

SO SÁNH PHẪU THUẬT ROBOT VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN - KẾT QUẢ SỚM

Nguyễn Phú Hữu*, Trần Vĩnh Hưng *

TÓM TẮT:

Mở đầu: Pigazzi [1] và cộng sự năm 2006 đã báo cáo trường hợp đầu tiên cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: Total Mesorectal Excision) do ung thư trực tràng thấp sử dụng hệ thống phẫu thuật robot da Vinci. Sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng là kỹ thuật mới tại Việt Nam. Bệnh viện Bình Dân bắt đầu sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng vào tháng 11 năm 2016. Mục đích của nghiên cứu này là so sánh kết quả phẫu thuật ngắn hạn cũng như kết quả về ung thư học giữa phẫu thuật robot và phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng.

Thiết kế: Nghiên cứu so sánh tiền cứu không ngẫu nhiên được thực hiện trên bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật robot hoặc phẫu thuật nội soi (PTNS) từ tháng 12/2017 đến 12/2019 tại bệnh viện Bình Dân

Kết quả: Có 80 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm: 40 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trước thấp bằng robot (R-LAR: robotic low anterior resection) và 40 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trước thấp bằng nội soi (L-LAR: laparoscopic low anterior resection). Không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về: tuổi tác, giới tính, BMI, ASA, giai đoạn lâm sàng, số lượng hạch bạch huyết, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện. Lượng mất máu thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm phẫu thuật robot so với nhóm nội soi (trung bình: 41 so với 74 ml, $p = 0,039$). Tỷ lệ chuyển đổi mở là 2,5% trong nhóm L-LAR và 0% trong nhóm R-LAR ($p = 0,16$). Diện cắt vòng quanh (CRM: circumferential resection margin) dương tính trong 15% nhóm L-LAR so với 10% nhóm R-LAR ($p = 0,23$). Chất lượng bao mạc treo trực tràng (TME) nguyên vẹn 85% trong nhóm R-LAR và 82,5% trong nhóm L-LAR ($p = 0,59$). Tỷ lệ biến chứng sau mổ của hai nhóm tương đương nhau.

Kết luận: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng phẫu thuật robot trong điều trị ung thư trực tràng là một phẫu thuật an toàn và khả thi. Kết quả ngắn hạn nhóm phẫu thuật robot cho thấy ít mất máu hơn, tỷ lệ chuyển đổi mở thấp hơn, thời gian trung tiện sớm hơn so với nhóm PTNS. Các kết quả ngắn hạn khác tương đương giữa hai nhóm.

Từ khóa: phẫu thuật Robot hỗ trợ, phẫu thuật nội soi, ung thư trực tràng, cắt trước thấp.

ROBOTIC- ASSISTED VERSUS CONVENTIONAL LAPAROSCOPIC APPROACH FOR RECTAL CANCER SURGERY AT BINH DAN HOSPITAL: SHORT- TERM OUTCOMES

Huu Nguyen Phu *, Vinh Hung Tran *

ABSTRACT:

Background: The first case TME for low rectal cancer using robot da Vinci Surgical System that were reported in 2006 by Pigazzi et al [1]. Using robot in rectal cancer surgery is a new technique in Vietnam. Binh Dan hospital has started using robotics in rectal cancer surgery since November 2016. The purpose of this study is to compare the short-term operative as well as oncologic outcomes of robotic-assisted and laparoscopic crectal cancer resections.

* Bệnh viện Bình Dân, 371 Điện Biên Phủ, phường 4, quận 3, TP. Hồ Chí Minh

Materials and methods: This were a prospective non-randomized comparative study conducted on patients with rectal cancer undergoing either robotic-assisted or laparoscopic surgery from December 2017 to December 2019 at Binh Dan hospital.

Results: There were 80 patients include: 40 patients underwent robotic low anterior resection (R-LAR) and 40 patients underwent laparoscopic low anterior resection (L-LAR). No significant differences exist between both groups in terms of age, gender, BMI, ASA, clinical stage, harvested lymph nodes, the time to flatus passage, length of hospital stay. Estimated blood loss was evidently lower in the robotic than in the laparoscopic group (median: 41 versus 74ml, $p=0.039$). The open conversion rate was 2,5% in the L-LAR group and 0% in the R-LAR group ($p=0.16$). Involvement of circumferential resection margin (CRM) was positive in 15% in the L-LAR group compare to 10% in the R-LAR group ($p=0.23$). Total mesorectal excision (TME) quality was completed in 85% in R-LAR and 82,5% in L-LAR ($p=0.59$). The overall postoperative complication rates were similar between the two groups.

Conclusion: In our study, using robotic surgery in rectal cancer treatment is a safe and feasible procedure. Short-term outcomes of robotic surgery for rectal cancer were less estimated blood loss, lower open conversion rate, earlier flatus passage than laparoscopic surgery. Other short-term outcomes were similar between the two groups.

Key words: Robotic-assisted, Laparoscopic, Rectal cancer, Lower anterior resection.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một ung thư thường gặp của đường tiêu hóa và phẫu thuật là phương pháp điều trị chính yếu hiện nay. Các phương pháp phẫu thuật đã phát triển dần dần từ phương pháp mở (đường mổ lớn) đến các phương pháp xâm lấn tối thiểu. Phẫu thuật nội soi với kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) đã trở thành kỹ thuật tiêu chuẩn trong phẫu thuật ung thư trực tràng trong những thập niên gần đây. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi còn tồn tại một khó khăn nhất định trong một số trường hợp không gian hẹp của xương chậu, dụng cụ nội soi giới hạn phạm vi chuyển động, run tay cũng như camera hai chiều (2D) và cần người phụ mổ chuyên nghiệp. Hệ thống robot da Vinci® được sử dụng trong nghiên cứu này có tầm nhìn ba chiều (3D), nâng cao tầm nhìn độ nét cao với lên đến 12 lần phóng đại, các dụng cụ robot có thể gập, duỗi và xoay giống như bàn tay của phẫu thuật viên tuy nhiên các cánh tay này rất nhỏ có thể thao tác tốt trong không gian chật hẹp của vùng chậu [1],[2]. Bệnh viện Bình Dân bắt đầu sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng từ tháng 11/2016. Mục đích của nghiên cứu này là so sánh kết quả phẫu thuật ngắn hạn cũng như kết quả về ung thư học giữa phẫu thuật robot và phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng.

Bệnh viện Bình Dân triển khai phẫu thuật robot trong ung thư đại trực tràng từ cuối năm 2016, sau khi trải qua đường cong huấn luyện robot bao gồm: Đầu tiên chúng tôi học online trên trang chủ của hệ thống công ty Da Vinci, tiếp đến chúng tôi được học thực tế trên mô hình lắp ráp các dụng cụ vào các cánh tay robot, các bài tập về phẫu thuật trên simulator (trên màn hình 3D giả định sẵn các kỹ năng cần có để chuẩn bị cho tiến hành phẫu thuật thực tế) với các chuyên gia đến từ Singapore. Sau đó chúng tôi sang trung tâm đào tạo robot quốc tế của Da Vinci tại Seoul (Hàn Quốc) học và lấy chứng chỉ console, chứng chỉ này có giá trị trên toàn thế

* Bệnh viện Bình Dân, 371 Điện Biên Phủ, phường 4, quận 3, TP. Hồ Chí Minh

giới. Trở về Việt Nam những ca phẫu thuật đầu tiên cắt trực tràng của chúng tôi có chuyên gia đến từ Singapore qua hỗ trợ trực tiếp, sau đó chúng tôi tiếp tục tiến hành phẫu thuật cho những ca tiếp theo và rút kinh nghiệm sau mỗi ca mổ để ngày càng hoàn thiện hơn về kỹ năng và phẫu thuật độc lập 25 trường hợp ung thư đại trực tràng, từ ca thứ 26 trở đi chúng tôi lấy vào nghiên cứu do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này sau hơn 1 năm triển khai phẫu thuật Robot tại bệnh viện Bình Dân.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng qua nội soi tiêu hóa và có giải phẫu bệnh adenocarcinoma trước mổ, được phẫu thuật nội soi dùng hệ thống Robot da Vinci và phẫu thuật nội soi truyền thống tại bệnh viện Bình Dân trong thời gian (02 năm) từ tháng 12/2017 – tháng 12/2019.

Tất cả phẫu thuật viên trong nhóm nghiên cứu đều phải qua đường cong huấn luyện của phẫu thuật robot trong ung thư đại trực tràng (đã sử dụng hệ thống robot da Vinci phẫu thuật từ 25 trường hợp ung thư đại trực tràng trở lên) và có hơn 10 năm kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi truyền thống điều trị ung thư đại trực tràng.

Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn lâm sàng và bệnh học theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản lần thứ 8 [3]. Đánh giá giai đoạn TNM trước và sau mổ dựa vào: siêu âm qua nội soi trực tràng, MRI chậu cản từ, CT Scan ngực + bụng có cản quang [3],[4].

Nghiên cứu so sánh tiến cứu không ngẫu nhiên (prospective non-randomized comparative study), nhằm so sánh kết quả ngắn hạn giữa phẫu thuật nội soi cắt trước thấp (LAR: Low Anterior Resection). Chúng tôi chọn những trường hợp phẫu thuật cắt trước thấp (LAR) với kỹ thuật (TME) có tái tạo lưu thông đường tiêu hóa.

Cỡ mẫu nghiên cứu dựa vào tỷ lệ chuyển mổ mở và tỷ lệ có biến chứng của hai phương pháp mổ Robot và phương pháp nội soi tiêu chuẩn. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu nhằm so sánh 2 tỉ lệ, chúng tôi có cỡ mẫu tối thiểu là 35 [2],[5]. Tiến trình thực hiện như sau: bệnh nhân ung thư trực tràng được phân thành hai nhóm: nhóm PTNS có Robot hỗ trợ và PTNS tiêu chuẩn. Việc phân nhóm là không ngẫu nhiên vì chủ yếu sẽ có bệnh nhân chọn PTNS có Robot hỗ trợ theo ý thích cá nhân và theo khả năng chi trả chi phí và sẽ có bệnh nhân chọn PTNS tiêu chuẩn vì không có khả năng chi trả chi phí của phẫu thuật Robot.

Những trường hợp ung thư di căn hoặc bệnh lí mãn tính không phẫu thuật được bằng phẫu thuật nội soi, ung thư gây tắc ruột hoặc phẫu thuật viên chưa qua đường cong huấn luyện đều được loại ra trong nhóm nghiên cứu.

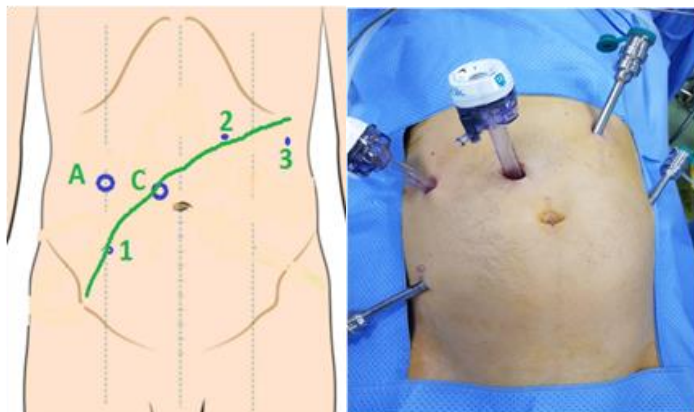
Tất cả các bệnh nhân thỏa các tiêu chí nghiên cứu đều so sánh về lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng trong và sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện giữa hai nhóm phẫu thuật robot và phẫu thuật nội soi. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Tp.HCM số 197/BVBD-QĐ ngày 21/01/2020.

Một số định nghĩa:

- Mô robot lai (hybrid robotic techniques): là sự phối hợp giữa phẫu thuật robot và phẫu thuật nội soi truyền thống. Phẫu thuật nội soi truyền thống sẽ cắt bó mạch mạc treo tràng dưới và di động góc lách. Sau đó, robot sẽ phẫu tích vùng chậu theo tiêu chuẩn TME.
- Mô robot hoàn toàn (totally robotic techniques): toàn bộ phẫu thuật sẽ được thực hiện bằng robot.
- Mô robot một lần docking: vị trí robot không thay đổi so với bệnh nhân trong suốt cuộc mổ.
- Mô robot nhiều lần docking: vị trí robot thay đổi so với bệnh nhân khi làm ở thì đại tràng và thì chậu (thường phải 2 lần setup các cánh tay robot).
- Tất cả những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều mổ robot hoàn toàn và một lần docking.



Hình 1: Vị trí trocars Robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng (C: trocar 12mm cho camera robot; A: trocar 12mm cho phụ mổ; 1,2,3: trocar 8mm cho 3 cánh tay robot tương ứng)

Nguồn: BV Bình Dân - 2018.

Quy trình kỹ thuật phẫu thuật robot cắt trước thấp (R-LAR)

Chuẩn bị bệnh nhân

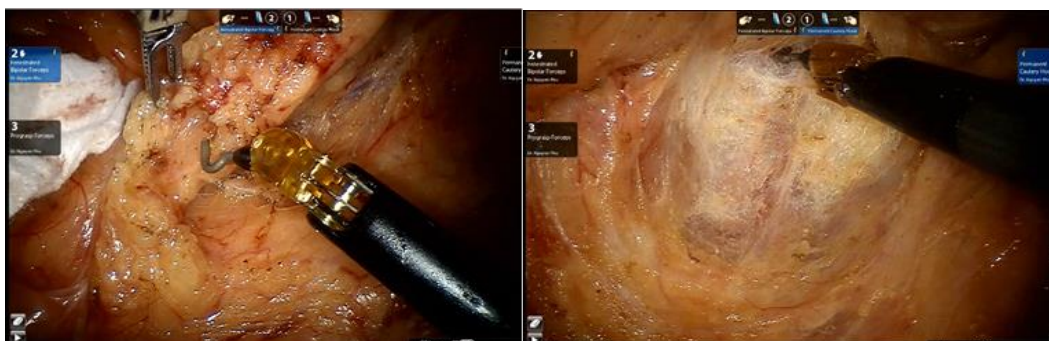
- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt thông mũi-dạ dày, đặt thông tiểu
- Chuẩn bị các dụng cụ phẫu thuật, phòng mổ
- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

Tư thế bệnh nhân và vị trí đặt trocar [6]

- Bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa, hai chân dạng, tư thế sản khoa.
- Bệnh nhân nghiêng phải 30°, hạ thấp đầu 30° và chân cao.
- Bơm hơi ổ bụng bằng kim Veress, áp lực ổ bụng # 12mm Hg
- Vị trí các trocars khác với phẫu thuật nội soi truyền thống và phải được tính toán chính xác vì các cánh tay phía ngoài bệnh nhân khá to, đặt sai vị trí (quá gần hoặc quá xa) các cánh tay sẽ va chạm bên ngoài rất khó trong quá trình phẫu thuật.
- Đặt trocar Excel 12 mm cho camera robot, vị trí trên rốn 2cm, lệch phải bệnh nhân khoảng 2cm, 3 trocars robot (8mm) còn lại đặt theo các vị trí 1, 2, 3, các trocars này đặt tự cách nhau và cách trocar camera khoảng 5-12cm, theo (hình 1). Trocars 1, 2, 3 tương ứng với các cánh tay số 1, 2, 3 của robot. Trocar phụ dùng trocar Xcel 12mm, đặt cách trocar 1 và trocar camera khoảng 8-10cm.

Thì bóc tách vùng bụng [6]

- Cánh tay số 1 chúng tôi dùng móc đốt, cánh tay số 2 dùng Forceps điện lưỡng cực Maryland, vừa cầm nắm mô, phẫu tích và đốt mạch máu, tay số 3 dùng Forceps ProGrasp để cầm nắm mô, chúng tôi tiếp cận động mạch mạc treo tràng dưới theo hướng từ trong ra ngoài, bóc tách sát gốc động mạch chủ dưới chỗ xuất phát của động mạch mạc treo tràng dưới, dùng tay số 3 để cầm và vén đại tràng sigma, tay số 1 và số 2 để bóc tách, kẹp hemoclock và cắt động mạch mạc treo tràng dưới sát gốc động mạch chủ bụng (thắt cao) hoặc chừa lại nhánh động mạch đại tràng trái (thắt thấp) tùy từng trường hợp, tiếp đến là kẹp bằng hemoclock và cắt tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Trong quá trình bóc tách bảo vệ đám rối thần kinh hạ vị dưới và niệu quản trái.
- Tiếp đến di động đại tràng sigma, đại tràng xuống bên thành bụng trái, hạ đại tràng góc lách khi cần thiết.



Hình 2: Bóc tách động mạch mạc treo tràng dưới và bóc tách trước xương thiêng

Nguồn: BV Bình Dân 2019.

Thì bóc tách vùng chậu [6]

- Tiếp tục bóc tách về phía vùng chậu trước xương thiêng, tay số 3 cầm, nắm và vén trực tràng, tay số 1 và số 2 bóc tách, bóc tách đi vào khoảng vô mạch trước xương thiêng, chú ý niệu quản phải và trái, bảo tồn hai nhánh thần kinh hạ vị phải và trái, bóc tách lấy trọn bao mạc treo trực tràng đến cơ nâng hậu môn.
- Cắt ngang đoạn trực tràng dưới 2cm bằng stapler nội soi, sau đó nối đại tràng xuống và đoạn trực tràng còn lại bằng stapler vòng, kiểm tra độ kín miệng nối bằng test bơm hơi, một số trường hợp bệnh nhân có hóa trị tân hỗ trợ hoặc bệnh nhân có nguy cơ xì miệng nối cao như: miệng nối cực thấp, bệnh lý tim mạch, béo phì, lớn tuổi, thời gian mổ lâu, chúng tôi chủ động mở hồi tràng ra da để bảo vệ miệng nối và sẽ đóng lại sau 4 tuần.

KẾT QUẢ

Trong 02 năm (12/2017-12/2019) chúng tôi có 40 bệnh nhân ung thư trực tràng cho mỗi nhóm thỏa điều kiện nghiên cứu.

Bảng 1: Đặc điểm chung của hai nhóm nghiên cứu

	Robot (No:40)	Nội soi (No:40)	p
Tuổi	58(25-78)	56(23-80)	0,34
Giới: Nam	27(67,5%)	25(62,5%)	0,51

Nữ	13(32,5%)	15(37,5%)	
BMI (kg/m ²)			0,77
<30	35(81,5%)	34(90%)	
>=30	5(12,5%)	4(10%)	
Hóa + xạ trước mổ:			0,82
Có	6(15%)	7(17,5%)	
Không	33(85%)	33(82,5%)	
Thang điểm ASA			0,83
1	27(67,5%)	24(60%)	
2	13(32,5%)	15(37,5%)	
3	0	1(2,5%)	

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu

	Robot (No:40)	Nội soi (No:40)	p
Thời gian mổ (phút)	202(145-290)	199(130-275)	0,32
Lượng máu mất(ml)	41(10-200)	74(40-250)	0,039
Chuyển mổ mở	0	1(2,5%)	0,86
Số hạch lấy được	16(5-26)	15(6-23)	0,89
Số hạch di căn	2,6(0-15)	2,1(0-17)	0,73
CRM (+)	4(10%)	6(15%)	0,23
TME hoàn chỉnh	34(85%)	33(82,5%)	0,59
Có mở hồi tràng	10(25%)	8(20%)	0,51
Giai đoạn ung thư			0,23
2	27(67,5%)	22(55%)	
3	13(32,5%)	18(45%)	

Bảng 3: Đặc điểm sau phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu

	Robot (No:40)	Nội soi (No:40)	p
Thời gian trung tiện(ngày)	2,1(1-5)	2,5(1-5)	0,58
Thời gian nằm viện(ngày)	8,1(6-19)	7,2(6-15)	0,33
Biến chứng:	6(15%)	9(22,5%)	0,26
1.Nhiễm trùng vết mổ	3(7,5%)	4(10%)	
2.Bí tiểu	1(2,5%)	2(5%)	
3.Xì miệng nói	2(5%)	3(7,5%)	

BÀN LUẬN

Với những lợi thế của phẫu thuật robot như: các chi tiết trong phẫu trường được thể hiện rõ nét hơn, có độ sâu qua màn hình 3D; người mổ chính tự điều chỉnh camera theo ý mình, dụng cụ mổ linh hoạt tương tự tay người trong một không gian hẹp giúp các thao tác phẫu tích, khâu nối chính xác và tinh tế hơn. Vì vậy, phẫu thuật robot phát huy ưu điểm của mình trên bệnh nhân nam có khung chậu hẹp, bệnh nhân béo phì hoặc bệnh nhân đã được hóa trị tân hỗ trợ trong bệnh lý ung thư trực tràng [2],[7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng không có sự khác biệt về các đặc điểm: tuổi, giới, chỉ số BMI, hóa + xạ trước mổ, thang điểm ASA giữa nhóm phẫu thuật robot và nhóm

phẫu thuật nội soi truyền thống (theo bảng 1). Kết quả này cho thấy đặc điểm dân số trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trên thế giới [7],[8],[9]

Thời gian mổ robot của ung thư trực tràng thường kéo dài hơn phẫu thuật nội soi truyền thống trong thời gian đầu. Thời gian kéo dài là do sắp xếp dụng cụ, thời gian tính toán đặt các vị trí cánh tay robot, khi quen dần thì thời gian sẽ giảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian docking robot (thời gian từ lúc bệnh nhân bắt đầu mê đến lúc đặt xong các trocars và bắt đầu phẫu thuật trên bàn điều khiển (console)) những trường hợp đầu tiên thường kéo dài khoảng 30 đến 40 phút do chưa quen với dụng cụ và cách đặt vị trí các trocars, tuy nhiên thời gian này được rút ngắn đáng kể trong khoảng sau 10 trường hợp thường nằm trong khoảng 10-15 phút. Theo tác giả Yasser Debakey và cộng sự [9] năm 2018 nghiên cứu so sánh thấy rằng thời gian nhóm mổ robot (21 bệnh nhân - 255 phút) lâu hơn nhóm mổ nội soi truyền thống (24 bệnh nhân – 164 phút) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tác giả Yong Sok Kim và cộng sự [10] nghiên cứu so sánh phẫu thuật robot (No.33) với phẫu thuật nội soi truyền thống (No.66) trên 99 bệnh nhân ung thư trực tràng có hóa xạ tân hỗ trợ thấy rằng nhóm phẫu thuật robot lâu hơn nhóm phẫu thuật nội soi đáng kể (441/277 phút) với $p < 0,01$. Trong nghiên cứu chúng tôi thời gian mổ trung bình nhóm robot là 205 phút nhanh nhất là 145 phút và chậm nhất là 290 phút, hơi chậm hơn so với nhóm phẫu thuật nội soi trung bình 198 phút với nhanh nhất là 130 phút và chậm nhất là 275 phút, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,34$. Thời gian phẫu thuật nhóm robot của chúng tôi chậm hơn nhóm mổ nội soi 13 phút không đáng kể bởi vì tất cả phẫu thuật viên của chúng tôi đều qua đường cong học tập của phẫu thuật robot trong ung thư trực tràng (phẫu thuật robot trên 25 trường hợp (TH) ung thư đại trực tràng). Theo nghiên cứu của tác giả Nasir M (2016) [4], đường cong học tập phẫu thuật robot với ung thư trực tràng dao động từ 15 TH phẫu thuật viên sẽ quen với các thao tác dụng cụ robot trong ổ bụng đến 44 TH thì sẽ hoàn toàn làm chủ được công nghệ cũng như khả năng thuần thục để phát huy tối qua hiệu quả của robot trong phẫu thuật.

Nhờ khả năng quan sát tốt cũng như thao tác tinh tế trong không gian chật hẹp ở vùng chậu chật hẹp của phẫu thuật robot nên lượng máu mất thường ít hơn so với phẫu thuật nội soi truyền thống. Theo tác giả Yasser Debakey và cộng sự [9] năm 2018 nghiên cứu so sánh thấy rằng lượng máu mất nhóm mổ robot (21 bệnh nhân – 200ml) ít hơn nhóm mổ nội soi truyền thống (24 bệnh nhân – 325ml) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm robot lượng máu mất 41ml(10-200) ít hơn nhóm nội soi truyền thống 74ml(40-250) có ý nghĩa thống kê với $p = 0,039$.

Tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi trong nhóm robot là không có trường hợp nào, nhóm mổ nội soi có 1 trường hợp chiếm 2,7%, trường hợp này bệnh nhân nam, 70 tuổi, tiền sử đái tháo đường, ung thư trực tràng giữa giai đoạn cT4aN1M0 đã được hóa + xạ trị tân hỗ trợ, trong quá trình phẫu thuật nội soi khung chậu hẹp, bóc tách khó khan + chảy nhiều máu nên chuyển mổ mở. Theo tác giả David Jayne [7] năm 2017 tổng kết 471 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 237 bệnh nhân mổ robot và 234 bệnh nhân mổ nội soi thì tỷ lệ chuyển mổ mở nhóm mổ robot là 8,1% trong khi nhóm mổ nội soi là 12,2% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,16$.

Thời gian nằm viện nhóm robot 8,1(6-19) ngày dài hơn nhóm nội soi truyền thống 7,2(6-15) ngày tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,38$. Thời gian nằm viện ở nhóm robot dài hơn nhóm nội soi cũng có 1 phần chủ quan do phẫu thuật viên chăm sóc bệnh nhân của mình quá cẩn thận chờ đến khi bệnh nhân thật sự hồi phục mới cho xuất viện. Theo tác giả David Jayne [7] năm 2017 tổng kết 471 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 237 bệnh nhân mổ robot và 234 bệnh nhân mổ nội soi thì thời gian nằm viện nhóm mổ robot là 8,2 ngày trong khi nhóm mổ nội soi là 8 ngày. Tác giả Yong Sok Kim và cộng sự [10] nghiên cứu so sánh phẫu thuật robot (No.33) với phẫu thuật nội soi truyền thống (No.66) trên 99 bệnh nhân ung thư trực tràng có hóa xạ tân hỗ trợ thấy rằng thời gian nằm viện nhóm phẫu thuật robot nhanh hơn nhóm phẫu thuật nội soi (10,9/13,1 ngày) với $p=0,64$.

Theo bảng 3 chúng tôi ghi nhận nhóm mổ robot biến chứng thấp hơn tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p=0,26$. Nhóm mổ robot có 2 trường hợp xì miệng nối (1 điều trị nội thành công, 1 trường hợp phải mổ lại rã miệng nối làm hậu môn nhân tạo và đóng lại sau 6 tháng), nhóm PTNS 3 trường hợp xì miệng nối (1 điều trị nội thành công, 2 trường hợp phải mổ lại rã miệng nối làm hậu môn nhân tạo và đóng lại sau 6 tháng), Theo tác giả Yasser Debakey và cộng sự [9] năm 2018 nghiên cứu so sánh thấy rằng biến chứng sớm nhóm mổ robot 33,3% (21 bệnh nhân) ít hơn nhóm mổ nội soi truyền thống 37,5% (24 bệnh nhân) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,96$.

Chúng tôi cũng ghi nhận rằng (bảng 1 và bảng 2) không có sự khác biệt giữa hai nhóm phẫu thuật robot và nhóm phẫu thuật nội soi truyền thống về: giai đoạn ung thư sau mổ, tổng số hạch lấy được cũng như số hạch di căn, chất lượng bao mạc treo (TME) cũng như tỷ lệ dương tính diện cắt vòng quanh mạc treo CRM, kết quả này tương tự như nhiều tác giả trên thế giới [9],[10],[11], [12].

Hạn chế của nghiên cứu này là cỡ mẫu ít, thời gian theo dõi ngắn nên các kết quả đưa ra còn hạn chế, chưa có tính thuyết phục cao, chưa đánh giá hết được các giá trị về mặt ung thư học. Chúng tôi đang tiếp tục cập nhật số liệu, theo dõi dài hạn và trong tương lai sẽ báo cáo với số lượng lớn hơn cũng như thời gian theo dõi bệnh nhân dài hơn.

KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng phẫu thuật ung thư trực tràng bằng robot cho thấy an toàn, khả thi và có ưu thế trong không gian chật hẹp vùng chậu. Kết quả ngắn hạn nhóm phẫu thuật robot cho thấy ít mất máu hơn, tỷ lệ chuyển mổ mở thấp hơn, thời gian trung tiện sớm hơn so với nhóm PTNS. Các kết quả ngắn hạn khác tương đương nhau giữa hai nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pigazzi A., Ellenhorn J.D.I., et al (2006). Robotic-assisted laparoscopic low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer. *Surg Endosc*, 20(10), 1521–1525.
2. Baek JH, Pastor C, Pigazzi A. (2011). “Robotic and laparoscopic total mesorectal excision for rectal cancer: a case-matched study”. *Surg Endosc*, 25, pp.521-525.

3. Tong GJ et al (2018). Comparison of the eighth version of the American Joint Committee on Cancer manual to the seventh version for colorectal cancer: A retrospective review of our data. *World J Clin Oncol* 10; 9(7): 148-16.
4. Nasir M, Ahmed J et al (2016). Learning Curves in Robotic Rectal Cancer Surgery: A literature Review. *J Min im Invasive Surg Sci*;5(4): e41196.
5. Kang J, Yoon KJ, Min BS, Hur H, Baik SH, Kim NK, Lee KY (2013). “The impact of robotic surgery for mid and low rectal cancer: a case-matched analysis of a 3-arm comparison--open, lapa roscopic, and robotic surgery”. *Ann Surg*, 257, pp.95-100.
6. Ramos J.R., Miranda A.D., Torres W. et al (2014). Four-arm single docking full robotic surgery for low rectal cancer: techniques and post-operative outcomes. *J Coloproctology*, 34(2), 87–94.
7. Jayne D., Pigazzi A., Marshall H., et al (2017). Effect of robotic-assisted vs conventional laparoscopic surgery on risk of conversion to open laparotomy among patients undergoing resection for rectal cancer the rolarr randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc*, 318(16), 1569–1580.
8. Huang et al (2015). Robotic colorectal surgery for laparoscopic surgeons with limited experience: preliminary experiences for 40 consecutive cases at a single medical center *BMC Surgery* 15:73.
9. Yasser Debakey et al (2018). Robotic - Assisted versus Conventional Laparoscopic Approach for Rectal Cancer Surgery, First Egyptian Academic Center Experience, RCT. *Hindawi Minimally Invasive Surgery*, Article ID 5836562, 11 pages.
10. Yong Sok Kim et al (2015). Robotic Versus Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer after Preoperative Chemoradiotherapy: Case-Matched Study of Short-Term Outcomes. *pISSN* 1598-2998.
11. NCCN: National Comprehensive Cancer Network (2017) Rectal Cancer
12. Ferrara F et al (2016): Laparoscopy Versus Robotic Surgery for Colorectal Cancer LA Single-Center Initial Experience. *Surgical Innovation* 23: 374-380.