

NẠO HẠCH TRONG UNG THƯ DẠ DÀY

Kết quả của phẫu thuật điều trị bệnh ung thư dạ dày khác nhau theo từng vùng, từng nước. Hiện nay Nhật có tỉ lệ sống 5 năm sau mổ là 40-45%. Các nước phương tây có tỉ lệ thấp hơn nhiều, khoảng 20%. Ở Việt nam chưa có số liệu nào được công bố chính thức, một vài báo cáo khoa học trong những năm 80 của bệnh viện Việt Đức - Hà Nội cho tỉ lệ 12%.

Kết quả tốt-xấu phụ thuộc chính vào hai yếu tố là chẩn đoán sớm hay muộn và phẫu thuật có lấy hết mô ung thư hay không.

* Chẩn đoán sớm ung thư dạ dày rất khó. Muốn chẩn đoán được ung thư dạ dày ở giai đoạn sớm phải nắm chắc nguyên tắc chẩn đoán bệnh này và phải có nhiều kinh nghiệm lâm sàng. Hai mươi năm trở lại đây có nhiều phương tiện mới chẩn đoán bệnh ung thư dạ dày. Đáng kể là việc sử dụng phương pháp chụp X quang đối quang kép và nội soi dạ dày tá tràng bằng ống soi mềm. Hai phương tiện này đã cải thiện nhiều kết quả lâu dài của phẫu thuật. Tuy nhiên ở những nước đang phát triển, chúng mới chỉ được sử dụng ở các bệnh viện lớn và kỹ thuật của chúng đòi hỏi nhiều ở khả năng người sử dụng.

* Phẫu thuật phải được thực hiện đúng qui cách, gồm ba khâu:

- Cắt dạ dày rộng rãi để lấy hết mô ung thư, mặt cắt không còn tế bào ung thư.
- Cắt bỏ các tạng bị di căn như buồng trứng, lách hay một phần các tạng bị di căn như gan, tụy, đại tràng ngang ...
- Lấy hết các hạch bị di căn. Lấy hạch là chủ đề của bài viết này.

Trong ung thư dạ dày, di căn hạch xảy ra khá sớm, kể cả hạch ở gần và hạch ở xa khối ung thư. Nhưng từ trước đến thời gian gần đây, người ta chỉ lấy các hạch ở chung quanh dạ dày, mà không lấy các hạch ở xa dạ dày. Đó là nguyên nhân của tái phát ung thư, làm cho tỉ lệ sống 5 năm sau mổ rất thấp. Ngày nay phương pháp lấy hạch rộng rãi được sử dụng ở nhiều nước, nhưng không phải ở mọi nơi. Lấy hạch rộng rãi đã cải thiện đáng kể tỉ lệ sống 5 năm sau mổ.

HẠCH DẠ DÀY

Các hạch của dạ dày và vùng lân cận được đánh số từ 1 đến 16. Tùy theo vị trí, chúng được chia ra thành 3 chặng hạch (ganglion: G) (hình 1).

- Chặng hạch thứ nhất - G1 - là các hạch chạy dọc theo hai bờ cong dạ dày. Chặng hạch này nằm ở lớp nông (hay lớp trước), gồm các nhóm hạch tâm vị phải (1),

* Ung thư tâm vị

- Theo R1: Lấy các hạch tâm vị phải, tâm vị trái, bờ cong nhỏ, bờ cong lớn (1,2,3,4).

- Theo R2: lấy thêm các hạch trên môn vị, dưới môn vị, động mạch vị phải, động mạch gan, động mạch thân tạng, rốn lách, động mạch lách, cạnh thực quản (đối với ung thư tâm vị) (1,2,3,4 + 5,6,7,8,9,10,11,110)

KỸ THUẬT NẠO HẠCH

Nạo hạch theo R2, R3 được thực hiện bằng cách phẫu tích trong bao động mạch. Phẫu tích trong bao động mạch không những lấy đi các hạch mà còn lấy đi các mắt lưới bạch mạch bao quanh động mạch.

Nạo hạch một khối thường không khó vì các hạch dính với nhau. Nạo hạch một khối có nhược điểm là khó nhận định tính chất của từng nhóm riêng biệt. Cách tốt nhất là khi phẫu tích động mạch nên tách riêng từng nhóm nhỏ, bỏ các hạch lấy được vào các lọ đã được đánh số.

Nạo hạch theo kiểu R3 rất nặng nề, có nhiều nguy cơ và nhiều biến chứng nên trên thực tế rất ít được sử dụng. Muốn lấy nhóm hạch 14 bắt buộc phải cắt tụy trái. Để dễ lấy nhóm hạch 16 cũng cần cắt tụy trái. Cắt lách đơn thuần không làm tăng số lượng hạch được lấy bỏ và không mang lại lợi ích gì về mặt điều trị triệt để.

Số lượng các hạch di căn lấy được phụ thuộc vào kỹ thuật mổ tỉ mỉ của các phẫu thuật viên và vào sự quan sát cẩn thận của các nhà giải phẫu bệnh học. Phẫu tích càng tỉ mỉ càng thấy nhiều những hạch có kích thước nhỏ. Càng có nhiều tiêu bản và quan sát càng kỹ càng thấy rõ sự thâm nhiễm của mô ung thư. Một bệnh phẩm nhận định không tốt, chỉ phân tích một vài hạch, chỉ quan sát một tiêu bản duy nhất rất dễ bỏ sót một tình trạng thâm nhiễm hạch và từ đó kết luận sai lệch là N0, trong khi đó có thể là N1, N2. Trong Y văn đã xuất hiện các phương pháp đánh giá chi tiết về các “tiêu chuẩn tin cậy”. Một bệnh phẩm dạ dày được nạo hạch kiểu R2, ít nhất phải có 26 hạch.

Các thì của kỹ thuật nạo hạch theo R2:

Thám sát thượng tởn và ổ bụng. Nếu quyết định nạo hạch theo kiểu R2, thì bắt đầu bằng rạch mạc nối nhỏ. Đường rạch sát với chỗ bám ở gan, đi sang trái, tới cơ hoành. Thám sát mặt sau dạ dày và thực quản bụng.

- Bóc tách mạc nối lớn khỏi đại tràng từ trái sang phải tới nơi tận cùng. Lật dạ dày lên trên, thấy một đám hạch, trong đó có động mạch vị mạc nối phải. Thắt động mạch này ở nguyên ủy của nó, sát với tụy. *Lấy các hạch dưới môn vị* (giống như trong R1).

- Bộc lộ cuống gan, thắt động mạch môn vị ở ngay nguyên ủy của nó. *Lấy các hạch trên môn vị* (hình 3a).

- Phẫu tích tìm nguyên ủy động mạch gan. Rạch mạc trước tụy (đường chấm hình 3b) để bộc lộ và *lấy các hạch nằm ở liềm động mạch gan chung*.

- Khi bộc lộ nguyên ủy động mạch gan là đã bộc lộ nguyên ủy động mạch lách. Phẫu tích dọc theo động mạch lách và đi bên trong bao động mạch. Với ung thư hang vị thì công việc phẫu tích ngưng lại nơi động mạch vị sau. Với các vị trí khác của ung thư cần cắt dạ dày toàn bộ, tiếp tục phẫu tích về phía trái tới tận đuôi tụy. *Lấy các hạch động mạch lách*.

- Tìm lại chỗ phân đôi của động mạch gan và động mạch lách. Đi vào bao động mạch thân tạng để thắt động mạch vị phải nơi nguyên ủy. *Lấy các hạch động mạch vị phải*.

- *Lấy các hạch thân tạng* nằm ở hai bên động mạch này. Thì này mất nhiều thì giờ vì các hạch bạch huyết, các tĩnh mạch là các hạch thần kinh bán nguyệt chằng chịt với nhau. Sau khi lấy hạch lộ ra bờ trước của các trụ cơ hoành và qua đó thấy nguyên ủy của động mạch thân tạng.

- *Lấy các hạch cạnh tâm vị phải* trong ung thư hang vị. Kỹ thuật lấy hạch cạnh tâm vị phải và trái dễ trong cắt dạ dày toàn bộ nhưng không dễ trong cắt dạ dày bán phần. Trong R2 phải lấy đi các hạch cạnh tâm vị và các hạch phần trên bờ cong nhỏ. Để dễ dàng, cần lấy các hạch này trước khi cắt dạ dày.

- *Lấy hạch rốn lách*. Muốn lấy toàn bộ các hạch ở rốn lách bắt buộc phải lấy cùng với lách. Các tác giả Nhật chủ trương lấy hạch theo R2 cho các ung thư ở thân dạ dày và ung thư ở tâm-phình vị. Một số tác giả khác (Đức, Pháp) không chủ trương sử dụng một cách hệ thống. Lý do là vì hạch ở rốn lách di căn thường kèm theo hạch dọc theo động mạch lách di căn. Các tác giả này chủ trương sinh thiết tức thì các hạch động mạch lách. Nếu không có di căn ung thư thì không cắt lách và tụy trái. Nếu có di căn thì lý tưởng là cắt lách và tụy trái. Cắt tụy trái nên cắt nhiều về bên phải để có thể lấy đi các hạch Động mạch mạc treo tràng trên (hạch 14) và nhất là hạch bên - động mạch chủ (hạch 16), tức là nạo hạch theo R3. Nhớ là cắt tụy là một phẫu thuật lớn có nhiều nguy cơ tử vong và biến chứng. Cần cân nhắc giữa bệnh nhân và phẫu thuật.

ƯU VÀ NHƯỢC ĐIỂM CỦA NẠO HẠCH KIỂU R2

1. Ưu điểm

* Số hạch lấy được của kiểu R2 cao hơn nhiều so với kiểu R1. Trong một công trình nghiên cứu ngẫu nhiên của Hà lan, số hạch lấy được theo kiểu R1 là 15, theo kiểu R2 là 30.

* Những công trình hồi cứu và những công trình tiền cứu không ngẫu nhiên có số lượng lớn đã kết luận chắc chắn có sự cải thiện rõ rệt về thời gian sống sau mổ khi nạo hạch theo kiểu R2.

2. Nhược điểm

Nhược điểm duy nhất mà người ta lo ngại ở nạo hạch theo kiểu R2 là tỉ lệ của các biến chứng sau mổ của nó.

Các tác giả Nhật là những người có nhiều kinh nghiệm về vấn đề này thấy tỉ lệ các biến chứng của R2 không tăng lên. Công trình nghiên cứu không ngẫu nhiên và đa trung tâm của nhóm nghiên cứu về ung thư dạ dày của Đức, so sánh 1096 nạo hạch kiểu R2 với 558 nạo hạch kiểu R1 thấy không có sự khác nhau giữa R1 và R2. Một số các công trình tiền cứu khác cũng nhận định như vậy.

Ngược lại một số công trình nghiên cứu ngẫu nhiên đã kết luận là tỉ lệ các biến chứng của R2 cao hơn R1. Nhưng tỉ lệ các biến chứng sau mổ còn phụ thuộc vào phẫu thuật có đụng chạm đến tụy hay không. Hình như không có sự khác nhau giữa R1 và R2 khi không đụng chạm đến tụy. Khi phải cắt lách - tụy, mặc dù có dùng somatostatine, một số tác giả thấy tỉ lệ biến chứng sau mổ tăng lên.

KẾT LUẬN

Bởi kết quả thu lượm được của nhiều công trình và bởi tính logic của nó, vấn đề nên hay không nên nạo hạch rộng rãi không còn là chủ đề bàn cãi nữa. Nhưng nạo hạch theo mức độ nào thì có tác giả chủ trương nạo hạch theo R3, có tác giả chủ trương chỉ nạo hạch theo R2 vì nạo hạch theo R3 quá nặng nề.

Với lách và tụy thì ung thư vùng hang vị cũng không bàn cãi, ung thư ở các vị trí khác thì nên căn cứ vào tình trạng và tuổi tác của bệnh nhân và nếu có điều kiện căn cứ vào kết quả xét nghiệm mô học tức thì các nhóm hạch lách mà quyết định.

Vấn đề thời gian của cuộc mổ, thời gian của cuộc mổ cắt dạ dày nạo hạch kiểu R2 dài hơn nhiều so với R1. Không phải vì thế mà không làm tốt việc nạo hạch. Trong khi mổ luôn phải nghĩ tới kết quả trước mắt, nhưng không được quên kết quả lâu dài của phẫu thuật.