Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp bảo tồn cơ thắt

Đặng Quốc Ái[1,2]

1. Đại học Y Hà Nội, 2. Bệnh viện E

Địa chỉ liên hệ:
Đặng Quốc Ái,
Bệnh viện E
87 - 89 Phố Trần Cung, Quận Cầu Giấy, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0945 189 189
Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/12/2022
Ngày chấp nhận đăng: 02/3/2023
Ngày xuất bản: 15/3/2023

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng thấp là một chủ đề đã và đang thu hút nhiều tác giả nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật và kết quả về mặt ung thư học của nhóm đối tượng người bệnh ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu mô tả tiến cứu trên nhóm người bệnh chẩn đoán ung thư trực tràng thấp theo tiêu chuẩn của Nhật Bản, được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt bởi một kỹ thuật thống nhất do một kíp mổ thực hiện.

Kết quả: Nhóm nghiên cứu bao gồm 35 người bệnh có độ tuổi trung bình là 65,07 ± 11,2 tuổi, trong đó có 68,6% nam và 31,5% nữ. Tất cả 35 người bệnh có khối u nằm vị trí dưới nếp phúc mạc và chủ yếu là giai đoạn II (74,3%). Thời gian phẫu mổ trung bình là 247,7 ± 46,5 phút. Lượng máu mất trung bình trong mổ là 28,3 ± 6,5 ml. Thời gian cho ăn lại bằng đường miệng là 5,3 ± 1,4 ngày. Không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong mổ. Tổng số biến chứng sau mổ là 22,8% nhưng đa phần các biến chứng nhẹ và không có trường hợp nào tử vong. Thời gian hậu phẫu trung bình là 10,7 ± 2,8 ngày. Đa số người bệnh ra viện cho kết quả tốt với 77,1%, không có người bệnh nào ra viện với kết quả xấu. Kết quả theo dõi sau mổ cho thấy nhóm người bệnh có kết quả tốt.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp bảo tồn cơ thắt của nhóm người bệnh trên là an toàn, không tai biến và ít biến chứng.

Từ khóa: Phẫu thuật đại trực tràng bảo tồn cơ thắt, ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi cắt trực tràng.

The outcomes of laparoscopic sphincter-preserving proctectomy for low rectal cancer

Quoc Ai Dang[1,2]

1. Hanoi Medical University, 2. E Hospital

Abstract

Introduction: Laparoscopic sphincter-preserving proctectomy for low rectal cancer is a topic that has attracted many study authors. This study aims to evaluate the surgical and oncological outcomes of patients with low rectal cancer who underwent laparoscopic sphincter-preserving proctectomy.

Patients and methods: This is a prospective descriptive study on a group of patients with low rectal cancer according to the Japanese classification. This group of patients underwent laparoscopic sphincter-preserving proctectomy with a unified technique by a single surgical team.

Results: 35 patients were included in this study with a median age of 65.07 ± 11.2 years, of which 68.6% were male, and 31.5% were female. All 35 patients had tumors below the peritoneal fold and mainly clinical stage II (74.3%). The average operative time was 247.7 ± 46.5 minutes. The mean intraoperative blood loss was 28.3 ± 6.5ml. The time for postoperative-feeding is 5.3 ± 1.4 days. There were no intraoperative complications. The incidence of postoperative complications was 22.8%, but most were mild, with no deaths. The overall median length of postoperative hospital stay was 10.7 ± 2.8 days. Most patients discharged from the hospital gave good results, 77.1%. The postoperative follow-up showed that all these patients had good results.

Conclusion: Laparoscopic sphincter-preserving proctectomy for low rectal cancer can be conducted safely, without intraoperative complications, and with few acceptable postoperative complications.

Keywords: sphincter-preserving proctectomy, rectal cancer, laparoscopic proctectomy.

Đặt vấn đề

Chẩn đoán ung thư đại trực tràng ngày nay là đơn giản hơn nhờ ý thức, sự hiểu biết của người bệnh được nâng cao và sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán trong đó phải kể đến là nội soi tiêu hóa. Cũng có thể vì vậy mà độ tuổi phát hiện ung thư đại trực tràng có phần trẻ hóa. Tại Việt Nam, theo thống kê của hiệp hội phòng chống ung thư thế giới thì ung thư trực tràng đứng hành thứ 5 về tỷ lệ mắc mới trong năm 2020 và tỷ lệ sống sau 5 năm là 23,41% cho tất cả ung thư trực tràng ở mọi lứa tuổi.1

Hiện nay đã có nhiều thay đổi về phương pháp tiếp cận trong điều trị ung thư trực tràng đặc biệt là ung thư trực tràng thấp. Sự kết hợp giữa hóa trị, xạ trị và phẫu thuật đã đưa ra một khái niệm mới trong chiến lược điều trị với cái tên hay được nhắc đến đó là "điều trị đa mô thức". Trước đây đối với ung thư trực tràng thấp thì đa phần các phẫu thuật viên mổ cắt cụt trực tràng hoặc phẫu thuật Miles, đồng nghĩa với không bảo tồn được hậu môn cho người bệnh và người bệnh phải sử dụng hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Tuy nhiên, hiện nay với kết quả tiến bộ của hóa xạ trị trong giai đoạn tiền phẫu ở những người bệnh u xâm lấn sâu, di căn hạch đã làm tăng tỷ lệ phẫu thuật triệt căn và tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt. Sự phát triển của phẫu thuật nội soi cùng với trình độ chuyên môn và sự hiểu biết của phẫu thuật viên về bệnh lý ung thư trực tràng, cộng với sự phát triển của các trang thiết bị dụng cụ như: dao siêu âm, Ligasure, máy cắt nối nội soi... đã làm cho sự phát triển của Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp ngày càng đạt được những kết quả đáng khích lệ. Các nghiên cứu gần đây đã cho thấy kết quả dài hạn của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng là tương đương với phẫu thuật mở kinh điển. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng đã chứng minh được nhiều ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở như: ít gây thương tổn thành bụng, ít đau sau mổ, giảm tỷ lệ nhiễm trùng, giảm thoát vị thành bụng, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi sức khoẻ nhanh hơn, và có tính thẩm mỹ cao. Đặc biệt, phương pháp phẫu thuật nội soi cho phép tiếp cận vùng tiểu khung dễ dàng hơn so với phẫu thuật mở ở những người bệnh ung thư trực tràng thấp, nên phẫu

thuật nội soi cắt trực tràng ngày càng được áp dụng một cách rộng rãi.[2-4]

Phẫu thuật nội soi đã du nhập vào Việt Nam từ những năm đầu của thập niên 90 thế kỷ 20. Hiện nay phẫu thuật nội soi cơ bản cũng đã phát triển đến các tuyến y tế cơ sở. Những cơ sở y tế tuyến tỉnh cũng bắt đầu tiến hành những phẫu thuật phức tạp qua nội soi. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp là một phẫu thuật khó, gặp nhiều tai biến và biến chứng vì vậy cũng chỉ đa phần được thực hiện ở các cơ sở y tế lớn. Tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là hai cơ sở đã thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp bảo tồn cơ thắt nhiều năm, trong bối cảnh mới là đã áp dụng hình thức điều trị đa mô thức đối với ung thư trực tràng thấp để làm tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt của nhóm người bệnh ung thư trực tràng thấp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 35 người bệnh ung thư trực tràng thấp, được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và vét hạch gốc động mạch mạc treo tràng dưới. Nhóm người bệnh này được phẫu thuật bởi một quy trình thống nhất của một nhóm phẫu thuật viên tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ năm 2016 đến năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bao gồm tất cả người bệnh được chẩn đoán ung thư trực tràng thấp theo tiêu chuẩn Nhật Bản (khối u nằm dưới nếp phúc mạc) và được điều trị hóa xạ trị trước phẫu thuật nếu giai đoạn bệnh vượt quá giai đoạn phẫu thuật triệt căn theo hướng dẫn của NCCN (Khối u bất kỳ giai đoạn nào nhưng đã có di căn hạch hoặc khối u gian đoạn T3 và bờ chu vi vòng quanh không rõ ràng hoặc khối u T4).[5,6]

Người bệnh được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt trực tràng cùng toàn bộ mạc treo trực tràng và vét hạch gốc động mạch mạc treo tràng dưới theo một quy kỹ thuật thống nhất của một nhóm phẫu thuật viên.

Có đầy đủ kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Ung thư không phải biểu mô.

Ung thư di căn từ nơi khác đến trực tràng thấp.

Mổ nội soi cắt trực tràng kết hợp với mổ điều trị bệnh lý khác.

Người bệnh chống chỉ định với phẫu thuật nội soi về mặt gây mê hồi sức.

Phương pháp nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Quy trình phẫu thuật:

Người bệnh sau khi gây mê nội khí quản được đặt nằm ngửa gác thỏng hai chân nhằm làm duỗi tối đa trực tràng và tiểu khung, giàn nội soi để bên trái và lệch về phía dưới chân như hình 1. Sau khi hoàn tất bước đặt trocar thì đặt tư thế đầu thấp chân cao và nghiêng phải.

Đặt 1 trocar 10mm cạnh rốn và bơm hơi, sau đó đưa camera vào kiểm tra ổ bụng và đặt tiếp 4 trocar khác ở các vị trí: 1 trocar 12mm ở điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường nối gai chậu trước trên bên phải, 1 trocar 5mm nằm giao điểm bờ ngoài cơ thẳng bụng phải và điểm đối xứng với trocar 12mm so với rốn (tam giác cân), 2 trocar 5mm còn lại đặt ở hố chậu trái và hạ sườn trái đối xứng với 2 trocar đã đặt bên phải qua đường giữa rốn.

Giải phóng, bộc lộ và thắt bó mạch mạc treo tràng dưới kèm với vét hạch gốc động mạch mạc treo tràng dưới. Cặp hemolock và cắt hai thành phần này.

Giải phóng ½ đại tràng phía bên trái bao gồm đại tràng sigma, đai tràng trái, đại tràng góc lách ½ đại tràng ngang phía bên trái sao cho di động đến nửa đại tràng ngang phía bên trái.

Giải phóng trực tràng cùng với cắt bỏ hết toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) cho đến tận cơ nâng theo chiều từ trên xuống và từ mặt sau xương cùng tỏa ra hai bên.

Đối với trường hợp nối máy thì cắt đóng đầu dưới trực tràng cách bờ dưới khối u ít nhất 2cm bằng máy cắt nối nội soi Echilon 60mm hoặc 40mm (tùy độ rộng khung chậu). Mở nhỏ trên xương mu đưa đoạn đại trực tràng kèm u ra ngoài thành bụng cắt bỏ trực

tràng và toàn bộ mạc treo, lấy diện cắt dưới làm giải phẫu bệnh tức thì. Đặt đầu đe của máy khâu nối tròn EEA vào mặt bên cách diện cắt trên khoảng 10cm. Đưa đầu đại tràng vào lại bụng, bơm hơi ổ phúc mạc và nối với trực tràng thấp bằng máy nối EEA 28mm đưa từ phía hậu môn lên.

Những trường hợp nối đại tràng với ống hậu môn bằng tay thì tiến hành bộc lộ hậu môn, cắt trực tràng ngay bên dưới u 2cm và lấy diện cắt làm giải phẫu bệnh tức thì. Giải phóng và cắt bỏ đoạn trực tràng kèm toàn bộ mạc treo sau đó nối đại tràng với ống hậu môn bằng chỉ DPS 3.0.

Làm sạch ổ phúc mạc, cố định lại mạc treo đại tràng, đặt 2 dẫn lưu cạnh miệng nối và đóng các lỗ trocar cùng với vết mổ mở nhỏ lấy bệnh phẩm.



Hình 1: Tư thế người bệnh và vị trí giàn nội soi

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm người bệnh trước mổ: Tuổi, giới, BMI, phân loại ASA về mặt gây mê hồi sức, tiền sử mổ bụng, tiền sử nội khoa như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch mạn tính. Phân loại giai đoạn bệnh trước phẫu thuật, quá trình điều trị hóa xạ trị trước phẫu thuật. Cận lâm sàng: Xét nghiệm máu, nội soi đại trực tràng ống mềm có sinh thiết, MRI.

Kết quả trong mổ: loại phẫu thuật, kiểu miệng nối, tai biến trong mổ, quá trình vét hạch, sinh thiết tức thì, vấn đề mở thông hỗng tràng, vấn đề đặt sonde hậu môn và thời gian phẫu thuật.

Kết quả sau mổ và theo dõi: thời gian trung tiện, cho ăn lại, biến chứng sớm, kết quả giải phẫu bệnh lý, giai đoạn bệnh sau phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, kết quả điều trị khi ra viện và kết quả theo dõi xa.

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm người bệnh trước phẫu thuật.

Trong khoảng thời gian từ năm 2016 đến năm 2022 chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt cho 35 người bệnh ung thư trực tràng thấp. Đặc điểm người bệnh trước mổ được mô tả chi tiết trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh trước mổ.

Đặc điểm	Kết quả	
	Trị số	%
Tuổi (năm), trung bình (dao động)	65,07 ± 11,2 (24 - 90)	
Giới tính		
Nam	24	68,6
Nữ	11	31,4
BMI (kg/m^2), trung bình (dao động)	20,97 ± 2,94 (16,61 – 28,34)	
Bệnh kèm		
Đái tháo đường	6	17,1
Tăng huyết áp	8	22,9
Đái tháo đường kèm tăng huyết áp	4	11,4
Bệnh tim mạn tính	2	5,7
Phân loại ASA		
I	23	65,7
II	11	31,4
III	1	2,9
Phân loại giai đoạn bệnh trước mổ		
Giai đoạn I	3	8,6
Giai đoạn II	26	74,3
Giai đoạn III	6	17,1
Hóa xạ trị tiền phẫu	6	17,1

Kết quả trong mổ

Tất cả 100% người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng cộng với toàn bộ mạc treo, vét hạch gốc động mạch mạc treo tràng dưới và bảo tồn cơ thắt thành công. Đặc điểm kết quả trong mổ được mô tả chi tiết trong bảng 2.

Bảng 2: Kết quả trong mổ.

Đặc điểm	Kết quả	
	Trị số	%
Thời gian mổ (phút), trung bình (dao động)	247,7± 46,5 (140 - 320)	
Thực hiện kỹ thuật thành công	35	100
Lượng máu mất (ml), trung bình (dao động)	28,3 ± 6,5 (5-45)	
Miệng nối		
Nối máy	33	94,3
Nối tay (đại tràng - ống hậu môn)	2	5,7
Sinh thiết tức thì diện cắt âm tính	35	100
Mở thông hổng tràng	7	20,0

Kết quả sau mổ

Bảng 3: Kết quả sau mổ.

Đặc điểm	Kết quả	
	Trị số	%
Thời gian trung tiện (ngày), trung bình (dao động)	5,9 ± 1,3 (140 - 320)	
Thời gian ăn lại (ngày), trung bình (dao động)	5,3 ± 1,4 (3 – 10)	100
Thời gian rút dẫn lưu (ngày), trung bình (dao động)	7,87 ± 2,28 (5 – 14)	
Biến chứng	8	22,8
Thời gian hậu phẫu (ngày), trung bình (dao động)	10,7 ± 2,8 (6 – 20)	
Kết quả ra viện		
Tốt	27	77,1
Khá	5	14,3
Trung bình	3	8,6
Điều trị hóa chất sau mổ	31	88,5

Có 8 (22,8%) trường hợp gặp biến chứng sau mổ bao gồm 1 chảy máu ổ bụng, 1 tắc ruột sớm sau mổ, 1 rò trực tràng âm đạo, 2 rò miệng nối, 2 viêm hậu môn và 1 bí tiểu kéo dài sau phẫu thuật. Trong các trường hợp biến chứng thì chỉ có 1 trường hợp rò miệng nối đại tràng - ống hậu môn được mổ làm lại. Kết quả sau mổ được trình bày chi tiết trong bảng 3.

Kết quả theo dõi và tái khám

Tất cả 35 người bệnh trong nhóm nghiên cứu đều còn sống tại thời điểm kết thúc nghiên cứu. Không có trường hợp nào hẹp miệng nối, 1 trường hợp rò trực tràng – âm đạo trên bệnh nền đái tháo đường được mổ đóng lại sau 3 tháng nhưng thất bại và hiện tại thi thoảng xì hơi qua âm đạo, 1 trường hợp tắc ruột sau mổ 2 tháng được điều trị nội khoa, 4 trường hợp viêm da quanh mở thông hồi tràng, 1 trường hợp thoát vị vết mổ trên xương mu sau 6 tháng và đã mổ lại đặt lưới. Kết quả theo dõi và tái khám được mô tả chi tiết trong bảng 4.

Bảng 4: Kết quả theo dõi và tái khám.

Đặc điểm	Kết quả
Số lần đại tiện sau mổ	5,9 ± 1,3 (140 - 320)
Tháng thứ nhất	4,33 ± 1,01
Tháng thứ 3	2,62 ±1,22
Tháng thứ 6	2,2 ± 0,98
Sau 1 năm	1,9 ± 0,85
BMI sau mổ 1 tháng (kg/m^2)	21,84 ± 2,27

Bàn luận

Ung thư trực tràng gần đây được phát hiện nhiều hơn ở những người bệnh trẻ tuổi, vì vậy được cho là có xu hướng trẻ hóa trong bệnh lý ung thư trực tràng. Độ tuổi trung bình nghiên cứu của chúng tôi là 65,07±11,2 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 24, lớn nhất là 90 tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ 68,6%. Độ tuổi trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với các các nghiên cứu của các tác giả khác đã công bố gần đây.[3,7]

Đối với ung thư trực tràng thấp thì chẩn đoán thường là đơn giản bằng khai thác bệnh sử kết hợp với thăm khám trực tràng bằng tay. Ngoài thăm khám lâm sàng thì soi trực tràng bằng ống soi cứng cũng là động tác đơn giản và an toàn mà bất cứ phòng khám hậu môn trực tràng nào đều có thể tiến hành được. Hiện nay nội soi đại trực tràng bằng ống soi mềm là phương tiện hiện đại, đã có mặt hầu hết từ các cơ sở y tế nhà nước cho đến các bệnh viện và phòng khám tư nhân. Nội soi trực tràng và sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Để đánh giá giai đoạn bệnh cho người bệnh ung thư trực tràng trước điều trị, thì chụp cộng hưởng từ tiểu khung là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tốt nhất hiện nay đã được trang bị tại nhiều cơ sở y tế tuyến trung ương và một số bệnh viện tỉnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả người bệnh đều được nội soi trực tràng sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh lý để có bằng chứng chính xác trong chẩn đoán trước mổ và tất cả đều được chụp cộng hưởng từ tiểu khung để nghiên cứu đặc điểm xâm lấn khối u và tính chất di căn hạch trong vùng tiểu khung.

Điều trị ung thư trực tràng hiện nay là điều trị đa mô thức. Người bệnh phải được chẩn đoán và đánh giá giai đoạn bệnh một cách cụ thể rõ ràng trước lộ trình điều trị. Người bệnh được hội chẩn lựa chọn hình thức và lộ trình can thiệp bởi sự phối hợp của phẫu thuật viên cùng với các chuyên gia hóa xạ trị, giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh và dinh dưỡng lâm sàng. Đây là xu hướng hiện nay của các nước tiên tiến trên thế giới. Tuy nhiên tại Việt Nam không phải cơ sở điều trị ung thư trực tràng nào cũng đáp ứng được. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17,1% người bệnh hóa xạ trị tiền phẫu theo tiêu chuẩn của hiệp hội phòng chống u thư thế giới (NCCN) vì khối u xâm lấn sâu hoặc đã có di căn hạch và sau phẫu thuật có 88,5% số người bệnh điều trị hóa chất bổ trợ.[6]

Chúng tôi đặt tư thế người bệnh dạng và gác thỏng hai chân bằng bộ gác chân của phẫu thuật hậu môn trực tràng, ở tư thế này trực tràng và khung chậu được duỗi tối đa tạo điều kiện thuận lợi cho tiếp cận sâu xuống tận cơ nâng. Tất cả người bệnh được sử dụng 5 trocar và đi theo một quy trình nhất định đó là bộ lộ thắt bó mạch mạc treo tràng dưới giải phóng ½ đại tràng phía bên trái bao gồm cả đại tràng góc lách và nửa bên trái đại tràng ngang. Sau đó tiếp cận giải phóng trực tràng và toàn bộ mạc treo trực tràng cho đến cơ nâng. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 247,7± 46,5 phút. Khi so sánh thời gian phẫu thuật với các tác giả khác chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn. Tuy nhiên vấn đề thời gian không phải là vấn đề lớn trong phẫu thuật mà tính chất triệt căn và an toàn trong phẫu thuật mới là điều cần được đặt lên hàng đầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong phẫu thuật, tất cả người bệnh đều được bảo tồn cơ thắt thành công. Trong đó 94,3% người bệnh được thực hiện miệng nối bằng máy khâu nối tròn EEA, còn lại 2 người bệnh (5,7%) thực hiện miệng nối đại tràng hậu môn bằng khâu tay, hai trường hợp này khối u nằm thấp nên phải cắt bán phần cơ thắt trong để đảm bảo diện cắt không còn tế bào ung thư.

Tổng số các biến chứng phẫu thuật trong nhóm người bệnh nghiên cứu là 8 trường hợp chiếm 22,8%. Tuy nhiên đa phần là các biến chứng nhẹ, không nguy hiểm và được xử trí bằng điều trị nội khoa. Trong đó có 1 trường hợp tắc ruột điều trị ổn định bằng nội khoa, 1 trường hợp chảy máu trong ổ bụng và 3 trường hợp rò miệng nối là những biến chứng nghiêm trọng nhất. Trường hợp chảy máu trong ổ bụng sau mổ ngày thứ 3 do người bệnh vận động và ống dẫn lưu cứng đặt sâu trong tiểu khung đã cọ xát gây chảy máu qua dẫn lưu khoảng 400ml. Trường hợp này được xử lý bằng cách rút bớt dẫn lưu 10cm và cho bù máu thì sau đó ổn định mà không cần can thiệp gì thêm. Đây là một kinh nghiệm đặt dẫn lưu trong mổ nội soi cắt trực tràng. Khi mà khoang bụng đang bơm căng hơi và dẫn lưu

là các ống silicone cứng thì cần trừ hao một khoảng cách để khi xả xẹp hơi dẫn lưu không nằm quá sâu và đâm vào tiểu khung gây chảy máu sau mổ. Trong 3 trường hợp rò miệng nối thì một trường hợp rò trực tràng âm đạo mức độ nhẹ, do trong thì đặt máy làm miệng nối chúng tôi đã không kiểm soát âm đạo trước khi bấm máy. Người bệnh này ung thư trực tràng thấp trên bệnh nền là đái tháo đường và đã mổ thay đoạn động mạch chậu bên phải. Sau mổ 7 ngày thì rỉ dịch và hơi qua âm đạo lượng ít và không gây viêm phúc mạc cũng như áp xe tiểu khung vì vậy người bệnh vẫn được cho ra viện và hẹn xử lý đóng rò thì hai. Một người bệnh xuất hiện rò dịch tiêu hóa qua dẫn lưu ở ngày thứ 3, khi bắt đầu cho ăn sữa bằng đường miệng thì người bệnh bị tiêu chảy, kích thích mót rặn liên tục ở hậu môn. Người bệnh này là trường hợp khối u trực tràng thấp nên miệng nối máy rất thấp ngay sát cơ thắt. Điều này rất thú vị, chưa thấy tác giả nào nói đến, đó là những trường hợp miệng nối rất thấp khi ăn lại sớm nếu rối loạn tiêu hóa gây kích thích mót rặn nhiều sẽ tác động trực tiếp lên miệng nối. Tác động của sự rặn ỉa quá mức do kích thích sẽ gây co thắt miệng nối dẫn đến giãn vòng ghim và hở miệng nối gây rò khi mà miệng nối sát cơ thắt. Chúng tôi đã phát hiện ra trường hợp này sớm, cho người bệnh ngừng ăn kèm điều trị chống rối loạn tiêu hóa cho người bệnh, kết quả hết rò và không cần can thiệp gì thêm. Một trường hợp rò miệng nối nằm trong nhóm hai người bệnh làm miệng nối đại tràng - hậu môn bằng tay. Trường hợp này do cắt bán phần cơ thắt trong và phẫu tích rộng nhưng hai dẫn lưu đặt phía trên ổ bụng không xuống sát bên dưới ống hậu môn, dẫn đến tụ dịch và nhiễm trùng, ổ áp xe phá ra ngoài làm đứt chỉ miệng nối vào ngày thứ 8 sau phẫu thuật. Người bệnh này được mổ lại làm sạch khoang hậu môn trực tràng bằng đường dưới, đặt hệ thống dẫn lưu bơm rửa xuyên qua hố ngồi trực tràng bên phải vào sâu đến tận mặt trước xương cùng, khâu lại miệng nối đại tràng với ống hậu môn, nội soi ổ bụng hút rửa làm sạch ổ bụng và mở thông hồi tràng. Sau mổ người bệnh ổn định và bảo tồn được hậu môn cho người bệnh (hình 2).



Hình 2: Hình ảnh đặt hệ thống dẫn lưu, làm lại miệng nối hậu môn trực tràng do biến chứng rò miệng nối (thời điểm mổ và sau mổ 3 tuần).

Trong một phân tích gộp của Karl Teurneau-Hermansson năm 2021 trên 4821 người bệnh thì cho thấy các biến chứng chung sau mổ nội soi cắt trực tràng là 37% và có đến 10,3% trường hợp xảy ra biến chứng nghiêm trọng cần phải can thiệp lại bằng phẫu thuật.[8] Cũng trong năm 2021 Chengkui Liu đã tiến hành một phân tích gộp bao gồm 22.744 người bệnh phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng và tác giả cũng đã cho thấy phẫu thuật nội soi cắt trực tràng là một phẫu thuật có nhiều biến chứng kể cả

trong mổ nội soi rô bốt.[9] Trong một nghiên cứu của Varut Lohsiriwat về rò trực tràng âm đạo sau phẫu thuật cắt trực tràng trước thấp đã đưa ra khuyến cáo đối với những trường hợp rò trực tràng âm đạo kích thước nhỏ hơn 1cm và không gây áp xe tiểu khung thì điều trị nội khoa và theo dõi mà không cần xử lý ngay. Tác giải cũng đưa ra khuyên cáo cần kiểm soát âm đạo bằng tay trước khi bấm máy khâu nối miệng nối.[10]

Với kết quả ra viện có 77,1% người bệnh kết quả tốt tức là không gặp bất cứ tai biến và biến chứng nào sau phẫu thuật. Có 14,3% người bệnh ra viện kết quả khá tức là gặp một số các biến chứng nhẹ chỉ điều trị nội khoa mà không cần can thiệp lại bằng phẫu thuật. Chỉ có 8,6% người bệnh ra viện với kết quả trung bình, đây là những người bệnh gặp các biến chứng nghiêm trọng cần phải can thiệp lại và kéo dài thời gian nằm viện. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có người bệnh nào ra viện với kết quả xấu do tử vong trong thời gian hậu phẫu hoặc các biến chứng để lại di chứng lâu dài.

Kết quả theo dõi dài hạn cho thấy là tốt, không gặp các biến chứng nghiêm trọng. Có một người bệnh tắc ruột sau mổ 2 tháng được điều trị nội khoa mà không cần can thiệp phẫu thuật. Một người bệnh rò trực tràng âm đạo sau mổ 3 tháng được đóng lại nhưng không thành công, người bệnh này được hướng dẫn chế độ ăn làm đặc phân và người bệnh cũng không khó chịu nhiều vì lỗ rò bé chỉ thi thoảng có hơi đi qua âm đao mà thôi. Một người bệnh thoát vị vết mổ trên xương mu sau 6 tháng phẫu thuật, người bệnh này đã được mổ đặt tấm lưới nhân tạo và ổn định. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu chưa ghi nhận người bệnh tử vong hoặc tái phát. Một phần kết quả này có thể là chưa chuẩn xác vì đa phần người bệnh trong nhóm nghiên cứu được mổ trong vòng 2 năm trở lại đây, chỉ một số ít có thời gian mổ dàn trải từ năm 2016. Đây là lý do tại sao trong nghiên cứu chúng tôi chưa tính đến thời gian sống thêm sau mổ.

Kết luận

Qua nghiên cứu trên 35 người bệnh ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt chúng tôi nhận thấy kết quả tốt. Không có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ hầu hết các biến chứng nhẹ, không có người bệnh nào tử vong hoặc để lại di chứng lâu dài. Kết quả theo dõi xa cho thấy tốt, đáp ứng được mục tiêu điều trị ung thư và nâng cao chất lượng cuộc sống thông qua việc bảo tồn được hậu môn cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Zhang Q, Liang J, Chen J, Mei S, Wang Z. Outcomes of Laparoscopic Versus Open Surgery in Elderly Patients with Rectal Cancer. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP. Apr 1 2021;22(4):1325-1329. doi:10.31557/APJCP.2021.22.4.1325
3. Li Z, Xiong H, Qiao T, et al. Long-term oncologic outcomes of natural orifice specimen extraction surgery versus conventional laparoscopic-assisted resection in the treatment of rectal cancer: a propensity-score matching study. BMC surgery. Jul 25 2022;22(1):286. doi:10.1186/s12893-022-01737-2
4. Seishima R, Miyata H, Okabayashi K, et al. Safety and feasibility of laparoscopic surgery for elderly rectal cancer patients in Japan: a nationwide study. BJS open. Mar 5 2021;5(2)doi:10.1093/bjsopen/zrab007
5. Japan ese Society for Cancer of the C, Rectum. Japanese Classification of Colorectal, Appendiceal, and Anal Carcinoma: the 3d English Edition [Secondary Publication]. Journal of the anus, rectum and colon. 2019;3(4):175-195. doi:10.23922/jarc.2019-018
6. Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, et al. Rectal Cancer, Version 2.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. Jul 2018;16(7):874-901. doi:10.6004/jnccn.2018.0061
7. Zhu Y, Xiong H, Chen Y, et al. Comparison of natural orifice specimen extraction surgery and conventional

laparoscopic-assisted resection in the treatment effects of low rectal cancer. Scientific reports. Apr 29 2021;11(1):9338. doi:10.1038/s41598-021-88790-8

8. Teurneau-Hermansson K, Svensson Neufert R, Buchwald P, Jorgren F. Rectal washout does not increase the complication risk after anterior resection for rectal cancer. World journal of surgical oncology. Mar 19 2021;19(1):82. doi:10.1186/s12957-021-02193-7
9. Liu C, Li X, Wang Q. Postoperative complications observed with robotic versus laparoscopic surgery for the treatment of rectal cancer: An updated meta-analysis of recently published studies. Medicine. Sep 10 2021;100(36):e27158. doi:10.1097/MD.0000000000027158
10. Lohsiriwat V, Jitmungngan R. Rectovaginal fistula after low anterior resection: Prevention and management. World journal of gastrointestinal surgery. Aug 27 2021;13(8):764-771. doi:10.4240/wjgs.v13.i8.764