

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN I – II TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Chiến*, Nguyễn Hữu Ước**, Phạm Hữu Lu**, Đoàn Quốc Hưng**

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả 105 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán trước mổ UTPKTBN giai đoạn I-II và phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2015-2016: tuổi trung bình $59,4 \pm 10,9$ nam/nữ = 1,62. U gặp nhiều thùy trên, chủ yếu giai đoạn T1b(29,5%), T2a(35,2%). Giai đoạn I chiếm (73,3%). Phẫu thuật nội soi toàn bộ và VATS 28,6%, mở ngực 71,4%. Thời gian phẫu thuật $171,6 \pm 21,12$ phút, dẫn lưu màng phổi sau mổ $8,0 \pm 3,8$ ngày, nằm viện $19,85 \pm 5,72$ ngày. Biến chứng chung 8,6%, hay gặp xẹp thùy phổi 2,9%, tử vong 0%. Ung thư biểu mô tuyến 81,9%. Phẫu thuật cắt thùy phổi, nạo vét hạch là phương pháp điều trị tối ưu cho UTPKTBN giai đoạn I-II, kết quả khả quan, biến chứng thấp, nằm viện ngắn.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, cắt thùy phổi, bệnh viện Việt Đức.

SUMMARY: Surgical results for non-small cell lung cancer stage I-II at Viet Duc friendship hospital

Nguyen Van Chien *, Nguyen Huu Uoc**,
Pham Huu Lu**, Doan Quoc Hung **

* *Hanoi Lung Hospital*, ***Hanoi medical university, Cardiovascular and Thoracic Surgery, Viet Duc Hospital.*

The study described 105 patients

diagnosed with preoperative NSCLC stage I-II and surgery at Viet Duc Hospital from 2015 to 2016: mean age was $59,4 \pm 10,9$, male/female=1,62. Tumor of upper lobes was popular, mainly T1b (29,5%), T2a (35.2%). Stage I (73,3%). Total coelioscopy and assisted-video thoracic surgery (VATS) was 28,6%, thoracotomy was 71,4%. Operative time was $171,6 \pm 21,12$ min, pleural drainage $8,0 \pm 3,8$ days, hospitalization $19,85 \pm 5,72$ days. Complications was 8,6%, atelectasis 2,9%, death was 0%. 81,9% epithelial carcinoma. Lung lobectomy, curation of lymph nodes is the best treatment for patients with stage I-II NSCLC who have been routinely performed at Viet Duc Hospital with good results, low complication rate, short hospital stay.

Key words: Non-small cell lung cancer, lung lobectomy, Viet Duc Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phế quản phổi hay ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến nhất toàn cầu. Theo Tổ chức nghiên cứu ung thư thế giới (IARC) năm 2012 có 1,8 triệu ca mới mắc UTP chiếm tỷ lệ 12,9% tất cả các loại ung thư được chẩn đoán. UTP là nguyên nhân phổ biến

*BV Phổi Hà Nội

**Trường ĐHY Hà Nội, Khoa PT Tim mạch- Lồng ngực, BV Việt Đức

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS. Đoàn Quốc Hưng

Ngày nhận bài: 01/10/2017 - Ngày Cho Phép Đăng: 05/10/2017

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Lê Ngọc Thành

nhất gây tử vong do bệnh ung thư, ước tính có 1,59 triệu người chết, bằng 19,4% của tổng số ca [1],[2]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị nhưng chỉ có 25-35% bệnh nhân lúc được chẩn đoán có khả năng phẫu thuật. Điều trị UTP là điều trị đa mô thức: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, điều trị đích đều được sử dụng. Trong đó, bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-II phẫu thuật cắt thùy phổi, nạo vét hạch hệ thống được coi là phương pháp điều trị hiệu quả nhất [3].

Tại bệnh viện Việt Đức, hàng năm khoảng 150 trường hợp UTPKTBN được PT cắt thùy phổi, nạo vét hạch hệ thống bằng các phương pháp như: Phẫu thuật nội soi lồng ngực, phẫu thuật lồng ngực có video hỗ trợ (VATS), mổ mở với đường mổ nhỏ xâm lấn tối thiểu. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị UTPKTBN giai đoạn I-II tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2015-2016.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước mổ

| Chỉ số | Giá trị |
|-----------------------|--------------------------|
| <i>Tuổi</i> | 59,4 ± 10,9 (17 – 79) |
| <i>Giới (nam/nữ)</i> | 65/40 = 1,62 |
| <i>Vị trí trên CT</i> | |
| Thùy trên phải | 34 (32,4%) |
| Thùy giữa phải | 12 |
| Thùy dưới phải | 22 |
| Thùy trên trái | 27 (35,7%) |

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả 105 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-II và tiến hành phẫu thuật tại Khoa phẫu thuật tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2015-2016.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Không giới hạn tuổi, giới tính.

- BN chẩn đoán xác định trước mổ là ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I - II.

- Được phẫu thuật cắt thùy phổi và vét hạch hệ thống.

- Giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư phổi không tế bào nhỏ.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các chỉ số cần cho nghiên cứu.

+ Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình. Các biến thứ tự và rời rạc được trình bày dưới dạng %.

| | |
|---------------------------|------------|
| Thùy dưới trái | 10 |
| Kích thước u | |
| ≤ 2cm | 19 |
| 2 – 3 cm | 31 (29,5%) |
| 3 – 5cm | 37 (35,2%) |
| 5 – 7cm | 15 |
| >7cm | 3 |
| Giai đoạn trước mổ | |
| Giai đoạn I | 77 (73,3%) |
| Giai đoạn II | 28 (26,7%) |

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

| Thông số | n (%) |
|---|---------------|
| Phương pháp phẫu thuật | |
| Nội soi toàn bộ + VATS | 30 (28,6%) |
| Mổ mở | 75 (71,4%) |
| Số thùy phổi được cắt bỏ | |
| Một thùy | 98 (93,3%) |
| Hai thùy | 7 (6,7%) |
| Thời gian phẫu thuật (phút) | 171,6 ± 21,12 |
| Thời gian dẫn lưu màng phổi (ngày) | 7,85 ± 3,15 |
| Thời gian nằm viện sau mổ (ngày) | 9,83 ± 3,07 |
| Biến chứng | |
| 9 (8,6%) | |
| Chảy máu sau mổ | 1 |
| Suy hô hấp | 1 |
| Trụy tim mạch | 2 |
| Dò khí kéo dài | 0 |
| Xẹp phổi | 3 (2,9%) |
| Viêm phổi | 2 |
| Tử vong hậu phẫu | 0 |
| Chẩn đoán giai đoạn sau mổ | |
| IA | 26 |
| IB | 23 |

| | | |
|------------------------------|----------|------------|
| IIA | | 27 |
| IIB | | 15 |
| IIIA | | 13 |
| IIIB | 1 | |
| Giải phẫu bệnh sau mổ | | |
| Ung thư biểu mô tuyến | | 86 (81,9%) |
| Ung thư biểu mô tế bào vảy | 8 (7,6%) | |
| Khác | | 11 10,5%) |

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm dịch tễ và chẩn đoán bệnh nhân trước mổ

Nhóm nghiên cứu gồm 105 bệnh nhân có tuổi trung bình $59,4 \pm 10,9$ tuổi. Bệnh nhân trẻ nhất 17 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất 79 tuổi. Độ tuổi tương đồng với các tác giả trong nước như Nguyễn Hoàng Bình năm 2015 (59,5 tuổi) và Bùi Chí Việt năm 2011 (56,8 tuổi) [4],[5]. Tuy nhiên tuổi thấp hơn các tác giả nước ngoài trong cùng giai đoạn nghiên cứu Wu năm 2015 (62,8 tuổi) và Villamizar năm 2009 (67 tuổi) [6],[7]. Qua đó gợi ý rằng độ tuổi ung thư phổi của Việt Nam thấp hơn thế giới. Tỷ lệ nam/nữ là 1,62. Vị trí u phổi chủ yếu gặp ở thùy trên hai phổi, có tới 61/105 trường hợp u thùy trên. Vấn đề lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật hiện còn nhiều tranh cãi và những thử nghiệm mới mở rộng chỉ định đã thu những kết quả xa khá khả quan. Tuy nhiên, hầu hết các trung tâm lớn trên thế giới vẫn đồng thuận rằng, phẫu thuật cho bệnh nhân giai đoạn I và II đạt hiệu quả cao nhất. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn các bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn I và II dựa vào các dữ liệu thăm dò và tầm soát trước mổ. Trong đó giai đoạn I chiếm đa số với 73,3%. Chính vì vậy khối u trên phim cắt lớp

vi tính lồng ngực hầu hết còn khu trú, chủ yếu là các u T1b (2-3 cm) chiếm 29,5% và u T2a (3-5 cm) chiếm 35,2%. Vị trí và kích thước khối u là hai trong những yếu tố then chốt trong việc chỉ định mổ và lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Trong đó, những khối u lớn nằm thiên về trung tâm thùy trên phổi trái là những trường hợp tương đối khó cả về kỹ thuật và hậu phẫu.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Phẫu thuật cắt thùy phổi đã tiến hành tại Việt Nam từ lâu, ban đầu các phẫu thuật được tiến hành với đường mở ngực kinh điển trước bên, bên hoặc sau bên tùy theo thói quen của phẫu thuật viên. Những ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi chỉ thực sự phát triển khoảng một thập kỷ nay. Phẫu thuật nội soi có thể toàn bộ hoặc phẫu thuật nội soi hỗ trợ với đường mở ngực nhỏ không banh sườn, tùy thuộc vào đặc điểm thương tổn của bệnh nhân. Trong nghiên cứu có 28,6% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (toàn bộ hoặc hỗ trợ) sử dụng phương tiện khâu cắt tự động (Stappler). Phẫu thuật nội soi giảm tối đa sang chấn, tạo điều kiện thuận lợi cho hậu phẫu. Tuy nhiên, kinh phí cao vẫn còn là một trở ngại lớn để có thể phát triển rộng rãi. Phần lớn bệnh nhân còn lại (71,4%) được phẫu

thuật mở. Tuy nhiên, hiện nay tại Bệnh viện Việt Đức ít sử dụng đường mở kinh điển mà áp dụng đường mở nhỏ không cắt cơ kiểu Pháp, chỉ vén và tách cơ thành ngực theo giải phẫu, do đó hạn chế nhiều biến chứng trên thành ngực và nguy cơ đau kéo dài sau mổ. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu có tới 80% bệnh nhân được sử dụng giảm đau ngoài màng cứng sau mổ, những cản trở do đau gây ra giảm rất nhiều, cải thiện kết quả hậu phẫu và khả năng hồi phục của bệnh nhân. Trong nhóm nghiên cứu có 7 trường hợp u xâm lấn rãnh liên thùy và màng phổi tạng thùy liền kề do đó phải tiến hành cắt hai thùy tổn thương. Thời gian phẫu thuật trung bình là $171,6 \pm 21,12$ phút. Năm 2010, Belgers báo cáo 122 ca, thời gian phẫu thuật trung bình 179 phút [8]. Thời gian này của T. Obuchi năm 2011 là 221,9 phút [9]. Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình 7,85 ngày. Nghiên cứu của Zhou ở 358 bệnh nhân là 4,05 ngày, Quiang Pu là 4,2 ngày [10], [11]. Thời gian dẫn lưu màng phổi ngắn giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tăng hiệu quả lý liệu pháp hô hấp. Thời gian nằm viện sau mổ 9,8 ngày. Zhou là 10,5 ngày, Qiang Pu là 8,8 ngày [10],[11]. Thời gian nằm viện được rút ngắn, giảm đánh kể chi phí điều trị. Tỷ lệ biến chứng thấp 8/105 ca (8,6%), chảy máu 1 trường hợp, gặp nhiều nhất là xẹp phổi 2,9%, không có trường hợp nào tử vong trong thời gian phẫu thuật cũng như hậu phẫu. Zhou năm 2012 cũng chủ yếu gặp xẹp thùy phổi với 42/385 bệnh nhân (11,7%). Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của Qiang Pu năm 2012 ở nhóm mổ VATS và mổ mở lần lượt lên tới 23,5 và 28,8%, gặp chủ yếu là rò khí và viêm phổi [10],[11]. Tại khoa phẫu thuật

tim mạch và lồng ngực, Bệnh viện Việt Đức, phẫu thuật cắt thùy phổi nạo vét hạch hệ thống đã được tiến hành thường qui từ lâu bởi các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm, đều xuất phát từ các bác sĩ nội trú được đào tạo bài bản, trải qua các chương trình ngoại khoa trong và ngoài nước về chuyên ngành lồng ngực, mạch máu. Chính vì vậy, kỹ thuật gần như được làm chủ. Không có trường hợp nào tử vong do tai biến trong mổ. Quy trình chăm sóc hậu phẫu tốt và thống nhất, các biện pháp lý liệu pháp hô hấp (vỗ rung, tập thở, vật lý trị liệu...) được áp dụng bài bản, hạn chế tối đa các biến chứng sau mổ. Giảm đau bằng đặt Catheter gây tê ngoài màng cứng đã được áp dụng thường quy, giúp cho BN có thể lý liệu pháp hô hấp sớm và hiệu quả.

Tất cả bệnh phẩm sau mổ (khối u, hệ thống hạch vùng, dịch màng phổi...) đều được làm giải phẫu bệnh kiểm tra để đánh giá lại giai đoạn cho bệnh nhân. Trước mổ các BN chẩn đoán ở giai đoạn I và II. Tuy nhiên sau mổ, kết quả cho thấy tỷ lệ giai đoạn I và II là 49/42 trường hợp. Có 14 BN giai đoạn III. Có sự khác biệt này là do trước mổ các công cụ đánh giá giai đoạn của phẫu thuật viên như cắt lớp vi tính lồng ngực, xạ hình xương, chụp MRI sọ não, các khảo sát ổ bụng hay nhiều khi cả PET-CT chỉ định hướng được tính chất u và tầm soát di căn xa, trong khi những đánh giá về di căn các nhóm hạch là rất hạn chế. Một vài trường hợp u xâm lấn qua màng phổi tạng, xâm lấn sang thùy lân cận cũng không đánh giá hết được qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Do đó, xác định giai đoạn bệnh nhân sau mổ là khâu vô cùng quan trọng. Đây sẽ là định hướng cho

chiến lược điều trị kết hợp (hóa xạ trị, điều trị đích) sau mổ cho bệnh nhân. Kết quả định type tế bào cũng tương tự như các nghiên cứu khác với thể mô bệnh học gặp nhiều nhất là ung thư biểu mô tuyến với 81,9%, tế bào vảy 7,6%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt thùy phổi, nạo vét hạch là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-II đã được thực hiện thường qui tại Bệnh viện Việt Đức với kết quả khả quan, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn. Vì vậy, cần được áp dụng và triển khai tại các cơ sở y tế chuyên khoa và các đơn vị y tế lớn trên cả nước, giúp điều trị ung thư phổi đạt kết quả cao nhất, cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư phổi ngày càng có tỷ lệ mắc và tử vong cao như hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.de Martel C., Ferlay J., Franceschi S., et al.(2012), "Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis", *Lancet Oncol*, 13(6), 607-15.

2.Torre Lindsey A., Bray Freddie, Siegel Rebecca L., et al.(2015), "Global cancer statistics, 2012", *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 87-108.

3.Goldstraw P., Crowley J., Chansky K., et al.(2007), "The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification of malignant tumours", *J Thorac Oncol*, 2(8), 706-14.

4.Nguyễn Hoàng Bình (2015), *Nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi*

trong bệnh lý phổi, luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược TPHCM.

5.Bùi Chí Việt(2011), *Phẫu thuật ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ*, luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y dược TPHCM.

6.Villamizar N. R., Darrabie M. D., Burfeind W. R., et al.(2009), "Thoracoscopic lobectomy is associated with lower morbidity compared with thoracotomy", *J Thorac Cardiovasc Surg*, 138(2), 419-25.

7.Wu C. F., Fu J. Y., Yeh C. J., et al.(2015), "Recurrence Risk Factors Analysis for Stage I Non-small Cell Lung Cancer", *Medicine (Baltimore)*, 94(32), e1337.

8.Belgers E. H., Siebenga J., Bosch A. M., et al.(2010), "Complete video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy and its learning curve. A single center study introducing the technique in The Netherlands", *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 10(2), 176-80.

9.Obuchi T., Imakiire T., Hamatake D., et al.(2011), "Video-assisted thoracic surgery for lung cancer in hemodialysis patients", *Asian J Endosc Surg*, 4(4), 157-60.

10.Pu Qiang, Ma Lin, Mei Jiandong, et al.(2013), "Video-assisted thoracoscopic surgery versus posterolateral thoracotomy lobectomy: A more patient-friendly approach on postoperative pain, pulmonary function and shoulder function", *Thoracic Cancer*, 4(1), 84-89.

11.Zhou Wenyong, Chen Xiaofeng, Zhang Huijun, et al.(2013), "Video-assisted thoracic surgery lobectomy for unexpected pathologic N2 non-small cell lung cancer", *Thoracic Cancer*, 4(3), 287-294.