

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY PHỔI NẠO VẾT HẠCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN I-II TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Khắc Kiểm*

TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi lồng ngực với xu thế xâm nhập tối thiểu, ít xâm lấn, hậu phẫu nhẹ nhàng, bệnh nhân phục hồi nhanh, giảm đau và đạt tính thẩm mỹ cao...Đã và đang trở thành xu thế phát triển mới. Qua nghiên cứu 196 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi nạo vét hạch tại Bệnh viện K chúng tôi thấy: chủ yếu các khối u đk: 2 - 3 cm chiếm 37,2%, từ 3-4 cm 22,5%; các khối u sớm T_{1ab} đường kính ≤ 2 cm chiếm tỷ lệ thấp 6,1% và 14,8%. PTNS 189 bệnh

nhân (96,4%) là VATS, có 7 bệnh nhân (3,6%) PTNS chuyển mổ mở. Tổng số hạch nạo vét được là 1837 chiếc, bệnh nhân ít hạch nhất là 4 hạch và nhiều nhất là 18 hạch. Trong các nhóm hạch N₁ (+) chiếm 29,8%, hạch N₂ (+) chiếm 7,4%. Các hạch có đk: ≤ 5 mm tỷ lệ (+) thấp chỉ 6,8%, hạch lớn đk: 10-15mm tỷ lệ (+) cao 38,5%. Thời gian sống thêm toàn bộ 3 năm cho giai đoạn I là 95,8%; giai đoạn II là 73,8%; sang giai đoạn IIIA tỷ lệ này giảm còn 41,6%. Thời gian sống thêm cũng phụ thuộc nhiều vào di căn hạch, ở đk chưa di căn hạch N₀ sống 3 năm đạt 89%, khi di căn hạch N₁₋₂ tiên lượng xấu, sống 3 năm còn 62,2%.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khắc Kiểm

Email: Nguyenkhackiemtho@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2020

Ngày duyệt bài: 10.3.2020

SUMMARY

THORACOSCOPIC LOBECTOMY SURGERY WITH LYMPH NODE DREDGING FOR THE TREATMENT OF STAGE I-II NON SMALL CELL LUNG CANCER IN THE K HOSPITAL

Thoracoscopic with minimal intrusion trends, less invasive, gentle postoperative patient recovery, reduce pain and achieve superior aesthetics... There has been becoming a new trend of development. 196 patient, consists mainly tumors from 2-3 cm was 37,2%, from 3-5 cm was 22,5% and lower 2 cm percentage of 6,1%. Lobectomy and remove lymph nodes with 189 patients (96,4%) was VAST, and transferred thoracoscopic to open surgery 7 patients (3.6%). Total number of nodes to be dredged is 1837 units, at least 4 nodes nodes and at most 18 nodes. In the group nodes N1 has (+) greatest dimension accounted for 29.8%, nodes N2 (+) accounted for 7.4%. The lymph nodes smaller 5 mm lymph nodes with low ratio (+) only 6.8%, large lymph nodes with 10-15mm diameters are 38.5% positive (+). The entire 3-year overall survival for phase I is 95.8%; phase II is 73.8%; to stage IIIA, this rate decreased to 41.6%. The overall survival also depends much on lymph node metastasis, at the stage of non-metastatic N0, 3 years overall survival is 89%, transition to the stage of N1-2 lymph node metastasis, poor survival 3 years is 62.2%

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một bệnh đứng đầu trong các ung thư, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các ung thư ở người lớn. Tỷ lệ mắc cho đến nay tiếp tục gia tăng, năm 2018 thế giới có khoảng 2,094 triệu người mới mắc và 1,8 người chết.

Điều trị UTP là đa mô thức phối hợp giữa PT, xạ trị, hóa trị và điều trị đích. Ở giai đoạn I-II PT đóng vai trò cơ bản, hóa xạ trị có vai trò bổ trợ. Để đạt kết quả của PT, ngoài việc cắt bỏ thùy phổi giải quyết khối u nguyên phát thì cần phải nạo vét hạch vùng lấy hết tổn thương.

Phẫu thuật lồng ngực là PT nặng, đường rạch mở ngực rộng, cắt nhiều cơ gây đau đớn, chậm phục hồi của BN. Ngày nay PTNS được phát triển mạnh với xu thế là xâm nhập tối thiểu, ít xâm lấn, phục hồi nhanh, tính thẩm mỹ. Ngày càng được triển khai áp dụng rộng rãi để thay thế dần các phẫu thuật mổ mở kính điển

Tại Bệnh viện K đã triển khai PTNSLN từ năm 2008, nhưng PTNS cắt thùy phổi một cách hệ thống bài bản thì năm 2013 mới thường xuyên. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục đích:

1. Nhận xét đặc điểm di căn hạch và khả năng nạo vét trong ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật nội soi ở giai đoạn I-II.

2. Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi nạo vét hạch vùng điều trị ung thư phổi giai đoạn trên tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng NC gồm 196 bệnh nhân UTP giai đoạn I-II được PTNS cắt thùy phổi nạo vét hạch tại bệnh viện K

từ 08/2016 đến 12/2018.

***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.** Tất cả BN có chẩn đoán trước mổ là UTPKTBN giai đoạn I-II và được chỉ định PTNS cắt thùy phổi (VATS) với các tiêu chuẩn:

+ Khối u phổi ở gđ T1a; T1b; T2a, T2b, đường kính khối u trên CLVT \leq 5 cm không có hoặc có ít hạch ở giai đoạn N₀N₁;

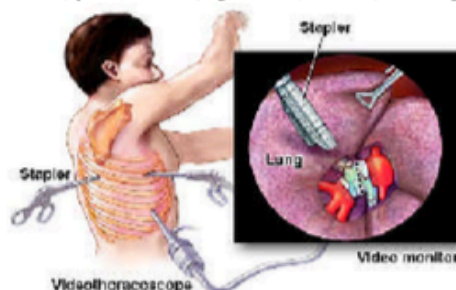
+ Không xâm lấn vào các thành phần như mạch máu, khí quản ...

+ Chức năng thông khí phổi tốt, đảm bảo cho cắt một thùy phổi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiền cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng

2.2.2. Tiến hành phẫu thuật. Chúng tôi thực hiện đường mổ thao tác nhỏ 3-4cm đặt 1 SurgiSleeve (working incision) và 1 hoặc 2 lỗ trocar 10mm: Áp dụng đường mổ thao tác ngay từ đầu, đưa camera vào đánh giá bilan chung toàn bộ phổi, tình trạng khối u, xâm hạch vùng...



VIDEO ASSISTED THORACIC SURGERY: VATS

Trocar số 2 hoặc 3 loại 10 mm cho dụng cụ và scope. Một số trường hợp chỉ đặt 1 trocar kết hợp với 1 đường mổ WI 3-4 cm (nội soi 2 lỗ).

Các ĐM-TM phổi, PQ được phẫu tích tỉ mỉ bằng dao Ligation hoặc SA và được cắt bằng stapler. Phẫu tích nạo vét hạch triệt để tại các chằng N1 N2.

Thùy phổi sau khi được cắt bỏ cho vào 1 túi nilon và lấy ra ngoài qua đường mổ thao tác WI.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 196 BN UTP có 142 nam (72,5%) và 54 nữ (27,5%), độ tuổi trung bình 57,3 cao nhất là 72 thấp nhất là 28.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
IA	28	14,3
IB	95	48,5
IIA	24	12,2
IIB	37	18,9

IIIA	12	6,1
Tổng	196	100,0

Bảng 3.2. Kích thước khối u

Kích thước U	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Khối u ≤ 1cm	12	6,1

1 < Khối u ≤ 2cm	29	14,8
2 < Khối u ≤ 3cm	73	37,2
3 < Khối u ≤ 4cm	44	22,5
4 < Khối u ≤ 5cm	38	19,4
Tổng cộng	196	100

Bảng 3.3. Tỷ lệ di căn vào các nhóm hạch vùng

Di căn \ Nhóm hạch	Hạch N ₁ n (%)	Hạch N ₂ n (%)	Chung n (%)	p
Hạch dương tính	459(29,8)	22(7,4)	481(26,2)	0,0001
Hạch âm tính	1080(70,2)	276(92,6)	1356(73,8)	
Tổng	1539 (100)	298(100)	1837(100)	

Bảng 3.4. Liên quan kích thước hạch với khả năng di căn

Kích thước hạch \ Hạch di căn	Dương tính n (%)	Âm tính n (%)	Tổng n (%)	p
đk: hạch ≤ 5 mm	14(6,8)	192(93,2)	206	0,001
5 < đk: hạch ≤ 10 mm	148 (14,2)	891(85,8)	1039	
10 < đk: hạch ≤ 15mm	228 (38,5)	364(61,5)	592	
Tổng	481(26,2)	1356(73,8)	1837 (100)	

Bảng 3.5. Liên quan mô bệnh học với di căn hạch

Mô bệnh học \ Hạch di căn	Dương tính	Âm tính	Chung	p
UTBM tuyến	273(27,1)	733(72,9)	1006(54,8)	0,001
UTBM vảy	128(24,9)	386(75,1)	514(28,0)	
UTBM tế bào lớn	59(26,9)	160(73,1)	219(11,9)	
UTBM loại khác	22(22,4)	76(77,6)	98(5,3)	
Tổng	481(26,2)	1356(73,8)	1837(100)	

Bảng 3.6. Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
PT cắt thủy phổi nạo vét hạch	189	96,4
PT nội soi chuyển mỡ mỡ	7	3,6
Tổng cộng	196	100

Bảng 3.7. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn I (n=123BN)

Giai đoạn	Số BN (n)	Trung vị (tháng)	95% CI	Thời gian sống thêm			p
				12 th	24 th	36 th	
GD IA	28	38,8	36,63-40,9	100,0	100,0	96,4	0,001
GD IB	95	36,4	35,13-37,8	97,9	94,6	90,5	
GD I	123	36,8	36,3-38,1	98,4	97,5	95,8	

Bảng 3.8. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn II (n=61BN)

Giai đoạn	Số BN (n)	Trung vị (tháng)	95% CI	Thời gian sống thêm			p
				12 th	24 th	36 th	
GD IIA	24	36,07	34,46-37,68	95,8	87,4	79,0	0,04
GD IIB	37	34,3	32,13-36,70	94,5	86,4	70,2	
GD II	61	35,4	33,35-37,1	95,0	86,2	73,8	

Bảng 3.9. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn IIIA (n=12BN)

Giai đoạn	Số BN (n)	Trung vị (tháng)	95% CI	Thời gian sống thêm			p
				12 th	24 th	36 th	
GDIIIA	12	26,07	23,36-29,50	83,3	58,3	41,6	>0,05

Bảng 3.10. Thời gian sống thêm theo các dạng hạch N₀N₁ (n=196BN)

Tình trạng hạch	Số BN (n)	Trung vị (tháng)	95% CI	Thời gian sống thêm			p
				12 th	24 th	36 th	
Hạch N ₀	147	37,9	36,02-38,70	97,9	94,5	89,0	0,01
Hạch N ₁₊₂ [tức N(+)]	49	30,4	27,40-31,68	91,8	79,5	62,2	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm di căn hạch và khả năng nạo vét trong PTNS. Bảng 3.1 cho thấy 196 BN, gđ sớm IA chiếm tỷ lệ thấp 14,3%, gđ IB chiếm tỷ lệ cao nhất 48,5%. Ở gđ IIIA có 6,1%, do các khối u T₁₋₂N₂ trên CLVT phát hiện ra hạch trung thất N₂ nhưng hạch nhỏ 1cm được cho là (-) khi PT nạo vét làm mô bệnh thì kết quả hạch (+) vẫn được đưa vào NC.

Bảng 3.2 khối u đk từ 2-3cm T_{1c}-T_{2a} chiếm 37,2% và 22,5%. Các khối u ở gđ sớm đk ≤ 1cm T_{1a} chiếm tỷ lệ thấp 6,1%. Manser Graham.R và CS (2016) ở gđ sớm IA có tỷ lệ cao 22% và khối u đk ≤ 1cm là 14% bởi tại Anh BN thường phát hiện được bệnh rất sớm, nhiều tổn thương chỉ 0,5 cm đã phát hiện và được PTNS cho kết quả rất tốt sống 5 năm đạt 98 đến 100% [1].

Trong 196 BN nạo vét được 1837 hạch (bảng 3.3), trung bình là 9,2 hạch/1 BN, ít nhất là 4 hạch và nhiều nhất là 18 hạch. Hạch xuất hiện chủ yếu ở chặng N₁ với 83,8%; chặng N₂ với 16,2%. Tỷ lệ hạch (+) 26,2%, trong đó hạch N₁ (+) 29,8%; còn hạch N₂ (+) thấp 7,4% (p=0,0001). Tadasu Kohno và CS (2012) với 160 BN, hạch N₁ di căn 26,2% và hạch N₂ di căn 5%. Kết quả trên cũng tương tự với chúng tôi, tuy nhiên tỷ lệ BN ở gđ sớm, hạch đk ≤ 10 mm cao chiếm 65% tác giả cho rằng tỷ lệ di căn hạch vùng và số lượng hạch phụ thuộc nhiều vào giai đoạn bệnh và phương pháp nạo vét hạch [2].

Ở (bảng 3.4) cho thấy tổng số 1837 hạch chủ yếu hạch có đk từ 5-10 mm. Trong các nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới đều ghi nhận kích thước của các hạch tỷ lệ thuận với khả năng di căn của chúng, hạch có đk ≤ 5 mm tỷ lệ di căn rất thấp 6,8%; hạch đk > 5 - 10 mm di căn là 14,2%; đặc biệt hạch có đk > 10 - 15 mm di căn cao 38,5% (p=0,001). Kết quả này cũng tương tự NC của Tadasu Kohno (2012) [2] và Yu-Jen Cheng (2010) [3].

Bảng 3.5. Kết quả UTBM tuyến 54,8%; UTBM vảy 28%. Trong đó UTBM tuyến có tỷ lệ di căn hạch cao 27,1%; UTBM vảy 24,9%. Yu-Jen Cheng (2010) PTNS tại 2 trung tâm lớn thấy UTBM tuyến hạch di căn (N₁,N₂) là 20,3%; UTBM vảy di căn hạch 19,7%; UTBM tế bào lớn di căn hạch thấp 13,4% nhưng lại hay cho di căn xa. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ di căn hạch theo các type mô bệnh học cao hơn nghiên cứu của Yu-Jen Cheng, do trong nghiên cứu của tác giả này các BN được phát hiện ở gđ sớm, có tới 70,5% là giai đoạn I, vì vậy khi PT nạo vét hạch sẽ gặp tỷ lệ hạch (+) thấp [3].

4.2. Phương pháp và kết quả điều trị.

Bảng 3.6, NC của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là 162 phút, dài nhất là 250 phút, ngắn nhất là 85 phút. Có 189 BN mổ nội soi theo đúng kế hoạch chiếm 94,4%, chuyển mổ mở có 7 BN chiếm 3,6% do hệ thống hạch N₁ N₂ bám dính chặt vào mạch máu (dạng hạch than) gây rách mạch máu.

Yu-Jen Cheng (2010) [3], Dominique Gossot (2018) [4] tỷ lệ chuyển mổ mở từ 2-5% do các nguyên nhân về hạch, mạch máu, biến đổi giải phẫu. Khi gặp khó khăn hoặc trở ngại thì tác giả chủ động chuyển mổ mở để tránh mất thời gian và gây nguy hiểm. Vấn đề nạo vét hạch trong PTNS các tác giả đều có quan điểm giới hạn ở hạch N₁ còn N₂ không khuyến cáo mổ nội soi.

Thời gian sống thêm 3 năm theo gđ: gđ I là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới sống thêm, (Bảng 3.7 và Bảng 3.8) cho thấy sống thêm toàn bộ 3 năm ở các giai đoạn IA, IB lần lượt là 96,4% và 90,5%. Sống 3 năm toàn bộ ở giai đoạn IIA, IIB là 79% và 70,2%, sự khác biệt có ý nghĩa (p= 0,001 và p=0,04). Khi chuyển sang giai đoạn IIIA bảng 3.9 thì kết quả giảm rõ rệt sống 3 năm chỉ còn 41,6% do yếu tố tiền lượng xấu của di căn hạch trung thất N₂.

Di căn hạch là yếu tố có ảnh hưởng lớn đến sự sống còn của BN, bảng 3.10 cho thấy, khi chưa di căn hạch (N₀) sống 3 năm là 89%, khi đã có yếu tố di căn hạch bất kể N₁ hay N₂ thì tỷ lệ này giảm còn 62,2% (p=0,01).

Toshihiro Sato (2015) phân tích đa biến thời gian sống thêm thấy sống 3 năm cho gđ I là 97,5%; gđ II là 76,4%; gđ IIIA là 38,2% và sống 5 năm cho các gđ trên tương ứng 90,6% - 64,5% - 18,9% (p=0,003) [5]. So với các tác giả tỷ lệ sống 2-3 năm ở các giai đoạn I, II có kết quả tương đương với chúng tôi, ở giai đoạn muộn IIIA kết quả giảm rõ rệt. Các tác giả đều có nhận xét là do yếu tố tiền lượng xấu của hạch trung thất N₂. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện nạo vét hạch một cách hệ thống theo bản đồ, nghĩa là tất cả các trạm hạch từ nhóm 1-14 đều được kiểm soát, vì vậy việc nạo vét hạch có ý nghĩa bài bản và mang tính dự phòng cao giảm đáng kể tỷ lệ tái phát.

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt thùy phổi với xu hướng ngày càng phát triển và có khả quan, thường được thực hiện ở gđ sớm với gđ I, II. Đường mổ hỗ trợ WI 3-4 cm đủ để lấy toàn bộ 1 thùy phổi ra ngoài, tạo thuận lợi cho các thao tác mổ.

Nạo vét hạch trong PTNS cũng được áp dụng rộng rãi và an toàn, tỷ lệ hạch (+) là 26,2% và thường được khuyến cáo cho gđ hạch N₀N₁.

Thời gian sống thêm 3 năm ở gđ sớm cho kết quả đáng khích lệ, giai đoạn I đạt 95,8%; giai đoạn II 73,8%. Di căn hạch là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng tới thời gian sống thêm, khi chưa có yếu tố di căn hạch sống 3 năm đạt 89%, khi có yếu tố di căn hạch tỷ lệ này giảm còn 62,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Manser Graham.R, Wright G., Hart D., et al (2016). Effect of tumor size on prognosis in patients with non-small cell lung cancer: the role of lobectomy as a type of lesser resection. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 129, pp. 87-93.
2. Tadasu Kohno, Yasushi Sakamaki, Tetsuo Kido, Motoaki Yasukawa (2012), "Lobectomy with extended lymph node dissection by video assisted thoracic surgery for lung cancer", *Surg. Endosc.*, 11, pp. 354-358.
3. Yu-Jen Cheng, Eing-Long Kim et al (2010). "Video - assisted thoracoscopic major lung resection: indications, technique, and early results: experience from two centers in Asia", *Surg Laparosc Endosc*, 7, pp. 241-244.
4. Dominique Gossot (2018). Video-assisted thoracic surgery lobectomy: Experience with 1,100 cases. *Ann Thorac Surg*, 81, pp. 421-436.
5. Toshihiko Sato, et al (2015). Tumor size predicts survival within stage I- II non - small cell lung cancer. Is VATS Lobectomy Better Perioperatively. Biologically and oncologically. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 63 (12): p.670-701.