

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng qua 346 trường hợp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Outcome of laparoscopic resection for rectal cancer through the data of 346 patients in 108 Military Central Hospital

Triệu Triệu Dương, Lê Văn Quốc, Diêm Đăng Bình,
Hồ Hữu An, Trần Tuấn Linh, Nguyễn Văn Trường

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 346 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 6/2018 đến 10/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 2,2/1, tuổi trung bình $61,8 \pm 11,9$ năm. Tỷ lệ hoá xạ trị tiền phẫu dài ngày 79,7%. Giai đoạn trước mổ I, II, III lần lượt là 13,0%, 15,6%, 71,4%. Tỷ lệ chuyển mổ mở 2,6%. Thời gian mổ trung bình 125,9 phút, lượng máu mất 63,9ml. Tỷ lệ phẫu thuật Miles ở nhóm ung thư trực tràng 1/3 giữa, dưới có hoá xạ trị tiền phẫu là 20,2%. Giai đoạn 0, I, II, III sau mổ ở nhóm có hoá xạ trị tiền phẫu lần lượt là 17,5%, 56,4%, 9,1%, 17,0%. Thời gian theo dõi trung bình 17,8 (2 - 28) tháng. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 14%. Tỷ lệ tử vong 2,6%. Tỷ lệ tái phát tại chỗ 4,3%, tỷ lệ di căn xa 3,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư trực tràng là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả cao với ung thư biểu mô tuyến. Hoá xạ trị tiền phẫu dài ngày nhằm giảm giai đoạn khối u, tăng bảo tồn cơ thắt hậu môn.

Từ khoá: Ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, hoá xạ trị tiền phẫu.

Summary

Objective: To evaluate the results of laparoscopic rectal cancer resection. **Subject and method:** A cross-sectional, descriptive study, over 346 rectal cancer patients undergoing laparoscopic resection in 108 Military Central Hospital from June 2018 to October 2020. **Result:** Male/ female: 2.2/1, the mean age was 61.8 ± 11.9 years. The rate of neoadjuvant chemoradiation therapy (NCT) was 79.7%. Preoperative period I, II, III were 13.0%, 15.6%, 71.4%, respectively. Open surgical conversion rate of 2.6%. The mean operative time was 125.9 minutes, the mean blood loss was 63.9ml. The rate of Miles surgery in the middle and lower rectal cancer group with NCT was 20.2%. Postoperative stage 0, I, II, III were 17.5%, 56.4%, 9.1%, 17.0%, respectively. Average follow - up time 17.8 months. The rate of complication after surgery was 14%. The mortality rate was 2.6%. The rate of local recurrence was 4.3%. The rate of distal metastasis was 3.8%. **Conclusion:** The laparoscopic rectal cancer resection is feasible, safe, effective. Neoadjuvant chemoradiation therapy to reduce the tumor stage, to increase the rate of sphincter preservation.

Ngày nhận bài: 11/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 02/03/2021

Người phản hồi: Lê Văn Quốc, Email: lequoch108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

Keywords: Rectal cancer, laparoscopic resection, neoadjuvant chemoradiation therapy.

1. Đặt vấn đề

Ung thư trực tràng (UTTT) là bệnh lý ác tính phổ biến, chiếm 30% trong tổng số ung thư đại trực tràng. Điều trị UTTT đang là một vấn đề khó khăn. Các Hướng dẫn chính đều thống nhất điều trị UTTT theo đa mô thức [1], [2], [3]. Nhờ có hoá xạ trị tiền phẫu đã làm giảm giai đoạn khối u, khối u từ không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn, có thể phẫu thuật triệt căn và tăng tỷ lệ sống còn.

Nguyên tắc phẫu thuật trong UTTT có nhiều thay đổi. Cho đến nay, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn [4], [5]. Tỷ lệ tái phát giảm từ 30% xuống còn 5 - 8%, thời gian sống 5 năm sau mổ tăng từ 48 - 50% lên 68 - 75% [6]. Ngoài ra, phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị UTTT có nhiều ưu điểm so với mổ mở khi tiếp cận vùng tiểu khung chật hẹp [7], [8]. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư trực tràng.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2018 đến tháng 10/2020.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân (BN)

Ung thư biểu mô tuyến trực tràng.

Được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng.

Tiêu chuẩn loại trừ BN

Có di căn xa.

Chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

Mổ cấp cứu do biến chứng khối u: Chảy máu, tắc ruột.

Chỉ định hoá xạ trị (HXT) dài ngày trước mổ: Giai đoạn UTTT cT3-4NxM0.

Kỹ thuật mổ: Phẫu tích, thắt và cắt động mạch, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Bộc lộ thần kinh hạ vị, niệu quản trái. Di động đại tràng sigma, hạ đại tràng góc lách, di động trực tràng (lấy bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng). Bảo tồn thần kinh vùng chậu và đám rối hạ vị. Vị trí u ở trực tràng 1/3 trên: Cắt trực tràng dưới u ít nhất 5cm. Vị trí u trực tràng 1/3 giữa, 1/3 dưới cắt trực tràng dưới u ít nhất 2cm, thậm chí 1cm ở những trường hợp có hoá xạ trị dài ngày trước mổ.

Chỉ định các loại phẫu thuật chủ yếu dựa vào vị trí, giai đoạn khối u và chức năng cơ thắt hậu môn: Cắt trực tràng trước thấp khi vị trí u trực tràng 1/3 trên, 1/3 giữa. Cắt trực tràng gian cơ thắt khi u trực tràng 1/3 giữa, 1/3 dưới. Phẫu thuật Miles khi u trực tràng 1/3 dưới với giai đoạn ycT4NxM0 hoặc chức năng cơ thắt hậu môn yếu. Phẫu thuật Hartmann thực hiện khi vị trí u trực tràng 1/3 trên, 1/3 giữa với diện cắt chu vi đại thể còn tế bào u, hoặc khi có nguy cơ rò miệng nối và/hoặc chức năng cơ thắt hậu môn yếu.

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

3. Kết quả

3.1. Một số đặc điểm chung

Thống kê 346 bệnh nhân (BN) có 237 BN nam, 109 BN nữ, chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng thấy tuổi trung bình $61,8 \pm 11,9$ (19 - 88) tuổi. Trong đó, có 252 BN (79,7%) được điều trị hoá xạ trị dài ngày trước mổ. Số lượng BN theo vị trí khối u 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới lần lượt là 57 (16,5%), 91 (26,3%), 198 (57,2%).

Bảng 1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Giai đoạn (GD) TNM trước điều trị		Loại phẫu thuật	
I	45 (13,0%)	Cắt trước thấp	149 (43,1%)
II	54 (15,6%)	Cắt gian cơ thắt	125 (36,1%)
III	247 (71,4%)	Phẫu thuật Miles	51 (14,7%)
		Phẫu thuật Hartmann	21 (6,1%)
Giai đoạn TNM trước HXT dài ngày trước mổ*		Giai đoạn TNM sau HXT dài ngày trước mổ*	
I	0 (0%)	I	55 (21,8%)
II	27 (10,7%)	II	46 (18,3%)
III	225 (89,3%)	III	151 (59,9%)

*Được tính tổng toàn bộ 252 BN.

Thời gian mổ trung bình $125,9 \pm 23,1$ (90 - 200) phút. Số lượng máu mất $63,9 \pm 91,3$ (20 - 500) ml.

Nhận xét: Giai đoạn bệnh chủ yếu III (71,4%). Vị trí khối u trực tràng 1/3 dưới chiếm đa số (57,2%). Phẫu thuật cắt gian cơ thắt chiếm 36,1%. HXT dài ngày trước mổ đã làm giảm giai đoạn III từ 89,3% → 59,9%.

3.2. Tai biến, biến chứng

Bảng 2. Tai biến, biến chứng

Tai biến, biến chứng	n (%)	Tai biến, biến chứng	n (%)
Biến chứng sớm (≤ 30 ngày sau mổ)	37 (10,7%)	Biến chứng muộn (> 30 ngày sau mổ)	11 (3,3%)
Rò miệng nối	21 (5,9%)	Hẹp miệng nối	2 (0,6%)
Rò trực tràng - âm đạo	2 (0,6%)	Liên quan dẫn lưu hồi tràng	5 (1,5%)
Áp xe tiểu khung	2 (0,6%)	Tắc ruột muộn	2 (0,6%)
Tắc ruột sớm	2 (0,6%)	Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo	2 (0,6%)
Hẹp miệng nối	3 (0,9%)	Tai biến	4 (1,2%)
Bí tiểu	2 (0,6%)	Tổn thương niệu đạo	1 (0,3%)
Nhiễm khuẩn vết mổ	5 (1,5%)	Tổn thương niệu quản	2 (0,6%)
Chảy máu miệng nối	0 (0%)	Tổn thương mạch máu	1 (0,3%)

Nhận xét: Có 09 bệnh nhân chuyển mổ mở (2,6%), lý do chuyển mổ mở: U to, tổn thương niệu quản, tổn thương niệu đạo. Biến chứng sớm rò miệng nối gặp nhiều nhất 5,9%. Biến chứng muộn thường gặp các biến chứng liên quan tới dẫn lưu hồi tràng chiếm 1,5%.

3.3. Kết quả giải phẫu bệnh và theo dõi

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Mạc treo trực tràng		Giai đoạn sau mổ*	
Cắt hoàn toàn	281 (81,2%)	0	44 (15,2%)
Gắn hoàn toàn	39 (11,3%)	I	198 (61,0%)
Không hoàn toàn	26 (7,5%)	II	49 (16,3%)
Diện cắt đầu gần, đầu xa không thấy tế bào ung thư	0 (0%)	III	55 (7,5%)
Diện cắt chu vi còn tế bào u	5 (1,5%)		

*Được tính tổng toàn bộ 369 BN.

Nhận xét: Tỷ lệ cắt hoàn toàn mạc treo trực tràng 81,2%. Có 1,5% diện cắt chu vi còn tế bào u.

Giai đoạn sau mổ trong nhóm có HXT tiền phẫu (252 BN): 0, I, II, III lần lượt là: 44 (17,5%), 142 (56,4%), 23 (9,1%), 43 (17,0%).

Số hạch vét được (ít nhất - nhiều nhất): 11,2 ± 4,2 (0 - 40) hạch.

Thời gian theo dõi trung bình 17,8 tháng, tỷ lệ tử vong 2,6% (9 BN), tỷ lệ tái phát tại chỗ: 4,3% (15 BN), tỷ lệ di căn xa 3,8% (13 BN).

4. Bàn luận

Chiến lược điều trị UTTT chủ yếu dựa theo ba Hướng dẫn điều trị chính Theo Hội Ung thư Đại trực tràng Nhật Bản, Mạng lưới Ung thư Mỹ, Hội Ung thư châu Âu. Nguyên tắc điều trị UTTT theo đa mô thức kết hợp phẫu thuật, xạ trị và hoá trị liệu trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng quyết định [1], [2], [3]. Mục tiêu phẫu thuật UTTT là cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, vét hạch vùng theo nguyên tắc ung thư, bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu và đảm bảo các diện cắt đầu gần, diện cắt đầu xa, diện cắt chu vi không còn tế bào ung thư. Ở phương Tây, điều trị UTTT tiến triển bằng hoá xạ trị (HXT) tiền phẫu dài ngày kết hợp phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision - TME) là phương pháp chuẩn [2], [3]. Ngược lại, ở Nhật Bản phẫu thuật TME kết hợp vét hạch rộng rãi là phương pháp chuẩn [1]. Hoá xạ trị (HXT) tiền phẫu làm giảm mức độ xâm lấn khối u, làm giảm hạch di căn từ đó làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ, tăng khả năng bảo tồn cơ thắt giúp tăng thời gian sống, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân (BN) [3].

PTNS TME được xem là phương pháp chuẩn điều trị UTTT [7]. PTNS có nhiều ưu điểm so với mổ mở, đau ít hơn, người bệnh hồi phục nhanh...[7], [8]. Tùy thuộc vị trí khối u, các phương pháp điều trị trước mổ, có các kỹ thuật cắt trực tràng khác nhau [9], [10]. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thực hiện tất cả các loại phẫu thuật: Phẫu thuật cắt trước thấp; phẫu thuật cắt gian cơ thắt; phẫu thuật cắt toàn bộ trực tràng qua đường bụng, tăng sinh môn (PT Miles); phẫu thuật Hartmann. Có nhiều nghiên cứu làm thay đổi nguyên tắc phẫu thuật, khoảng cách diện cắt dưới tính từ mép hậu môn đến

bờ dưới khối u đảm bảo an toàn: Đối với ung thư trực tràng trên là 5cm, trực tràng giữa, dưới là 2cm, thậm chí khoảng cách đó là 1cm với những trường hợp UTTT đã được hoá xạ trị trước mổ, từ đó làm tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn [3], [9], [10]. Trong thống kê có 79,2% bệnh nhân bảo tồn cơ thắt.

Các tai biến thường gặp trong phẫu thuật nội soi cắt trực tràng là tổn thương niệu quản, bàng quang, niệu đạo, tổn thương mạch máu, tổn thương tĩnh mạch trước xương cùng [9], [10]. Trong nghiên cứu có 0,6% tổn thương niệu quản, 01 BN tổn thương niệu quản trái ở BN có u trực tràng 1/3 trên, khối u to, xâm lấn thành chậu trái, dính niệu quản, 01 BN tổn thương niệu quản phải ở bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật cắt toàn bộ tử cung, cả 02 BN đã được phát hiện trong mổ, phẫu thuật nội soi đặt JJ, khâu phục hồi chỗ tổn thương. 1 BN u trực tràng 1/3 giữa - dưới giai đoạn ycT4 không đáp ứng do xạ, khối u không nhỏ lại sau xạ, không giảm giai đoạn. BN được phẫu thuật Miles, trong thì tăng sinh môn do khối u xâm lấn mất ranh giới với niệu đạo màng, đã cắt tối đa tổn thương u, tổn thương niệu đạo màng. BN chuyển mổ mở tái tạo lại niệu đạo, dẫn lưu bàng quang trên xương mu. Sau mổ BN ổn định. Tổn thương niệu quản trong phẫu thuật ung thư trực tràng gặp 0,2 - 7%. Các yếu tố nguy cơ: Khung chậu chật hẹp ở bệnh nhân nam giới, sau xạ, vị trí hay gặp tổn thương ở vị trí gần gốc ĐM mạc treo tràng dưới, ở mào chậu và ở vị trí u trực tràng xâm lấn thành chậu bên. Tổn thương niệu quản 1/3 dưới hay gặp nhất 91%, 1/3 giữa gặp 7% và 1/3 trên gặp 2%. Đặt stent niệu quản dự phòng ở những bệnh nhân có khối u lớn, xâm lấn rộng làm mất các mốc giải phẫu bình thường [9], [10].

Tỷ lệ biến chứng chung 16,3 - 45%. Biến chứng sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng hay gặp là nhiễm khuẩn vết mổ, áp xe tiểu khung, rò miệng nối, chảy máu miệng nối, rối loạn tiết niệu, sinh dục, hẹp miệng nối, tắc ruột, các biến chứng của dẫn lưu hồi tràng [9], [10]. Rò miệng nối là biến chứng nguy hiểm nhất trong PT cắt trực tràng. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rò miệng nối gặp 2 - 36%. Các yếu tố nguy cơ gây rò miệng nối là nam giới, dinh dưỡng kém, hoá xạ trị trước mổ, các bệnh lý kết hợp đái tháo đường, béo phì, miệng nối thấp, khối u tiến triển, truyền máu trong mổ, số

bằng đạn cắt trực tràng [9], [10]. Rò miệng nối làm giảm chất lượng cuộc sống, trì hoãn điều trị bổ trợ sau mổ dẫn đến giảm thời gian sống bệnh nhân. Ngoài ra, rò miệng nối còn là nguyên nhân dẫn đến hẹp miệng nối, rối loạn chức năng đại tiện sau mổ. Trong nghiên cứu có 5,9% BN rò miệng nối, được chẩn đoán dựa vào các triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh. Tùy thuộc mức độ rò miệng nối, chúng tôi đã điều trị bằng các biện pháp: Điều trị nội khoa; làm dẫn lưu hồi tràng, khâu tăng cường qua miệng nối; hoặc loại bỏ miệng nối làm phẫu thuật Hartmann.

Từ năm 1979, tác giả Heald miêu tả mạc treo trực tràng, từ đó đến nay cắt toàn bộ mạc treo trực tràng là phẫu thuật tiêu chuẩn điều trị ung thư trực tràng [5]. Trước đó, tỷ lệ tái phát tại chỗ cắt trực tràng khoảng 50% và sau khi thực hiện TME, tỷ lệ tái phát tại chỗ giảm xuống còn từ 2 - 31% [6]. Theo thống kê, thời gian theo dõi trung bình 17,8 tháng cho thấy tỷ lệ tử vong 9 BN (2,6%); tỷ lệ tái phát tại chỗ 15 BN (4,3%), vị trí tái phát ở miệng nối, thành chậu, di căn hạch chậu bên. Các nghiên cứu cho thấy các yếu tố làm tăng tỷ lệ tái phát như mức độ xâm lấn khối u, di căn hạch, giai đoạn bệnh, vị trí u, kích thước khối u, mức độ biệt hoá tế bào, rò miệng nối, tính toàn vẹn của mạc treo trực tràng [3], [8], [9], [10]. Đặc biệt gần đây, nhiều tác giả quan tâm tới diện cắt chu vi còn tế bào ung thư, đây là yếu tố tiên lượng độc lập với sự tái phát tại chỗ [8]. Trong thống kê có 1,5% BN có diện cắt chu vi còn tế bào ung thư, trong đó có 3 BN tái phát tại chỗ trong thời gian theo dõi. Việc chẩn đoán, điều trị ung thư trực tràng tái phát tại chỗ đang gặp nhiều khó khăn. Trong 15 BN tái phát tại chỗ đã được điều trị: 5 BN phẫu thuật Miles, 8 BN được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo trên u, 3 BN được điều trị xạ trị bổ trợ. Tỷ lệ di căn xa 13 BN (3,8%), các cơ quan di căn xa gồm gan, phổi, xương, phúc mạc. Các BN này được điều trị hoá trị bổ trợ.

5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư trực tràng là phương pháp an toàn, hiệu quả cao với ung thư biểu mô tuyến. Hoá xạ trị dài ngày trước mổ

nhằm giảm giai đoạn khối u, tăng bảo tồn cơ thắt hậu môn.

Tài liệu tham khảo

1. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum, Hashiguchi Y, Muro K et al (2020) *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.
2. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E et al (2017) *Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. Annals of Oncology 28: 22-40.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2017) *Clinical practice guidelines on oncology*. Rectal cancer version 3.2017.pdf.
4. Campos FG (2013) *The life and legacy of William Ernest Miles (1869-1947): A tribute to an admirable surgeon*. Revista da Associação Médica Brasileira 59(2): 181-185.
5. Heald RJ, Husband EM and Ryall RDH (1982) *The mesorectum in rectal cancer surgery the clue to pelvic recurrence?*. Br J Surg 69(10): 613-616.
6. Lange MM, Rutten HJ and van de Velde CJH (2009) *One hundred years of curative surgery for rectal cancer: 1908-2008*. European Journal of Surgical Oncology (EJSO) 35(5): 456-463.
7. Lujan J, Valero G, Biondo S et al (2013) *Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: Results of a prospective multicentre analysis of 4,970 patients*. Surg Endosc 27(1): 295-302.
8. Memon MA, Awaiz A, Yunus RM et al (2018) *Meta-analysis of histopathological outcomes of laparoscopic assisted rectal resection (LARR) vs open rectal resection (ORR) for carcinoma*. The American Journal of Surgery 216(5): 1004-1015.
9. George JC (2018) *Rectal Cancer Modern Approaches to Treatment*. © Springer International Publishing AG 2018.
10. David EB, Steven DW, Janice FR (2019) *Gordon and nivatvongs' principles and practice of surgery for the Colon, Rectum, and Anus*. © 2019 Thieme Medical Publishers, Inc.