

BIẾN CHỨNG RÒ MIỆNG NỔI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN

Ngô Gia Khánh¹, Nguyễn Trọng Hòe¹, Nguyễn Văn Tiệp^{1*}

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm rò miệng nổi sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản triệt căn và một số yếu tố liên quan đến rò miệng nổi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 113 bệnh nhân (BN) ung thư thực quản, được phẫu thuật nội soi ngực cắt thực quản triệt căn từ tháng 02/2010 - 8/2023 tại Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Tuổi trung bình từ $54,8 \pm 8,6$ (32 - 75), nam giới (97,3%), rò miệng nổi 13 BN (11,5%). Thời gian trung bình xuất hiện rò miệng nổi là $7,15 \pm 1,5$ (5 - 11) ngày. 100% BN sưng nề vùng cổ, 100% BN chảy nước bọt qua vết mổ, 100% BN điều trị nội khoa. Thời gian liền miệng nổi $18,8 \pm 3,2$ (15 - 24) ngày. Thời gian ăn đường miệng sau rò miệng nổi $17,9 \pm 3,8$ (13 - 25) ngày. Các yếu tố như tuổi, giới tính, BMI, hút thuốc lá, uống rượu và chỉ số ASA, thời gian phẫu thuật, mức độ xâm lấn (Tx), không có ý nghĩa tiên lượng rò miệng nổi. Nhóm rò miệng nổi có thời gian nằm viện dài hơn nhóm không rò miệng nổi là $22,46 \pm 11,4$ ngày so với $13,5 \pm 4,6$ ngày ($p = 0,01$). **Kết luận:** Rò miệng nổi sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản hay gặp, chẩn đoán dựa vào lâm sàng, điều trị nội khoa là chủ yếu. Không khẳng định được các yếu tố trước mổ, trong mổ và sau mổ liên quan đến rò miệng nổi.

Từ khóa: Ung thư thực quản; Biến chứng rò miệng nổi; Cắt thực quản.

COMPLICATIONS OF ANASTOMOTIC LEAKAGE AFTER THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER

Abstract

Objectives: To study some characteristics of anastomotic leak after thoracoscopic radical esophagectomy and some factors related to esophagogastric anastomotic leak.

¹Bộ môn - Trung tâm Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Tiệp (chiductam@gmail.com)

Ngày nhận bài: 22/12/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 20/01/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i2.612>

Methods: A retrospective descriptive study on 113 esophageal cancer patients undergoing thoracoscopic radical esophagectomy from February 2010 - August 2023 at Military Hospital 103. **Results:** The mean age was 54.8 ± 8.6 (32 - 75), male accounted for 97.3%, anastomotic leak: 13 patients (11.5%). The average time for anastomotic leak to appear was 7.15 ± 1.5 (5 - 11) days. 100% of the patients had swelling in the neck area, and 100% of the patients had saliva flow through the surgical wound. Treatment of anastomotic leak: 100% of patients received medical treatment. Time to heal anastomotic leak: 18.8 ± 3.2 (15 - 24) days. Oral feeding time after anastomotic leak: 17.9 ± 3.8 (13 - 25) days. Factors such as age, gender, BMI, smoking, alcohol consumption, ASA index, surgery time, and the level of invasiveness (Tx) were not predictive of anastomotic leak. The anastomotic leak group had a longer hospital stay than the non-anastomotic leak group, 22.46 ± 11.4 days compared to 13.5 ± 4.6 days ($p = 0.01$). **Conclusion:** Complications of anastomotic leakage after esophagectomy were common, and diagnosis was mainly based on clinical and medical treatment. Preoperative, intraoperative, and postoperative factors related to anastomotic leak cannot be confirmed.

Keywords: Anastomotic leakage; Esophageal cancer; Esophagectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản đứng thứ 7 về tỷ lệ mắc trong số các loại ung thư và thứ 6 về tỷ lệ tử vong do nguyên nhân ung thư trên toàn thế giới [1]. Sau khi cắt bỏ thực quản, thay thế thực quản bằng dạ dày là kỹ thuật được lựa chọn vì dạ dày được cấp máu tốt, đủ dài để làm miệng nối ở ngực hoặc cổ và chỉ có một miệng nối. Tuy nhiên, trên thực tế, khả năng rò miệng nối thực quản - ống dạ dày thường cao hơn so với các

miệng nối đường tiêu hóa khác. Một phân tích tổng hợp dựa trên dữ liệu của 43 nghiên cứu với tổng số 5.537 BN, trong đó, 2.527 BN (45,6%) đã trải qua phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu và 3.010 BN (54,4%) đã trải qua phẫu thuật cắt thực quản mở, với tỷ lệ rò miệng nối thực quản tổng thể là 9,2% (509/5.537 BN). Theo nghiên cứu của Takeuchi và CS đã phẫu thuật ung thư thực quản triệt căn cho 5.354 BN

báo cáo tỷ lệ rò miệng nổi thực quản - ống dạ dày là 13,3%. Trong 13 nghiên cứu bao gồm 2.457 trường hợp báo cáo tỷ lệ rò miệng nổi, trong đó, ở nhóm phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu McKeown, tỷ lệ rò miệng nổi là 12,9% (131/1.292 BN) và ở nhóm phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu Ivor Lewis, tỷ lệ này là 5,7% (63/1.165 BN) [2, 3, 4, 5]. Những yếu tố được cho là liên quan đến tình trạng rò miệng nổi như tình trạng dinh dưỡng của BN trước khi phẫu thuật, đường hầm đặt ống dạ dày tái tạo mới, vị trí hoặc kỹ thuật tạo miệng nổi và độ căng của miệng nổi. Đặc biệt, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, chính sự thiếu máu cục bộ của ống dạ dày là một yếu tố quan trọng gây ra tình trạng rò miệng nổi [2, 4]. Tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu về các phương pháp phẫu thuật cắt thực quản triệt căn, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về biến chứng rò miệng nổi cũng như các yếu tố liên quan đến rò miệng nổi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Nhận xét một số đặc điểm rò miệng nổi sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản triệt căn và một số yếu tố liên quan đến rò miệng nổi.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

* *Đối tượng nghiên cứu:* 113 BN được chẩn đoán xác định ung thư thực quản bằng giải phẫu bệnh và được phẫu thuật nội soi cắt thực quản triệt căn tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ tháng 02/2010 - 8/2023.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn BN:* BN được chẩn đoán ung thư thực quản bằng giải phẫu bệnh và được phẫu thuật nội soi cắt thực quản triệt căn; miệng nổi được tạo giữa thực quản và ống dạ dày ở vùng cổ; BN chấp nhận hợp tác nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN được phẫu thuật cắt thực quản không do ung thư; miệng nổi được tạo bởi thực quản với đại tràng hoặc ruột non; hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu:*

BN vào viện được khám lâm sàng, nội soi thực quản - dạ dày, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, lồng ngực, đo chức năng hô hấp, siêu âm tim để chẩn đoán bệnh, giai đoạn bệnh. Tiến hành phẫu

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG HỌC VIỆN QUÂN Y

thuật nội soi ngực cắt thực quản triệt căn vết hạch hai vùng cho những BN có chỉ định phẫu thuật.

Kỹ thuật tạo miệng nối thực quản: Vị trí thực hiện miệng nối ở nền cổ, giữa thực quản đoạn cổ và ống dạ dày. Có thể nối bằng khâu tay hay nối máy, nối kiểu tận - tận, tận - bên, bên - bên.

- Chẩn đoán rò miệng nối thực quản ống dạ dày:

+ Thời gian: ≤ 30 ngày.

+ Lâm sàng: Nền cổ sưng nề, tách vết mổ có nước bọt hoặc thức ăn chảy ra, uống xanhmethylen thấy có dung dịch chảy qua vết mổ vùng cổ.

+ Nội soi thấy lỗ rò.

+ Chụp X-quang miệng nối thực quản - ống dạ dày cản quang thấy lỗ rò.

- Phương pháp điều trị rò:

+ Điều trị nội khoa: Nhịn ăn; dùng thuốc giảm tiết, kháng sinh; thay băng.

+ Điều trị phẫu thuật: Phẫu thuật khâu lỗ rò hoặc làm lại miệng nối.

So sánh để tìm mối liên quan giữa một số yếu tố và biến chứng rò miệng nối bằng cách phân thành hai nhóm là nhóm rò miệng nối và nhóm không có rò miệng nối.

Các diễn biến sau mổ như thời gian thở máy, thời gian nằm ICU, thời gian trung tiện, ăn qua đường miệng sau

phẫu thuật, biến chứng khác được ghi chép lại.

* *Xử lý số liệu:* Trên phần mềm IBM SPSS 26, 64 bit với các thuật toán thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Thông tin về bệnh tật của BN được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không có xung đột về lợi ích.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 113 BN, tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $54,8 \pm 8,6$ tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 32 tuổi, BN nhiều tuổi nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (97,3%), nữ giới chiếm 2,7%. 13 BN có biến chứng rò miệng nối (11,5%).

* *Một số đặc điểm của BN bị rò miệng nối:*

Thời gian trung bình xuất hiện rò miệng nối: $7,15 \pm 1,5$ (5 - 11) ngày.

Triệu chứng thường gặp: 100% BN sưng nề vùng cổ, 100% BN chảy nước bọt qua vết mổ. Điều trị rò miệng nối: 100% BN điều trị nội khoa.

Thời gian liền chỗ rò miệng nối: $18,8 \pm 3,2$ (15 - 24) ngày.

Thời gian ăn đường miệng sau rò miệng nối: $17,9 \pm 3,8$ (13 - 25) ngày.

** Một số yếu tố liên quan đến rò miệng nổi:*

Bảng 1. Một số đặc điểm trước mổ.

Một số đặc điểm trước mổ	Tổng chung	Rò miệng nổi		p
		Có (n = 13)	Không (n = 100)	
Đặc điểm BN				
Tuổi	54,8 ± 8,6	52,9 ± 10,2	55,1 ± 8,4	0,38
Nam	110 (97,3%)	12 (10,9%)	98 (89,1%)	0,30
Nữ	3 (2,7%)	1 (3,2%)	2 (2,4%)	
BMI	19,7 ± 3,4	20,6 ± 2,9	19,6 ± 3,5	0,34
Tiền sử				
Hút thuốc	55 (48,7%)	6 (10,9%)	49 (89,1%)	0,50
Uống rượu nhiều	66 (58,4%)	6 (9,1%)	60 (90,9%)	0,30
Đánh giá tình trạng BN trước mổ theo thang điểm ASA				
ASA = 2	79 (69,9%)	9 (11,4%)	70 (88,6%)	0,50
ASA = 3	34 (30,1%)	4 (11,8%)	30 (88,4%)	
Xét nghiệm máu trước mổ				
Protein	73,5 ± 5,6	73,4 ± 5,1	73,5 ± 5,7	0,90
Albumin	39,1 ± 3,8	37,9 ± 3,2	39,3 ± 3,9	0,21
Hồng cầu	4,4 ± 0,6	4,2 ± 0,5	4,4 ± 0,6	0,32
Huyết sắc tố	133,9 ± 16,0	129,2 ± 17,4	134,7 ± 15,8	0,25

Các yếu tố như tuổi, giới tính, BMI, tiền sử hút thuốc, uống rượu và chỉ số ASA trước mổ không có mối liên quan đến biến chứng rò miệng nổi. Albumin và huyết sắc tố trung bình ở nhóm rò miệng nổi thấp hơn ở nhóm không rò miệng nổi nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG HỌC VIỆN QUÂN Y

Bảng 2. Biến chứng rò miệng nối liên quan với một số đặc điểm trong và sau mổ.

Một số đặc điểm trong và sau mổ	Tổng chung	Rò miệng nối		P
		Có (n = 13)	Không (n =100)	
Yếu tố trong mổ				
Tổng thời gian phẫu thuật (phút)	287 ± 62	277 ± 53	288 ± 63	0,55
Thời gian phẫu thuật thì ngực (phút)	120 ± 36	120 ± 32	121 ± 37	0,95
Nối bằng Stapler				
Nối bằng tay				
Nối tận - tận	78 (69,0%)	8 (10,3%)	70 (89,7%)	0,10
Nối tận - bên	20 (17,7%)	1 (5,0%)	19 (95,0%)	
Nối bên - bên	15 (13,3%)	4 (26,7%)	11 (73,3%)	
T1a	3 (2,7%)	0 (0%)	3 (100%)	0,40
T1b	5 (4,4%)	1 (20%)	4 (80%)	
T2	28 (24,8%)	3 (10,7%)	25 (89,3%)	
T3	64 (56,6%)	6 (9,4%)	58 (90,6%)	
T4a	13 (11,5%)	3 (23,1%)	10 (76,9%)	
Thì bụng nội soi hoàn toàn	5 (4,4%)	1 (20%)	4 (80%)	0,50
Thì bụng nội soi hỗ trợ	90 (79,6%)	10 (11,1%)	80 (88,9%)	
Thì bụng mổ mở	18 (16,0%)	2 (11,1%)	16 (88,9%)	
Yếu tố sau mổ				
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	14,5 ± 6,5	22,46 ± 11,4	13,5 ± 4,6	0,01
Nằm ICU	83 (73,4%)	7 (8,4%)	76 (91,6)	0,20
Thời gian rút dẫn lưu khoang màng phổi (ngày)	5,5 ± 2,2	5,5 ± 2,2	5,4 ± 2,2	0,87
Biến chứng hô hấp	31 (27,4%)	5 (16,1%)	26 (83,9%)	0,34
Rò đường chấp	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	1,00
Tổn thương thần kinh quặt ngược	15 (13,3%)	4 (26,7%)	11 (73,3)	0,07
Tử vong	2 (1,8%)	0 (0%)	2 (100%)	0,70

Các yếu tố như thời gian phẫu thuật, mức độ xâm lấn của khối u (Tx), thì bụng nội soi hay mổ mở và các biến chứng không có mối liên quan đến rò miệng nối.

Ở nhóm rò miệng nổi, thời gian nằm viện dài hơn nhóm không rò miệng nổi ($22,46 \pm 11,4$ ngày so với $13,5 \pm 4,6$ ngày), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$.

Bảng 3. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố tiên đoán tình trạng rò miệng nổi.

Các biến phân tích	OR	95%CI	p
Tuổi	0,96	0,88 - 1,03	0,26
BMI	1,02	0,82 - 1,27	0,89
ASA	0,95	0,22 - 4,10	0,94
Hút thuốc	2,66	0,25 - 28,32	0,42
Uống rượu	0,21	0,02 - 2,30	0,20
Thì ngực	0,99	0,97 - 1,01	0,49
Thì bụng	0,49	0,08 - 2,96	0,44
Kiểu nổi	0,80	0,27 - 2,31	0,68

Khi phân tích hồi quy logistic đa biến, các yếu tố như tuổi, BMI, chỉ số ASA, tiền sử hút thuốc, uống rượu, thì bụng mổ nội soi hay mổ mở và kiểu nổi không có ý nghĩa tiên lượng được rò miệng nổi.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu có 113 BN được phẫu thuật cắt thực quản triệt căn. Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $54,8 \pm 8,6$ tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 32 tuổi, BN nhiều tuổi nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (97,3%), nữ giới (2,7%). 13 BN xuất hiện rò miệng nổi, chiếm tỷ lệ 11,5%. Một số đặc điểm rò miệng nổi trong nhóm nghiên cứu như sau: Thời gian trung bình xuất hiện rò miệng nổi là $7,15 \pm$

$1,5$ (5 - 11) ngày. Triệu chứng thường gặp: 100% BN sưng nề vùng cổ, 100% BN chảy nước bọt qua vết mổ. Điều trị rò miệng nổi: 100% BN điều trị nội khoa. Thời gian liền chỗ rò miệng nổi: $18,8 \pm 3,2$ (15 - 24) ngày. Thời gian ăn đường miệng sau rò miệng nổi: $17,9 \pm 3,8$ (13 - 25) ngày. Khi thảo luận về điều trị rò miệng nổi, một số tác giả trên thế giới khuyến nghị một số phương pháp để giảm tỷ lệ rò miệng nổi.

Nghiên cứu tổng hợp trên 1.608 BN phẫu thuật cắt thực quản của Guangxin Tuo và CS so sánh hiệu quả của phẫu thuật tạo hình mạc nối với không tạo hình mạc nối trong việc ngăn ngừa rò miệng nối sau phẫu thuật và khảo sát tính an toàn của phẫu thuật tạo hình mạc nối. Tỷ lệ rò miệng nối ở nhóm tạo hình mạc nối (OR, 0,37; $p < 0,0001$) giảm đáng kể và thời gian nằm viện ($p = 0,004$) được rút ngắn đáng kể so với nhóm không tạo hình mạc nối. Do đó, tạo hình mạc nối sau cắt thực quản là phương pháp an toàn và hiệu quả để ngăn ngừa rò miệng nối [6]. Tác giả Tavares đánh giá hiệu quả và độ an toàn của liệu pháp hút chân không qua nội soi trong điều trị rò miệng nối sau phẫu thuật cắt thực quản. Tổng cộng có 559 BN được đánh giá, kết quả cho thấy liệu pháp hút chân không qua nội soi có tỷ lệ liền lỗ rò là 81,6% (tỷ lệ 0,816; 95%CI: 0,777 - 0,864) và khi so sánh với đặt stent, có sự khác biệt (16% ủng hộ điều trị liệu pháp hút chân không qua nội soi, chênh lệch nguy cơ RD: 0,16, 95%CI: 0,05 - 0,27). Nguy cơ tử vong trong liệu pháp hút chân không qua nội soi thấp hơn 10% so với điều trị đặt stent nội soi. Do đó, liệu pháp hút chân không qua nội soi có tỷ lệ đóng lỗ rò cao hơn và tỷ lệ tử vong thấp hơn so với điều trị đặt stent nội soi [7].

Trong nghiên cứu, các yếu tố trước mổ như tuổi, giới tính, BMI, tiền sử hút thuốc lá, uống rượu và chỉ số ASA trước mổ không có mối liên quan đến biến chứng rò miệng nối. Albumin trung bình, huyết sắc tố trung bình ở nhóm rò miệng nối thấp hơn ở nhóm không rò miệng nối nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố trong mổ và sau mổ như thời gian phẫu thuật, mức độ xâm lấn của khối u (Tx), thì bụng nội soi hay mổ mở và các biến chứng không có mối liên quan đến rò miệng nối. Ở nhóm rò miệng nối thời gian nằm viện dài hơn nhóm không rò miệng nối ($22,46 \pm 11,4$ ngày so với $13,5 \pm 4,6$ ngày), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Chưa thấy mối liên quan giữa các yếu tố với biến chứng rò miệng nối trong nhóm nghiên cứu được giải thích là do cỡ mẫu nhỏ, chỉ có 13 BN rò miệng nối trong 113 BN được phẫu thuật cắt thực quản.

Trên thế giới, tác giả You J đã đánh giá hiệu quả và độ an toàn của nối thực quản trong lồng ngực so với nối thực quản vùng cổ trong phẫu thuật cắt thực quản. Tác giả phân tích tổng cộng 12 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng ở 1.493 BN. Tỷ lệ rò miệng nối ($p < 0,001$) và tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược ($p < 0,01$) ở nhóm miệng nối trong lồng ngực ít hơn

so với nhóm miệng nổi ở cổ. Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ hẹp miệng nổi ($p = 0,18$), viêm phổi ($p = 0,25$), rò đường chấp ngực sau phẫu thuật ($p = 0,99$) và tỷ lệ tử vong ($p = 0,82$) giữa hai nhóm. Tác giả đã chứng minh miệng nổi trong lồng ngực có liên quan đến việc giảm đáng kể nguy cơ rò miệng nổi và tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược so với miệng nổi đặt ở cổ [8].

Grigor EJM đánh giá cập nhật về hiệu quả và độ an toàn của tất cả các biện pháp can thiệp trước đó nhằm giảm nguy cơ rò miệng nổi. Tác giả đã sàng lọc 441 bản tóm tắt, 17 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đủ điều kiện để đưa vào và 11 nghiên cứu đã được phân tích tổng hợp. Phẫu thuật tạo hình mạc nổi làm giảm đáng kể nguy cơ rò miệng nổi tới 78% (RR: 0,22; 95%CI: 0,10 - 0,50) so với miệng nổi thường (3 nghiên cứu, $n = 611$ BN). Loại bỏ sớm sonde dạ dày làm giảm đáng kể nguy cơ rò miệng nổi tới 62% (RR: 0,38; 95%CI: 0,02 - 0,65) so với rút sonde dạ dày kéo dài (hai nghiên cứu, $n = 293$ BN); miệng nổi được làm bằng ghim không làm giảm đáng kể nguy cơ rò miệng nổi (RR: 0,92; 95%CI: 0,45 - 1,87) so với khâu nối tay (6 nghiên cứu, $n = 1.454$ BN) [9].

Alberto Aiolfi và CS phân tích trên 14 nghiên cứu với 1.760 BN, trong đó 732 BN (41,6%) trải qua điều hòa thiếu máu cục bộ dạ dày, trong khi 1.028 BN (58,4%) trải qua phẫu thuật cắt thực quản một bước. Điều hòa thiếu máu cục bộ dạ dày có liên quan đến giảm tỷ lệ rủi ro đối với rò miệng nổi và hẹp miệng nổi so với không có điều hòa thiếu máu cục bộ dạ dày. Trong khi không tìm thấy sự khác biệt nào đối với biến chứng hoại tử ống dạ dày. Điều hòa thiếu máu cục bộ dạ dày trước khi cắt thực quản đường như có liên quan đến việc giảm nguy cơ rò miệng nổi và hẹp miệng nổi [10].

F Schlottmann so sánh kết quả phẫu thuật sau phẫu thuật miệng nổi thực quản trong lồng ngực bằng khâu tay, ghim thẳng và ghim tròn. Tổng cộng có 101 nghiên cứu bao gồm 12.595 BN được đưa vào; 8.835 BN (70,1%) với ghim tròn, 2.532 BN (20,1%) với khâu tay và 1.228 BN (9,8%) với ghim thẳng. Rò miệng nổi xảy ra ở 10% BN khâu tay, 9% BN ghim thẳng và 6% BN ghim tròn. Nguy cơ rò miệng nổi cao hơn đáng kể với BN khâu tay ($p < 0,0001$) và BN ghim thẳng ($p < 0,0001$) so với BN ghim tròn. Do đó, nối thực quản dạ dày trong lồng ngực bằng khâu tay và ghim thẳng có liên quan đến tỷ lệ rò miệng nổi thực quản trong lồng ngực cao hơn đáng kể so với nối bằng ghim tròn [11].

KẾT LUẬN

Biến chứng rò miệng nổi sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản trong nghiên cứu là 11,5%, chẩn đoán dựa vào lâm sàng với triệu chứng sưng nề vùng cổ và chảy nước bọt qua vết mổ, điều trị nội khoa là chủ yếu. Rò miệng nổi có liên quan đến kéo dài thời gian nằm viện. Các yếu tố trước mổ như tuổi, giới tính, BMI, tiền sử hút thuốc lá, uống rượu và chỉ số ASA; các yếu tố trong mổ như thời gian phẫu thuật, mức độ xâm lấn của khối u (Tx), thì bụng phẫu thuật nội soi hay mổ mở và các yếu tố sau mổ không có mối liên quan để tiên lượng biến chứng rò miệng nổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, J Ferlay, RL Siegel, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249.
2. Zhou, Can, Gang Ma, Xiao Li, et al. Is minimally invasive esophagectomy effective for preventing anastomotic leakages after esophagectomy for cancer? A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Surgical Oncology.* 2015; 13:269-269.
3. Zheng, Xiao-Dong, Shi-Cong Li, Chao Lu, et al. Safety and efficacy of minimally invasive McKeown esophagectomy in 1023 consecutive esophageal cancer patients: A single-center experience. *Journal of Cardiothoracic Surgery.* 2022; 17(1):36-36.
4. Takeuchi H, H Miyata, M Gotoh, et al. A risk model for esophagectomy using data of 5354 patients included in a Japanese nationwide web-based database. *Ann Surg.* 2014; 260(2): 259-266.
5. Deng J, Q Su, Z Ren et al. Comparison of short-term outcomes between minimally invasive McKeown and Ivor Lewis esophagectomy for esophageal or junctional cancer: A systematic review and meta-analysis. *Onco Targets Ther.* 2018; 11:6057-6069.
6. Tuo G, G Jin, Y Pang, et al. Omentoplasty decreases leak rate after esophagectomy: A meta-analysis. *J Gastrointest Surg.* 2020; 24(6): 1237-1243.
7. Tavares, Guilherme, Francisco Tustumi, Luca Schiliró Tristão, and Wanderley Marques Bernardo. Endoscopic vacuum therapy for anastomotic leak in esophagectomy and total gastrectomy: A systematic review and meta-analysis. *Diseases of the Esophagus.* 2021; 34(5).

8. You, Jinzhi, Hailing Zhang, Wei Li, et al. Intrathoracic versus cervical anastomosis in esophagectomy for esophageal cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Surgery*. 2022; 172(2):575-583.
9. Grigor, EJM, S Kaaki, DA Fergusson, et al. Interventions to prevent anastomotic leak after esophageal surgery: A systematic review and meta-analysis. *BMC Surg*. 2021; 21(1):42.
10. Aiolfi, Alberto, Davide Bona, Gianluca Bonitta, et al. Effect of gastric ischemic conditioning prior to esophagectomy: Systematic review and meta-analysis. *Updates in Surgery*. 2023; 75(6):1633-1643.
11. Schlottmann F, CA Angeramo, C Bras Harriott, et al. Transthoracic esophagectomy: Hand-sewn versus side-to-side linear-stapled versus circular-stapled anastomosis: A systematic review and meta-analysis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2022; 32(3):380-392.