

## SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI VÀ ĐẠI TRÀNG TRÁI DO UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Huỳnh Thanh Long\*; Nguyễn Thành Nhân\*; Trần Quốc Hưng\*  
Phạm Vinh Quang\*\*; Phạm Việt Khương\*; Phạm Minh Tuấn\*; Nguyễn Văn Xuyên\*\*

### TÓM TẮT

*Mục tiêu:* so sánh kết quả sớm giữa 2 nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và trái do ung thư. *Đối tượng và phương pháp:* nghiên cứu những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và trái do ung thư tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 11 - 2011 đến 12 - 2015. *Kết quả:* tổng cộng 103 bệnh nhân (tuổi trung bình 59,61; 54,5% nam). Nhóm được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải có tuổi trung bình cao hơn (65 so với 54) và có ít bệnh lý đi kèm hơn (48% so với 61%). Về mức độ khó của phẫu thuật, cả 2 nhóm đều không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về tai biến trong mổ (tổn thương niệu quản trái trong 1 trường hợp), cắt đại tràng phải có thời gian mổ nhanh hơn (80 so với 120 phút), máu mất ít hơn (60 so với 80 ml). Về kết quả sớm sau mổ, tỷ lệ biến chứng sau mổ 3% và 6,7%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về biến chứng như nhiễm trùng vết mổ, nhồi máu cơ tim, viêm phổi..., ngoại trừ 1 trường hợp tắc ruột sau cắt đại tràng trái cần mổ lại. Với cắt đại tràng phải, thời gian nằm viện ngắn hơn (5,7 so với 6,9 ngày), thời gian đi ngoài ngắn hơn (1 so với 2,5 ngày), thời gian trung tiện của 2 nhóm tương đương nhau (2 ngày). Liên quan đến kết quả ung thư học, số lượng hạch trung bình nạo vét được trên mỗi bệnh nhân tương đương nhau (17,5 và 17,4). *Kết luận:* phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải có thời gian mổ ngắn hơn, ít tai biến và biến chứng, thời gian nằm viện ngắn hơn.

\* Từ khóa: Ung thư đại tràng; Cắt đại tràng phải; Cắt đại tràng trái; Phẫu thuật nội soi.

### ***Comparision of Laparoscopic Surgical Outcomes between Right and Left Colectomy due to Cancer at the Nguyen Tri Phuong Hospital***

#### ***Summary***

*Objectives:* To compare the intraoperative and postoperative outcomes between right laparoscopic colectomy and left laparoscopic colectomy for colon cancer. *Subjects and methods:* Retrospective analysis of patients who underwent elective right laparoscopic colectomy or left laparoscopic colectomy for colon cancer between November 2011 and December 2015 at Nguyen Tri Phuong Hospital. *Results:* A total of 103 patients (mean age 59.61 years old; 54.5% males) were analyzed.

\* Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

\*\* Bệnh viện Quân y 103

***Người phản hồi (Corresponding): Huỳnh Thanh Long (bshuynhlong@yahoo.com)***

***Ngày nhận bài: 10/06/2018; Ngày phân biện đánh giá bài báo: 18/07/2018***

***Ngày bài báo được đăng: 01/08/2018***

*The right laparoscopic colectomy group had a higher mean age (65 vs. 54), and comorbidity rate (61 vs. 48%). Regarding technical difficulty, there was no difference in conversion rate, but in intraoperative complications, a significant difference was found between the groups (ureter injured in 1 case), mean operative time was significantly shorter for right laparoscopic colectomy (80 vs 120 mins), blood loss was lesser than for right laparoscopic colectomy (60 vs 80 mL). Regarding postoperative outcome, overall complication rates were 3 and 6.7% for right and left colectomy, respectively, there were no differences between the group complications, including superficial or deep surgical site infections, myocardial infarction, pneumonia excluded ileus... shorter hospital stay (5.7 vs 6.9 days, first flatus occurred at postoperative day 2 in both groups); first stool was observed after a median of 1 (right) and 2.5 days (left), respectively. Regarding to oncologic outcome, mean number of lymph node harvested were 17.5 and 17.4. Conclusions: Right laparoscopic colectomy for colon cancer was independently associated with a shorter operative time, less complications, shorter hospital stay.*

*\* Keywords: Colon cancer; Right laparoscopic colectomy; Left laparoscopic colectomy; Laparoscopy.*

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ở Việt Nam, ung thư đại tràng đứng thứ hai sau ung thư dạ dày trong ung thư đường tiêu hóa [1]. Ung thư đại tràng ở Việt Nam thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, bệnh nhân (BN) đến muộn, bệnh thường ở giai đoạn xâm lấn, có biến chứng hoặc di căn xa. Do đó kết quả điều trị bị hạn chế, tỷ lệ sống sau 5 năm thấp và chất lượng cuộc sống sau mổ không cao [1, 4]. Điều trị ung thư đại tràng chủ yếu bằng phẫu thuật [1, 4, 5], hầu hết phẫu thuật viên cho rằng cắt đại tràng trái có nhiều nguy cơ hơn cắt đại tràng phải do kỹ thuật khó hơn, đại tràng trái máu nuôi kém hơn nên dễ bị xì rò miệng nổi hơn đại tràng phải. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *So sánh kết quả sớm giữa 2 nhóm BN được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và trái do ung thư.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu.**

BN điều trị tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương được chẩn đoán ung thư biểu mô

tuyến ống nguyên phát đại tràng và điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại tràng từ 01 - 2011 đến 12 - 2015.

*\* Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Không liên lạc được BN.
- Không lấy được hồ sơ bệnh án.
- BN có u khác trên khung đại tràng hoặc di căn xa trước mổ.
- BN có ASA IV.

### **2. Phương pháp nghiên cứu.**

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

*\* Kỹ thuật mổ:*

Trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, chúng tôi áp dụng kỹ thuật phẫu tích từ trong ra: đầu tiên xác định và thắt bó mạch hồi kết tràng lên trên, xuống dưới và hướng về phía bên phải BN, mở phúc mạc dọc theo tĩnh mạch (TM) mạc treo tràng trên. Phẫu tích và thắt tận gốc động TM hồi kết tràng, trong lúc phẫu tích tách rời tá tràng. Tiếp tục phẫu tích dọc theo TM mạc treo tràng trên hướng về phía đầu BN, thắt bó mạch đại tràng phải tận

gốc nếu có, sau đó phẫu tích vào giữa hai lớp của mạc Told, bảo tồn lá tạng của mạc treo đại tràng. Quá trình phẫu tích từ trong ra hoàn tất khi đi qua cân Gerota. Trong lúc phẫu tích, cần nhận và tránh làm tổn thương tá tràng, niệu quản phải và bó mạch sinh dục phải, sau đó cắt mạc nối lớn, di động đại tràng góc gan và di động hoàn toàn đại tràng lên và mạc treo đoạn cuối hồi tràng ra khỏi thành bụng sau. Đối với cắt đại tràng trái: phẫu tích từ trong ra. Đầu tiên xác định ụ nhô và nhắc bó mạch mạc treo tràng dưới lên trên và hướng về phía bên trái BN, mở phúc mạc dọc theo ụ nhô cho đến gốc động mạch (ĐM)

mạc treo tràng dưới. Phẫu tích dọc theo ĐM mạc treo tràng dưới, bộc lộ và thắt tận gốc ĐM đại tràng trái. Phẫu tích và thắt TM mạc treo tràng dưới. Tại vị trí này, thắt lại ĐM đại tràng trái lần thứ hai. Tiếp tục phẫu tích dọc theo ĐM mạc treo tràng dưới hướng về phía chân BN, thắt một hay nhiều nhánh ĐM đại tràng Sigma. Trong lúc phẫu tích, cần nhận và tránh làm tổn thương niệu quản trái và bó mạch sinh dục trái.

\* *Thu thập số liệu:* thu thập từ hồ sơ bệnh án từ lúc mổ đến sau phẫu thuật 1 tháng. Lưu trữ và thống kê số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm BN.

- Tuổi: tuổi trung bình 59,61. Nhóm được PTNS cắt đại tràng phải có tuổi trung bình cao hơn nhóm cắt đại tràng trái (65 so với 54;  $p < 0.001$ ) và có ít bệnh lý đi kèm hơn (48% so với 61%,  $p = 0,003$ ).

- Giới tính: đại tràng phải 23 BN nữ (69,7%), đại tràng trái 47 BN nam (67,1%). Đại tràng phải ở nữ nhiều hơn nam, trong khi đại tràng trái ở nam nhiều hơn nữ.

### 2. Phương pháp phẫu thuật.

Cắt đại tràng phải: 33 BN (32%), cắt đại tràng trái 70 BN (68%).

### 3. Kết quả sớm.

*Bảng 1:*

	Thời gian mổ (phút)	Lượng máu mất (ml)	Tỷ lệ tai biến (%)	Tỷ lệ biến chứng (%)
Đại tràng phải	80	60	0	3
Đại tràng trái	120	80	0,97	6,7

- Chuyển mổ mở: cả 2 nhóm không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

- Tai biến trong mổ: 1 BN tổn thương niệu quản trái trong cắt đại tràng trái, khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ( $p = 0,001$ ).

- Thời gian mổ: cắt đại tràng phải nhanh hơn đại tràng trái (80 phút và 120 phút,  $p < 0,001$ ).

- Máu mất: cắt đại tràng phải mất ít máu hơn đại tràng trái (60 ml và 80 ml,  $p = 0,002$ ).

- Tỷ lệ biến chứng sau mổ: 2 nhóm cắt đại tràng phải và trái lần lượt là 3 và 6,7% ( $p = 0,041$ ), khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về biến chứng như nhiễm trùng vết mổ, nhồi máu cơ tim, viêm phổi, tắc ruột...

*Bảng 2:* Thời gian hồi phục.

	Thời gian trung tiện (ngày)	Thời gian ăn lại đường miệng (ngày)	Thời gian vận động (ngày)	Thời gian xuất viện (ngày)
Đại tràng phải	2	2,1	1	5,7
Đại tràng trái	2	3,5	2,5	6,9

- Thời gian nằm viện cắt đại tràng phải ngắn hơn đại tràng trái (5,7 và 6,9 ngày,  $p = 0,003$ ).

- Thời gian đi ngoài: cắt đại tràng phải ngắn hơn đại tràng trái (1 và 2,5 ngày,  $p = 0,009$ ).

- Thời gian trung tiện: 2 nhóm tương đương nhau (2 ngày,  $p = 0,37$ ).

*Bảng 3:* Số lượng hạch nạo vét được.

	Số BN	Số lượng hạch	Hạch di căn	Tỷ lệ hạch di căn (%)	Số hạch trung bình trên 1 BN
Đại tràng phải	33	579	45	3	17,5
Đại tràng trái	70	1.221	153	8	17,4
Tổng số	103	1.800	198	11	21,3

Số lượng hạch trung bình nạo vét được trên mỗi BN giữa 2 nhóm tương đương nhau (17,5 và 17,4,  $p = 0,064$ ), đại tràng trái có di căn hạch nhiều hơn.

## BÀN LUẬN

### \* Đặc điểm mẫu nghiên cứu:

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, ung thư đại tràng phải có tuổi lớn hơn so với ung thư ở đại tràng trái, tương tự nghiên cứu của các tác giả nước ngoài [4, 6, 7], ung thư đại tràng phải ở nữ gặp nhiều hơn nam.

Bệnh lý kết hợp: đại tràng phải hay gặp ở phụ nữ, lớn tuổi hơn, có nhiều bệnh lý kết hợp hơn so với đại tràng trái [4, 6, 7].

### \* Kết quả sớm:

Ung thư đại tràng phải có nhiều điểm khác biệt so với ung thư đại tràng trái, do có

nguồn gốc phôi thai học cũng như giải phẫu, mô học, gen và miễn dịch khác nhau [4]. Ung thư đại tràng phải thường liên quan với thiếu máu do thiếu sắt, lớn tuổi (phù hợp với kết quả của chúng tôi) và giai đoạn tiến triển [7]. Bên cạnh đó, ung thư đại tràng phải có khuynh hướng phát triển về kích thước vào trong lòng ruột, u dạng chồi sùi. Ngược lại, ung thư đại tràng trái có khuynh hướng xâm lấn trong thành ruột, xâm nhiễm theo chu vi, làm hẹp lòng ruột và gây tắc ruột [4, 7]. Ở đại tràng trái, máu nuôi kém hơn và có thể có những điểm tới hạn, nhánh tận của ĐM đại tràng Sigma hình thành nên vòng

nổi trong mạc treo đại tràng, do nhánh nối với nhánh xuống của ĐM đại tràng trái ở đầu gần, nhánh nối với ĐM trực tràng trên ở đầu xa tạo thành mạng lưới ĐM viền quanh đại tràng Sigma, ở vùng này cũng có điểm gián đoạn của ĐM viền, gọi là điểm tới hạn Sudeck [8]. Khoảng 16% trường hợp nhánh lên ĐM đại tràng trái cho một nhánh lên nối trực tiếp với nhánh trái của ĐM đại tràng giữa hình thành cung Riolan, một nhánh xuống nối với các nhánh tận của đại tràng Sigma tạo thành cung mạch viền. Trên vòng nối cung ĐM viền, tại điểm nối kết giữa 2 dòng chảy hình thành trong thời kỳ phôi thai của ruột giữa và ruột sau tồn tại điểm gián đoạn gọi là điểm tới hạn Griffith's.

Nghiên cứu trên 57 xác của Sinkeet S thực hiện ở châu Phi, khoảng 7% trường hợp không xuất hiện điểm Griffith's hoặc mạch máu xuất hiện với mức độ ít hay nghèo nàn (khoảng 32%) [8]. Điều này làm cho hiện tượng thiếu máu miệng nổi trong một số trường hợp cắt đại tràng trở nên trầm trọng hơn (là điểm nối kết giữa nhánh ĐM Sigma tận cùng nối với nhánh ĐM trực tràng trên). Khi phẫu tích cần phải hạ đại tràng góc lách. Tất cả điều này làm cho miệng nối ở đại tràng trái dễ bị căng và thiếu máu nuôi hơn, phẫu tích

khó hơn, dễ xảy ra tai biến trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 2 nhóm không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, nhưng khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về tai biến trong mổ (tổn thương niệu quản trái trong 1 BN,  $p = 0.001$ ), với cắt đại tràng phải, thời gian mổ nhanh hơn (80 và 120 phút,  $p < 0,001$ ), máu mất ít hơn (60 so với 80 ml,  $p = 0,002$ ).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng hạch nạo vét được trung bình trên mỗi BN tương đương nhau. Nghiên cứu của các tác giả Hàn Quốc [9], số lượng hạch nạo vét được ở BN ung thư đại tràng phải nhiều hơn so với đại tràng trái, do dẫn lưu bạch huyết ở đại tràng phải luôn phong phú hơn. Điều này có thể giải thích: do số lượng BN nghiên cứu của chúng tôi không đủ đại diện cho dân số, số ca cắt đại tràng phải phần lớn thực hiện trong giai đoạn đầu, khi kinh nghiệm phẫu tích và phẫu tích hạch của nhóm nghiên cứu còn ít, chúng tôi cũng như Dae Ro LIM nhận thấy do đại tràng trái dài hơn, nằm sâu hơn, xung quanh có nhiều cơ quan nên việc bóc tách khó hơn, vì vậy số lượng hạch nạo vét được cũng hạn chế, mặc dù trên 1/2 số hạch nạo vét được ở đại tràng phải, số lượng hạch di căn lại ít hơn ở đại tràng trái [10].

*Bảng 4: So sánh kết quả sớm với một số tác giả khác.*

	Máu mất (ml)		Thời gian mổ (phút)		Tai biến		Biến chứng		Hạch	
	60	80	80	120		0,97%	2%	6%	17,5	17,4
Chúng tôi	60	80	80	120		0,97%	2%	6%	17,5	17,4
P. N. Thi [2]	60,50	80,20	70	169		2,8%	5,9%	8%	11,5	13,3
Sarli L [11]	65	90	90	110	2%	12%	6,5%	7%	18,5	19,6
Parson [12]	70	100	120	150	4%	13%	2,3%	10%	16,2	21,4
T. Đ. X Tùng [3]	100	150	90	130	1,3%	2,6%	5%	8,2%	12	12

Về kết quả sớm sau mổ, tỷ lệ biến chứng sau mổ 3% và 6,7% ( $p = 0,041$ ), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về các biến chứng như nhiễm trùng vết mổ, nhồi máu cơ tim, viêm phổi..., thời gian nằm viện ngắn hơn (5,7 so với 6,9 ngày,  $p = 0,003$ ), thời gian đi đại tiện ngắn hơn (1 so với 2,5 ngày,  $p = 0,009$ ), thời gian trung tiện của 2 nhóm tương đương nhau (2 ngày,  $p = 0,057$ ), tương đương với kết quả của một số tác giả trong nước và trên thế giới. Nhiều nghiên cứu chứng minh BN ung thư đại tràng phải thường là phụ nữ, lớn tuổi hơn, kích thước u lớn, tỷ lệ biệt hóa kém nhiều hơn [9, 10, 12].

### **KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải do ung thư có thời gian mổ ngắn hơn, ít mất máu hơn, thời gian mổ nhanh hơn, ít xảy ra tai biến, biến chứng hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn so với cắt đại tràng trái.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. *Võ Tấn Long*. Ung thư đại tràng. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa. Nhà xuất bản Y học. 2008, tr.261-270.

2. *Phạm Ngọc Thi*. Khả năng cắt đại tràng của phẫu thuật nội soi trong ung thư đại tràng. Luận văn Chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2006.

3. *Trần Đặng Xuân Tùng*. Kết quả lâu dài sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2011.

4. *Marvin L. Coman*. Colon and Rectal Surgery. 5<sup>th</sup> edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2011, pp.908-911.

5. *Powell A.G, Wallace R, McKee R.F*. The relationship between tumour site, clinicopathological characteristics and cancer-specific survival in patients undergoing surgery for colorectal cancer. *Colorectal Dis*. 2012, 14, pp.1493-1499.

6. *Hansen IO, Jess P*. Possible better long-term survival in left versus rightsided colon cancer: A systematic review. *Dan Med J*. 2012, 59, p.4444.

7. *Saltzstein S.L, Behling C.A*. Age and time as factors in the left to right shift of the subsite of colorectal adenocarcinoma: A study of 213,383 cases from the California Cancer Registry. *J Ckin Gastroenterol*. 2007, 41, pp.173-177.

8. *Sinkeet S, Muthoka J, Saidi H*. Branching pattern of inferior mesenteric artery in a black African population: A dissection study. *ISRN Anatomy*. 2013, pp.1-4.

9. *Guan X, Chen W, Liu Z et al*. Whether regional lymph nodes evaluation should be equally required for both right and left colon cancer. *Oncotarget*. 2016, 13, pp.59945-59956.

10. *Dae Ro Lim, Jung Kul Kuk, Taehyung Kim et al*. Comparison of oncological outcomes of right-sided colon cancer versus left-sided colon cancer after curative resection. Which side is better outcome?. *Medicine*. 2017, pp.96-42.

11. *Sarli L, Lusco D.D, Regina G*. Predicting conversion to open surgery in laparoscopic left hemicolectomy. *Surgery Laparoscopy Endoscopy and Percutaneous Techniques*. 2006,16 (4), pp.212-216.

12. *Parson H.M, Begun J.W, Kuntz K.M et al*. Lympho node evaluation for colon cancer and node positivity over the past 20 years. *The Journal of the American Medical Association*. 2011, 306, pp.1089-1097.