

Kết quả dẫn lưu hồi tràng trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng

Hồ Hữu An¹, Triệu Triều Dương¹, Phạm Thị Huế¹, Nguyễn Thị Thế Trinh²

1. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, 2. Viện khoa học sức khỏe, Trường đại học VinUniversity

Địa chỉ liên hệ:

Hồ Hữu An,
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Số 1, Trần Hưng Đạo, Hai Bà
Trung, Hà Nội
Điện thoại: 0912 842 616
Email: bs.hohuuan83@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/11/2022

Ngày chấp nhận đăng:

02/3/2023

Ngày xuất bản: 15/3/2023

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Dẫn lưu hồi tràng thực hiện với vai trò làm giảm tỷ lệ rò miệng nối trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng đã được nhiều tác giả đề cập. Tuy nhiên, những biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng vẫn chưa được quan tâm. Mục đích của nghiên cứu nhằm đánh giá ảnh hưởng của dẫn lưu hồi tràng đối với người bệnh phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 51 người bệnh ung thư trực tràng được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có miệng nối thấp được làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội (TWQĐ) 108 từ 7/2018 đến tháng 12/2021.

Kết quả: Trong 51 người bệnh có 30 nam và 21 nữ, độ tuổi trung bình là 62,6, giai đoạn bệnh trước mổ I, II, III lần lượt là 11,8%, 13,7% và 74,5%. Tỷ lệ rò miệng nối là 7,8%, trong đó rò độ A, B, C lần lượt là 3,9%, 1,9% và 1,9%. Biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng: Tỷ lệ biến chứng chung là 37,3%, trong đó, tắc ruột 13,7% (7/51), sa lồi 5,9% (3/51), rò miệng nối hồi tràng 1,96% (1/51), viêm da 23,5% (12/51), nhiễm khuẩn vết mổ 11,8% (6/51), mất nước điện giải 3,9% (2/51).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng có làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ miệng nối gặp các biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng như tắc ruột, sa lồi, viêm da, nhiễm khuẩn vết mổ, rò miệng nối hồi tràng.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, dẫn lưu hồi tràng, rò miệng nối trực tràng.

Results of stoma diversion in laparoscopic surgery for rectal cancer

Ho Huu An¹, Trieu Trieu Duong¹, Pham Thi Hue¹, Nguyen Thi The Trinh²

1. 108 Military Central Hospital; 2. College of Health Sciences, VinUniversity

Abstract

Introduction: The role of stoma diversion in reducing the rate of anastomosis leakage in surgery for rectal cancer has been mentioned by many researchers. However, complications related to stoma diversion affecting

the quality of treatment have not been considered. The study aimed to evaluate the effect of stoma diversion on patients undergoing surgery for rectal cancer.

Patients and methods: A retrospective descriptive study on 51 rectal cancer patients who underwent laparoscopic total mesorectal excision (TME) with low anastomosis and had protective ileostomy at 108 Central Military Hospital from July 2018 to December 2021.

Results: In 51 patients with 30 men and 21 women, the mean age was 62.6, and the preoperative stages I, II, and III were 11.8%, 13.7%, and 74.5%, respectively. The anastomotic leakage rate was 7.8%, in which degrees A, B, and C leakage were 3.9%, 1.9%, and 1.9%, respectively. Complications related to ileostomy: The overall complication rate was 37.3%, of which intestinal obstruction was 13.7% (7/51), stoma prolapse 5.9% (3/51), ileostomy fistula 1.96% (1/51), dermatitis 23.5% (12/51), wound infection 11.8% (6/51), dehydration 3.9% (2/51).

Conclusion: Laparoscopic surgery for rectal cancer with an ileostomy to protect the anastomosis encountered complications related to ileostomy, such as intestinal obstruction, prolapse, dermatitis, wound infection and dehydration.

Keywords: Rectal cancer, ileostomy, colorectal anastomotic leak.

Đặt vấn đề

Ung thư đại trực tràng (UTTT) là bệnh lý phổ biến đứng thứ 3, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở Nhật Bản với 100,000 trường hợp mắc mới và 36,000 ca tử vong mỗi năm [1].

Ngày nay, với sự tiến bộ của khoa học điều trị như hóa xạ trị trước mổ, hiểu biết toàn diện về mặt ung thư học trực tràng, phương pháp phẫu thuật, phương tiện đã giúp giải quyết khối u triệt để hơn mà vẫn bảo đảm chất lượng cuộc sống tốt hơn cho người bệnh. Tuy nhiên, phẫu thuật cũng đặt ra cho các phẫu thuật viên những thách thức mới: nguy cơ rò cao đặc biệt những trường hợp miệng nối thấp. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rò miệng nối từ 3-21% [2]. Rò miệng nối được xem là biến chứng nặng nề ảnh hưởng đến người bệnh như: tăng tỷ lệ tử vong, tăng tỷ lệ tái phát, giảm chất lượng sống và khả năng người bệnh phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn [3].

Dẫn lưu hồi tràng bảo vệ miệng nối trong phẫu thuật cắt trực tràng thấp với nguyên lý là giúp hạn chế phân và dịch tiêu hóa đi qua miệng nối trong thời gian đầu được xem làm một phương pháp hiệu

quả trong việc làm giảm tỷ lệ rò miệng nối [4]. Biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng là một vấn đề đang được quan tâm với tần suất xuất hiện từ 21% đến 70% [5]. Trên thế giới, hầu hết các vấn đề của dẫn lưu hồi tràng thường được theo dõi và đánh giá bởi điều dưỡng chăm sóc và không được báo cáo trực tiếp đến phẫu thuật viên. Do đó, các biến chứng dẫn lưu hồi tràng cho đến nay vẫn chưa được đánh giá đầy đủ. Nghiên cứu này thực hiện nhằm mục đích đánh giá tình trạng dẫn lưu hồi tràng trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Có 51 người bệnh ung thư trực tràng giữa-dưới (dưới nếp gấp phúc mạc) có hoặc không hóa xạ tiền phẫu dài ngày được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp và thực hiện miệng nối thấp (đại tràng – trực tràng và đại tràng với ống hậu môn) có làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ miệng nối tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 7/2018 đến tháng 12/2021. Tất cả người bệnh được chẩn đoán giai đoạn trước mổ bằng chụp cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính. Phân loại giai đoạn theo UICC 2010.

Phương pháp điều trị

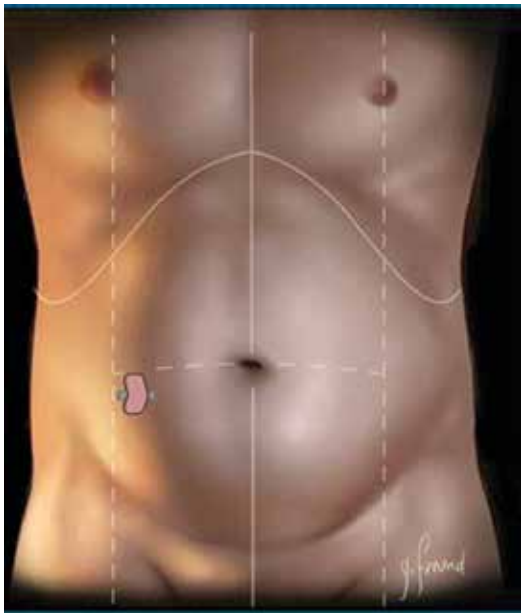
Người bệnh sau khi được chẩn đoán ung thư trực tràng, đánh giá giai đoạn trước mổ. Đối với giai đoạn T1-2, N0 sẽ được phẫu thuật ngay, đối với giai đoạn T1-4, N(+) sẽ được hóa xạ trị dài ngày trước mổ. Người bệnh có hóa xạ trị dài ngày được phẫu thuật sau 6-8 tuần.

Phương pháp phẫu thuật được chỉ định dựa vào vị trí khối u bao gồm phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME-Total mesorectal excision), phẫu thuật nội soi cắt trực tràng gian cơ thắt (ISR-Intersphincteric resection), phẫu thuật nội soi cắt trực tràng qua đường hậu môn (TaTME-Transanal total mesorectal excision). Miệng nối trực tràng được thực hiện bằng máy nối vòng (EEA™ Circular Stapler with Tri-Staple™ Technology, covidien) hoặc khâu tay. Tất cả người bệnh được mổ dẫn lưu

hồi tràng bảo vệ miệng nối.

Phương pháp làm dẫn lưu hồi tràng: Sau khi phẫu thuật cắt trực tràng thực hiện miệng nối người bệnh được tiến hành làm dẫn lưu hồi tràng. Xác định đoạn hồi tràng cách góc hồi manh tràng khoảng 60cm, đưa hồi tràng ra da kiểu quai vùng hố chậu phải, bờ ngoài cơ thẳng bụng (hình 1). Mở hồi tràng và khâu thành hồi tràng với mép da bằng chỉ Vicryl 3.0. Người bệnh được thường được đóng dẫn lưu hồi tràng trong khoảng thời gian 2-4 tuần sau phẫu thuật. Tuy nhiên, có một số người bệnh được đóng muộn hơn do liên quan đến rối loạn điện giải và hoàn cảnh gia đình.

Sau mổ người bệnh được hướng dẫn cách chăm sóc hậu môn nhân tạo (vệ sinh xung quanh bằng nước muối và bôi một số chất trung hòa dịch kiềm như: kem chống xỉ, hồ nước), chế độ ăn ít chất xơ.



Hình 1: Vị trí dẫn lưu hồi tràng được đưa ra vùng hố chậu phải

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện theo phương pháp mô tả hồi cứu. Tất cả người bệnh được theo dõi đánh giá các tiêu chí như: tuổi, giới, bệnh phổi hợp, giai đoạn bệnh, các tai biến, biến chứng sau mổ (biến chứng chung, biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng). Đánh giá và phân loại rò miệng nối theo Tổ chức

nghiên cứu quốc tế về ung thư trực tràng (ISGRC). Phân loại kết quả phẫu thuật: tốt (Người bệnh không có tai biến, biến chứng), khá (Người bệnh có biến chứng nhẹ: nhiễm trùng vết mổ, viêm da, bí tiểu không ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân), trung bình (Người bệnh có các biến chứng ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân nhưng không cần phải can thiệp

phẫu thuật lại), kém (Người bệnh có các biến chứng cần phải can thiệp phẫu thuật lại hoặc tử vong). Các số liệu thống kê được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0 (SPSS Inc, IBM, NY, USA).

Kết quả

Qua nghiên cứu 51 người bệnh ung thư trực tràng 1/3 giữa-dưới được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng thực hiện miệng nối thấp có làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ chúng tôi thấy một số đặc điểm sau:

Tuổi trung bình là 62,6 (20-84) tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 31/20, BMI trung bình là 22,1. phần lớn mức độ xâm lấn u là T3 chiếm 66,7%, tỷ lệ nghi ngờ di căn hạch 74,5%. Gặp chủ yếu người bệnh ở giai đoạn III chiếm 74,5% (bảng 1).

Tỷ lệ rò miệng nối là 7,8%, trong đó rò độ A, B, C lần lượt là 3,9%, 1,9% và 1,9%. Có 37,3% biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng. Kết quả phẫu thuật tốt, khá, trung bình và kém lần lượt là 58,8%, 19,6%, 3,7% và 7,9% (bảng 3).

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh

	Số lượng (n=51)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (min-max)	62,6 (20-84)	
Nam/ Nữ	31/20	
BMI (Kg/m ²)	22.1 (17,8-35,8)	
ASA (n, %)		
I	36	70,6
II	15	29,4
III	0	0
Chiều dài u (cm)	6.5	
Điều trị		
Hóa xạ tiến phẫu + phẫu thuật	46	90,2
Phẫu thuật	5	9,8
Vị trí u		
1/3 Giữa	32	62,7
1/3 Dưới	19	37,3

Mức độ xâm lấn u trên CHT (n, %)		
cT2	9	17,6
cT3	34	66,7
cT4a	4	7,8
cT4b	4	7,8
Tình trạng hạch trên CHT (n, %)		
cN0	13	22,5
cN1	28	54,9
cN2	10	19,6
Giai đoạn		
I	6	11,8
IIA	5	9,8
IIC	2	3,9
IIIA	3	5,8
IIIB	24	47,1
IIIC	11	21,6
Bệnh kết hợp (cao huyết áp,đái tháo đường)		
Có	14	27,5
Không	37	72,5

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

	Số lượng (n=51)	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật (min-max)	139,7±26,3	(90-200)
Khoảng cách u tới mép hậu môn (cm)	6,2±1,6	(3-10)
Khoảng cách miệng nối tới mép hậu môn (cm)	3,4±0,8	(1,5-5)
Phương pháp phẫu thuật		
TME	37	72,5
IRS	10	19,6
TaTME	4	7,8
Cách thực hiện miệng nối		
Nối máy	37	72,5
Nối tay	9	17,6
Nối máy kết hợp khâu tăng cường	5	9,8

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

	Số lượng (n=51)	Tỷ lệ (%)
Rò miệng nối	4	7,8
Mức độ rò miệng nối		
A	2	3,9
B	1	1,9
C	1	1,9
Các biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng	19	37,3
Viêm da quanh chỗ dẫn lưu	12	23,5
Sa lổ hồi tràng	3	5,9
Tắc ruột liên quan đến dẫn lưu hồi tràng	7	13,7
Rò miệng nối sau đóng dẫn lưu hồi tràng	1	1,96
Nhiễm trùng vết mổ	6	11,8
Mất nước, mất điện giải	2	3,9
Kết quả phẫu thuật		
Tốt	30	58,8
Khá	10	19,6
Trung bình	7	13,7
Kém	4	7,9

Bàn luận

Đặc điểm chung người bệnh

Trong 51 người bệnh được phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng và làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ có tuổi trung bình là $62,6 \pm 11,4$, trong đó nam gặp nhiều hơn nữ; nam 31 (60,8%), nữ 20 (39,2%). Tỷ lệ người bệnh có bệnh lý kết hợp là 27,5% trong đó các bệnh lý liên quan đến tim mạch chiếm nhiều nhất là 21,6%, đái tháo đường 5,9% và một số bệnh khác như gout, lao phổi cũ. Phần lớn người bệnh được hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày trước mổ 46/51 người bệnh chiếm 90,2%. Đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật dựa trên chụp cộng hưởng từ tiểu khung cho thấy phần lớn mức độ xâm lấn u là T3 chiếm 66,7%, tỷ lệ nghi ngờ di căn hạch 74,5%. Gặp chủ yếu người bệnh ở giai đoạn III chiếm 74,5%.

Vai trò của dẫn lưu hồi tràng với rò miệng nối

Rò miệng nối trong phẫu thuật trực tràng là một vấn đề thách thức đối với phẫu thuật viên và người bệnh, nó ảnh hưởng nhiều đến tình trạng bệnh tật, rối loạn chức năng, chi phí và kết quả ung thư học (do gián đoạn quá trình điều trị hỗ trợ sau mổ). Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong phẫu thuật đại trực tràng, rò miệng nối tiếp tục vẫn là một nguyên nhân đáng kể góp phần vào tỉ lệ biến chứng và tử vong.

Nghiên cứu của chúng tôi, tất cả người bệnh sau khi cắt trực tràng thực hiện miệng nối đều được mở dẫn lưu hồi tràng bảo vệ, tỷ lệ rò miệng nối ghi nhận là 7,8%. Đánh giá vai trò của dẫn lưu hồi tràng trong việc làm giảm rò miệng nối ở người bệnh phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp cần có nghiên cứu đối chứng. Tuy nhiên, theo các nghiên cứu cho thấy hiệu quả của dẫn lưu hồi tràng đối với tỷ lệ rò miệng nối cũng có sự khác nhau. Một số tác giả cho thấy dẫn lưu hồi tràng có tác dụng làm giảm tỷ lệ rò miệng nối có ý nghĩa thống kê [6]. Trong khi đó, các tác giả Glancy DG [7], Wang L [8], Niu L [9] lại cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ rò miệng nối giữa 2 nhóm có dẫn lưu hồi tràng và không dẫn lưu hồi tràng (bảng 5).

Bảng 4. Kết quả một số nghiên cứu về rò miệng nối sau phẫu thuật nội soi điều trị trực tràng có hoặc không làm DLHT

Tác giả	Năm báo cáo	Thiết kế nghiên cứu	Số người bệnh	Rò miệng nối		
				Có dẫn lưu hồi tràng	Không dẫn lưu hồi tràng	p
Chude GG [10]	2008	RCT	256	0%	3,33%	0,031
Akasu T [11]	2010	Hồi cứu	120	5,66%	0%	0,361
Glancy DG [7]	2012	Hồi cứu	144	8,93%	5,68%	0,454
Shiomi A [12]	2015	Hồi cứu	330	14,5%	15,8%	0,89
Mrak K [6]	2016	RCT	166	6,4%	16,7%	0,044
Wang L [8]	2019	Hồi cứu	307	11,43%	10,18	0,72
Niu L [9]	2020	Hồi cứu	347	6,32%	8,73%	>0,05

Mặc dù vậy, có nhiều nghiên cứu chứng minh rằng dẫn lưu hồi tràng trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp có ý nghĩa trong việc giảm biến chứng nặng hoặc phẫu thuật lại do rò miệng nổi gây nên [12]. Nghiên cứu cho thấy trong 4 người bệnh rò miệng nổi chúng tôi gặp rò độ A, B, C lần lượt là 3,9% (2/51), 1,9% (1/51) và 1,9% (1/51). Một người bệnh rò độ C phẫu thuật lại nguyên nhân do hoại tử miệng nổi, đã được bỏ làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann. Ba người bệnh còn lại đều được điều trị nội khoa thành công. Theo Mrak K và cộng sự, tỷ lệ mổ lại chiếm 92,3% ở người bệnh rò trong nhóm không làm dẫn lưu hồi tràng và 20% trong nhóm có làm dẫn lưu hồi tràng [6].

Biến chứng của dẫn lưu hồi tràng

Tỷ lệ biến chứng dẫn lưu hồi tràng trong y văn dao động từ 21 % đến 70% [5]. Có sự dao động lớn này trong y văn do có nhiều sự khác biệt trong mức độ quan tâm và đánh giá biến chứng mở thông hồi tràng. Trên thế giới, hầu hết các vấn đề của lỗ mở thông hồi tràng thường được giải quyết bởi điều dưỡng chăm sóc dẫn lưu hồi tràng và không được báo cáo trực tiếp đến phẫu thuật viên.

Nghiên cứu của Nastro và cộng sự nghiên cứu trên 1216 người bệnh có làm dẫn lưu hồi tràng thấy có 1219 biến chứng ở trên 681 người bệnh (56%), trong đó có 807 biến chứng nghiêm trọng trên 564 người bệnh (46,4%). Các biến chứng hồi tràng bao gồm: thoát vị 14,1%, chảy máu 12,8%, tắc ruột 9,5%, thiếu máu 8,2%, rò 6,1%, sa 5,4%, hẹp 4,3%, tụt dẫn lưu hồi tràng 5,9% [13]. Tương tự, Gessler và cộng sự báo cáo nghiên cứu trên 262 người bệnh thấy tỷ lệ biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng là 43%, số người bệnh phải nhập viện lại do biến chứng của mở thông hồi tràng là 15,6% (41/262) [14].

So với các tác giả trên thì tỷ lệ biến chứng chung liên quan đến dẫn lưu hồi tràng của chúng tôi thấp hơn chiếm 37,3%. Các biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng có thể gặp từ những biến chứng nhẹ chỉ cần chăm sóc tại chỗ (viêm da, nhiễm khuẩn vết mổ) đến những biến chứng nặng cần phẫu thuật (tắc ruột, rò miệng nổi sau đóng dẫn lưu hồi tràng) (bảng 3).

Biến chứng nặng đáng chú ý trong nghiên cứu là

có 3 người bệnh tắc ruột do xoắn quai hồi tràng cần phẫu thuật. Tổn thương trong mổ cho thấy quai ruột tràng bị xoắn quanh trục lỗ mở thông. Nguyên nhân thường là liên quan đến kỹ thuật làm dẫn lưu hồi tràng do đưa nhầm chiều quai đến và quai đi. Điều này có thể liên quan đến một số nguyên nhân: Thứ nhất, sau khi đóng bụng để thực hiện miệng nối trực tràng bằng nội soi, phẫu thuật viên sử dụng 2 lỗ trocar gần với chỗ mở thông hồi tràng dẫn đến việc thao tác và quan sát khó khăn. Thứ hai, khi xác định điểm quai hồi tràng đưa ra làm dẫn lưu thì lúc đó thường sử dụng kẹp ruột để giữ và đánh dấu vị trí. Sau đó tiến hành rạch da để đưa hồi tràng ra ngoài trong quá trình này phẫu thuật viên dễ đưa nhầm chiều quai đến và quai đi. Do vậy, nếu trường hợp khó khăn trong việc xác định quai (đặc biệt là người bệnh béo) chúng ta có thể di chuyển dần nội soi và phẫu thuật viên đứng bên đối diện với góc hồi manh tràng. Bên cạnh đó, chúng ta phải xác định rõ chiều của quai đến và quai đi khi đưa ra ngoài da.

Viêm da quanh chỗ mở hồi tràng là biến chứng thường gặp do dịch ruột non (dịch kiềm) tiếp xúc với da xung quanh gây viêm. Theo chúng tôi khi làm dẫn lưu hồi tràng chúng ta nên khâu lộn niêm mạc vào mép da sao cho lỗ mở thông cách mặt da khoảng 2-3 cm để hạn chế dịch tiêu hóa tiếp xúc bề mặt da. Ngoài ra, chúng ta phải hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc và sử dụng một số sản phẩm trung hòa dịch kiềm (kem chống xỉ, hồ nước...)

Có 2 người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi bị rối loạn nước điện giải cần phải can thiệp điều trị, thậm chí có 1 người bệnh gây suy thận cấp. Các nghiên cứu khác ghi nhận tiêu chảy đáng kể và mất nước xảy ra trên 20% người bệnh được mở thông hồi tràng. Người bệnh có mở thông hồi tràng thường ở trong tình trạng thiếu dịch do sự xuất tiết quá mức bình thường của miệng mở hồi tràng. Người bệnh có mở thông hồi tràng mất một lượng lớn muối qua dịch phân (85-180 mmol/l/24h). Điều này dẫn đến hạ natri huyết mẫn tính, mất nước và tăng tiết aldosterone. Để hạn chế tình trạng này người bệnh được hướng dẫn chế độ ăn hạn chế tối đa chất xơ cũng như có chế độ bù nước điện giải như uống nước oresol hàng ngày. Ngoài ra, chúng ta nên

đóng dẫn lưu hồi tràng càng sớm càng tốt, thường chúng tôi thực hiện phẫu thuật đóng dẫn lưu hồi tràng sau 2-4 tuần sau mổ.

Đánh giá kết quả chung của phẫu thuật dựa vào những tai biến, biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt trực tràng và các biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng. Qua nghiên cứu trên 51 người bệnh ung thư trực tràng giữa, dưới được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng và làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ chúng tôi thấy đây là phẫu thuật an toàn với kết quả tốt và khá là 78,4% (58,8% tốt và 19,6% khá), trung bình 13,7% (7/51) và kém 7,9% (4/51). Không có người bệnh tử vong sau phẫu thuật. 4/51 người bệnh có kết quả kém là do có biến chứng cần phải can thiệp phẫu thuật lại, trong đó 1 người bệnh rò miệng nối do hoại tử, 1 người bệnh rò miệng nối hồi tràng sau phẫu thuật đóng dẫn lưu hồi tràng gây viêm phúc mạc và 2 người bệnh tắc ruột cần phải phẫu thuật.

Các nghiên cứu đánh giá kết quả biến chứng theo phân loại Clavien – Dindo. Theo Mrak K và cộng sự thấy 62% người bệnh không có biến chứng, 19% gặp biến chứng độ I và II, 19% biến chứng nặng (độ III, IV), không có người bệnh nào tử vong [6]. Tương tự, Sauri F và cộng sự chỉ ra rằng: có 76,3% người bệnh không có biến chứng, 23,7% gặp các biến chứng trong đó; độ I là 14,56%, độ II 4,93% và độ III 4,19%. Không có biến chứng độ IV và V [15].

Kết luận

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng có làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ là phẫu thuật an toàn, khả thi. Tuy nhiên, những biến chứng liên quan đến dẫn lưu hồi tràng cần được quan tâm trong khi vai trò của dẫn lưu hồi tràng trong việc làm giảm tỷ lệ rò miệng nối cần được nghiên cứu thêm.

Tài liệu tham khảo

1. Kinugasa T., Akagi Y., và Shirouzu K. (2014). Benefit of Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Long-term Analysis of 944 Cases Undergoing Surgery at a Single Center (1975-2004). *ANTICANCER Res*, 7.
2. Kanso F., Lefevre J.H., Svrcek M. và cộng sự. (2016). Partial Mesorectal Excision for Rectal Adenocarcinoma: Morbidity and Oncological Outcome. *Clin Colorectal Cancer*, 15(1), 82-90.e1.
3. Kiely J.M., Fazio V.W., Remzi F.H. và cộng sự. (2012). Pelvic sepsis after IPAA adversely affects function of the pouch and quality of life. *Dis Colon Rectum*, 55(4), 387–392.
4. Peeters K.C.M.J., Tollenaar R.A.E.M., Marijnen C.A.M. và cộng sự. (2005). Risk factors for anastomotic failure after total mesorectal excision of rectal cancer. *Br J Surg*, 92(2), 211–216.
5. Murken D.R. và Bleier J.I.S. (2019). Ostomy-Related Complications. *Clin Colon Rectal Surg*, 32(3), 176–182.
6. Mrak K., Uranitsch S., Pedross F. và cộng sự. (2016). Diverting ileostomy versus no diversion after low anterior resection for rectal cancer: A prospective, randomized, multicenter trial. *Surgery*, 159(4), 1129–1139.
7. Glancy D.G., Chaudhry B.N., Greenslade G.L. và cộng sự. (2012). Laparoscopic total mesorectal excision can be performed on a nonselective basis in patients with rectal cancer with excellent medium-term results. *Colorectal Dis*, 14(4), 453–457.
8. Wang L., Hirano Y., Ishii T. và cộng sự. (2019). Diverting Stoma Versus No Diversion in Laparoscopic Low Anterior Resection: A Single-center Retrospective Study in Japan. *In Vivo*, 33(6), 2125–2131.
9. Niu L., Wang J., Zhang P. và cộng sự. (2020). Protective ileostomy does not prevent anastomotic leakage after anterior resection of rectal cancer. *J Int Med Res*, 48(8), 030006052094652.
10. Chude G.G., Rayate N.V., Patris V. và cộng sự. (2008). Defunctioning loop ileostomy with low anterior resection for distal rectal cancer: should we make an ileostomy as a routine procedure? A prospective randomized study. *Hepatogastroenterology*, 55(86–87), 1562–1567.
11. Akasu T., Takawa M., Yamamoto S. và cộng sự. (2010). Risk factors for anastomotic leakage following intersphincteric resection for very low rectal adenocarcinoma. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*, 14(1), 104–111.
12. Shiomi A., Ito M., Maeda K. và cộng sự. (2015). Effects of a diverting stoma on symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer: a propensity score matching analysis of 1,014 consecutive patients. *J Am Coll Surg*, 220(2), 186–194.
13. Nastro P., Knowles C.H., McGrath A. và cộng sự. (2010). Complications of intestinal stomas. *Br J Surg*, 97(12), 1885–1889.
14. Gessler B., Haglind E., và Angenete E. (2012). Loop ileostomies in colorectal cancer patients--morbidity and risk factors for nonreversal. *J Surg Res*, 178(2), 708–714.
15. Sauri F., Sakr A., Kim H.S. và cộng sự. (2021). Does the timing of protective ileostomy closure post-low anterior resection have an impact on the outcome? A retrospective study. *Asian J Surg*, 44(1), 374–379.