

PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN 2/3 DƯỚI

Trần Phùng Dũng Tiến*, Nguyễn Minh Hải*, Lâm Việt Trung*, Võ Tấn Long*

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá khả năng và kết quả của phẫu thuật cắt thực quản qua nội soi đường ngực và bụng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: trong thời gian từ tháng 01/2006 tới tháng 10/2009 chúng tôi đã thực hiện cắt thực quản qua nội soi ngực bụng cho 53 trường hợp ung thư thực quản 2/3 dưới. Tuổi bệnh nhân trung bình là 59,03 (từ 41 tới 77). Vị trí ung thư 1/3 giữa: 22 ca, 1/3 dưới: 31 ca. Đa số các trường hợp đều ở giai đoạn muộn: 32-T3, 18 T2. Chúng tôi thực hiện qua nội soi đường ngực và qua đường bụng. Thực quản và dạ dày được lấy qua một đường rạch nhỏ dưới mũi ức. Dạ dày được tạo hình đưa qua trung thất sau lên cổ và nối với thực quản đoạn cổ. Dẫn lưu khoang màng phổi phải và mở hồng tràng nuôi ăn được thực hiện ở tất cả các trường hợp.

Kết quả: Thời gian mổ trung bình là 336,86 phút. Lượng máu mất không đáng kể. Thời gian lưu tại khoa ICU là 24 giờ. Tỷ lệ tử vong là 1,88%. Tỷ lệ tai biến: 2 trường hợp tổn thương ống ngực, 02 trường hợp rách khí quản. Hai TH tổn thương ống ngực được xử trí khâu qua nội soi, không có biến chứng rò bạch huyết. Hai TH rách khí quản, chúng tôi khâu lại khí quản qua nội soi ngực, một trường hợp ổn định, một trường hợp bị viêm phổi hít vào ngày hậu phẫu 10 và BN tử vong sau đó 01 ngày. Tỷ lệ biến chứng sớm: gồm xì miệng nối ở cổ tự liền 4 ca, viêm phổi 3 ca. Biến chứng muộn gặp 4 trường hợp do hẹp miệng nối, được nong có kết quả tốt. Thời gian nằm viện trung bình là 10 ngày. Theo dõi sau mổ bệnh nhân sống lâu nhất sau mổ là 30 tháng, BN sống ngắn nhất là 02 tháng do viêm phổi sau đó

Kết luận: Phẫu thuật cắt thực quản qua nội soi có phẫu trường rộng, quan sát rõ, có thể cầm máu tốt và thực hiện an toàn tại những trung tâm Y khoa có trang bị tốt về gây mê hồi sức và dụng cụ phẫu thuật nội soi. Với kỹ năng thành thạo về nội soi, chúng ta có thể tiến hành nạo hạch ở vùng trung thất cho ung thư thực quản 1/3 giữa và dưới. Phẫu thuật nội soi có thể thực hiện dễ dàng hơn khi ung thư chưa xâm lấn sang các tạng lân cận (T1-T3). Trong những trường hợp không thể cắt bỏ được tổn thương, nội soi góp phần cho chẩn đoán xác định giai đoạn của ung thư, tránh phải mở ngực một cách vô ích.

Từ khóa: thực quản, ung thư thực quản

ABSTRACT

ESOPHAGECTOMY VIA THORACOSCOPY AND LAPAROSCOPY IN TREATMENT OF THE MIDDLE AND LOWER THIRD ESOPHAGEAL CANCER

Tran Phung Dung Tien, Nguyen Minh Hai, Vo Tan Long, Lam Viet Trung

* Y Hoc Tp. Ho Chi Minh * Vol. 14 – Supplement of No 1 – 2010: 86 - 91

Aims: To evaluate the feasibility and result of esophagectomy via thoracoscopy and laparoscopy.

Methods: From 01/2006 to 10/2009, we have performed 53 cases of esophagectomy via thoracoscopy and laparoscopy for treatment of the middle and lower third esophageal cancer in Cho Ray hospital. Average patient ages was 59.03 (range, 41 to 77). Tumors located in the middle third of esophagus 22 cases, lower third 31 cases. There were 35 cases of T3, 18 of T2. The esophagus was completely mobilized via right thorax thoracoscopy and

* Bệnh viện Chợ Rẫy

Địa chỉ liên hệ: BS Trần Phùng Dũng Tiến

ĐT: 0907576099 Email: tranphung_dungtien@yahoo.com.

mediastinal lymph nodes dissection was done. The esophageal reconstruction by gastric tube and dissection of lymph nodes around cardia were done by laparoscopy. The gastric tube was then introduced through the posterior mediastinum to the cervical level to anastomose with the cervical esophagus. Jejunostomy and right chest tube was done in all cases.

Results: *The mean operation time was 336.86 minutes. Blood loss in thoracoscopic and laparoscopic phases is minimal. Patient stay in ICU department 24 hours before being transferred to ward.*

No operative mortality. Complication: 2 cases of thoracic duct injury, 2 cases of trachea injury, cervical anastomotic leak in 4 patients (7.5%), pneumonia 4 cases. Late complications were seen in 4 patients (7.5%) with cervical anastomotic stricture. Average postoperative hospital stay was 10 days. No trocar sites metastasis was found. Survival: the longest survival is 30 months, the shortest is 02 months due to pneumonia.

Conclusions: *Esoophagectomy via thoracoscopy and laparoscopy or laparotomy is a safe method for esophageal cancers or other benign diseases. It could be done safely for tumors at any locations of the esophagus and even with advanced stages. However, esophageal mobilisation could be done more easily when the tumor does not invade the adjacent organs. Patients felt less pain in postoperative period. Less pulmonary complications were found as thoracotomy was avoided like in conventional 3 field operation. We could as well perform mediastinal lymph nodes dissection via thoracoscopy. In cases of advanced unresectable tumors, thoracoscopy helps to do the staging and avoid an unnecessary thoracotomy. The operative time should decrease with experience.*

Keywords: *esophageal, esophageal*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, năm 1993, đã có thông báo đầu tiên về phẫu thuật can thiệp tối thiểu ở thực quản⁽³⁾, Collard là người đầu tiên mô tả kỹ thuật phẫu tích thực quản qua nội soi ngực. Năm 1994, DePaula thông báo 12 ca đầu tiên cắt thực quản nội soi qua khe hoành⁽¹⁾. Cho đến hiện nay, đã có một vài nghiên cứu trên thế giới thực hiện cắt thực quản hoàn toàn nội soi qua đường ngực và bụng. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho ung thư thực quản còn nhiều tranh luận trong y văn. Hầu như chưa có một nghiên cứu tiền cứu, ngẫu nhiên, so sánh và đối chứng nào khẳng định tính ưu việt của phương pháp mở ngực hay không mở ngực.

Phẫu thuật mở mở cắt thực quản với 3 đường mổ, ngực phải, bụng và cổ trái là một phẫu thuật lớn, có nhiều tai biến và biến chứng nặng nề. Năm 1998 Luketich thông báo những kết quả ban đầu của cắt thực quản nội soi hoàn toàn qua đường ngực và bụng⁽²⁾. Cho tới năm 2003 tác giả này đã thực hiện 222 trường hợp cắt thực quản qua nội soi với kết quả rất ngoạn mục⁽²⁾: Tỷ lệ tử vong sau mổ của

nghiên cứu này là 1,4%, dò miệng nối 11,7%; thời gian nằm tại đơn vị hồi sức tăng cường (ICU) 24 giờ; thời gian nằm viện trung bình 7 ngày; thời gian mổ trung bình là 7,5 giờ.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đánh giá tai biến, biến chứng sớm của phẫu thuật nội soi cắt thực quản qua đường ngực và bụng.

Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt thực quản đường ngực và bụng trong điều trị ung thư thực quản 2/3 dưới.

Đánh giá tỉ lệ sống sau 03 năm.

Xác lập kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt thực quản đường ngực và bụng.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng.

Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân ung thư thực quản đoạn 2/3 dưới có chỉ định phẫu thuật, nhập viện Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2006 đến 31/12/2010. Thu thập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 13.5.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân ung thư thực quản đoạn 2/3 được phẫu thuật nội soi cắt thực quản qua đường ngực và bụng.
- U ở giai đoạn T1-T3, không có di căn xa. Có kết quả giải phẫu bệnh trước mổ là carcinoma tế bào gai hoặc carcinoma tế bào tuyến.

Tiêu chuẩn loại trừ

- U T4, có di căn xa.
- Có tiền căn phẫu thuật mở vùng ngực phải.

Trang thiết bị dụng cụ:

- Dàn máy mổ nội soi
- Các dụng cụ phẫu thuật nội soi
- Máy cắt đốt siêu âm

Kỹ thuật mổ nội soi: mổ nội soi đường ngực và bụng

Thì ngực

1. Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng trái giống như phẫu thuật mở ngực phải kinh điển.

2. Vị trí trocar: chúng tôi thường sử dụng 4 trocar (2 trocar 10 mm, 2 trocar 5 mm). Trocar 10 đầu tiên đặt ở khoang gian sườn 4-5 đường nách giữa. Trocar 10 thứ 2 đặt ở khoang liên sườn 7-8 đường nách giữa. 2 trocar 5 đặt ở khoang liên sườn 6-7 và 8-9 đường nách sau. Chúng tôi sử dụng scope 30.

3. Sau khi quan sát và đánh giá tổn thương, tiến hành cắt dây chằng phổi dưới. Mở màng phổi trung thất để bộc lộ thực quản ngực. Thắt và cắt đôi tĩnh mạch đơn bằng chỉ và Clip hoặc dùng máy Endo stapler.

4. Bộc lộ thực quản bằng dụng cụ esophageal retractor và luồn qua thực quản một penrose hoặc dây vải để cầm kéo thực quản. Nhờ penrose này chúng ta có thể giải phóng toàn bộ thực quản dễ dàng. Cầm máu kỹ những mạch máu đi vào thực quản bằng đốt điện, dao siêu âm hoặc clip. Lấy hạch quanh thực quản và tổ chức mỡ đi cùng với thực quản thành một khối.

5. Sau khi giải phóng toàn bộ thực quản,

kiểm tra phổi và đặt 1 ống dẫn lưu khoang màng phổi số 28-F vào vị trí lỗ trocar 10mm ở liên sườn 7-8 đường nách giữa. Cho phổi nở và khâu lại các lỗ trocar.

Thì Bụng

Chúng tôi sử dụng dao cắt đốt siêu âm Harmonic Scapel trong thì này.

1. Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa. Sử dụng 5 trocars.

2. Giải phóng bờ cong lớn dạ dày và bảo tồn mạch máu vị mạc nối phải. Thắt và cắt động mạch vị trái bằng chỉ hoặc Endo Stapler.

3. Giải phóng thực quản đoạn bụng-khe hoành cho tới thực quản đoạn ngực đảm bảo có thể di động thực quản dễ dàng

4. Có thể thực hiện thủ thuật Kocher để di động khối tá tụy nếu thấy dạ dày không đủ chiều dài để nối lên cổ.

5. Dạ dày được tạo hình trong thì nội soi bằng endo stapler hoặc đưa ra ngoài ổ bụng tạo hình qua một đường rạch nhỏ dưới mũi ức khoảng 4 cm. Chúng tôi sử dụng cách sau bởi khối u thực quản thường lớn khó kéo qua đường mở ở cổ và không phải sử dụng endo stapler nên ít tổn kém hơn. Tạo hình ống dạ dày như phẫu thuật mổ mở. Sau đó ống dạ dày được kéo lên qua trung thất sau để nối với thực quản đoạn cổ.

6. Tạo hình môn vị bằng cắt cơ môn vị và mở hồng tràng nuôi ăn được thực hiện ở tất cả các trường hợp.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn từ 1/2006 đến 10/2009 chúng tôi đã thực hiện 53 ca phẫu thuật cắt thực quản nội soi bụng – ngực.

Đặc điểm bệnh nhân

Số ca mổ	53
Nam	49
Nữ	04
Tuổi trung bình	59,03
Tuổi nhỏ nhất	43
Tuổi lớn nhất	77

Đặc điểm bệnh

K thực quản 1/3 giữa	22
K thực quản 1/3 dưới	31
T2	18
T3	35
T4	0
N0	21
N1	32

Phẫu thuật

Hạch trung thất	5
Hạch cạnh dạ dày	4
Lượng máu mất trung bình	20ml
Thời gian mổ trung bình (phút)	336,86

Tai biến - Biến chứng sớm sau mổ

Tổn thương ống ngực	02
Rách khí quản	02
Xì miệng nối	4 (điều trị bảo tồn)
Nhiễm trùng vết mổ	0
Viêm phổi sau mổ	3
Tắc ruột sau mổ	0
Khàn tiếng	03

Mổ lại: Không có ca nào.

Tử vong: 01

BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 01/01/2006 đến 20/11/2009, chúng tôi thực hiện được 53 ca mổ cắt thực quản nội soi.

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho ung thư thực quản còn nhiều tranh luận trong y văn. Hầu như chưa có một nghiên cứu tiền cứu, ngẫu nhiên, so sánh và đối chứng nào khẳng định tính ưu việt của phương pháp mở ngực hay không mở ngực. Cho tới hiện nay việc chọn lựa phẫu thuật cắt thực quản theo kinh điển qua mở ngực hay qua khe hoành vẫn chưa có ý kiến thống nhất thì phẫu thuật cắt thực quản nội soi qua đường ngực và bụng là một hướng đi mới. Năm 1998 Luketich thông báo những kết quả ban đầu của cắt thực quản nội soi hoàn toàn qua đường ngực và bụng⁽²⁾. Cho tới năm 2003 tác giả này đã thực hiện 222 trường hợp cắt thực quản qua nội soi với kết quả rất ngoạn mục⁽²⁾: Tỷ lệ tử vong sau mổ của nghiên cứu này là 1,4%, rò miệng nối 11,7%; thời gian nằm tại ICU 24 giờ; thời gian

nằm viện trung bình 7 ngày; thời gian mổ trung bình là 7,5 giờ (bảng 1). Năm 2003, Nguyen Ninh T báo cáo 46 trường hợp cắt thực quản qua nội soi với tỉ lệ tử vong là 4,3%; thời gian mổ trung bình 350 ± 75 phút; thời gian nằm ICU 2 ngày; thời gian nằm viện 8 ngày⁽⁵⁾. Trong số 38 bệnh nhân ung thư thực quản, tỉ lệ sống 3 năm là 57%. Phẫu thuật nội soi thực hiện thành công là 97,8%. Perry và Luketich báo cáo kết quả phẫu thuật cắt thực quản nội soi ở 41 bệnh nhân già, tuổi từ 75 tới 89 cho thấy tỉ lệ biến chứng lớn thấp (19%), thời gian nằm viện trung bình là 7 ngày. Những nghiên cứu này cho rằng phẫu thuật cắt thực quản qua nội soi có thể thực hiện an toàn, có kết quả ngang bằng và tốt hơn so với phẫu thuật kinh điển.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

- 53 bệnh nhân, nam 49, nữ 04
- Lượng máu mất trong mổ không đáng kể.
- Tai biến: 2 trường hợp tổn thương ống ngực, 02 trường hợp rách khí quản. Hai TH tổn thương ống ngực được xử trí khâu qua nội soi, không có biến chứng rò bạch huyết. Hai TH rách khí quản, chúng tôi khâu lại khí quản qua nội soi ngực, một trường hợp ổn định, một trường hợp bị viêm phổi hít vào ngày hậu phẫu 10 và BN tử vong sau đó 01 ngày.
- Không có trường hợp nào tử vong trong mổ.
- Viêm phổi sau mổ: đây là biến chứng đáng ngại trong phẫu thuật cắt thực quản mổ mở. Tuy nhiên với phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng, biến chứng này giảm đáng kể. Chúng tôi có 03 TH viêm phổi sau mổ, 02 TH ổn xuất viện sau 03 tuần, 01 TH viêm phổi hít vào ngày hậu phẫu 10 và BN tử vong sau đó 01 ngày.
- Xì rò miệng nối thực quản cổ: đây cũng là biến chứng thường gặp, tỉ lệ dao động trong khoảng 10%. Tỉ lệ xì miệng nối thực quản ngực thấp hơn thực quản cổ, tuy nhiên tử vong do xì miệng nối thực quản

ngực cao hơn nhiều. Chúng tôi có 04 TH xì miệng nối thực quản cổ, tất cả đều điều trị bảo tồn bằng cách mở rộng vết mổ, dẫn lưu hiệu quả và dinh dưỡng qua ống mở hồng tràng nuôi ăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có TH nào phải mổ lại hoặc tử vong vì xì miệng nối thực quản cổ. Theo tác giả Luketic, một số phương pháp để giảm tỉ lệ xì miệng nối như ống dạ dày cần đủ dài, đường kính ống dạ dày lớn hơn 5cm, không làm tổn thương ống dạ dày khi thao tác, kỹ thuật và kinh nghiệm khâu nối... Từ đầu năm 2009 đến nay, chúng tôi thực hiện 10 TH, không có TH nào xì rò miệng nối.

- Chúng tôi có 03 TH khàn tiếng sau mổ, do thương tổn thần kinh quặt ngược khi phẫu tích thực quản cổ, tất cả những TH này đều cải thiện sau đó. Cũng theo tác giả Luketic, để tránh khàn tiếng sau mổ, ngoài việc chú ý tránh tổn thương thần kinh quặt ngược khi phẫu tích thực quản cổ, cần chú ý không cắt thần kinh X trên carena

Bảng kết quả

Tác giả	Số ca	Phương pháp	Thời gian mổ (giờ)	Ngày nằm viện	Từ vong (%)	Chuyển mổ mở	Xì miệng nối
Smithers 2001	153	TE	5	12	5,3	7	4
Osugi 2003	80	TE	3,7		0	0	1,3
DePaula 1995	12	LTE	4,3	7,6	0		8,3
Luketic 2000	77	TM/LE	7,5	7	0		9,1
Nguyen NT 2000	18	TM/LE	6	11,3	0		11
Luketic 2003	222	TM/LE	7,5	7	1,4	7,2	11,7
Nguyen NT 2003	46	TM/LE	350±75 phút	8	4,3		
Chúng tôi	53	TM/LE	336,86 phút	10	1,88	0	7,5

Ngoài những ưu điểm của phẫu thuật nội soi nói chung như ít đau, thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi qua đường ngực có thuận tiện là quan sát rõ, phẫu trường rộng,

tránh được biến chứng hô hấp do không phải cắt cơ như trong phẫu thuật mở ngực.

Biến chứng hẹp miệng nối cổ: tỉ lệ hẹp miệng nối thực quản cổ theo y văn là 25%, chủ yếu trong 06 tháng đầu, thường cần can thiệp nong miệng nối qua nội soi. Chúng tôi có 12 TH hẹp miệng nối cần phải nong qua nội soi.

Từ 01/2006 đến 10/2009, chúng tôi thực hiện được 53 TH cắt thực quản nội soi ngực bụng cho ung thư thực quản 2/3 dưới, bệnh nhân sống lâu nhất sau mổ là 30 tháng, BN sống ngắn nhất là 02 tháng do viêm phổi sau đó. Do hầu hết bệnh nhân đến trễ, thường ở giai đoạn T3 và có di căn hạch. Tuy nhiên chúng tôi cần thời gian lâu hơn nữa để đánh giá thời gian sống sau mổ.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt thực quản qua nội soi ngực bụng có thể thực hiện an toàn tại những trung tâm y khoa lớn và chuyên sâu, bởi phẫu thuật viên nội soi kinh nghiệm. Có thể thực hiện nạo hạch và cầm máu tốt. Phẫu thuật nội soi có thể thực hiện dễ dàng hơn khi u chưa xâm lấn sang các tạng lân cận (T1-T3). Trong những trường hợp không cắt được u, nội soi giúp xác định giai đoạn ung thư rõ hơn, tránh phải mở ngực và mở bụng vô ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DePaula AL, Hashiba K, Ferreir EA. Laparoscopic transhiatal esophagectomy with esophagogastroplasty. Surg laparosc Endosc. 1995; 5:1-5.
2. Luketic JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO. Minimally Invasive Esophagectomy Outcomes in 222 patients. Ann Surg 2003; 238: 486-495.
3. Nguyen NT, Roberts P, Follette DM. Thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy for benign and malignant disease: Lessons learned from 46 consecutive procedures. Journal of the American College of Surgeons 2003; 197: 902-913.
4. Nguyen NT, Follette DM, Wolf BM. Comparison of minimally invasive esophagectomy with transthoracic and transhiatal esophagectomy. Arch Surg. 2000; 135: 920-925
5. Nguyen NT, Robert P, Follet DM. Thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy for benign and malignant disease: lessons from 46 consecutive procedures
6. Nguyen Minh Hai, Tran Phung Dung Tien, Lam Viet Trung. Esophagectomy via thoracoscopy and laparoscopy. Asian J Surg. Vol.8, suppl.1, 8/2005. page 11. ELSA 8-2005.

7. Nguyen Minh Hai, Tran Phung Dung Tien, Lam Viet Trung. Esophagectomy via thoracoscopy and laparoscopy. Asian J Surg. Vol.8, suppl.1, 8/2005. page 11. ELSA 8-2005.
8. Nguyễn Minh Hải, Trần Phùng Dũng Tiến. Cắt thực quản qua nội soi đường ngực phối hợp với mổ bụng. Ngoại khoa số 6, tập 54, 2004, 11-14.
9. Phạm Đức Huấn, Đỗ Mai Lâm, Nguyễn Anh Tuấn, Trần Bình Giang, Nguyễn Minh Trọng, B.Descottes. Cắt thực quản nội soi ngực phải trong điều trị ung thư thực quản. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 319, 2006, 70-75.

