Kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày

The early results of totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric cancer

Nguyễn Anh Tuấn, Lương Ngọc Cương, Phạm Văn Hiệp, Nguyễn Văn Dư

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày. *Đối tượng và phương pháp*: Từ ngày 22/01/2019 đến ngày 07/07/2020 có 100 bệnh nhân ung thư dạ dày 1/3 giữa và 1/3 dưới, được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, nạo vét hạch D2 tại Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Nghiên cứu can thiệp, mô tả lâm sàng. Dữ liệu về đặc điểm giải phẫu bệnh và kết quả phẫu thuật được thu thập và phân tích. *Kết quả:* Giải phẫu bệnh sau mổ: Độ sâu xâm lấn pT1a 14%, pT1b 16%, pT2 20%, pT3 25%, pT4a 25%. 61% bệnh nhân không có di căn hạch. Di căn hạch mức N1 là 10%, N2 là 16% và N3 là 12%. Số hạch trung bình vét được là 28,53 ± 10,34 hạch. Tổng số hạch được làm giải phẫu bệnh là 2840 hạch, trong đó tỷ lệ hạch có di căn là 8,38%. Diện cắt trên u trung bình là 6,23 ± 3,32cm, 100% trường hợp diện cắt trên và dưới u không có tế bào ung thư. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 141,06 ± 26,32 (129 - 215) phút, lượng máu mất trung bình là 19,16 ± 10,92 (10 - 30) ml, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 8,79 ± 3,99 ngày (5 - 44 ngày). Có 1 bệnh nhân rò miệng nối sau mổ, 03 bệnh nhân có ứ đọng quai đến. 01 bệnh nhân rò dạ dày đại tràng ngang sau mổ 01 năm; 01 bệnh nhân thoát vị nội sau mổ 3 tháng. *Kết luận*: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 có thể thực hiện an toàn và khả thi trong điều trị ung thư dạ dày.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn, cắt bán phần dưới dạ dày, ung thư dạ dày

Summary

Objective: To assess the early results of totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric cancer. *Subject and method*: From 22/01/2019 to 7/07/2020, 100 patients were performed totally laparoscopic distal gastrectomy, D2 lymph nodes dissection at Digestive Surgery Department, 108 Military Central Hospital. Interventional study, clinical description. Data on patients and surgical characteristics, postoperative pathology characteristics, postoperative complications were collected and analyzed. *Result*: Postoperative pathology: T1a was 14%, T1b was 16%, T2 was 20%, T3 was 25%, T4a was 25%; N0 was 61%, N1 was 10%, N2 was 16%, N3 was 13%. The mean number of retrieved lymph nodes was 28.53 ± 10.34. The total number of havested lymph node was 2840; 8.38% was metastasis lymph node. The mean distance from the resection edge to the tumor was 6.23 ± 3.32cm. 100% of the line cut above the tumor and the line cut below the tumor had no cancer cells. There was no open conversion. The mean operating time was 141.06 ± 26.32 (129 - 215) mins, the mean blood loss was 19.16 ± 10.92 (10 - 30) ml, and the mean hospital stay was 9 day (5 - 44) days. There was 1 case (1%) of anastomosis leakage after surgery,

Ngày nhận bài: 18/10/2020, ngày chấp nhận đăng: 07/3/2021

Người phản hồi: Nguyễn Anh Tuấn, Email: nguyenanhtuanb3108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

03 patients presented with afferent loop syndrome, 01patient had the fistula between stomach and transverse colon, discovered 1 year after surgery; 1 patient had to reoperate due to internal hernia 3 months postoperatively. *Conclusion*: Totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymph node dissection can be done safely and feasibly in the treatment of stomach cancer.

Keywords: Totally laparoscopic gastrectomy, laparoscopy distal gastrectomy, gastric cancer.

1. Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới [1, 2]. Thống kê Globocan 2018 cho thấy UTDD vẫn đứng thứ 6 trong các bệnh ung thư cả về tỷ lệ mắc và tử vong. Điều trị ung thư dạ dày chủ yếu vẫn là phẫu thuật. Cắt dạ dày nội soi, nạo vét hạch mức D2 đã được chấp nhận rộng rãi ở một số nước châu Á như Hàn Quốc, Nhật Bản, Trung Quốc và một số trung tâm ở châu Âu. Phẫu thuật được chứng minh là an toàn và ít xâm hại, đảm bảo tính triệt căn và tỷ lệ sống sau 5 năm tương đương mổ mở [2, 3, 4, 5, 6].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày đã được thực hiện ở một số trung tâm lớn. Khó khăn lớn nhất gặp phải khiến cho phương pháp không thể phổ biến rộng rãi là giá thành cao, thời gian phẫu thuật kéo dài và kỹ thuật khó, đặc biệt là vét hạch D2 và làm miệng nối dạ dày-ruột. Những vấn đề này dẫn đến hầu hết các trường hợp phẫu thuật nội soi cắt dạ dày đang được thực hiện tại Việt Nam hiện nay là nội soi hỗ trợ, toàn bộ thì cắt dạ dày và làm miệng nối được thực hiện ngoài ổ bụng. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ đã cho thấy có nhiều hạn chế: Phẫu thuật viên không làm chủ được đường cắt trên do đó không đảm bảo được khoảng an toàn tối thiểu trên khối u, không cắt được toàn bộ dạ dày và đường mổ bụng dài hơn, không đáp ứng được đầy đủ các tiêu chuẩn của phẫu thuật nội soi. Trong điều kiện hiện nay, khi trang thiết bị và trình độ phẫu thuật viên đã được nâng cao tại các trung tâm lớn, việc áp dụng phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt dạ dày là thực sự cần thiết, tuy nhiên cần lựa chọn một phương pháp thích hợp để giảm giá thành và thời gian phẫu thuật, phương pháp không quá khó khăn để có thể triển khai áp dụng rộng rãi. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, nạo vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

100 trường hợp ung thư dạ dày đoạn 1/3 giữa và 1/3 dưới được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 bởi 1 nhóm phẫu thuật viên thuộc Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ ngày 22/01/2019 đến ngày 07/07/2020.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Chỉ định cho những trường hợp tổn thương ở 1/3 giữa dạ dày mà khoảng cách từ bờ tổn thương đến tâm vị < 5cm hoặc tổn thương ở 1/3 trên dạ dày mà không cắt bán phần trên dạ dày được hoặc tổn thương ở toàn bộ dạ dày.

Bệnh nhân tuổi ≤ 80.

Bệnh nhân ung thư ở giai đoạn T ≤ T4a và M0 (theo Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản năm 2011 và AJCC lần thứ 8 năm 2018).

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân ASA > 3.

Bệnh nhân có các bệnh lý về tim mạch, hô hấp, suy gan, rối loạn đông máu, suy thận nặng… chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

Bệnh nhân ung thư giai đoạn T4b hoặc đã có di căn xa.

Bệnh nhân ung thư dạ dày tái phát.

Phương pháp phẫu thuật

Bệnh nhân nằm ngửa, dạng chân. Vét hạch mức D2 theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Ung thư Nhật Bản (JGCA). Quy trình phẫu thuật được tiến hành theo 9 bước như sau:

Bước 1: Đặt trocar vào bụng, kiểm tra toàn bộ ổ bụng, đánh giá tổn thương dạ dày, đánh dấu vị trí cắt dạ dày, khâu treo gan lên thành bụng.

Bước 2: Giải phóng, cắt toàn bộ mạc nối lớn, lấy toàn bộ mạc nối lớn, kèm vét hạch nhóm 4Sb và 4d.

Bước 3: Bộc lộ ĐM, TM vị mạc nối phải, thắt cắt ĐM, TM vị mạc nối phải, lấy bỏ hạch nhóm 6.

Bước 4: Cắt và đóng mỏm tá tràng, vét hạch nhóm 5, 12a. Bộc lộ ĐM vị phải, thắt và cắt động mạch vị phải, lấy bỏ toàn bộ mạc nối nhỏ.

Bước 5: Vét hạch nhóm 8, 7, 9 và hạch nhóm 11p. Thắt, cắt ĐM, TM vị trái.

Bước 6: Vét hạch nhóm 1 và nhóm 3.

Bước 7: Nối dạ dày-hỗng tràng theo kiểu Finsterer bằng stapler thẳng và cắt đoạn dạ dày còn lại.

Bước 8: Lấy bệnh phẩm gồm: Dạ dày đoạn cắt bỏ, mạc nối lớn, các nhóm hạch vét bỏ ra khỏi ổ bụng.

Bước 9: Rửa ổ bụng, kiểm tra miệng nối mỏm cắt dạ dày, đóng vị trí lỗ troca.

Các thông số trong mổ như: Thời gian phẫu thuật, thời gian làm miệng nối, lượng máu mất, các tai biến được ghi nhận. Thời gian phẫu thuật tính từ lúc rạch da cho đến khi đóng bụng xong, thời gian thực hiện miệng nối tính tứ lúc mở hỗng tràng đến khi nối và cắt xong dạ dày, lượng máu mất tính dựa vào số lượng gạc sử dụng trong nội soi.

Tất cả các bệnh phẩm sau phẫu thuật đều được phẫu tích để đếm số hạch lấy được và sắp xếp theo nhóm. Bệnh phẩm bao gồm khối u dạ dày, 2 mép cắt và tất cả các hạch, đều được làm giải phẫu bệnh tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Đánh giá giải phẫu bệnh lý khối u và hạch di căn theo Hiệp hội Ung thư Nhật Bản (2017).

Các thông số được đánh giá bằng phần mềm SPSS 17.0, kiểm định Chi-square.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung

Tổng số 100 bệnh nhân: Nam 72 (72%), nữ 7 (23%). Tuổi trung bình 58,86 ± 11,71 (26 - 77 tuổi). Bệnh gặp chủ yếu ở lứa tuổi từ 61 - 70 (35%). Chỉ số BMI trung bình là 21,04 ± 2,34kg/m^2 (15 - 25).

Bảng 1. Mức độ xâm lấn của khối u

Mức độ xâm lấn	Số bệnh nhân (n = 100)	Tỷ lệ %
T1a	14	14
T1b	16	16
T2	20	20
T3	25	25
T4a	25	25
Tổng	100	100,00

Mức độ xâm lấn chủ yếu của khối u ở mức T3 và T4: 50%.

Bảng 2. Mức độ di căn hạch

Di căn hạch	Số bệnh nhân (n = 100)	Tỷ lệ %
N0	61	61,00
N1	10	10,00
N2	16	16,00
N3a	11	11,00
N3b	2	2,00
Tổng	***100***	***100,00***

Đa số bệnh nhân được phẫu thuật không có di căn hạch 61 (61%), mức độ di căn hạch gặp nhiều nhất là N2: 16 (16%).

Bảng 3. Giai đoại bệnh

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân (n = 100)	Tỷ lệ %
IA	26	26
IB	15	15
IIA	14	14
IIB	18	18
IIIA	10	10
IIIB	11	11
IIIC	6	6
Tổng	***100***	***100***

Chủ yếu bệnh nhân được phẫu thuật ở giai đoạn II của bệnh chiếm 32%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình 141,06 ± 26,32 phút (129 - 215 phút). Thời gian làm miệng nối trung bình 17,84 ± 6,41 phút. Thời gian nằm viện trung bình 8,79 ± 3,99 (5 - 44) ngày. Lượng máu mất trung bình 19,16 ± 10,92ml (10 - 30ml). Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Việc sử dụng stappler thực hiện cắt nối số lượng dùng nhiều nhất là 6 stappler chiếm 4,04%, 5 stappler chiếm 55,56%; 4 stappler chiếm 40,40%. Không có trường hợp nào gặp tai biến trong mổ. Có 1 (1%) rò miệng nối tiêu hóa sau mổ, 03 bệnh nhân có dấu hiệu ứ đọng quai đến. Cả 04 bệnh nhân đều điều nội khoa ổn định ra viện không phải mổ lại. 01 bệnh nhân rò miệng nối dạ dày đại tràng ngang phát hiện sau 01 năm chúng tôi mổ lại cắt và đóng vị trí rò bằng 01 stappler, 01 bệnh nhân mổ lại do thoát vị nội xoắn mạch treo hồi tràng, sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện. Không có bệnh nhân nào biến chứng hẹp miệng nối hoặc tắc ruột. Không có biến chứng nhiễm khuẩn các lỗ trocar và đường mổ tại rốn. Kết quả xa đang tiếp tục theo dõi, hiện tại chưa có bệnh nhân nào có biểu hiện tái phát tại chỗ hoặc di căn xa

3.3. Kết quả giải phẫu bệnh

Vị trí và kích thước khối u: Có 40 (40%) bệnh nhân khối u ở 1/3 giữa và 59 (59,60%) bệnh nhân khối u ở 1/3 dưới dạ dày. Theo chiều chu vi, có 62 (62%) bệnh nhân khối u bờ cong nhỏ, 5 (5%) bệnh nhân khối u bờ cong lớn, 18 (18%) bệnh nhân khối u mặt trước và 11 bệnh nhân (11%) khối u mặt sau. Kích thước trung bình của khối u 2,84 ± 1,52cm (1 - 6,5cm). Khoảng cách trung bình từ trên khối u tới đường cắt trên là 6,23 ± 3,32cm (5,3 - 10cm). Khoảng cách trung bình từ bờ dưới khối u tới đường cắt là 3,24 ± 1,96cm (2 - 6cm). Không trường hợp nào còn tế bào ung thư tại đường cắt.

Giải phẫu vi thể chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa chiếm 58%, loại biệt hóa vừa chiếm 30% và biệt hóa cao chỉ chiếm 2%. Mức độ xâm lấn của khối u được trình bày tại Bảng 1, chủ yếu khối u có độ sâu xâm lấn mức T3 và T4 (50%). Có 61% bệnh nhân không có di căn hạch. Tỷ lệ các mức độ di căn hạch được trình bày tại Bảng 2, trong đó di căn hạch mức N2 chiếm 16%. Về phân loại giai đoạn bệnh, có 32% bệnh nhân được xếp giai đoạn II. Kết quả cụ thể từng giai đoạn được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Số lượng hạch nạo vét được theo từng nhóm

Nhóm hạch	Di căn		Không di căn		Tổng
Nhóm 1	7	6,48%	101	93,52%	108
Nhóm 2	1	8,33%	11	91,67%	12
Nhóm 3	45	10,25%	394	89,75%	439
Nhóm 4	29	5,38%	510	94,62%	539
Nhóm 5	16	14,41%	95	85,59%	111
Nhóm 6	76	14,76%	439	85,24%	515
Nhóm 7	20	4,98%	382	95,02%	402
Nhóm 8	17	7,05%	224	92,95%	241
Nhóm 9	28	8,75%	292	91,25%	320
Nhóm 10	0	0,00%	20	100,00%	20
Nhóm 11	5	9,80%	46	90,20%	51
Nhóm 12	1	1,22%	81	98,78%	82
Tổng	***245***		***2595***		***2840***

Tổng số hạch vét được là 2840, hạch di căn là 245 (8,63%). Nhóm 6 có tỷ lệ hạch di căn cao nhất (14,76%), tiếp theo là các nhóm 5 (14,76%), nhóm 3 (10,25%) và nhóm 9 (10,98%). Có 20 hạch của nhóm 10 được vét nhưng không bị di căn.

4. Bàn luận

Phẫu thuật cắt dạ dày nội soi điều trị UTDD được thực hiện đầu tiên bởi Kitano năm 1994 [1]. Cho đến nay, phẫu thuật này được thực hiện ngày càng nhiều và được công nhận như một lựa chọn thích hợp cho điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm [2, 3]. Tại Nhật, nạo vét hạch D2 xem như tiêu chuẩn trong điều trị ung thư dạ dày tiến triển. Những báo cáo gần đây cho thấy nạo vét hạch D2 qua nội soi áp dụng cho ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển an toàn khả năng làm sạch ung thư không thua các kết quả mổ mở nếu phẫu thuật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm [4, 5, 6, 7]. Park và cộng sự báo cáo trong một nghiên cứu về kết quả sống lâu dài về mặt ung thư lần lượt của 714 trường hợp cắt dạ dày nội soi điều trị ung thư dạ dày tiến triển xâm lấn lớp cơ (T2) là 89,6%, xâm lấn dưới thanh mạc (T3) là 76,9% và xâm lấn thanh mạc (T4a) là 69,9% [7].

Thực tế tại Việt Nam, hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển. Nghiên cứu cho thấy, mức độ xâm lấn của khối u giai đoạn T1 chỉ chiếm 30%, trong khi khối u giai đoạn T3 và T4 chiếm tới 50%. Các nghiên cứu trong nước trước đây chỉ chứng minh được phẫu thuật nội soi là an toàn và đảm bảo tính triệt căn cho UTDD giai đoạn sớm thì các thống kê gần đây đã chứng minh được giá trị của phương pháp cho cả ung thư dạ dày tiến triển khi khối u chưa xâm lấn vào cơ quan lân cận. Trong nghiên cứu, phẫu thuật nội soi được chỉ định cho tất cả các trường hợp UTDD chưa có di căn xa và khối u chưa xâm lấn rộng. Việc nâng cao trình độ phẫu thuật viên tiến hành phẫu thuật nội soi đặc biệt là khả năng vét hạch D2 là một yếu tố quan trọng giúp triển khai áp dụng rộng rãi phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị UTDD.

Kết quả đánh giá số hạch vét được trung bình trong nghiên cứu là 28,53 ± 10,34 hạch. Kết quả này tương đương với các thống kê của các tác giả khác. Nghiên cứu của Zhao Y báo cáo 321 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo vét hạch D2 số hạch trung bình nạo vét được 32,2 so với mổ mở 32,8 [2]. Theo NCCN (National Comprehensive Cancer Network), tiêu chuẩn tối thiểu để đánh giá di

căn hạch trong ung thư dạ dày là vét và sinh thiết được ≥ 15 hạch. Đánh giá giải phẫu bệnh tất cả các hạch vét được là thực sự cần thiết để quyết định giai đoạn bệnh, hướng điều trị bổ sung. Tuy nhiên, tỷ lệ hạch di căn trong nghiên cứu chỉ là 8,63%, trong đó nhóm 6 có tỷ lệ hạch di căn cao nhất 14,76%, các nhóm 5, 7, 9 tỷ lệ di căn hạch khoảng 10%, có 20 hạch của nhóm 10 được làm giải phẫu bệnh lý, không có hạch nào di căn. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác đều cho thấy tỷ lệ hạch di căn nhóm 10 đều rất thấp với ung thư 1/3 dưới và 1/3 giữa dạ dày và dường như không có chỉ định vét nhóm hạch 10 khi u ở vị trí này.

Kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng cách từ bờ trên u tới đường cắt trên trung bình là 6,23 ± 3,32cm, và khoảng cách từ bờ dưới u tới đường cắt dưới trung bình là 3,24 ± 1,96cm. Tất cả các diện cắt sau mổ đều đạt tiêu chuẩn sạch tế bào ung thư.

Các nghiên cứu gần đây đều cho thấy phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt dạ dày thường có thời gian mổ kéo dài hơn so với mổ mở nhưng lượng máu mất trong phẫu thuật cắt dạ dày nội soi hầu như không đáng kể. Lý do kéo dài thời gian mổ chính là việc vét hạch theo đúng tiêu chuẩn và tạo miệng nối trong ổ bụng. Có nhiều phương pháp nối khác nhau vẫn đang được sử dụng như phương pháp Roux en Y, phương pháp Delta…. Nghiên cứu lựa chọn nối theo Finsterer vì thấy rằng đây là phương pháp có thể thực hiện khá thuận lợi, không làm kéo dài thời gian và sử dụng ít stapler hơn. Trong nghiên cứu, thời gian phẫu thuật trung bình chỉ là 141,06 ± 26,32 phút, lượng máu mất trung bình 17,47 ± 10,79ml. Việc áp dụng các phương pháp khác có thể làm cho thời gian và giá thành phẫu thuật tăng lên nhiều. Điều này khiến việc áp dụng rộng rãi trở nên khó khăn hơn trong điều kiện Việt Nam hiện nay. Pugliese và cộng sự thực hiện cắt dạ dày nội soi, vét hạch D2 cho 70 bệnh nhân cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình 235 phút, lượng máu mất trung bình 148ml [8]. Một số báo cáo của Nhật Bản có thời gian phẫu thuật còn dài hơn. Thực hiện miệng nối chúng tôi thực hiện nối hỗng tràng dạ dày trước sau đó mới cắt dạ dày, việc này cũng tiết kiệm được một lượng stappler khi thực hiện miệng nối.

Trong khi mổ, chúng tôi không gặp tai biến nào nghiêm trọng. Sau mổ có 1 rò miệng nối tiêu hóa, 03 bệnh nhân có biểu hiện ứ đọng quai đến cả 04 bệnh nhân đều điều nội khoa ổn định ra viện không phải mổ lại. 01 bệnh nhân rò dạ dày đại tràng ngang, phát hiện sau 01 năm phẫu thuật được chúng tôi mổ lại cắt và đóng vị trí rò bằng 01 stappler, 01 bệnh nhân mổ lại do thoát vị nội xoắn mạc treo hồi tràng, sau mổ bệnh nhân ổn định ra viện. Theo Lee Kim biến chứng thường gặp của phẫu thuật cắt dạ dày nội soi nạo vét hạch D2 là tụ dịch vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, rò tụy, áp xe tồn dư, trong đó 2 yếu tố nguy cơ chính cho biến chứng phẫu thuật là mức độ nạo vét hạch, trình độ và kinh nghiệm phẫu thuật viên [6].

Bước đầu chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 có thể thực hiện an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng phẫu thuật rất thấp, đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như ít đau, bệnh nhân có thể vận động sớm sau mổ, thời gian trung tiện và ăn bằng đường miệng ngắn tương tự như các báo cáo khác. Kết quả phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm và trình độ phẫu thuật viên cũng như trang thiết bị. Kết quả xa về các biến chứng muộn của phương pháp Finsterer, tỷ lệ tái phát tại chỗ, thời gian sống thêm sau mổ và chất lượng sống đang được chúng tôi tiếp tục theo dõi, đánh giá.

5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2, nối theo Finsterer có thể thực hiện an toàn và đảm bảo vét hạch triệt để trong điều trị ung thư dạ dày

Tài liệu tham khảo

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D (2011) *Global cancer statistics.* CA Cancer J Clin 61(2): 69-90. doi:10.3322/caac.20107.
2. Zhao Y, Yu P, Hao Y et al (2011) *Comparison of outcomes for laparoscopically assisted and open radical distal gastrectomy with lymphadenectomy for advanced gastric cancer.* Surg Endosc 25(9): 2960-2966. doi:10.1007/s00464-011-1652-y.

3. Strong VE, Devaud N, Karpeh M (2009) *The role of laparoscopy for gastric surgery in the West*. Gastric Cancer 12(3): 127-131. doi:10.1007/s10120-008-0516-1.

4. Guzman EA, Pigazzi A, Lee B et al (2009) *Totally laparoscopic gastric resection with extended lymphadenectomy for gastric adenocarcinoma.* Ann Surg Oncol 16(8): 2218-2223. doi:10.1245/s10434-009-0508-3.

5. Hwang SH, Park DJ, Jee YS et al (2009) *Actual 3-year survival after laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer*. Arch Surg 144(6): 559-564. doi:10.1001/archsurg.2009.110.

6. Lee J, Kim W (2009) *Long-term outcomes after laparoscopy-assisted gastrectomy for advanced gastric cancer: Analysis of consecutive 106 experiences.* J Surg Oncol 100(8): 693-698. doi:10.1002/jso.21400.

7. Pak KH, Hyung WJ, Son T et al (2012) *Long-term oncologic outcomes of 714 consecutive laparoscopic gastrectomies for gastric cancer: results from the 7-year experience of a single institute.* Surg Endosc 26(1): 130-136. doi:10.1007/s00464-011-1838-3.

8. Pugliese R, Maggioni D, Sansonna F et al (2010) *Subtotal gastrectomy with D2 dissection by minimally invasive surgery for distal adenocarcinoma of the stomach: Results and 5-year survival*. Surg Endosc 24(10): 2594-2602. doi:10.1007/s00464-010-1014-1.

9. Song J, Lee HJ, Cho GS et al (2010) *Recurrence following laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer: A multicenter retrospective analysis of 1,417 patients.* Ann Surg Oncol 17(7): 1777-1786. doi:10.1245/s10434-010-0932-4.

10. Huscher CGS, Mingoli A, Sgarzini G et al (2007) *Totally laparoscopic total and subtotal gastrectomy with extended lymph node dissection for early and advanced gastric cancer: Early and long-term results of a 100-patient series.* Am J Surg 194(6): 839-844; discussion 844. doi:10.1016/j.amjsurg.2007.08.037.