PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC THẤP

TS.BS ĐỖ MINH HÙNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt trước/cắt trước thấp kèm cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư trực tràng, ngoại trừ trường hợp khối u ở gần hoặc đã ảnh hưởng đến hệ thống cơ vòng hậu môn. Theo nhiều nghiên cứu độc lập, kỹ thuật này giúp làm giảm tỉ lệ tái phát tại chổ. Mặc dù vẫn còn nhiều tranh cãi trong ung thư 1/3 trên trực tràng, ngày nay vai trò của TME đã được chấp nhận rộng rãi trong ung thư trực tràng 1/3 giữa và dưới.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp ung thư trực tràng nằm trên ống hậu môn từ 2 – 10cm, giai đoạn từ T3 trở xuống. Có thể thực hiện cho các trường hợp u ở giai đoạn T4 vào thời điểm 6 tuần sau khi kết thúc xạ trị trước mổ

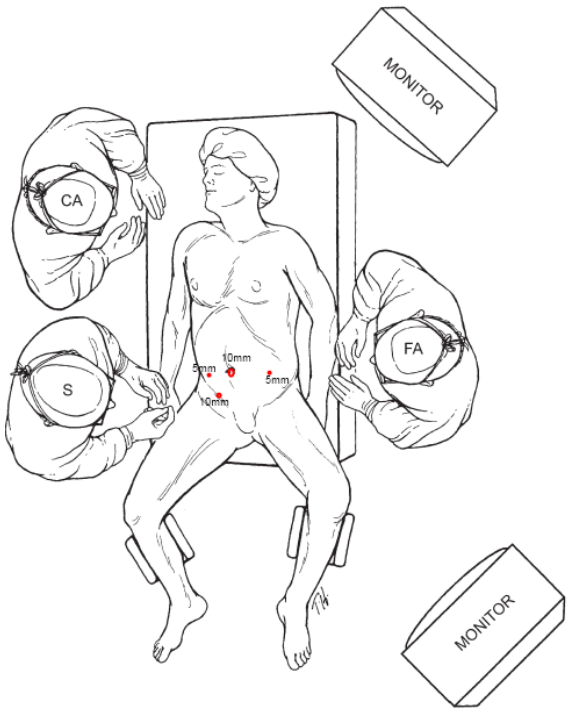
3. KỸ THUẬT MỔ

A. Tư thế bệnh nhân

Tư thế Lloyd – Davis cải biên: chân hơi thẳng để tránh cản trở khi thao tác dụng cụ nội soi, tay duỗi. Trong các giai đoạn phẫu tích khác nhau, có thể yêu cầu cho đầu thấp sang tư thế Trendelenburg đảo ngược, nghiêng phải hoặc trái để ruột non đổ theo trọng lực khỏi trường mổ.

B. Dụng cụ phẫu thuật: Ống soi 30^0, Trocar 5mm, 10mm và 12mm (đưa stapler cắt nối thẳng), Clamp ruột, kéo cong, Kẹp mạch máu (hemo-lock), Dao cắt đốt siêu âm (có thể có hoặc không)

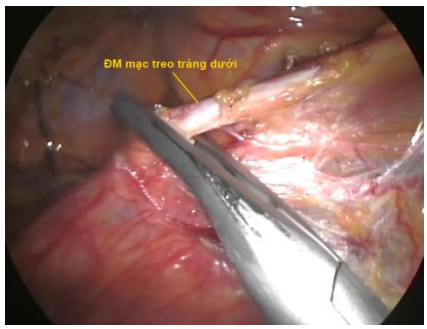
C. Vị trí trocar



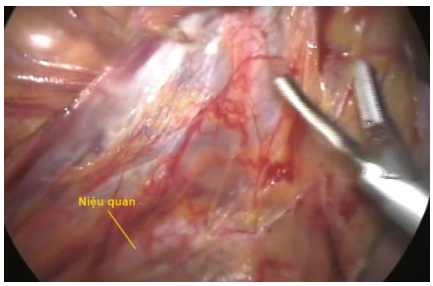
Phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân. Vào trocar đầu tiên ở rốn để bơm hơi phúc mạc. Các trocars tiếp theo sẽ được đặt khi quan sát trực tiếp để tránh tổn thương các tạng. Vị trí các trocar như hình minh họa, có thể thay đổi chút ít tùy theo thể trạng bệnh nhân. Số lượng trocar có thể thay đổi tùy trường hợp. Thông thường chúng tôi sử dụng 4 trocar : 10mm ở rốn (đặt ống soi), 12 mm ở hố chậu phải, 5 mm ở đường trung đòn phải và trái ngang mức rốn.

D. Các bước phẫu thuật

a. Bộc lộ phẫu trường: Tư thế đầu thấp nghiêng phải giúp ruột non rơi khỏi vùng chậu. Vén mạc nối lớn, đại tràng ngang lên vùng bụng trên. Vén treo ruột non sang phải từ góc tá – hỗng tràng để đưa ruột non tập trung ở vùng bụng trên phải, làm trống phẫu trường, bộc lộ được bó mạch mạc treo tràng dưới. Để giúp vén ruột non dễ dàng, trước tiên cần làm trống dạ dày. Thám sát toàn bộ ổ bụng để đánh giá tổn thương. Ở bệnh nhân nữ, có thể khâu treo tử cung vào thành bụng trước để làm trống vùng chậu.



b. Kiểm soát mạch máu: Từ cửa sổ mạc treo đại tràng chậu hông, phẫu tích dọc động mạch chủ bụng ngược từ ụ nhô lên đến gốc bó mạch mạc treo tràng dưới. Kẹp cắt sát gốc bó mạch mạc treo tràng dưới (high – tie technique). Chú ý rằng, mạch máu mạc treo tràng dưới hợp với động mạch chủ bụng 1 góc nhọn khoảng 30^0, thường ngay dưới tá tràng D_3. Điều này giúp tránh phẫu tích nhầm với động mạch chậu trái. Khi phẫu tích động mạch mạc treo tràng dưới cần đi ngay dưới động mạch, tách đám rối mạc treo tràng dưới để tránh tổn thương thần kinh ngay từ đây. Một kỹ thuật khác là cắt mạc treo đại tràng trái, để lại mạch máu mạc treo tràng dưới, chỉ cắt bỏ nhánh mạch máu nuôi đại tràng chậu hông (low – tie technique). Kỹ thuật này ít sử dụng trong phẫu thuật ung thư nạo vét hạch tận gốc. Trong bước phẫu tích này, chú ý bộc lộ niệu quản trái để tránh tai biến tổn thương niệu quản.



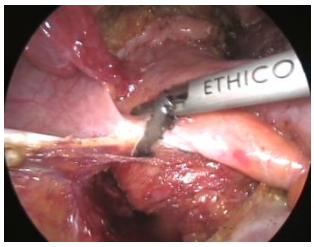
c. Di động trực tràng- cắt toàn bộ mạc treo trực tràng: bắt đầu từ bước cắt những nhánh mạch máu nhỏ đi vào mạc treo trực tràng từ chỗ chia đôi của động mạch chủ bụng. Xẻ phúc mạc thành sau ngay trên ụ nhô để vào khoảng trước xương thiêng. Đây là khoảng vô mạch nằm giữa mạc treo trực tràng ở phía trước và đám rối thần kinh trước xương thiêng ở phía sau (Holly plan). Tiếp tục phẫu tích theo khoang này xuống vùng chậu, tới tận dây chằng cùng - trực tràng (cân Waldeyer). Chú ý bảo tồn các nhánh thần kinh tự động để đảm bảo chức năng niệu sinh dục sau mổ.

Phẫu tích sang 2 bên: từ sau sang cánh chậu phải, ra phía trước đến túi cùng bàng quang – trực tràng (ở nam) hoặc âm đạo trực tràng (ở nữ). Chú ý tránh gây chảy máu từ các nhánh động

mạch trực tràng giữa khi cắt bỏ các dây chằng bên trực tràng. Thường chỉ chia nhánh 1 bên vào dây chằng bên, đôi khi không gặp ở cả 2 bên. Giai đoạn phẫu tích này cũng có thể gặp tai biến tổn thương niệu quản, thần kinh 2 bên khi đi quá gần vách chậu. Làm 1 đường cắt phúc mạc từ hai bên phải và trái nối với nhau ở phía trước, tiếp tục phẫu tích sau hoặc trước cân Denonvillier (tùy vị trí u) để bóc tách đoạn dưới trực tràng ra khỏi bàng quang hoặc âm đạo. Bộc lộ được túi tinh và tiền liệt tuyến ở nam và mặt sau âm đạo ở nữ.

d. Di động đại tràng chậu hông: cắt mạc Tolt của đại tràng chậu hông lên phía góc lách. Người phụ mổ hỗ trợ bằng cách kéo căng quai đại tràng chậu hông ngược chiều với hướng tích của phẫu thuật viên.

e. Di động đại tràng góc lách: các trường hợp đại tràng chậu hông ngắn, phải di động toàn bộ đại tràng góc lách và một phần đai tràng ngang để tránh làm căng miệng nối. Có thể phẫu tích từ giữa (medial) hoặc từ bên (lateral). Đây là 1 thì cũng đòi hỏi nhiều kỹ năng.



f. Phẫu tích cánh trái trực tràng: Chúng tôi thường thực hiện thì này sau khi đã di động đại tràng chậu hông. Phẫu tích tương tự như bên cánh phải.

g. Thực hiện miệng nối: cắt ngang trực tràng bằng Echelon 60. Chú ý đường cắt phải vuông góc để tránh tao ra tai chó gây thiếu máu nuôi ở miệng nối. Mở đường mổ nhỏ ở hố chậu trái để đưa đại tràng chậu hông – trực tràng ra ngoài ổ bụng. Cắt bỏ đại tràng chậu hông – trực tràng trên khối u ít nhất 10cm. Khâu mũi túi bằng Vicryl 3.0 hoặc Prolene 2.0 quanh miệng cắt. Đặt đe (anvil) của máy khâu nối vòng vào lòng đại tràng, đưa lại vào ổ bụng. Bơm rửa mõm trực tràng từ hậu môn. Đặt máy khâu nối vòng. Chú ý tránh làm xoắn đoạn đại tràng trái trong ổ bụng bằng cách kiểm tra từ góc lách xuống. Kiểm tra miệng nối bằng cách bơm hơi qua hậu môn.

h. Kết thúc phẫu thuật: đặt dẫn lưu vùng chậu và dẫn lưu trực tràng. Đóng các lỗ vào trocar.

4. BIẾN CHỨNG

Xì rò - chảy máu miệng nối, tổn thương thần kinh, tái phát tại chỗ, hẹp miệng nối

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt trước thấp nội soi trong điều trị bệnh lý ung thư trực tràng là một phẫu thuật ít xâm nhập nên ít đau sau mổ và thời gian phục hồi sau mổ nhanh hơn. Khả năng cắt triệt để và nạo vét hạch tương đương mổ mở nên kết quả về mặt ung thư học không có sự khác biệt so với mổ mở. Điều quan trọng là phẫu thuật viên phải có đường cong học tập đúng.