Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày toàn bộ với miệng nối thực quản hỗng tràng khâu bằng tay trong ổ bụng điều trị ung thư biểu mô dạ dày

Quách Văn Kiên[1,2], Vũ Đức Thịnh[1,2], Tào Minh Châu[1], Tống Quang Hiếu[1], Trần Minh Hiếu[1], Phạm Quang Thái[1], Nguyễn Thị Thanh Tâm[2]

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Trường Đại học Y Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:
Nguyễn Thị Thanh Tâm,
Đại học Y Hà Nội
01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: 0904 838 099
Email: dragneelnatsu211@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/02/2024
Ngày chấp nhận đăng: 10/6/2024
Ngày xuất bản: 28/6/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt toàn bộ dạ dày đã trở thành một lựa chọn điều trị tiêu chuẩn cho ung thư dạ dày giai đoạn sớm ở 1/3 trên và 1/3 giữa của dạ dày. Trong đó, phẫu thuật nội soi hoàn toàn (PTNSHT) cắt toàn bộ dạ dày với miệng nối thực quản hỗng tràng bằng tay có nhiều ưu điểm. Trong báo cáo này, chúng tôi mô tả kết quả ban đầu của 2 trường hợp sử dụng kỹ thuật này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 2 trường hợp được PTNSHT cắt toàn bộ dạ dày với miệng nối thực quản – hỗng tràng bằng tay tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Kết quả: Cả 2 trường hợp đều được làm miệng nối thực quản – hỗng tràng Roux En Y trước đại tràng ngang, kiểu tận – bên 1 lớp khâu vắt bằng chỉ V-Loc 3/0. Thời gian mổ của lần lượt là 252 phút và 234 phút. Thời gian làm miệng nối (MN) thực quản – hỗng tràng lần lượt là 45 phút và 50 phút, không có tai biến trong mổ. Thời gian trung tiện sau mổ lần lượt là 3 ngày và 2.5 ngày. Sau mổ, NB (người bệnh) chỉ cảm thấy đau mức độ 2-3, phục hồi chức năng sau mổ rất sớm và không có biến chứng. NB được nuôi dưỡng qua mở thông hỗng tràng từ ngày thứ 2, chụp Xquang kiểm tra miệng nối và nuôi dưỡng đường miệng vào ngày thứ 7. Thời gian nằm viện sau mổ lần lượt là 10 ngày và 7 ngày. Số hạch nạo vét được lần lượt là 41 và 49 hạch.

Kết luận: PTNSHT cắt toàn bộ dạ dày với miệng nối thực quản – hỗng tràng bằng tay trong cơ thể cho kết quả điều trị sớm rất khả quan và an toàn. Tuy nhiên, cần theo dõi cẩn thận và lâu hơn trên nhiều NB để đánh giá hiệu quả kỹ thuật.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt dạ dày; Kỹ thuật tạo miệng nối thực quản hỗng tràng bằng tay trong cơ thể.

Totally laparoscopic total gastrectomy with intracorporeal hand-sewn esophagojejunal anastomosis for gastric cancer

Quach Van Kien[1,2], Vu Duc Thinh[1,2], Tao Minh Chau[1], Tong Quang Hieu[1], Tran Minh Hieu[1], Pham Quang Thai[1], Nguyen Thi Thanh Tam[2]

1. Viet Duc University Hospital, 2. Hanoi Medical University

Abstract

Introduction: Laparoscopic total gastrectomy has become a standard treatment option for early gastric cancer located in the upper and middle thirds of the stomach. In particular, totally laparoscopic total gastrectomy with hand-sewn esophagojejunal anastomosis has many advantages. In this report, we describe the short-term surgical outcomes of two cases using this technique.

Patients and Methods: 2 patients were applied Totally Laparoscopic Total Gastrectomy (TLTG) with hand-sewn esophagojejunal anastomosis at Gastrointestinal Surgery Department – Viet Duc Hospital.

Results: In both cases, a Roux En Y esophageal-jejunostomy was performed in front of the transverse colon, end-to-side style with 1 layer of sutured with V-Loc 3/0 suture. The operative time was 252 and 234 minutes, respectively. The time to do the hand-sewn esophagojejunal anastomosis was 45 minutes and 50 minutes, respectively. There were no intraoperative complications. The postoperative bowel movement time was 3 and 2.5 days, respectively. After surgery, patients only felt pain at level 2-3, recovered their function very soon and had no postoperative complications. After surgery, the patient was fed through the jejunostomy on the 2nd day, had an X-ray to check the anastomosis, and was fed orally on the 7th day. The length of postoperative hospital stay was 10 and 7 days, respectively. The number of harvested lymph nodes of 2 patients was 41 and 49, respectively.

Conclusion: Early result of TLTG with intracorporeal hand-sewn esophagojejunal anastomosis was feasible and safe. However, careful and longer follow-up is necessary to determine the effectiveness of technique.

Keywords: Totally laparoscopic total gastrectomy, hand-sewn esophagojejunal anastomosis.

Giới thiệu

Ung thư vùng 1/3 trên và giữa dạ dày là ung thư hay được tính từ dưới đường Z-line xuống đến phần đứng bờ cong nhỏ dạ dày. Điều trị ung thư dạ dày nói chung và điều trị ung thư vùng 1/3 trên và giữa dạ dày nói riêng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản. Hóa trị, xạ trị, điều trị đích được coi là các phương pháp điều trị bổ trợ để giúp kéo dài thời gian sống thêm sau mổ.

Kitano và cs lần đầu tiên báo cáo về phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt dạ dày với miệng nối Billroth I

điều trị ung thư dạ dày sớm vào năm 1994[1]. Tuy nhiên, đối với PTNSHT cắt toàn bộ dạ dày thì chưa có kỹ thuật nào được coi là ưu thế nhất bởi những khó khăn khi thực hiện lập lại lưu thông. Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày được chỉ định cho các ung thư ở thân dạ dày, ung thư tâm phình vị và ung thư thể thâm nhiễm ở hang vị mà diện cắt trên 8cm vẫn còn tế bào ung thư. Lập lại lưu thông tiêu hóa trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nội soi hoàn toàn thường có 2 cách: khâu nối bằng tay và sử dụng dụng cụ khâu nối máy. Hiện nay, làm miệng nối bằng dụng cụ khâu nối máy có vẻ là phương pháp chính mang lại sự thuận tiện cho các phẫu thuật viên. Tuy nhiên, nó không thể tránh khỏi các vấn đề liên quan đến việc đặt dụng cụ, sự không chắc chắn của mép cắt và đặc biệt là chi phí cao. Do đó, thực hiện miệng nối bằng tay có thể là phương pháp thay thế. Mặc dù nó đòi hỏi nhiều kỹ năng và thời gian mổ lâu hơn, nó có nhiều ưu điểm như: trường phẫu tích tốt hơn, thao tác được trong không gian hẹp, hạn chế sang chấn và dễ dàng đánh giá diện cắt thực quản trước khi nối. Đáng chú ý, miệng nối bằng tay đã được báo cáo là một quy trình an toàn và khả thi[2], mặc dù nghiên cứu lâm sàng vẫn chưa đầy đủ.

Bài viết này mô tả kỹ thuật thực hiện miệng nối thực quản – hỗng tràng bằng tay hoàn toàn trong cơ thể. Kỹ thuật này bước đầu được nhận định là an toàn, có ưu điểm về mặt kinh tế và giữ được các ưu điểm của phẫu thuật nội soi.

Trong báo cáo ca lâm sàng này, chúng tôi mô tả 2 trường hợp ung thư dạ dày được điều trị bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày, thực hiện miệng nối bằng tay trong cơ thể cho thấy kết quả điều trị sớm tốt.

Mô tả ca lâm sàng

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nội soi hoàn toàn với miệng nối thực quản hỗng tràng được thực hiện khâu bằng tay trong ổ bụng tại Khoa phẫu thuật tiêu hóa, bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Thời gian mổ lần lượt là 252 và 234 phút, thời gian trung tiện sau mổ lần lượt là 3 và 2.5 ngày, thời gian nằm viện sau mổ lần lượt là 10 và 7 ngày. Người bệnh hồi phục tốt, nhanh sau mổ và không có biến chứng rò miệng nối.

Lựa chọn người bệnh

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng để đưa ra chỉ định phẫu thuật bao gồm:

Khối u được chẩn đoán xác định qua nội soi thực quản dạ dày kèm sinh thiết, ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 trên dạ dày.

Chụp cắt lớp vi tính đánh giá khối u khu trú thành dạ dày, không thâm nhiễm và xâm lấn tạng lân cận. NB không có biến chứng như hẹp môn vị, thủng hay chảy máu nặng, không có rối loạn nặng chức năng gan thận. Không có di căn xa trên phim cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ.

Tiền sử mổ cũ có thể xem xét dựa trên từng NB.

Hai người bệnh của chúng tôi:

Bệnh án số 1: Nguyễn Phú B. 69 tuổi, mã số: 2300449980, không có tiền sử phẫu thuật bụng, chẩn đoán K dạ dày vị trí thân vị. Nội soi thực quản dạ dày phát hiện vùng thân vị có tổn thương sùi loét kích thước 3cm, sinh thiết là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa. Chụp cắt lớp vi tính thấy dày thành thân vị.

Bệnh án số 2: NB Đỗ Văn Đ. 76 tuổi, mã số: 2200390420, tiền sử đái tháo đường 30 năm điều trị thường xuyên, không có phẫu thuật bụng, chẩn đoán K dạ dày biểu mô tuyến bờ cong nhỏ qua nội soi và sinh thiết. Cắt lớp vi tính hình ảnh dày thành, thâm niễm hang vị lan lên bờ cong nhỏ dạ dày cT3N3Mx.

Các bước phẫu thuật: Cả 2 trường hợp đều được phẫu thuật theo một qui trình thống nhất, gồm các bước sau:

Tư thế NB nằm ngửa, 2 chân dạng. Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân, BS phụ 1 cầm camera đứng bên phải phẫu thuật viên. Chúng tôi sử dụng 5 trocars để thực hiện phẫu thuật. Đánh giá toàn bộ ổ bụng, tổn thương u tại chỗ xét khả năng cắt toàn bộ dạ dày nội soi.



Hình 1: Vị trí đặt trocar

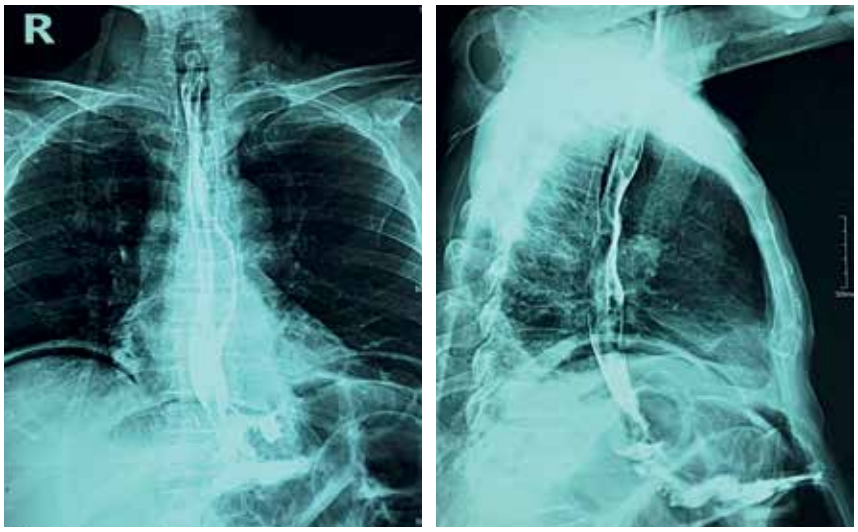
Chúng tôi bắt đầu giải phóng toàn bộ mạc nối lớn khỏi đại tràng ngang từ bên trái. Bộc lộ và thắt mạch vị mạc nối trái, các nhánh vị ngắn xuất phát từ rốn lách, sau đó giải phóng toàn bộ phần đáy vị đến sát thực quản. Tiếp tục giải phóng mạc nối lớn sang phải khỏi đại tràng ngang, bộc lộ và thắt sát gốc bó mạch vị mạc nối phải tại nguyên uỷ từ ĐM vị tá tràng sau khi nạo vét hạch N6, nhìn rõ tá tràng và đầu tụy và ĐM vị tá tràng. Sau khi cắt rộng mạc nối nhỏ, bộc lộ và thắt sát gốc các nhánh ĐM vị phải, ĐM vị trái, kèm theo nạo vét hạch N5, 7, 8, 9, 11p, 11d, 12a, 12p, lấy bỏ tổ chức bờ trái của tĩnh mạch cửa. Cắt đôi tá tràng bằng máy cắt nội soi 60mm. Tiếp tục phẫu tích dọc bờ cong nhỏ dạ dày để nạo vét các hạch N1, N3 đến phần thực quản bụng.

Cắt đôi thực quản bụng trên Z-line 1cm bằng dao điện đơn cực và dao siêu âm hoàn tất cắt toàn bộ dạ dày qua nội soi, sinh thiết tức thì diện cắt thực quản không có tế bào ác tính.

Miệng nối thực quản – hỗng tràng Roux En Y được thực hiện theo các bước: Quai hỗng tràng đầu tiên được cắt đôi bằng máy cắt thẳng EC 60mm cách góc Treitz 30cm. Đưa quai hỗng tràng qua mặt trước đại tràng ngang lên nối với thực quản tạo miệng nối kiểu tận – bên 1 lớp khâu vắt bằng chỉ V-Loc 3/0 (Covidien). Mặt sau được khâu từ bên phải sang bên trái, mặt trước được khâu ngược lại.

Đặt 1 dẫn lưu nhỏ dưới gan qua lỗ trocar. Mở rộng lỗ trocar rốn để lấy bệnh phẩm, tiến hành làm miệng nối chân Y hỗng – hỗng tràng bên – bên 1 lớp vắt và mở thông hỗng tràng bằng sonde hút số 12.

Theo dõi sau mổ: NB được theo dõi tình trạng trung tiện, các biến chứng sau phẫu thuật (nhiễm trùng các lỗ trocar, vết mổ bụng, chảy máu sau mổ, rò miệng nối,...), bắt đầu cho ăn qua mở thông hỗng tràng từ ngày thứ 2 sau mổ, chụp XQ thực quản có uống thuốc cản quang vào ngày thứ 7 để đánh giá liền miệng nối, sau đó bắt đầu cho ăn lại đường miệng và theo dõi thời gian nằm viện.



Hình 2: Chụp Xq uống thuốc cản quang đánh giá miệng nối thực quản hỗng tràng (NB Nguyễn Phú B. 69 tuổi, mã số: 2300449980)

Qua 2 trường hợp làm miệng nối thực quản – hỗng tràng Roux En Y trước đại tràng ngang, kiểu tận – bên 1 lớp khâu vắt bằng chỉ V-Loc 3/0, chúng tôi thấy rằng thời gian mổ lần lượt là 252 phút và 234 phút. Thời gian làm miệng nối thực quản – hỗng tràng lần lượt là 45 phút và 50 phút, không có tai biến trong mổ. Thời gian trung tiện sau mổ lần lượt là 3 ngày và 2.5 ngày, người bệnh hồi phục tốt, nhanh sau mổ và mức độ đau rất ít. NB chỉ cảm thấy đau mức độ 2-3, người bệnh có thể phục hồi chức năng sau mổ rất sớm. Không có biến chứng rò miệng nối, không có biến chứng nhiễm trùng vết mổ. NB được nuôi dưỡng đường ruột qua mở thông hỗng tràng sớm ngay từ ngày thứ hai sau. NB được chụp Xquang kiểm tra miệng nối vào ngày thứ 7 sau mổ và bắt đầu nuôi dưỡng lại đường miệng sau đó. Thời gian nằm viện sau mổ lần lượt là 10 ngày và 7 ngày. Số hạch nạo vét được của lần lượt là 41 và 49 hạch.

Bàn luận

Cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày lần đầu tiên được báo cáo bởi Schlatter vào năm 1897[3]. PTNS cắt toàn bộ dạ dày kinh điển (Laparoscopic Total Gastrectomy: LTG) được thực hiện đầu tiên bởi Kitano năm 1994[1]. Kể từ đó đến nay, PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư 1/3 trên và 1/3 giữa dạ dày ngày càng được áp dụng rộng rãi, với mục tiêu hồi phục sớm sau mổ, tính thẩm mỹ cao. Để thực hiện MN, phẫu thuật viên (PTV) có thể lựa chọn mở nhỏ (PTNS kinh điển/LTG) hoặc thực hiện hoàn toàn bằng nội soi (PTNS hoàn toàn: Totally Laparoscopic Total Gastrectomy: TLTG). PTNSHT cắt toàn bộ dạ dày giúp bảo tồn tối đa sự toàn vẹn của thành bụng, làm tăng tính thẩm mỹ, giảm chấn thương tối đa do phẫu thuật và hồi phục nhanh sau mổ.

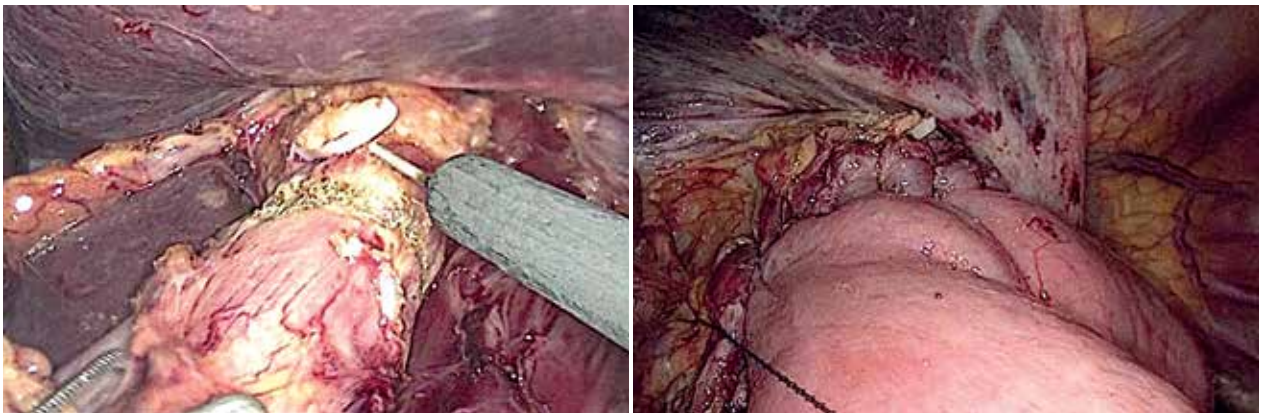
Sau khi nạo vét hạch, về cơ bản có 2 phương pháp thực hiện miệng nối thực quản – hỗng tràng hoàn toàn trong cơ thể: nối bằng máy và nối bằng tay. MN bằng máy có 2 phương pháp được áp dụng nhiều trong nước cũng như trên thế giới: nối bằng stapler thẳng hoặc máy nối tròn. Hiệu quả vượt trội giữa các MN kể trên cho tới nay vẫn chưa có sự khác biệt.

Miệng nối bằng tay trong cơ thể (Intra corporeally hand-sewn anastomosis: IHSA) là một kỹ thuật khó, đòi hỏi cao về kỹ năng thao tác bằng dụng cụ nội soi. Tác giả Chen[4] (2016) đã đưa ra những ưu điểm của IHSA khi so sánh với MN bằng máy trong UTDD bao gồm:

(1) Chi phí cuộc mổ thấp hơn so với MN máy khi thực hiện MN chỉ cần chỉ có gai, không cần máy nối tròn hay máy cắt thẳng. (2) IHSA có thể nhìn rõ diện cắt miệng nối được tưới máu tốt hay không trước khi nối, trong khi MN máy rất khó xác định. (3) Có thể khẳng định diện cắt thực quản âm tính bằng sinh thiết tức thì trước khi nối. (4) Không cần phải di động quá nhiều mỏm thực quản như trong MN bằng máy. (5) IHSA là lựa chọn tốt đối với trường hợp mỏm thực quản ngắn.

Trước khi cắt đôi thực quản, chúng tôi đánh dấu diện cắt bằng dao điện đơn cực, trên chỗ nối thực quản tâm vị khoảng 2cm (hình 3). Sau khi cắt đôi, mỏm thực quản sẽ bị tụt vào lồng ngực, tuy nhiên do không phải di động nhiều nên việc kéo mỏm xuống để nối với hỗng tràng không có gì khó khăn. Mặt khác, chúng tôi có thể nhìn rõ được niêm mạc thực quản hồng và mềm mại, đảm bảo được tưới máu tốt.

Miệng nối thực quản – hỗng tràng tận bên Roux-en Y được thực hiện bằng tay hoàn toàn trong cơ thể, bằng 02 sợi chỉ có gai Vloc 3/0 (barbed sutures). Đây là kỹ thuật đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kỹ năng thao tác khâu nối nội soi hoàn thiện, các mũi khâu phải lấy được toàn bộ thành thực quản cũng như thành hỗng tràng. Thời gian thực hiện IHSA có thể lâu hơn so với nối máy, nhưng sẽ giúp hạn chế được những biến chứng mà MN máy không đánh giá được trong mổ như chảy máu miệng nối, hẹp MN, tưới máu của mỏm thực quản và MN không bị căng. 2 NB chúng tôi thực hiện đều được chụp kiểm tra MN thực quản – hỗng tràng vào ngày thứ 7 cho kết quả lưu thông tốt và không có rò MN.



Hình 3: Đánh dấu diện cắt thực quản và làm miệng nối thực quản – hỗng tràng bằng tay hoàn toàn trong cơ thể bằng chỉ có gai Vlock 3/0

Qua đường mở trên rốn 3cm, chúng tôi tiến hành lấy bệnh phẩm, thực hiện chân quai Y với MN hỗng tràng bên bên 1 lớp vắt. NB được nuôi dưỡng sớm qua mở thông hỗng tràng sau mổ 24 giờ, giúp tăng cường sức đề kháng.



Hình 4: Đường mổ bụng lấy bệnh phẩm

Trong phân tích tổng hợp 10 nghiên cứu (NC) của Shuai Zhao[5] năm 2019 khi so sánh hiệu quả 2 kỹ thuật PTNSHT cắt toàn bộ dạ dày (TLTG) và cắt toàn bộ dạ dày có nội soi hỗ trợ (Laparoscopic-assisted total gastrectomy: LATG)dựa trên các chỉ tiêu trong và sau mổ cho thấy lượng máu mất trong mổ ít hơn, số lượng hạch nạo vét nhiều hơn, giảm thời gian nằm viện, đường mổ ngắn hơn nhiều, thời gian trung tiện và cho ăn sớm hơn so với LATG. Đinh Văn Chiến[6] NC trên 70 NB cũng rút ra kết luận PTNSHT cắt toàn bộ dạ dày là kỹ thuật khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày. PTNSHT cắt toàn bộ dạ dày là một kỹ thuật an toàn, hồi phục nhanh và thẩm mỹ và được nhiều NC phân tích tổng hợp kết luận[7,8].

Kết luận

Qua nghiên cứu ca lâm sàng của chúng tôi, việc tạo miệng nối tay trong cơ thể trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày cho kết quả điều trị sớm rất khả quan, an toàn, không xuất hiện các biến chứng sớm nào sau mổ, chi phí điều trị rẻ hơn so với việc làm miệng nối thực quản – hỗng tràng bằng dụng cụ khâu nối máy.

Tuy nhiên, NC mới chỉ dừng lại ở ca lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi và đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này trên nhiều người bệnh hơn ở giai đoạn tới.

Tài liệu tham khảo

1. Kitano S, Iso Y, Moriyama M, Sugimachi K. Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. Surg Laparosc Endosc. 1994 Apr;4(2):146-8.
2. Kishino T, Okano K, Noge S, et al. Laparoscopic hand-sewn esophagojejunal anastomosis in laparoscopic proximal gastrectomy for early gastric cancer. Langenbecks Arch Surg. 2021;406(2):491-496.
3. Catarci M, Proposito D, Guadagni S, Carboni M. History of reconstruction after total gastrectomy. J R Coll Surg Edinb. 1997;42(2):73-81.
4. Chen, K., et al., Totally laparoscopic gastrectomy using intracorporeally stapler or hand-sewn anastomosis for gastric cancer: a single-center experience of 478 consecutive cases and outcomes. World J Surg Oncol, 2016. 14: p. 115.
5. Zhao, S., et al., Comparison of totally laparoscopic total gastrectomy and laparoscopic-assisted total gastrectomy: A systematic review and meta-analysis. Int J Surg, 2019. 68: p. 1-10.
6. Đinh Văn Chiến. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, nối thực quản hỗng tràng tận - tận trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày. Tạp chí Y học lâm sàng, 2022. 77: p. 108-114.
7. Kamarajah, S.K. and A. Immanuel, Comparison of totally laparoscopic total gastrectomy and laparoscopic assisted total gastrectomy: A systematic review and meta-analysis. Int J Surg, 2019. 69: p. 99.
8. Pan, Y., K. Chen, and X.F. Wang, Commentary on “comparison of totally laparoscopic total gastrectomy and laparoscopic-assisted total gastrectomy: A systematic review and meta-analysis”. Int J Surg, 2019. 70: p. 30.