

Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư dạ dày kèm nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Nguyễn Thanh Quân, Nguyễn Văn Bi, Đỗ Minh Nhựt, Trần Hữu Nghĩa

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Từ khóa:

Ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi, cắt dạ dày.

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thanh Quân
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Số 179 Nguyễn Văn Cừ, Phường
An Khánh, Ninh Kiều, Cần Thơ
Điện thoại: 0918 830 930
Email: ntquan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10/11/2020

Ngày chấp nhận đăng:

21/01/2022

Ngày xuất bản: 15/03/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo vét hạch D2 là phương pháp điều trị được lựa chọn trong điều trị ung thư dạ dày. Tuy nhiên, khả năng vét hạch trong phẫu thuật nội soi là vấn đề cần thảo luận.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 05/2017 đến 05/2020, có 38 người bệnh (NB) được phẫu thuật cắt dạ dày nội soi kèm nạo vét hạch D2 trong ung thư dạ dày tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. Nghiên cứu tiền cứu mô tả, tìm hiểu về tuổi, giới, BMI, đau bụng, nội soi dạ dày, vị trí khối u, kích thước u, giai đoạn bệnh, thời gian mổ, kết quả nạo vét hạch và kết quả sớm sau mổ.

Kết quả: NB nam gặp 23(60,5%), nữ 15(39,5%), tuổi trung bình 54,9, BMI trung bình là 24, triệu chứng đau bụng gặp 94,74%, giai đoạn tiến triển gặp 76,32%. Thời gian mổ trung bình 251,1 phút. Nạo vét hạch trung bình 15,3 hạch/ 1 NB, kết quả tốt 92,11%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày kèm nạo vét hạch D2 trong ung thư dạ dày an toàn và khả thi.

Short-term evaluation of laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer at Can Tho Central General Hospital

Nguyen Thanh Quan, Nguyen Van Bi, Do Minh Nhut, Tran Huu Nghia

Can Tho University of Medicine and Pharmacy, Can Tho Central General

Abstract

Introduction: Nowadays, laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer is the choice of treatment for gastric cancer. However, the possibility of lymph node dissection during laparoscopic surgery is inherently a matter of discussion.

Patients and methods: a descriptive study was conducted from May, 2017 to May 2020, among 38 patients who underwent gastrectomy with D2 lymphadenectomy in gastric cancer at Can Tho Central General Hospital. Descriptive prospective study, learning about age, gender, BMI, abdominal pain, gastroscopy, tumor location, tumor size, disease stage, surgery time, and results of early and postoperative surgery.

Results: 23 males (60.5%), 15 females (39.5%), average age was 54.9, average BMI was 24, symptoms of abdominal pain were 94.74%, and the advanced stage was recorded 76.32%. The average operating time was 251.1 minutes, lymphadenectomy averaged 15.3 nodes per patient, good results were 92.11%.

Conclusion: Laparoscopy gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer is a safe and feasibility.

Keywords: Gastric cancer, laparoscopic, gastrectomy.

Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày là loại ung thư phổ biến xếp hàng thứ hai trên thế giới với số người chết hơn 750.000 người mỗi năm. Hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 800.000 trường hợp mới mắc bệnh, trong đó 3/4 trường hợp là của châu Á [1].

Điều trị ung thư dạ dày chủ yếu bằng phẫu thuật, năm 1879, Péan là người đầu tiên thực hiện cắt dạ dày cho NB ung thư môn vị, đến nay phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày đã có bước phát triển vượt bậc [4], [9], [10].

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi được áp dụng năm 1992 tại Bệnh viện Chợ Rẫy, năm 1993 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Bệnh viện Bình Dân. Năm 2007 Trịnh Hồng Sơn đã thực hiện phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt dạ dày đầu tiên tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Hiện nay ở Việt Nam đã có nhiều trung tâm, bệnh viện thực hiện phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch qua nội soi, hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày cũng ngày một nâng cao. Hiện nay, một số cơ sở ngoại khoa ở thành phố Cần Thơ đã bắt đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày. Xuất phát từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục đích đánh giá kết quả cắt dạ dày kèm nạo vét hạch qua nội soi trong ung thư dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Tất cả những người bệnh ung thư biểu mô dạ dày (có kết quả giải phẫu bệnh trước hoặc sau mổ là ung

thư biểu mô dạ dày), chưa có di căn xa ($\leq$ giai đoạn III) và được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 05/2017 đến 05/2020.

Nghiên cứu mô tả tiến cứu, gồm 38 người bệnh được chẩn đoán là ung thư dạ dày và được phẫu thuật cắt dạ dày và vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 05/2017 đến 05/2020.

Nội dung nghiên cứu:

Mô tả các đặc điểm về tuổi, giới, BMI, đau bụng, nôn, sụt cân, tiêu phân đen, nội soi dạ dày (hình ảnh, vị trí khối u, kích thước u), tai biến trong mổ, tai biến sau mổ, tử vong sau mổ, giai đoạn bệnh, thời gian mổ, thời gian nằm viện, kết quả nạo hạch, biến chứng sau mổ và kết quả sớm sau mổ (Tốt: Trong và sau mổ NB không có tai biến hay biến chứng, phục hồi sau mổ tốt, ra viện ổn định; Trung Bình: phục hồi chậm, có các biến chứng cần xử trí; Xấu: Người bệnh tử vong sau mổ hoặc bệnh nặng xin về [6]).

Quy trình phẫu thuật có 7 bước.

Bước 1: Đặt trocar và đánh giá toàn bộ thương tổn

Bước 2: Cắt toàn bộ mạc nối lớn và nạo hạch nhóm 4sb và 4d

Bước 3: Nạo hạch nhóm 6

Bước 4: Nạo hạch nhóm 5, 12

Bước 5: Nạo hạch nhóm 8, 7, 9

Bước 6: Nạo hạch nhóm 11p, 1 và 3

Bước 7: Cắt, đóng mồm tá tràng, cắt dạ dày và tái lập lưu thông tiêu hóa

Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi, giới và BMI của người bệnh

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %	Nam	Nữ	BMI	n	Tỷ lệ %
<40	1	2,63%	1	0			
41 - 60	24	63,16%	12	12	<18	1	2,63%
61 - 80	13	31,58%	9	3	18 - 24	33	86,84%
> 80	1	2,63%	1	0	≥ 24	4	10,53%
Tổng	38	100%	23	15			
			(60,5%)	(39,5%)			

Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là đau bụng có 36 người bệnh (94,74%), sụt cân 35 người bệnh (92,11%), chán ăn 32 người bệnh (84,21%), nôn ói 29 người bệnh (76,32%), tiêu phân đen 2 người bệnh (5,62%).

Bảng 2. Vị trí và kích thước khối u

Vị trí khối u	n	Tỷ lệ %	Kích thước khối u	n	Tỷ lệ %
Môn vị	10	26,32%	<5cm	14	36,84%
Hang môn vị	22	57,90%	5cm ≤ u ≤ 10cm	23	60,53%
Hang vị	6	15,78%	> 10cm	1	2,63%

Thời gian mổ ngắn nhất là 220 phút, dài nhất là 290 phút, thời gian mổ trung bình là 251,1 phút. Trong mổ có 2 người bệnh (5,26%) rách bao lách, có 1 người bệnh (2,63%) chảy máu mặt dưới gan và có 1 người bệnh (2,63%) rách mạc treo đại tràng ngang. Thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày (ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 8 ngày). Sau mổ có 1 người bệnh (2,63%) bị chít hẹp miệng nối và có 2 người bệnh (5,26%) nhiễm trùng lỗ trocar, vết mổ.

Tổng số hạch được nạo vét là 582 hạch, trung bình mỗi NB nạo vét được 15,3 hạch. Nạo ít nhất 6 hạch, nhiều nhất 20 hạch. Nhóm hạch nạo nhiều nhất là nhóm 8. Tỷ lệ hạch di căn trên tổng số hạch

lấy được ở mỗi chặng là: 3,78%. Trong 38 người bệnh có 29 người bệnh có di căn hạch từ N1 đến N2.

Bảng 3. Xếp loại mức độ xâm lấn u (pT) và hạch (pN)

A. Phân loại mức độ xâm lấn của u nguyên phát (p(T))								
T			n			Tỷ lệ %		
T2			1			2,63		
T3			8			21,05		
T4			29			76,32		
Tổng			38			100,0		
B. Phân loại hạch di căn theo các hệ thống khác nhau (p(N))								
UICC/AJCC			JICA (Nhật)			N-Ratio*		
p(N)	n	%	p(N)	n	%	p(rN)	n	%
N2	09	23,68	N2	22	57,89	rN2	13	34,21
N3	29	76,32	N3	16	42,11	rN3	25	65,79
TS	38	100,0	TS	38	100,0	TS	38	100,0

Kết quả sớm sau mổ: Tốt: 92,11%; Trung bình: 7,89%; Xấu: 0%

Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 38 NB gồm 23 nam và 15 nữ (tỷ lệ nam/nữ = 1,53). Tuổi trung bình của NB là 54,9 (31 – 81). Số NB trẻ < 40 tuổi là 2,63%. Trong một nghiên cứu được công bố năm 2002 [5], với 150 NB ung thư dạ dày đã được mổ tại BV K từ tháng 7/1999 – 10/2000, cho thấy tuổi trung bình của NB là $54,6 \pm 24,5$, nhưng tỷ lệ nam/nữ là 1,71. Theo Đỗ Văn Tráng [9], tỷ lệ nam/nữ: 1.12, tuổi trung bình 54,9. Theo Hồ Chí Thanh [8], tỷ lệ nam/nữ: 1,45, tuổi trung bình 57. Theo Võ Duy Long [6], tỷ lệ nam/nữ: 1,75, tuổi trung bình 55,3. Như vậy tuổi của NB mổ trong nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt so với các nghiên cứu đã công bố.

Chỉ số khối cơ thể của nghiên cứu chúng tôi là 24. Có 86,84% (33NB) có BMI từ 18 – 24. Chúng tôi có 10,53% các trường hợp BMI ≥ 25 (gồm 4 trường hợp thừa cân và một NB béo phì với BMI = 30). Kết

quả của chúng tôi cũng tương tự như Võ Duy Long (Chỉ số khối cơ là $23,3 \pm 2,6$. Có 83% có BMI từ 18 – 24. Có 11,6% các trường hợp BMI ≥ 25).

Có 94,74% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có đau bụng. Có 84,21% các trường hợp xuất hiện triệu chứng chán ăn, đầy bụng, ăn chậm tiêu; nôn ói (76,32%), sụt cân (92,11%) và tiêu phân đen trước đó (5,26%). Chúng tôi có hai trường hợp (5,26%) hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng và được chẩn đoán tình cờ qua khám sức khỏe. Kết quả của chúng tôi cũng giống như các tác giả trong nước như: Võ Duy Long, đau bụng (87,5%), đầy bụng ăn chậm tiêu, nôn nói và sụt cân (55,5%) [6]. Trịnh Hồng Sơn [7] nghiên cứu 306 trường hợp ung thư dạ dày, triệu chứng đau bụng chiếm 97,4%, đầy bụng, chán ăn, sụt cân chiếm 92,2%.

Vị trí khối u gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là ở hang môn vị, chiếm tỷ lệ 57,90%, ở môn vị chiếm tỷ lệ 26,32% và ở hang vị chiếm 15,78%. Theo Võ Duy Long, phần lớn (66,1%) NB có thương tổn ở 1/3 dưới dạ dày [6]. Theo Hồ Chí Thanh, Vị trí u ở bờ cong nhỏ chiếm 42,9%; bờ cong lớn chiếm 21,4%; mặt trước 10,2%; mặt sau 12,2%; toàn bộ hang vị 13,3% [8]. Theo Fuse N, Bando H, Chin K, et al, vị trí khối u hang môn vị chiếm 61,2% [10]. Kích thước trung bình của khối u là: $5,2 \pm 3,0$ cm, kích thước nhỏ nhất: 2 cm, lớn nhất: 12 cm. Có 14 trường hợp (36,84%) thương tổn ≤ 5 cm, 23 trường hợp (60,53%) thương tổn $5\text{cm} < u \leq 10\text{cm}$ và có 1 trường hợp (2,63%) thương tổn > 10 cm. Theo Võ Duy Long [6], kích thước trung bình của thương tổn là: $4,7 \pm 3,0$ cm, kích thước nhỏ nhất: 1 cm, lớn nhất: 15 cm. Có 87 trường hợp (77,7%) thương tổn ≤ 5 cm và 25 trường hợp (22,3%) thương tổn > 5 cm. Có 13 trường hợp (11,6%) thương tổn ≥ 10 cm. Theo Hwang SI, Kim HO, Yoo CH, Shin JH, Son BH, khối u trung bình là $3,6 \pm 3,0$ [11]. Tất cả các người bệnh đều được soi dạ dày ống mềm kết hợp với sinh thiết, chụp Cắt lớp vi tính, chụp dạ dày cản quang và siêu âm ổ bụng trước mổ để xác định chẩn đoán. Điều này cho thấy không thể xác định được giai đoạn bệnh UTDD trước mổ nếu chỉ dựa chủ yếu vào lâm sàng và kinh nghiệm của PTV. Tuy nhiên, không có trường hợp

nào chúng tôi mổ ra phải đóng lại vì tổn thương quá muộn. Chỉ có 9/38 người bệnh nội soi chẩn đoán là ung thư sớm dựa trên kinh nghiệm của các nhà nội soi nhưng kết quả giải phẫu bệnh không có trường hợp là ung thư sớm (1 người bệnh: T2, 8 người bệnh: T3 và 29 người bệnh: T4).

Qua 38 trường hợp mổ cắt dạ dày bán phần bằng PTNS, chúng tôi thu được những kết quả sớm đáng khích lệ. Chúng tôi không có tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 10,52%, bao gồm thủng mạc treo đại tràng ngang 1 trường hợp (2,63%), được khâu lại ngay qua NS mà không phải mở bụng và diễn biến sau mổ không bị xì rò; 1 trường hợp rách bao lách và 2 trường hợp xước chảy máu mặt dưới gan. Tỷ lệ tai biến của chúng tôi nằm trong khoảng tỷ lệ chung thường gặp của đa số các tác giả đã công bố (6% - 16,5%) [10]. Theo Đỗ Văn Tráng là 8,6%. Võ Duy Long là 1,8%. Về biến chứng sau mổ, chúng tôi chỉ gặp 2 trường hợp có nhiễm trùng vết mổ (nhiễm khuẩn lỗ trocar) và 1 trường hợp có dấu hiệu hẹp miệng nối (điều trị nội khoa NB đều ổn định trước khi ra viện) chiếm 7,89%. Theo Hồ Chí Thanh[8], biến chứng sau mổ có (Suy hô hấp 1,02 %, viêm phế quản 1,02 %, Áp xe tồn dư 1,02 % và nhiễm trùng vết mổ 1,02 %. Tử vong sau mổ 1,02%, do suy hô hấp ngày thứ 6). Theo Võ Duy Long[6], có biến chứng sau mổ 11,6%.

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi 251,1 phút (ngắn nhất 220 phút, dài nhất 290 phút) tương tự Hồ Chí Thanh[8], (Trung bình là $186,1 \pm 48,49$ phút, 110- 320 phút), theo Võ Duy Long[6], là 191 phút. Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi trung bình là 8 ngày tương tự của Võ Duy Long[6], (7,7 ngày), Hồ Chí Thanh[8], (7,1 ngày), Fuse N, Bando H, Chin K, et al [10] (7, 5 ngày). Số hạch nạo vét trung bình trên một bên nhân của chúng tôi là 15,3 hạch, còn theo Hồ Chí Thanh[8], là 21,9 hạch, theo Võ Duy Long[6], là 25,1 hạch. Mặc dù số hạch chúng tôi nạo ít hơn về số hạch nhưng vẫn đảm bảo tốt số hạch cần nạo trong ung thư. Kết quả sau mổ của chúng tôi có biến chứng là 7,89% (chỉ có hẹp miệng nối 1 trường hợp và nhiễm trùng vết mổ 02 trường hợp). Theo Hồ Chí Thanh [8], Suy hô hấp 1,02 %, viêm phế quản

1,02 %, áp xe tồn lưu 1,02 % và nhiễm trùng vết mổ 1,02 %. Tử vong sau mổ 1,02%, do suy hô hấp ngày thứ 6. Theo Võ Duy Long[6], tỉ lệ thành công của PTNS điều trị ung thư dạ dày là 94,6% (106/112).

Kết luận

Phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch D2 qua nội soi trong điều trị ung thư dạ dày là khả thi, an toàn.

Tái liệu tham khảo

1. Nguyễn Hoàng Bắc (2013), "Ung thư dạ dày", *Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa*, NXB Y học TP.Hồ Chí Minh, tr. 391-404.
2. Nguyễn Quang Bộ, Lê Mạnh Hà (2013), Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh trong phẫu thuật ung thư dạ dày có vét hạch D2, *Tạp chí Y Học thực hành* số 11, tr.114-120.
3. Trần Bình Giang, Tôn Thất Bách (2003), "Lịch sử của nội soi và phẫu thuật nội soi", *Phẫu thuật nội soi ổ bụng*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 13-47.
4. Nguyễn Minh Hải (2003). "Đánh giá ban đầu về phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch qua nội soi hỗ trợ". *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số đặc biệt chuyên đề phẫu thuật nội soi, tr 109-113.
5. Vũ Hải, Đoàn Hữu Nghị (2002), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng – đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật qua 150 trường hợp ung thư dạ dày tại bệnh viện K từ tháng 7/1999 đến 10/2000", *Thông tin Y Dược*, 4, tr. 32-35.
6. Võ Duy Long (2017), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày giai đoạn I, II, III", *Luận án tiến sĩ Y học*, Đại học Y Dược TPHCM, tr. 84-107.
7. Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (1999). "Bước đầu đánh giá kết quả nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày", *Thông tin y dược*, 11, tr. 62- 65.
8. 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, Hà Nội, tr. 80- 105.
9. Đỗ Văn Tráng, Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (2009). Kỹ thuật nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị. *Y học thực hành* số 2: tr. 644-645.
10. Fuse N, Bando H, Chin K, et al (2016). "Adjuvant capecitabine plus oxaliplatin after D2 gastrectomy in Japanese patients with gastric cancer": a phase II study. *Gastric Cancer*. doi: 10.1007/s10120-016-0606-4.
11. Hwang SI, Kim HO, Yoo CH, Shin JH, Son BH (2009). Laparoscopic-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer. *Surg Endosc* 23: 1252-1258.
12. Japanese Gastric Cancer Association (2011), "Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition". *Gastric Cancer*, 14, pp. 101–112.
13. Japanese Gastric Cancer Association (2016), "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4)". *Gastric Cancer*, 14, pp. 1-19.
14. Japanese Gastric Cancer Association (2020), "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (ver. 5)". *Gastric Cancer*, 14, pp. 1-21.