KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẠI - TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN 103

Hoàng Mạnh An; Bùi Tuấn Anh**; Phan Văn Hội**
Lê Mạnh Hoà; Lê Thanh Sơn**

TÓM TẮT

Đánh giá bước đầu phẫu thuật nội soi (PTNS) đại - trực tràng ở 128 bệnh nhân (BN) cho kết quả tốt. Chỉ định rộng rãi (ung thư ở các giai đoạn, viêm loét đại tràng, đa polýp đại - trực tràng, sa trực tràng, sa trực tràng - sinh dục). Thời gian phẫu thuật có thể tương đương mổ mở nếu có kỹ năng tốt. Tỷ lệ biến chứng chung 10,1%, chuyển mổ mở 2,5%. Số hạch nạo vét trung bình đối với các trường hợp ung thư là 13,5 hạch. Theo dõi tối thiểu 18 tháng không thấy có tái phát tại chỗ hoặc vị trí lỗ trocar.

* Từ khóa: Đại tràng - trực tràng; Phẫu thuật nội soi.

INITIAL RESULTS OF COLORECTAL LAPAROSCOPY AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

The initial results of colorectal laparoscopic surgery at 128 patients are good with wide indications (all stage of cancer, colitis ulcer, colorectal multipose, rectal prolape, rectal-genital prolape). The length of time for operating can reach the same of open with good skill. The rate of general complications 10.1%, change to open 2.5%. The average number of lymph node was removed: 13.5, not in-situ recurrent and metastasis in ports of trocars during at least 18 months after operation.

** Key words: Colorectum; Laparoscopy.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của PTNS ở nhiều lĩnh vực, PTNS đại - trực tràng ngày càng được phát triển rộng rãi.

Trường hợp cắt đại tràng đầu tiên do Jacobs thực hiện năm 1991, từ đó đến nay, trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu chứng minh lợi ích của PTNS đối với các bệnh lý lành tính, ác tính của đại - trực tràng. Phương pháp phẫu thuật này bắt đầu được áp dụng ở Việt Nam từ năm 2002 tại một số bệnh viện lớn, đang cần được tiếp tục nghiên cứu, đánh giá, hoàn thiện.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm *sơ bộ đánh giá kết quả PTNS đối với các bệnh lý lành tính và ác tính đại - trực tràng tại Bệnh viện 103.*

* *Bệnh viện 103*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

128 BN (165 nam, 63 nữ), tuổi trung bình 54,1 (từ 26 - 81 tuổi), bị các bệnh lý lành tính và ác tính đại - trực tràng được PTNS ổ bụng tại Khoa Ngoại Bụng, Bệnh viện 103 từ tháng 8 - 2004 đến 6 - 2010.

** Tiêu chuẩn chọn BN:* BN bị các bệnh lý đại - trực tràng có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định, được PTNS ổ bụng theo một quy trình thống nhất.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Hồi cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

** Kỹ thuật mổ:*

- Cắt đại tràng nội soi: cắt nửa đại tràng phải, nửa đại tràng trái, đoạn đại tràng ngang, đại tràng chậu hông. Phẫu tích giải phóng đại tràng từ đường giữa kết hợp với đường bên. Áp dụng kỹ thuật "no touch" và phẫu tích các cuống mạch tận gốc, đảm bảo nạo vét hạch triệt để đối với ung thư đại tràng (UTĐT). Mở 4 - 5 cm ở đường trắng giữa để cắt đại tràng, đưa bệnh phẩm ra ngoài, làm miệng nối ngoài ổ bụng. Khâu miệng nối một lớp bằng chỉ safil 3.0 hoặc vicryl 3.0. Trường hợp mổ không có chuẩn bị, làm phẫu thuật Hartmann.

Trường hợp không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, phẫu thuật tạm thời qua nội soi ổ bụng (làm hậu môn nhân tạo, nối tắt ruột, dẫn lưu hồi tràng).

- Cắt trực tràng:

Áp dụng cho ung thư trực tràng (UTTT). Thực hiện phẫu tích mạch mạc treo tràng dưới tận gốc, nạo vét hạch triệt để. Cắt mạc treo trực tràng. Tuỳ vị trí, giai đoạn bệnh, sử dụng các kỹ thuật triệt căn:

+ Phẫu thuật cắt trực tràng, bảo tồn cơ thắt (cắt, nối đại - trực tràng bằng stabler hoặc cắt trực tràng, nối đại tràng với ống hậu môn (Babcock - Bacon).

+ Phẫu thuật Miles nội soi.

+ Phẫu thuật Hartmann (khi không chuẩn bị đại tràng).

+ Cắt toàn bộ đại tràng: áp dụng với BN đa polýp đại - trực tràng, viêm loét đại - trực tràng,

+ Các phẫu thuật tạm thời trong ung thư đại - trực tràng: làm hậu môn nhân tạo, nối tắt ruột, mở thông hồi tràng. Chỉ định cho các trường hợp không còn khả năng phẫu thuật triệt căn.

+ Treo trực tràng - ụ nhô bằng mesh prolene: áp dụng cho sa trực tràng, sa trực tràng - sinh dục.

- Các chỉ tiêu theo dõi, đánh giá: số lượng BN, loại bệnh, tuổi, giới, phương pháp mổ, thời gian mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở, tỷ lệ biến chứng và tử vong, kết quả ban đầu mặt ung thư học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Loại bệnh.

Ung thư manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan: 24 BN (18,7%); ung thư đại tràng góc lách, đại tràng xuống: 16 BN (12,5%); UTĐT ngang: 7 BN (5,5%); ung thư đại tràng Sigma: 13 BN (10,2%); UTTT: 54 BN (42,2%); đa polyp đại - trực tràng: 4 BN (3,1%); viêm loét đại - trực tràng: 1 BN (0,8%); sa trực tràng: 8 BN (6,3%); sa trực tràng - sinh dục: 1 BN (0,8%).

Hầu hết bệnh đại - trực tràng đều được PTNS. Trong đó, 111 BN ung thư đại - trực tràng. Còn lại là đa polyp đại trực tràng (4 BN), viêm loét đại tràng (1 BN), sa trực tràng hoặc sa trực tràng - sinh dục (12 BN). Điều này cho thấy PTNS có thể ứng dụng rộng rãi cho nhiều bệnh lý đại - trực tràng lành tính hay ác tính, thay thế phần lớn các chỉ định mổ mở trước đây.

2. Các phương pháp mổ.

Cắt nửa đại tràng phải nội soi: 23 BN (17,9%); cắt nửa đại tràng trái nội soi: 15 BN (11,7%); cắt đoạn đại tràng ngang nội soi: 7 BN (5,5%); cắt đại tràng Sigma nội soi: 13 BN (10,1%); cắt nối máy đại - trực tràng nội soi: 11 BN (8,6%); phẫu thuật Babcock - Bacon nội soi: 12 BN (9,4%); phẫu thuật Miles nội soi: 29 BN (22,7%); cắt toàn bộ đại tràng nội soi: 5 BN (3,9%); phẫu thuật treo trực tràng: 8 BN (6,3%); phẫu thuật treo trực tràng - sinh dục: 1 BN (0,8%); phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo: 4 BN (3,1%).

Đối với ung thư đại - trực tràng, hầu hết áp dụng phẫu thuật triệt căn. Những trường hợp không thể phẫu thuật triệt căn, tiến hành nội soi đánh giá thương tổn và điều trị tạm thời (làm hậu môn nhân tạo).

3. Thời gian mổ.

Cắt đại tràng nội soi: 90 - 240 phút; cắt trực tràng nội soi: 110 - 320 phút; cắt toàn bộ đại - trực tràng: 180 - 420 phút; phẫu thuật treo trực tràng và treo trực tràng - sinh dục: 60 - 120 phút.

Thời gian đầu, khi kỹ năng chưa thành thạo, thời gian mổ kéo dài. Sau 50 ca, phẫu thuật viên bắt đầu đi vào ổn định về kỹ năng thực hành. Thời gian mổ hiện tại của chúng tôi tương đương với mổ mở.

4. Tỷ lệ chuyển mổ mở.

3/128 BN (2,5%). Những trường hợp chuyển mổ mở của chúng tôi đều ở giai đoạn đầu, khi mới áp dụng PTNS, gặp khó khăn do khối u lớn, xâm lấn sang các tổ chức xung quanh. Ở giai đoạn sau, khi đã thuần thục, những trường hợp còn khả năng phẫu thuật triệt căn đều được PTNS. Những trường hợp còn lại làm hậu môn nhân tạo. Tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi thấp hơn một số tác giả (Lacy: 16%, Hewitt: 11%, Stage: 17%, Seiichiro Yamamoto: 3%).

5. Tỷ lệ biến chứng.

Nhiễm trùng vết mổ: 6 BN (4,6%); rò miệng nối: 3 BN (2,3%); tắc ruột sau mổ: 1 BN (0,8%); tụt hậu môn nhân tạo: 1 BN (0,8%); tổn thương niệu quản phải: 1 BN (0,8%); tái phát ung thư tại chỗ: 0 BN; mổ lại: 0 BN; tử vong: 1 BN (0,8%).

1 BN tử vong do tuổi cao, lại xuất huyết dạ dày nặng + suy tim. Xuất huyết dạ dày xuất hiện vào ngày thứ 8 sau mổ cắt đại tràng ngang, bệnh diễn biến nhanh, truỵ tim, mạch và tử vong. 1 BN tổn thương niệu quản phải khi phẫu tích khối u = 1/3 trên trực tràng, xâm lấn rộng, tiến hành khâu nối niệu quản qua nội soi.

6. Kết quả bước đầu về ung thư học.

Nguyên tắc "no touch", phẫu tích cuống mạch tận gốc và nạo vét hạch triệt để tiến hành thuận lợi qua nội soi, dưới màn hình và camera có độ phân giải cao. Số hạch nạo vét được trung bình là 13,5 hạch (3 - 19 hạch). Kết quả này tương tự một số tác giả khác (Lacy: 13 hạch, Milsom: 19 hạch…).

Không có BN nào tái phát tại chỗ, di căn tại các lỗ trocar hoặc di căn tại vết mổ đưa bệnh phẩm ra ngoài, thời gian theo dõi ít nhất 18 tháng.

7. Ý nghĩa chẩn đoán của PTNS.

Một vai trò quan trọng của PTNS là chẩn đoán, xác định mức độ và giai đoạn của tổn thương, đặc biệt đối với những trường hợp ung thư đại - trực tràng. Việc xác định giai đoạn của khối u, mức độ di căn hạch bằng nội soi sẽ giúp xác định giai đoạn ung thư, từ đó đưa ra chỉ định phẫu thuật triệt căn hay một kỹ thuật tạm thời.

8. PTNS đối với sa trực tràng.

Đây là một chỉ định tốt, chúng tôi áp dụng phẫu thuật treo trực tràng, trực tràng - sinh dục vào ụ nhô cho 9 BN đều cho kết quả khá tốt, không có tái phát, thời gian theo dõi ít nhất 9 tháng.

KẾT LUẬN

Bước đầu áp dụng PTNS cho các bệnh lý lành tính và ác tính đại - trực tràng cho kết quả tốt. Ngoài những ưu điểm chung của PTNS (ít đau, hồi phục nhanh, sớm trung tiện, hạn chế nhiễm khuẩn vết mổ và thẩm mỹ), đây còn là phương pháp phẫu thuật khá an toàn, tỷ lệ biến chứng tương đương mổ mở. Khả năng phẫu thuật triệt căn đối với ung thư đại - trực tràng bước đầu cho kết quả khả quan.

Cũng như phẫu thuật mở, phẫu thuật viên nội soi cần thời gian nhất định để rèn luyện kỹ năng. Khi đã có kỹ năng thực hành tốt, thời gian phẫu thuật sẽ được rút ngắn, tương đương mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc và CS. Cắt đại tràng nội soi. Y học TP. HCM. 2003, 7, tr.127-131.

2. Nguyễn Minh Hải và CS. Phẫu thuật Miles qua nội soi ổ bụng - qua 61 trường hợp. Tạp chí Y Dược học thực hành. 2006, 541.

3. Fleshman J, Sargent D.J, Green E. et al. Laparoscopic colectomy for cancer is not inferior to open surgery based on 5-year data from the COST study group trial. Ann Surg. 2007, 64, pp.246-655.

4. Hartley J.E, Monson J.R.T. The role of laparoscopy in the multimodality treatment of colorectal cancer. Surg Clin N Am. 2002, 82, pp.1019-1033.

5. Kojima M, et al. Laparoscopic colectomy versus open colectomy for colorectal carcinoma: A retrospective analysis of patiens followed up for at least 4 years. Surg Today. 2004, 34, pp.1020-1024.

6. Lumley John, et al. Laparoscopic colorectal surgery for cancer. Immediate and long-term outcomes. Dis Colon Rectum. 2002, 45, pp.867-874.

7. Tsang W.W.C, Chung S.Y, et al. Minimal invasive surgery for rectal cancer. Surg Clin N Am. 2005, 85, pp.61-73.

8. Veldkamp R, et al. Laparoscopic resection of colon cancer. Surg Endosc. 2004, 18, pp.1163-1185.