

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC THẤP
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG
TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG**

Nguyễn Thanh Hùng, Nguyễn Văn Hải Vân, Nguyễn Phước Khánh,
Nguyễn Ngọc Sơn, Cao Xuân Thanh, Trần Hồng Phúc, Bùi Văn Thúc,
Trần Minh Hòa, Lê Phú Tân, Trương Thanh Hiếu*

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

**Email: bsthanhhungdn@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật có vai trò chủ yếu. Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp kèm cắt toàn bộ mạc treo trực tràng là phương pháp phẫu thuật được chấp nhận rộng rãi hiện nay. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt trước thấp cũng như kết quả lâu dài. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh và theo dõi tất cả các bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ 08/2016 đến tháng 9/2022. **Kết quả:** Có 106 bệnh nhân trong nghiên cứu. Tỷ lệ biến chứng chung là 13,2%, 02 bệnh nhân tử vong sau mổ chiếm 1,8%, nhiễm trùng vết mổ là 6,6%, rò miệng nối sớm là 0,9%, rò miệng nối muộn sau 03 tháng là 0,9%, thủng tá tràng do loét sau mổ là 0,9%. Thời gian sống thêm không bệnh 5 năm và sống thêm toàn bộ 5 năm khá cao lần lượt là 92,2% và 91,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng là phẫu thuật an toàn, thời gian sống thêm không bệnh 5 năm và thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm cao.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi cắt trước thấp, kết quả lâu dài.

ABSTRACT

**OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION FOR
RECTAL CANCER AT DANANG ONCOLOGY HOSPITAL**

Nguyen Thanh Hung, Nguyen Van Hai Van, Nguyen Phuoc Khanh,
Nguyen Ngoc Son, Cao Xuan Thanh, Tran Hong Phuc, Bui Van Thuc,
Tran Minh Hoa, Le Phu Tan, Truong Thanh Hieu*

Da Nang Oncology Hospital

Background: The management of rectal cancer requires a multidisciplinary approach and laparoscopic low anterior resection with total mesorectal exision is the most radical operation. **Objectives:** Evalutates the perioperative and long-term oncological outcomes of patients treated by laparoscopic low anterior resection. **Material and methods:** This was a descriptive study of all rectal cancer patients treated by laparoscopic low anterior resection at Da Nang Oncology Hospital from August 2016 to September 2022. **Results:** A total of 106 patients were included in this study. Postoperative complication rate was 13.2%, postoperative mortality rate was 1.8%, surgical site infection was 6.6%, early anastomotic leakage was 0.9%, late anastomotic leakage was 0.9%, postoperative perforated duodenal ulcer was 0.9%. The 5-year disease-free survival and the 5-year overall survival rates were 92.2% and 91.1% respectively. **Conclusion:** Laparoscopic low anterior resection for management of rectal cancer is a safe procedure, the 5-year disease-free survival and the 5-year overall survival rates were high.

Keywords: Rectal cancer; laparoscopic low anterior resection, long-term outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là loại ung thư thường gặp trên thế giới, cũng như ở Việt Nam. Bệnh nhân ung thư trực tràng thường đến khám và vào viện ở giai đoạn muộn, làm ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị và tiên lượng.

Điều trị ung thư trực tràng (UTTT) là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng, triệt để nhất, và phẫu thuật nội soi trong cắt trực tràng ngày càng được áp dụng rộng rãi. [1-8].

Nghiên cứu “Kết quả phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng” được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt trước thấp cũng như kết quả lâu dài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhân UTTT được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trước thấp tại khoa Ngoại 1, Bệnh Viện Ung bướu Đà Nẵng từ 08/2016 đến 09/2022.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh nhân (BN) có chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến trực tràng, bờ dưới u cách rìa hậu môn 5-10 cm hoặc trên cơ nâng hậu môn 2 cm.

+ BN ở giai đoạn I, II và III được chỉ định PT ngay hoặc sau khi đã điều trị hóa xạ đồng thời trước PT đối với BN giai đoạn $u \geq T3$ và/hoặc có di căn hạch vùng và/hoặc có xâm lấn mạc riêng trực tràng.

+ BN ở giai đoạn IV nhưng vẫn còn mục tiêu điều trị triệt để, được chỉ định PT sau khi đánh giá đáp ứng hóa trị toàn thân.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Loại trừ những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh có theo dõi, thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 25.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 08/2016-09/2022, chúng tôi thực hiện 106 ca PTNS cắt trước thấp, có 58 BN nam (54,7%) và 48 BN nữ (44,4%).

Tuổi trung bình là $59,35 \pm 11,8$, tuổi nhỏ nhất là 22, lớn nhất là 83. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-69 tuổi.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đi phân nhày máu (27,4%), cảm giác mót rặn (20,8%) và đi cầu phân nhỏ dẹt (24,5%). Tỷ lệ BN thiếu máu lúc nhập viện khá cao chiếm 43,3%, có 04 BN có triệu chứng bán tắc ruột (3,8%), 46 BN có biểu hiện thiếu máu lúc nhập viện (43,4%).

Có 72 BN được điều trị tân bổ trợ trước mổ, trong đó có 70 BN được hóa xạ trị tiền phẫu chiếm 66%. Có 02 ca BN ở giai đoạn IV được đánh giá tiềm năng có thể điều trị triệt để nên được chỉ định hóa trị trước mổ.

Không có tai biến trong mổ, thời gian mổ trung bình là 200 ± 51 phút, ngắn nhất là 80 phút, dài nhất là 330 phút, có 01 BN chuyển mổ mở, không có BN tử vong trong mổ.

Thực hiện cắt trực tràng và thực hiện miệng nối bằng máy ở 105 BN, chỉ có 1 BN cắt trực tràng qua ngã hậu môn và thực hiện miệng nối bằng tay, có 62 BN có đưa hồi tràng ra da tạm thời (58,5%), tỷ lệ BN đưa hồi tràng ra da ở BN có hóa xạ trị tiền phẫu là 77,1%.

Bảng 1. Biến chứng sau mổ

| Biến chứng sau mổ | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---------------------|--------------|---------|
| Không có biến chứng | 92 | 86,8 |
| Dò miệng nối | 1 | 0,9 |
| Bán tắc ruột | 1 | 0,9 |
| Nhiễm trùng vết mổ | 7 | 6,6 |
| Hẹp miệng nối | 1 | 0,9 |
| Thủng tá tràng | 1 | 0,9 |
| Dò miệng nối muộn | 1 | 0,9 |
| Tử vong | 2 | 1,8 |
| Tổng cộng | 106 | 100 |

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung và tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ là 13,2% (bảng 1), thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 8 ngày, ngắn nhất là 2 ngày do có 01 BN tử vong đột ngột nghi do đột quy, dài nhất là 26 ngày do BN bị xì miệng nối.

Bảng 2. Giai đoạn TNM sau mổ theo AJCC 8th

| Giai đoạn sau mổ | | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--|-----|--------------|---------|
| ypTNM (có điều trị tân bổ trợ) | 0 | 14 | 20 |
| | I | 19 | 27,2 |
| | II | 18 | 25,7 |
| | III | 18 | 25,7 |
| | IV | 3 | 1,4 |
| Tổng cộng | | 72 | 100 |
| pTNM (không có điều trị tân bổ trợ) | 0 | 0 | 0 |
| | I | 13 | 38,2 |
| | II | 5 | 14,7 |
| | III | 10 | 29,4 |
| | IV | 6 | 17,7 |
| Tổng cộng | | 34 | 100 |

Nhận xét: Tính đến thời điểm nghiên cứu, có 06 BN mất liên lạc, có 01 BN tái phát tại chỗ sau 15 tháng do BN không điều trị bổ trợ sau mổ, 10 BN tiến triển di căn xa. Các BN tiến triển di căn xa phần lớn đều được điều trị hóa trị tiếp tục, có 01 BN di căn gan được chỉ định phá hủy u gan tại chỗ, 01 BN được phẫu thuật cắt gan.

Bảng 3. Số hạch nạo vét được ở BN có điều trị tân bổ trợ

| Số hạch nạo vét | Điều trị tân bổ trợ | | | Tổng cộng |
|-----------------|---------------------|---------|----------------|-----------|
| | Hóa xạ trị | Hóa trị | Không điều trị | |
| ≥ 12 hạch | 15 | 0 | 19 | 34 |
| < 12 hạch | 55 | 2 | 15 | 72 |
| Tổng cộng | 70 | 2 | 34 | 106 |

Nhận xét: Số lượng hạch trung bình nạo vét được trong nghiên cứu của chúng tôi là 9 hạch, thấp nhất là 01 hạch, nhiều nhất là 42 hạch. Ở nhóm BN có điều trị hóa xạ trị, số BN nạo vét được ≥ 12 hạch ít, chiếm 21,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p=0,001. Sau hóa

xạ trị tân bổ trợ, tỷ lệ BN có di căn hạch là 25,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p=0,001$.

Bảng 4. Thời gian theo dõi (tháng)

| | Thời gian theo dõi đến khi tái phát, di căn | Thời gian theo dõi toàn bộ |
|--------------|---|----------------------------|
| Số bệnh nhân | 92 | 100 |
| Ít nhất | 1 | 1 |
| Nhiều nhất | 70 | 70 |
| Trung bình | 19,66±17,7 | 18,39±18,3 |

Nhận xét: Thời gian theo dõi đến khi có tái phát, di căn trung bình là 19,66±17,7 tháng, ít nhất là 01 tháng, nhiều nhất là 70 tháng. Thời gian theo dõi toàn bộ trung bình là 18,39±18,3 tháng, ít nhất là 01 tháng, nhiều nhất là 70 tháng.

Bảng 5. Tỷ lệ sống thêm

| Tỷ lệ sống thêm (%) | Không bệnh | Toàn bộ |
|---------------------|------------|---------|
| 1 năm | 95% | 97% |
| 2 năm | 92,2% | 94,4% |
| 3 năm | 92,2% | 91,1% |
| 4 năm | 92,2% | 91,1% |
| 5 năm | 92,2% | 91,1% |

Nhận xét: Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 06 BN mất liên lạc, có 06 BN tử vong, trong đó có 02 BN tử vong trong thời gian hậu phẫu, 01 BN nghi do đột quy, 01 BN do viêm phổi nặng sau mổ, các BN còn lại tử vong đều ở giai đoạn IV lúc phát hiện bệnh. Theo Kaplan Meier, ước lượng thời gian sống thêm không bệnh 5 năm là 92,2% và sống thêm toàn bộ 5 năm là 91,1%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 106 bệnh nhân (BN), độ tuổi trung bình là 59,35±11,8, tuổi nhỏ nhất là 22, lớn nhất là 83, nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-69 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các tác giả trong nước như tác giả Trần Minh Đức là 61.16 tuổi, nhóm tuổi hay gặp là từ 50-69 tuổi, của Simon S. M. Ng là tuổi trung bình là 60, của James Fleshman là 57 tuổi [2], [6], [7]. Ung thư trực tràng gặp nhiều ở nhóm tuổi 50-69 là một thực tế đáng lo ngại, việc sàng lọc UTTR tại cộng đồng nên được khuyến cáo cho các đối tượng trong độ tuổi này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 106 BN được phẫu thuật cắt trước thấp, việc cắt toàn bộ mạc treo được thực hiện cho ung thư trực tràng 1/3 giữa và 1/3 dưới, đối với ung thư trực tràng 1/3 trên, tùy theo sự xâm lấn của khối u, chúng tôi có thể cắt trực tràng và kèm mạc treo dưới u 5cm hoặc có thể cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có biến chứng hay tử vong trong mổ. Tuy nhiên chúng tôi có 02 BN tử vong sau mổ (1,9%), 01 BN tử vong hậu phẫu ngày thứ 02 sau mổ nguyên nhân có thể liên quan đột quy, 01 BN tử vong ngày thứ 13 sau mổ do viêm phổi nặng. Trong nghiên cứu của Mai Đức Hùng, Trần Minh Đức và Phạm Minh Tuấn không có BN tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ [2], [4], [5]. Tỷ lệ tử vong trong vòng 28 ngày ở nghiên cứu COLOR II cho thấy có 08 BN tử vong (1%) ở nhóm PTNS và 06 BN tử vong (2%) trong nhóm mổ mở [8]. Báo cáo của James Fleshman trong nghiên cứu của mình cho thấy tỷ lệ tử vong ở 02 nhóm PTNS và mổ mở là tương đương nhau, lần lượt là 0,8% và 0,9%, nguyên nhân tử vong có thể liên quan nhồi máu cơ tim sau mổ và viêm phổi hít [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng chung và tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ là 13,2%, biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ (6,6%), các biến chứng ít hiem gặp hơn lần lượt là dò miệng nối, bán tắc ruột, dò miệng nối muôn, thủng tá tràng và hẹp miệng nối đều chiếm tỷ lệ 0,9%.

Nghiên cứu của Mai Đức Hùng có tỷ lệ biến chứng chung là 15,1%, trong đó xì miệng nối 4,4%, các biến chứng hay gặp khác là tim mạch, phổi [4]. Nghiên cứu của Trần Minh Đức cho thấy tỷ lệ các biến chứng hay gặp là 13%, trong đó nhiễm trùng vết mổ (8%), xì miệng nối (4%), chảy máu miệng nối (1%) [2]. Nghiên cứu của tác giả Simon S. M. Ng có tỷ lệ biến chứng chung trong nhóm mổ nội soi là 32,5%, thấp hơn trong nhóm mổ mở là 55%, dò miệng nối gặp 1 trường hợp (2.5%), biến chứng hay gặp nhất là bí tiểu (20%) [7]. Nghiên cứu ACOSOG Z6051 có tỷ lệ biến chứng chung trong nhóm mổ nội soi (40%) và mổ mở tương đương nhau (37%), trong đó biến chứng hay gặp là dò miệng nối (13%) cho nhóm mổ nội soi [6]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng tương với các tác giả trong nước, thấp hơn các tác giả nước ngoài.

Tính đến thời điểm nghiên cứu, có 06 BN mất liên lạc, có 01 BN tái phát tại chỗ sau 15 tháng do BN không điều trị bổ trợ sau mổ, 10 BN tiến triển di căn xa. Theo Yin Y.H, hầu hết các trường hợp tái phát (89,4%) xảy ra trong 3 năm đầu sau mổ [10]. Theo tổng hợp của Wong D. [9], tỷ lệ tái phát tại chỗ sau cắt bỏ triệt để khối UTTT ở trong khoảng 4-33%, trong đó chỉ có một số ít BN tái phát sẵn sàng chấp nhận PT lại và hoá trị bổ trợ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian theo dõi đến khi có tái phát, di căn trung bình là $19,66 \pm 17,7$ tháng, ít nhất là 01 tháng, nhiều nhất là 70 tháng. Thời gian theo dõi toàn bộ trung bình là $18,39 \pm 18,3$ tháng, ít nhất là 01 tháng, nhiều nhất là 70 tháng.

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 06 BN mất liên lạc, có 06 BN tử vong, trong đó có 02 BN tử vong trong thời gian hậu phẫu, 01 BN nghi do đột quy, 01 BN do viêm phổi nặng sau mổ, các BN còn lại tử vong đều ở giai đoạn IV lúc phát hiện bệnh. Theo Kaplan Meier, ước lượng thời gian sống thêm không bệnh 5 năm là 92,2% và sống thêm toàn bộ 5 năm là 91,1%. Mai Đức Hùng (2012) nghiên cứu trên 138 BN UTTT được PTNS cắt trước thấp nối máy thì sống thêm toàn bộ tại thời điểm 36 tháng là 79,7% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ ở thời điểm 3 năm là cao hơn với 91,1%. Theo y văn sống thêm toàn bộ 5 năm cho tất cả giai đoạn bệnh ước tính là 62,3% nhưng khi bệnh còn khu trú tại chỗ tại vùng thì sống thêm toàn bộ tăng lên đến 90,1%. Các BN còn lại tính đến thời điểm nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đều ở giai đoạn khu trú tại chỗ tại vùng nên kết quả sống thêm toàn bộ 5 năm cũng tương đương là hoàn toàn phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi trên 106 BN cho thấy phẫu thuật nội soi cắt trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng là an toàn, không có tai biến và tử vong trong mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở là 0,9%. Thời gian phẫu thuật trung bình 200 phút, biến chứng sau mổ thấp 13,2%, dò miệng nối 1,9%. Tỷ lệ BN có làm hậu môn nhân tạo hồi tràng là 58,5%. Phẫu thuật đảm bảo nguyên tắc ung thư, diện cắt dưới toàn bộ âm tính, tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp chỉ 0,9% trên một BN từ chối điều trị bổ trợ sau mổ. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy thời gian sống thêm không bệnh 5 năm và sống thêm toàn bộ 5 năm khá cao lần lượt là 92,2% và 91,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc (2003), “Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi”, Hội thảo chuyên đề: Bệnh hậu môn-Đại trực tràng, Tp Hồ Chí Minh, tr.229-233.
2. Trần Minh Đức, Nguyễn Cao Cương (2014), “Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng”. Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 18, Số 1, tr .62-66.
3. Phạm Như Hiệp, Phan Hải Thanh, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ (2009), “Kinh nghiệm điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi”, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 13, Phụ bản của số 5- 2009, Hội thảo phòng chống ung thư- TP. Cần Thơ 2009, tr.139-145.
4. Mai Đức Hùng (2012). Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng, Luận văn tiến sỹ Y học, Học viện quân y.
5. Phạm Minh Tuấn, Chiêm Hoàng Phong, Nguyễn Thành Nhân và cs (2017), “Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương”, Y học TP Hồ Chí Minh, PB Tập 21, Số 3, tr.74-78.
6. Fleshman J, Branda M, Sargent DJ, *et al.* Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection of stage II or III rectal cancer on pathologic outcomes: the ACOSOG Z6051 randomized clinical trial. JAMA. 2015; 314, pp. 1346-55.
7. Ng, S.S.M., Lee, J.F.Y., Yiu, R.Y.C. *et al.* Laparoscopic-assisted versus open total mesorectal excision with anal sphincter preservation for mid and low rectal cancer: a prospective, randomized trial. Surg Endosc 28, pp. 297-306 (2014).
8. Van der Pas MH, Haglind E, Cuesta MA, *et al.* Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2013;14, pp. 210-8.
9. Wong D. (2002). Complicated Colorectal Cancer: Locally recurrent rectal cancer, *International colorectal disease symposium 2002*, Hong Kong, pp. 81-84.
10. Yan L., Yin Y.H., Liang Y.G.*et al* (1998). Study on the cause of local recurrence of rectal cancer after curative resection: analysis of 213 cases, *WJG*, China, 4(6), pp. 527-9.

(Ngày nhận bài: 20/02/2023 - Ngày duyệt đăng: 31/3/2023)