

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương, Nguyễn Văn Thủy, Đặng Đình Khoa

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày.

Địa chỉ liên hệ:

Đinh Văn Chiến,
Khoa Ngoại Tiêu hóa - Bệnh viện
Hữu nghị Đa khoa Nghệ An,
KM5 - Đại lộ Lê Nin - Xã Nghi Phú
- TP. Vinh - Nghệ An
Điện thoại: 0963311668
Email: chienbvna@gmail.com

Ngày nhận bài: 6/8/2019

Ngày duyệt: 22/8/2019

Ngày chấp nhận đăng:
4/9/2019

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày nạo vét hạch trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả, tất cả người bệnh ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày từ 2012 đến 2019.

Kết quả: 278 người bệnh ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày, tuổi trung bình 60,2 (33 - 78), tỷ lệ nam/nữ 3,3. Ung thư ở giai đoạn IA, IB, IIA, IIB, IIIA và IIIB lần lượt là 2,2%, 9,7%, 22,3%, 30,9%, 27,3% và 7,5%. Số hạch vét được trung bình 12,2 hạch, số hạch di căn trung bình 3,1 hạch. Tỷ lệ tai biến, biến chứng chung là 2,5%. Không có tử vong trong và sau mổ. Thời gian mổ trung bình là 185 phút, nằm viện sau mổ 8,1 ngày. Thời gian sống sau mổ 1 năm, 2 năm, 3 năm và 5 năm là 95,7%, 80,2%, 71,1% và 53,4%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày nạo vét hạch là khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày, thời gian hồi phục và nằm viện ngắn.

Outcomes of laparoscopic subtotal gastrectomy for gastric adenocarcinoma in Nghe An Friendship General Hospital

Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương, Nguyễn Văn Thủy, Đặng Đình Khoa

Nghe An Friendship General Hospital

Abstract

Introduction: To assess the initial outcomes including the effectiveness, safety of laparoscopic subtotal gastrectomy with lymph nodes dissection for gastric adenocarcinoma.

Material and Methods: Prospective study conducted from 2012 to 2019 in Nghe An Friendship General Hospital. All the patients underwent the laparoscopic subtotal gastrectomy with lymph nodes dissection for gastric adenocarcinoma enrolled.

Results: 278 patients underwent laparoscopic subtotal gastrectomy with lymph nodes dissection, mean age was 60.2 (33 - 78). Male and female ratio was 3.3. Stages of the tumor were 2.2% IA, 9.7% IB, 22.3% IIA, 30.9% IIB, 27.3% IIIA and 7.5% IIIB. The mean of lymph nodes removed were 12.2 and mean lymph nodes metastasis were 3.1. The overall complication and incident rates were 2.5%. No per-operative and post-operative mortality was observed. The mean operative time was 185 min. The mean postoperative length stays were 8.1 days. Overall survival rates for one year, two years, three year and five years were 95.7%, 80.2%, 71,1% and 53.4% respectively.

Conclusion: Laparoscopic subtotal gastrectomy with lymph node resection for gastric adenocarcinoma is safe and effective, shorten recovery time and hospitalization.

Keyword: Laparoscopic subtotal gastrectomy.

I. Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh thường gặp ở Việt Nam, bệnh gây tử vong đứng hàng thứ 2 ở nam và thứ 3 ở nữ và phẫu thuật là phương pháp điều trị UTDD hiệu quả nhất hiện nay [1],[2]. Năm 1994, Kitano là người đầu tiên trên thế giới cắt dạ dày nội soi hỗ trợ [3], sau đó kỹ thuật này nhanh chóng được áp dụng rộng rãi trên thế giới. Việt Nam, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đoạn dạ dày (DD) được thực hiện từ năm 2004, tới nay phương pháp này đã được áp dụng ở nhiều cơ sở y tế trong cả nước, đã khẳng định được tính ưu việt của nó như sẹo mổ nhỏ, ít đau sau mổ, thời gian hồi phục sau mổ nhanh, nằm viện ngắn, các biến chứng trong và sau mổ thấp [4],[5],[6].

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa (HNĐK) Nghệ An đã triển khai PTNS từ năm 2012, để đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày trong điều trị ung thư biểu mô”.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 278 người bệnh (NB) đã được chẩn đoán UTDD dựa vào nội soi, cắt lớp vi tính, giải phẫu bệnh và PTNS cắt đoạn DD từ năm 2012 đến 2019

Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:

NB chẩn đoán sau mổ là UTDD

NB được PTNS cắt đoạn DD

NB đã tiến hành PTNS cắt đoạn DD nhưng do tai biến phải chuyển mổ mở

Có hồ sơ bệnh án và được ghi nhận đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Chẩn đoán sau mổ không phải UTDD

NB được chỉ định PTNS nhưng khi nội soi chẩn đoán đã thấy di căn, xâm lấn nên chuyển mổ mở

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả

Quy trình nghiên cứu:

Lựa chọn hồ sơ bệnh án để nghiên cứu theo tiêu chuẩn đã định

Thu thập và xử lý số liệu theo chỉ tiêu nghiên cứu trong mẫu “bệnh án nghiên cứu”

Thu thập kết quả kiểm tra qua khám lại trực tiếp hoặc điện thoại

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm NB: Tuổi, giới, mức độ xâm lấn của tổn thương, giai đoạn bệnh theo Hiệp hội UTDD Nhật Bản (JGCA) 2016

Kết quả phẫu thuật: Thời gian mổ, mức độ vết hạch và di căn hạch, tai biến trong mổ

Kết quả sớm: Thời gian trung tiện, biến chứng, thời gian nằm viện sau mổ

Kết quả kiểm tra: Thời điểm 1 năm, 3 năm và 5 năm

Xử lý số liệu: theo phần mềm xử lý số liệu trên máy tính

III. Kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu 278 NB được PTNS cắt đoạn DD do ung thư từ 2012 – 2019, có 76,6% nam và 23,4% nữ, tỷ lệ nam/nữ là 3,3.

Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi

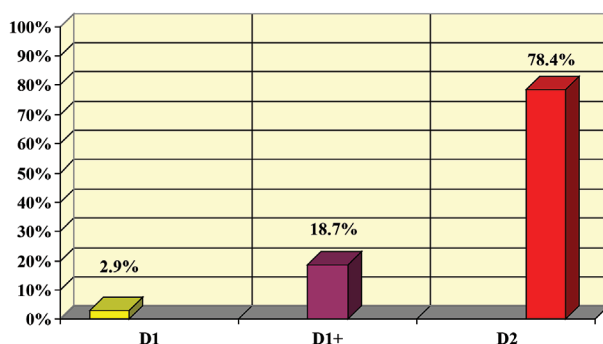
Nhóm tuổi	≤ 40	40 - 49	50 - 59	60 - 69	≥ 70	Tổng
Tổng số	5	59	91	87	36	278
Tỷ lệ %	1.8	21.2	32.7	31.3	12.9	100

Tuổi trung bình $60,2 \pm 2,2$; thấp nhất là 33 tuổi và cao nhất là 78 tuổi.

Bảng 2: Mức độ xâm lấn

Mức độ xâm lấn	Tổng số	Tỷ lệ %
T1a	9	3.2
T1b	27	9.7
T2	62	22.3
T3	161	57.9
T4a	19	6.8

80,2% NB có tổn thương xâm lấn ở mức T2, T3 và 6,8% T4a



Biểu đồ 1: Mức độ vết hạch trong mô

Kết quả có 8 NB được vét hạch D1 (từ nhóm 1-nhóm 7), 52 vét hạch D1+ (D1, 8a, 9) và 218 vét hạch D2 (D1, D1+, 11p, 12a). Chúng tôi thấy những NB được PTNS cắt đoạn DD vét hạch D1, D1+ là

những NB trong giai đoạn đầu triển khai PTNS và tổn thương ở T1, T2 chưa có di căn hạch.

Bảng 3: Mức độ di căn

Mức độ	Tổng số	Tỷ lệ %
N0 (chưa di căn hạch)	56	20.1
N1 (di căn 1 - 2 hạch)	93	33.4
N2 (di căn 3 - 6 hạch)	103	37.1
N3a (di căn ≥ 7 - 15 hạch)	21	7.5
N3b (di căn > 15 hạch)	5	1.8

Tổng số hạch vét được trung bình $12,2 \pm 2,3$ hạch, số hạch di căn trung bình $3,1 \pm 1,3$ hạch. Số hạch di căn là 0 đến 17 hạch. Có 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư.

Bảng 4: Phân giai đoạn bệnh theo TNM (T – Khối u, N – Hạch vùng, M – Di căn xa)

Giai đoạn	Số NB	Tỷ lệ %
IA (T1N0)	6	2.2
IB (T1N1, T2N0)	27	9.7
IIA (T1N2, T2N1, T3N0)	62	22.3
IIB (T1N3a, T2N2, T3N1, T4aN0)	8	6
IIIA (T2N3a, T3N2, T4aN1, T4bN0)	7	27.3
IIIB (T1N3b, T2N3b, T3N3a, T4bN1,2)	21	7.5

Đa số NB ở giai đoạn từ IB đến IIIB chiếm 97,8%.

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật, trung tiện và nằm viện sau mổ.

Thời gian	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Phẫu thuật	145 phút	390 phút	185 ± 6.1 phút
Bắt đầu có trung tiện	48 giờ	98 giờ	52 ± 3.7 giờ
Nằm viện sau mổ	6 ngày	17 ngày	8.1 ± 3.3 ngày

Những ca có thời gian phẫu thuật và nằm viện dài là những ca ở giai đoạn đầu khi mới triển khai PTNS về sau thì thời gian phẫu thuật và nằm viện đã được rút ngắn hơn.

Bảng 6: Tai biến trong mổ

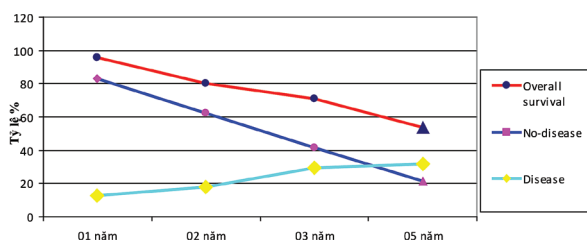
Tai biến	Số người bệnh	Tỉ lệ %
Tổn thương mạch mạc đại tràng	1	0.36
Tổn thương lách trong mổ	1	0.36
Tổn thương gan trong mổ	1	0.36
Tổng	3	1.1

Chúng tôi gặp 03 NB có tai biến trong mổ chiếm 1,1%. 01 (0,36%) NB phải chuyển mổ mở. Không có tử vong trong mổ.

Bảng 7: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số người bệnh	Tỉ lệ %
Rò miệng nối	2	0.72
Rỗ mổ tá tràng	1	0.36
Áp xe tồn dư	1	0.36
Tổng	4	1.44

Tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ là 1,44% và tất cả đều điều trị nội khoa ổn định ra viện.



Biểu đồ 2: Thời gian sống sau mổ

Thời gian sống toàn bộ 1, 2, 3 và 5 năm là 95,7%, 80,2%, 71,1% và 53,4%

IV. Bàn luận

Tuổi, giới: Nghiên cứu 278 NB UTDD chúng thấy 76,6% nam và 23,4% nữ, tỷ lệ nam/nữ là 3,3. Theo các tác giả Nhật Bản và Hàn Quốc, tỉ lệ này thay đổi từ 2-4 lần [1],[2],[3]. Tuổi trung bình $60,2 \pm 2,2$ (33 – 78) tuổi. Nhiều nhất là 40 - 69 tuổi, tuổi mắc UTDD ở Nhật Bản là 62,7 - 64,8 tuổi và Châu Âu và Mỹ là 63,6 – 73 tuổi, Hàn Quốc và Trung Quốc là 54,6 – 57,6 tuổi [4],[8].

Kết quả của chúng tôi 11,9% có tổn thương xâm

lấn ở mức T1, 80,2% T2, T3 và 6,8% T4a, kết quả mức độ xâm lấn của tổn thương nó còn phục thuộc vào lựa chọn NB, chỉ định phẫu thuật và vị trí phân tuyến cơ sở y tế...

Về phạm vi vết hạch theo JRSGC: D1, D1+ và D2 [7],[9],[14]. Vết hạch D1 có 2,9%, 18,7% D1+ và 78,4% D2. Chúng tôi thấy những NB được PTNS cắt đoạn DD vết hạch D1, D1+ là những NB trong giai đoạn đầu triển khai PTNS và tổn thương ở T1, T2 chưa có di căn hạch. 78,4% được vết hạch D2 triệt căn. Số hạch vết được trung bình cho mỗi người bệnh là $12,2 \pm 2,3$ hạch, số hạch vết được ít nhất là 8 hạch và nhiều nhất là 45 hạch. Số hạch di căn trung bình $3,1 \pm 1,3$ hạch, Võ Duy Long [9] là $25,1 \pm 7,2$ hạch, số hạch nạo nhiều nhất là 46 hạch, ít nhất là 10 hạch, số hạch di căn trung bình là 2,35 hạch. Theo các tác giả châu Á, trung bình là 30,4 – 40,9 hạch, phương Tây và Mỹ thấp hơn, từ 18 – 30,3 hạch [5],[11]. Tỷ lệ di căn hạch là 18,4%, Võ Duy Long [5] tỷ lệ di căn hạch là 9,4%, Đỗ Văn Tráng [7] là 19,6% và Hồ Chí Thanh [4] là 22,7%.

Khoảng cách từ bờ trên của thương tổn đến bờ mặt cắt trên đóng vai trò quan trọng trong PTNS cắt DD. Để phòng ngừa tái phát tại miệng nối, các khuyến cáo mới nhất của Hiệp hội UTDD của Nhật Bản và Mỹ đều cho rằng khoảng cách này ít nhất là 5cm. Chúng tôi là 6-8cm, 100% diện cắt trên và dưới trong nghiên cứu không còn tế bào ung thư. Cristiano [15] là $6,9 \pm 0,8$ cm (6-8), Võ Duy Long [5] là $6,1 \pm 0,6$ cm (5-8).

Theo phân chặng UICC, AJCC và JRSGC, kết quả chúng tôi có 79,9% NB có di căn hạch. Điều này nói rằng hầu hết NB đến viện ở giai đoạn đã muộn, đây là một tỷ lệ chẩn đoán ung thư sớm quá thấp trong khi ở Nhật Bản tỷ lệ này là 60 - 80% [5],[14], vấn đề đặt ra là phải tầm soát để phát hiện UTDD sớm cho người bệnh. Áp dụng phân chia giai đoạn dựa vào TNM theo UICC (Union Internationale Contre le cancer) lần thứ 7 năm 2009, AJCC (American Joint Committee on Cancer) lần thứ 7 năm 2010 và JRSGC (Japanese Research Society for Gastric Cancer) lần thứ 3 năm 2011 [9],[13],[14]. Nghiên cứu chúng tôi gặp 2,2% ở IA,

9,7% IB, 22,3% IIA, 30,9% IIB, 27,3% IIIA và IIIB là 7,57%. Các tác giả cũng nhận xét rằng UTDD ở nước ta gặp ở giai đoạn II và III.

Tai biến trong mổ chiếm 1,1% trong đó 01 ca tổn thương mạch máu mạc treo phải cắt đoạn đại tràng ngang nối ngay trong thì mổ mở nhỏ và 01 ca rách bao gan xử lý đốt điện cầm máu, 01 ca rách bao lách gây chảy máu, không cầm được máu nên phải cắt lách, các NB sau mổ ổn định ra viện. Không có trường hợp nào có tổn thương khác và tử vong trong mổ. Tỷ lệ tai biến trong mổ của các tác giả trên thế giới từ 0,9 - 7,4% [3],[5], Võ Duy Long [5] là 1,8%.

Quy ước nội soi thăm dò giám sát tổn thương để chẩn đoán trước, khi không có chỉ định PTNS thì mổ mở chứ không phải thất bại của PTNS chuyển mổ mở. Nghiên cứu có 01 trường hợp chiếm 0,36% phải chuyển mổ mở vì chảy máu nhiều do rách bao lách. Tỷ lệ chuyển mổ mở của các tác giả trên thế giới là 0 - 2,2% [4],[5],[10],[12], tỷ lệ chuyển mổ mở còn phụ thuộc vào kinh nghiệm PTNS của phẫu thuật viên. Tác giả Moon cho thấy tỷ lệ chuyển mổ mở ở nhóm chưa có kinh nghiệm PTNS là 3,2% trong khi ở nhóm có kinh nghiệm là 0% [4].

Tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ là 1,4% (4/278) NB, trong đó có 2 NB rò miệng nối, 01 rò mồm tá tràng và 01 áp xe tồn dư sau mổ. Tất cả 04 NB đều điều trị nội khoa ổn định ra viện. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ. Đây là những NB được tiến hành vào giai đoạn đầu khi mới triển khai PTNS cắt DD, về sau chúng tôi không gặp thêm ca nào. Nghiên cứu của Hồ Chí Thanh [4] có tỷ lệ tử vong sau mổ 0.95%, rò miệng nối 0.95%, absces tồn dư 1.9%.

Thời gian phẫu thuật trung bình $185 \pm 6,1$ phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngày càng được rút ngắn hơn, những ca đầu tiên thời gian mổ còn dài, 390 phút là ca PTNS đầu tiên cắt DD, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 145 phút. Cristiano [15] là 196 phút, Đỗ Văn Tráng [7] là 211,1 phút. Thời gian trung tiện sau mổ đại phẫu thường chậm hơn trung phẫu trong ổ bụng và thường bắt đầu từ ngày thứ 3 trở đi. Thời gian trung tiện $51 \pm 3,7$ h (48 - 96h), Noshiro (67,2h) [11]. Thời gian nằm trung bình $8,1 \pm 3,3$ ngày (6 - 17 ngày), Võ Duy Long [5] là 7,7 ngày.

Kết quả thời gian sống trên NB ghi nhận được thông tin chúng tôi có: Thời gian sống không bệnh 1, 2, 3 và 5 năm là 83,1%, 62,4%, 41,7% và 21,6%. Thời gian sống có bệnh 1, 2, 3 và 5 năm là 12,6%, 17,8%, 29,4% và 31,8%. Thời gian sống toàn bộ 1, 2, 3 và 5 năm là 95,7%, 80,2%, 71,1% và 53,4%. Kết quả này cũng tương đương kết quả của các tác giả trong nước như: Đỗ Văn Tráng [7] thời gian sống còn sau 2, 3 và 4 năm lần lượt là 71,7%, 65,8% và 52,6%. Hồ Chí Thanh [4] 1, 3 năm là 89,4%, 56,4%. Võ Duy Long [5] 1, 3, 5 năm là 94,6%, 88,1%, 73,5%.

V. Kết luận

Nghiên cứu 278 NB UTDD được PTNS cắt đoạn DD, chúng tôi thấy tuổi trung bình 60,2 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 3,3, đa số ung thư ở giai đoạn II và III. Thời gian phẫu thuật 185 phút, số hạch nạo vét được trung bình 12,2 hạch. Thời gian nằm viện 8.1 ngày, tỷ lệ tai biến trong mổ 1,1%, biến chứng sau mổ 1,44% và không có tử vong trong và sau mổ. Thời gian sống sau mổ 1, 2, 3 và 5 năm là 95,7%, 80,2%, 71,1% và 53,4%. PTNS cắt đoạn DD là phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị UTDD.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Quang Bộ (2017), “Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn có kết hợp hóa chất”, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược Huế, Đại học Huế.
2. Nguyễn Văn Hương (2013) “Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt dạ dày do ung thư tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An”, Tạp chí Phẫu thuật nội soi và Nội soi Việt Nam, 4, Tr 35-40
3. Kitano S (2006), “Laparoscopic surgical resection for early gastric cancer” European J Gastroenterol Hepatology, 18, pp: 855-866.
4. Hồ Chí Thanh (2016), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Quân Y 103”, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
5. Võ Duy Long (2017), “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III”, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP.HCM.
6. Đặng Văn Thời (2017), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tổn thương và đánh giá kết quả lâu dài phẫu thuật triệt căn ung thư phần trên dạ dày”, Luận án tiến sĩ y

- học, Đại học y dược Huế.
7. Đỗ Văn Tráng (2012), “Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị”, Luận án tiến sĩ khoa học y dược, Đại học y, Hà Nội.
 8. Hà Văn Quyết, T. Machimura, K. Ogoshi, Y. Makuchi, T. Mitomi (1992), “Ung thư dạ dày giai đoạn đầu, chẩn đoán và điều trị”, Tạp chí Ngoại Khoa số 4/1992: 3-9.
 9. Japanese Gastric Cancer Association (2011), “Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010” (ver. 3). Gastric Cancer. 14: 113-123.
 10. Hironori Tsujimoto, Yusuke M (2012), “Outcome of Overlap anastomosis using a linear ar stapler after laparoscopic total and proximal gastrectomy”, Langenbecks Arch Surg 379: 833-840.
 11. Noshiro H, Nagai E, Shimizu S, et al (2005), “Laparoscopically assisted distal gastrectomy with standard radical lymph node dissection for gastric cancer”, Surg Endosc, 19: pp. 1992-1996
 12. Kazuki I, Seiji S, Yoshinori I, Keizo T, Jun I, Seiichiro K, Ichiro U (2010), “Overlap Method: Esophagojejunostomy after laparoscopic total gastrectomy” Novel Intercorporeal. 91-95.
 13. Marc S. Levine (2010), Upper gastrointestinal series in the diagnosis of gastric cancer. In Gastric Cancer. 62-82.
 14. Japanese Gastric Cancer Association (2016). “Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4)”. Gastric Cancer, 14, pp. 1–19.
 15. Cristiano GS, Mingoli A, Sgarzini G et al (2005). “Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five-year results of a randomized prospective trial”. Ann Surg, 241(2), pp. 232–237.