MỔ NỘI SOI CẮT RỘNG DẠ DÀY VÉT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI KHOA NGOẠI NHÂN DÂN, BỆNH VIỆN TWQĐ 108

Hồ Hữu An; Triệu Triều Dương*; Nguyễn Văn Xuyên***

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu, kết hợp tiến cứu có đối chứng giữa 2 nhóm mổ nội soi và mổ mở. Kết quả: tuổi, giới, đặc điểm u và giai đoạn bệnh của 2 nhóm giống nhau, không có sự khác biệt về lượng hạch vét được (26,6 ± 6,5 so với 27,1 ± 7,7 hạch) và tỷ lệ biến chứng (15% so với 11,3%) giữa 2 nhóm. Thời gian phẫu thuật ở nhóm mổ nội soi cao hơn (199 ± 38 so với 181 ± 43 phút, p < 0,05), tuy nhiên lượng máu mất ở nhóm mổ nội soi ít hơn (158 ± 121 và 392 ± 297 ml với p < 0,05), thời gian hồi phục lưu thông tiêu hóa nhóm mổ nội soi nhanh hơn nhóm mổ mở (3,5 ± 0,7 và 3,9 ± 0,9 ngày), thời gian hậu phẫu ngắn (10,0 ± 3,9 ngày so với 11,6 ± 4,7 ngày, p < 0,05). Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt rộng dạ dày vét hạch D2 trong điều trị ung thư dạ dày (UTDD) có tính khả thi, an toàn, đảm bảo được nguyên tắc điều trị ung thư. Bệnh nhân (BN) hồi phục nhanh, ít mất máu, giá trị thẩm mỹ cao.

* Từ khóa: Ung thư dạ dày; Phẫu thuật nội soi cắt rộng dạ dày.

LAPAROSCOPIC EXTENDED GASTRECTOMY WITH D2 LYMPH NODE DISSECTION IN TREATMENT OF GASTRIC CANCER AT 108 HOSPITAL

SUMMARY

The authors carried out retrospective and prospective study to compare laparoscopic extended gastrectomy (LEG) and open extended gastrectomy (OEG). Results: The demographics, characteristics of tumor and stage of disease were similar. No significant differences between LEG group and OEG group in amount of lymph node dissection (26.6 ± 6.5 vs 27.1 ± 7.7), complications rate (15% vs 11.3%) were obsserved. The average surgical time of LAEG group was higher (199 ± 38 vs 181 ± 43 mins, p < 0.05). However, the blood loss in LEG was less, the recovery time of digestive circulation and postoperative hospital stay were shorter in LEG group (3.5 ± 0.7 vs 3.9 ± 0.9 days and 10.0 ± 3.9 vs 11.6 ± 4.7 days, p < 0.05 respectively). Laparoscopy-assisted extended gastrectomy with D2 lymph node dissection is feasible, safe. The blood loss is less, posperative recovery time is shorter.

** Key words: Gastric cancer; Laparoscopic extended gastrectomy.*

** Bệnh viện TWQĐ 108*

*** Bệnh viện 103*

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

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư trên thế giới. Bệnh gặp phổ biến ở các nước châu Á như Nhật Bản, Triều Tiên, Đài Loan, Trung Quốc... Ở Việt Nam, theo một nghiên cứu được công bố (2000), tỷ lệ bệnh ung dạ dày ở nam là 24/100.000 dân, cao hơn ở nữ (11/100.000 dân).

Hiện nay, phẫu thuật cắt rộng dạ dày vét hạch mức D2 được công nhận và là tiêu chuẩn vàng điều trị bệnh lý này. Các phương pháp điều trị khác như hóa chất, xạ trị đóng vai trò hỗ trợ, đặc biệt, sau 2007, tại Hội nghị Chuyên đề Ung thư dạ dày thế giới đã chính thức công nhận vai trò của hóa chất trong điều trị tiền phẫu của UTDD tiến triển.

Năm 1991, Kitano S thực hiện thành công cắt dạ dày nội soi cho BN UTDD giai đoạn sớm. PTNS điều trị UTDD giai đoạn sớm được chấp nhận với nhiều ưu điểm vượt trội như: hồi phục nhanh, ít đau và giảm thiểu biến chứng, di chứng sau mổ [3,10]. Gần đây, đã có nhiều nghiên cứu đề cập về tính hiệu quả và khả thi của PTNS trong điều trị UTDD tiến triển [1, 4]. Từ năm 2007 đến nay, tại Khoa B15, Bệnh viện TWQĐ 108 đã áp dụng rộng rãi kỹ thuật này điều trị cho BN UTDD. Đề tài nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu giá trị của PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 điều trị UTDD.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn chọn BN:*

- BN bị UTDD có chỉ định điều trị phẫu thuật, đủ điều kiện gây mê nội soi, đang điều trị tại Khoa B15, Bệnh viện TWQĐ 108 từ 2007 đến 2010.
- Không mắc các bệnh ung thư khác kèm theo.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu, kết hợp tiến cứu, mô tả, có đối chứng giữa 2 nhóm mổ nội soi và mổ mở.

** Thiết kế nghiên cứu:*

- Chia BN ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm mổ nội soi và nhóm mổ mở.
- 100% BN được xét nghiệm tế bào trước và sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và xác định giai đoạn bệnh.
- Thực hiện phẫu thuật cắt rộng dạ dày vét hạch D2 do một nhóm phẫu thuật viên thực hiện.

** Trang thiết bị:*

- PTNS: dàn máy nội soi của Tryker và Karl- Storz Scope từ 0 - 30 độ và 5 trocar (2 trocar 10 mm, 3 trocar 5 mm), endo-stapler, graper kẹp ruột và dao điện, dao siêu âm.
- Phẫu thuật mở: bộ dụng cụ mổ mở.

** Kỹ thuật:*

Chuẩn bị BN trước mổ của hai nhóm như nhau, riêng nhóm mổ nội soi nằm tư thế dạng 2 chân, đầu cao nghiêng trái. Vị trí trocar 10 mm đầu tiên đặt qua rốn, sau đó bơm khí CO_2 với áp suất 10 - 12 mmHg vào khoang bụng, tốc độ bơm lúc đầu 3 ml/phút, sau đó có thể tăng

lên 20 hoặc 40 ml/phút, tùy theo nhu cầu. Đặt 3 trocar 5 mm theo thứ tự: một nằm trên đường xương đòn phải và dưới bờ sườn, một nằm trên đường nách giữa hoặc nách trước và hạ sườn trái, một nằm đường giữa xương đòn phải ngang rốn. 1 trocar 10 mm nằm trên đường giữa xương đòn trái cách đường ngang rốn 2 - 3 cm. Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân BN, phụ 1 đứng bên trái, phụ 2 đứng bên phải BN. Phẫu thuật cắt rộng dạ dày hoặc cắt toàn bộ dạ dày kèm theo vét hạch D2 thực hiện theo nguyên tắc tùy thuộc vào vị trí u. Cắt ngang DI tá tràng dưới cơ môn vị 2 cm bằng stappler. Vật phẩm loại bỏ gồm dạ dày cùng khối u và hạch lấy qua đường mở bụng trên rốn khoảng 3 - 4 cm. Phục hồi lưu thông tiêu hóa thực hiện ngoài ổ bụng theo phương pháp Billroth I hoặc Roux-en-Y. Đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách qua lỗ trocar. Đóng bụng 3 lớp bằng chỉ tiêu vincryl.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng.

ĐẶC ĐIỂM	BN		
	Mổ nội soi (n = 60)	Mổ mở (n = 71)	p
Tuổi	52 ± 12	55 ± 13	0,18
Nam/nữ	39/21	42/29	0,49
Vị trí u			0,2
1/3 dưới	47	61	
1/3 giữa	12	7	
1/3 trên	0	0	
Trên 2/3 dạ dày	1	3	
Kích thước u	4,4 ± 1,4	4,7 ± 1,6	0,26
Thể loại u			0,66
Thể sùi	3	3	
Thể loét	46	53	
Thể thâm nhiễm	1	0	
Thể phối hợp	10	15	

Tuổi thường gặp là trung niên (nhóm nội soi: 52 ± 12, nhóm mổ mở: 55 ± 13). Tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ (1,6/1). Tổn thương u hay gặp là thể loét (99/131 BN = 75,6%), vị trí chủ yếu 1/3 dưới dạ dày. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về đặc điểm lâm sàng cũng như kích thước u. Điều này phù hợp với Du.Xiao-Hui và CS (2009) [4] khi nghiên cứu trên 2 nhóm mổ nội soi (n = 78) và mổ mở (n = 90), tác giả cho rằng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về đặc điểm lâm sàng, tuổi, giới, mô bệnh học, kích thức u cũng như vị trí u. Cristiano G.S [1] cũng cho kết quả tương tự.

Bảng 2: Phân loại giai đoạn bệnh

GIAI ĐOẠN THEO UICC	BN	
	Mổ nội soi (n = 60)	Mổ mở (n = 71)
Ib	0 (0,0%)	2 (3,9%)
II	4 (6,7%)	6 (8,4%)
IIIa	3 (5%)	6 (8,4%)
IIIb	20 (33,3%)	8 (11,3%)
IV	24 (40%)	34 (47,9%)
V	9 (14%)	15 (20,1)
p	0,053	

100/131 BN (76,3%) phẫu thuật thường ở giai đoạn muộn (IIIb, IV, V) chỉ có 12 BN (9,16%) bệnh ở giai đoạn Ib và II. Không có sự khác biệt về giai đoạn bệnh giữa 2 nhóm mổ nội soi và mổ mở (p > 0,05).

3. Kết quả trong và sau mổ.

KẾT QUẢ	BN		
	Mổ nội soi (n = 60)	Mổ mở (n = 71)	p
Thời gian phẫu thuật (phút)	199 ± 38	181 ± 43	< 0,05
Lượng máu mất (ml)	158 ± 121	392 ± 297	< 0,05
Số hạch vét được	26,6 ± 6,5	27,1 ± 7,7	0,69
Tai biến trong phẫu thuật	4 (6,7%)	7 (9,9%)	0,73
Thời gian trung tiện trung bình (ngày)	3,5 ± 0,7	3,9 ± 0,9	< 0,05
Thời gian hậu phẫu (ngày)	10,0 ± 3,9	11,6 ± 4,7	< 0,05

Trong phẫu thuật, ngoài tuân thủ nguyên tắc vét hạch D2, chúng tôi vét hạch mở rộng cho BN UTDD tiến triển có tình trạng di căn hạch nhiều. Hwang và CS [7] báo cáo kết quả PTNS điều trị UTDD tiến triển bằng so sánh giữa mổ nội soi (n = 45) và mổ mở (n = 83) (từ 2004 đến 2007) cho thấy: không có sự khác biệt về kỹ thuật, số hạch trung bình vét được giữa 2 nhóm và việc vét hạch mở rộng trong UTDD tiến triển có thể thực hiện được và an toàn. Kawamura và CS [8] so sánh ngẫu nhiên 2 nhóm mổ nội soi (n = 53) và nhóm mổ mở (n = 67), cho rằng việc vét hạch D2 có thể thực hiện được an toàn và chính xác mà không có biến chứng nặng nề. Qua 60 BN mổ nội soi, chúng tôi thấy: khả năng nhận biết và nạo vét hách không khó hơn mổ mở, trái lại còn rõ ràng hơn, nếu trường mổ sạch không bị chảy máu. Kỹ thuật mổ như nhau, hạch nạo vét theo phương pháp cuốn gói thành một khối cùng dạ dày và u cần loại bỏ, nhưng thời gian mổ nội soi sẽ kéo dài hơn khi mổ mở ($p < 0,05$). Do đó, cần xem xét và nghiên cứu mẫu lớn hơn để có thể đánh giá chính xác độ an toàn của kỹ thuật. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật ở nhóm mổ nội soi cao hơn nhóm mổ mở (199 ± 38 so với 181 ± 43, phút < 0,05).

Lượng máu mất trong mổ, thời gian trung tiện và thời gian hậu phẫu ngắn hơn ở nhóm mổ nội soi so với mổ mở ($p < 0,05$). Không có sự khác nhau về số lượng hạch vét được và tỷ lệ tai biến trong mổ của 2 nhóm ($p > 0,05$).

Kết quả này cũng phù hợp với Huscher. CG và CS [6] khi so sánh giữa PTNS dạ dày vét hạch với phẫu thuật mổ mở, kết quả: 59 BN được chia thành 2 nhóm (29 BN mổ mở và 30 BN mổ nội soi). Số hạch vét được trung bình khi mổ mở là 33,4 ± 17,4 và 30,0 ± 14,9 ở nhóm mổ nội soi, khác biệt không có ý nghĩa. 2 BN (6,7%) tử vong ở nhóm mổ mở và 1 BN (3,3%) ở nhóm mổ nội soi, khác biệt không có ý thống kê. Tỷ lệ sống không bệnh tật và sống sau 5 năm tương ứng là 55,7%; 54,8%; 58,9% và 57,3% trong phẫu thuật mổ mở và nội soi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Một số tác giả trước đó cũng gặp kết quả tương tự [1, 4]. Qua kết quả trên có thể nói PTNS điều trị UTDD chứng tỏ được những lợi ích vượt trội, đảm bảo được nguyên tắc trong phẫu thuật ung thư.

Bảng 4: Biến chứng sớm sau mổ.

BIẾN CHỨNG	BN	
	Mổ nội soi (n = 60)	Mổ mở (n = 71)
Chảy máu	2 (3,3)	0 (0,0)
Xì rò	3 (5,0)	4 (5,6)
Chảy máu miệng nối	1 (1,7)	0 (0,0)
Áp xe dư	0 (0,0)	0 (0,0)
Nhiễm trùng vết mổ	1 (1,7)	1 (1,4)
Tim mạch	1 (1,7)	2 (2,8)
Hô hấp	1 (1,7)	1 (1,4)

Tổng	9 (15,0)	8 (11,3)
p	0,71	

Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ cho cả hai nhóm không khác biệt (p > 0,05), tuy nhiên nhóm mổ nội soi gặp chảy máu diện mổ 3,3%, chảy máu miệng nối 1,7%, trong khi mổ mở không gặp trường hợp nào.

KẾT LUẬN

- BN UTDD thường được phẫu thuật ở giai đoạn muộn (IIIb, IV, V) chiếm 100/131 BN (76,3%), chỉ có 12/131 BN (9,16%) bị bệnh ở giai đoạn Ib và II. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1.
- Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về số hạch vét được và biến chứng giữa 2 phương pháp (p > 0,05).
- Thời gian hậu phẫu ngắn hơn (10,0 ± 3,9 so với 11,6 ± 4,7), p < 0,05). Giá trị thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Cristiano G.S. Huscher, MD, et al.* Laparoscopic ersus open subtotal gastrectomy for istal gastric cancer. Annals of Surgery. 2005, Vol 241, No 2, February.

2. *Danny Rosin, MD, Yuri Goldes, MD, Barak Bar Zakai, MD, Moshe Shabtai, MD, Amram Ayalon, MD, Oded Zmora, MD*. Laparoscopic subtotal gstrectomy for gustric cancer. JSLS. 2009, 13, pp.318-322.

3. *Dimitrios Kanellos Æ Ioannis Kanellos*. Impact of laparoscopic D2 gastrectomy on long-term survival for early gastric cancer. Surg Endosc. 2009, 23, pp.1681-1683.

4. *DU Xiao-Hui, LI Rong, CHEN Lin, SHEN Di, LI Song-yan and GUO Qiang*. Laparoscopy-assisted D2 radical distal gastrectomy for advanced gastric cancer: initial experience. Chin Med J. 2009, 122 (12), pp.1404-1407.

5. *Goh P, Kum CK.* Laparoscopic Billroth II gastrectomy: a review. Surg Oncol. 1993, 2, pp.13-18.

6. *Huscher CG, Mingoli A, Sgarzini G, Sansonetti A, Di Paola M, Recher A, Ponzano C*. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five-year results of a randomized prospective trial. Ann Surg. 2005, Feb, 241 (2), pp. 232-237.

7. *Hwang SI , Kim HO, Yo o CH, Shin JH, S on BH*. Laparoscopic-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer. Surg Endosc. 2009.

8. *Kawamura H, Homma S, Yokota R, Yokota K, Watarai H, Hagiwara M, Sato M, Noguchi K, Ueki S, Kondo Y.* Inspection of s afety and accuracy of D2 lymph node dissection in laparoscopy-assisted distal gastrectomy. World J Surg. 2008, 32, pp.2366-2370.

9. S. *Kitano, Iso Y, Moriyama M, et al.* Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. Surg Laparosc Endosc. 1994, 4, pp.146-148.

10. *Seigo Kitano, Kazuhiro Yasuda and Norio Shiraishi, et al.* Laparoscopic surgical resection for early gastric cancer. 2005, 17 June, Accepted 17 March 2006.