

# **GIÁ TRỊ CỦA DẪN LƯU HỒI TRÀNG BẢO VỆ MIỆNG NỐI TRỰC TRÀNG CÓ NGUY CƠ CAO**

*Nguyễn Anh Tuấn\**

## **TÓM TẮT**

Nghiên cứu 58 bệnh nhân (BN) (44 nam, 14 nữ) ung thư trực tràng (UTTT) được phẫu thuật cắt trực tràng nội soi, bảo tồn cơ thắt, từ 1 - 2007 đến 1 - 2010, tại Bệnh viện TWQĐ 108 được chỉ định chọn lọc dẫn lưu hồi tràng cho miệng nối có nguy cơ cao. Ghi nhận các số liệu về kết quả phẫu thuật và biến chứng liên quan đến miệng nối trực tràng và dẫn lưu hồi tràng.

Kết quả cho thấy: vị trí miệng nối 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới trực tràng tương ứng là 58,6%, 18,9% và 22,4%. Rò miệng nối 6,9%. 3 miệng nối trực tràng nguy cơ cao (5,1%) được làm dẫn lưu hồi tràng chủ động đều không rò. Tỷ lệ biến chứng của dẫn lưu hồi tràng và sau khi đóng dẫn lưu hồi tràng rất thấp.

\* Từ khóa: Ung thư trực tràng; Dẫn lưu hồi tràng; Phẫu thuật nội soi.

## **THE VALUE OF DIVERTING LOOP ILEOSTOMY IN THE HIGH-RISK RECTAL ANASTOMOSIS**

### **SUMMARY**

*We reviewed 58 patients (44 males and 14 females) undergoing laparoscopic anterior resection and sphincter preservation for rectal cancer between 1 - 2007 and 1 - 2010 in 108 Hospital. Diverting loop ileostomies were done in the high-risk anastomosis. Data regarding anastomotic problems, and ileostomy-related problems were gathered.*

*The results showed that: the anastomosis of upper, mid, and lower rectal were 58.6%, 18.9%, and 22.4% respectively. Rectal anastomosis leakage 6.9%. Three patients with high-risk anastomosis underwent diverting loop ileostomies. There were not rectal anastomosis leakage and complication related to diverting loop ileostomies and after stoma closure.*

\* *Key words: Rectal cancer; Diverting ileostomy; Laparoscopy.*

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Trong những năm gần đây, phẫu thuật điều trị UTTT đã có những thay đổi lớn với việc áp dụng rộng rãi kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và chấp nhận giảm

khoảng cách bờ an toàn phía ngoại vi khối u xuống còn 2 cm [1, 2]. Cùng với nó, số lượng các miệng nối trực tràng thấp hoặc rất thấp được thực hiện nhiều hơn. Nguy cơ lớn nhất của những miệng nối này là rò

---

\* Bệnh viện TWQĐ 108

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

miệng nối. Các yếu tố nguy cơ của rò miệng nối được xác định là: khoảng cách từ miệng nối tới bờ trên cơ thắt hậu môn, hóa xạ trị trước mổ, tắc ruột, nhiễm khuẩn [3].

Dẫn lưu hồi tràng chủ động nhằm giảm tỷ lệ rò miệng nối trực tràng có nguy cơ cao được nhiều tác giả ủng hộ với tỷ lệ rò chỉ còn < 5% so với 17% ở nhóm không có dẫn lưu [3, 4, 5]. Vai trò của phương pháp còn đang tiếp tục được đánh giá. Mục tiêu nghiên cứu nhằm *phân tích giá trị của dẫn lưu hồi tràng chủ động trong dự phòng rò miệng nối trực tràng có nguy cơ cao và các biến chứng liên quan tới dẫn lưu hồi tràng.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu.**

58 BN UTTT (44 nam, 14 nữ), tuổi trung bình  $51,2 \pm 11,6$ , được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng triệt căn, bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ 1 - 2007 đến 1 - 2010.

### **2. Phương pháp nghiên cứu.**

BN được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh qua nội soi sinh thiết trực tràng. Chỉ định phẫu thuật khi chưa có di căn xa. Ghi nhận các số liệu về tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, giai đoạn bệnh, vị trí, kích thước, độ sâu xâm lấn của u, mức độ di căn hạch. Xét nghiệm mô bệnh học mẫu bệnh phẩm sau khi mổ. Phẫu thuật cắt trực tràng luôn đảm bảo khoảng cách an toàn tối thiểu dưới u = 2 cm. Chỉ định cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) cho khối u ở 1/3 dưới và 1/3 giữa trực tràng và cắt một phần cho khối u ở 1/3 trên (PNE). Miệng nối làm bằng máy CDH29-31.

Dẫn lưu hồi tràng chủ động trong trường hợp miệng nối đại - trực tràng có nguy cơ cao: miệng nối thấp hoặc rất thấp (< 5 cm cách mép hậu môn), xạ trị trước mổ, quá trình làm miệng nối gặp khó khăn về kỹ thuật như bung stapler, thủng trực tràng gây nhiễm khuẩn vùng tiểu khung, BN được chuẩn bị đại tràng không sạch do khối u gây hẹp lòng trực tràng, cản trở lưu thông. Dẫn lưu hồi tràng làm ở đoạn cuối của hồi tràng kiểu kẹp có cựa, đặt tại hố chậu phải. Ghi nhận thời gian làm và thời điểm đóng dẫn lưu hồi tràng, các biến chứng liên quan tới miệng nối, dẫn lưu hồi tràng và sau khi đóng dẫn lưu hồi tràng.

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

## **VÀ BÀN LUẬN**

Đa số BN ở giai đoạn muộn (67,3% giai đoạn III). Khối u T2, T3 và T4 tương ứng là 10,3%, 74,1% và 17,2%, không có u ở giai đoạn T1; 68,9% BN đã có di căn hạch, mức N1 (36,2%) và N2 (32,7%). Tỷ lệ phân giai đoạn theo Dukes A, Dukes B, Dukes C tương ứng là 6,9%, 32,7% và 60,3%. Thời gian mổ trung bình:  $110,5 \pm 20,5$  phút. Ngày điều trị sau mổ:  $11,6 \pm 6,5$  ngày. Tỷ lệ tai biến và biến chứng phẫu thuật 15,5% (chảy máu trong mổ 3,4%, rò miệng nối 6,9%, nhiễm khuẩn vết mổ 5,2%). Tỷ lệ chuyển mổ mở 5,2%, không có tử vong phẫu thuật.

**Bảng 1:** Giai đoạn bệnh.

| GIAI ĐOẠN BỆNH | n  | TỶ LỆ % |
|----------------|----|---------|
| Ib             | 4  | 6,9     |
| IIa            | 10 | 17,2    |
| IIb            | 5  | 8,6     |
| IIIa           | 19 | 32,8    |
| IIIb           | 20 | 34,5    |

Đa số BN ở giai đoạn muộn với 67,3% giai đoạn III.

**Bảng 2:** Vị trí miệng nối.

| VỊ TRÍ MIỆNG NỐI | n  | TỶ LỆ % |
|------------------|----|---------|
| ≤ 5cm            | 13 | 22,4    |
| 6 - 10 cm        | 11 | 19,0    |
| > 10 cm          | 34 | 58,6    |

Dẫn lưu hồi tràng chủ động thực hiện trên 3 BN có khối u ở 1/3 dưới trực tràng, miệng nối rất thấp trên bờ trên cơ thắt trong hậu môn 1 cm, sát với bờ trên cơ nâng hậu môn. 2 trường hợp gặp khó khăn về kỹ thuật do bị bung stapler khi cắt trực tràng, phân chảy vào vùng tiểu khung, phải tiến hành cấp cứu. Chúng tôi không gặp biến chứng rò miệng nối, diễn biến thuận lợi sau mổ. Biến chứng trong thời gian mang dẫn lưu hồi tràng chủ yếu là viêm da quanh vị trí mở dẫn lưu hồi tràng (3/3 BN) gây khó khăn khi sử dụng túi dán, không gặp các biến chứng khác như thoát vị, sa niêm mạc hồi tràng hoặc sa hồi tràng, tắc ruột, rối loạn nước điện giải không đáng kể, không trường hợp nào phải bù nước điện giải đường tĩnh mạch. 1 trường hợp được đóng lại sau 2 tuần (do BN có khó khăn cá nhân, không thể chờ đợi đủ thời gian 6 tuần). 2 trường hợp đóng lại sau 6 tuần. Không gặp biến chứng sau đóng dẫn lưu. BN được đóng dẫn lưu dưới gây mê nội khí quản, mở bụng ngay tại vị trí dẫn lưu hồi tràng, cắt lọc và khâu hồi tràng 1 lớp. Trường hợp phải đóng dẫn lưu hồi tràng sớm sau mổ 2 tuần, gặp nhiều khó khăn do tình trạng viêm phù nề tại quai hồi tràng dẫn lưu, phải cắt đoạn ruột dài 15 cm tại chỗ mở dẫn lưu hồi tràng, nối bên-bên.

Vấn đề bảo tồn cơ thắt sau cắt trực tràng vẫn cần nhiều nghiên cứu. Việc bảo tồn cơ thắt luôn là mong muốn của cả thầy thuốc và BN vì nó giúp cải thiện chất lượng sống sau mổ. Chúng tôi thực hiện nối kỳ đầu với miệng nối kiểu tận - tận cho 58 BN, tương ứng với từng vị trí u ở 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới là 58,6%, 18,9% và 22,4%. Kết quả này phù hợp với xu hướng chung hiện nay tại các trung tâm phẫu thuật điều trị UTTT trong và ngoài nước. Vị trí miệng nối thấp nhất có thể làm là cách rìa hậu môn 3 cm, tức là sát với mặt phẳng trên

của cơ thất hậu môn. Khoảng cách cắt bờ dưới u tối thiểu 2 cm. Có 4 BN bị rò miệng nối sau mổ, 1 trường hợp rò sớm vào ngày thứ 2, 1 trường hợp vào ngày thứ 4, 2 trường hợp rò muộn vào ngày thứ 7 sau mổ.

Có nhiều yếu tố nguy cơ trong biến chứng rò miệng nối trực tràng. Miệng nối trực tràng được xem là có nguy cơ cao khi có các yếu tố: < 5 cm cách mép hậu môn, xạ trị trước mổ, tắc ruột, nhiễm khuẩn cấp tính và cuối cùng là kinh nghiệm của phẫu thuật viên [1, 2]. Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất là khoảng cách miệng nối đến mép hậu môn, có mối liên quan chặt chẽ giữa yếu tố này với tỷ lệ rò miệng nối, miệng nối càng thấp, tỷ lệ rò càng cao [5, 6, 7]. Dẫn lưu hồi tràng chỉ định chọn lọc khi miệng nối trực tràng có nguy cơ cao, có khả năng làm giảm tỷ lệ rò miệng nối xuống còn rất thấp, khoảng 1% theo Timothy [1] và 4,9% theo Delni N [3]. Tuy nhiên, BN phải chấp nhận một tỷ lệ biến chứng của dẫn lưu hồi tràng trước và sau khi đóng dẫn lưu, một lần mổ thứ 2 với thời gian nằm viện trung bình 2 - 4 ngày và những hạn chế về chất lượng sống trong thời gian mang dẫn lưu.

Các biến chứng của dẫn lưu hồi tràng bao gồm biến chứng của móm hồi tràng, viêm da quanh vị trí đặt dẫn lưu và tình trạng mất nước điện giải. Nghiên cứu của Timothy trên 94 BN dẫn lưu hồi tràng thấy: biến chứng móm hồi tràng 24,5%, mất nước điện giải phải vào viện điều trị 12,8%, các biến chứng sau khi đóng dẫn lưu 10% (thoát vị 4,6%, nhiễm khuẩn vết thương 3,2%, hẹp hồi tràng tại chỗ đóng dẫn lưu 1,1% và chảy máu trong ổ bụng 1,1%). Chúng tôi chỉ gặp biến chứng viêm da (3 BN), không gặp các biến chứng khác như rối loạn nước điện giải và không có BN nào phải vào viện điều trị.

Nội soi kiểm tra hồi tràng và đại trực tràng trước khi đóng dẫn lưu hồi tràng được chứng minh là không cần thiết vì thường không xác định được các bất thường về ruột và miệng nối, kể cả những BN trước đó có nghi ngờ rò miệng nối [1]. Vấn đề có cần thiết phải chụp đại tràng cản quang cho tất cả BN trước khi đóng dẫn lưu hồi tràng hay không vẫn đang là câu hỏi? Nghiên cứu của Da Silva GM xác định biện pháp này chỉ làm thay đổi chiến thuật nối cho 84 BN [1], nghiên cứu của Macleod I thấy không có trường hợp nào trong 46 BN phải thay đổi chiến thuật sau khi chụp khung đại tràng cản quang [2], nghiên cứu của Tymothy thấy tỷ lệ này là 4/94 [1]. Mặc dù vậy, đa số các tác giả vẫn khuyên nên chụp khung đại tràng cản quang trước khi đóng dẫn lưu hồi tràng.

Thời điểm đóng dẫn lưu hồi tràng cũng được nghiên cứu nhiều trong y văn. Thalheimer và CS cho thấy tỷ lệ biến chứng phẫu thuật là 9% khi không có điều trị kết hợp và 43% khi đóng trong khi đang hóa xạ trị [1]. Thời điểm đóng dẫn lưu được nhiều tác giả thống nhất là 6 tuần sau mổ, dài hơn khi miệng nối trực tràng có biến chứng hoặc khi có hóa xạ trị kết hợp [1, 6, 7].

Dẫn lưu hồi tràng hay làm hậu môn nhân tạo đại tràng trên dòng còn đang tiếp tục bàn luận. Nghiên cứu đa phân tích của Rondelli F và CS trên 1.529 BN có dẫn lưu trên dòng bảo vệ miệng nối trực tràng từ nhiều nghiên cứu khác nhau trên thế giới thời gian gần đây, tỷ lệ dẫn lưu hồi tràng là 58,5%, hậu môn nhân tạo 41,5%, tác giả cho rằng dẫn lưu hồi tràng có tỷ lệ biến chứng thấp hơn, ít nguy cơ sa hậu môn nhân tạo và ít biến chứng nhiễm khuẩn,

tuy nhiên phẫu thuật có nguy cơ mất nước điện giải sau mổ và hẹp lưu thông khi đóng, mặc dù các biến chứng này chỉ chiếm tỷ lệ rất thấp [2]. Nghiên cứu của Guenaga K.F và CS trên 344 BN có dẫn lưu trên dòng (168 dẫn lưu hồi tràng, 166 hậu môn nhân tạo đại tràng ngang) thấy sự khác nhau của 2 phương pháp không có ý nghĩa thống kê trên tất cả các chỉ tiêu nghiên cứu, ngoại trừ hậu môn nhân tạo đại tràng ngang có tỷ lệ sa hậu môn nhân tạo cao hơn so với dẫn lưu hồi tràng [8].

## KẾT LUẬN

Dẫn lưu hồi tràng chủ động có giá trị bảo vệ miệng nối trực tràng có nguy cơ cao, hạn chế biến chứng rò miệng nối. Các biến chứng liên quan dẫn lưu hồi tràng và sau khi đóng dẫn lưu hồi tràng rất nhỏ, có thể chấp nhận được.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Timothy W, Bax, Shane Mc Nevin M.* The value of diverting loop ileostomy on the high-risk colon and rectal anastomosis. *The American Journal of Surgery.* 2007, 193, pp.585-588
2. *Rondelli F, Reboldi A, Rulli A, Barberini F, et al.* Loop ileostomy versus loop colostomy for fecal diversion after colorectal or coloanal anastomosis: a meta analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2009, 24, pp.479-488.
3. *Marusch F, Koch A, Schmidt U, et al.* Value of a prospective stoma in low anterior resections for rectal cancer. *Dic Colon Rectum.* 45, pp.1164-1171.
4. *Giuliani D, Willemsen, Van Elst F, Vanderverken M.* A defunctioning stoma in the treatment of lower third rectal carcinoma. *Acta Chir Belg.* 2006, 106, pp.40-43.
5. *Mathiessen P, Hallbook O, Rutegard J, et al.* Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer. A randomized multicenter trial. *Ann Surg.* 2007, 246, pp.207-214.
6. *Guenaga KF, Lustosa SA, Saad SS, Saconato H, Mantos D.* Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007, 24, CD0004647. Review.
7. *Gastinger I, Maruche F et al.* Protective defunctioning stoma in low anterior resection for rectal carcinoma. *Br J Surg.* 2005, 92, pp.1137-1142.
8. *Guenaga KF, Lustosa SA, Saad SS.* Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. Systematic review and meta-analysis. *Acta Cirurgica Brasileira.* 2008, Vol 23 (3), pp.294-303.