

Kết quả sớm phẫu thuật nội soi Sugarbaker điều trị thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo

Hồ Thủy Tiên², Trần Đức Huy¹, Phạm Ngọc Trường Vinh², Nguyễn Hữu Thịnh¹

1. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ:

Hồ Thủy Tiên,
Bệnh viện Đại học Y Dược Thành
phố Hồ Chí Minh
215 Hồng Bàng, Phường 11, Quận
5, TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0942 471 785
Email: tien.ht1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/01/2025

Ngày chấp nhận đăng:

15/3/2025

Ngày xuất bản: 27/6/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm về tính an toàn và hiệu quả sau điều trị thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo (HMNT) bằng phẫu thuật Sugarbaker nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca. Có 26 trường hợp được điều trị thoát vị cạnh HMNT bằng phẫu thuật Sugarbaker nội soi từ tháng 09/2018 đến tháng 05/2023 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Kết quả: Tuổi của nghiên cứu là $69,12 \pm 10,69$, tỉ lệ nam : nữ là 1,17:1. Thời gian nằm viện trung vị là 5 ngày, tỉ lệ tai biến là 3,8%, tỉ lệ mổ lại là 7,7%, tỉ lệ biến chứng chung 30 ngày đầu là 26,92%. Tỉ lệ thoát vị cạnh HMNT tái phát là 19,04% sau thời gian theo dõi trung vị 24,5 tháng.

Kết luận: Phẫu thuật Sugarbaker nội soi điều trị thoát vị cạnh HMNT là phẫu thuật ít xâm lấn, có thời gian phục hồi sớm nhưng tỉ lệ biến chứng và thoát vị cạnh HMNT tái phát còn khá cao.

Từ khóa: Thoát vị, hậu môn nhân tạo, kĩ thuật Sugarbaker, phẫu thuật nội soi.

Short-term outcomes of laparoscopic Sugarbaker repair for parastomal hernia

Ho Thuy Tien², Tran Duc Huy¹, Pham Ngoc Truong Vinh², Nguyen Huu Thinh¹

1. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, 2. University Medical Center at Ho Chi Minh City

Abstract

Introduction: The objective of the study was to evaluate early results on safety and efficacy of laparoscopic Sugarbaker repair for parastomal hernia at the University of Medicine and Pharmacy Hospital, Ho Chi Minh City.

Patients and Methods: This was a retrospective cohort of patients who underwent laparoscopic Sugarbaker repair

for parastomal hernia from September, 2018, and May 2023. Twenty-six patients met with inclusion criteria.

Results: Mean age was $69,12 \pm 10,69$, male and female ratio was 1,17;1. Median of post-operative day was 5, 3.8% of cases had intraoperative complications, reoperation rate was 7.7%, thirty-day common morbidity rate was 13%, the hernia recurrence rate was 19.04% during a median of follow-up of 24,5 months.

Conclusions: Laparoscopic Sugarbaker repair for parastomal hernia is minimal invasive, quickly recovery after surgery but disappointing at early morbidity and hernia recurrence rate.

Keywords: Sugarbaker technique, parastomal hernia, laparoscopic surgery.

Đặt vấn đề

Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo (HMNT) là một biến chứng thường gặp ở những người bệnh sau phẫu thuật làm HMNT, được phân loại vào nhóm thoát vị qua vết mổ thành bụng [1]. Tỷ lệ mắc bệnh được báo cáo dao động từ 2,8 đến 50% và có liên quan trực tiếp đến thời gian theo dõi. Goligher cho rằng nếu thời gian theo dõi đủ lâu thì thoát vị cạnh HMNT là một biến chứng không thể tránh khỏi [2], [3].

Nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau trong điều trị thoát vị cạnh HMNT đã được áp dụng, nhìn chung các phẫu thuật điều trị không dùng lưới có tỉ lệ tái phát cao (46 - 100%) và không còn được khuyến cáo thực hiện, trong khi đó điều trị bằng lưới cho kết quả tốt hơn đáng kể [4], [5]. Ngày nay, với những tiến bộ trong phẫu thuật nội soi (PTNS), việc sửa chữa thoát vị cạnh HMNT bằng nội soi đã được thực hiện ngày càng phổ biến, trong đó kĩ thuật Sugarbaker nội soi được đánh giá có tỉ lệ tái phát thấp và được khuyến cáo bởi Hiệp hội Nội soi Thoát vị Quốc tế (IEHS) [6], [7].

Tại Việt Nam, mặc dù đã có nghiên cứu về các phẫu thuật điều trị thoát vị cạnh HMNT nhưng có ít nghiên cứu tập trung vào đánh giá kết quả của phẫu thuật Sugarbaker nội soi trong điều trị, thiếu thông tin về tính an toàn và hiệu quả điều trị của phẫu thuật này mặc dù đây là một bệnh lí khá phổ biến ở những người bệnh có HMNT [8]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm trả lời câu hỏi: Phẫu thuật Sugarbaker nội soi điều trị thoát vị cạnh HMNT có an toàn và hiệu quả không?

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Người bệnh thoát vị cạnh HMNT có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật Sugarbaker nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn vào

Các người bệnh chọn vào phải thỏa mãn đồng thời tất cả tiêu chuẩn dưới đây:

Người bệnh có HMNT vĩnh viễn được chẩn đoán thoát vị cạnh HMNT qua khám lâm sàng và CT scan bụng.

Thoát vị cạnh HMNT lần đầu, chưa có biến chứng tắc ruột hoặc thoát vị kẹt, nghẹt.

Chưa có hình ảnh di căn ổ bụng trên CT scan bụng chậu.

Phẫu thuật đặt lưới theo kĩ thuật Sugarbaker nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có thoát vị vết mổ vị trí khác đi kèm.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được lấy mẫu trên các người bệnh được phẫu thuật điều trị thoát vị cạnh HMNT tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 05/2023.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, đơn trung tâm, mô tả.

Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án về các biến số liên quan đến người bệnh và các biến số về kết quả phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Số liệu được lưu trữ bằng phần mềm Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Ngưỡng sai lầm được chọn là $\alpha = 0,05$ trong các trường hợp so sánh và ước lượng. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

Y đức: Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học - Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu có tổng cộng 26 trường hợp thỏa tiêu chuẩn lựa chọn. Các đặc điểm người bệnh trước phẫu thuật được trình bày trong bảng 2.

Đặc điểm người bệnh

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh trước phẫu thuật

Đặc điểm		N = 26	Trung bình
Tuổi			69,12 ± 10,69
Giới	Nam	14 (53,8%)	
	Nữ	12 (46,2%)	
BMI	< 25	15 (57,7%)	
	≥ 25	11 (42,3%)	
Bệnh đồng mắc	Có	20	
	Không	6	
Thời gian xuất hiện thoát vị cạnh HMNT			17 tháng, [8 - 26]
Tiến căn phẫu thuật			
Phẫu thuật Miles		17 (65,4%)	
Phẫu thuật Hartmann		7 (26,9%)	
Các phẫu thuật khác		2 (7,7%)	
Lí do nhập viện			
Khối phồng cạnh HMNT		19 (73,1%)	
Đau bụng		4 (15,4%)	
Không triệu chứng		2 (7,7%)	
Xuất huyết tiêu hóa dưới từ HMNT		1 (3,8%)	
Kích thước lỗ thoát vị	≤ 5 cm	15 (57,7%)	4,90 ± 1,28 cm
	> 5 cm	11 (42,3%)	

BMI trung bình của dân số nghiên cứu là 25,19 ± 3,32 kg/m². Có 42,3% người bệnh có BMI > 25 kg/m². Hơn 80% người bệnh trong nhóm nghiên cứu có bệnh lí nội khoa đi kèm, trong đó 45% các người bệnh có ít nhất 2 bệnh đồng mắc. Các bệnh nội khoa đều được kiểm soát và điều chỉnh ổn định trước phẫu thuật.

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu từng trải qua 1 lần phẫu thuật, khoảng 80% là PTNS. Có 7 người bệnh từng phẫu thuật vùng bụng 2 lần, cụ thể có 4 người bệnh PTNS 2 lần, 1 người bệnh mổ mở 2 lần, 1 người bệnh 1 lần PTNS, 1 lần mổ mở.

Lí do nhập viện phần lớn là xuất hiện khối phồng quanh HMNT. Có 15% trường hợp có biến chứng bán tắc ruột tại thời điểm nhập viện.

Thời gian xuất hiện thoát vị cạnh HMNT ngắn nhất là 2 tháng sau phẫu thuật và dài nhất là 93 tháng (khoảng 7 năm sau phẫu thuật), thời gian trung vị là 17 tháng [8], [26].

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Kết quả	N = 26	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)		126,27 ± 58,9
Chuyển đổi kĩ thuật đặt lưới	1 (3,8%)	
Tai biến	1 (3,8%)	
Biến chứng 30 ngày đầu	7 (26,92%)	
Mổ lại	2 (7,7%)	
Tử vong	2 (7,7%)	
Thời gian nằm viện (ngày)		3 [Q1 = 2, Q3 = 4]
Diện tích lưới đặt được (cm ²)		336 ± 18,81
Tái phát	4 (19,04%)	
Thời gian theo dõi (tháng)		24,5 [Q1 = 12, Q3 = 48,3]
Thời gian sống không thoát vị (tháng)		19,6 ± 8,4

Chuyển đổi phương pháp mổ

Không có trường hợp nào chuyển mổ mở để đặt lưới. Có 1 trường hợp rách thanh mạc ruột non trong lúc gỡ dính. Có 1 trường hợp chuyển đổi sang đặt lưới theo kỹ thuật Sandwich do mạc treo ruột non căng, nguy cơ tái phát cao nếu chỉ đặt lưới theo phương pháp Sugarbaker.

Tai biến và biến chứng

Có 1 trường hợp (chiếm 3,8%) xảy ra tai biến thủng ruột non khi đặt trocar kính soi, được xử trí bằng cách khâu lại lỗ thủng qua nội soi và tiếp tục phẫu thuật. Không có trường hợp nào xảy ra tai biến chảy máu. Tỷ lệ biến chứng trong 30 ngày đầu sau phẫu thuật trong nghiên cứu là 26,92%, đánh giá theo thang điểm Clavien-Dindo. Cụ thể 1 trường hợp bí tiểu sau mổ, 2 trường hợp bán tắc ruột non do dính, 1 viêm phổi bệnh viện, 1 tắc ruột sau mổ, 1 xuất huyết tiêu hóa, 1 viêm phúc mạc do thủng ruột non. Không ghi nhận các biến chứng khác như nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch, rò tiêu hóa.

Tử vong

Có 2 trường hợp tử vong sau phẫu thuật, chiếm 7,7%. Trường hợp 1: người bệnh 90 tuổi tử vong do nhồi máu cơ tim sau phẫu thuật. Trường hợp 2: người bệnh sốc nhiễm trùng do viêm phúc mạc toàn thể, do thủng loét ruột non vào hậu phẫu [11].

Diện tích đặt lưới

Diện tích mesh đặt được trung bình là $336 \pm 18,81 \text{ cm}^2$, diện tích nhỏ nhất là 176,7 và lớn nhất là $471,2 \text{ cm}^2$. Tỷ lệ diện tích mesh/ diện tích thoát vị trung bình là $19,53 \pm 13,17$.

Tái phát

Tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tái phát sau phẫu thuật là 19,04% với thời gian theo dõi trung bình là 28 tháng, thời gian sống không thoát vị cạnh HMNT trung bình là $19,6 \pm 8,4$ tháng. Qua kiểm định Fisher và T-Test cho thấy BMI >25, tiền căn mổ mở, diện tích mảnh ghép có liên quan đến thoát vị tái phát sau phẫu thuật, p lần lượt là 0,003; 0,029; 0,005. Phân tích hồi quy logistic cho thấy không có yếu tố nào là yếu tố nguy cơ độc lập.

Bàn luận

Thoát vị cạnh HMNT là một biến chứng muộn của phẫu thuật mở HMNT làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh, do đó cần hiểu biết toàn diện về sự hình thành bệnh lý này thông qua việc nghiên cứu các yếu tố nguy cơ dẫn đến sự phát triển của bệnh. Tuổi từ 60 trở lên là một yếu tố nguy cơ độc lập của thoát vị cạnh HMNT [9-11]. Bên cạnh đó BMI > 25 kg/m² cũng là một yếu tố nguy cơ độc lập đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Một nghiên cứu năm 2008 của De Raet J đã kết luận chu vi vòng bụng vượt quá 100 cm làm tăng 75% khả năng dẫn đến thoát vị cạnh HMNT, p = 0,011 [12]. Khoảng 85% người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tuổi trên 60, 42,3% người bệnh có BMI > 25 kg/m².

Phẫu thuật Sugarbaker nội soi điều trị thoát vị cạnh HMNT là phẫu thuật ít xâm lấn, tỷ lệ chuyển mổ mở và tỷ lệ chuyển đổi kỹ thuật mổ thấp. Nghiên cứu của Hasson năm 2012 và DeAsis đã báo cáo tỷ lệ chuyển mổ mở dao động từ 3,3 - 3,6%, phần lớn nguyên nhân là do dính ruột nhiều và thủng ruột trong quá trình gỡ dính. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận hơn 80% trường hợp có dính ruột, phần lớn đều gỡ dính nội soi, không chuyển mổ mở [7], [13]. Nghiên cứu của Carbajo kết luận PTNS là một lựa chọn có giá trị trong điều trị thoát vị vết mổ thành bụng, nhưng đòi hỏi kinh nghiệm về PTNS và cần có đường cong học tập cụ thể cho kỹ thuật này [14]. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,7%. Kết quả này đối với các ca được chỉ định mổ chương trình là khá cao, đặt ra vấn đề nên cân nhắc chỉ định phẫu thuật ở các người bệnh rất lớn tuổi, có bệnh nội khoa đi kèm nặng.

Tỷ lệ tái phát sau các phẫu thuật điều trị thoát vị cạnh HMNT bằng mảnh ghép nói chung trong các nghiên cứu gần đây dao động từ 3% - 30%, thay đổi tùy thuộc vào phương pháp phẫu thuật và chỉ định phẫu thuật, trong đó phẫu thuật Sugarbaker được đánh giá là có tỷ lệ tái phát thấp nhất. Danielle và

cộng sự ghi nhận tỉ lệ thoát vị cạnh HMNT tái phát sau điều trị bằng phẫu thuật Sugarbaker nội soi là 29% với thời gian theo dõi trung bình là $13,9 \pm 4,5$ tháng [15]. Stelzner và cộng sự đã báo cáo tỉ lệ tái phát là 15% với thời gian theo dõi trung bình là 3,5 năm [16]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả về tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật đặt lưới là 19,04% (4 trường hợp tái phát trong số 21 trường hợp theo dõi sau mổ). Nhận định của tác giả Maxime Dewulf cho rằng đối với điều trị thoát vị cạnh HMNT, chỉ cần quan sát một phương pháp phẫu thuật bất kì đủ thời gian sẽ thấy xuất hiện tái phát. Do đó, tỉ lệ tái phát thường bị đánh giá thấp hơn thực tế, vì hầu hết các nghiên cứu đều không có triển vọng theo dõi dài hạn hoặc không bao gồm theo dõi dài hạn [17]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ tái phát thường gặp trên người bệnh béo phì với BMI $>25 \text{ kg/m}^2$ và diện tích mảnh ghép che phủ thấp. Vì vậy, cần khuyến nghị người bệnh giảm cân trước mổ về dưới mức BMI 25 kg/m^2 , cũng như chọn lựa kích thước mảnh ghép đủ lớn để ngăn ngừa tái phát sau phẫu thuật.

Thời gian sống không thoát vị cạnh HMNT trung vị là 15 tháng [5], [8], [26], [3]. Một nguyên nhân dẫn đến thời gian sống không thoát vị ngắn là do phần lớn người bệnh trong nghiên cứu có tiền căn bệnh lí ung thư nên các khoảng thời gian theo dõi bệnh cũng bị ảnh hưởng đáng kể do ung thư tái phát, di căn. Nhìn chung, thời gian theo dõi của nghiên cứu chúng tôi là đủ dài để phát hiện thoát vị cạnh HMNT tái phát, qua đó đánh giá hiệu quả của phẫu thuật Sugarbaker nội soi trong điều trị bệnh lí này.

Kết luận

Phẫu thuật Sugarbaker nội soi điều trị thoát vị cạnh HMNT là phẫu thuật ít xâm lấn, có thời gian phục hồi sau mổ nhanh, có thể thực hiện khả thi giúp điều trị bệnh lí thoát vị cạnh HMNT ở những người bệnh có HMNT vĩnh viễn. Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng tương đối cao, nên phẫu thuật này cần được thực hiện ở các trung tâm PTNS có kinh nghiệm và cân nhắc không thực hiện phẫu thuật này

trên các người bệnh quá lớn tuổi, có nhiều bệnh nội khoa đi kèm.

Tài liệu tham khảo

1. Chapman SJ, Wood B, Drake TM, Young N, Jayne DG. Systematic Review and Meta-analysis of Prophylactic Mesh During Primary Stoma Formation to Prevent Parastomal Hernia. *Diseases of the colon and rectum*. Jan 2017;60(1):107-115. doi:10.1097/dcr.0000000000000670
2. Carne PW, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia. *Br J Surg*. Jul 2003;90(7):784-93. doi:10.1002/bjs.4220
3. Banaszkiewicz Z, Woda Ł P, Zwoliński T, Tojek K, Jarmocik P, Jawień A. Intestinal stoma in patients with colorectal cancer from the perspective of 20-year period of clinical observation. *Przegląd gastroenterologiczny*. 2015;10(1):23-7. doi:10.5114/pg.2015.49107
4. Shabbir J, Chaudhary BN, Dawson R. A systematic review on the use of prophylactic mesh during primary stoma formation to prevent parastomal hernia formation. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. Aug 2012;14(8):931-6. doi:10.1111/j.1463-1318.2011.02835.x
5. Botet X, Boldó E, Llauredó JM. Colonic parastomal hernia repair by translocation without formal laparotomy. *Br J Surg*. Jul 1996;83(7):981. doi:10.1002/bjs.1800830730
6. Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society [IEHS])-Part III. *Surg Endosc*. Feb 2014;28(2):380-404. doi:10.1007/s00464-013-3172-4
7. DeAsis FJ, Linn JG, Lapin B, Denham W, Carbray JM, Ujiki MB. Modified laparoscopic Sugarbaker repair decreases recurrence rates of parastomal hernia. *Surgery*. Oct 2015;158(4):954-9; discussion 959-61. doi:10.1016/j.surg.2015.04.052
8. Nguyễn Hữu Thịnh PNTV. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo theo kĩ thuật Sugarbaker. *Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật Nội soi Việt Nam*. 04/05/2021 2021; 01-Tập 11:14-27.
9. Sohn YJ, Moon SM, Shin US, Jee SH. Incidence and risk factors of parastomal hernia. *Journal of the Korean Society of Coloproctology*. Oct 2012;28(5):241-6. doi:10.3393/jksc.2012.28.5.241
10. Hong SY, Oh SY, Lee JH, Kim DY, Suh KW. Risk factors for parastomal hernia: based on radiological definition. *Journal of the Korean Surgical Society*. Jan

- 2013;84(1):43-7. doi:10.4174/jkss.2013.84.1.43
11. Zelga P, Kluska P, Zelga M, Piasecka-Zelga J, Dziki A. Patient-Related Factors Associated With Stoma and Peristomal Complications Following Fecal Ostomy Surgery: A Scoping Review. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing* : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Sep-Oct 01 2021;48(5):415-430. doi:10.1097/won.0000000000000796
12. De Raet J, Delvaux G, Haentjens P, Van Nieuwenhove Y. Waist circumference is an independent risk factor for the development of parastomal hernia after permanent colostomy. *Diseases of the colon and rectum*. Dec 2008;51(12):1806-9. doi:10.1007/s10350-008-9366-5
13. Hansson BM, Slater NJ, van der Velden AS, et al. Surgical techniques for parastomal hernia repair: a systematic review of the literature. *Annals of surgery*. Apr 2012;255(4):685-95. doi:10.1097/SLA.0b013e31824b44b1
14. Carbajo MA, Martp del Olmo JC, Blanco JJ, et al. Laparoscopic approach to incisional hernia. *Surg Endosc*. Jan 2003;17(1):118-22. doi:10.1007/s00464-002-9079-0
15. Pastor DM, Pauli EM, Koltun WA, Haluck RS, Shope TR, Poritz LS. Parastomal hernia repair: a single center experience. *JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. Apr-Jun 2009;13(2):170-5.
16. Stelzner S, Hellmich G, Ludwig K. Repair of paracolostomy hernias with a prosthetic mesh in the intraperitoneal onlay position: modified Sugarbaker technique. *Diseases of the colon and rectum*. Feb 2004;47(2):185-91. doi:10.1007/s10350-003-0030-9
17. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, Halm JA, Verdaasdonk EG, Jeekel J. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Annals of surgery*. Oct 2004;240(4):578-83; discussion 583-5. doi:10.1097/01.sla.0000141193.08524.c7.