

Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng điều trị ung thư đại tràng phải

The early results of laparoscopic complete mesocolic excision for right colon cancer

Nguyễn Anh Tuấn*, Trần Mạnh Hà**,
Lương Ngọc Cương***, Nguyễn Văn Dư*,
Nguyễn Tô Hoài*

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
**Bệnh viện Quân y 87,
***Bệnh viện Trung ương Thái nguyên

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng điều trị ung thư đại tràng phải. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên bệnh nhân ung thư đại tràng phải nguyên phát, được phẫu thuật nội soi cắt cắt toàn bộ mạc treo đại tràng từ tháng 05/2018 đến tháng 04/2020 tại Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** 45 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng điều trị ung thư đại tràng phải. Nam 34 bệnh nhân (75,56%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $135,78 \pm 22,43$ phút, tai biến trong mổ 1 bệnh nhân (2,22%), lượng máu mất trong mổ $14,09 \pm 10,98$ ml. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. 100% trường hợp đạt phẫu thuật R0. Biến chứng chính gồm: Rò miệng nối 1 bệnh nhân (2,22%), chảy máu miệng nối 1 bệnh nhân (2,22%). Số hạch trung bình vét được là $17,38 \pm 10,71$ hạch, tỷ lệ bệnh nhân có lớn hơn 11 hạch là 86,67%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $8,53 \pm 2,23$ ngày. **Kết luận:** Cắt toàn bộ mạc treo đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng phải là kỹ thuật an toàn, ít biến chứng, đảm bảo tiêu chuẩn ung thư học và khả thi để thực hiện rộng rãi.

Từ khóa: Ung thư đại tràng phải, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng.

Summary

Objective: To evaluate the early results of laparoscopic complete mesocolic excision for right colon cancer. **Subject and method:** A prospective study on primary right colon cancer patients were performed laparoscopic complete mesocolic excision from 05/2019 to 03/2020 at Gastrointestinal Tract Surgery Department of 108 Military Central Hospital. **Result:** There were 45 patients who were performed laparoscopic complete mesocolic excision for right colon cancer. Male 34 (75.56%). The mean operative time was 135.78 ± 22.43 minutes, intraoperative complication was 2.22%, mean blood loss was 14.09 ± 10.98 ml. There was no conversion to open surgery. R0 resection was 100%. The main postoperative complications included 1 patient with anastomosis fistula (2.22%) and 1 patient with anastomosis bleeding (2.22%). The mean number of harvested lymph nodes was 17.38 ± 10.71 and the patients with more than 11 lymph nodes were 86.67%. The mean hospitalization stay after surgery was 8.53 ± 2.23 days. **Conclusion:** Laparoscopic complete mesocolic excision for right colon cancer is safe, few complications, ensure of oncology and feasible for widespread implementation.

Keywords: Right colon cancer, complete mesocolic excision.

Ngày nhận bài: 18/10/2020, ngày chấp nhận đăng: 04/01/2021

Người phản hồi: Nguyễn Anh Tuấn, Email: nguyenganhtuanb3108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

1. Đặt vấn đề

Năm 2009, Hohenberger lần đầu tiên đưa ra khái niệm “cắt toàn bộ mạc treo đại tràng” (Complete mesocolic excision-CME) trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng, kỹ thuật CME vừa giúp lấy nguyên khối u, mạc treo đại tràng và vét được tối đa số lượng hạch. Đã có nhiều nghiên cứu so sánh về mặt đại thể và vi thể cho thấy, kỹ thuật CME có được chất lượng bệnh phẩm tốt hơn hẳn so với kỹ thuật “truyền thống” và kết quả khả quan về mặt ung thư học như tăng thời gian sống thêm và sống thêm không bệnh, giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ. Tuy nhiên, về kỹ thuật CME yêu cầu cắt mạch nuôi sát gốc và mở phúc mạc dọc theo tĩnh mạch mạc treo tràng trên tới bờ dưới tụy vét hạch dọc theo bờ trái của động mạch mạc treo tràng trên nên nguy cơ tai biến và biến chứng còn cao làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị chung [1], [2].

Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại tràng phải nhưng chưa có nhiều báo cáo về kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng nội soi điều trị bệnh lý này [3], [4]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá tính khả thi, an toàn cũng như kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng điều trị ung thư đại tràng phải.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân ung thư đại tràng phải nguyên phát, được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, từ tháng 05/2019 đến tháng 04/2020, tại Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp

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

Tiêu chuẩn lựa chọn

Ung thư đại tràng phải nguyên phát.
Độ xâm lấn của u $\leq$ cT4a, chưa có di căn xa.
Chưa có biến chứng tắc ruột, khối u vỡ, áp xe.

Không có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ

Di căn xa.
Nhiều u trên đại tràng, đa polyp đại tràng.
Chống chỉ định phẫu thuật nội soi.
Mổ cấp cứu do các biến chứng của khối u.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được lưu trữ và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 22.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung

Có 45 bệnh nhân ung thư đại tràng phải đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn, trong đó nam 34 (75,56%), nữ 11 (24,44%). Tuổi trung bình $63,62 \pm 12,31$ tuổi. BMI trung bình $22,51 \pm 3,04$. Đánh giá ASA 1: 20,00%, ASA 2: 26,67%, ASA 3: 53,33%.

Bảng 1. Vị trí u và giai đoạn bệnh trước mổ

Vị trí u và giai đoạn bệnh trước mổ	
Vị trí u, n (%)	
Manh tràng	6 (13,33)
Đại tràng lên	16 (35,56)
Đại tràng góc gan	21 (46,67)
1/3 đại tràng ngang bên phải	2 (4,44)
cT, n (%)	
cT3	28 (62,22)
cT4a	17 (37,78)
cN, n (%)	
cN0	10 (22,22)
cN1	18 (40,00)
cN2	17 (37,78)
Giai đoạn bệnh trước mổ, n (%)	
II	10 (22,22)
III	35 (77,78)

Nhận xét: Vị trí u gặp nhiều nhất ở vị trí đại tràng lên và đại tràng góc gan chiếm 82,23%. Giai đoạn III chiếm đa số 77,78%.

3.2. Kết quả sớm

Bảng 2. Kết quả sớm

Các chỉ tiêu nghiên cứu	Kết quả
Tai biến, n (%)	1 (2,22)
Biến chứng, n (%)	4 (8,89)
Rò miệng nối	1 (2,22)
Chảy máu miệng nối	1 (2,22)
Nhiễm khuẩn vết mổ	1 (2,22)
Nhiễm khuẩn hô hấp	1 (2,22)
Thời gian phẫu thuật trung bình, TB (SD), phút	135,78 ± 22,43
Số hạch trung bình vét được, TB (SD)	17,38 ± 10,71
Tỷ lệ bệnh nhân vét được trên 11 hạch, n (%)	39 (86,67)
Tỷ lệ phẫu thuật đạt tiêu chuẩn R0, n (%)	45 (100)
Thời gian trung tiện, TB (SD), ngày	3,09 ± 0,94
Ngày nằm viện trung bình sau mổ, TB (SD), ngày	8,53 ± 2,23

Nhận xét: Trong mổ gặp tai biến 1 bệnh nhân (2,22%), biến chứng chung 4 bệnh nhân (8,88%). Phẫu thuật triệt căn mức R0 đạt 100%.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh

pT, n (%)	
pT2	5 (11,11)
pT3	18 (40,00)
pT4a	22 (48,89)
pN, n (%)	
pN0	32 (71,11)
pN1	9 (20,00)
pN2	4 (8,89)
Giai đoạn bệnh, n (%)	
I	5 (11,11)
II	27 (60,00)
III	13 (28,89)

Nhận xét: Sau mổ gặp nhiều nhất bệnh nhân ở giai đoạn II chiếm 60,0%, tiếp sau là giai đoạn III chiếm 28,89%.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu hai vị trí u gặp nhiều nhất là đại tràng lên (35,56%) và đại tràng góc gan (46,67%). U manh tràng chiếm tỷ lệ 13,33% trong khi u 1/3 bên phải đại tràng ngang gặp ít nhất (4,44%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả M.S. An và cộng sự (2018) khi u ở đại tràng lên và ở đại tràng góc gan chiếm ưu thế.

Mức độ xâm lấn của u khảo sát qua chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong việc chỉ định lựa chọn mức độ vét hạch. Nghiên cứu thấy 62,22% bệnh nhân có khối u xâm lấn ở mức độ cT3, số còn lại (37,78%) xâm lấn ở mức độ cT4a. Nếu căn cứ vào khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư Đại trực tràng Nhật Bản 2019 thì lựa chọn vét hạch ở mức D3 là phù hợp. Tuy nhiên, với hệ số rho = 0,362, khảo sát mức độ xâm lấn của khối u qua chụp cắt lớp vi tính cho độ chính xác không cao, chỉ mang tính chất gợi ý.

CME đã được chứng minh là mang lại nhiều lợi điểm về mặt ung thư học như tăng thời gian sống thêm và sống không bệnh, giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ. Tuy nhiên, kỹ thuật CME yêu cầu cắt mạch nuôi sát gốc và mở phúc mạc dọc theo tĩnh mạch mạc treo tràng trên tới bờ dưới tụy vét hạch dọc theo bờ trái của động mạch mạc treo tràng trên là kỹ thuật khó thực hiện thành thạo, do đó tỷ lệ tai biến còn cao khi so sánh với kỹ thuật “không CME” [5], [6]. Tai biến trong mổ chúng tôi gặp 1 bệnh nhân (2,22%) tổn thương thân tĩnh mạch Henle. Đây là một tai biến nguy hiểm, do thân Henle rất ngắn, thành lại mỏng, nếu không được xử trí kịp thời và đúng cách thì vết rách có thể lan rộng đến tĩnh mạch mạc treo tràng trên vốn là mạch máu cho toàn bộ tiểu tràng, hậu quả sẽ rất nghiêm trọng. Tuy nhiên, chúng tôi đã xử trí được tai biến bằng việc không chế chảy máu, kẹp Hemolock và cầm máu bằng dao Ligasure đảm bảo an toàn mà không phải truyền máu trong mổ hoặc chuyển phương pháp phẫu thuật. So sánh tỷ lệ tai biến với một số tác giả như Kang là 0% [1] và Pedrazzani là 5,1% [2] cho thấy tỷ lệ 2,22% của chúng tôi là ở mức chấp nhận được.

Tỷ lệ biến chứng chảy máu miệng nối sau mổ nội soi CME của một số tác giả như sau: El-Fol gặp

đến 10%, tất cả đều phải mổ lại [7]. Adamina và cộng sự gặp 3,84% và không phải mổ lại trường hợp nào [8]. Tỷ lệ biến chứng này của chúng tôi là 2,22%. Chúng tôi còn gặp 1 bệnh nhân rò miệng nổi (2,22%) phải mổ làm lại miệng nổi và dẫn lưu hồi tràng. Bệnh nhân sau mổ ổn định, ra viện vào ngày thứ 18. Về biến chứng rò miệng nổi ở các nghiên cứu khác từ 0% tới 4,44% [5], [8].

Thời gian mổ của trong nghiên cứu trung bình là $135,78 \pm 22,43$ phút. Kết quả này tương đương với tác giả Adamina là 136 phút (105 - 167 phút) [8] nhưng ngắn hơn so với El-Fol là 180 phút [7]. Thời gian mổ không phụ thuộc kích thước và mức độ xâm lấn của khối u ($p > 0,05$) nhưng có sự khác biệt giữa các vị trí khối u ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu tổng số hạch vét được là 782 hạch/45 bệnh nhân, số hạch trung bình vét được là $17,38 \pm 10,71$ hạch, cao hơn so với một số nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo phương pháp “không CME” như Nguyễn Phú Tuấn và cộng sự là $10,63 \pm 6,50$ hạch [3], Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự là $12,5 \pm 5,1$ hạch [4].

Kết quả Bảng 4 cho thấy so sánh số lượng hạch vét được trung bình ở các nghiên cứu.

Bảng 4. So sánh số lượng hạch vét được theo một số tác giả

Tác giả	Số bệnh nhân	Số hạch
Shin (2014) [9]	168	25,5 (3 -76)
Sheng (2017) [10]	78	$19,2 \pm 2,8$
Ting Li (2018) [6]	40	$16,6 \pm 3,2$
Chúng tôi	45	$17,38 \pm 10,71$

Nhiều tác giả đã đề xuất số lượng hạch tối thiểu cần được đánh giá trong ung thư đại tràng là 12. Các nghiên cứu đã chỉ ra, với những trường hợp số lượng hạch ít hơn 12 có nguy cơ âm tính giả trong việc phát hiện di căn hạch. Việc đánh giá tối thiểu 12 hạch đảm bảo phân chia đúng giai đoạn, tiên lượng và có phương pháp điều trị phù hợp và do đó cũng là một tiêu chuẩn để đánh giá chất lượng cuộc mổ. Nghiên cứu của chúng tôi có 39/45 bệnh nhân có số hạch vét được trên 11 hạch, chiếm tỷ lệ 86,67%. Kết

quả này cao hơn so với một số báo cáo “không CME”, như Nguyễn Phú Tuấn (2017) là 34,5% [3].

Khi đánh giá chỉ tiêu thời gian trung tiện và thời gian nằm viện sau mổ cho thấy kết quả nghiên cứu tương đương với các tác giả khác.

Bảng 5. So sánh một số chỉ tiêu theo dõi trong mổ

Tác giả	Thời gian trung tiện (ngày)	Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)
Sheng [10]	$2,12 \pm 0,1$	$7,2 \pm 1,1$
Kang [1]	3 (1 - 4)	5 (4 - 37)
Zhu [5]	$3,08 \pm 0,82$	$10 \pm 2,2$
Chúng tôi	$3,09 \pm 0,94$	$8,53 \pm 2,23$

Đánh giá giai đoạn bệnh chúng tôi thấy có sự khác nhau ở trước và sau mổ: Nếu như sau mổ giai đoạn II chiếm chủ yếu với 60%, thì trước mổ giai đoạn này chỉ chiếm tỷ lệ 22,22%. Với giai đoạn III, tỷ lệ sau mổ là 28,89% so với trước mổ là 77,78%. Tình trạng khác nhau về giai đoạn bệnh khi so sánh kết quả giải phẫu bệnh sau mổ với kết quả đánh giá giai đoạn bệnh trước mổ dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là rất phổ biến trong các nghiên cứu khác [6], [9]. Tình trạng này phụ thuộc rất nhiều yếu tố, như chất lượng chụp cắt lớp vi tính, chất lượng làm giải phẫu bệnh, sự phối hợp giữa phẫu thuật viên với nhà giải phẫu bệnh trong đánh giá đại thể tổn thương, phẫu tích hạch trên bệnh phẩm... Kết quả nghiên cứu về CME của một số tác giả cũng cho thấy, ung thư giai đoạn II chiếm ưu thế, kể đến là giai đoạn III.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 45 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng điều trị ung thư đại tràng phải nguyên phát bước đầu cho thấy thực hiện kỹ thuật này là an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng ở mức chấp nhận được, đảm bảo tiêu chuẩn làm sạch ung thư và khả thi để thực hiện rộng rãi. Tuy nhiên, để nhận định này được chính xác và có thể so sánh được với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cần có những nghiên cứu với số lượng mẫu lớn với thiết kế nghiên cứu tốt hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Kang J et al (2014) *Laparoscopic right hemicolectomy with complete mesocolic excision*. J Surgical endoscopy 28(9): 2747-2751.
2. Pedrazzani C et al (2020) *Complete mesocolic excision versus standard laparoscopic colectomy in right-sided colon cancer: Analysis of short-term results from a single Italian center*. European Journal of Surgical Oncology 46(2): 95.
3. Nguyễn Phú Tuấn (2017) *Nghiên cứu đặc điểm và mối liên quan di căn hạch với một số yếu tố tiên lượng ung thư đại tràng phải được phẫu thuật triệt căn*. Luận văn thạc sĩ Y học, Học viện Quân y.
4. Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Tô Hoài, Nguyễn Văn Dư (2017) *Kết quả phẫu thuật nội soi cắt nửa đại tràng phải tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí Y-Dược lâm sàng 108. 12(9).
5. Zhu DJ et al (2015) *Three surgical planes identified in laparoscopic complete mesocolic excision for right-sided colon cancer*. World journal of surgical oncology 14(1): 7.
6. Ting Li and Xiang-Ling Meng WC, (2018) *Safety and short-term efficacy of a laparoscopic complete mesocolic excision for the surgical treatment of right hemicolon cancer*. Clinical surgery research communications 2: 29-33.
7. El-Fol HA et al (2019) *Laparoscopic versus open complete mesocolic excision with central vascular ligation in right colon cancer*. International Surgery J 6(5): 1566-1573.
8. Adamina M et al (2012) *Laparoscopic complete mesocolic excision for right colon cancer*. J Surgical endoscopy 26(10): 2976-2980.
9. Shin et al (2014) *Complete mesocolic excision with D3 lymph node dissection in laparoscopic colectomy for stages II and III colon cancer: long-term oncologic outcomes in 168 patients*. Techniques in Coloproctology 18: 09.
10. Sheng QS et al (2017) *Complete mesocolic excision in right hemicolectomy: Comparison between hand-assisted laparoscopic and open approaches*. Annals of surgical treatment research 92(2): 90-96.