

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ KẾT QUẢ XA SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG SIGMA BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

*Ngô Gia Khánh¹, Nguyễn Thanh Long²
Nguyễn Văn Khoa¹, Nguyễn Văn Xuyên¹*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số kết quả xa sau điều trị ung thư đại tràng (UTĐT) sigma bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) triệt căn tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTĐT sigma từ 8/2013 - 4/2018. **Kết quả:** 100% BN được PTNS cắt đại tràng sigma triệt căn, tỷ lệ vết 12 hạch: 58,62%; tỷ lệ giai đoạn I, II, III lần lượt là 12,07%, 32,76%, 55,17%. Tỷ lệ tử vong: 11,64%, tái phát sau mổ: 22,41%. Tỷ lệ sống ở thời điểm 36 tháng: 90,9%; tỷ lệ sống thêm không bệnh: 86,53%. **Kết luận:** PTNS đảm bảo hiệu quả điều trị UTĐT sigma. Cần tiếp tục nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

* Từ khóa: Ung thư đại tràng sigma; Phẫu thuật nội soi.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại tràng sigma là vị trí hay gặp nhất trong UTĐT. Ở Việt Nam, tỷ lệ UTĐT sigma từ 28,5 - 46,4% [1, 2]. Phẫu thuật triệt căn đối với UTĐT giữ vai trò quan trọng, giúp tăng thời gian sống sau mổ. Các phẫu thuật viên khi phẫu thuật phải đảm bảo 3 vùng giới hạn triệt căn, bao gồm: giới hạn theo chiều dài đại tràng, giới hạn đến phần mở rộng của mạc treo theo đường hướng tâm về phía gốc của động mạch cấp máu, giới hạn quanh u [3]. PTNS là phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, có nhiều ưu điểm. Để làm rõ hiệu quả của PTNS trong điều trị triệt căn UTĐT sigma, chúng tôi thực hiện

nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá một số kết quả xa sau điều trị UTĐT sigma bằng PTNS triệt căn tại Bệnh viện Quân y 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

58 BN được chẩn đoán UTĐT sigma, được điều trị bằng PTNS triệt căn tại Khoa Phẫu thuật Bụng, Bệnh viện Quân y 103, thời gian từ 8/2013 - 4/2018.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTĐT sigma bằng nội soi đại tràng.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

1. Bệnh viện Quân y 103

2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Người phản hồi: Ngô Gia Khánh (ngogiakhanhhd@gmail.com)

Ngày nhận bài: 20/3/2020

Ngày bài báo được đăng: 3/4/2020

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Khối u không thuộc đại tràng sigma.
- Có di căn xa không thể cắt bỏ, không được mổ đảm bảo tính triệt căn bằng PTNS.
- Thất lạc hồ sơ bệnh án, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

** Các bước tiến hành:*

- Khám lâm sàng các triệu chứng toàn trạng chung (triệu chứng về tiêu hóa, đại tràng).
- Thực hiện các xét nghiệm thường quy và xét nghiệm nội soi đại tràng trước mổ.
- Phương tiện, dụng cụ: Dàn máy mổ nội soi (hãng Karl-Storz, Đức).
- Phương pháp phẫu thuật: Cắt đại tràng trái, cắt đại tràng sigma, cắt đoạn đại trực tràng.

- Theo dõi kết quả xa: BN đều được kiểm tra định kỳ bằng khám lâm sàng, siêu âm ổ bụng, chụp X-quang phổi hoặc xương nếu nghi ngờ di căn xương, nội soi trực tràng hoặc đại tràng.

** Các chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, độ xâm lấn, tỷ lệ mô triệt căn, tỷ lệ BN theo mức độ di căn hạch và theo giai đoạn bệnh (theo AJCC 7th) [4].

- Kết quả xa: Tỷ lệ sống trung bình sau mổ, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ sống theo TNM, tỷ lệ tái phát, tỷ lệ sống không bệnh.

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**1. Đặc điểm chung**

- Tuổi trung bình: $59,19 \pm 12,94$ (từ 29 - 86 tuổi).
- Tỷ lệ nam/nữ: 1,07/1.
- Các triệu chứng hay gặp: Đau bụng: 84,48%; đại tiện phân lẫn nhày, máu: 70,69%; rối loạn tiêu hóa: 46,55%; gày sút cân: 29,31%; sờ thấy u: 3,44%.
- Độ xâm lấn khối u: T₁: 0%; T₂: 12,07%; T₃: 44,83%; T₄: 43,10%.
- Tỷ lệ tế bào: 100% ung thư biểu mô tuyến.

58 BN (100%) đều được phẫu thuật triệt căn cắt đại tràng cách u tối thiểu 5 cm, cắt bỏ tổ chức quanh u mức R₀, lấy bỏ hết hạch và mạc treo đoạn đại tràng, cắt bỏ đến gốc động mạch mạc treo tràng dưới, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME).

- Kết quả nạo vét hạch: Tỷ lệ nạo vét 12 hạch: 58,62%.

* *Tỷ lệ BN theo mức độ di căn hạch (pN) theo AJCC 7th:*

Bảng 1: Tỷ lệ BN theo giai đoạn N.

Giai đoạn N		n	%
N ₀		26	44,83
N ₁	N _{1a}	15	25,86
	N _{1b}	7	12,07
N ₂	N _{2a}	3	5,17
	N _{2b}	7	12,07
Tổng		58	100

Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng xấu đối với người bệnh. Bởi khi có di căn tức là bệnh đã ở giai đoạn III. Nhiều tác giả cho rằng, việc nạo vét hạch đường như là một yếu tố tiên lượng độc lập, đặc biệt đối với BN ở giai đoạn II và có mối liên quan tỷ lệ thuận giữa thời gian sống thêm và số hạch vét được [5, 6].

* Tỷ lệ BN theo giai đoạn bệnh:

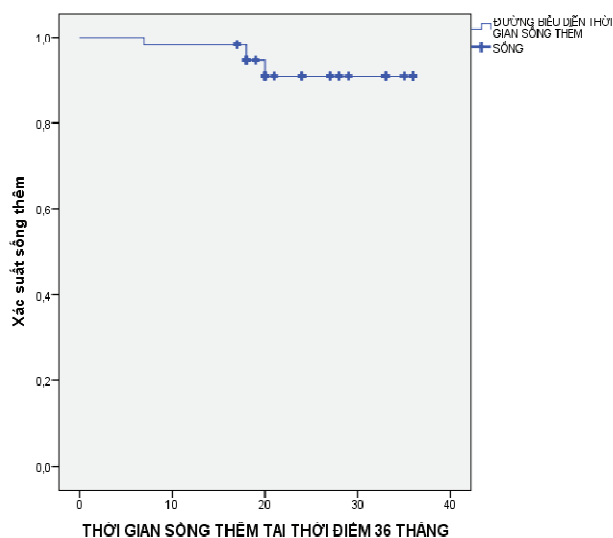
Bảng 2: Tỷ lệ BN theo giai đoạn bệnh.

Giai đoạn bệnh		n	%	
Giai đoạn I		7	12,07	
Giai đoạn II	Ila	8	13,79	32,76
	IIb	11	18,97	
Giai đoạn III	IIIa	2	3,45	55,17
	IIIb	20	34,48	
	IIIc	10	17,24	
Tổng		58	100	

Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất cho từng BN. Chúng tôi không gặp BN ở giai đoạn IV, do BN không thuộc tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu này. Tuy nhiên, tỷ lệ BN ở giai đoạn III chiếm 55,17%. Điều này có nghĩa, đa phần BN đến viện khi đã có di căn hạch, theo đó phẫu thuật viên cần phải đảm bảo các tiêu chuẩn triệt căn trong phẫu thuật một cách chặt chẽ, nhằm tránh bỏ sót hạch di căn.

2. Kết quả xa

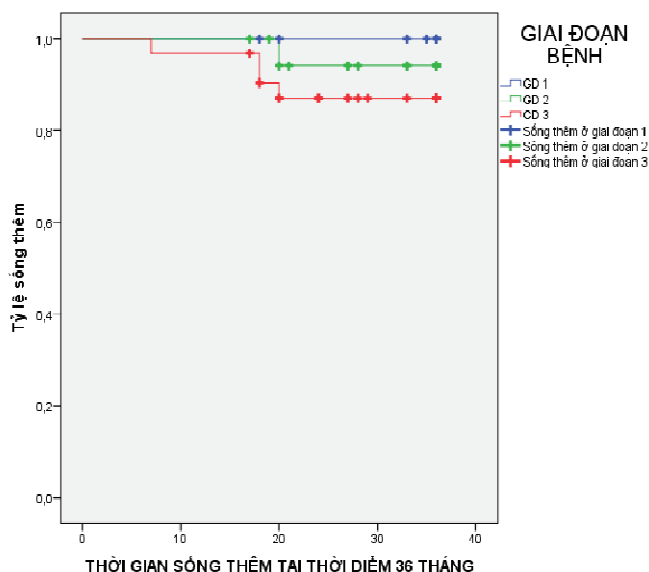
Thời gian sống thêm trung bình sau mổ: $36,14 \pm 14,64$ tháng, ngắn nhất 7 tháng, dài nhất 73 tháng. Có 6 BN (11,64%) tử vong khi kết thúc nghiên cứu.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm sau mổ.

Tại thời điểm 36 tháng, tỷ lệ sống là 90,90%. Nguyễn Cường Thịnh theo dõi 152 trường hợp cắt nội soi đại tràng trái thấy tỷ lệ sống 3 năm là 89,5% [7].

* Tỷ lệ sống thêm theo giai đoạn TNM:



Biểu đồ 2: Tỷ lệ sống thêm ở thời điểm 36 tháng.

Tỷ lệ sống thêm sau mổ tại thời điểm 36 tháng đối với BN ở giai đoạn I, II, III lần lượt là 100%; 94,10%; 87,10%. Khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,47$). Chúng tôi thấy tỷ lệ sống có xu hướng giảm dần theo mức độ tăng dần của giai đoạn bệnh, tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm không rõ ràng. Điều này cũng được lý giải có thể do số BN chưa đủ lớn và cần có sự theo dõi dài hơn.

* Tỷ lệ tái phát và sống không bệnh sau mổ:

Có 13 BN (22,41%) có tái phát-di căn sau mổ. Trong 52 BN sống, có 7 BN tái phát-di căn; 45 BN (86,53%) sống thêm không bệnh. Fleshman và CS (2007) thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh với thời gian theo dõi trung bình 3 năm ở nhóm BN cắt đại tràng là 87,8%, sau 5 năm là 69,2% [8]. Tỷ lệ sống 3 năm sau mổ nội soi cắt đại tràng trong nghiên cứu của Bonjer

(2007) là 82,2% [9]. Như vậy, tỷ lệ sống không bệnh sau 3 năm trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của 2 tác giả trên.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 58 BN được PTNS triệt căn điều trị UTĐT sigma, chúng tôi bước đầu kết luận:

Đa phần BN ở giai đoạn III, với tỷ lệ BN giai đoạn I, II, III lần lượt là: 12,07%; 32,76%; 55,17%. PTNS triệt căn điều trị UTĐT sigma chứng tỏ hiệu quả với tỷ lệ tử vong khi kết thúc nghiên cứu: 11,64%, tỷ lệ tái phát sau mổ: 22,41%; tỷ lệ sống ở thời điểm 36 tháng: 90,9%; tỷ lệ sống thêm không bệnh: 86,53%. Tỷ lệ sống thêm có xu hướng giảm dần theo giai đoạn bệnh tăng dần, tuy nhiên chưa rõ ràng. Cần tiếp tục nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Diệu, Nguyễn Thị Hoài Nga, Nguyễn Văn Hiếu. Một số đặc điểm ung thư đại tràng qua nghiên cứu 906 trường hợp đến khám và điều trị tại Bệnh viện K. Tạp chí Ung thư học. 2013, 4, tr.250-253.

2. Tô Quang Huy, Nguyễn Đại Bình, Vũ Thanh Phương và CS. Ung thư biểu mô đại trực tràng xếp loại Dukes A-B-C: Thời gian sống thêm 5 năm và yếu tố ảnh hưởng. Tạp chí Ung thư học. 2013, 4, tr.284-288.

3. Nguyễn Cường Thịnh, Nguyễn Trung Tiến, Hữu Hoài Anh. Kết quả 152 trường hợp cắt đại tràng trái nội soi điều trị ung thư đại tràng. Hội nghị Khoa học Phẫu thuật Nội soi - Nội soi lần thứ IV và Hội nghị Ngoại khoa toàn quốc. 2013, tr.71-72.

4. Edge S.B., C.C. Compton. The American joint committee on cancer: The 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. Ann Surg Oncol. 2010, 17(6), pp.1471-1474.

5. Leung A.M., A.W. Scharf, H.N. Vu. Factors affecting number of lymph nodes harvested in colorectal cancer. J Surg Res. 2011, 168(2), pp.224-230.

6. Lagoudianakis E. et al. Lymph node harvesting in colorectal carcinoma specimens. Tumori. 2011, 97(1), pp.74-78.

7. Vogel J.D. et al. The American society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the treatment of colon cancer. Dis Colon Rectum. 2017, 60(10), pp.999-1017.

8. Fleshman J. et al. Laparoscopic colectomy for cancer is not inferior to open surgery based on 5-year data from the COST Study Group trial. Ann Surg. 2007, 246(4), pp.655-662; discussion 662-664.

9. Bonjer H.J. et al. Laparoscopically assisted vs open colectomy for colon cancer: A meta-analysis. Arch Surg. 2007, 142(3), pp.298-303.