

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Với hy vọng cải thiện kết quả điều trị ung thư đại tràng, năm 2008, Hohenberger và cộng sự đã giới thiệu phương pháp mổ mở cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME). Nguyên lý của phẫu thuật CME là phẫu tích vào mặt phẳng mô phôi - giải phẫu phân cách giữa mạc treo đại tràng và mạc thành sau (để lấy bỏ toàn bộ hạch bạch huyết trong bao mạc treo) và cột tận gốc mạch máu nuôi đoạn đại tràng có khối u (với hy vọng cắt đứt toàn bộ các con đường di căn ung thư). Cùng với xu hướng phát triển chung trong phẫu thuật, kỹ thuật CME ngày càng được thực hiện nhiều hơn qua phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, các chứng cứ hiện có vẫn chưa đủ thuyết phục để phẫu thuật CME nội soi được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư đại tràng.

Vấn đề cần quan tâm là tính an toàn và hiệu quả nạo vét hạch; tiêu chuẩn xác định phẫu thuật đạt chất lượng; kết quả ung thư học của phẫu thuật nội soi CME trong điều trị ung thư đại tràng phải.

Từ mỗi quan tâm này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu sau:

1/ Đánh giá kết quả sớm (tỷ lệ chuyển mổ mở, tỷ lệ tai biến - biến chứng, tử vong) và các yếu tố ảnh hưởng của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME trong điều trị ung thư đại tràng phải.

2/ Đánh giá chất lượng và hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME cùng các yếu tố liên quan thông qua khảo sát chất lượng bệnh phẩm và số lượng hạch nạo vét được.

3/ Khảo sát tình trạng di căn hạch và đánh giá kết quả trung hạn (3 năm) về ung thư học: sống còn toàn bộ, tỷ lệ di căn – tái phát sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME.

TÍNH CẦN THIẾT CỦA ĐỀ TÀI

Xu hướng phẫu tích trên cơ sở mạc treo được áp dụng trong nhiều lĩnh vực phẫu thuật tiêu hoá; trong đó kỹ thuật CME (cả mổ mở và mổ nội soi) trong điều trị ung thư đại tràng đang thu hút sự quan tâm của cộng đồng phẫu thuật viên đại trực tràng và hiện đang là đề tài của nhiều công trình nghiên cứu trên khắp thế giới. Tuy nhiên, y văn hiện tại vẫn còn tranh cãi về hiệu quả và nguy cơ của phẫu thuật CME nội soi so với phẫu thuật nội soi quy ước.

Do đó, việc thực hiện “Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng phải” tại Việt Nam là cần thiết, có tính thực tiễn, có ý nghĩa khoa học và mang tính thời sự.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

- Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng phải là phương pháp an toàn đối với các trường hợp u xâm lấn tại chỗ (T3,T4a), chưa có di căn xa.

- Góp phần xây dựng tiêu chuẩn bệnh phẩm CME để đánh giá chất lượng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng phải.

BỐ CỤC LUẬN ÁN

Luận án gồm 135 trang, bao gồm: Đặt vấn đề 3 trang; Tổng quan tài liệu 38 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 21 trang; Kết quả nghiên cứu 27 trang; Bàn luận 43 trang; Kết luận và kiến nghị 3 trang. Có 43 bảng, 6 biểu đồ, 35 hình, 135 tài liệu tham khảo (23 tiếng Việt, 112 nước ngoài)

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Mạc treo đại tràng

Lịch sử về mạc treo đại tràng

Một trong những mô tả sớm nhất về cấu trúc mạc treo kết hợp với ruột non và với đại tràng là của Leonardo Da Vinci. Ông mô tả mạc treo ruột là cấu trúc liên tục và hội tụ về trung tâm.

Năm 1879, trong quyển sách giải phẫu học mang tên “*An Atlas of Human Anatomy for Students and Physician*”, Carl Toldt, giáo sư giải phẫu ở Đại học Vienna đã mô tả mạc treo đại tràng phải và trái có tồn tại ở người trưởng thành và mạc treo đại tràng là liên tục từ manh tràng đến đại tràng sigma. Ông cũng tìm ra một mặt phẳng riêng biệt nằm giữa mạc treo đại tràng và mạc thành sau mà ngày nay được nhiều người biết đến với tên gọi mạc Toldt.

Tuy nhiên suốt một thời gian dài, y văn thể hiện sự quan tâm đến nhận định của Treves đưa ra vào năm 1885. Trong bài giảng *Giải phẫu ống tiêu hóa và phúc mạc ở người* (The Anatomy of the Intestinal Canal and Peritoneum in Man), Treves mô tả mạc treo ruột là một cấu trúc mất liên tục, gồm nhiều mảnh hiện diện từng phần ở ruột non, đại tràng ngang và đại tràng sigma, biến mất ở đại tràng phải và đại tràng trái. Ông cho rằng mạc treo đại tràng phải và trái có tồn tại trong quá trình phôi thai nhưng sau đó, theo quá trình phát triển, 2 cấu trúc này dần hòa vào thành bụng sau, không tồn tại ở người trưởng thành.

Quan điểm hiện nay về mạc treo đại tràng

Trong quá trình phát triển của bào thai, mạc treo lưng dính toàn bộ đường tiêu hóa vào thành bụng sau từ khoảng tuần thứ 7 của phôi và phát triển thành các đoạn của mạc treo ruột nguyên thủy. Mạc

treo ruột gấp nếp thành cấu trúc dạng xoắn nằm gọn trong xoang phúc mạc. Ống tiêu hóa và mạc treo là liên tục từ cơ hoành đến sàn chậu.

Thành phần mô học cơ bản của mạc treo bao gồm lớp trung biểu mô ở 2 bề mặt, mạng lưới mô liên kết ở giữa và các tiểu thủy tế bào mỡ xen kẽ lớp mô liên kết này. Ở những vùng mạc treo ruột dính vào thành bụng sau, luôn có mạc Toldt hiện diện giữa mạc treo đại tràng và mạc thành sau. Trong 3 lớp mạc này, chỉ có mạc Toldt là cấu trúc mạc thật sự vì có thành phần mô học là trung mô.

Các nghiên cứu về mạc treo đại tràng

Năm 2012, J. Calvin Cofey và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu cấu trúc giải phẫu của mạc treo đại tràng khi khảo sát 109 trường hợp cắt toàn bộ đại tràng. Nghiên cứu đưa ra các nhận định sau: mạc treo đại tràng là cấu trúc liên tục từ hồi manh tràng đến sigma – trực tràng, có sự hợp nhất các lớp mạc treo đại tràng tại chỗ nối hồi - manh tràng, chỗ nối sigma - trực tràng và 2 góc đại tràng phải/trái, mạc Toldt ngăn cách toàn bộ mạc treo đại tràng với mạc thành sau.

Năm 2013, nhiều chuyên gia Trung Quốc trong ngoại khoa, ung thư, giải phẫu và giải phẫu bệnh phổi hợp thực hiện khảo sát cấu trúc giải phẫu, đặc tính mô học và chức năng sinh học phân tử của các lớp mạc sau đại tràng qua các mẫu vật thu thập được sau phẫu thuật CME và qua khảo sát trên xác tươi. Kết quả nghiên cứu khẳng định có một lớp mạc riêng giữa mạc treo đại tràng và mạc thành sau, đó chính là mạc Toldt. Chức năng của lớp mạc Toldt này đóng vai trò như một lớp rào ngăn cách không cho tế bào ung thư xâm nhập qua.

Năm 2014, qua khảo sát bằng kính hiển vi điện tử, Culligan và cộng sự đã mô tả cấu trúc vi thể của cả mạc treo đại tràng, mạc và tầng

dưới mạc để củng cố thêm các nhận định về tính liên tục của mạc treo đại tràng.

Ứng dụng trong phẫu thuật: Phẫu thuật trên cơ sở mạc treo

Cho tới hiện nay, tất cả các phẫu thuật viên đều nhận thức được việc xử lý cắt bỏ mạc treo cùng với đoạn ruột tương ứng là nguyên tắc quan trọng trong phẫu thuật cắt nối ruột. Ngay từ năm 1909, Jamieson và Dobson đã cho thấy tầm quan trọng của việc loại bỏ dẫn lưu bạch huyết của đại tràng trong phẫu thuật ung thư đại tràng. Miles cũng ghi nhận các lợi điểm tương tự trong điều trị ung thư trực tràng. Năm 1982, Heald và cộng sự nhận thấy phẫu thuật cắt bỏ nguyên khối quanh trực tràng có ưu điểm trong phẫu thuật ung thư trực tràng, làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ và tăng thời gian sống thêm. Sau đó, Hohenberger và cộng sự chứng minh tầm quan trọng của việc lấy bỏ nguyên khối quanh đại tràng trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng.

Hiện nay, phẫu thuật đại trực tràng được phân thành 2 nhóm: phẫu thuật trên cơ sở mạc treo (mesenteric based) và phẫu thuật không theo mặt phẳng mạc treo, hay thường gọi là phẫu thuật quy ước. Phẫu thuật trên cơ sở mạc treo trên lý thuyết là phẫu thuật có tính chất triệt căn vì đảm bảo nguyên tắc lấy bỏ nguyên khối (en – bloc resection) và không chạm tới (no – touch technique).

1.2. Nạo hạch trong phẫu thuật ung thư đại tràng

Ý nghĩa của nạo vét hạch trong ung thư đại tràng

Không có nghi ngờ về sự cần thiết của nạo hạch trong phẫu thuật ung thư đại tràng. Ngay từ năm 1908, Moynihan đã tuyên bố: "Phẫu thuật bệnh lý ung thư không chỉ là phẫu thuật cắt bỏ một tạng mà còn cần lấy bỏ cả hệ thống hạch bạch huyết". Nạo hạch là cắt bỏ có chọn lọc và có tính chất dự phòng các hạch bạch huyết có khả năng

bị di căn. Hạch bạch huyết ở đại tràng có khuynh hướng đi theo mạch máu nuôi dưỡng. Do đó, cột mạch máu tận gốc có thể lấy bỏ tối đa số hạch bạch có di căn tiềm ẩn, mang lại cơ hội điều trị tốt nhất bằng cách kiểm soát và loại bỏ tiến trình di căn theo đường bạch huyết. Ngoài mục tiêu điều trị triệt căn, nạo hạch còn ý nghĩa tiên lượng và cũng được xem là thước đo đánh giá chất lượng phẫu thuật.

Mức độ nạo vét hạch trong ung thư đại tràng phải

Năm 1995, S Toyota và cộng sự tiến hành nghiên cứu để xác định mức độ nạo hạch trong ung thư đại tràng phải. Ông ghi nhận trong đa số các trường hợp, di căn hạch cạnh đại tràng chỉ giới hạn trong khoảng 10cm trên và dưới khối u; di căn hạch về trung tâm thường giới hạn đến chằng hạch chính. Từ đó, ông đưa ra khuyến cáo cắt đại tràng phải đảm bảo bờ cắt an toàn tối thiểu trên dưới u là 10cm, nạo hạch đến chằng hạch chính là đáp ứng được lợi ích điều trị.

Năm 2009, I.J.Park và cộng sự tổng kết trên 419 trường hợp ung thư đại tràng phải được phẫu thuật trong 10 năm từ 1996 đến 2007. Tác giả ghi nhận tỷ lệ di căn các nhóm hạch dọc theo các động mạch cấp máu tùy theo vị trí khối u. Ung thư ở manh tràng chủ yếu di căn đến những hạch dọc theo động mạch hồi đại tràng (>65%), tỷ lệ hạch di căn dọc theo động mạch đại tràng phải là 12% và nhánh phải của động mạch đại tràng giữa là 6,1%. Ung thư đại tràng lên, số lượng hạch di căn ở phần ngoại vi của động mạch đại tràng phải và ở phần ngoại vi của động mạch hồi đại tràng là tương đương nhau; trong khi ung thư ở đại tràng góc gan, người ta quan sát thấy số hạch di căn dọc theo động mạch đại tràng phải và động mạch đại tràng giữa là tương đương.

1.3. Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng của Hohenberger

Được khích lệ bởi kết quả khả quan của phẫu thuật TME trong điều trị ung thư trực tràng, năm 2008, Hohenberger giới thiệu kỹ thuật mổ mở cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng. Nguyên lý của phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng là phẫu tích vào mặt phẳng vô mạch giữa mạc treo đại tràng và mạc thành sau dọc theo đường trắng Todt, tránh làm rách lá tạng của mạc treo để không gieo rắc tế bào ung thư vào xoang phúc mạc. Tất cả những con đường di căn tiềm tàng của tế bào ung thư bao gồm những vi di căn đều được lấy đi khi phẫu tích một cách tỉ mỉ dọc theo mặt phẳng mô phôi - giải phẫu. Ba thành tố chính của phẫu thuật CME là: (1) phẫu tích đúng mặt phẳng mô phôi - giải phẫu giữa mạc treo đại tràng và mạc thành sau, lấy bỏ toàn bộ mạc treo đại tràng chứa các hạch bạch huyết dẫn lưu vùng có khối u; (2) cắt tận gốc mạch máu để lấy bỏ hết nhóm hạch trung tâm; (3) cắt bỏ đoạn đại tràng đủ dài để lấy bỏ hạch cạnh đại tràng. Kết quả nghiên cứu cho thấy áp dụng kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo giúp làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ sau 5 năm từ 6,5% xuống còn 3,6%, tỷ lệ sống thêm 5 năm tăng từ 82,1% lên 89,1%.

Tình hình nghiên cứu phẫu thuật nội soi CME trong điều trị ung thư đại tràng phải.

Các nghiên cứu trên thế giới

Trong điều trị ung thư đại tràng phải, phẫu thuật nội soi CME là một thách thức cho các phẫu thuật viên ít kinh nghiệm do đại tràng phải có nhiều biến thể mạch máu đa dạng và phức tạp. Năm 2012, Bo Feng và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 64 trường hợp ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME. Tác giả áp dụng nguyên tắc phẫu tích theo mặt phẳng Todt như Hohenberger thực hiện khi mổ mở nhưng chọn cách tiếp cận bắt đầu

từ giữa ra bên, đi từ bó mạch hồi đại tràng dọc lên trên theo tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Qua tổng kết 35 ca có ghi hình, tác giả mô tả qui trình kỹ thuật và kết luận có thể thực hiện an toàn kỹ thuật CME qua phẫu thuật nội soi. Đây được xem là báo cáo đầu tiên về kết quả sớm của phẫu thuật CME nội soi.

Hiện nay, có nhiều cách tiếp cận trong phẫu thuật CME nội soi. Tuy nhiên, tất cả các cách tiếp cận đều bắt đầu từ động mạch trước (“artery – first”) với mốc giải phẫu khởi đầu là bó mạch hồi đại tràng. Năm 2017, Fei Li và cộng sự tiến hành phân tích gộp và báo cáo tổng quan hệ thống để so sánh các cách tiếp cận khác nhau trong phẫu thuật CME nội soi: từ giữa ra bên, từ bên vào giữa và từ trên xuống dưới. Nghiên cứu kết luận cả 3 cách tiếp cận đều an toàn trong phẫu thuật CME nội soi.

Năm 2019, một báo cáo tổng quan hệ thống và phân tích gộp trên 10 nghiên cứu với 2778 bệnh nhân đã kết luận so với mổ mở, phẫu thuật nội soi CME cắt đại tràng phải có kết quả tốt hơn về tỷ lệ biến chứng chung, lượng máu mất, thời gian nằm viện và tái phát tại chỗ. Tuy nhiên, mức độ thuyết phục còn chưa cao vì trong phân tích gộp có nhiều nghiên cứu hồi cứu. Năm 2023, một báo cáo tổng quan hệ thống và phân tích gộp so sánh cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME với cắt đại tràng phải quy ước. Qua phân tích 24 báo cáo ở châu Âu và châu Á, tác giả kết luận trong điều trị ung thư đại tràng phải, kỹ thuật CME giúp tăng số hạch nạo vét được, tăng thời gian sống thêm 5 năm, giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ so với cắt đại tràng phải quy ước. Tỷ lệ biến chứng chu phẫu là tương đương nhau.

Gần đây, có 2 nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng so sánh phẫu thuật CME và phẫu thuật quy ước cắt đại tràng phải (thử nghiệm

RELARC tại Trung Quốc và thử nghiệm Agrusa tại Italy). Kết quả ban đầu của cả 2 thử nghiệm đều cho thấy CME là một kỹ thuật an toàn, khả thi, có số hạch nạo vét được nhiều hơn; tuy nhiên có tỷ lệ các biến chứng mạch máu lớn cao hơn phẫu thuật quy ước (3% so với 1%). Cả hai thử nghiệm đều chưa công bố kết quả lâu dài.

Các nghiên cứu trong nước

Từ năm 2013, rải rác đã có các báo cáo loạt ca về kết quả sớm sau phẫu thuật CME nội soi của các nhóm tác giả trong nước. Năm 2013, Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự báo cáo “mô tả kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải do ung thư” tại Hội nghị Khoa học phẫu thuật nội soi - nội soi và Hội nghị Ngoại khoa toàn quốc tại Cần Thơ. Nghiên cứu thực hiện trên 40 trường hợp, không có tai biến trong mổ, tỷ lệ biến chứng là 10%, không có trường hợp nào phải mổ lại. Tác giả kết luận kỹ thuật CME là khả thi và có thể được thực hiện an toàn trong điều kiện thực tế tại Việt Nam. Sau đó, kỹ thuật CME nội soi được nhiều trung tâm ngoại khoa triển khai thực hiện và báo cáo với nhiều tên gọi khác nhau như “cắt toàn bộ mạc treo”, “phẫu thuật nạo vét hạch”, “nạo vét D3”. Các nghiên cứu này góp phần củng cố nhận định phẫu thuật CME là khả thi và an toàn, tuy nhiên vẫn cần khảo sát lâu dài về kết quả ung thư học như tỷ lệ tái phát, tỷ lệ sống thêm sau mổ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Có kết quả giải phẫu bệnh xác định là ung thư đại tràng

- U ở đại tràng phải (từ manh tràng đến 1/3 phải đại tràng ngang)
- U xâm lấn tại chỗ $\leq T4a$, chưa có di căn xa

Tiêu chuẩn loại trừ

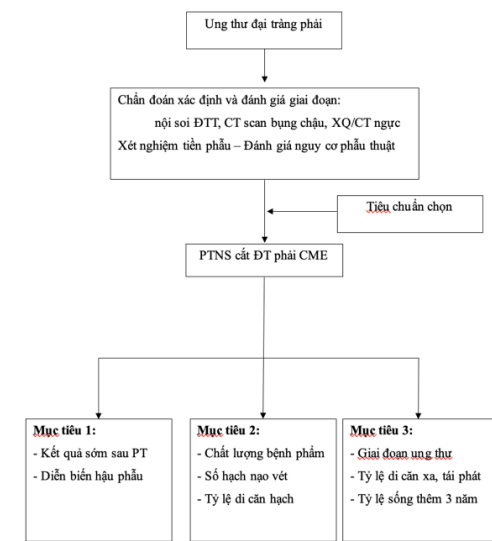
- Có u đồng thời trên đại trực tràng
- Mặt phẳng phẫu tích xấu

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 7/2017 đến tháng 12/2020 tại khoa ngoại Tiêu hoá, bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh. Các yếu tố liên quan đến người bệnh, đặc điểm u nguyên phát là các biến số độc lập. Các biến số phụ thuộc được chia thành 3 nhóm, bao gồm: (1) Kết quả sớm sau phẫu thuật, (2) Chất lượng phẫu thuật, (3) Kết quả ung thư học của phẫu thuật.

Quy trình nghiên cứu:



2.3. Kỹ thuật mổ

Tiếp cận từ giữa ra bên theo kỹ thuật của Feng, trình tự như sau:

- Bắt đầu từ vị trí của ICA để đi vào khoang sau mạc treo đại tràng phải, phẫu tích dọc theo bờ phải của SMV.

- Bộc lộ các nhánh mạch máu nuôi đại tràng phải để thắt mạch máu tận gốc. Trong trường hợp ICA đi vòng ra sau SMV, chỉ cần thắt mạch tại bờ phải SMV. Đối với MCA, thắt nhánh phải nếu u ở trước góc gan, thắt nhánh chính nếu u sau góc gan.

- Phẫu tích tiếp tục khoang vô mạch để tách mạc treo đại tràng ra khỏi lá trước thận, tá tràng và đầu tụy. Cắt các nhánh tĩnh mạch đại tràng phải ở mặt trước đầu tụy.

- Cắt dây chằng gan đại tràng ở bờ dưới gan, cắt nếp gấp phúc mạc hồi đại tràng ngay dưới mạc chằng Treves để di động hoàn toàn đại tràng phải trong bao mạc treo đại tràng.

- Thực hiện miệng nối bằng stappler trong hoặc ngoài cơ thể. Dẫn lưu ổ bụng thường qui.

2.4. Phương pháp phân tích dữ liệu

- Sử dụng phần mềm Epidata để nhập số liệu, phần mềm Stata để phân tích và xử lý số liệu.

- Mô tả các biến số: trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị tối đa, giá trị tối thiểu, tỷ lệ.

- So sánh khác biệt về tỷ lệ bằng phép kiểm χ^2 , so sánh 2 trung bình bằng phép kiểm T-student, khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học bệnh viện Bình Dân và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận cho phép thực hiện.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Tuổi trung bình là $52,7 \pm 15,2$ tuổi (thấp nhất 23 tuổi, cao nhất 92 tuổi). Nhóm tuổi thường gặp là từ 50-59 tuổi, chiếm 27,1%. Bệnh nhân < 40 tuổi chiếm 22,8%, bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm 25,7%.

- Tỷ số phân bố nam nữ tương đồng với 34 BN nam và 36 BN nữ.

- Có 8,6% bệnh nhân đã từng phẫu thuật ổ bụng. Có 4,3% BN có người thân trực hệ bị ung thư đường tiêu hoá, tất cả đều dưới 40 tuổi.

Bảng 1. Thể trạng của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu (N=70)

Tình trạng sức khoẻ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tình trạng cân nặng		
Thiếu cân (BMI <18,5)	14	20
Bình thường (BMI <23)	37	52,9
Thừa cân (BMI ≥ 23)	19	27,1
ASA		
I	2	2,9
II	64	91,4
III	4	5,7

3.2. Đặc điểm bệnh lý

Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện trung bình là $2,2 \pm 2,4$ tháng. Có 19/70 bệnh nhân (27,1%) đến khám trễ sau 3 tháng.

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	62	88,6
Rối loạn đi tiêu	32	45,7
Tiêu máu	5	7,1
Sụt cân	17	24,3

U bụng	8	11,4
Bán tắc ruột	10	14,3

Bảng 3. Vị trí và mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u (N=70)		
	Số BN	Tỷ lệ (%)
Vị trí u so với góc gan		
Trước góc gan	56	80,0
Sau góc gan	14	20,0
Mức độ u xâm lấn		
T3	10	14,3
T4a	60	85,7

3.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật (N=70)					
Thời gian phẫu thuật (phút)	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Ngắn nhất	Dài nhất
Nổi trong	26	198,5	45,6	105	280
Nổi ngoài	44	182,8	40,1	120	290
Tổng	70	188,6	42,6	105	290

Bảng 5. Lượng máu mất trong mổ			
Lượng máu mất trong mổ (ml)			
Trung bình	Độ lệch chuẩn	Ít nhất	Nhiều nhất
75,9	41,3	10	200

Chúng tôi ghi nhận được các biến thể mạch máu trong 44 trường hợp.

Bảng 6. Các biến thể giải phẫu động mạch của đại tràng phải (N=44)

Các biến thể giải phẫu mạch máu của đại tràng phải	n (%)
--	-------

MA, SMV, ICA và MCA	44 (100%)
Liên quan giữa ICA và SMV	
ICA bắt chéo trước SMV	17 (38,6%)
ICA bắt chéo sau tĩnh SMV	27 (61,4%)
Ố RCA	17 (38,6%)
1 động mạch	15/17(88,2%)
2 động mạch	2/17(11,8%)

Bảng 7. Tai biến trong lúc mổ (N=70)		
Tai biến trong mổ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	1	1,4
Ổn thương tá tràng	1	1,4
Không tai biến	68	97,2
Tổng số	70	100

Bảng 8. Diễn tiến hậu phẫu (N=70).	
Diễn tiến hậu phẫu	TB ± độ lệch chuẩn (tối thiểu – tối đa)
Thời gian trung tiện lại (ngày)	2,2 ± 0,6 (1-4)
Thời gian cho ăn lại (ngày)	2,3 ±0,6 (1-4)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	8,13 ± 2,3 (6-19)

Bảng 9. Biến chứng sau mổ (N=70)	
Biến chứng sau mổ	N (%)
Chảy máu ổ bụng	0
Xi rò miệng nối	3 (4,3)
Tự dịch áp xe tồn lưu	4 (5,7)

Viêm tụy	1 (1,4)
Rò đường trấp	1 (1,4)
Tắc ruột sớm sau mổ	1 (1,4)
Nhiễm khuẩn vết mổ	10 (14,3)
Không biến chứng	50 (71,4)
Tổng số	70 (100%)

Bảng 10. Phân loại mức độ biến chứng theo Clavien – Dindo (N=20)

Mức độ	NKVM	Tắc ruột	Xì miệng nổi	Tụ dịch	Viêm tụy	Rò đường trấp
I	10					
II				4		1
III		1	2		1	
IV			1			

3.4. Chất lượng phẫu thuật nội soi CME cắt đại tràng phải

Bảng 11. Chiều dài bệnh phẩm (N=70)

Tổng số	TB ± Độ lệch chuẩn (tối thiểu – tối đa)	Trung vị (tứ phân vị)
Chiều dài bệnh phẩm (mm)	30,8 ± 8,3 (20-68)	30 (25-35)
nổi trong (26)	30,7 ± 6,7 (20-45)	30 (28-35)
nổi ngoài (44)	30,9 ± 9,2 (20-68)	29,5 (25-33,5)

Bảng 12. CVL và số hạch phẫu tích được (N=70)

Chỉ số khảo sát	Trung bình ± độ lệch chuẩn (tối thiểu – tối đa)	Trung vị (tứ phân vị)
-----------------	---	-----------------------

CVL (cm)	12,1 ± 2,7 (5-20)	12 (10-14)
Số hạch phẫu tích	25 ± 10 (8-59)	24 (17-32)

3.5. Kết quả giải phẫu bệnh và theo dõi trung hạn 3 năm sau mổ

Bảng 13. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (N=70)

	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đặt cắt sạch u (R0)	70	100
Đức độ biệt hoá		
Tốt	14	20
Vừa	47	67,1
Kém	9	12,9
Tỷ lệ di căn hạch		
Không	41	58,6
Di căn N1	17	24,3
Di căn N2	12	17,1
Giải đoạn		
II	41	58,6
III	29	41,4

Bảng 14. Theo dõi sau mổ (N=64)

	n	%
Theo dõi > 3 năm	58/64	90,6%
Di căn trong 3 năm*	2/64	3,1%
Tái phát trong 3 năm	1/64	1,55%
Thời gian theo dõi sau mổ	56,0 ± 20,1 (7 – 84)	

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Ung thư đại trực tràng là bệnh không phổ biến ở tuổi dưới 40, xuất độ tăng đáng kể trong độ tuổi từ 40 – 50 tuổi, và xuất độ đặc trưng

theo nhóm tuổi tăng dần mỗi 10 năm về sau. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân ung thư đại trực tràng trên 50 tuổi là 79,2%. Riêng ung thư đại tràng phải, các nghiên cứu trong nước ghi nhận tuổi trung bình là từ 50 – 60 tuổi, các nghiên cứu nước ngoài ghi nhận tuổi trung bình cao hơn, từ 60 – 70 tuổi.

Chỉ tính riêng ung thư đại tràng phải, theo một nghiên cứu đoàn hệ đa trung tâm ở 10 nước Châu Âu năm 2019, tỷ lệ hiện mắc ung thư đại tràng phải ở nữ cao hơn ở nam. Tuy nhiên, các nghiên cứu lâm sàng về ung thư đại tràng phải trong nước và trên thế giới lại không cho thấy xu hướng bệnh có ưu thế ở nữ như nhận định trên.

Bảng 15. Tuổi trung bình và phân bố theo giới của ung thư đại tràng phải

Nghiên cứu	Tuổi trung bình	Số BN nam/nữ
Bo Feng ⁵³ (2012)	65	18/17
Yong Wang ⁷¹ (2017)	67	94/78
Degiuli ⁵⁷ (2022)	74	126/125
Nguyễn Hoàng Bắc ⁷² (2015)	57,2	19/21
Hồ Hiền Long ⁷³ (2017)	54,8	36/44
Lê Huy Lưu ⁷⁴ (2019)	66,9	8/12
Nguyễn Anh Tuấn ⁷⁵ (2019)	61,4	49/25
Chúng tôi	52,7	34/36

4.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi CME cắt đại tràng phải

Thời gian mổ trung bình của phẫu thuật cắt đại tràng nội soi đã được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu đa trung tâm lớn trên thế giới: 180 phút/nghiên cứu CLASSIC, 145 phút/nghiên cứu COLOR, 150

phút/nghiên cứu COST. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi đại trực tràng trong giai đoạn từ năm 2004 – 2010 có thời gian mổ trung bình thay đổi từ 115 đến 190 phút. Đối với PTNS cắt đại tràng phải, nhiều nghiên cứu với phương pháp phẫu thuật khác nhau như cắt toàn bộ mạc treo, nạo vét hạch, nạo hạch D3...cho kết quả sau

Bảng 16. Thời gian mổ, lượng máu mất của các NC trong nước

Nghiên cứu	Danh pháp kỹ thuật	Thời gian mổ (phút)
Nguyễn Hoàng Bắc ⁷² (2015)	Cắt toàn bộ mạc treo (n=40)	124,7 ± 31,3 (70 – 180)
Hồ Hiền Long ⁷³ (2017)	Nạo vét hạch (n=80)	144,3 ± 3,7 (90 – 240)
Lê Huy Lưu ⁷⁴ (2018)	Nạo hạch D3 (n=20)	206 ± 42,3 (150 – 320)
Nguyễn Anh Tuấn ⁷⁵ (2019)	Cắt toàn bộ mạc treo (n=74)	105,7 ± 30,5 (50 – 230)
Chúng tôi (2023)	Cắt toàn bộ mạc treo (n=70)	188,6 ± 42,5 (105 – 290)

Bảng 17. Thời gian mổ, lượng máu mất của các NC nước ngoài

Nghiên cứu	Thời gian mổ trung bình (phút)	Lượng máu mất (ml)
Bo Feng ⁵³ 2012 (n=64)	150 (120 – 240)	80 (50 – 300)
Michel ⁸⁸ 2012 (n=52)	136 (IQR 105 – 167)	20 (IQR 10-45)
J Kang ⁸⁹ 2013 (n=128)	192 (IQR 118 – 363)	81,6

George ⁹⁰ 2014 (n=81)	220 (206 – 233)	116
Yong Wang ⁷¹ 2015 (n=172)	113,5 ± 34,4	74,2 ± 28,1
Ting Li ⁹¹ 2018 (n=40)	180 ± 33	

Theo nghiên cứu năm 2014 của George về đường cong học tập trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, thời gian phẫu thuật có thể kéo dài đến gần 250 phút cho những trường hợp đầu tiên, gấp đôi so với thời gian của một phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải quy ước, nhưng thời gian mổ sẽ rút ngắn lại chỉ còn khoảng 200 phút khi kết thúc huấn luyện.

Lượng máu mất trong mổ luôn là yếu tố được quan tâm trong các phẫu thuật nạo vét hạch. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME thay đổi khá nhiều giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt này phụ thuộc nhiều yếu tố như đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm bệnh lý, kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Bảng 18. So sánh tai biến trong mổ và tỷ lệ chuyển mổ mở

Nghiên cứu	Chảy máu	Tổn thương tạng trong PM	Tổn thương tạng sau PM	Chuyển mổ mở
Nguyễn Hoàng Bắc ⁷² 2015 (n=40)	-	-	-	Không
Đỗ Hiền Long ⁷³ 2017 (n=80)	-	+ (tá tràng)	-	Không
Đê Huy Lưu ⁷⁴ 2018 (n=20)	-	-	-	Không
Nguyễn Anh Tuấn ⁷⁵ 2019 (n=74)				2,8%

húng tôi 2023 (n=70)	+	+ (tá tràng)	-	1,4%
o Feng ⁵³ 2012 (n=35)	-	-	-	Không
lichel ⁸⁸ 2012 (n=52)	-	+ (tá tràng)	-	1,9%
Kang ⁸⁹ 2013 (n=128)	-	-	-	Không
eorge ⁹⁰ 2014 (n=81)	-	-	-	Không
ong Wang ⁷¹ 2015 (n=172)	-	-	-	Không
ing Li ⁹¹ 2018 (n=40)	-	-	-	Không

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 28,6%. Theo phân loại Clavien – Dindo, chúng tôi có 10 ca (14,3%) có biến chứng độ I (nhiễm khuẩn vết mổ), 5 ca (7,1%) có biến chứng độ II, 4 ca (5,7%) biến chứng độ III và 1 ca (1,4%) biến chứng độ IV.

Bảng 19. So sánh tỷ lệ biến chứng với các nghiên cứu trong nước

	N.H.Bắc ⁷² (2015)	H.H.Long ⁷³ (2017)	L.H.Lưu ⁷⁴ (2018)	N.A.Tuấn ⁷⁵ (2019)	Chúng tôi
Số BN	40	80	20	74	70
Tự dịch	5%	1,25%	5%	0	5,7%
Đi miệng nổi	0	0	0	1,4%	4,3%
Đi ruột/ tắc ruột	0	1,25%	0	1,4%	1,4%
Chảy máu sau mổ	0	0	0	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	5%	0	4,1%	14,3%

Rò dưỡng trấp	0	0	0	0	1,4%
Viêm tụy	0	0	0	0	1,4%
Nội khoa	5%	1,25%	5%	2,8%	0
Mổ lại	0	0	0	0	1,4%
Chung	10%	8,75%	10%	9,7% (1 TV)	28,6%

Năm 2014, phân tích gộp của Killeen S và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ của phẫu thuật CME cắt đại tràng lần lượt là 19,4% và 3,2%, tương đương với phẫu thuật cắt đại tràng quy ước. Tuy nhiên, trong nhóm phẫu thuật CME, có một số biến chứng ít gặp như viêm tụy, rò dưỡng chấp, tổn thương mạch máu lớn.

Áp dụng nhận định biến thể mạch máu khi thắt mạch máu tận gốc

Tất cả các nghiên cứu đều cho thấy động mạch và tĩnh mạch hồi đại tràng có mặt trong 100% các trường hợp. Nhận định này hỗ trợ mạnh mẽ cho việc xem bó mạch hồi đại tràng như là mốc giải phẫu quan trọng để bắt đầu phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng theo hướng từ giữa ra bên. Tĩnh mạch mạc treo tràng trên cũng là mốc giải phẫu quan trọng, dựa vào mốc này để mở vào mặt phẳng sau mạc treo, phẫu tích nhóm hạch gốc quanh mạch máu cũng như phẫu tích vào vùng đầu tụy và bộc lộ các nhánh tĩnh mạch đại tràng phải.

Theo hội nghị đồng thuận năm 2021, đối với các nguyên lý cơ bản của phẫu thuật CME, các chuyên gia có ý kiến như sau: 92% chọn yêu cầu phải giữ nguyên vện mạc treo đại tràng, 86% chọn yêu cầu thắt mạch máu tận gốc, 84% yêu cầu bộc lộ tĩnh mạch mạc treo tràng

trên. Không có sự đồng thuận về yêu cầu phải tiếp cận động mạch mạc treo tràng trên.

4.3. Chất lượng bệnh phẩm và mức độ nạo vét hạch sau phẫu thuật nội soi CME cắt đại tràng phải

Khác với ung thư trực tràng đã có tiêu chuẩn Quirk để đánh giá chất lượng bệnh phẩm sau phẫu thuật TME, trong ung thư đại tràng hiện vẫn chưa có một tiêu chuẩn khách quan thống nhất để xác định bệnh phẩm đạt yêu cầu CME. Năm 2010, sau chương trình đào tạo phẫu thuật CME, nhóm tác giả Nicolas P.West, Philip Quirke, W.Hohenberger sử dụng các chỉ số hình thái bệnh phẩm tươi bao gồm chiều dài đoạn ruột và khoảng cách từ nơi thắt mạch máu tận gốc đến khối u cùng với số hạch nạo vét được như là các tiêu chuẩn đánh giá.

Bảng 20. So sánh hình thái bệnh phẩm và số hạch phẫu tích với các nghiên cứu khác

Nghiên cứu	Số BN	Chiều dài bệnh phẩm	CVL	Số hạch
est ¹¹⁵ (2010)	93	31,5 ± 13,5	10,5 ± 3,3	28 ± 10
rtelsen ¹¹⁷ (2011)	105		9,6 ± 3,4	27 ± 1
ng ⁵³ (2012)	35	18,3 ± 8,2		19 (15-25)
chel ⁸⁸ 2012	52	12 gần – 12 xa		22 (IQR 18-29)
ang ⁸⁹ 2013	128	25 (11,5 -48,5)		28 (IQR 3-88)
bayashi ¹¹⁸ (2014)	26	32,4 ± 8,8	12 ± 2	31 ± 15
orge ⁹⁰ 2014	81			31,3 ± 4,1
lizia ¹¹⁹ 2014	45	28,8 ± 2,7	10,6 ± 1,3	20 ± 9
ng Wang ⁷¹ 2015	172	28,7 ± 5,6		23,3 ± 9,2
mi ⁴⁶ 2015	75	23,5 ± 3,7	10,3 ± 0,5	29 ± 5
rkel 2016	1099			27 ± 14

ng Li ⁹¹ 2018	40			16,6 ± 3,2
A.Tuấn ⁷⁵ 2019	74		9,2 ± 5	19,7 ± 7,1
úng tôi	70	30,8 ± 8,3	12,1 ± 2,7	25 ± 10

4.4. Kết quả ung thư học và theo dõi trung hạn sau 3 năm

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ di căn hạch chung là 41,4%, di căn hạch N1 là 24,3%, di căn hạch N2 là 17,1%. Khảo sát liên quan giữa di căn hạch và các yếu tố giới, vị trí u, mức độ xâm lấn T và độ biệt hoá, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Về tỷ lệ di căn hạch trong ung thư đại trực tràng, nghiên cứu của Nguyễn Văn Việt Hào ghi nhận 15,4% di căn hạch ở giai đoạn Dukes C1 và 61,6% có di căn hạch ở giai đoạn Dukes C2. Nghiên cứu của Lê Huy Hoà có tỷ lệ di căn hạch là 51,4%, không có mối tương quan giữa di căn hạch với giới tính, tuổi, độ xâm lấn của khối u. Đối với ung thư đại tràng phải, nghiên cứu của Hồ Long Hiền có tỷ lệ di căn hạch là 40% (30% di căn N1, 10% di căn N2). Nghiên cứu của Phạm Văn Dũng có tỷ lệ di căn hạch là 29,2% (20,8 % di căn N1, 8,4% di căn N2). Năm 2020, Nguyễn Hữu Thịnh và cộng sự khảo sát bản đồ di căn hạch trên 40 bệnh nhân ung thư đại tràng phải. Kết quả cho thấy di căn xảy ra ở 8/9 nhóm hạch của đại tràng phải, nhiều nhất ở nhóm hạch dọc động mạch hồi đại tràng (45,7%). Di căn hạch gốc là 8,6%, tỷ lệ di căn nhảy cóc là 12,5%.

KẾT LUẬN

“Nghiên cứu phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng phải” từ tháng 7/2017 đến tháng 12/2020 tại khoa Ngoại tiêu hoá bệnh viện Bình Dân trên 70 bệnh nhân cho kết quả như sau:

1. Về kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi CME cắt đại tràng phải

Thời gian mổ trung bình là 188,6 ± 42,6 phút, lượng máu mất trung bình là 75,9 ± 41,3 ml.

Tỷ lệ tai biến trong mổ là 2,8%, gồm rách tá tràng và chảy máu

Tỷ lệ biến chứng chung là 28,6%. Phân độ theo Clavien – Dindo, có 14,3% biến chứng độ I, 7,1% biến chứng độ II, 5,7% biến chứng độ III, 1,4% biến chứng độ IV. Không có tử vong trong 30 ngày sau mổ.

2. Về chất lượng phẫu thuật CME

Chiều dài bệnh phẩm trung bình là 30,8 ± 8,3 cm, khoảng cách từ nơi thắt mạch máu tận gốc đến khối u là 12,1 ± 2,7 cm. Số hạch trung bình lấy được là 25 ± 10 hạch. Không có khác biệt có ý nghĩa giữa chỉ số hình thái bệnh phẩm, mức độ nạo hạch với vị trí u.

3. Về tỷ lệ di căn hạch và kết quả theo dõi trung hạn sau 3 năm

Tỷ lệ di căn hạch là 41,4%, bao gồm 24,3% di căn N1, 17,1% di căn N2.

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 51,6 ± 20,5 tháng (7-84). Tỷ lệ sống thêm 3 năm là 90,6%

Tỷ lệ di căn là 3,1%, tái phát là 1,55% trong 3 năm theo dõi.

KIẾN NGHỊ

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng phải là phương pháp an toàn đối với các trường hợp u xâm lấn tại chỗ (T3,T4a).

Cần chuẩn hoá quy trình phẫu thuật và đánh giá chất lượng bệnh phẩm để đồng nhất dữ liệu, phục vụ cho việc nghiên cứu khoa học.

Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn, thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá kết quả trung và dài hạn của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME trong điều trị ung thư đại tràng phải.