KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN VỚI NỘI SOI HỖ TRỢ NẠO VÉT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TIẾN TRIỂN

Đỗ Minh Hùng, Dương Bá Lập**, Phan Thanh Tuấn*, Nguyễn Phú Hữu*, Trần Văn Minh Tuấn***, Vũ Ngọc Anh Tuấn****

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Cắt dạ dày nạo vét hạch với phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm đã được xem là một lựa chọn điều trị lý tưởng. Gần đây, có những báo cáo so sánh giữa phẫu thuật nội soi hỗ trợ và phẫu thuật mở điều trị ung thư dạ dày tiến triển cho kết quả tương đương về mặt ung thư học. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm kiểm nghiệm mức độ dễ dàng, an toàn và khả năng làm sạch ung thư bằng phẫu thuật cắt bán phần dạ dày nạo hạch mở rộng với nội soi hỗ trợ điều trị những ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dạ dày với nội soi hỗ trợ nạo hạch D2. Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn lâm sàng và bệnh học theo hiệp hội ung thư thế giới (UICC) và hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản lần thứ 7.*

Kết quả: *Từ 1/2009 đến 10/2015 có 87 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo hạch D2. Có 4 (5%) u ở thanh mạc (T1b), 8 (9 %) trường hợp u xâm lấn lớp cơ (T2), 35 (40%) trường hợp xâm lấn lớp dưới thanh mạc (T3), và 40 (46%) trường hợp xâm lấn thanh mạc (T4a). Số hạch trung bình nạo được là 35 ± 11 (22 – 45). Mặt cắt trên u trung bình cách xa 6 ± 1 cm, 100% trường hợp mặt cắt trên và dưới u không có có tế bào ung thư. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 275 ± 44 phút (245 – 354), lượng máu mất trung bình là 85 ± 12 ml (30 – 500), và thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 7 ± 2 ngày. Có 11 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp rò tụy nhẹ. Tỉ lệ sống sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm và 5 năm là 100%, 89%, 67%, 60% và 36%.*

Kết luận: *Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo hạch D2 có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển. Bệnh nhân ít đau, thời gian hồi phục và nằm viện được rút ngắn. Thời gian sống thêm sau mổ khả quan.*

Từ khóa: *cắt dạ dày nội soi hỗ trợ, nạo vét hạch D2, ung thư dạ dày tiến triển.*

ABSTRACT

RESULT OF LAPAROSCOPY-ASSISTED DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPH NODE DISSECTION FOR ADVANCED GASTRIC CANCER

Do Minh Hung, Duong Ba Lap, Phan Thanh Tuan, Nguyen Phu Huu, Tran Van Minh Tuan, Vu Ngoc Anh Tuan * Y Hoc Tp.Ho Chi Minh * Supplement of vol.20 – No 2 – 2016 : 256 - 262

Background: *laparoscopy-assisted gastrectomy with lymphadectomy has become an ideal option for the treatment of early gastric cancer. Recently, reports of laparoscopy-assisted gastrectomy with extended lymphadectomy for advanced gastric cancer have shown oncologic equivalence to the open technique. This study was performed to verify the technical feasibility, safety and oncologic efficacy of laparoscopy-assisted gastrectomy with extended lymphadectomy for advanced gastric cancer.*

Materials and methods: *Patients were performed laparoscopy-assisted distal gastrectomy with D2 lymph nodes dissection for advanced gastric cancer. Gastric cancer cases were analyzed according to the American Joint*

* Khoa Ngoại Tiêu Hóa – Bệnh viện Bình Dân Tp Hồ Chí Minh ** Đại học Y Dược TP.HCM
*** Khoa Y – Đại học Quốc Gia TPHCM **** Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Tác giả liên lạc: BS Đỗ Minh Hùng. *ĐT*: 0944112211 *Email*: dominhhung@rocketmail.com

Committee on Cancer classification (seventh edition).

Results: *From 1/2010 to 10/2015, 87 patients were performed laparoscopy-assited distal gastrectomy with D2 lymph nodes dissection for advance gastric cancer, 5% patients were T1b, 9 % patients were T2, 40% patients were T3, and 46% patients were T4a in terms of depth of invasion. The mean number of retrieved lymph nodes were 35 ± 11. The mean proximal resection margins were 6 ± 1 cm. There was no open conversion. The mean operating time was 275 ± 44 min, the mean blood loss was 85 ± 12 ml, and the average length of post-operative was 7 ± 2 days. There was 11 wound infection and a pancreatic fisula. 1-year, 2 – years, 3 – years, 4- years and 5-years overall is 100%, 89%, 67%, 60% and 36%respectively.*

Conclusion: *Laparoscopy-assisted distal gastrectomy with extended lymphadenectomy for advanced gastric cancer appears to be a feasible and safe procedure. Patients have less pain, faster recovery and shorter hospital stay. Long term results is initially satisfactory.*

Keywords*: laparoscopy-assisted gastrectomy with D2 lymphadectomy,advanced gastric cancer*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là ung thư thường gặp đứng hàng thứ 4 và là nguyên nhân tử vong do ung thư đứng hàng thứ 2 trên thế giới[2,5]. Mặc dầu có sự tiến bộ về mặt hóa trị và liệu pháp nhắm trúng đích, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị ung thư dạ dày hiệu quả. Việc phẫu thuật lấy hoàn toàn tổn thương về đại thể và vi thể cùng với nạo hạch hệ thống hay khu trú là lựa chọn hàng đầu cho ung thư dạ dày vẫn còn phẫu thuật được.

Trong một thời gian dài, phẫu thuật cắt dạ dày mở là lựa chọn duy nhất cho phẫu thuật ung thư dạ dày. Những thập niên gần đây, phẫu thuật ít xâm lấn, bao gồm phẫu thuật nội soi và nội soi tiêu hóa ngày càng được sử dụng rộng rãi. Đối với ung thư dạ dày giai đoạn sớm, bệnh nhân với ít nguy cơ của di căn hạch, phẫu thuật qua nội soi tiêu hóa như EMR (cắt niêm mạc) hoặc ESD (cắt dưới niêm mạc đã trở thành lựa chọn hàng đầu ở Nhật Bản và Hàn Quốc[14].

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày được thực hiện lần đầu tiên bởi Kitano[11], cho đến nay, nó không ngừng phát triển nhanh chóng và sử dụng rộng rãi cho điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm. So sánh với mổ mở, phẫu thuật nội soi ít mất máu, biến chứng phẫu thuật ít hơn, hồi phục nhu động ruột nhanh hơn, nằm viện ngắn hơn và tỉ lệ tái phát là tương đương[20,21]. Mặc dầu kết quả lâu dài về mặt ung thư học của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vẫn còn tiếp tục nghiên cứu phase III, phẫu thuật nội soi cho ung thư dạ dày giai đoạn sớm được phổ biến rộng rãi ở các nước Đông Á (Trung quốc, Nhật Bản và Hàn Quốc).

Tuy nhiên, phẫu thuật cắt dạ dày nội soi cho ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển vẫn còn nhiều bàn cãi. Hiệu quả an toàn về mặt ung thư của phẫu thuật nội soi trong ung thư dạ dày tiến triển vẫn còn đang được nghiên cứu. Có một số các nghiên cứu đang được thực hiện để đánh giá sự an toàn và tính khả thi của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển ở vùng Đông Á.

Nghiên cứu này thực hiện nhằm mục đích đánh giá kết quả trung và dài hạn sau phẫu thuật cắt bán phần dạ dày nội soi nạo hạch D2 trong điều trị ung thư dạ dày tiến triển.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng. Đối tượng là các trường ung thư dạ dày nhập viện tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Bình Dân từ 1/2010 đến 10/2015 mà chúng tôi trực tiếp phẫu thuật. Chúng tôi chỉ chọn các bệnh nhân có ung thư dạ dày ở 1/3 dưới, bướu chỉ hạn chế ở thanh mạc, chưa có di căn đại thể ở gan và phúc mạc trên phim CT scan và khi thám sát nội soi. Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn lâm sàng và bệnh học theo hiệp hội ung thư thế giới (UICC) và hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản lần

thứ 7[9]. Chúng tôi theo dõi bệnh nhân qua tái khám, ghi chép hồ sơ và liên lạc bằng điện thoại.

Kỹ thuật

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao, dạng 2 chân. Phẫu thuật viên bên trái bệnh nhân. Chúng tôi sử dụng 4 trocars. 1 trocar 10-mm ở rốn cho camera, 1 trocar 10-mm ở hạ sườn trái đường nách trước, 2 trocars 5-mm ở đường nách trước phải và trái ở mức ngang rốn.

Chúng tôi thực hiện nạo vét hạch kiểu D2 theo AJCC 7[9]. Phẫu tích lấy toàn bộ mạc nối lớn bắt đầu từ giữa đi sang góc gan, sau đó phẫu tích sang trái lên tới cực trên của lách phía bờ cong lớn lấy toàn bộ nhóm hạch 4d, 4sb. Phẫu tích thấy rõ các tĩnh mạch mạc treo tràng trên, đại tràng giữa; phẫu tích nhóm hạch mạch máu vị mạc nối phải tận gốc lấy nhóm hạch 6. Tiếp theo chúng tôi cắt lá mạc nối vị-gan phẫu tích vùng rốn gan lấy nhóm hạch 12a. Nhóm hạch mạch máu vị phải số 5 được lấy sát gốc. Cắt tá tràng dưới môn vị khoảng 1-2cm bằng stapler Echelon 60. Phẫu tích lấy nhóm hạch mạch máu vùng đầu tụy 11p, vị trái 7, thân tạng 9, và gan chung 8. Phẫu tích theo cột trụ phải cơ hoành lên thực quản-dạ dày lấy hết nhóm hạch 1, 3a, 3b. Mở 1 đường thượng vị 4-5cm, đưa toàn bộ phần dưới dạ dày mang u cùng mạc nối lớn, hạch ra ngoài. Cắt dạ dày trên u, nối vị tràng kiểu Billroth II được thực hiện ngoài ổ bụng.

KẾT QUẢ

Từ 1/2010 đến 10/2015 có 87 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dạ dày có nội soi hỗ trợ nạo hạch D2.

Trong số 87 bệnh nhân có 48 nam (56%), 39 nữ (44%), với tuổi trung bình 53,12 ± 10,8 (32 – 79).

Bảng 1 *Đặc điểm lâm sàng bệnh học*

		N = 87	Tỉ lệ %
Tuổi		53,12 ± 10,8 (32 – 79)	
Giới tính	Nam	48	56
	Nữ	39	44
Bệnh lý đi kèm	CHA	8	9
	TĐ	3	3
	Khác	2	2
BMI (kg/m^2)	Trung bình	20,7	
	< 18,5	24	27
	18,5 – 24,9	53	61
	≥ 25	10	12
Đánh giá giai đoạn lâm sàng	T1	4	5
	T2	8	9
	T3	35	40
	T4a	40	46

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được cắt bán phần dưới dạ dày nối vị tràng kiểu Billroth II, với 20 trường hợp khâu tăng cường mõm tá tràng (23%). Không có trường hợp nào chuyển mổ mở.

Bảng 2 *Kết quả phẫu thuật*

		N=87
Thời gian phẫu thuật (phút)		275 ± 44 (245 – 354)
Lượng máu mất (ml)		85 ± 12 (30 – 500)
Chiều dài vết mổ (cm)		6 ± 1
Kích thước của u (cm)		6 ± 2
Số hạch được nạo		35 ± 11 (22 – 45)
Dạng ung thư	Ruột/lan tỏa	67/21
Mặt cắt		Không có tế bào ung thư
Bờ cắt trên		6 ± 1 (5-10)
Đánh giá giai đoạn sau mổ	IA/IB/II/III	7/23/44/13
Thời gian trung tiện lần đầu (giờ)		32 ± 12 giờ
Thời gian nằm viện (ngày)		7 ± 2 ngày
Biến chứng sớm	Nhiễm trùng vết mổ	11 (13%)
	Rò tụy	1 (1%)

Chúng tôi theo dõi sau khi phẫu thuật bằng việc tái khám theo hẹn, hóa trị theo phác đồ của khoa Ung Bướu bệnh viện Bình Dân, có sự kết hợp giữa 2 khoa trong việc theo dõi bệnh nhân. Trường hợp lâu nhất mà chúng tôi theo dõi được

là 62 tháng và có 3 trường hợp vừa mới phẫu thuật trong 1 tháng.

Có 5 trường hợp trong thời gian theo dõi chết không do nguyên nhân liên quan đến phẫu thuật (2 trường hợp chết do TNGT, 2 trường hợp chết do TBMMN, 1 trường hợp chết do bệnh tim.). Có 4 trường hợp tái phát (hai trường hợp thấy tái phát tại miệng nối vào tháng thứ 15 và tháng thứ 26 sau phẫu thuật, một trường hợp thấy di căn khắp ổ bụng vào tháng thứ 18 sau phẫu thuật và chết sau đó 1 tháng, một trường hợp di căn phổi).

Bảng 3: *Thời gian sống thêm*

Thời điểm theo dõi	Số BN đủ thời gian	BN sống	BN chết	Mất dấu	Tỷ lệ sống (%)
5 năm	11	4	2	5	36%
4 năm	20	12	5	3	60%
3 năm	31	21	4	6	67%
2 năm	49	44	1	4	89%
1 năm	70	70	0	0	100%

BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi đã chứng tỏ có nhiều thuận lợi hơn so với phẫu thuật mở, thời gian hồi phục nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, lượng máu mất ít hơn. Trong 2 thập kỉ gần đây, sử dụng phẫu thuật nội soi tiếp tục phát triển và nó được thực hiện để điều trị các bệnh lý lành tính và ác tính. Cắt dạ dày nội soi để điều trị ung thư dạ dày đã được các tác giả Nhật Bản thực hiện từ những năm 1994 (Kitano)[13], cho đến nay, số lượng bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật này ngày càng nhiều và được công nhận như một lựa chọn thích hợp cho ung thư dạ dày giai đoạn sớm[13,25].

Tại Nhật, nạo hạch D2 xem như tiêu chuẩn trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển[15].Với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển thì vẫn còn nhiều tác giả e ngại về vấn đề nạo hạch nội soi đòi hỏi nhiều kinh nghiệm, kỹ năng, kiên nhẫn và thời gian[13,22,25]. Do đó, hầu hết các phẫu thuật viên chỉ thực hiện cắt dạ dày nội soi hỗ trợ cho những ung thư giai đoạn sớm với số nhóm hạch cần nạo vét không nhiều.

Mặc dù còn những e ngại về tính an toàn, hiệu quả, đảm bảo về nguyên tắc phẫu thuật ung thư nhưng nhiều tác giả cũng đã cố gắng từng bước mở rộng chỉ định phẫu thuật cho những ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển. Những báo cáo gần đây cho thấy nạo hạch D2 qua nội soi cho những ung thư dạ dày tiến triển thì an toàn, khả năng làm sạch ung thư không thua kém mổ mở nếu phẫu thuật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên kinh nghiệm[7,13,22,23,24,25].

Huscher và cộng sự[6] đã báo cáo tiền cứu so sánh phẫu thuật cắt dạ dày nội soi với mổ mở cho ung thư giai đoạn sớm hoặc tiến triển với kết quả như nhau về mặt ung thư.

Shuang[25] báo cáo phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo vét hạch chỉ có bệnh nhân ung thư dạ dày xâm lấn ra thanh mạc (60%) so với 35 bệnh nhân trong nhóm mổ mở cho kết quả về mặt ung thư tương tự bao gồm tỉ lệ biến chứng sớm và muộn và tỉ lệ sống sau 50 tháng theo dõi.

Pak[16] trong một nghiên cứu về kết quả lâu dài về mặt ung thư của lần lượt 714 trường hợp cắt dạ dày nội soi cho kết quả sống 5 năm toàn bộ của ung thư dạ dày tiến triển xâm lấn lớp cơ (T2) là 89,6%, xâm lấn dưới thanh mạc (T3) là 76,9% và xâm lấn thanh mạc (T4a) là 69,9%. Thực tế tại Việt nam, tỉ lệ ung thư dạ dày được phát hiện sớm là cực thấp, hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày ở giai đoạn tiến triển.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 53 ± 11 (32 – 79), bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 32 tuổi và lớn tuổi nhất là 79 tuổi. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi cắt dạ dày có thể thực hiện an toàn đối với bệnh nhân lớn tuổi nhằm mục đích giảm thời gian hồi phục sau mổ để tránh các biến chứng toàn thân sau mổ. Việc xuất hiện nhiều bệnh nhân trẻ tuổi, có lẽ báo động về tình hình ung thư đang trẻ hóa, tình trạng môi trường và thói quen ăn uống ở nước ta.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp u ở thanh mạc (5%), 8 (9%) trường hợp u xâm lấn lớp cơ (T2), 35 (40%) trường hợp xâm lấn lớp dưới thanh mạc (T3), và 40 (46%) trường hợp xâm lấn thanh mạc (T4a). Thực tế đánh giá TNM trước mổ tại Việt Nam còn nhiều thiếu sót

đặc biệt là N vì thế trong lúc thám sát qua nội soi, nếu T không phải là T4b (lấn cơ quan kế cận), không thấy di căn (M0), không thấy rõ hạch trong lúc thám sát thì chúng tôi vẫn tiến hành phẫu thuật nội soi cắt dạ dày.

Đối với thì phẫu tích lấy các chặng hạch 12a, 8, 9, 11p đòi hỏi phải hết sức cẩn trọng, chính xác cao, là thì phẫu thuật khó vì phẫu trường bị giới hạn, liên quan đến các mạch máu lớn, mạch máu chính, thần kinh. Trong tất cả các trường hợp, chúng tôi luôn áp dụng phương pháp vén gan trái theo kiểu của Tanigawa giúp cho phẫu trường rộng rãi hơn, có thêm 1 kênh thao tác trợ giúp, mạc nối vị -gan căng để dễ dàng cho việc phẫu tích vét hạch 12a.

Chúng tôi phẫu tích các chặng hạch trên tụy theo thứ tự 11p, 9, 7, 8 từ phía bên trái của nếp tụy-dạ dày trái ở bề trên của chặng hạch số 9. Kiểu phẫu tích này thực hiện dễ dàng hơn, không cần di động luồn vòng qua mạch máu và phẫu trường khô sạch hơn[5]. Trong phẫu tích hạch trên tụy nội soi thường quy, các động mạch gan chung và động mạch lách thường được di động và luồn qua, phẫu tích bắt đầu từ phải sang trái 8a, 9, 11p.

Tuy nhiên, do có quá nhiều mạch máu và bạch huyết ở chặng hạch 8a, việc phẫu trường bị che mờ bởi máu và bạch huyết gây khó khăn hơn cho phẫu tích các chặng hạch sau thường xảy ra[5]. Chúng tôi chỉ nạo hạch 14v khi ung thư ở môn vị và có bằng chứng di căn hạch. Khi nạo hạch số 6 đòi hỏi phải mở bao tụy, phải phẫu tích cẩn thận vì dễ chảy máu.

Trong nghiên cứu của Fukunaga[4], tác giả đã phẫu thuật cho 391 trường hợp cắt dạ dày nạo hạch D1+α, D1+β, và D2 bằng cách tiếp cận từ bên trái mà không cắt tá tràng có thời gian phẫu thuật ngắn hơn, lượng máu mất ít hơn với tỉ lệ biến chứng thấp hơn theo phương pháp nạo vét hạch thông thường.

Zhao Y et al[22] báo cáo 321 trường hợp cắt dạ dày nạo hạch D2 với số hạch trung bình vét được 33.2 so với nhóm mổ mở là 32,8. Pugliese[17] trong báo cáo cắt dạ dày nội soi nạo vét hạch D2 có số hạch vét được trung bình là 31, không khác biệt so với nhóm mổ mở. Hwang[8] thực hiện phẫu thuật nội soi nạo hạch D2 cho 45 bệnh nhân ung thư dạ dày tiến triển có số hạch trung bình vét được là 35,6 và bờ cắt trên trung bình là 6,3cm, cho thấy không có sự khác biệt so với nhóm mổ mở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số hạch trung bình nạo vét được là 35 ± 11 (22 - 45) và bờ cắt trên trung bình là 6 ± 1 (5-10) và 100% không có tế bào ung thư. Trong những trường hợp ung thư dạng thâm nhiễm lan tỏa (24%), việc xác định chính xác u khá khó khăn nên chúng tôi chủ động cắt bờ trên khá cao. Số hạch vét được khá nhiều, cho kết quả tương đương với những tác giả nước ngoài và cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả trong nước như Đỗ Văn Tráng, Phạm Đức Huấn[3,17].

Trong các nghiên cứu, việc nạo vét hạch qua nội soi làm kéo dài thời gian mổ hơn khi so sánh với mổ mở có nạo vét hạch nhưng lượng máu mất gần như không đáng kể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình 275 ± 44 phút (245 – 354), lượng máu mất trung bình là 85 ± 12 (30 – 500). Pugliese[18] thực hiện cắt dạ dày nội soi cho 70 bệnh nhân kèm nạo vét hạch D2 có thời gian phẫu thuật trung bình là 235 phút, lượng máu mất 148 ml. Các tác giả đều đồng ý rằng thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào thể tạng bệnh nhân (bệnh nhân mập thường có thời gian phẫu thuật dài hơn), vào dụng cụ phẫu thuật nội soi (dao cắt siêu âm giúp phẫu thuật nhanh, cầm máu tốt, trang thiết bị phẫu thuật nội soi đúng chuẩn, màn hình rõ, sáng giúp phẫu thuật nhanh hơn), kiểu nạo vét hạch, và sự lành nghề của phẫu thuật viên. Với kỹ năng ngày càng thành thạo, việc nạo vét hạch sẽ được nhanh hơn, chính xác hơn, ít mất máu hơn.

Theo nghiên cứu của Ryu[19] phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo vét hạch cho 347 bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm có tỉ lệ biến chứng trong mổ là 2,6%, biến chứng sớm 6,1%, và biến chứng muộn 2,9%, trong đó 2 yếu tố nguy cơ

chính cho biến chứng phẫu thuật là mức độ nạo vét hạch và kinh nghiệm phẫu thuật của phẫu thuật viên. Biến chứng liên quan trong phẫu thuật thường là chảy máu cho nên phẫu thuật phải hết sức cẩn trọng nhất là những phẫu thuật viên trong giai đoạn đầu của quá trình thực hiện. Tuy nhiên, 2 yếu tố này gần như không liên quan đến biến chứng với một phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm[10]. Theo Kim[1,10], biến chứng thường gặp của mổ mở cắt dạ dày nạo hạch là tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ, dò tụy, áp xe ổ bụng. Trong nghiên cứu của Bo[1], tỉ lệ biến chứng trong mổ là 5% chủ yếu là chảy máu do tổn thương mạch máu phải chuyển mổ mở, biến chứng sau mổ là 7% trong đó rò mõm tá tràng gặp nhiều nhất (2,3%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ, điều trị nội khoa, chăm sóc vết mổ. Biến chứng nhiễm trùng có lẽ liên quan đến việc phải thực hiện khâu nối tiêu hóa qua vết mổ nhỏ che chắn không tốt. Có 1 trường hợp rò tụy nhẹ, bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa. Biến chứng này có thể do khi nạo hạch trên tụy, chúng tôi đả làm tổn thương tụy nhưng không phát hiện.

Chúng tôi cũng nhận thấy cắt dạ dày nạo vét hạch qua nội soi đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như thẩm mỹ, ít đau, bệnh nhân có thể tự vận động đi lại sớm mà không cần sự hỗ trợ của người khác, thời gian trung tiện và ăn lại bằng đường miệng sớm, thời gian nằm viện ngắn tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác.

Các nghiên cứu của các tác giả đều cho thấy phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo hạch D2 là an toàn và khả thi, có một số lợi ích hơn mổ mở, thậm chí thực hiện an toàn cho những bệnh nhân lớn tuổi[4,12,26]. Tuy nhiên điều này phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm, trình độ của phẫu thuật viên cũng như trang thiết bị dụng cụ phẫu thuật.

Tỷ lệ sống sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm lần lượt là 100%, 89%, 67%, 60% và 36%. Vì phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo hạch D2 ở Việt Nam chỉ mới phát triển, nên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả lâu dài sau phẫu thuật. Thời gian sống thêm sau 5 năm trong nghiên cứu này khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Đức Huấn[17]. Tuy nhiên rất khó so sánh vì tỉ lệ bệnh khác nhau ở các giai đoạn trong nhóm nghiên cứu. Các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới cho tỉ lệ sống giữa hai nhóm phẫu thuật nội soi và mổ mở là không khác biệt. Tỷ lệ sống sau năm năm thường trên 50%. Tỉ lệ sống 5 năm của chúng tôi dưới 50% có thể lý giải là do tỉ lệ mất tin cao (46%). Chúng tôi liên hệ với bệnh nhân và thân nhân bằng số điện thoại, hiện tại ở VN việc sử dụng số điện thoại khuyến mãi rất nhiều nên tỉ lệ mất tin cao.

Chúng tôi có 2 trường hợp tái phát tại miệng nối, cả 2 trường hợp này khi phẫu thuật ung thư ở giai đoạn III và khối u ở vị trí bờ cong nhỏ dạ dày. Do đó để giảm thiểu nguy cơ tái phát tại chỗ trong ung thư dạ dày tiến triển nên đảm bảo bờ mặt cắt trên và dưới u khi phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo hạch D2 là phương pháp có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày tiến triển, có được ưu điểm của PTNS mà vẫn bảo đảm nguyên tắc an toàn về ung thư học. Có thể thực hiện phẫu thuật này ở những cơ sở có trang thiết bị tốt, phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bo T, Zhihong P, Peiwu Y, Feng Q, Ziqiang W, et al. (2009), General complications following laparoscopic-assisted gastrectomy and analysis of techniques to manage them. Surg Endosc, 23 (8), pp. 1860-5.
2. De Martel C, Forman D, Plummer M. (2013), Gastric cancer: epidemiology and risk factors. Gastroenterol Clin North Am, 42 (2), pp. 219-40.
3. Đỗ. Văn Tráng, và cs. (2009), Kỹ thuật nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị. Y học thực hành, 2, pp. 644-645.
4. Fukunaga T, Hiki N, Tokunaga M, Nohara K, Akashi Y, et al. (2009), Left-sided approach for suprapancreatic lymph node dissection in laparoscopy-assisted distal gastrectomy without duodenal transection. Gastric Cancer, 12 (2), pp. 106-12.

5. Hayashi H, Ochiai T, Shimada H, Gunji Y. (2005), Prospective randomized study of open versus laparoscopy-assisted distal gastrectomy with extraperigastric lymph node dissection for early gastric cancer. Surg Endosc, 19 (9), pp. 1172-6.
6. Huscher CG, Mingoli A, Sgarzini G, Sansonetti A, Di Paola M, et al. (2005), Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five-year results of a randomized prospective trial. Ann Surg, 241 (2), pp. 232-7.
7. Hwang SH, Park do J, Jee YS, Kim MC, Kim HH, et al. (2009), Actual 3-year survival after laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer. Arch Surg, 144 (6), pp. 559-64; discussion 565.
8. Hwang SI, Kim HO, Yoo CH, Shin JH, Son BH (2009), Laparoscopic-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer. Surg Endosc, 23 (6), pp. 1252-8.
9. Japanese Gastric Cancer Association (2011), Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. Gastric Cancer, 14 (2), pp. 101-12.
10. Kim MC, Kim W, Kim HH, Ryu SW, Ryu SY, et al. (2008), "Risk factors associated with complication following laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer: a large-scale korean multicenter study". Ann Surg Oncol, 15 (10), pp. 2692-700.
11. Kitano S, Iso Y, Moriyama M, Sugimachi K (1994), Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. Surg Laparosc Endosc, 4 (2), pp. 146-8.
12. Kunisaki C, Makino H, Takagawa R, Oshima T, Nagano Y, et al (2009), Efficacy of laparoscopy-assisted distal gastrectomy for gastric cancer in the elderly. Surg Endosc, 23 (2), pp. 377-83.
13. Lee J, Kim W (2009), Long-term outcomes after laparoscopy-assisted gastrectomy for advanced gastric cancer: analysis of consecutive 106 experiences. J Surg Oncol, 100 (8), pp. 693-8.
14. Lee JH, Han HS, Lee JH (2005), A prospective randomized study comparing open vs laparoscopy-assisted distal gastrectomy in early gastric cancer: early results. Surg Endosc, 19 (2), pp. 168-73.
15. Noshiro H, Shimizu S, Nagai E, Ohuchida K, Tanaka M. (2003), Laparoscopy-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer: is it beneficial for patients of heavier weight? Ann Surg, 238 (5), pp. 680-5.
16. Pak KH, Hyung WJ, Son T, Obama K, Woo Y, et al. (2012), Long-term oncologic outcomes of 714 consecutive laparoscopic gastrectomies for gastric cancer: results from the 7-year experience of a single institute. Surg Endosc, 26 (1), pp. 130-6.
17. Phạm Đức Huấn, Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Văn Tráng, (2012), Kết quả phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nạo vét hạch D2 nội soi. Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, Kết quả phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nạo vét hạch D2 nội soi. Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, 2(1), pp. 29 - 33.
18. Pugliese R, Maggioni D, Sansonna F, Costanzi A, Ferrari GC, et al. (2010), Subtotal gastrectomy with D2 dissection by minimally invasive surgery for distal adenocarcinoma of the stomach: results and 5-year survival. Surg Endosc, 24 (10), pp. 2594-602.
19. Ryu KW, Kim YW, Lee JH, Nam BH, Kook MC, et al. (2008), "Surgical complications and the risk factors of laparoscopy-assisted distal gastrectomy in early gastric cancer". Ann Surg Oncol, 15 (6), pp. 1625-31.
20. Shen L, Shan YS, Hu HM, Price TJ, Sirohi B, et al. (2013), "Management of gastric cancer in Asia: resource-stratified guidelines". Lancet Oncol, 14 (12), pp. e535-47.
21. Shuang J, Qi S, Zheng J, Zhao Q, Li J, et al. (2011), "A case-control study of laparoscopy-assisted and open distal gastrectomy for advanced gastric cancer". J Gastrointest Surg, 15 (1), pp. 57-62.
22. Siegel R., Desantis C., Jemal A. (2014), "Colorectal cancer statistics, 2014". CA Cancer J Clin, 64 (2), pp. 104-17.
23. Singh KK, Rohatgi A, Rybinkina I, McCulloch P, Mudan S (2008), "Laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: early experience among the elderly". Surg Endosc, 22 (4), pp. 1002-7.
24. Uyama I, Sugioka A, Matsui H, Fujita J, Komori Y, et al. (2000), "Laparoscopic D2 lymph node dissection for advanced gastric cancer located in the middle or lower third portion of the stomach". Gastric Cancer, 3 (1), pp. 50-55.
25. Zhao Y, Yu P, Hao Y, Qian F, Tang B, et al. (2011), "Comparison of outcomes for laparoscopically assisted and open radical distal gastrectomy with lymphadenectomy for advanced gastric cancer". Surg Endosc, 25 (9), pp. 2960-6.
26. Ziqiang W., Feng Q., Zhimin C., Miao W., Lian Q., et al. (2006), "Comparison of laparoscopically assisted and open radical distal gastrectomy with extended lymphadenectomy for gastric cancer management". Surg Endosc, 20 (11), pp. 1738-43.

Ngày nhận bài báo: *28/11/2015*
Ngày phản biện nhận xét bài báo: *16/12/2015*
Ngày bài báo được đăng: *22/02/2016*