

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ QUỐC PHÒNG

VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

TRẦN THÁI PHÚC

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP
TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108**

Chuyên ngành: Ngoại tiêu hóa

Mã số : 62720125

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2018

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

Người hướng dẫn khoa học:

GS.TS. NGUYỄN CƯỜNG THỊNH
PGS.TS. NGUYỄN ANH TUẤN

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường, họp tại Viện NCKH Y Dược Lâm Sàng 108

vào hồi: giờ ngày tháng năm 2018

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia.
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược Lâm Sàng 108.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là một bệnh khá phổ biến. Theo Macrae F.A. và cộng sự (2017), mỗi năm ở Mỹ có khoảng 39.910 trường hợp ung thư trực tràng mới mắc. Mặc dù từ năm 1990, tỷ lệ tử vong do ung thư đại trực tràng đã giảm 3% mỗi năm, nhưng vẫn đứng vị trí thứ 3 ở nữ và thứ 2 ở nam về nguyên nhân chết do ung thư tại Mỹ. Ở Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3 ở nữ giới và hàng thứ 4 ở nam giới trong hệ thống bệnh ung thư. Tỷ lệ mắc đối với nữ là 13,7/100.000 dân và với nam là 17,1/100.000 dân.

UTTT gặp ở nam nhiều hơn nữ và gia tăng theo tuổi. Tỷ lệ mắc ở các vùng miền quốc gia trên thế giới khác nhau và phụ thuộc vào nhiều yếu tố như địa lý, môi trường, chủng tộc, tập quán...

Theo Rullier E. (2013) và các tác giả: ung thư trực tràng thấp được xác định khi khối u nằm ở trực tràng, trong khoảng cách dưới 6 cm tính từ rìa hậu môn. Theo hướng dẫn của mạng ung thư quốc gia Hoa Kỳ (2013), hiện nay điều trị ung thư trực tràng thấp theo công thức đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa chất, tia xạ... Trong đó, phẫu thuật vẫn là phương pháp cơ bản và hiệu quả nhất.

Phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư trực tràng thường được áp dụng gồm: cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt hậu môn và cắt cụt trực tràng (phẫu thuật Miles).

Phẫu thuật cắt cụt trực tràng nội soi được Sackier J. thực hiện lần đầu tiên năm 1992. Sau đó, phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt hậu môn cũng được thực hiện trong điều trị ung thư trực tràng thấp. Hiện nay, những hiểu biết mới về sự xâm lấn của u trực tràng, cũng như vai trò của cơ thắt trong đối với tự chủ của hậu môn, phẫu thuật bảo tồn cơ thắt ngày càng được chỉ định rộng rãi hơn.

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, đã có một số công trình nghiên cứu về phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều bàn luận về chỉ định, kỹ thuật cũng như kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "***Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108***", nhằm 2 mục tiêu:

1. *Xác định chỉ định, đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp.*
2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Nghiên cứu tiến hành trên 89 bệnh nhân UTTT thấp được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2015.

Đây là luận án đầu tiên ở Việt Nam nghiên cứu đầy đủ về chỉ định, đặc điểm kỹ thuật mổ và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị UTTT thấp.

Về chỉ định: luận án đã xác định được chỉ định phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt hậu môn và cắt cắt trực tràng trong điều trị ung thư trực tràng thấp.

Về kỹ thuật mổ: luận án cho thấy sự cần thiết của cắt toàn bộ và nguyên vẹn mạc treo trực tràng trong phẫu thuật UTTT thấp. Cắt trực tràng phía dưới u tối thiểu là 1 cm là đảm bảo nguyên tắc về phẫu thuật ung thư. Nối đại tràng và ống hậu môn bằng máy là phương pháp an toàn trong UTTT thấp. Thời gian mổ trung bình 105 phút, tỷ lệ tai biến thấp 3,6%. Thời gian nằm viện trung bình 11,9 ngày.

Về kết quả phẫu thuật nội soi: PTNS điều trị UTTT thấp là phương pháp an toàn và hiệu quả. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình 36 tháng. Tỷ lệ còn sống 79,8%. Tỷ lệ tái phát: nhóm cắt cắt trực tràng 20,8%; nhóm bảo tồn cơ thắt 21,7%. Thời gian sống thêm không bệnh: nhóm cắt cắt trực tràng 57,5 tháng; nhóm bảo tồn cơ thắt 57,2 tháng. Tỷ lệ sống thêm sau 1; 2; 3; 4 và 5 năm lần lượt là 96,4%; 73,8%; 72,0%; 68,6% và 65,2%.

Những đóng góp trên có tính thiết thực, giúp cho các phẫu thuật viên chủ động hơn trong xây dựng kế hoạch điều trị bệnh ung thư trực tràng thấp, góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh. Làm giảm tỷ lệ tái phát bệnh, kéo dài thời gian sống thêm sau mổ. Đặc biệt tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn, bệnh nhân không phải mang hậu môn nhân tạo nhưng vẫn đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật ung thư. Làm tăng chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 122 trang: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 38 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 21 trang, kết quả nghiên cứu 26 trang, bàn luận 32 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang. 2 công trình nghiên cứu, 29 bảng, 08 biểu đồ, 38 hình ảnh. 139 tài liệu tham khảo, trong đó 14 tài liệu tiếng Việt, 125 tài liệu tiếng nước ngoài.

CHƯƠNG I: TỔNG QUAN

1.1. Giải phẫu trực tràng, ống hậu môn

1.1.1. Trực tràng: Theo Hội phẫu thuật viên ĐTT Hoa Kỳ, trực tràng dài khoảng 15 cm, được chia làm 3 phần: 1/3 trên cách rìa HM 11 - 15 cm, 1/3 giữa cách rìa HM 7 - 10 cm, 1/3 dưới cách rìa HM 0 - 6 cm, tương ứng với vị trí khối u mà UTĐT có tên là UTĐT cao, UTĐT giữa, UTĐT thấp.

1.1.2. Ống hậu môn: Ống hậu môn dài khoảng 4 cm; được bọc trong hệ thống cơ: cơ thắt trong, cơ thắt ngoài, cơ nâng HM. Các NC về giải phẫu và chức năng của cơ thắt trong thấy rằng: cơ thắt trong ít có vai trò quan trọng trong cơ chế tự chủ của HM.

1.1.3. Mạc treo trực tràng: MTTT là phần tiếp nối của mào treo đại tràng sigma từ trên xuống. Lớp này dày khoảng 2 cm, chứa các nhánh mạch máu và TK đi vào trực tràng.

Lá thành của chậu hông phủ phía trước xương cùng (cân Wandeyer), giữa hai lá này là một khoảng xơ sợi không chứa mạch máu, đây là lớp đế phẫu tích.

Thành bên của MTTT bám vào hai bên của thành chậu hay còn gọi là hai cánh của trực tràng, ở đây có TK hạ vị, TK cương.

Cân Dénonvillier ở phía trước, là mốc để phẫu tích mặt trước trực tràng.

1.1.4. Mạch máu

Trực tràng được nuôi dưỡng bởi ba động mạch chính: động mạch trực tràng trên, động mạch trực tràng giữa, động mạch trực tràng dưới.

1.1.5. Thần kinh

Có 3 nguồn thần kinh chi phối trực tràng: TK hạ vị, TK cương, TK chậu chạy hai bên thành của trực tràng. Cho các nhánh qua cân riêng vào MTTT rồi đến trực tràng và OHM.

1.1.6. Bạch huyết

Bạch mạch trực tràng chủ yếu đi theo 3 đường.

Nhóm trên (Nhóm MTTT): đây là đường bạch huyết chính của trực tràng đi dọc theo mạch máu trong MTTT.

Nhóm giữa (Nhóm dưới cân lá thành trực tràng): Dẫn bạch huyết về hạch chậu trong.

Nhóm dưới: có hai vùng, vùng chậu hông ở phần dưới bóng trực tràng đổ vào hạch dọc theo ĐM cùng và ụ nhô. Vùng đáy chậu đổ vào nhóm hạch bẹn.

1.2. Giải phẫu bệnh ung thư trực tràng

1.2.1. Đại thể

UTTT gồm 3 thể chính:

- Thể sùi: bề mặt khối u sùi lên
- Thể loét: bề mặt khối u có tổ chức hoại tử gây loét
- Thể thâm nhiễm: khối u lan tỏa theo thành trực tràng
- Ngoài ra còn thể chít hẹp dạng vòng nhẫn

1.2.2. Vi thể

Theo NC về vi thể UTTT của WHO (2000) thấy: 98% là ung thư biểu mô tuyến. Ít gặp hơn là ung thư tổ chức lympho (1,3%), u Carcinoid (0,4%) và ung thư tổ chức liên kết (0,3%).

1.2.3. Sự phát triển của ung thư

Ung thư trực tràng phát triển theo 3 hướng: xâm lấn thành trực tràng và các cơ quan lân cận; di căn theo đường bạch huyết; di căn theo đường máu.

1.3. Chẩn đoán và giai đoạn bệnh của ung thư trực tràng thấp

1.3.1. Chẩn đoán

1.3.1.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán sớm UTTT cần phải dựa vào khám sàng lọc ung thư và chiến lược quản lý bệnh nhân, gia đình có yếu tố nguy cơ cao.

Nội soi trực tràng và sinh thiết là một phương pháp chẩn đoán chính xác nhất đối với ung thư trực tràng.

SANS, chụp CLVT, CHT là những phương pháp có giá trị trong xác định vị trí, kích thước khối u và giai đoạn.

1.3.1.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt UTTT với các u ác tính khác cũng như với các bệnh lý lành tính vùng hậu môn trực tràng như:

Các bệnh lý lành tính: trĩ, viêm túi thừa trực tràng, viêm loét trực tràng lành tính, lypoma trực tràng, lao trực tràng, nấm trực tràng... Cần soi trực tràng và làm các xét nghiệm để phân biệt.

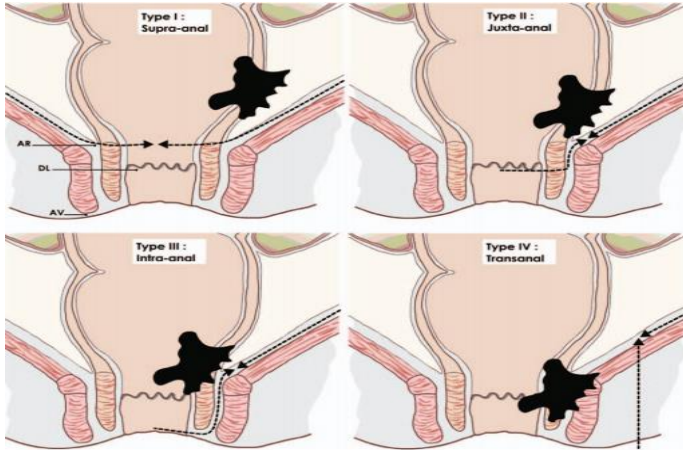
Các khối u ác tính khác ở trực tràng như: Sarcoma Kaposi (KS), u lympho, các khối u carcinoid và ung thư di căn từ nơi khác đến.

1.3.2. Giai đoạn bệnh

Có nhiều cách phân chia giai đoạn bệnh khác nhau như theo Dukes năm 1932, Astler - Coller năm 1954 hoặc phân chia theo **T, N, M** của Hiệp hội ung thư quốc tế (UICC) và Ủy ban về ung thư Hoa kỳ (AJCC). Hiện nay, thường sử dụng cách phân chia dựa vào **T, N, M** của Ủy ban ung thư Hoa Kỳ.

1.4. Nghiên cứu chỉ định, đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp

1.4.1. Chỉ định



Phân loại ung thư trực tràng thấp theo Rullier E.

Rullier E. đưa ra cách phân loại ung thư trực tràng thấp và phương pháp phẫu thuật cho từng loại. Phương pháp này được áp dụng điều trị cho 404 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp tại bệnh viện Saint-Andre thuộc trường đại học Bordeaux Pháp từ 1994 - 2009. Với tỷ lệ Type I, II, III và IV lần lượt là 33,4; 32,4; 13,6 và 20,6%

Phương pháp phẫu thuật ung thư trực tràng thấp

Type	Vị trí u so với đường lược	Phương pháp phẫu thuật	Tỷ lệ %
Type I	Bờ dưới u cách đường lược từ 2 cm trở lên	LAR CAA	33,4
Type II	Bờ dưới u cách đường lược dưới 2 cm	Cắt một phần cơ thắt trong	32,4
Type III	Bờ dưới u qua đường lược	Cắt toàn bộ cơ thắt trong	13,6
Type IV	U xâm lấn vào cơ thắt ngoài	Cắt cụt trực tràng	20,6

Như vậy:

Chỉ định phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt:

- Không có chống chỉ định bơm hơi ổ phúc mạc: bệnh mạch vành, bệnh van tim và các bệnh phổi mạn tính.
- Vị trí u cách rìa hậu môn từ 1 cm trở lên.
- Cơ thắt ngoài hậu môn không có xâm lấn ung thư.
- Giai đoạn bệnh $T_{(1-2)}N_{(1-2)}M_0$. Ở giai đoạn T_3 cần xạ trị trước mổ.
- Bệnh nhân đồng ý thực hiện PTNS.

Chỉ định phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng:

- Vị trí u cách rìa hậu môn dưới 1 cm.
- Cơ thắt ngoài bị xâm lấn ung thư.
- Những trường hợp không có chỉ định bảo tồn cơ thắt.

1.4.2. Đặc điểm kỹ thuật của PTNS ung thư trực tràng thấp

Nguyên tắc:

Phía trên: cắt càng cao càng tốt, tối thiểu là cách u 10 cm.

Phía dưới: Tối thiểu phía dưới u 1 cm.

Xung quanh : ngoài cân trực tràng tối thiểu 1 mm.

Mạch máu: thắt bó mạch trực tràng trên tận nguyên ủy.

Hạch bạch huyết: lấy được từ 12 hạch trở lên.

Kỹ thuật :

Kỹ thuật cắt bó mạch trực tràng trên: cắt động mạch mạc treo tràng dưới tận nguyên ủy, cách động mạch chủ bụng khoảng 1 cm.

Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng:

**10 bước tiêu chuẩn phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ
mạc treo trực tràng theo Fürst A. (2010)**

Các bước	Nội dung
1	Phẫu tích từ mặt giữa sang mặt bên của động mạch trực tràng trên và đám rối thần kinh tự động của trực tràng.
2	Xác định niệu quản trái.
3	Cặp clip động mạch mạc treo tràng dưới.
4	Cặp clip tĩnh mạch mạc treo tràng dưới.
5	Di động đại tràng trái (ở giữa và ở phía bên).
6	Giải phóng đại tràng góc lách (ở giữa, mặt bên, mạc treo).
7	Phẫu tích dọc theo mặt phẳng mạc treo trực tràng.
8	Cắt đầu dưới trực tràng (dùng máy cắt ống tiêu hóa).
9	Cắt đoạn đại tràng xuống ở ngoài ổ bụng.
10	Làm miệng nối ruột bằng stapler qua hậu môn.

Kỹ thuật nạo vét hạch:

Các tác giả phân chia hạch quanh trực tràng thành 3 khoang giải phẫu: Khoang trong, khoang giữa và khoang ngoài được tính từ ngoài động mạch chậu trong trở ra bao gồm hạch hô biệt, hạch bẹn. Cắt toàn bộ MTTT là mới tác động vào khoang trong, còn khoang giữa và khoang ngoài chưa được nạo vét hạch. Chính vì vậy, khái niệm nạo vét hạch chậu trong ung thư trực tràng thấp được đặt ra.

Kỹ thuật cắt toàn bộ MTTT ngày càng hoàn thiện. Nhưng nạo vét hạch chậu trong UTĐT là một vấn đề vẫn còn gây nhiều tranh luận. Các tác giả thấy có sự khác biệt về thời gian mổ, số lượng máu mất, tỷ lệ biến chứng giữa nhóm nạo vét hạch chậu và không nạo vét hạch chậu. Tuy nhiên không thấy sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa hai nhóm này.

Kỹ thuật cắt rời trực tràng:

Cắt đầu trên: Một số tác giả tiến hành cắt đầu trên ngay trong ổ bụng bằng stapler, trong khi có phẫu thuật viên cắt đầu trên qua chỗ mở nhỏ ở thành bụng, cũng có thể cắt rời đầu trên khi kéo trực tràng qua tầng sinh môn. Hầu hết tác giả nước ngoài sử dụng stapler để cắt trực tràng trong ổ bụng.

Cắt đầu dưới: thực hiện trong kỹ thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn. Cắt đầu dưới thực hiện trong ổ bụng hoặc qua tầng sinh môn.

Kỹ thuật lập lại lưu thông tiêu hóa: Nối tay hoặc nối máy

Kawahara H. (2010), cho rằng sử dụng máy khâu nối trong điều trị UTĐT thấp là một bước đột phá trong việc bảo tồn cơ thắt, giúp phẫu thuật an toàn, hạn chế những biến chứng. Thời gian phẫu thuật rút ngắn hơn so với khâu nối tay nhất là ở những BN có khung chậu hẹp và có u ở thấp.

Phương pháp cắt cụt trực tràng:

Thì giải phóng trực tràng thực hiện bằng PTNS.

Thì làm HMNT: Kéo đại tràng ra ngoài thành bụng qua lỗ trocar thứ 4 ở hố chậu trái. Cắt rời đại tràng ngoài ổ bụng, làm HMNT vĩnh viễn.

Thì TSM: Đặt BN ở tư thế sản khoa, cắt toàn bộ OHM cùng cơ thắt hậu môn, khâu kín da TSM.

Tai biến: NC của Jech B. (2007) thấy tỷ lệ tai biến chung trong phẫu thuật UTĐT là 5%, thường gặp các tai biến như chảy máu, cắt vào niệu quản, tổn thương túi tinh, tổn thương đáy bàng quang và đặc biệt là các tổn thương TK tiết niệu sinh dục .

Thời gian mổ: thời gian mổ được tính từ khi đặt trocar đầu tiên đến khi đóng da. Theo các tác giả thời gian mổ phụ thuộc vào sự thành thạo của phẫu thuật viên. Các NC đã chứng minh được, hiện

nay thời gian PTNS thường kéo dài hơn so với phẫu thuật mở, tuy nhiên sự khác biệt không nhiều.

Baik S.H (2011) NC 54 bệnh nhân UTTT được PTNS thấy thời gian mổ trung bình nhóm cắt đứt trực tràng là 264 phút; nhóm bảo tồn cơ thắt là 187 phút.

Chuyển mổ mở: Chuyển mổ mở thường gặp 2 nguyên nhân sau: thứ nhất là do khối u quá lớn chiếm hết tiểu khung không có phẫu trường để thực hiện phẫu thuật hoặc khối u xâm nhập vào tổ chức lân cận. Thứ 2 do chảy máu không cầm được máu. Rose J. tổng kết PTNS điều trị UTTT tại nhiều trung tâm từ 1995 đến 2004 thấy tỷ lệ chuyển mổ mở là 5,4%.

1.5. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp

1.5.1. Kết quả sớm

Theo Jech B. (2007) tỷ lệ biến chứng chung trong phẫu thuật UTTT chiếm khoảng 6 - 39%. Rối loạn chức năng sinh dục là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật UTTT thấp với tỷ lệ 0 - 71%. Nguyên nhân chính của rối loạn chức năng sinh dục là tổn thương các dây thần kinh tự chủ.

Li Q. (2017) NC phẫu thuật Miles nội soi thấy tỷ lệ biến chứng chung từ 30 - 40%; tỷ lệ tử vong trong 1 tháng đầu từ 0 - 2% . Straja N.D. (2015) NC phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong UTTT thấp thấy tỷ lệ biến chứng chung từ 20 - 27%, rò miệng nối đại tràng - hậu môn từ 9 - 11%; 100% BN đại tiện nhiều lần trong một ngày kéo dài 1 năm sau mổ.

1.5.2. Kết quả lâu dài

Các nghiên cứu gần đây đã khẳng định được PTNS điều trị UTTT thấp không có khác biệt so với phẫu thuật mở về tỷ lệ tái phát và thời gian sống thêm [15], [20], [48], [63], [72], [92], [129].

Tilney H.S. (2008) NC PTNS bảo tồn cơ thắt điều trị UTTT thấp thấy: tỉ lệ tái phát tại chỗ từ 0 - 31%; thời gian sống thêm 5 năm sau mổ từ 71 - 87,5%. Rosin D (2011) NC về PTNS cắt đứt trực tràng thấy tỉ lệ tái phát tại chỗ từ 4 - 9%; thời gian sống thêm sau 5 năm từ 65 - 90%.

CHƯƠNG II: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân UTĐT thấp được chỉ định và điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng hoặc bảo tồn cơ thắt hậu môn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/01/2011 đến 31/12/2015.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân UTĐT có vị trí u cách rìa hậu môn dưới 6 cm (Dựa theo tiêu chuẩn của Rullier E.).

- Chẩn đoán giai đoạn ung thư trước mổ bằng chụp CLVT. Xếp giai đoạn ung thư theo **T, N, M** của Ủy ban về ung thư Hoa Kỳ 2010.

- ASA loại I và II.

- Được chỉ định mổ và thực hiện điều trị bằng phẫu thuật nội soi:

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến trực tràng.

- Được theo dõi đến thời điểm kết thúc nghiên cứu 31/12/2016.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không chọn vào nghiên cứu những trường hợp:

- Ung thư trực tràng tái phát.

- Ung thư trực tràng có di căn xa: gan, phổi, phúc mạc...

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo thiết kế nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiền cứu, can thiệp không đối chứng.

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức cỡ mẫu cho một tỷ lệ. Với độ tin cậy 95%, tỷ lệ chuyển mổ mở 5,4%, cỡ mẫu trong nghiên cứu là 78 bệnh nhân

2.2.2. Quy trình kỹ thuật mổ trong nghiên cứu

2.2.2.1. Chỉ định mổ

- Không có chống chỉ định bơm hơi ổ phúc mạc: bệnh mạch vành, bệnh van tim và các bệnh phổi mạn tính...

- ASA loại I và II.

- Ung thư giai đoạn **T₍₁₋₃₎N₍₁₋₂₎M₀**.

Phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt hậu môn:

- U cách rìa hậu môn từ 3 - < 5 cm: giai đoạn **T₍₁₋₂₎N₍₁₋₂₎M₀**.

- U cách rìa hậu môn từ 5 cm trở lên: giai đoạn **T₍₁₋₃₎N₍₁₋₂₎M₀**.

Phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng:

- Ung thư xâm lấn cơ thắt hậu môn.

- Vị trí u cách rìa hậu môn dưới 3 cm.

- U cách rìa hậu môn từ 3 đến dưới 5 cm: giai đoạn **T₃N₍₁₋₂₎M₀**.

2.2.2.2. Quy trình kỹ thuật

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt sonde bàng quang.
- Tư thế BN: nằm tư thế Loyd Davis tay phải khập dọc theo thân người, tay trái dang một góc 90 độ với thân BN.

Các bước phẫu thuật:

- Bước 1: thăm dò ổ bụng đánh giá tổn thương.
- Bước 2: phẫu tích và cắt bó mạch trực tràng trên: thắt mạch mạc treo tràng dưới cách động mạch chủ bụng 1 cm.
- Bước 3: Phẫu tích mạc treo đại tràng sigma
- Bước 4: Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng
- Bước 5: Cắt đại tràng và trực tràng:

2.2.3. Quy trình khám lại

Khám lại 3 tháng/lần trong năm đầu và 6 tháng/lần trong năm thứ 2

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.4.1. Đặc điểm chung: Tuổi; Giới; Thời gian biểu hiện bệnh.

2.2.4.2. Lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn bệnh của UTTT

- Triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu.
- Nội soi trực tràng và sinh thiết làm giải phẫu bệnh:
- Chụp CLVT ổ bụng 64 dãy có tiêm thuốc cản quang. Đánh giá vị trí u so với rìa HM; giai đoạn bệnh theo **T, N, M** của AJCC 2010.
- Kết quả giải phẫu bệnh lý

2.2.4.3. Chỉ định, đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp

Chỉ định:

- Phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt HM:
- Phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng (APR).
- Các yếu tố liên quan đến chỉ định mô:

Kỹ thuật:

- Đánh giá tình trạng ổ bụng, tổn thương ung thư trực tràng.
- Cắt bó mạch mạc treo tràng dưới tận nguyên ủy.
- Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.
- Phương pháp phẫu thuật:
- Thời gian mổ; Tai biến; Chuyển mô mở

2.2.4.4. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp

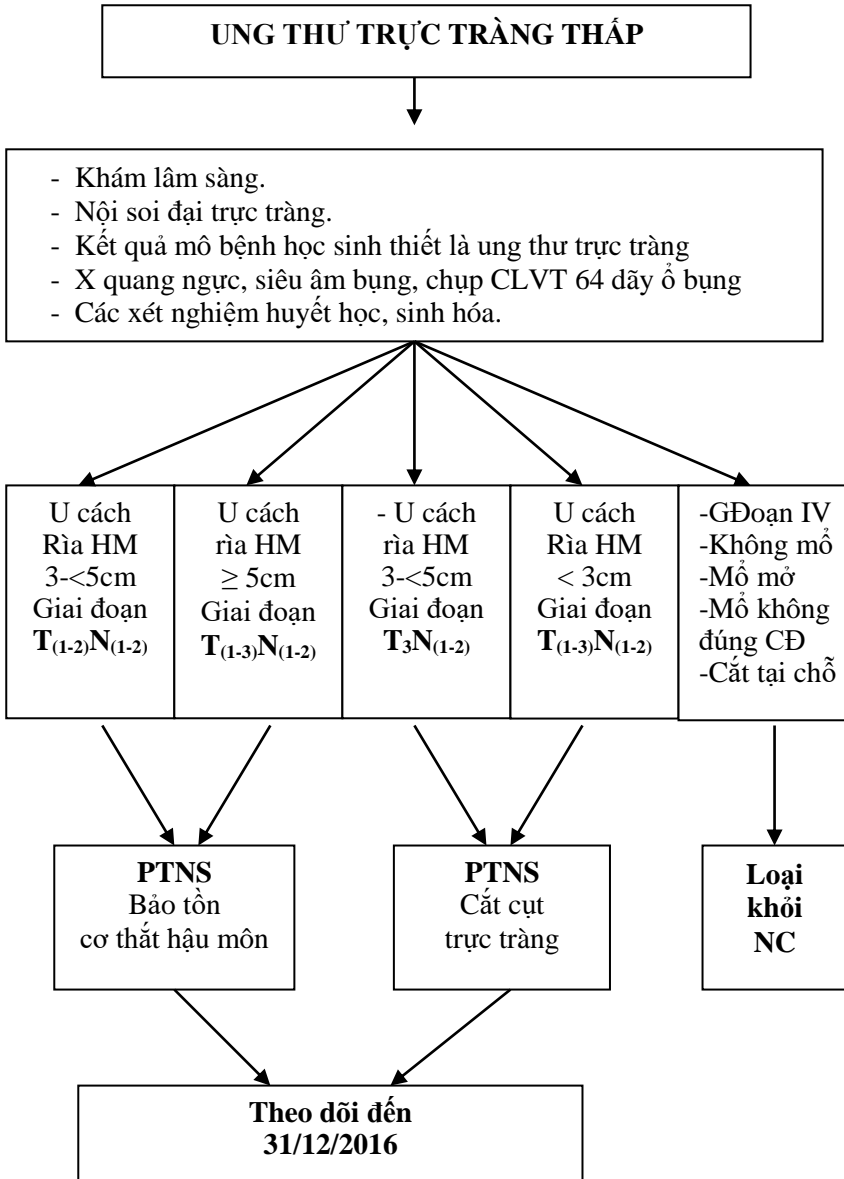
- **Kết quả sớm:** được tính 30 ngày đầu sau mổ: Đau; Biện chứng; Thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

- **Kết quả lâu dài:** Tái phát; Tỷ lệ sống còn; Thời gian sống thêm

2.2.5. Phân tích và xử lý số liệu

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

89 bệnh nhân UTTT thấp được PTNS tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2011 đến hết tháng 12/2015.

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình: $59,3 \pm 12,0$ tuổi. Nhỏ nhất: 24 tuổi. Lớn nhất: 83 tuổi. Lứa tuổi thường gặp 51-70 tuổi chiếm 65,2%. Nam 65,2%; Nữ 34,8%. Thời gian biểu hiện bệnh trung bình: 5,1 tháng.

3.2. Lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn bệnh của UTTT thấp

Đại tiện phân nhầy máu 91,0%; Rối loạn tiêu hóa 83,1% Thay đổi thói quen đại tiện 74,2%; Thay đổi hình dạng phân 77,5%; Giảm cân nhanh 68,5%. 52,8% u không di động và 58,4% u có mật độ chắc.

Kích thước khối u trung bình: $4,1 \pm 1,2$ cm; 31,5% khối u có kích thước ≤ 3 cm. 38,4% u cách rìa HM < 3 cm; 42,7% u cách rìa hậu môn 3-5cm và 22,5% u cách rìa hậu môn > 5 cm. 38,2% u T_1 và T_2 ; 61,8% u T_3 . 43,8% N_0 ; 41,6% N_1 và 14,6% N_2 . Độ chính xác của CLVT với xâm lấn u là 65%; với di căn hạch từ 58-89%.

43,7% giai đoạn I và II; 56,3% giai đoạn III.

100% nội soi trực tràng và kết quả sinh thiết là ung thư trực tràng.

3.3. Chỉ định, đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi UTTT thấp

3.3.1. Chỉ định mổ

Bảng 3.1 Chỉ định mổ

Chỉ định mổ	n = 89	%
Cắt cụt trực tràng	61	68,5
Bảo tồn cơ thắt	28	31,5
Tổng	89	100

Nhận xét: 68,5% chỉ định cắt cụt trực tràng. 31,5% chỉ định bảo tồn cơ thắt hậu môn.

Bảng 3.2 Chỉ định mổ và vị trí u

Chỉ định mổ	Vị trí u			Tổng
	< 3 cm	3 - < 5 cm	5 - < 6 cm	
	%	%	%	%
Cắt cụt trực tràng	34,8	33,7	0,0	68,5
Cắt trước thấp	0,0	0,0	22,5	34,5
Cắt trước cực thấp	0,0	9,0	0,0	
Tổng	34,8	42,7	22,5	100

Nhận xét: 9,0% BN chỉ định cắt trước cực thấp

Bảng 3.3 Chỉ định mổ và xâm lấn của u

Chỉ định mổ	Xâm lấn u			Tổng %
	T ₁ %	T ₂ %	T ₃ %	
Cắt cụt trực tràng	2,2	22,5	43,8	68,5
Cắt trước thấp	0,0	4,5	18,0	31,5
Cắt trước cực thấp	0,0	9,0	0,0	
Tổng	2,2	36,0	61,8	100

Nhận xét:

- 12 BN u T2 chỉ định bảo tồn cơ thắt (13,5%). Trong đó 8/12 BN cắt trước cực thấp và 4/12 BN cắt trước thấp
- 16 BN u T3 chỉ định bảo tồn cơ thắt, tất cả đều cắt trước thấp.
- Không có BN u T1 chỉ định bảo tồn cơ thắt.

3.3.2. Kỹ thuật mổ

Bảng 3.4 Một số đặc điểm kỹ thuật mổ

Đặc điểm kỹ thuật	%
Sử dụng 4 trocar	100
Làm miệng nối bằng máy nối ống tiêu hóa	100
Làm dẫn lưu hồi tràng trong bảo tồn cơ thắt	45,8
Cắt trước thấp	19,1
Cắt trước rất thấp	9,5
Cắt cụt trực tràng	71,4
Tỷ lệ chuyển mổ mở	5,6
Số hạch trung bình phẫu tích được	12,4 ± 0,8 hạch

Nhận xét:

Tỷ lệ chuyển mổ mở là $5/89 = 5,6\%$ (3 BN do u to dính vào các tạng trong tiểu khung không thể phẫu tích được bằng nội soi, 2 BN chảy máu mặt trước xương cùng không cầm máu được).

Tổng số hạch lấy được là 1044 hạch. Số lượng hạch trung bình phẫu tích được là $12,4 \pm 0,8$ hạch. Thấp nhất 12 hạch/BN, nhiều nhất là 15 hạch/BN.

3.4. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp

3.4.1. Trong mổ

Bảng 3.5 Đối chiếu giữa chỉ định mổ và kết quả mổ

Chỉ định mổ	Kết quả mổ				
	Chuyển mổ mở	Cắt cụt trực tràng		Bảo tồn cơ thắt	
		n	%	n	%
Cắt cụt trực tràng (n=61)	2	58	69,0	1	1,2
Bảo tồn cơ thắt (n=28)	3	2	2,4	23	27,4
Tổng	5	60	71,4	24	28,6

Nhận xét: 5 BN chuyển mổ mở (5,6%) trong đó 2 BN ở nhóm chỉ định cắt cụt trực tràng; 3 BN ở nhóm bảo tồn cơ thắt. 2 BN chỉ định bảo tồn cơ thắt nhưng phải cắt cụt trực tràng. 1 BN chỉ định cắt cụt trực tràng nhưng khi mổ làm bảo tồn cơ thắt.

Bảng 3.6 Thời gian mổ

PP mổ	n	Trung bình (phút)				p
		\bar{x}	SD	Max	Min	
Cắt cụt trực tràng	60	104,7	16	150	70	>0,05
Bảo tồn cơ thắt	24	106,7	23,5	150	80	
Chung	84	105,3	18,5	150	70	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mổ giữa hai nhóm.

Bảng 3.7 Tai biến

Tai biến	Phương pháp mổ					
	Cắt cụt trực tràng (n = 60)		Bảo tồn cơ thắt (n = 24)		Tổng (n = 84)	
	n	%	n	%	n	%
Chảy máu	2	3,3	0	0,0	2	2,4
Đứt NQ trái	0	0,0	1	4,1	1	1,2
Tổng	2	3,3	1	4,1	3	3,6

Nhận xét: Tai biến chung trong mổ gặp 3,6%. Nhóm cắt cụt trực tràng là 3,3%; Nhóm bảo tồn cơ thắt là 4,1%.

3.4.2. Kết quả sớm

Bảng 3.8 Biến chứng

Biến chứng	Phương pháp mổ		Tổng (%)
	Cắt cụt trực tràng n = 60 (%)	Bảo tồn cơ thắt n = 24 (%)	
Rò miệng nối	0,0	12,5	3,6
NK vết mổ	0,0	8,4	2,4
NK TSM	23,3	0,0	16,7
Tổng	23,3	20,8	22,6

Nhận xét:

- Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ chiếm 22,6%. Nhóm cắt cụt trực tràng là 23,3%; Nhóm bảo tồn cơ thắt 20,8%.

- Trong cắt cụt trực tràng biến chứng đều là nhiễm trùng tầng sinh môn (23,3%).

- Trong bảo tồn cơ thắt biến chứng chủ yếu là của miệng nối đại tràng ống hậu môn (12,5%).

Bảng 3.9 Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả	n = 84	%
Không còn tế bào ung thư ở hai đầu diện cắt bệnh phẩm	84	100,0
Mức độ biệt hóa	Cao	11
	Vừa	69
	Thấp	4
Xâm lấn u	T ₁	3
	T ₂	28
	T ₃	53
Di căn hạch	N ₀	57
	N ₁	19
	N ₂	8
Giai đoạn	I	25
	II	32
	III	20

3.4.3. Kết quả lâu dài

Bảng 3.10 Số lần đại tiện sau mổ bảo tồn cơ thắt hậu môn

Tháng	Trung bình (số lần đại tiện)			
	\bar{X}	SD	Max	Min
Tháng thứ 1	6,0	1,1	8	4
Tháng thứ 2	5,1	1,0	8	3
Tháng thứ 3	4,3	0,8	5	3
Tháng thứ 6	3,1	0,5	4	2
1 năm	2,3	0,5	3	1
Hiện tại	1,5	0,6	3	1

Nhận xét:

- Ba tháng đầu sau mổ số lần đại tiện trong ngày trung bình từ 3 lần trở lên. Nhiều nhất là 8 lần một ngày.

- 12 tháng sau phẫu thuật số lần đại tiện trong ngày sẽ giảm dần và trở về gần như bình thường từ 1 - 3 lần/ngày.

Bảng 3.11 Thời gian sống thêm sau mổ

Thời gian	Số BN theo dõi	Số BN còn sống	%
12 tháng	84	81	96,4
24 tháng	65	48	73,8
36 tháng	50	35	72,0
48 tháng	35	24	68,6
60 tháng	22	15	65,2

Nhận xét: 72,0% bệnh nhân sống qua 36 tháng; 68,6% bệnh nhân sống qua 48 tháng; 65,2% bệnh nhân sống qua 60 tháng; Bệnh nhân sống dài nhất là 72 tháng.

Bảng 3.12 Tỷ lệ sống còn sau phẫu thuật

PP mổ	T.gian theo dõi TB		Còn sống		P
	n	tháng	n	%	
Cắt cắt trực tràng	60	36	47	78,3	>0,05
Bảo tồn cơ thắt	24	36	20	83,3	
Chung	84	36	67	79,8	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sống còn sau mổ giữa nhóm cắt cắt trực tràng và nhóm bảo tồn cơ thắt hậu môn.

Bảng 3.13 Tái phát

		Tái phát	p
PP mô	Bảo tồn cơ thất	21,7	>0,05
	Cắt cụt trực tràng	20,8	
GD khối u	T ₁	0,0	<0,05
	T ₂	7,1	
	T ₃	43,2	
GD di căn hạch	N ₀	17,5	>0,05
	N ₁	26,3	
	N ₂	37,5	
GD bệnh	I	8,0	>0,05
	II	25,8	
	III	28,6	
Chung		21,4	

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 36 tháng. Tỷ lệ tái phát sau mổ là 21,4%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tái phát giữa nhóm u T3 và u T1,2.

Bảng 3.14. Thời gian sống thêm tính theo Kaplan Meier

	Cắt cụt trực tràng	Bảo tồn cơ thất
T.gian sống thêm không bệnh	57,5 ± 3,2	57,2 ± 4,4
T.gian sống thêm toàn bộ	57,6 ± 3,2	57,6 ± 4,2

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm giữa hai nhóm cắt cụt trực tràng và bảo tồn cơ thất

Bảng 3.15 Thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan

		Trung bình (tháng)					p
		n	\bar{X}	SD	Max	Min	
Tuổi	≥ 60	43	59,2	3,6	71	8	>0,05
	< 60	41	55,5	3,6	68	3	
Di căn hạch	N ₀	57	62,0	2,7	71	9	<0,05
	N ₁	19	50,0	6,3	68	8	
	N ₂	8	40,2	9,9	64	3	
Giai đoạn bệnh	I	25	62,7	2,9	67	12	<0,05
	II	31	58,5	4,0	71	9	
	III	28	48,1	5,5	68	3	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm sau mổ với di căn hạch và giai đoạn bệnh.

CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi và giới

Theo Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ, năm 2017 có 39910 bệnh nhân UTTT mới mắc ở Mỹ. 23720 BN nam (59,4%); 16190 BN nữ (40,6%).

Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3 ở nữ giới và hàng thứ 4 ở nam giới trong hệ thống bệnh ung thư. Tỷ lệ mắc với nữ giới là 13,7/100.000 dân và với nam giới là 17,1/100.000 dân.

Kết quả NC thấy độ tuổi trung bình là $59,3 \pm 12,0$ tuổi. Lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 51 - 70 tuổi (65,2%). Nam 65,2% và nữ 34,8%.

4.1.2. Thời gian biểu hiện bệnh

Là khoảng thời gian tính từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên tới khi BN đến khám và nhập viện. Trong NC thời gian biểu hiện bệnh trung bình là $5,1 \pm 5,0$ tháng, ngắn nhất là 01 tháng, dài nhất 24 tháng.

4.2. Lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn bệnh của UTTT thấp

4.2.1. Lâm sàng

Kết quả NC cho thấy những triệu chứng của UTTT thấp là đại tiện phân nhầy máu 91,0%; rối loạn tiêu hóa 83,1%; thay đổi hình dạng phân 77,5%; thay đổi thói quen đại tiện 74,5%; giảm cân nhanh 68,5%; đau bụng dưới 44,9%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả NC trong nước nhưng cao hơn các NC ở châu Âu và Mỹ.

Thăm trực tràng:

Trong NC: 100% trường hợp sờ thấy u trực tràng; 52,5% trường hợp khối u không di động; 58,4% trường hợp khối u có mật độ chắc.

Xác định vị trí khối u trực tràng thấy: 34,8% dưới 3cm; 42,7% từ 3 - dưới 5cm và 22,5% từ 5cm trở lên. Không có sự khác biệt khi so với chụp CLVT. Khi đối chiếu vị trí u trên CLVT với kết quả giải phẫu bệnh thấy độ chính xác ở vị trí < 3cm là 97,6%; vị trí u từ 3 - dưới 5 cm là 86,8% và từ 5cm trở lên là 89,9%.

4.2.2. Cận lâm sàng

4.2.2.1. Chụp cắt lớp vi tính

Gordon P.L. (2007) và Varia H. (2015) đã tổng hợp các NC thấy độ chính xác của CLVT đánh giá xâm lấn khối u dao động từ 53% đến 94%. Hai tác giả này cũng thấy độ chính xác của CLVT đánh giá đối với di căn hạch 54% đến 78%.

Trong NC, 100% BN được chụp CLVT trước mổ. Độ chính xác của chụp CLVT đối với từng giai đoạn khối u trực tràng thấy: u T2 là 64,3%; u T3 là 65,5%. Độ chính xác của CLVT với di căn hạch thấy: với N0, N1 và N2 là 58,3 ; 64,3 và 89,3%.

Xâm lấn của u trực tràng thấy: u T₁ 2,2%; u T₂ 36,0%; u T₃ 61,8%.

Di căn hạch thấy: 43,8% BN không có di căn hạch (N_0); 47,2% BN có 1-4 hạch di căn (N_1) và có 14,6% BN có từ 4 hạch di căn trở lên (N_2).

4.2.2.2. Nội soi trực tràng.

Trong NC, 100% BN được nội soi trực tràng trước mổ. 100% BN sinh thiết khối u và kết quả giải phẫu bệnh là ung thư trực tràng.

4.2.3. Giai đoạn bệnh

Xác định được giai đoạn bệnh UT TT trước mổ là hết sức cần thiết vì đây là cơ sở để xây dựng phác đồ điều trị. Hiện nay thường sử dụng cách chia giai đoạn dựa theo T, N, M của AJCC 2012.

Trong NC, giai đoạn I 28,0%; giai đoạn II 15,7% và giai đoạn III 56,3%; không có giai đoạn IV. Gần 60% BN đến viện ở giai đoạn muộn, điều này sẽ ảnh hưởng đến chỉ định bảo tồn cơ thắt cũng như kết quả điều trị sau này. Bệnh nhân đến viện muộn một phần do bệnh cảnh lâm sàng nghèo nàn, sự hiểu biết của người dân về UT TT còn ít; một phần do các xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ chẩn đoán bệnh của y tế tuyến cơ sở không đầy đủ.

4.3. Chỉ định mổ, đặc điểm kỹ thuật PTNS điều trị UT TT thấp

4.3.1. Chỉ định

4.3.1.1. Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn

Theo các thống kê, tỷ lệ cắt cụt trực tràng ngày càng giảm, thực hiện 90% BN trong năm 1970, giảm xuống 37% trong năm 1990, 21% năm 2004 và 10% năm 2010. Theo các tác giả, cắt cụt trực tràng được chỉ định trong các trường hợp: ung thư xâm nhập vào hệ thống cơ thắt HM. Không còn khả năng thực hiện một phẫu thuật cắt bỏ R0 hoặc trong những trường hợp không đánh giá được giai đoạn của ung thư trước khi tiến hành phẫu thuật. Mặt khác phẫu thuật bảo tồn cơ thắt đảm bảo được nguyên tắc phẫu thuật ung thư, ít làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống sau này. Vì vậy, phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cần được ưu tiên hàng đầu, chỉ khi không còn khả năng bảo tồn cơ thắt mới thực hiện phẫu thuật cắt cụt trực tràng. Cơ sở để chỉ định bảo tồn cơ thắt như sau:

- Cơ thắt hậu môn còn nguyên vẹn:
- Vị trí khối u: các NC đã khẳng định sự xâm lấn ung thư xuống phía dưới u không quá 1 cm. Vì vậy u cách rìa HM từ 1 cm trở lên có thể thực hiện bảo tồn cơ thắt.
- Sự xâm lấn của khối u: Theo Rullier E., khi u cách rìa hậu môn dưới 1 cm và xâm lấn vào cơ thắt ngoài HM (T_4) mới cắt cụt trực tràng. Tuy nhiên, trong PTNS bảo tồn cơ thắt ở vị trí u từ 1 - dưới 5 cm các tác giả khuyến cáo rằng nên lựa chọn những u T_1 và T_2 . Những u T_3 cần cân phải xạ trị và hóa trị trước mổ.

Trong NC chỉ áp dụng kỹ thuật cắt trước thấp và cắt trước cực thấp nên phẫu thuật bảo tồn cơ thắt chỉ định cho những u cách rìa HM từ 3cm trở lên. 28/89 BN chỉ định bảo tồn cơ thắt (31,5%). Trong đó: 8 BN (9,0%) có vị trí u cách rìa HM từ 3 - < 5cm; u giai đoạn T₁, T₂ chỉ định cắt trước cực thấp, 20 BN (22,5%) có vị trí u cách rìa HM từ 5 cm trở lên chỉ định cắt trước thấp.

4.3.1.2. *Phẫu thuật cắt cụt trực tràng*

61 BN (68,5%) được chỉ định cắt cụt trực tràng, trong đó 34,8% khối u cách rìa HM dưới 3 cm; 33,7% khối u cách rìa HM từ 3-<5cm.

4.3.2. **Đặc điểm kỹ thuật mổ nội soi ung thư trực tràng thấp**

4.3.2.1. *Số lượng trocar*

Trong nghiên cứu 100% trường hợp sử dụng 4 trocar như các tác giả nước ngoài.

4.3.2.2. *Thắt mạch mạc treo tràng dưới (MTTD)*

Hiện nay, các tác giả thống nhất cắt động mạch MTTD tận nguyên ủy, cách động mạch chủ bụng khoảng 1 cm. Trong NC tất cả các trường hợp thực hiện cắt mạch MTTD theo nguyên tắc này.

4.3.2.3. *Cắt mạc treo trực tràng*

Kỹ thuật PTNS cắt mạc treo trực tràng đã được Heald và các tác giả hoàn thiện và thống nhất:

- Phẫu tích MTTT theo diện phẫu tích “holy plane” dưới sự quan sát trực tiếp tránh không phẫu tích mù “blunt dissection”.

- Bệnh phẩm MTTT phải nguyên vẹn về cả khía cạnh ngoại khoa và mô bệnh học (cần trực tràng không tổn thương và diện cắt chu vi không có tế bào ung thư).

Trong NC, 100% trường hợp cắt toàn bộ MTTT theo đường bụng.

4.3.2.4. *Nạo vét hạch*

Nạo vét hạch là một yếu tố quan trọng trong tiên lượng bệnh.

Nạo vét hạch trong UT TT bao gồm nạo vét hạch của bó mạch MTTD (cắt toàn bộ MTTT) và nạo vét hạch của bó mạch chậu trong.

Trong NC này tổng số hạch phẫu tích được là 1044 hạch, số lượng hạch trung bình là 12,4 hạch; số lượng hạch thấp nhất là 12 hạch.

4.3.2.5. *Tai biến*

Các NC lớn trên thế giới đều có chung một kết quả là PTNS ít gây tai biến hơn mổ mở. Zhu Q.L. NC 132 bệnh nhân UT TT được PTNS thấy tỷ lệ tai biến là 5,3% bao gồm: chảy máu (1,5%); tổn thương hệ tiết niệu (3,0%) và thủng trực tràng (0,8%).

Trong NC, tai biến chảy máu gặp 2 BN nhóm cắt cụt trực tràng (3,3%). 2 BN này, chảy máu khi phẫu tích mặt sau trực tràng nhưng xử trí được trong mổ. Tai biến tổn thương tiết niệu gặp 01 BN nhóm

bảo tồn cơ thắt (4,1%), trường hợp này không phát hiện được trong mổ, phải mổ lại sau 4 ngày. Tỷ lệ tai biến chung của NC là 3,6%.

4.3.2.6. Chuyển mổ mở

Các NC về tỷ lệ chuyển mổ mở trong PTNS ung thư trực tràng từ 0% đến 15%. Hai nhóm nguyên nhân chính dẫn tới chuyển mổ mở là không phẫu tích được khối u hoặc có tai biến trong mổ cần phải chuyển mổ mở. Nhóm thứ hai là do vết mổ cũ dính nhiều, hay khối u đã xâm lấn không còn chỉ định cho PTNS. Trong NC có 5/89 BN chuyển mổ mở (5,6%). Trong đó 3/5 BN chuyển mổ mở do kích thước khối u lớn 6cm choán hết tiêu khung, cả 3 BN này đều là nam giới khối u dính vào tuyến tiền liệt và bàng quang. 2/5 BN chuyển mổ mở do tai biến chảy máu mặt sau trực tràng không cầm máu được bằng PTNS.

4.3.2.7. Thời gian mổ

Thời gian mổ nội soi được định nghĩa là khoảng thời gian từ khi đặt trocar đầu tiên đến khi khâu da mũi cuối cùng. Morneau M. (2013) thấy thời gian PTNS trong UTTT từ 110-245 phút. Báo cáo của Lourenco T. (2008) trên 4125 BN được PTNS điều trị UTTT thấy PTNS lâu hơn mổ mở khoảng 40 phút.

Trong NC thời gian mổ trung bình là 105 phút. Không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mổ giữa hai nhóm cắt cụt trực tràng và bảo tồn cơ thắt.

4.3.2.8. Phương pháp phẫu thuật.

Bảo tồn cơ thắt hậu môn:

Trong NC 24/84 BN (28,6%) được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt HM. Trong đó 16 BN (19,1%) thực hiện cắt trước thấp, 8 BN (9,5) thực hiện cắt trước cực thấp.

Cắt cụt trực tràng: 60/84 (71,4%) BN trong NC thực hiện cắt cụt trực tràng.

Trong NC do không có xạ trị trước mổ nên những BN u T3 ở vị trí cách rìa HM từ 3 - dưới 5 cm không chỉ định bảo tồn cơ thắt. Mặt khác trong NC không áp dụng kỹ thuật cắt gian cơ thắt nên những BN u ở vị trí từ 1 - 3 cm chỉ định cắt cụt trực tràng. Chính vì vậy tỷ lệ cắt cụt trực tràng cao hơn các nghiên cứu nước ngoài.

4.4. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp.

4.4.1. Kết quả sớm

4.4.1.1. Biến chứng

Thống kê của các tác giả nước ngoài, tỷ lệ biến chứng của PTNS trực tràng đều thấp hơn mổ mở. Paun B.C. (2010) thống kê 36315 trường hợp UTTT tỷ lệ biến chứng rò miệng nói là 11%, nhiễm khuẩn vết mổ 7%, áp xe tiêu khung 12%, tử vong sau mổ là 2% .

Li Q. (2017), NC phẫu thuật Miles nội soi thấy tỷ lệ biến chứng chung là 19,7%; tỷ lệ tử vong trong 1 tháng đầu sau mổ là 1,6%. Lim S.V. (2011), nghiên cứu PTNS bảo tồn cơ thắt hậu môn thấy tỷ lệ biến chứng chung là 26,1% (rò miệng nối 1,8%; hẹp hậu môn 6,3%; rò âm đạo 0,9%; tắc ruột 4,5%...). Các tác giả khác cũng ghi nhận biến chứng của PTNS trong điều trị UTĐT dao động từ 6,1% đến 55%.

Trong NC tỷ lệ biến chứng chung là 22,6%; nhóm cắt cụt trực tràng là 23,3% đều là nhiễm khuẩn TSM; nhóm bảo tồn cơ thắt là 20,8% trong đó chủ yếu là rò miệng nối đại tràng - ống hậu môn chiếm 12,5%. Không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa hai phương pháp.

4.4.1.2. Giải phẫu bệnh

85,2% BN trong NC có độ biệt hóa vừa và cao.

36,9% BN u ở giai đoạn T_1 và T_2 ; 63,1% u giai đoạn T_3 . Kết quả NC tương đương với Kang S.B. (2010) về tỷ lệ T_1 và T_2 nhưng cao hơn về tỷ lệ T_3 (32,5% u T_1 và T_2 ; 42,9% u T_3).

67,9% trường hợp trong NC chưa có di căn hạch. Đây cũng là yếu tố tiên lượng tốt cho BN. Keskin M. (2016), NC 437 bệnh nhân UTĐT được PTNS thấy 67% N_0 ; 19% N_1 và 14% N_2 .

Kết quả NC về giai đoạn bệnh của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả trong và ngoài nước (29,8% giai đoạn I; 38,1% giai đoạn II; 32,1% giai đoạn III)

Tất cả các bệnh phẩm trong NC đều không còn tế bào ung thư tại diện cắt. Điều này khẳng định được chỉ định và quy trình phẫu thuật (nhất là phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn) trong NC là đúng.

4.4.2. Kết quả lâu dài

4.4.2.1. Rối loạn chức năng đại tiện

Rối loạn chức năng đại tiện là biến chứng thường gặp trong bảo tồn cơ thắt HM. Trong NC, 24/84 BN được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, 100% BN có đại tiện nhiều lần trong ngày trong những tháng đầu ngay sau phẫu thuật nhưng sau đó giảm dần và trở lại gần như bình thường 01 năm sau phẫu thuật. NC của Straja N.D. (2015) thấy 44% có đại tiện bất thường, 19-36% có tiêu chảy cấp, 20% táo bón, 10% đại tiện không tự chủ.

4.4.2.2. Tái phát

84 bệnh nhân UTĐT thấp được PTNS cắt cụt trực tràng và bảo tồn cơ thắt tính tới thời điểm kết thúc NC có thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 36 tháng, 18/84 (21,4%) BN tái phát. Trong đó, tỷ lệ tái phát nhóm cắt cụt trực tràng là 21,7% và nhóm bảo tồn cơ thắt là 20,8%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Lim S.W. (2011) NC phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt thấy tỉ lệ tái phát tại chỗ là 5,4%; tỷ lệ tái phát cho từng giai đoạn I; II và III lần lượt là 15,6; 14,3 và 50%. Rosin D (2011) NC phẫu thuật Miles nội soi thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ từ 4 - 9%.

4.4.2.3. Tỷ lệ sống còn

Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 36 tháng và tỷ lệ bệnh nhân còn sống trong NC là 79,8%. Trong đó nhóm cắt đứt trực tràng tỷ lệ BN còn sống là 78,3% và nhóm bảo tồn cơ thắt 83,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p > 0,05$. Ng S.S. (2014) theo dõi bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi thấy tỷ lệ còn sống (của ung thư trực tràng) sau 10 năm 82,5%; sau 15 năm là 79,3%.

4.4.2.4. Thời gian sống thêm (TGST)

Thời gian sống thêm toàn bộ:

Kết quả NC cho thấy tỷ lệ sống thêm sau 01 năm 96,4%; 02 năm 73,8%; 03 năm là 72,0%; 04 năm 68,6% và 05 năm là 65,2%. TGST toàn bộ trung bình tính theo Kaplan Meier là $58,4 \pm 2,4$ tháng; nhóm cắt đứt trực tràng là $57,6 \pm 3,2$ tháng; nhóm bảo tồn cơ thắt là $57,6 \pm 4,2$ tháng. Không có sự khác biệt về TGST giữa hai nhóm.

Hida K. (2017) NC về PTNS ung thư trực tràng thấy tỷ lệ sống sau 36 tháng đạt 89,9%. Lim S.V. nghiên cứu PTNS bảo tồn cơ thắt thấy TGST trên 36 tháng đạt 92,8%. Rosin D (2011) NC phẫu thuật Miles nội soi thấy TGST sau 5 năm từ 65-91%.

Thời gian sống thêm không bệnh:

TGST không bệnh nhóm cắt đứt trực tràng là $57,5 \pm 3,3$ tháng, nhóm bảo tồn cơ thắt là $57,2 \pm 4,4$ tháng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Lim S.W. (2011), NC PTNS bảo tồn cơ thắt thấy TGST không bệnh tại thời điểm 36 tháng chiếm 73%. Omidvari S. (2013) NC phẫu thuật Miles nội soi thấy thời gian sống thêm không bệnh là 67%

4.4.2.5. Một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm sau phẫu thuật

Di căn hạch: TGST nhóm N_0 : 62,0 tháng; nhóm N_1 : 50,0 tháng; nhóm N_2 : 40,2 tháng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về TGST sau mổ giữa nhóm không có di căn hạch và có di căn hạch

Giai đoạn bệnh: TGST của bệnh nhân giai đoạn I: 62,7 tháng; giai đoạn II: 58,5 tháng; giai đoạn III: 48,1 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

KẾT LUẬN

1. Chỉ định, đặc điểm kỹ thuật mổ nội soi điều trị UT TT thấp.

1.1. Chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị UT TT thấp:

ASA loại I, II. Không có chống chỉ định về bơm hơi ổ bụng.

PTNS cắt trước thấp: U cách rìa HM ≥ 5 cm; GD $T_{(1-3)}N_{(1-2)}M_0$.

PTNS cắt trước cực thấp: U cách rìa HM 3- <5 cm; GD $T_{(1-2)}N_{(1-2)}M_0$.

Phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng: U cách rìa hậu môn dưới 3 cm và U ở vị trí từ 3 - <5 cm nhưng giai đoạn $T_3N_{(1-2)}M_0$.

1.2. Đặc điểm kỹ thuật mổ nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp:

100% sử dụng 4 trocar. 100% cắt toàn bộ MTTT và thắt bó mạch MTTD ở tận nguyên ủy.

PTNS cắt trước thấp: 19,1%; cắt trước cực thấp: 9,5%; cắt cụt trực tràng: 71,4%.

100% thực hiện miệng nối đại tràng ống hậu môn bằng máy nối tiêu hoá.

100% điện cắt ở hai đầu bệnh phẩm không có tế bào ung thư.

Thời gian mổ trung bình là 105 phút. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 5,6%.

Tỷ lệ tai biến: Nhóm cắt cụt trực tràng: 3,3%. Nhóm bảo tồn cơ thắt: 4,1%.

2. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp.

Tỷ lệ biến chứng: Nhóm cắt cụt trực tràng: 23,3%. Nhóm bảo tồn cơ thắt: 20,8%.

Tỷ lệ tái phát sau 36 tháng: nhóm bảo tồn cơ thắt: 20,8%; nhóm cắt cụt trực tràng: 21,7%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tái phát giữa nhóm u T3 và T1,2 (43,2% và 7,1%).

TGST không bệnh tính theo Kaplan Meier nhóm cắt cụt trực tràng là $57,5 \pm 3,2$ tháng; nhóm bảo tồn cơ thắt: $57,2 \pm 4,4$ tháng.

TGST toàn bộ tính theo Kaplan Meier: nhóm cắt cụt trực tràng là $57,6 \pm 3,2$ tháng; nhóm bảo tồn cơ thắt là $57,6 \pm 4,2$ tháng.

Tỷ lệ sống trên 5 năm: 65,2%.

Di căn hạch, giai đoạn bệnh là những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm sau mổ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

PTNS điều trị UT TT thấp là phương pháp an toàn và hiệu quả.

KIẾN NGHỊ

1. Cần đánh giá chính xác mức độ xâm lấn u và di căn hạch trước mổ.
2. Xạ trị trước mổ với những trường hợp u T_3 và N_1, N_2 .

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN

1. Trần Thái Phúc, Lương Văn Hải, Đoàn Duy Khánh, Nguyễn Cường Thịnh, Nguyễn Anh Tuấn (2016). *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn của bệnh ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, tập 11, số đặc biệt, tr. 360-367.

2. Trần Thái Phúc, Nguyễn Cường Thịnh, Nguyễn Anh Tuấn (2017). *Nghiên cứu chỉ định, kỹ thuật mổ và kết quả sớm phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng thấp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, tập 12, số 7, tr. 106-112.

