PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO TRỰC TRÀNG TRONG UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP: KINH NGHIỆM QUA 90 TRƯỜNG HỢP

Phạm Văn Bình*; Nguyễn Văn Xuyên*

TÓM TẮT

90 bệnh nhân (BN) ung thư trực tràng (UTTT) thấp được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt toàn bộ mạc treo trực tràng từ tháng 6 - 2008 đến 12 - 2010 tại Bệnh viện K. Kết quả phẫu thuật tốt: thời gian mổ 40 phút, lượng máu mất trong mổ 5 ml, biến chứng trong mổ 1,1% và sau mổ 5,5%.

98% mạc treo trực tràng được cắt nguyên vẹn, số lượng hạch nạo vét trung bình ở nhóm tia xạ trước mổ 8 hạch và nhóm không tia xạ 12 hạch, tỷ lệ di căn hạch 5,5% ở nhóm tia xạ và 16,6% ở nhóm không tia xạ trước mổ.

* Từ khóa: Ung thư trực tràng thấp; Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng; Phẫu thuật nội soi.

TOTAL LAPAROSCOPIC MESORECTAL EXCISION FOR LOWER RECTAL CANCER: EXPERIENCES IN 90 CASES

SUMMARY

90 patients of lower rectal cancer were undergone total laparoscopic mesorectal exicision at K Hospital from 06 - 2008 to 12 - 2010. The results were good: the mean operative time was 40 minutes, estimated blood loss 5 ml. 98% of specimen were intacly. The mean number of harvested lymph nodes was 8 in the preoperative radiation therapy group and 12 in non - radiation therapy group. The metastatic rate of harvested lymph nodes in non - radiation therapy group was 16.6% and 5.5% in preoperative radiation therapy group.

** Key words: Lower rectal cancer; Total mesorectal excision; Laparoscopic surgery.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1982, lần đầu tiên trên thế giới Heald - phẫu thuật viên người Anh đưa ra khái niệm cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision-TME) trong điều trị UTTT thấp. Đây là một trong những thay đổi quan trọng nhất về phẫu thuật UTTT từ hơn một thế kỷ nay, nó làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ từ 15 - 40 % xuống còn 4% [3, 9].

* *Bệnh viện K*

** *Bệnh viện 103*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Vũ Huy Nùng

PTNS trong ung thư đại trực tràng được áp dụng từ năm 1991 tại Mỹ, sau đó phát triển ra nhiều trung tâm nghiên cứu ung thư trực tràng trên toàn thế giới với những ưu điểm: quan sát rõ cấu trúc giải phẫu vùng tiểu khung, tuân thủ nguyên tắc nạo vét hạch ung thư, tăng khả năng bảo tồn thần kinh tiết niệu sinh dục mà vẫn đảm bảo tính nguyên vẹn của mạc treo trực tràng [1, 2]. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu phân tích cụ thể về cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng PTNS vẫn còn hạn chế.

Mục đích của báo báo này nhằm *phân tích, đánh giá PTNS cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trong điều trị UTTT thấp.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

90 BN UTTT thấp được PTNS cắt toàn bộ mạc treo trực tràng từ tháng 6 - 2008 đến 12 - 2010 tại Bệnh viện K. Loại khỏi nghiên cứu những BN có khối u lớn > 6 cm hay đã xâm nhập ra các tạng lân cận như bàng quang, tử cung hoặc thành chậu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả.

Đánh giá khối u trên MRI tiểu khung giai đoạn T3, thăm trực tràng u di động hạn chế hoặc N1 điều trị tia xạ trước mổ và tiến hành PTNS sau tia xạ 4 tuần. Kỹ thuật mổ nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng thực hiện theo quy trình thống nhất: BN nằm ngửa tư thế dạng 2 chân, phẫu thuật viên đứng bên phải BN, đặt 4 trocar. Thắt bó mạch trực tràng trên tận gốc, cắt mạc treo trực tràng thực hiện theo mặt sau và 2 bên xuống tới sàn đáy chậu đó là thì cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Phẫu tích bệnh phẩm ngay sau mổ: đánh giá sự nguyên vẹn của mạc treo trực tràng. Ghi nhận số lượng, tỷ lệ di căn hạch trong mạc treo trực tràng.

** Các chỉ tiêu nghiên cứu:*

Tuổi, giới, điều trị tia xạ trước mổ, thời gian cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (phút) tính từ lúc thắt gốc bó mạch trực tràng trên tới khi cắt mạc treo trực tràng toàn bộ đến sàn đáy chậu, lượng máu mất trong mổ, biến chứng trong và sau mổ, nguyên nhân chuyển mổ mở liên quan đến kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, sự nguyên vẹn mạc treo trực tràng, số lượng, tỷ lệ di căn hạch trong mạc treo trực tràng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

** Tuổi và giới:* 90 BN, tuổi trung bình 58 (dao động: 25 - 79); nam 50 BN (55,5%); nữ 40 BN (44,5%).

****** Các chỉ số kỹ thuật mổ nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng:*

Tia xạ trước mổ: 41 BN (45,5 %); thời gian cắt mạc treo: 40 phút (15 - 60); lượng máu mất: 5 ml (2 -10).

1 BN (1,1%) biến chứng trong mổ do cắt phải niệu quản trái phải chuyển mổ mở để nối niệu quản. 5 BN (5,5%) biến chứng sau mổ có liên quan đến cắt toàn bộ mạc treo trực tràng: 3 trường hợp bí đái sau mổ phải đặt lưu sonde bàng quang, 2 trường hợp tắc ruột sau mổ do ruột non kẹt xuống khe hở của đường khâu phục hồi phúc mạc tiểu khung.

** Kết quả phẫu tích mạc treo trực tràng:*

Mạc treo trực tràng nguyên vẹn: 89 BN (98,8%); số lượng hạch tia xạ trước mổ: 8 (1 - 10), không tia xạ: 12 (2 - 22); tỷ lệ di căn hạch, tia xạ trước mổ: 5 BN (5,5%), không tia xạ 15 BN (16,6%).

BÀN LUẬN

Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trong mổ mở được Heal mô tả (1982) đã trở thành nguyên tắc phẫu thuật trong UTTT thấp do kết quả ung thư học sau mổ mang tính thuyết phục, tỷ lê tái phát tại chỗ chỉ còn < 4% [5]. Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng luôn có nguy cơ làm tổn thương các nhánh thần kinh của đám rối thần kinh hạ vị chạy dọc theo thành chậu bên chi phối tiết niệu và sinh dục của BN cũng như tổn thương tĩnh mạch trước xương cùng, gây chảy máu [1, 2, 3]. Đối với PTNS, vấn đề đặt ra là nguy cơ tổn thương này có giảm đi và kết quả ung thư học có đảm bảo so với mổ mở không?. Ngày nay, khái niệm cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trong UTTT của các tác giả Nhật Bản mở rộng hơn khi có kèm theo nạo vét hạch thành chậu, lỗ bịt. Tuy nhiên, kết quả không thật sự như mong muốn, vì tỷ lệ tái phát và sống thêm sau mổ không cải thiện kèm theo nhiều biến chứng sau mổ [1]. Trong nghiên cứu này, 90 BN được cắt toàn bộ mạc treo trực tràng đơn thuần không kèm theo nạo vét hạch chậu một cách hệ thống vì trên phim chụp MRI trước mổ không có nghi ngờ hạch chậu. Quan điểm này phù hợp với các tác giả Âu - Mỹ [4, 5, 9]. Với kỹ thuật phẫu tích bằng dao siêu âm, sau khi tách riêng bó mạch trực tràng trên tận gốc kẹp mạch máu bằng clip Hemolock, chúng tôi tiếp tục phẫu tích mặt sau mạc treo trực tràng theo lớp giải phẫu không có mạch máu mà các tác giả nước ngoại goi là lớp ``holy plane`` tránh tổn thương mạch trước xương cùng [6, 7]. Thời gian cắt mạc treo trực tràng trung bình là 40 phút, của các tác giả nước ngoài từ 60 - 70 phút [9]. Có lẽ BN Việt Nam nói chung có mạc treo trực tràng mỏng và ít mỡ nên thuận lợi cho phẫu tích hơn. Xạ trị trước mổ cũng gây phản ứng viêm quanh trực tràng nên trong quá trình phẫu tích lượng máu mất cũng nhiều hơn nhóm BN không xạ trị. Nhóm BN của chúng tôi có lượng máu mất thì cắt mạc treo trung bình 5 ml, trong đó BN chưa tia xạ khi phẫu tích không phải dùng đến máy hút vì gần như không chảy máu. 1 BN tổn thương niệu quản trái khi cắt bờ trái mạc treo trực tràng phải chuyển mổ mở để nối niệu quản. Khái niệm giải phẫu ung thư cho giới hạn cắt thành bên của mạc treo trực tràng tới đâu vẫn còn chưa thống nhất. Nếu cắt sát thành bên trực tràng, có thể để lại tổ chức có di căn tế bào ung thư ở thành chậu, nhưng khi cắt xa thành trực tràng nguy cơ tổn thương niệu quản như BN trong nghiên cứu này. Hơn nữa, khi cắt rộng hai bên thành trực tràng, phần phúc mạc còn lại ít gây khó khăn trong khâu phục hồi lại phúc mạc tiểu khung [6, 7, 10]. Trong 5 trường hợp biến chứng sau mổ (5,5%), 3 BN tắc ruột sau mổ do quai ruột non kẹt xuống tiểu khung qua khe hở khi khâu phúc mạc tiểu khung phải mổ lại giải quyết tắc ruột. Các tác giả nước ngoài thường dùng phương pháp đưa mạc nối lớn xuống lấp phần khuyết hổng của tiểu khung (epiploplasty) hoặc đặt tấm lưới làm sàn đáy chậu (protheseplasty). 2 trường hợp còn lại bí đái sau mổ phải lưu sonde bàng quang do tổn thương các nhánh thần kinh chi phối bàng quang. Seow-Choen. F. điều trị cho 92 BN, gặp 14% rối loạn chức năng tiết niệu, còn Quah.H.M. ghi nhận 54%. Các tác giả còn đề cập tới

chức năng sinh dục sau mổ cắt toàn bộ mạc treo trực tràng nội soi tốt hơn so với mổ mở, nhưng trong nghiên cứu này chúng tôi không phân tích [8, 9].

Mạc treo trực tràng nguyên vẹn khi bệnh phẩm mạc treo nhẵn bóng bảo tồn toàn bộ cân mặt sau (fasial rectic), nó phản ánh kỹ thuật mổ đúng lớp phẫu tích và như vậy sẽ cắt được trọn vẹn mạc treo trực tràng [6, 7,10]. Chúng tôi có gặp bệnh phẩm mạc treo không nguyên vẹn, cân trực tràng bị phá vỡ bờ trái và mặt sau do mổ không đúng lớp giải phẫu, đây cũng là nguyên nhân gây tổn thương niệu quản trái. Phân tích số lượng hạch trong mạc treo trực tràng thấy nhóm tia xạ có trung bình 8 hạch, tỷ lệ di căn 5 BN (5,5%), trong khi BN không tia xạ có số lượng hạch trung bình 12, di căn hạch 15 BN (16,6%). Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tia xạ làm giảm số lượng hạch, cũng như tỷ lệ di căn hạch trong mạc treo trực tràng [4, 5] .

KẾT LUẬN

Qua phân tích 90 trường hợp PTNS cắt toàn bộ mạc treo trực tràng điều trị UTTT thấp cho kết quả tốt: thời gian mổ trung bình 40 phút, lượng máu mất trong mổ trung bình 5 ml, tỷ lệ biến chứng thấp (5,5%), chỉ có 1 trường hợp (1,1%) chuyển mổ mở, 98% mạc treo trực tràng được cắt nguyên vẹn, sau tia xạ số lượng và tỷ lệ di căn hạch trong mạc treo trực tràng giảm. Cần theo dõi thêm để đánh kết quả ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akasu. T , Sugihara.K , Moriya.Y. Male urinary and sexual function after mesorectal excision alone or in combination with extended lateral pelvic lymph node dissection for rectal cancer. Ann Surg Oncol. 2009, 16, pp.2779-2786.

2. Breukink .S.O. Van der zaag-loonen.H.J, Bouma.E.M.C, Pierie .J.P.E.N, et al. Prospective evaluation of quality of life and sexual functioning after laparoscopic total mesorectal exicision. Dis Colorectum. 2006, 50, pp.147-155

3. Galandiuk.S, Chaturvedi.K, Topor.B. Rectal cancer. A compartment disease of the mesorectum and mesorectal lymph node. Recent results in cancer research. Vol 165.

4. Glance .A.A. Cancer staging handbook from the AJCC Manual; Seventh edition. 2010, pp.419-460.

5. Libutti. SK, Tepper. JE, Saltz. LB. Devita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. 2008, 8th edition section 13: Rectal cancer, pp.1286-1300.

6. Mahadevan.V. The anatomy of the rectum and anal canal. Surgery I. 2010, pp.4-10.

7. Nano .M, Prunotto. M, Ferronato .M, Solej. M et al. The mesorectum hypothesis on its evolution. Tech Coloproctol. 2006, 10, pp.323-328.

8. Quah. HM, Jayne. DG, Eu. KW, Seow-choen. F. Bladder and sexual dysfuntion following laparoscopically assisted and conventional open mesorectal resection for cancer. Br J Surg. 2002, 89 (12), pp.1551-1556.

9. Seow-choen. F, Ho.K. Surgical results of total mesorectal excision for rectal cancer in a specialise colorectal unit. Recent results in cancer research. 2005, Vol 165.

10. Sterk. P, Opitz.T, Kasperk. R, Schubert. V et al. Studies of the vascular anatomy of the mesorectum support the concept of the total mesorectal excision. Tech Coloproctol. 2000, 4, pp.151-156.