

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN SIGMA-TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG CAO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Thái Phúc^{1*}, Lương Văn Nhật²,
Nguyễn Thị Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ung thư trực tràng (UTTT) cao là những trường hợp khối u trực tràng cách rìa hậu môn trên 10cm. Phẫu thuật cắt đoạn sigma-trực tràng có u, vét hạch vùng, nối đại tràng với phần trực tràng còn lại đã được triển khai nhiều năm tại Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt. NC nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật này.

Phương pháp: 51 bệnh nhân UTTT cao được phẫu thuật cắt đoạn sigma-trực tràng nối đại tràng bằng máy nối tiêu hóa tại BVĐK tỉnh Thái Bình từ 1/2019 đến 12/2020. Ghi nhận các số liệu về tuổi, giới, đặc điểm khối u, giai đoạn bệnh; phương pháp mổ, thời gian mổ, tai biến và biến chứng phẫu thuật; Số lần đại tiện sau mổ. Tỷ lệ sống còn, tỷ lệ tái phát, thời gian sống thêm sau mổ.

Kết quả: 51 bệnh nhân UTTT cao được phẫu thuật cắt đoạn sigma-trực tràng, nối đại tràng bằng máy nối tiêu hóa. Tuổi trung bình là 63,9 tuổi. Nam 41,2% và nữ 58,8%. Giai đoạn I, II và III tương ứng là 5,9%; 53% và 41,1%. Phẫu thuật đơn thuần 3,9%; Phẫu thuật kết hợp hoá xạ trị 96,1%. Mổ mở 74,5%; Mổ nội soi 25,5%. Thời gian mổ trung bình 160,2 phút; Thời gian có nhu động ruột trở lại 3,2 ngày; Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là 4,6 ngày; Thời gian nằm viện trung bình là 10,3 ngày; Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mổ mở và mổ nội soi. Rò miệng nối 2%; Nhiễm trùng vết mổ 7,8%. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 17,5 tháng. Số lần đại tiện trung bình 1 năm sau phẫu thuật là 2,1 lần. Tỷ lệ tái phát 3,9%. Tỷ lệ sống còn là 98%. Thời gian sống thêm không bệnh và toàn bộ là 27,2 và 27,6 tháng. Không thấy các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm sau

mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt đoạn sigma-trực tràng, nối đại tràng bằng máy nối tiêu hóa điều trị UTTT cao tại BVĐK tỉnh Thái Bình là phương pháp an toàn, cho kết quả tốt.

Từ khóa: ung thư trực tràng, cắt đoạn Sigma, phẫu thuật

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF RECTOSIGMOIDECTOMY TO TREAT HIGH RECTAL CANCER IN THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objectifs: High rectal cancer is a tumor in the rectum distance 10cm from the anal margin. Rectosigmoidectomy, dissection of metastatic lymph nodes and colorectal anastomosis by stapler have been implemented for many years at Thai Binh Provincial General Hospital with good results. The study was to evaluate the outcome of this surgery. **Methods:** 51 patients with high rectal cancer had rectosigmoidectomy and colorectal anastomosis by stapler in Thai Binh Provincial General Hospital from 1/2019 to 12/2020. Record data on age, sex, tumor characteristics, disease stage; surgical method, operation time, complications and surgical complications; number of bowel movements after surgery. Survival rate, recurrence rate, survival time after surgery. **Results:** 51 patients with high rectal cancer who received rectosigmoidectomy and colorectal anastomosis by stapler. The mean age was 63.9 years old. Male 41.2% and female 58.8%. Stages I, II and III are 5.9%; 53% and 41.1%. Surgery alone 3.9%; Surgery combined with chemotherapy and radiotherapy 96.1%. Open surgery 74.5%; Laparoscopic surgery 25.5%. Average surgery time 160.2 minutes; Time to have bowel movements back 3.2 days; The average duration of pain medication was 4.6 days; The average hospital stay was 10.3 days; There was a statistically significant difference between the results of open surgery and laparoscopic surgery. Leakage of anastomosis 2%; Surgical site infection

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Phúc

Email: phuctt@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/01/2022

Ngày phản biện: 21/02/2022

Ngày duyệt bài: 07/03/2022

7.8%. The mean follow-up time after surgery was 17.5 months. The average number of bowel movements 1 year after surgery was 2.1 times. The recurrence rate was 3.9%. Survival rate is 98%. Overall and disease-free survival was 27.2 and 27.6 months respectively. No factors related to survival after surgery were found.

Conclusion: Rectosigmoidectomy and colorectal anastomosis by stapler to treat high rectal cancer in Thai Binh Provincial General Hospital is a safe method with good results.

Keywords: rectal cancer, Sigma resection, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) cao là những trường hợp khối u cách rìa hậu môn trên 10cm. Theo hướng dẫn của mạng ung thư quốc gia Mỹ (NCCN) 2019, điều trị UTTT theo công thức đa mô thức: Phẫu thuật, hóa chất và tia xạ. Trong đó phẫu thuật là cơ bản nhất [1].

Phẫu thuật cắt đoạn sigma-trực tràng nạo vét hạch là phương pháp phẫu thuật tiết căn đối với UTTT cao [1].

Ngày nay, với sự phát triển của các phương tiện hỗ trợ phẫu thuật máy nối tiêu hóa, nối đại tràng với phần còn lại của trực tràng bằng máy nối tiêu hóa là lựa chọn tốt, rút ngắn thời gian phẫu thuật

Trong những năm gần đây, tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, phẫu thuật mở và nội soi được triển khai song song trong điều trị UTTT cao và đã đạt được những thành tựu nhất định.

Mục tiêu của NC này nhằm: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn sigma-trực tràng điều trị UTTT cao tại BVĐK tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu (NC) gồm 51 bệnh nhân UTTT cao (bờ dưới u cách rìa hậu môn trên 10cm) được phẫu thuật cắt đoạn sigma-trực tràng, nối đại tràng bằng máy nối tiêu hóa tại trung tâm Ung bướu BVĐK tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

51 BN UTTT cao đã được phẫu thuật cắt đoạn sigma-trực tràng nối máy tại Trung tâm Ung bướu BVĐK tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019 thấy độ tuổi trung bình là 63,9±13,7 tuổi, thấp nhất 21 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, tuổi thường gặp từ 61-80 tuổi (52,9%). Nam 41,2% và nữ 62,1%. 100% trường hợp là ung thư biểu mô.

Chọn vào NC những trường hợp:

- UTTT cao giai đoạn I, II, III (Chẩn đoán trước mổ bằng nội soi trực tràng kèm sinh thiết u, chụp cắt lớp vi tính 128 dãy ổ bụng) [2].

- Xạ trị trước mổ với những bệnh nhân có u T4, N1, N2.

- Được phẫu thuật cắt sigma-trực tràng nối đại tràng bằng máy nối.

- Kết quả giải phẫu bệnh lý là ung thư biểu mô trực tràng.

- Loại khỏi nghiên cứu những trường hợp ung thư tái phát và đã di căn xa.

- NC theo phương pháp tiến cứu, mô tả can thiệp, không đối chứng.

Phương pháp phẫu thuật trong NC:

- Cắt mạch mạc treo tràng dưới tận gốc.

- Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

- Cắt đầu trên trực tràng và đặt gối trên máy nối.

- Cắt đầu dưới trực tràng dưới u tối thiểu 2cm.

- Nối đại tràng ống hậu môn bằng máy nối tiêu hóa.

- Quy trình làm giải phẫu bệnh sau phẫu thuật:

- Phẫu tích tất cả các hạch lấy được cùng với trực tràng.

Làm XN khối u trực tràng: Đánh giá xâm lấn của u với thành trực tràng, độ biệt hóa của tế bào ung thư.

- Làm XN hai đầu bệnh phẩm trực tràng: đánh giá vị trí cắt trực tràng trên và dưới u còn tế bào ung thư hay không.

- Làm XN tất cả các hạch lấy được để tìm hạch có di căn ung thư.

- NC tuổi, giới, đặc điểm tổn thương của u trực tràng, phương pháp mổ, thời gian mổ, tai biến, biến chứng; số lần đại tiện sau mổ, tỷ lệ tái phát, tỷ lệ sống còn, thời gian sống thêm sau mổ và một số yếu tố liên quan.

Kết quả NC được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

Bảng 3.1. Đặc điểm khối u trực tràng

Đặc điểm khối u trực tràng		n	%
Hình thái u	Sùi	14	27,4
	Sùi - loét	34	66,7
	Loét	1	2,0
	Polyp ung thư hoá	2	3,9
Kích thước u	< 5cm	35	68,6
	≥ 5cm	16	31,4
Phân loại mô bệnh học	UTBM tuyến	45	88,2
	UTBM tuyến nhày	5	9,8
	UTBM tế bào nhẵn	1	2,0
Độ biệt hoá	Cao	3	5,9
	Vừa	37	72,5
	Kém	11	21,6
Xâm lấn u khối u	T ₁₋₂	3	5,9
	T ₃	15	29,4
	T ₄	33	64,7
Di căn hạch	N ₀	30	58,8
	N ₁	13	21,6
	N ₂	8	15,6
Giai đoạn bệnh	I	3	5,9
	II	27	53
	III	21	41,1

Trong NC thể kết hợp sùi-loét chiếm tỷ lệ lớn nhất 66,7%, tiếp theo là thể sùi 27,4%, thấp nhất là thể polyp ung thư hóa là 3,9% và thể loét là 2,0%. NC của Trần Anh Cường [3] u thể sùi chiếm tỷ lệ 44,8%, thể sùi loét chiếm tỷ lệ 54,3% và thể loét 0,9%.

Theo Shen S.S. và cs [4], ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 84,6%, ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm tỷ lệ 15,4%; tỷ lệ biệt hóa cao là 8,3%, biệt hóa vừa là 74,9% và biệt hóa kém là 16,8%. NC của chúng tôi tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là 98%; Nhóm biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất là 72,5%, tiếp đến là nhóm biệt hóa kém 21,6% và thấp nhất là nhóm biệt hóa cao với 5,9%.

Trong NC, chúng tôi chẩn đoán giai đoạn bệnh theo AJCC 2017 [2], kết quả cho thấy giai đoạn I: 5,9%; giai đoạn II: 53,0%; Giai đoạn III: 41,1%. Kết quả NC của chúng tôi có giai đoạn III tương tự như NC của Yang [5] giai đoạn III: 45,5%.

Bảng 3.2. Phương pháp điều trị

Phương pháp		Số lượng	Tỷ lệ (%)
PP điều trị	Phẫu thuật đơn thuần	2	3,9
	Phẫu thuật + Hoá trị	42	82,4
	Phẫu thuật + Hoá trị + Xạ trị	7	13,7
PP phẫu thuật	Nội soi	13	25,5
	Mở	38	74,5
PP cắt trực tràng	Cắt trước	21	41,2
	Cắt trước thấp	30	58,8

Trong NC chỉ có 3,9% thực hiện phẫu thuật đơn thuần. 86,1% kết hợp điều trị đa mô thức; 25,5% mổ nội soi và 74,5% mổ mở. Theo NC của Trần Anh Cường [3] có 76,7% được điều trị đa mô thức và 25,9% được PTNS.

100% BN trong NC thực hiện miệng nối bằng máy nối tiêu hoá.

Bảng 3.3. Một số đặc điểm bệnh sau mổ

	Chung	PTNS	PT mở	p
Thời gian mổ	160,2±24,7	186,9±23,6	151,0±17,5	0,001
Thời gian dùng thuốc giảm đau	4,6±1,1	3,3±0,5	5,1±0,8	0,001
Thời gian có nhu động ruột	3,2±0,7	2,5±0,5	3,4±0,6	0,001
Thời gian nằm viện sau mổ	10,3±3,1	8,8±4,8	10,8±2,0	0,04
Số lần đại tiện sau 12 tháng	2,1±0,6			

Thời gian phẫu thuật trung bình là 160,2±24,7 phút, thấp nhất là 120 phút, dài nhất là 240 phút. NC của Trần Anh Cường [3] thời gian phẫu thuật trung bình là 154±19,5 phút.

Thời gian dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật trung bình là 4,6±1,1 ngày, thấp nhất là 3 ngày và cao nhất là 6 ngày. NC COST tại Hoa Kỳ ghi nhận thời gian dùng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch ở nhóm PTNS ngắn hơn nhóm PTM ($p < 0,001$) [6].

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật trung bình là 3,2±0,7 ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất 5 ngày. NC của Huang C. [7] là 3,03±1,25 ngày.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 10,3±3,1 ngày. Thấp nhất là 7 ngày và dài nhất là 25 ngày. NC của Huang C. [7] thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật ở bệnh nhân PTNS là 12,2±3,1.

Trong NC của chúng tôi cả 4 yếu tố này đều thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm PTNS và phẫu thuật mở.

Tăng số lần đại tiện sau mổ là nỗi phiền muộn của những bệnh nhân UTTT được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn. Trong NC, số lần đại tiện trung bình chỉ còn 2,1 lần/ ngày sau mổ 1 năm. NC của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước [8], [9], [10].

Bảng 3.4. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng vết mổ	3	5,9
Nhiễm trùng vết mổ và rò miệng nối khu trú không phẫu thuật lại	1	2,0
Bí tiểu	2	3,9

Theo các tác giả, miệng nối ống tiêu hóa ở vị trí càng xuống thấp thì tỷ lệ rò miệng nối càng tăng (từ 3% đến 11%) do mức độ giảm tưới máu miệng nối. Vì vậy, rò miệng nối đại trực tràng là biến chứng hay gặp. Trong NC có 2,0% có rò miệng nối nhưng không phải mổ lại.

Nhiễm trùng vết mổ đường bụng là biến chứng thường gặp trong phẫu thuật mở, trong nghiên cứu có 7,8% trường hợp có nhiễm trùng vết mổ.

Trong NC không có BN phải mổ lại cũng như tử vong trong vòng 30 ngày đầu sau phẫu thuật.

Bảng 3.5. Tỷ lệ tái phát và tử vong

	n	%
Tái phát	2	3,9
Tử vong	1	2,0

Trong NC này, thời gian theo dõi trung bình toàn bộ của nhóm NC là 17,5 tháng, ít nhất 7 tháng và nhiều nhất 27 tháng. Thời gian theo dõi đến khi có tái phát trung bình là 17,3 tháng. Có 2 BN (3,9%) xuất hiện di căn tạng sau phẫu thuật: 1 bệnh nhân xuất hiện di căn gan, phổi (14 tháng sau mổ) và 1 bệnh nhân xuất hiện di căn gan (15 tháng sau mổ). NC của Yamano [8] trên 1953 bệnh nhân UTTT có tỷ lệ tái phát 19,9% trong đó tái phát tại chỗ chiếm 35,7%. NC của Farhat [9] cho thấy tỷ lệ tái phát 28,2%, trong đó tái phát tại chỗ chiếm 35,8%; tái phát miệng nối 18,7%; di căn xa 45,5%

Có 1/51 bệnh nhân tử vong (2,0%) tại thời điểm kết thúc nghiên cứu. Bệnh nhân này tử vong do tái phát di căn gan phổi. NC của Trần Thành Long [10] tỷ lệ tử vong là 13,2%.

Bảng 3.6. Thời gian sống thêm sau mổ

Thời gian sống thêm (tháng)	TB±ĐLC	12 tháng	24 tháng	95%CI
Toàn bộ (OS)	27,6±0,4	100%	96,4%	26,8 - 28,3
Không bệnh (DFS)	27,2±0,5	100%	94,8%	26,2 - 28,2

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 27,6±0,4 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 27,2±0,5 tháng. Do thời gian theo dõi sau mổ trong NC ngắn (dài nhất là 27 tháng) nên số liệu chưa có tính thuyết phục cao.

Khi tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ chúng tôi không thấy các yếu tố ảnh hưởng nhiều đến thời gian sống thêm.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt sigmoi-trực tràng nối máy điều trị UTTT cao tại BVĐK đa khoa tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NCCN Guidelines (2019), "Rectal cancer", National Comprehensive Cancer Network, Inc.
2. Jessup J.M., Goldberg R.M., Asareet E.A., et al. (2017), "Colon and rectum", AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual, 8th ed, Springer New York, pp. 251-274.
3. **Trần Anh Cường**. Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K. Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2017.
4. Shen, S.S., Haupt B.X., Ro J.Y., et al. Number of lymph nodes examined and associated clinicopathologic factors in colorectal carcinoma. Arch Pathol Lab Med. 2009; 133(5): p. 781-6.
5. Yang S.Y., Kang J.H., et al (2019). Operative safety and oncologic outcomes in rectal cancer based on the level of inferior mesenteric artery ligation: a stratified analysis of a large Korean cohort. Ann Surg Treat Res.; 97(5), 254–260.
6. The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. N Engl J Med. 2004; 350: 2050-2059.
7. Huang C., Shen J.-C., Zhang J (2015). Clinical comparison of laparoscopy vs open surgery in a radical operation for rectal cancer: A retrospective case-control study. World J Gastroenterol.; 21(48), 13532–13541.
8. Yamano T., Yamauchi S., Tsukamoto K., et al (2018). Evaluation of appropriate follow-up after curative surgery for patients with colorectal cancer using time to recurrence and survival after recurrence: a retrospective multicenter study. Oncotarget.; 9(39), 25474–25490.
9. Farhat W., Azzaza M., Mizouni A., et al (2019). Factors predicting recurrence after curative resection for rectal cancer: a 16-year study. World J Surg Oncol.; 17(1), 173.
10. **Trần Thành Long** (2020). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng và vét hạch điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng cao tại bệnh viện K năm 2016 - 2018. Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.