

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần trên dạ dày so với cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư biểu mô tuyến chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert type II tiến triển tại chỗ

Lâm Việt Trung^{1,2}, Nguyễn Võ Vĩnh Lộc^{1,2}, Trần Phùng Dũng Tiến¹, Tiêu Loan Quang Lâm¹, Trần Vũ Đức¹

1. Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh, 2. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ:

Lâm Việt Trung,
Bệnh viện Chợ Rẫy
201B Nguyễn Chí Thanh, phường
Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0913 753 595
Email: drlamviettrung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19/9/2025

Ngày chấp nhận đăng:

20/10/2025

Ngày xuất bản: 03/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày ở vị trí chỗ nối thực quản dạ dày theo Siewert type II cho đến nay vẫn còn có nhiều tranh cãi. Một số nghiên cứu đã cho thấy phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày (CBPTDD) có thể cho kết quả tương đương với cắt toàn bộ dạ dày (CTBDD) trong điều trị ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) chỗ nối thực quản - dạ dày (TQ-DD) Siewert II/III. Tuy nhiên các dữ liệu nghiên cứu còn khá khiêm tốn. Do đó nghiên cứu này nhằm mục đích so sánh kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bán phần trên dạ dày và cắt toàn bộ dạ dày ở người bệnh ung thư biểu mô tuyến chỗ nối thực quản - dạ dày Siewert type II giai đoạn tiến triển tại chỗ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu các người bệnh UTBMT chỗ nối TQ-DD Siewert type II giai đoạn tiến triển tại chỗ (cT2–4) được PTNS điều trị triệt để tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 6/2018 đến 4/2023.

Kết quả: Chúng tôi thu thập được 38 người bệnh CTBDD và 39 người bệnh CBPTDD. Không khác biệt có ý nghĩa về tuổi, giới, SGA và bệnh kèm giữa hai nhóm. Tỷ lệ hóa trị tân hỗ trợ cao hơn ở nhóm CBPTDD (69,2% so với 34,2%; $p=0,003$). Tỷ lệ di căn hạch cao hơn ở nhóm CTBDD (55,3% so với 25,6%; $p=0,011$). Tỷ lệ biến chứng thấp (2,6% mỗi nhóm) và không có tử vong chu phẫu. Tỷ lệ sống toàn bộ (OS) và sống không bệnh (DFS) sau 3 năm ở nhóm CTBDD lần lượt là 80,5% và 83,2%, so với 90,6% và 87,7% ở nhóm CBPTDD, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,165$ và $p=0,657$).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi CBPTDD với tái lập lưu thông tiêu hoá kiểu double-tract là an toàn và hiệu quả tương đương CTBDD trong điều trị UTBMT chỗ nối TQ-DD Siewert type II giai đoạn tiến triển tại chỗ.

Từ khóa: ung thư biểu mô tuyến chỗ nối thực quản – dạ dày, Siewert type II, phẫu thuật nội soi, cắt bán phần trên dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày, nạo hạch trung thất dưới.

Laparoscopic proximal versus total gastrectomy for locally advanced Siewert type II adenocarcinoma of esophago-gastric junction

Lam Viet Trung^{1,2}, Nguyen Vo Vinh Loc^{1,2}, Tran Phung Dung Tien¹, Tieu Loan Quang Lam¹, Tran Vu Duc¹

1. Cho Ray Hospital, 2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Abstract

Introduction: Surgical management of gastric cancer at esophago-gastric junction is still controversial. Some studies have shown that proximal gastrectomy could provide comparable results with total gastrectomy for adenocarcinoma of esophagogastric junction (AEG) Siewert type II/III. Though, available data are still limited. With that, this study aimed to compare the outcomes of laparoscopic proximal gastrectomy (LPG) and laparoscopic total gastrectomy (LTG) in patients with locally advanced Siewert type II adenocarcinoma of esophagogastric junction.

Patients and Methods: A retrospective study was conducted using primary data from the Department of Digestive Surgery, Cho Ray Hospital, from June 2018 to April 2023.

Results: There were 38 patients who underwent LTG with Roux-en-Y reconstruction, and 39 patients who underwent LPG with double-tract reconstruction. There were no statistically significant differences between the two groups in terms of age, gender, subjective global assessment (SGA), and comorbidities. The rate of neoadjuvant chemotherapy was significantly higher in LPG group in compare with LTG group (69.2% vs. 34.2%; $p=0.003$). LTG group had a significantly higher rate of lymph node metastasis in compare with LPG group (55.3% so với 25.6%; $p=0.011$). The morbidity was low at 2.6% and there were no perioperative deaths. The 3-year overall survival (OS) and disease-free survival (DFS) rates were 80.5% and 83.2% for the LTG group, respectively, and 90.6% and 87.7% for the LPG group, respectively; these differences were not statistically significant ($p=0.165$ and $p=0.657$).

Conclusions: LPG with double-tract reconstruction is as safe and effective as LTG in the treatment of locally advanced Siewert type II AEG junction.

Keywords: Adenocarcinoma of esophagogastric junction, Siewert type II, laparoscopic proximal gastrectomy, laparoscopic total gastrectomy, lower mediastinal lymph node dissection

Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày vẫn là loại ung thư phổ biến thứ năm trên thế giới và là loại ung thư đường tiêu hóa phổ biến thứ hai và được xếp hạng trong ba loại

ung thư hàng đầu gây tử vong tại Việt Nam. Theo phân loại của Siewert [1], có ba type ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) chỗ nối thực quản-dạ dày. Trong số đó, Siewert type II là type có cách xử trí

gây tranh cãi nhất. Cách xử trí truyền thống của UTBMT chỗ nối TQ-DD type II có thể là cắt TQ-DD theo phương pháp Ivor Lewis hoặc McKeown hoặc cắt TQ-DD qua khe hoành. Các hướng dẫn gần đây của Mạng Lưới Chống Ung Thư Quốc Gia Hoa Kỳ (NCCN) [2] ưu tiên sử dụng hóa trị liệu chu phẫu hoặc thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch ở một số người bệnh được chọn lọc với UTBMT chỗ nối TQ-DD tiến triển. Các hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Nhật Bản [3] khuyến nghị phương pháp tiếp cận ngã bụng qua khe hoành kèm nạo hạch với khối u có đường kính dưới 4cm, nhưng không làm rõ phạm vi cắt bỏ thực quản và dạ dày ở phần gần và xa. Các hướng dẫn cũng không đề cập đến việc tiếp cận xử trí các trường hợp có sử dụng hóa trị tân hỗ trợ. Một số nghiên cứu [4-7] đã chứng minh khả năng thay thế của phẫu thuật CBPTDD so với phẫu thuật CTBDD trong điều trị ung thư biểu mô tuyến chỗ nối TQ-DD Siewert II/III. Tuy nhiên, các tài liệu nghiên cứu hướng dẫn điều trị Siewert II giai đoạn tiến triển vẫn còn khá hạn chế.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích so sánh kết quả của phẫu thuật nội CBPTDD so với

CTBDD ở những người bệnh UTBMT chỗ nối TQ-DD Siewert II giai đoạn tiến triển tại chỗ.

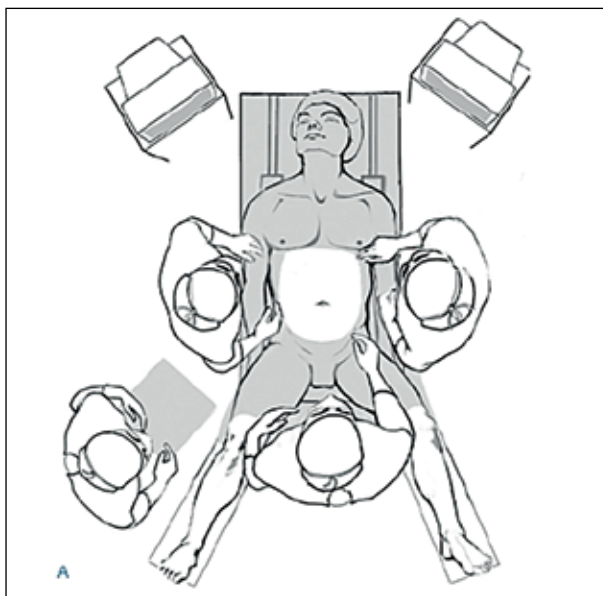
Đối tượng và phương pháp

Người bệnh:

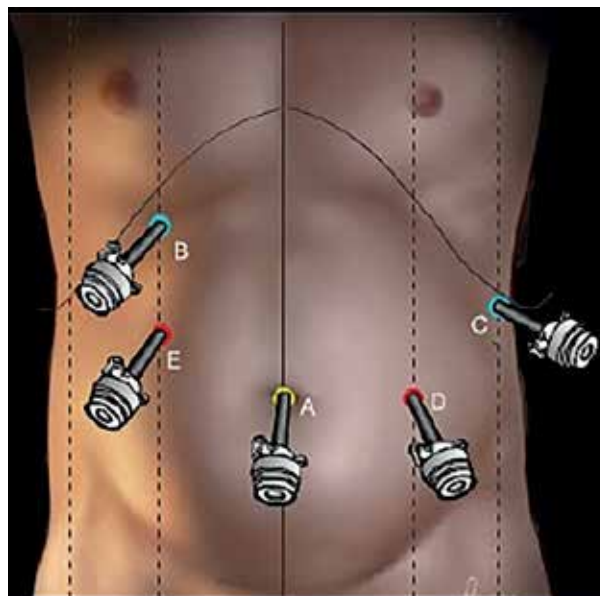
Nghiên cứu hồi cứu sử dụng các dữ liệu gốc từ Khoa Ngoại tiêu hoá bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 6/2018 đến tháng 4/2023. Tiêu chuẩn chọn bệnh bao gồm các người bệnh UTBMT chỗ nối TQ-DD Siewert type II (cT2-4, N0/N+) (theo phân loại giai đoạn của AJCC lần thứ 8) được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày triệt để. Chúng tôi loại trừ các trường hợp người bệnh có thai hoặc cho con bú, người bệnh đồng mắc ung thư khác, hoặc được đánh giá trong mổ là không thể cắt được. Tổng cộng có 77 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh. Các người bệnh được chia làm hai nhóm để so sánh về kết quả phẫu thuật và kết quả lâu dài: nhóm Phẫu thuật nội soi CBPTDD với nối Double-tract và CTBDD với nối kiểu Roux-en-Y.

Kỹ thuật mổ:

Tất cả người bệnh đều được thực hiện phẫu thuật nội soi. Quyết định cắt toàn bộ dạ dày hay cắt bán phần trên dạ dày là tùy thuộc vào đánh giá và chọn lựa của phẫu thuật viên (hình 1 và 2)



Hình 1: Tư thế người bệnh



Hình 2: Vị trí các trocar bụng

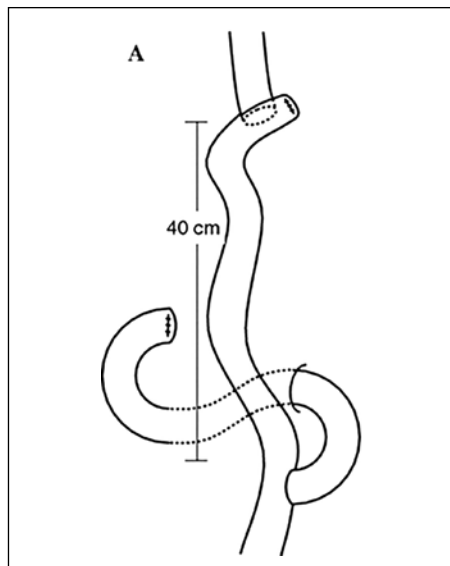
Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày với nối Roux-en-Y

Chúng tôi thực hiện cắt toàn bộ dạ dày nạo hạch D2 theo hướng dẫn của Hiệp hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản (JGCA) [3]. Ngoài các hạch nhóm 1, 2, 3, 4sa, 4sb, 4d, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p, 11d, and 12a, chúng tôi cũng nạo các hạch quanh tâm vị (nhóm 19 và 20) và các hạch trung thất dưới (nhóm 110, 111 và 112). Tái lập lưu thông tiêu hoá nối thực quản – hồng tràng kiểu Roux-en-Y với máy nối thẳng nội soi (Endogia hoặc Echelon). (Hình 3)

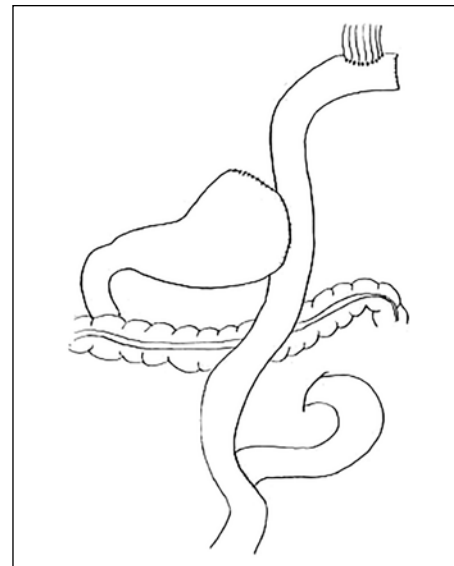
Phẫu thuật nội soi cắt bán phần trên dạ dày với nối Double-tract

Người bệnh CBPTDD được nạo hạch các nhóm 1, 2, 3a, 4sa, 4sb, 7, 8a, 9, 11p, và 11d, cùng đồng

thời nạo các nhóm quanh tâm vị (nhóm 19 và 20) và các nhóm trung thất dưới (nhóm 110, 111 và 112). Tái lập lưu thông tiêu hoá với phương pháp nối thực quản-hồng tràng- dạ dày kiểu Double-tract. (Hình 4). Với các trường hợp có mỗm thực quản nằm thấp, chúng tôi dùng máy nối thẳng nội soi (Endogia hoặc Echelon) để nối thực quản-hồng tràng kiểu overlap. Với các trường hợp mỗm thực quản nằm cao, chúng tôi dùng máy nối tròn Orvil-25 để thực hiện miệng nối thực quản-hồng tràng. Miệng nối hồng tràng - dạ dày được thực hiện miệng nối bên-bên với máy nối thẳng nội soi. Khoảng cách từ miệng nối thực quản đến miệng nối hồng tràng-dạ dày là khoảng 10-15cm. Miệng nối hồng-hồng tràng (chân Y) được thực hiện ngoài cơ thể với máy nối thẳng nội soi.



Hình 3: Nối Roux-en-Y sau LTG



Hình 4: Nối Double-tract sau LPG

Theo dõi người bệnh sau mổ:

Các người bệnh sau mổ sẽ được theo dõi định kỳ. Hội chẩn ung bướu sau mổ để quyết định hoá trị hỗ trợ theo phác đồ điều trị của bệnh viện khi có chỉ định.

Phân tích thống kê

Các biến định lượng được so sánh bằng kiểm định t-test đối với dữ liệu phân bố chuẩn hoặc kiểm định Mann–Whitney trong các trường hợp còn lại. Các biến định tính được so sánh bằng kiểm định chi

bình phương hoặc Fishers exact test khi thích hợp. Thời gian sống thêm được ước tính theo phương pháp Kaplan–Meier và so sánh bằng kiểm định log-rank. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của bệnh viện phê duyệt và tuân thủ Tuyên bố Helsinki.

Kết quả

Từ tháng 6/2018 đến tháng 4/2023, có 77 người bệnh UTBMT chỗ nối TQ-DD Siewert type II được

phẫu thuật nội soi cắt dạ dày triệt căn. Trong đó, 38 trường hợp được CTBDD chiếm 49,4%, và 39 trường hợp được CBPTDD chiếm 50,6%.

Đặc điểm người bệnh: Đặc điểm người bệnh được trình bày trong Bảng 1. Nhóm CBPTDD có tỷ lệ bệnh đi kèm cao hơn và tỷ lệ sử dụng hóa trị tân bổ trợ nhiều hơn. Phác đồ hoá trị tân bổ trợ được sử dụng là phác đồ 3 thứ thuốc (DCX / DCF) bao gồm: Docetaxel, Cisplatin/ carboplatin và 5FU / capecitabin.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giai đoạn pT giữa hai nhóm (p=0,416). Nhóm CTBDD có tỷ lệ di căn hạch cao hơn đáng kể (55,3%, 21/38) so với nhóm CBPTDD (25,6%, 10/39) (p=0,011).

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh

Đặc điểm người bệnh	CTBDD (n=38)	CBPTDD (n=39)	P value
Giới tính (nam), n (%)	27 (71,1%)	31 (79,5%)	0,391
Tuổi, trung vị (min-max)	62,5 (34–77)	62 (32–85)	0,607
Bệnh đi kèm, n (%)	4 (10,5%)	12 (30,8%)	0,029
Đái tháo đường	1 (2,6%)	2 (5,1%)	
Tăng huyết áp	2 (5,3%)	6 (15,4%)	
Mổ bụng trước đó	1 (2,6%)	3 (7,7%)	
Lao trước đó	0	2 (5,1%)	
Xơ phổi	0	1 (2,6%)	
Hóa trị tân bổ trợ, n (%)	13 (34,2%)	27 (69,2%)	0,003
pT, n (%)			0,416
pT0	1 (2,6%)	2 (5,1%)	
pT1	1 (2,6%)	1 (2,6%)	
pT2	4 (10,5%)	9 (23,1%)	
pT3	11 (28,9%)	13 (33,3%)	
pT4a	21 (55,3%)	14 (35,9%)	

pN, n (%)			0,047
pN0	17 (44,7%)	29 (74,4%)	
pN1	11 (28,9%)	7 (17,9%)	
pN2	7 (18,4%)	2 (5,1%)	
pN3	3 (7,9%)	1 (2,6%)	
Độ mô học, n (%)			0,149
Biệt hóa kém	9 (23,7%)	4 (10,3%)	
Biệt hoá trung bình	28 (73,7%)	31 (79,5%)	
Biệt hóa tốt	1 (2,6%)	4 (10,3%)	

Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật được trình bày trong Bảng 2. Nhìn chung, không có sự khác biệt giữa nhóm CTBDD và nhóm CBPTDD. Không ghi nhận tai biến trong mổ, tỉ lệ tử vong chu phẫu là 0%. Diện cắt trên dương tính (R1) ghi nhận 1 ca (2,6%) ở nhóm CTBDD.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	CTBDD (n=38)	CBPTDD (n=39)	P value
Phương pháp phẫu thuật, n (%)			0,240
Nội soi	36 (94,7%)	39 (100%)	
Chuyển mổ mở	2 (5,3%)	0	
Thời gian nằm viện, trung vị (min-max)	8 (6–23)	8 (5–15)	0,549
Biến chứng sau mổ, n (%)	1 (2,6%)	1 (2,6%)	1,000
Nhiễm trùng phổi (II)	0	1 (2,6%)	
Rò miệng nối (II)	1 (2,6%)	0	
Chức năng sau mổ, n (%)			
Trào ngược	2 (5,3%)	7 (17,9%)	0,154
Nuốt khó	7 (18,4%)	8 (20,5%)	0,817
Tăng cân	14 (36,8%)	9 (23,1%)	0,187

Kết quả sống còn: Thời gian theo dõi của nhóm CTBDD là 37 tháng (5–61 tháng), dài hơn có ý nghĩa so với nhóm CBPTDD là 22 tháng (4–48 tháng) với $p < 0,001$. Tỷ lệ sống toàn bộ (OS) sau 3 năm và tỷ lệ sống không bệnh (DFS) sau 3 năm lần lượt là 80,5% và 83,2% ở nhóm CTBDD, và 90,6% và 87,7% ở nhóm CBPTDD; sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,165$ và $p = 0,657$) (Bảng 3).

Bảng 3: Tái phát tại chỗ và di căn xa

	CTBDD (n=38)	CBPTDD (n=39)	P value
Theo dõi			0,065
Sống	25 (65,8%)	34 (82,1%)	
Tử vong	8 (21,1%)	2 (5,1%)	
Thiếu dữ liệu	5 (13,2%)	3 (7,7%)	
Tái phát tại chỗ			0,367
Không tái phát	32 (84,2%)	36 (92,3%)	
Tái phát miệng nối	1 (2,6%)	0	
Thiếu dữ liệu	5 (13,2%)	3 (7,7%)	
Di căn xa			0,531
Không di căn xa	27 (71,1%)	32 (82,1%)	
Gan	2 (5,3%)	0	
Hạch cổ	1 (2,6%)	0	
Phổi	0	1 (2,6%)	
Não	0	2 (5,1%)	
Phức mạc	3 (7,9%)	1 (2,6%)	
Thiếu dữ liệu	5 (13,2%)	3 (7,7%)	
Tỷ lệ sống toàn bộ (OS)			0,165
1 năm	83,3%	96,7%	
3 năm	80,5%	90,6%	
5 năm	73,8%	-	
Tỷ lệ sống không bệnh (DFS)			0,657
1 năm	86,7%	97,4%	
3 năm	83,2%	87,7%	
5 năm	77,7%	-	

Ở nhóm không hóa trị tân hỗ trợ, CBPTDD có kết quả sống còn chung (OS) và sống còn không bệnh (DFS) tốt hơn so với nhóm CTBDD. Tỷ lệ sống toàn bộ (OS) sau 3 năm và tỷ lệ sống không bệnh (DFS) sau 3 năm lần lượt là 87,7% và 83,6% ở nhóm CTBDD, và 100% và 100% ở nhóm CBPTDD; tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,296$ và $p = 0,318$).

Ở nhóm có hóa trị tân hỗ trợ, CBPTDD cũng có kết quả sống còn chung (OS) và sống còn không bệnh (DFS) tốt hơn so với nhóm CTBDD.

Tỷ lệ sống toàn bộ (OS) sau 3 năm và tỷ lệ sống không bệnh (DFS) sau 3 năm lần lượt là 64,2% và 64,1% ở nhóm CTBDD, và 87,7% và 82,5% ở nhóm CBPTDD; tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,085$ và $p = 0,404$).

Bàn luận

Cơ sở lý luận cho CBPTDD với nạo hạch trung thất dưới ở UTBMT chỗ nối thực quản-dạ dày tiến triển tại chỗ

Một số nghiên cứu từ Nhật Bản và Trung Quốc [8-10] đã chứng minh rằng di căn hạch ở người bệnh UTBMT chỗ nối TQ-DD Siewert type II tiến triển hiếm khi xuất hiện ở phần dưới của dạ dày (các nhóm hạch số 3d, 4d, 4sb, 5 và 6) nhưng có thể lan đến các hạch trung thất dưới (các nhóm hạch số 20, 110 và 111). Mặc dù có nhiều nghiên cứu [4, 6] đã báo cáo về kết quả chức năng của CBPTDD như trào ngược, khó nuốt..., đa số đồng thuận rằng lợi ích của việc giữ lại phần xa của dạ dày là cải thiện dinh dưỡng và tăng chất lượng cuộc sống. Dựa trên đó, chúng tôi cho rằng phẫu thuật nội soi CBPTDD với nạo hạch D2 bao gồm cả hạch trung thất dưới, có thể là một lựa chọn thay thế hợp lý cho CTBDD trong điều trị u chỗ nối dạ dày-thực quản tiến triển. Kết quả này có thể tốt hơn nếu kết hợp với hóa trị tân hỗ trợ theo khuyến cáo của hướng dẫn NCCN [2].

Kinoshita và cộng sự [11] đã báo cáo kỹ thuật CBPTDD cho Siewert type II với kết quả thuận lợi và nhận định rằng phẫu thuật này khả thi, an toàn về mặt kỹ thuật cũng như về mặt ung thư học ngắn hạn khi được thực hiện bởi ê-kíp phẫu thuật có kinh nghiệm.

Kết quả phẫu thuật:

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ biến chứng thấp (2,6%) ở cả hai nhóm, không có trường hợp nào rò miệng nối và không có tử vong chu phẫu. Kết quả này có vẻ tốt hơn so với các tác giả khác [4, 6], có thể do số lượng người bệnh còn hạn chế và tiêu chuẩn chọn bệnh nghiêm ngặt hơn.

Kết quả sống còn chung (OS) và sống còn không bệnh (DFS) của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác [4, 6, 12], mặc dù tỉ lệ OS và DFS của nhóm CBPTDD nhỉnh hơn một chút so với nhóm CTBDD. Điều này có thể do những sai lệch trong chọn người bệnh và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Nhóm CTBDD có nhiều người bệnh giai đoạn III và IVA hơn nhóm CBPTDD, trong khi phẫu thuật CBPTDD được thực hiện bởi phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm hơn. Ngoài ra, tỷ lệ hóa trị tân bổ trợ ở nhóm CBPTDD cao hơn rõ rệt so với nhóm CTBDD (69,2% so với 34,2%, $p=0,003$). Điều này có thể mang lại hiệu quả trong giảm giai đoạn bệnh, tạo thuận lợi cho phẫu thuật triệt căn và cải thiện OS, DFS.

Trong nhóm có hóa trị tân bổ trợ, chúng tôi nhận thấy sự cải thiện rõ (dù không có ý nghĩa thống kê) cả về OS và DFS ở nhóm CBPTDD so với CTBDD (lần lượt là 87,7% so với 64,2% và 82,5% so với 64,1%). Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi nhóm này để xác định liệu sự khác biệt có đạt ý nghĩa thống kê trong kết quả dài hạn hay không.

Zhu và cộng sự [6], trong một phân tích gộp về UTBMT chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert type II với tổng số 2217 người bệnh, trong đó 1584 người bệnh (71,4%) được CBPTDD và 633 người bệnh (28,6%) được CTBDD, đã chỉ ra rằng CBPTDD có kết quả ung thư học tương đương CTBDD. Đặc biệt, ở nhóm người bệnh cao tuổi, CBPTDD cho thấy lợi ích sống còn chung cải thiện rõ rệt hơn so với CTBDD.

Ma và cộng sự [4], trong một nghiên cứu hồi cứu so sánh CBPTDD và CTBDD cho UTBMT chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert type II/III, chứng minh rằng CBPTDD là phương pháp an toàn và hiệu quả cho người bệnh Siewert type II/III tại chỗ, bất kể giai đoạn TNM. Nhóm CBPTDD có kết quả dinh

dưỡng dài hạn tốt hơn nhóm CTBDD.

Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy không có cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê các kết quả về mặt chức năng (trào ngược, nuốt khó, tăng cân) ở nhóm CBPTDD so với CTBDD. Nguyên nhân có thể do chúng tôi thực hiện miệng nối Double-tract với vị trí miệng nối hồng tràng – dạ dày hơi gần so với miệng nối thực quản – hồng tràng, trung bình từ 10–12 cm tính từ miệng nối thực quản–hồng tràng. Trong khi đó, Ma và cộng sự [4] báo cáo kết quả LPG tốt hơn khi khoảng cách này dài hơn (15–20 cm).

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi mang tính hồi cứu và không ngẫu nhiên, do đó có sai lệch trong chọn người bệnh và khác biệt về tay nghề phẫu thuật viên. Thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá toàn diện kết quả ung thư học, chức năng và chất lượng cuộc sống sau mổ. Tuy nhiên, việc so sánh hai nhóm phần nào chứng minh tính khả thi của CBPTDD như một phương pháp thay thế cho CTBDD trong điều trị UTBMT chỗ nối TQ-DD Siewert type II tiến triển tại chỗ. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi để báo cáo kết quả dài hạn trong các công bố tiếp theo.

Kết luận

Phẫu thuật nội soi CBPTDD với nạo hạch trung thất dưới và nối Double-tract là một phương pháp an toàn, hiệu quả. Đây có thể là lựa chọn thay thế hợp lý cho CTBDD trong điều trị UTBMT chỗ nối thực quản – dạ dày Siewert type II tiến triển tại chỗ, có hoặc không kết hợp hóa trị tân bổ trợ. Cần thêm các nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng để khẳng định hiệu quả và cụ thể hơn chỉ định của phương pháp phẫu thuật này.

Tài liệu tham khảo

1. Siewert, J.R. and H.J. Stein, Classification of adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. Br J Surg, 1998. 85(11): p. 1457-9.
2. Ajani, J.A., et al., Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw, 2023. 21(4): p. 393-422.

3. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). Gastric Cancer, 2023. 26(1): p. 1-25.
4. Ma, X., et al., Clinical Comparison of Proximal Gastrectomy With Double-Tract Reconstruction Versus Total Gastrectomy With Roux-en-Y Anastomosis for Siewert Type II/III Adenocarcinoma of the Esophagogastric Junction. J Gastric Cancer, 2022. 22(3): p. 220-234.
5. Zhang, B., et al., Laparoscopic-assisted versus open proximal gastrectomy with double-tract reconstruction for Siewert type II-III adenocarcinomas of esophagogastric junction: a retrospective observational study of short-term outcomes. J Gastrointest Oncol, 2021. 12(2): p. 249-258.
6. Zhu, K., et al., Proximal Gastrectomy versus Total Gastrectomy for Siewert Type II Adenocarcinoma of the Esophagogastric Junction: A Comprehensive Analysis of Data from the SEER Registry. Dis Markers, 2019. 2019: p. 9637972.
7. Trung, L.V., et al., Laparoscopic Proximal Gastrectomy with Jejunal Interposition for Early Proximal Gastric Cancer. J Gastrointest Cancer, 2021. 52(2): p. 536-541.
8. Chen, X.D., et al., Incidence of lymph node metastasis at each station in Siewert types II/III adenocarcinoma of the esophagogastric junction: A systematic review and meta-analysis. Surg Oncol, 2020. 35: p. 62-70.
9. Yamashita, H., et al., Results of a nation-wide retrospective study of lymphadenectomy for esophagogastric junction carcinoma. Gastric Cancer, 2017. 20(Suppl 1): p. 69-83.
10. Zhang, X., et al., Characteristics of lymph node (No.5 and No.6) metastasis and significance of lymph node dissection in Siewert type II esophagogastric junction adenocarcinoma (AEG): No.5 and No.6 lymph node metastases of AEG and clearance. Medicine (Baltimore), 2021. 100(35): p. e27106.
11. Kinoshita, T., et al., Laparoscopic transhiatal resection for Siewert type II adenocarcinoma of the esophagogastric junction: operative technique and initial results. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2012. 22(4): p. e199-203.
12. Sugita, S., et al., Long-term oncological outcomes of laparoscopic versus open transhiatal resection for patients with Siewert type II adenocarcinoma of the esophagogastric junction. Surg Endosc, 2021. 35(1): p. 340-348.