

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG BÊN PHẢI ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẮT ĐẠI TRÀNG NỘI SOI

Vũ Hoàng Hà¹, Nguyễn Cường Thịnh², Nguyễn Văn Hải³,
Phạm Hữu Huân⁴, Võ Quang Hùng⁴, Trương Quý Nhân¹, Vũ Hoàng Minh Vũ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư đại tràng (UTĐT) phải được phẫu thuật cắt đại tràng nội soi và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên 60 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải được phẫu thuật cắt đại tràng nội soi trong thời gian từ 1.2016-12.2021. Đánh giá tỉ lệ các triệu chứng, mối liên quan giữa các triệu chứng, không có triệu chứng lâm sàng với mức độ xâm lấn u, giai đoạn ung thư. **Kết quả:** Tuổi trung bình 54,3, tỷ lệ các triệu chứng đau bụng, rối loạn tiêu hoá, đại tiện ra máu, mệt mỏi, sụt cân, tắc ruột không hoàn toàn và Hemoglobin <10g/dl lần lượt là: 81,7%, 53,3%, 26,7%, 13,3%, 10% và 35%. Có 5 BN(8,3%) không có triệu chứng lâm sàng, được chẩn đoán nhờ nội soi tầm soát. Số BN không có triệu chứng có kết quả GPB ở giai đoạn I là 80%, giai đoạn II là 20%, trong khi chỉ 50% số BN có triệu chứng ở giai đoạn I,II; khác biệt này có ý nghĩa với P=0,005. Nhóm BN có triệu chứng lâm sàng có u ở T3, T4a cao hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm không có triệu chứng, P= 0,02. Có tất cả 9 BN di căn đều ở nhóm BN có triệu chứng, tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa (P=1). **Kết luận:** BN UTĐT phải không có triệu chứng lâm sàng thường ở giai đoạn sớm khi so sánh với các BN có triệu chứng và khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: ung thư đại tràng phải, phẫu thuật nội soi, triệu chứng

SUMMARY

DETERMINATION OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF COLON CANCER PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC COLECTOMY

Objectives: To determine the clinical and subclinical characteristics of patients with right colon cancer who must undergo laparoscopic colectomy and some related factors. **Subjects and methods:** Prospective study on 60 colon adenocarcinoma patients who had to undergo laparoscopic colectomy during the period from 1.2016 to 12.2021. Assess the rate of symptoms, the relationship between symptoms, no clinical symptoms with tumor invasion,

cancer stage. **Results:** Mean age 54.3, the rate of symptoms of abdominal pain, digestive disorders, bloody stools, fatigue, weight loss, incomplete intestinal obstruction and Hemoglobin <10g/dl respectively: 81.7%, 53.3%, 26.7%, 13.3%, 10% and 35%. There were 5 patients (8.3%) without clinical symptoms, diagnosed by screening endoscopy. The number of asymptomatic patients with pathology results in stage I is 80%, stage II is 20%, while only 50% of patients have symptoms in stages I, II; This difference is significant with P=0.005. Group of symptomatic patients with tumor at T3, T4a was significantly higher than in the asymptomatic group, P = 0.02. There were a total of 9 patients with metastatic disease in the group of symptomatic patients, but the difference was not significant (P=1). **Conclusion:** Patients with non-clinical right colorectal cancer are often at an early stage when compared with symptomatic patients and the difference is statistically significant.

Keywords: right colon cancer, laparoscopic surgery, symptoms

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các loại ung thư, ung thư đại trực tràng (UTĐT) đứng hàng thứ ba ở nam giới và hàng thứ hai ở nữ giới, chiếm khoảng 10% tổng số ung thư với hơn 600 000 ca tử vong mỗi năm, UTĐT là nguyên nhân tử vong đứng thứ tư trong các tử vong liên quan đến ung thư trên toàn thế giới[1],[2]. Phẫu thuật là biện pháp điều trị cơ bản cho UTĐT còn có khả năng cắt bỏ triệt để (En bloc). Thống kê ở các nước phương Tây, tỉ lệ sống thêm 5 năm sau phẫu thuật triệt để phụ thuộc vào giai đoạn ung thư: giai đoạn I là 99%, 68-83% cho giai đoạn II và giai đoạn III là 45-65%[4]. Đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán sớm, giúp tăng tỉ lệ BN được điều trị triệt căn UTĐT, nhưng vẫn có đến 20% số bệnh nhân UTĐT được chẩn đoán khi đã di căn nhiều cơ quan, không còn khả năng phẫu thuật triệt để; do đó tỉ lệ sống 5 năm của bệnh nhân UTĐT ở tất cả các giai đoạn vào khoảng 28,5-60%[9]. Như vậy, chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm có vai trò rất lớn trong việc điều trị hiệu quả UTĐT.

Phân bố của UTĐT có khuynh hướng giảm nhẹ về phía đại tràng đoạn gần: 10 – 15% ở trực tràng, 40% ở đại tràng chậu hông, 25 – 35% ở manh tràng và đại tràng lên, còn lại 10 – 25% phân bố đồng đều các vị trí còn lại, 3% ung thư ở nhiều vị trí. Ngoại trừ UTĐT có biến chứng

¹Bệnh viện Gò Vấp

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Trường Đại học Y Dược TP. HCM

⁴Bệnh viện Ung bướu TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Cường Thịnh

Email: cuongthinh108@yhaoo.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023

(thung, tắc, rò) hoặc đã di căn đa cơ quan, triệu chứng lâm sàng thường gặp là thay đổi thói quen đại tiện, đau bụng, giảm cân không rõ nguyên nhân, thiếu máu thiếu sắt; đặc điểm của các triệu chứng phần nào liên quan đến vị trí u và giai đoạn ung thư.

Có nhiều kết quả nghiên cứu đã xác nhận những lợi ích sớm của phẫu thuật nội soi so với mổ mở cắt đại tràng như: ít đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện hậu phẫu, sớm phục hồi lưu thông ruột và tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ ít hơn; nhưng vẫn đảm bảo kết quả phẫu thuật về mặt ung thư học tương đương với mổ mở.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy ung thư của ĐT phải, ĐT trái và trực tràng có những đặc điểm khác biệt về lâm sàng, mô bệnh học, phẫu thuật triệt căn cũng như di căn và tiên lượng nên cần có những nghiên cứu riêng. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật cắt đại tràng nội soi và mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng với giai đoạn ung thư và tái phát sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Gồm 60 bệnh nhân UTĐT phải, được PTNS cắt đại tràng phải tại bệnh viện Ung bướu TP. HCM trong thời gian từ 1.2016 đến 12.2021. Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ là ung thư biểu mô tuyến.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán UTĐT phải hoặc UTĐT ngang đoạn gần trước mổ.

- Được phẫu thuật nội soi cắt ĐT phải.

- Chẩn đoán giải phẫu bệnh lý sau mổ là ung thư đại tràng.

- Đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân UT ở đoạn khác của ĐT, không được PTNS cắt ĐT phải hoặc ung thư nhiều vị trí trên ĐT

Bảng 3: Kết quả nội soi đại tràng

	Ống soi-khối u		Pô lip kềm		Giải phẫu bệnh lý		
	Qua được	Không qua được	Có	Không	Không lấy được mẫu	Lành tính (nhưng sau mổ là UT)	Carcinoma
N	24	36	17	43	1	5	54
(%)	40	60	28,3	71,7	1,7	8,3	90

Nhận xét: Có 27/60 BN (chiếm 45%) được phát hiện di căn hạch, trong đó 6 BN (10%) di căn trên 3 hạch (N2). Chỉ có 01 BN (1,7%) ở giai đoạn IVa do ung thư di căn đơn độc ở buồng trứng phải.

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng liên quan với mức độ xâm lấn của u và di căn hạch

Triệu chứng	Không	Có	Tổng
Xâm lấn			
T1	1 (50%)	1(50%)	2(100%)

- Ung thư cơ quan khác di căn đến đại tràng phải hay UTĐT phải tái phát.

- Chẩn đoán giải phẫu bệnh lý không phải ung thư đại tràng.

- Bệnh nhân không đủ hồ sơ – bệnh án.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiền cứu

Cỡ mẫu: Thuận tiện

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1.2016 đến tháng 12.2021

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh

Thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo bệnh án mẫu

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của 60 bệnh nhân là 54, nhỏ nhất là 29, lớn nhất là 81; tỉ lệ nam/nữ: 0,4; BMI trung bình: $21,6 \pm 2,4$.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số BN	Tỉ lệ %
Đau bụng	49	81,7
Rối loạn tiêu hoá	32	53,3
Đại tiện ra máu	16	26,7
Mệt mỏi	14	23,7
Sụt cân	8	13,3
Bán tắc ruột	6	10
Tiền sử mổ bụng	3	5
Không có triệu chứng	5	8,3

Bảng 2: Triệu chứng cận lâm sàng

Kết quả	Số BN	Tỉ lệ %	Ghi chú
Thiếu máu nhẹ	14	23,3	
Thiếu máu vừa	12	20	
Thiếu máu nặng	9	15	

T2	3(23,1%)	10(76,9%)	12(100%)
T3	0	5(100%)	5(100%)
T4a	1(2,5%)	39(97,5%)	40(100%)
Có di căn hạch	0	27(100%)	27(100%)
Không di căn hạch	5(15,2%)	28(84,8%)	33(100%)

Bảng 5: Triệu chứng lâm sàng và giai đoạn bệnh

Triệu chứng \ pTMN	Giai đoạn I	Giai đoạn II	Giai đoạn III	Giai đoạn IVa	Tổng	Tái phát
Không	4(80%)	1(20%)	0	0	5(100%)	0
Có	8(14,5%)	20(36,4%)	26(47,3%)	1(1,8%)	55(100%)	9
Tổng	12(20%)	21(35%)	26(43,3%)	1(1,7%)	60(100%)	9

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến đại tràng riêng lẻ (không có yếu tố gia đình) bắt đầu có nguồn gốc từ u nhú biểu mô loạn sản và mất khoảng 10-15 năm để hình thành ung thư. Khối ung thư lớn dần vào trong lòng đồng thời xâm lấn vào thành ĐT, gieo rắc sang các cơ quan lân cận và di căn xa[5]. Các triệu chứng lâm sàng liên quan tương đối với kích thước u, giai đoạn bệnh, vị trí u và có thể không đặc trưng cho UTĐT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 55/60 bệnh nhân được nội soi ĐT chẩn đoán sau khi có các triệu chứng kéo dài trong đó các triệu chứng đau bụng, rối loạn tiêu hoá gặp nhiều nhất lần lượt là 81,7% và 53,3% các triệu chứng khác ít gặp hơn như: Đại tiện ra máu, mệt mỏi, sụt cân, bán tắc ruột; chỉ 5 BN (8,3%) không có triệu chứng được chẩn đoán khi khám sức khoẻ tổng quát và được chỉ định nội soi ĐT tầm soát (Bảng 1,2,3).

Các triệu chứng lâm sàng của UTĐT cũng có thể biểu hiện của các bệnh ác tính cũng như lành tính khác của đường tiêu hoá, như trĩ xuất huyết, viêm túi thừa đại tràng, nhiễm trùng, ký sinh trùng, viêm ruột... Chẩn đoán xác định phải dựa vào nội soi đại tràng sinh thiết làm giải phẫu bệnh. Ford AC và cộng sự nghiên cứu phân tích tổng hợp của 15 báo cáo đã kết luận độ nhạy của các triệu chứng riêng lẻ (rối loạn tiêu hoá, thiếu máu, sụt cân, tiêu chảy, sờ thấy u) trong chẩn đoán UTĐT khoảng từ 5-64% và độ đặc hiệu cũng rất hạn chế [6].

Goodman D[7] cho rằng mệt mỏi, thiếu máu nhược sắt do không phát hiện chảy máu cũng thường gặp ở UTĐT phải (trong khi UTĐT chậu hông và trực tràng thường đại tiện ra máu tươi) do đó UTĐT phải thường bị trì hoãn trong chẩn đoán.

Nghiên cứu của chúng tôi có 8,3% số BN không có triệu chứng lâm sàng; khi so sánh mức độ xâm lấn của u lên thành đại tràng, nhóm BN có triệu chứng lâm sàng có u ở T3, T4a cao hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm không có triệu

chứng, $P=0,02$ (Fisher's Exact Test) (Bảng 4). Mặt khác, kiểm định Chi Square cho thấy khả năng di căn hạch của u ở nhóm T4a cao hơn các nhóm còn lại với tỉ số chênh (OR) là 5,4 khoảng tin cậy (CI) 95% 1,5-19,1, có ý nghĩa thống kê $P=0,06$. Không có BN nào ở nhóm không có triệu chứng tái phát trong thời gian nghiên cứu, 9 BN tái phát đều ở nhóm có triệu chứng, tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $P=1$ (Bảng 5). Mặt khác, khi xếp giai đoạn bệnh theo pTMN, tất cả các BN không có triệu chứng đều ở giai đoạn I, II, trong khi các BN có triệu chứng lâm sàng có đến 47,3% BN đã ở giai đoạn III (Bảng 5) và khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $P=0,005$ (Fisher's Exact Test). Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng giống một số tác giả khác cho thấy triệu chứng lâm sàng của UTĐT phải là biểu hiện của bệnh lý UT đã tương đối tiến triển và sẽ có tiên lượng xấu[8],[2]. Amry R.[2] nghiên cứu 1071 BN chẩn đoán UTĐT trong đó có 217 không có triệu chứng lâm sàng, các BN có triệu chứng lâm sàng có nguy cơ cao hơn: u $\geq T3$ (1,96 lần), di căn hạch (1,92 lần), di căn xa tại thời điểm chẩn đoán (3,37 lần), nguy cơ tái phát (2,19 lần), nguy cơ chết (3,02 lần).

Các BN trong nghiên cứu được chọn để phẫu thuật theo kế hoạch, nên không có các triệu chứng hậu quả của u ĐT gây biến chứng như tắc ruột, thủng gây viêm phúc mạc, áp xe quanh u hoặc các triệu chứng của di căn đa cơ quan, sốt kéo dài không rõ nguyên nhân...

Ở các nước tiên tiến mặc dù có nhiều tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh và nội soi để tầm soát UTĐT, nhưng hầu hết (70-90%) UTĐT được chẩn đoán ở giai đoạn đã có triệu chứng[8].

V. KẾT LUẬN

Thiếu máu nhược sắc trước mổ là triệu chứng cận lâm sàng đáng lưu ý, 35% BN có Hematocrit trước mổ $<10g/dl$.

Tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng thường gặp như đau bụng (81,7%), rối loạn tiêu hoá (53,3%), đại tiện ra máu (26,7%), mệt mỏi

(23,7%), sụt cân (13,3%, tắc ruột không hoàn toàn (10%)... và 5 BN chiếm 8,3% không có triệu chứng lâm sàng trước nhập viện, được nội soi khi khám sức khỏe tổng quát tình cờ phát hiện. Các biểu hiện lâm sàng là biểu hiện của ung thư đã tương đối tiến triển. Phân tích đa biến cho thấy 73,1% BN không có triệu chứng lâm sàng u ở T1-2 và 100% ở giai đoạn chưa di căn hạch, khác biệt với nhóm có triệu chứng lâm sàng có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$ và $p=0,005$ theo thứ tự. Khả năng di căn hạch của u ở nhóm T4a cao hơn các nhóm còn lại với tỉ số chênh (OR) là 5,4 khoảng tin cậy 95% 1,5-19,1, có ý nghĩa thống kê $P=0,06$ (Chi Square). Đến hết thời gian nghiên cứu 100% các BN không có triệu chứng lâm sàng trước mổ đều chưa phát hiện tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chấn Hùng, Đặng Huy Quốc Thịnh, Diệp Bảo Tuấn, Lê Anh Tuấn (2020). Bức tranh toàn cảnh phòng-trị ung thư. Tạp chí Ung thư học Việt nam, 5, 5-12.
2. Amri R, Bordeianou LG, Sylla P, Berger DL (2013). Impact of screening colonoscopy on

outcomes in colon cancer surgery. JAMA Surg. 2013;148(8):747.

3. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut. 2017;66:683-691.
4. Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C, eds. TNM Classification of Malignant Tumours. 8th edition. Oxford: John Wiley & Sons, Inc.; 2016.
5. Cancer Genome Atlas Network. Comprehensive molecular characterization of human colon and rectal cancer. Nature. 2012;487(7407):330-337.
6. Ford AC, Veldhuyzen van Zanten SJ, Rodgers CC et al (2008). Diagnostic utility of alarm features for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Gut. 57(11): 1545.
7. Goodman D, Irvin TT (1993). Delay in the diagnosis and prognosis of carcinoma of the right colon. Br J Surg. 1993;80(10):1327.
8. Moreno CC, Mittal PK (2016). Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. Clin Colorectal Cancer. 2016 Mar;15(1):67-73. Epub 2015 Jul 29.
9. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends-an update. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2016;25:16-27.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ VINORELBINE - CISPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IB-III A TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trịnh Lê Huy¹, Trần Đình Anh², Đỗ Anh Tú³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ Vinorelbine-cisplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IB-III A. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 73 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IB-III A đã phẫu thuật triệt căn, được điều trị bổ trợ phác đồ Vinorelbine-cisplatin tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2016 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 57,14. Nam : nữ = 2,85:1. Giai đoạn bệnh sau mổ: 32,9% giai đoạn IB (24 bệnh nhân), 34,2% giai đoạn IIA (25 bệnh nhân), 19,2% bệnh nhân giai đoạn IIB (14 bệnh nhân), 13,7% giai đoạn IIIA (10 bệnh nhân). Thể mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (78,1%). Trung vị sống thêm không bệnh (DFS) là

29,30 ± 1,63 tháng, và tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 3 năm là 41,1%. Tác dụng không mong muốn trên huyết học của phác đồ gặp ở 66,67% bệnh nhân bao gồm hạ bạch cầu hạt (61,6%) và hạ bạch cầu đỏ 3 và 4 gặp ở 27,4% bệnh nhân. Tác dụng không mong muốn ngoài huyết học gặp tỷ lệ thấp và ở chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1,2). **Kết luận:** Phác đồ vinorelbine-cisplatin là một phác đồ có hiệu quả trong điều trị bổ trợ UTPKTBN, nghiên cứu đạt được DFS và tỷ lệ OS 3 năm tương đương với các thử nghiệm lâm sàng trên thế giới. Tác dụng phụ thường gặp nhất là hạ bạch cầu, các tác dụng phụ khác gặp tỷ lệ thấp và ở mức độ nhẹ.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, vinorelbine, cisplatin, hóa chất bổ trợ

SUMMARY

THE RESULT OF ADJUVANT VINORELBINE PLUS CISPLATIN IN COMPLETELY RESECTED STAGE IB-III A NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Evaluating the result of adjuvant vinorelbine plus cisplatin in completely resected stage IB-III A NSCLC. **Patients and methods:** Descriptive

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023