

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG SIGMA BẰNG PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ QUA 68 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN 103

Nguyễn Văn Xuyên*; Ngô Quý Lâm*

TÓM TẮT

Từ 10 - 2005 đến 6 - 2010, Bệnh viện 103 đã phẫu thuật triệt để cho 68 bệnh nhân (BN) ung thư đại tràng (UTĐT) sigma, tuổi trung bình 54,69 (17 - 80), tỷ lệ nam/nữ là 1,3. 19/68 BN có tiền sử bản thân và gia đình liên quan đến bệnh lý đại tràng. Các triệu chứng lâm sàng nổi bật: đau bụng (94,1%), đại tiện phân nhày máu (92,6%); 70,6% mổ mở, 29,4% mổ nội soi, phương pháp cắt đoạn đại tràng (ĐT) sigma (69,12%). Tỷ lệ sống 3 năm sau mổ chung 57,1%, các yếu tố ảnh hưởng nhiều tới tỷ lệ sống 3 năm sau mổ là: giai đoạn bệnh, biến chứng, xâm lấn u; các yếu tố khác ít có ý nghĩa ảnh hưởng tới tỷ lệ sống 3 năm sau mổ. Tỷ lệ tái phát chung 17,6%, chỉ gặp tái phát ở giai đoạn Dukes C và Dukes D, 60% tái phát là ở giai đoạn 6 - 12 tháng, 80% tái phát có di căn gan.

* Từ khóa: Ung thư đại tràng sigma; Phẫu thuật triệt để.

RESULTS OF TREATMENT OF SIGMOID COLON CANCER BY RADIATIVE SURGERY FOR 68 CASES AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

In the period from 10 - 2005 to 6 - 2010 at 103 Hospital, we had radiative surgery for 68 cases of the sigmoid colon cancer, the mean age was 54.69 (17 - 80), male/female ratio was 1.3. 19/68 cases had own prehistory and family prehistory related to colon disease. The clinical symptoms occurred: abdominal (94.1%), rectal bleeding (92.6%); 70.6% of cases had open operation, 29.4% of cases had laparoscopic sigmoid colectomy (69.12%). 3 years survival was 57.1%. Dukes stage, complication, invading of tumor had a significant effect on 3-years survival. Other factors (age, sex, hemoglobin, size of tumor, tumor tissues) had not significant effect on 3-years survival. Ratio recuring was 17.6%, only recuring in stage of Dukes C and Dukes D, 6 - 12 months had 60% recuring, 80% of recuring had metastasis liver

*. * Key words: Sigmoid colon cancer; Radiative operation.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng sigma là loại ung thư hay gặp và chiếm tỷ lệ cao trong ung thư đại trực tràng. Corman M.L. nghiên cứu 1.008 BN thấy, 25% ung thư tại vị trí sigma. Ở Việt Nam, theo Nguyễn Văn Hiếu, 15,19% ung

thư tại vị trí sigma. Việc chẩn đoán sớm và điều trị triệt để UTĐT có ý nghĩa lớn, góp phần đáng kể làm tăng tỷ lệ sống 5 năm sau mổ. Nhìn chung, tỷ lệ này đạt khoảng 40 - 60%, phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Vấn đề chỉ định mổ

* Bệnh viện 103

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

và lựa chọn kỹ thuật điều trị triệt để UTĐT sigma còn ít được đi sâu nghiên cứu và đang là những vấn đề được bàn luận, quan tâm của nhiều tác giả; đặc biệt là phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi đại tràng (cắt nửa đại tràng trái; cắt đại tràng trái thấp) hay cắt đoạn đại tràng sigma.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

68 BN UTĐT sigma, được điều trị phẫu thuật triệt để tại Khoa Phẫu thuật Bụng, Bệnh viện 103 từ 10 - 2005 đến 6 - 2010.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả không đối chứng, phối hợp vừa hồi cứu, vừa tiến cứu.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, rối loạn đại tiện, ỉa phân nhày máu, gày sút cân, dấu hiệu Koenig, sờ thấy u, phân loại biến chứng trước mổ, phương pháp phẫu thuật).

- Kết quả xa: tỷ lệ sống sau mổ, ảnh hưởng của một số yếu tố đến tỷ lệ sống 3 năm sau mổ và tái phát sau mổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng.

- Tuổi trung bình 54,69 (17 - 80), hay gặp nhất ở lứa tuổi 50 - 59 (35,3%); tỷ lệ nam/nữ = 1,3; tỷ lệ nông thôn/thành thị = 2,59; 15/68 BN (22,1%) có tiền sử bệnh lý ĐT (viêm ĐT mạn, ly...), 4/68 BN (5,9%) gia đình có người mắc bệnh tương tự. Kết quả này phù

hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiếu. Nguyễn Văn Xuyên [2, 3]: tỷ lệ nam/nữ = 1,45. Corman M.L thông báo tuổi trung bình của 1.008 BN UTĐT là 63. 19 BN có tiền sử bản thân và gia đình liên quan đến bệnh lý đại tràng, tuy nhiên để đưa ra được mối liên quan giữa các yếu tố về tiền sử với bệnh UTĐT sigma cần phải nghiên cứu trên số lượng BN lớn hơn.

- Các triệu chứng lâm sàng: đau bụng (94,1%), đại tiện phân nhày máu (92,6%), táo bón (70,6%), sút cân (66,2%), sờ thấy u (48,5%), hội chứng Koenig (13,2%), biến chứng trước mổ (17,64%) [trong đó: tắc ruột (14,7%), viêm phúc mạc (2,94%)]. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Xuyên: đau bụng chiếm 85,2%, sút cân 64,2% [3]; các tác giả nước ngoài như: Borda A, Martinez J.M, An-Gao X, Zhi-Jin Y, Bo J [4, 6] cũng có kết quả tương tự. 17,64% BN có biến chứng, tỷ lệ này thấp hơn so với các tác giả khác.

- Đặc điểm về phẫu thuật: tất cả BN đều được làm phẫu thuật triệt để nhằm lấy bỏ khối u với một khoảng cách an toàn kết hợp với nạo vét hạch. 48/68 BN (70,6%) được mổ mở, 20/68 BN (29,4%) phẫu thuật nội soi. Các phương pháp phẫu thuật [cắt nửa ĐT trái (16,18%), cắt ĐT trái thấp (4,41%), cắt đoạn ĐT sigma (69,12%), cắt nửa ĐT trái mở rộng (7,35%), cắt đoạn ĐT sigma-trực tràng (2,94%)]. Phương pháp phục hồi miệng nối: 51/68 BN được phục hồi lưu thông miệng nối 1 thì, 17/68 BN phục hồi lưu thông miệng nối 2 thì (các BN này được làm phẫu thuật Hartmann). Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật nên căn cứ vào khối u có di căn xa hay chưa, tình trạng toàn thân có cho phép hay không và mổ có

chuẩn bị hay không chuẩn bị, tốt nhất nên sinh thiết tức thì trong mổ. Việc phục hồi lưu thông miệng nối nên căn cứ vào tình trạng người bệnh, nghiên cứu của chúng tôi có 17 BN phục hồi miệng nối 2 thì, đều có biến

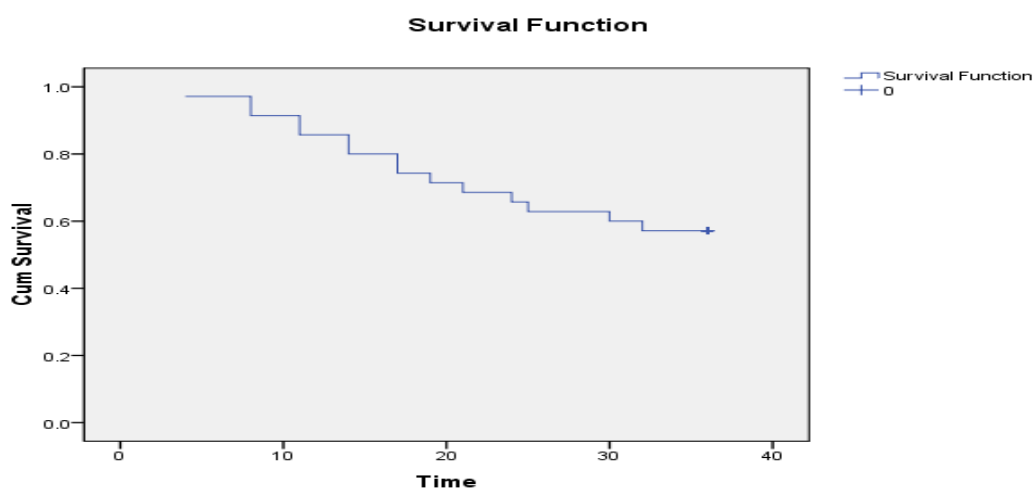
chúng trước mổ như tắc ruột hay viêm phúc mạc do thủng khối u.

2. Kết quả xa sau mổ.

* Tỷ lệ sống sau mổ: đến tháng 6 - 2010, chúng tôi có thông tin 55/68 BN (80,9%), trong đó 35 BN có thời gian sau mổ ≥ 3 năm.

Bảng 1: Phân bố tình trạng BN tại các thời điểm sau mổ.

BN CÓ THÔNG TIN	THỜI GIAN SỐNG SAU MỔ (tháng)					
	6 th	12 th	18 th	24 th	36 th	60 th
BN	51	48	43	41	35	5
BN tử vong	3	7	9	12	15	3
BN còn sống	48	41	34	29	20	2
Tỷ lệ sống sau mổ (%)	94,1	85,4	79,1	70,7	57,1	40



Đồ thị 1: Tỷ lệ sống 3 năm sau mổ chung (n = 35).

Trong 35 BN có thông tin và có thời gian sau mổ từ 3 năm trở lên thì tỷ lệ sống 3 năm sau mổ chung là 57,1%, nếu lấy thời điểm theo dõi 5 năm thì tỷ lệ sống sau mổ là 2/5

BN = 40%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng: tỷ lệ sống sau 3 năm sau mổ là 49,5% và 5 năm sau mổ là 38,1% [1].

* Vai trò của một số yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ sống 3 năm sau mổ:

- Tuổi:

Bảng 2: So sánh tỷ lệ sống sau mổ theo nhóm tuổi.

TUỔI	SỐ BN	TỶ LỆ SỐNG SAU 3 NĂM (%)	p (log rank test)
< 40	4	50	0,784
40 - 69	25	56	
> 69	6	66,7	
Tổng	35	57,1	

Nhóm > 69 tuổi có tỷ lệ sống sau mổ cao nhất (66,7%); nhóm < 40 tuổi có tỷ lệ thấp nhất (50%); nhóm từ 40 - 69 tuổi có tỷ lệ 56%; nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Biến chứng:

Bảng 3: So sánh tỷ lệ sống sau mổ theo biến chứng.

BIẾN CHỨNG TRƯỚC MỔ	SỐ BN	TỶ LỆ SỐNG SAU 3 NĂM (%)	p (log rank test)
Có	7	14,3	0,001
Không	28	67,8	
Tổng	35	57,1	

Nhóm có biến chứng, tỷ lệ sống sau mổ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không biến chứng (14,3% so với 67,8%), $p = 0,001$.

+ Giai đoạn: nhóm Dukes B có tỷ lệ sống sau mổ cao nhất (71,4%), nhóm Dukes C là 57,7%, nhóm Dukes D có tỷ lệ thấp nhất (0%) (không có BN nào sống quá 3 năm sau mổ), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p = 0,005$.

+ Ảnh hưởng của giới tính đến tỷ lệ sống 3 năm sau mổ: nam có tỷ lệ cao hơn nữ (57,9% so với 56,2%), nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa ($p > 0,05$).

+ Ảnh hưởng của hàm lượng Hb đến tỷ lệ sống 3 năm sau mổ: nhóm Hb < 60 g/l có tỷ lệ thấp nhất (0%) (BN tử vong ở nhóm này), nhóm Hb từ 90 - 120 g/l có tỷ lệ cao nhất (64,3%), nhóm Hb từ 60 - 90 g/l có tỷ lệ 55,6% và nhóm Hb > 120 g/l là 60%, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

+ Ảnh hưởng của kích thước khối u đến tỷ lệ sống 3 năm sau mổ: sự khác biệt về tỷ lệ sống sau mổ theo các nhóm kích thước (≥ 6 cm và < 6 cm) không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

+ Ảnh hưởng của xâm lấn khối u đến tỷ lệ sống 3 năm sau mổ: nhóm khối u có xâm lấn xung quanh có tỷ lệ thấp hơn so với nhóm khối u không xâm lấn (33,3% so với 69,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,004$.

+ Ảnh hưởng của hình thái tế bào khối u đến tỷ lệ sống 3 năm sau mổ: tỷ lệ ở nhóm ung thư biểu mô tuyến có cao hơn so với nhóm ung thư biểu mô nhày (57,6% so với 50%), nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Tái phát sau mổ: tổng số BN được xem xét đánh giá khả năng tái phát là 30 BN, kết quả như sau: tỷ lệ tái phát chung: 5/30 BN = 16,7%; về tình trạng tái phát bệnh: 1 BN (20%) có khối u tại ĐT, 2 BN (40%) có di căn ở gan, 2 BN (40%) vừa có khối u tại ĐT vừa có di căn gan.

Về vai trò của một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống 3 năm sau mổ: Nghiên cứu

này thấy các yếu tố: biến chứng, giai đoạn bệnh, độ xâm lấn của khối u có ảnh hưởng đến tỷ lệ sống 3 năm sau mổ, sự khác biệt trong từng yếu tố có ý nghĩa thống kê (p log rank test < 0,05). Các yếu tố khác như tuổi, giới, hàm lượng hemoglobin, kích thước khối u, hình thái tế bào u ảnh hưởng tới tỷ lệ sống 3 năm sau mổ, sự khác biệt trong từng yếu tố chưa có ý nghĩa thống kê (p log rank test > 0,05). So sánh với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả thấy: đa số đều cho rằng yếu tố giai đoạn bệnh và biến chứng có ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sau mổ, sự khác biệt trong từng yếu tố có ý nghĩa thống kê (theo

Trịnh Hồng Sơn tỷ lệ tử vong trong phẫu thuật có chuẩn bị là 9,6% và lên tới 19% trong phẫu thuật cấp cứu) [1], các yếu tố khác còn nhiều ý kiến khác nhau về ảnh hưởng của chúng tới tỷ lệ sống sau mổ (theo Nguyễn Quang Thái: kích thước u lớn là yếu tố làm giảm tỷ lệ sống sau mổ UTĐT; Chang O.S, Jin W.S, Kyoung M.K cho rằng ung thư biểu mô tế bào nhày có tỷ lệ sống sau mổ thấp hơn ung thư biểu mô tế bào tuyến [7]. Tuy nhiên, theo Angelopoulos S, Kanellos I, Christophoridis thì tuổi, giới và hình thái tế bào u không có nhiều ý nghĩa ảnh hưởng tới tỷ lệ sống sau mổ) [5].

Bảng 4: Thời gian tái phát theo phân loại giai đoạn bệnh và theo phương pháp phẫu thuật.

THỜI GIAN (tháng)	6	12	24	48	CỘNG
SỐ BN	2	2	1	1	5
Tỷ lệ	20%	40%	20%	20%	100%
Tái phát theo phân loại giai đoạn bệnh					
Dukes C	0	2	1	0	3/21 (14,3%)
Dukes D	2	0	0	0	2/4 (50%)
Tái phát theo phương pháp phẫu thuật					
Cắt nửa ĐT trái	1	0	0	0	1/7 (14,3%)
Cắt đoạn ĐT sigma	1	1	1	1	4/23 (17,4)

Tái phát sau mổ là một điều khó tránh khỏi trong phẫu thuật điều trị ung thư, tuy nhiên để đánh giá tái phát rất khó, phải thông qua nhiều biện pháp thăm khám toàn diện. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ tái phát chung 16,7%, số tái phát cao hơn trong 6 - 12 tháng đầu (6 tháng 20%, 12 tháng 40%; tái phát chỉ gặp ở Dukes C và Dukes D, trong đó Dukes D tỷ lệ tái phát 50% và gặp trong 6 tháng đầu). Tình trạng tái phát: gặp di căn ở gan với tỷ lệ 80%. Kết quả này có

nhiều điểm phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng, tuy nhiên đây là vấn đề cần phải nghiên cứu sâu hơn nữa để có thể đưa ra những số liệu đầy đủ hơn.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 68 BN UTĐT sigma được điều trị bằng phẫu thuật triệt để tại Bệnh viện 103 từ 2005 - 2010 thấy:

- Tuổi hay mắc UTĐT sigma là 54,69 (17 - 80), tỷ lệ nam/nữ = 1,3, tỷ lệ nông

thôn/thành thị = 2,59, lao động thủ công 77,9%, lao động trí óc 22,1%. Các triệu chứng lâm sàng nổi bật: đau bụng (94,1%), đại tiện phân nhày máu (92,6%), táo bón (70,6%), gày sút cân (66,2%); 15/68 BN có tiền sử bệnh lý ở đại tràng; 48/68BN (70,6%) được mổ mở, 20/68BN (29,4%) được phẫu thuật nội soi. 69,12% cắt đoạn ĐT sigma, đa số BN phục hồi lưu thông miệng nối 1 thì, các BN phải phục hồi lưu thông miệng nối 2 thì đều đến viện trong tình trạng cấp cứu.

- Tỷ lệ sống 3 năm sau mổ chung 57,1%, nếu lấy thời điểm theo dõi là 5 năm, tỷ lệ sống sau mổ là 2/5 BN = 40%. Các yếu tố: biến chứng trước mổ, giai đoạn bệnh, độ xâm lấn của khối u có ảnh hưởng tới tỷ lệ sống 3 năm sau mổ. Các yếu tố: tuổi, giới, hàm lượng hemoglobin, kích thước khối u, hình thái tế bào u không có ảnh hưởng nhiều tới tỷ lệ sống 3 năm sau mổ.

- Tỷ lệ tái phát chung 16,7%, 60% tái phát trong 6 - 12 tháng đầu, giai đoạn bệnh càng muộn, tái phát càng sớm và nhiều, 80% tái phát có di căn gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Hùng. Kết quả điều trị UTĐT tại Bệnh viện Việt Đức trong 5 năm (1994 - 1998). Y học thực hành. 2002, (11), tr.15-17.

2. Lê Quang Minh, Trần Văn Khoa, Nguyễn Văn Hiếu. Một số đặc điểm lâm sàng và nội soi của 79 BN ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện K. Tạp chí Y-Dược học quân sự. 2009, số 7, tr.16-22.

3. Nguyễn Văn Xuyên. Lâm sàng và điều trị phẫu thuật UTĐT sigma qua 81 trường hợp. Tạp chí Y-Dược học quân sự. 2007, số 6, tr.102-108.

4. An-Gao X, Zhi-Jin Y, Bo J, et al. Colorectal cancer in Guangdong province of China: A

demographic and anatomic survey. World Gastroenterol. 2010, 16 (8), pp.960-965.

5. Angelopoulos S, Kanellos I, Christophoridis E, et al. Five-year survival after curative resection for adenocarcinoma of the colon. Tech Coloproctol. 2004, 8, pp. S152-S154.

6. Borda A, Martinez J.M, et al. Synchronous neoplastic lesions in colorectal cancer: An analysis of possible risk factors favouring presentation. Rev Esp Enferm Dig (Madrid). 2008, Vol 100, N°3, pp.139-145.

7. Chang O.S, Jin W.S, Kyoung M.K, et al. Clinical significance of signet-ring cell in colorectal mucinous adenocarcinoma. Modern Pathology. 2008, 21, pp.1533-1541.

8. Marvin L. Corman. Carcinoma of the Colon. Colon and Rectal Surgery. 5th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2005, pp.767-881.

