

Bệnh nhân UT ở đoạn khác của ĐT.

Ung thư cơ quan khác di căn đến đại tràng phải hay UTĐT phải tái phát.

Bệnh nhân chống chỉ định PTNS như tắc ruột hoàn toàn, viêm phúc mạc,...

### 2.2. Phương pháp

*Thiết kế nghiên cứu:* Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, không đối chứng, có theo dõi dọc.

*Cỡ mẫu:* Tính theo công thức

$$n = \frac{Z^2 (1 - \alpha \frac{1}{2}) pq}{d^2}$$

p: Tỷ lệ phẫu thuật thành công (phẫu thuật thành công được coi là bệnh nhân không phải chuyển mổ mở), qua tham khảo y văn, chúng tôi chọn p=96%.

d: Sai số chấp nhận được (0,05) .

Như vậy, số BN tối thiểu cần là 59 BN.

*Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2021.

*Địa điểm nghiên cứu:* Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh.

### 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 27.0.

### 2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh.

## 3. Kết quả và bàn luận

Đặc điểm nhóm BN: Tuổi trung bình 54,3 (29-81); BMI trung bình 21,6 (15,4-27); ASA: 93,33% ở mức I và II, chỉ 6,67% ở mức III.

### 3.1. Trong mổ

Vị trí u: 36 BN có u ở manh tràng và ĐT lên chiếm 60%, 20 BN (33,3%) u ở ĐT góc gan và 4 BN (6,7%) u ở ĐT ngang bên phải.

Kích thước u: Chúng tôi đo chiều lớn nhất của u, trung bình 5,3 ( $\pm 1,96$ ) cm, nhỏ nhất 1cm (1 BN), lớn nhất 10cm (3 BN). 39 BN (65%) có kích thước u trong khoảng 5-10cm, còn lại 35% u nhỏ hơn 5cm. Nghiên cứu của Phạm Trung Vỹ [0] trên 42 BN UTĐT phải được PTNS có kích thước u trung bình  $6,1 \pm 2,7$ cm.

Nghiên cứu của Huỳnh Quyết Thắng và cộng sự [1], chọn u  $\leq 8$ cm trong tiêu chuẩn PTNS UTĐT phải. Conor P. Delaney và cộng sự [0] cho rằng kích thước u lớn chỉ là chống chỉ định tương đối do phải mở

rộng đường rạch để đưa bệnh phẩm ra ngoài, điều này sẽ làm giảm đi ưu thế của PTNS. Sự xâm lấn của ung thư ra khoang sau phúc mạc, thành bụng và các tạng kế cận cũng là chống chỉ định tương đối vì các nguyên tắc điều trị ung thư trong trường hợp này sẽ khó được thực hiện bằng PTNS, đòi hỏi PTV phải được huấn luyện tốt. Các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều có đường rạch bụng lấy bệnh phẩm dài không quá 6cm.

**Bảng 1. Kết quả trong mổ**

Chỉ tiêu	Số BN	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất	SD
Thời gian mổ (phút)		129	75	250	39,7
Lượng máu mất (ml)		66	10	200	37,2
Chiều dài cắt ĐT đoạn xa u (cm)		10,15	5	16	2,2
Chiều dài cắt hồi tràng (cm) (tính từ góc hồi manh tràng)		16,5	10	25	4,6
Số lượng hạch làm GPBL	60 (784 hạch)	13	12	20	1,9
Số lượng hạch di căn	27 (76 hạch)	1,27	0	9	2,1
Phẫu thuật kết hợp*	4 (6,7%)				
Tai biến trong mổ**	4 (6,7%)				
Truyền máu trong mổ	0				
Chuyển mổ mở	0				
Nổi tay***	36				
Nổi máy***	24				
Tử vong	0				

\*4 BN có phẫu thuật kết hợp: 1 BN cắt u buồng trứng phải, 1 BN cắt u tuyến thượng thận phải, 1 BN cắt gan hình chêm, 1 BN khoét thành bụng (nghi u xâm lấn). \*\*4 BN có tai biến trong mổ: 2 BN rách tá tràng khi phẫu tích ĐM ĐT giữa, 1 BN rách ruột non, 1 BN rách nhánh TM đổ vào TM Henle (2 BN này đều cắt cao ĐM ĐT phải). \*\*\*Tất cả 60 trường hợp đều

nổi ngoài cơ thể, 59 BN nối qua đường mổ giữa dài 4-6 cm, 1 BN nối qua đường ngang trên xương mu.

Ngoài ra có 5 BN trong mổ phát hiện hạch dọc theo bó mạch mạc treo tràng trên, được nạo hạch mở rộng (CVL: Central vascular ligation), bộc lộ mặt trước bó mạch mạc treo tràng trên, không có tai biến xảy ra trên 5 BN này.

**Bảng 2. Liên quan giữa tai biến trong mổ và cắt tận gốc các mạch máu chính**

Mạch máu		Đặc điểm	Bó mạch hồi đại tràng	ĐM ĐT phải	Bó mạch ĐT giữa
Tai biến n (%)	Không		60	14	5
	Có		0	2	2
<b>Tổng</b>			<b>60</b>	<b>16</b>	<b>7</b>

**Nhận xét:** Tất cả 60 BN đều được cắt cao bó mạch hồi đại tràng, trong đó 16 BN (26,6%) có ĐM đại tràng phải được cắt tận gốc, 7 BN (11,7%) được cắt cao bó mạch đại tràng giữa (cắt đại tràng phải mở rộng), còn lại 37 BN chỉ cắt bó mạch hồi đại tràng và nhánh phải của ĐM đại tràng giữa. Khác biệt về tỷ lệ tai biến liên quan đến cắt cao mạch máu chính của ĐT phải là có ý nghĩa thống kê ( $p=0,013$ ).

ĐM hồi đại tràng là cột mốc quan trọng trong PTNS, thường hằng định. Trong quá trình phẫu thuật 100% BN của chúng tôi được cắt bó mạch hồi đại tràng sát với tĩnh mạch mạc treo tràng trên (MTTT). Biến chứng trong mổ xảy ra ở 4 BN, đều liên quan đến phẫu tích cắt cao ĐM đại tràng phải và ĐM đại tràng giữa (2 trường hợp rách tá tràng khi cắt ĐT phải mở rộng; 1 trường hợp rách ruột non và 1 trường hợp rách tĩnh mạch đổ vào TM Henle đều trên BN được cắt cao ĐM đại tràng phải). Không có trường hợp nào xử lý bó mạch hồi đại tràng đơn thuần xảy ra tai biến khi mổ (Bảng 2), khác biệt này có ý nghĩa thống kê (Fisher's Exact Test  $p=0,013$ ). Các biến chứng trong mổ đều được xử lý qua nội soi, không phải chuyển mổ mở và truyền máu trong mổ. Tai biến trong PTNS cắt đại tràng phải của Phạm Trung Vỹ [2], Hồ Long Hiên [1] và Sammour [7] lần lượt là 0%, 1,25% và 0% [6], [7], [9].

### 3.2. Biến chứng sau mổ

Chỉ có 3 BN (5%) biến chứng nhẹ sau mổ (nhiễm trùng vết mổ), xếp loại theo Clavien-Dindo độ 1, 2; không có biến chứng từ độ 3 trở lên. Các BN này đều được điều trị bảo tồn bằng dẫn lưu mũ, kháng sinh. Chúng tôi không gặp các tai biến nặng như rò miệng nối, áp xe tồn lưu, chảy máu trong ổ bụng... đòi hỏi

phải can thiệp lại. Không có các biến chứng nặng liên quan bệnh lý nội khoa như viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, tắc mạch... có lẽ do mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, đặc điểm trước mổ của các BN đưa vào phân tích khá đồng nhất, nên chúng tôi không thấy sự khác biệt nào về tuổi, bệnh nội khoa kèm theo, BMI, thời gian mổ, biến chứng trong mổ... liên quan đến các biến chứng sau mổ. Biến chứng hậu phẫu sau PTNS cắt ĐT phải của Phạm Trung Vỹ 11,9% trong đó chủ yếu là NTVM 9,5%, bực miệng nối 2,4% [2]. Hồ Long Hiên tỷ lệ NTVM 5%, viêm phổi 1,25%, sốt kéo dài 1,25% và tắc ruột 1,25% [1].

Đến hết thời gian nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận biến chứng xa liên quan đến phẫu thuật như tắc ruột, thoát vị vết mổ....

### 3.3. Hoá trị hỗ trợ sau mổ

Kết quả GPB: U ở T4a: 40%, T1-3: 60%; 100% BN là carcimoma trong đó carcinoma tuyến 86,7%, carcinoma tuyến tiết nhầy 11,7%, carcinoma tế bào nhân 1,7%; biệt hoá cao 6%, trung bình 71,7%, kém 8,3%.

Xếp loại giai đoạn I, II, III lần lượt là 20%, 35%, 45%.

14 BN (23,3%) không có chỉ định hoá trị, còn lại 46 BN (76,7%) có chỉ định hoá trị hỗ trợ sau mổ. Trong số BN có chỉ định hoá trị, có 08 BN không đồng ý chiếm 17%, 1 BN đã hoá trị 6 chu kỳ sau đó ngưng do tăng men gan, 2 BN đã hoá trị 2 chu kỳ sau đó BN không hoá trị tiếp, số BN hoá trị đủ chu kỳ là 35 chiếm 76% tổng số BN có chỉ định hoá trị.

### 3.4. Kết quả xa và một số yếu tố liên quan

Thời gian theo dõi trung bình 37,8 ( $\pm 16,5$ ) tháng, thấp nhất 10 tháng, cao nhất 84 tháng.

**Bảng 3. Tỷ lệ tái phát và tử vong tích lũy theo năm**

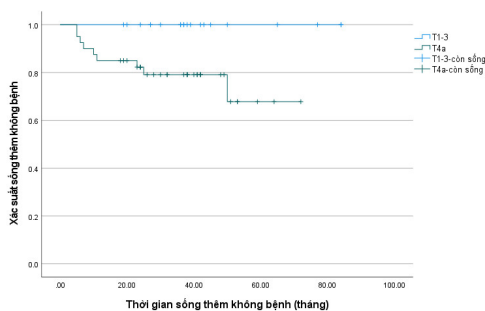
Tiêu chí \ Năm	1	2	3	4	5
Tái phát (%)	6 (10)	7 (11,6)	8 (13,3)	9 (15)	9
Tử vong (%)	1 (1,7)	5 (8)	7 (11,6)	7 (11,6)	7 (11,6)

Đến hết thời gian nghiên cứu, có 7 BN (11,6%) tử vong, 9 BN (15%) tái phát do ung thư di căn. 100% BN tử vong và 78% tái phát trong 2 năm đầu sau mổ, đến hết thời gian nghiên cứu còn 2 BN di căn gan, phổi còn sống.

Vị trí di căn 5 BN di căn phúc mạc đều đã tử vong, còn 3 BN di căn gan, 1 BN di căn phổi; có 2 BN di căn trong 5 BN được nạo hạch mở rộng.

Thời gian sống thêm không bệnh ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier 71,6 tháng, thấp nhất 63,8 tháng, cao nhất 79,2, SE: 3,9, CI 95%.

Với thời gian theo dõi trung bình 37,8 tháng, có 9 BN (chiếm 15%) tái phát, trong đó 7 BN tái phát trong 3 năm đầu, 2 BN tái phát ở năm thứ 4. Đến hết thời gian nghiên cứu có 7 BN tử vong đều do ung thư tái phát di căn gan, phổi và phúc mạc; không có BN tử vong do nguyên nhân khác. Vì vậy, tỉ lệ tử vong do ung thư tái phát cũng tương ứng tỉ lệ tử vong toàn bộ là 11,6% (Bảng 3). Nghiên cứu của Phạm Trung Vỹ tỷ lệ tái phát sau 3 năm 25,5% [0]. Tỷ lệ STKB sau 5 năm theo Siani của 600 BN PTNS cắt ĐT phải là 79,5% [10].



**Biểu đồ 1.** Thời gian sống thêm không bệnh của u T4a và T1, 2, 3

Tỉ lệ tái phát của BN ở giai đoạn I, II, III lần lượt là 0, 14,3%, 23,1%. Mặc dù tỉ lệ tái phát tăng theo giai đoạn bệnh nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p=1$ ). Tuy nhiên, khi xem xét liên quan của mức độ u xâm lấn với TGSTKB, phân tích Kaplan-Meier (Biểu đồ 1) cho thấy BN có u T4a có tỉ lệ tái phát cao hơn và TGSTKB ngắn hơn có ý nghĩa so với BN có u từ T1-3 ( $p=0,023$  CI 95% Log Rank). Theo Siani tỉ lệ tái phát sau 5 năm của giai đoạn I, II và III lần lượt là 2%, 12,2% và 23,4%; nhưng ở giai đoạn IIIc có di căn hạch trung tâm, tỉ lệ tái phát lên đến 87,8% [0].

#### 4. Kết luận

Phẫu thuật cắt đại tràng nội soi với nạo hạch ở mức D2, cắt tận gốc mạch máu điều trị ung thư đại tràng phải có tính khả thi và an toàn cao. Các tai biến trong mổ liên quan có ý nghĩa đến cắt cao động mạch động mạch phải và bó mạch đại tràng giữa ( $p=0,013$ ). Tỉ lệ tái phát và tử vong do ung thư tái phát tương ứng là 15% và 11,6%; trong đó 78% tái phát trong 3 năm đầu tiên sau mổ. Các yếu tố liên quan đến tái phát có ý nghĩa mà nghiên cứu này ghi nhận được là u T4a ( $p=0,023$ ). Tỉ lệ tái phát tăng theo giai đoạn bệnh, nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p=1$ ).

#### Tài liệu tham khảo

- Huỳnh Quyết Thắng, Hồ Long Hiền (2017) *Nạo vét hạch của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải*. Y học TP. Hồ Chí Minh, 21(2), tr. 301-306.
- Phạm Trung Vỹ (2020) *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một đường mổ điều trị ung thư đại tràng phải*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
- Delaney PC, Jeffrey L, Ponskey et al (2015) *Laparoscopic technique for right colectomy*. Surgery for cancers of the gastrointestinal tract, Springer 16: 175-186.
- Hashiguchi Y, Muro K, Saito Y et al (2019) *Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer*. Int J Clin Oncol 25(1): 1-42. doi: 10.1007/s10147-019-01485-z.
- Mik M, Berut M, Dziki L et al (2017) *Right - and left-sided colon cancer - clinical and pathological differences of the disease entity in one organ*. Arch Med Sci 13(1): 157-162.
- Paquette MI, Fleming F (2020) *Principle of complete mesocolic excision for colon cancer*. The SAGES Manual of Colorectal Surgery: 155-163.
- Sammour T, Malakorn S, Thampy R (2019) *Selective central vascular ligation (D3 lymphadenectomy) in patients undergoing minimally invasive complete mesocolic excision for colon cancer: Optimizing the risk-benefit equation*. Colorectal Disease 2019. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland 22: 53-61.
- Siani LM, Lucchi A, Berti P et al (2017) *Laparoscopic complete mesocolic excision with central vascular ligation in 600 right total mesocolectomies: Safety, prognostic factors and oncologic outcome*. The American Journal of Surgery: 1-6.
- Sica GS, Vinc D, Siragusa L et al (2023) *Definition and reporting of lymphadenectomy and complete mesocolic excision for radical right colectomy: A systematic review*. Surgical Endoscopy 37: 846-861.
- Stavrou E, Tzanakis N, Spartalis E et al (2022) *Comparison of postoperative and oncologic outcomes in laparoscopic and open right colectomy for colon cancer: A 5-year experience*. In vivo 36: 969-972.