

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIỮA VÀ THẤP SAU LIỆU PHÁP TÂN BỒ TRỢ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

TREATMENT EARLY OUTCOMES IN ADVANCED MIDDLE AND LOW RECTAL CANCER AFTER NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY BY SURGICAL LAPAROSCOPIC

Lê Tuấn Anh¹, Nguyễn Hoàng¹, Hồ Khả Vĩnh Nhân^{2*}

¹Khoa Ngoại Tiêu Hóa – Bệnh Viện Đà Nẵng, Việt Nam

²Trường Y Dược – Đại học Đà Nẵng, Việt Nam

*Tác giả liên hệ / Corresponding author: hkvnhan@smp.udn.vn

(Nhận bài / Received: 24/11/2024; Sửa bài / Revised: 09/01/2025; Chấp nhận đăng / Accepted: 10/01/2025)

DOI: 10.31130/ud-jst.2025.489

Tóm tắt - Bài báo này đánh giá kết quả điều trị UTTT giữa, thấp, giai đoạn II, III sau liệu pháp tân bổ trợ bằng PTNS. Nghiên cứu tiến hành mô tả 32 trường hợp UTTT giữa, thấp, giai đoạn II, III đã điều trị tân bổ trợ, được PTNS cắt trực tràng tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 11/2021 đến tháng 10/2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,5 tuổi. Giai đoạn khối u trước tân bổ trợ: 34,4% ở giai đoạn II, 65,6%: giai đoạn III. Sau tân bổ trợ: 25,0%: giai đoạn I, 56,3% : giai đoạn II, 18,7%: giai đoạn III. Sự đáp ứng khối u hoàn toàn: 6,3%, không hoàn toàn: 78,1%. Phẫu thuật cắt trước thấp (23), Pull-Through (4), Miles (5). Chúng tôi ghi nhận biến chứng bí tiêu sau mổ 2 trường hợp, chảy máu (1), hẹp miệng nối (1). Thời gian nằm viện $10,4 \pm 6,5$ ngày. Như vậy, ứng dụng PTNS trong điều trị UTTT giúp ít đau, hồi phục sớm sau mổ. Kết hợp tân bổ trợ làm tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt và giảm tái phát tại chỗ.

Từ khóa - PTNS; ung thư trực tràng giữa và thấp; liệu pháp tân bổ trợ.

1. Đặt vấn đề

Sau những trường hợp thành công đầu tiên được báo cáo năm 1991, PTNS cắt đại trực tràng đã trở nên phổ biến trên thế giới và là lựa chọn hàng đầu trong điều trị ung thư đại trực tràng [1]. Nhiều nghiên cứu đa trung tâm cũng đã chấp nhận về mặc ung thư học trong phẫu thuật này. Giảm sang chấn mô, đau vết mổ ít, vận động sớm, phục hồi nhanh sau mổ, thời gian nằm viện ngắn và thẩm mỹ là những ưu điểm của PTNS so với mổ mở [2], [3]. Tùy thuộc vào vị trí và giai đoạn UTTT mà có sự lựa chọn những phương pháp phẫu thuật khác nhau: cắt trước, cắt trước thấp, cắt trực tràng bảo tồn toàn bộ hoặc một phần cơ thắt trong, nối đại tràng - ống hậu môn (Pull-through), cắt cụt trực tràng (Miles), hoặc chỉ làm hậu môn nhân tạo.

Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME), bảo tồn cơ thắt hậu môn, đảm bảo thần kinh tự động vùng chậu nhằm giảm các rối loạn niệu - sinh dục, tránh làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn là những mục tiêu hiện nay trong phẫu thuật UTTT 1/3 giữa và 1/3 thấp.

Điều trị tân bổ trợ trước phẫu thuật UTTT không những giảm kích thước và giai đoạn khối u mà còn làm tăng tỷ lệ cắt u triệt để, bảo tồn cơ thắt, đồng thời giảm tỷ lệ tái phát tại

Abstract - This article evaluated the treatment outcomes for mid and low rectal cancer stages II, III after neoadjuvant therapy by surgical laparoscopic. A descriptive study of 32 patients of middle and low rectal cancer stages II, III, who underwent neoadjuvant therapy and laparoscopic rectal resection at Da Nang Hospital from November 2021 to October 2023. The study results showed the mean age of patients was 60.5 years old. Before neoadjuvant therapy, stage II: 34.4%, stage III: 65.6%. After neoadjuvant therapy, stage I: 25.0%, stage II: 56.3%, stage III: 18.7%. Tumor complete response 6.3%, incomplete response 78.1%. Surgical procedures: low anterior resection (23), Pull-through (4), Miles procedure (5). Post-op complication cases: urinary retention (2), bleeding (1), anastomotic stricture (1). The average hospital stay: 10.4 ± 6.5 days. Thus, laparoscopic surgery in rectal cancer helps less pain and faster recovery. Combining neoadjuvant therapy increases the rate of sphincter preservation, reduces local recurrence rates.

Key words - Laparoscopic surgery; middle and low rectal cancer; neoadjuvant chemoradiotherapy.

chỗ [4], [5]. Tuy nhiên, trị liệu này ảnh hưởng gây xơ dính vùng chậu - tiểu khung, làm mất cấu trúc các mặt phẳng giải phẫu, cân mạc treo trực tràng, làm tổ chức lành quanh u bị giảm tưới máu, dẫn đến một số khó khăn khi phẫu thuật và tăng nguy cơ xảy ra biến chứng sau mổ. Nhận thấy được ảnh hưởng của những chọn lựa điều trị đến cơ hội được chữa lành và chất lượng cuộc sống bệnh nhân, nghiên cứu này thực hiện nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị UTTT 1/3 giữa và thấp, giai đoạn II, III sau liệu pháp tân bổ trợ bằng PTNS.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 32 bệnh nhân UTTT 1/3 giữa và dưới, giai đoạn II, III (cT₃₋₄N₀M₀ và cT bất kỳ N₁₋₂M₀), đã điều trị tân bổ trợ được phẫu thuật cắt trực tràng nội soi tại Khoa Ngoại Tiêu hóa - Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 11/2021 đến tháng 10/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Được chẩn đoán xác định UTTT, bờ dưới khối u trực tràng cách rìa hậu môn ≤ 10 cm, chưa di căn xa, đã điều trị tân bổ trợ đủ liệu trình.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chống chỉ định PTNS và những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

¹ General and Digestive Surgery Department – Da Nang Hospital, Vietnam (Le Tuan Anh, Nguyen Hoang)

² The University of Danang - School of Medicine and Pharmacy, Vietnam (Ho Kha Vinh Nhan)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, lấy số liệu tiền cứu và hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu, kỹ thuật chọn mẫu

Chọn cỡ mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đà Nẵng trong giai đoạn từ tháng 11/2021 đến tháng 10/2023 thỏa tiêu chí lựa chọn được thêm vào phân tích.

2.2.3. Các bước tiến hành

- Khám lâm sàng, thăm trực tràng, CEA, nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết, chụp CT bụng - chậu hoặc MRI 1.5T tiêu khung. Chẩn đoán xác định UTTT 1/3 giữa, giai đoạn II, III, chưa di căn xa (phân độ giai đoạn u theo Hiệp Hội Ung Thư Châu Âu 2017) [6], [7].

- Liệu pháp tân bổ trợ: tổng liều 46Gy, phân liều 200 cGy/ngày (5 ngày trong tuần) kết hợp uống Capecitabine (Xeloda) 850mg/m² da x 2 lần/ngày vào các ngày xạ trị kể cả ngày cuối tuần. Đánh giá bằng MRI tiêu khung sau liệu pháp tân bổ trợ và phẫu thuật được thực hiện sau 5 tuần.

- Phẫu thuật: bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Tư thế Trendelenburg, dạng hai chân. Vào ổ bụng sử dụng 5 trocar (trocar 10mm ở rốn và hố chậu phải, trocar 5mm ở mạn sườn phải, trái và hố chậu trái), đánh giá khối u và kiểm tra tình trạng di căn các tạng ổ bụng. Phẫu tích và nạo vét hạch dọc bó mạch mạc treo tràng dưới, thắt bó mạch sát gốc. Di động đại tràng xích ma, đại tràng xuống, đại tràng góc lách và trực tràng đảm bảo cắt toàn bộ mạc treo tràng, bảo tồn thần kinh hạ vị. Cắt trước thấp: cắt ngang trực tràng bằng máy cắt thẳng dưới u tối thiểu 2cm, đưa ra ngoài qua chỗ mổ bụng ở hố chậu phải, cắt trực tràng kèm u, nối đại - trực tràng bằng máy nối vòng, đưa hồi tràng ra da tại vị trí mổ bụng. Cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt, nối đại tràng - ống hậu môn (Pull-through): di động toàn bộ trực tràng đến sàng chậu mức thấp nhất có thể được (qua cơ nâng hậu môn và thắt cơ thắt hậu môn), cắt gian cơ thắt trong toàn bộ hay một phần qua ngã hậu môn, theo mặt phẳng này đi lên đến khi gặp mặt phẳng phẫu tích ngã bụng, kéo trực tràng mang u qua ngã hậu môn (nếu khối u nhỏ có thể qua được), cắt đoạn trực tràng, mặt cắt cách u ít nhất 2cm, nối đại tràng ống hậu môn tức thì hoặc nối muộn. Phẫu thuật Miles: cắt toàn bộ trực tràng kèm một phần đại tràng xích ma, cắt ống hậu môn, cơ thắt, tổ chức mỡ quanh hậu môn, nạo vét hạch qua ngã bụng và tầng sinh môn, hậu môn nhân tạo vĩnh viễn đầu trên đại tràng xích ma.

- Đánh giá khối u sau liệu pháp tân bổ trợ: đáp ứng hoàn toàn (khối u và tất cả hạch lân cận biến mất, CEA bình thường), đáp ứng không hoàn toàn (khối u giảm 30% kích thước, còn ít nhất 1 hạch, CEA cao), khối u không đáp ứng (không thay đổi hoặc tăng kích thước khối u, không giảm số lượng hạch, CEA cao) (phân chia theo Tiêu Chuẩn Đánh Giá Đáp Ứng Khối U 2009) [8].

- Theo dõi và tái khám: Mỗi 3 tháng trong 6 tháng đầu, mỗi 6 tháng sau đó trong năm đầu, mỗi 6 - 12 tháng những năm tiếp theo. Khám miệng nối, vết mổ, CEA, CT ngực, bụng - tiêu khung, nội soi đại trực tràng, có thể chụp MRI, PET Scan (tùy vào tình trạng mỗi bệnh nhân). Tái phát tại

chỗ: khối u vùng tiêu khung (trước xương cụt, quanh miệng nối, quanh hậu môn), di căn xa: u thứ phát ở cơ quan khác, kể cả vị trí hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và vùng bẹn.

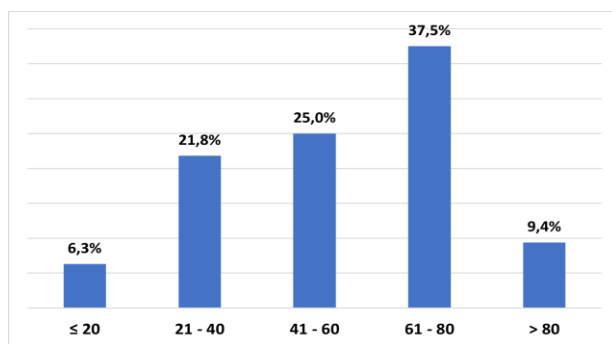
2.2.4. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên máy tính theo bệnh án nghiên cứu và được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 và Microsoft Excel 2010.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Từ tháng 11/2021 đến 10/2023, 32 bệnh nhân UTTT giữa và thấp, giai đoạn II, III sau tân bổ trợ được PTNS cắt trực tràng. Gồm 18 nam (56,3%), 14 nữ (43,7%). Tuổi trung bình 60,5 ± 8 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 82 tuổi.



Hình 1. Sự phân bố về độ tuổi của bệnh nhân

3.2. Đặc điểm UTTT và đáp ứng điều trị tân bổ trợ trước phẫu thuật

Bảng 1. Vị trí UTTT

Vị trí UTTT	N	%
Trực tràng thấp (≤ 5cm)	9	28,1
Trực tràng giữa (5,1 - 10cm)	23	71,9
Tổng	32	100

Có 9 bệnh nhân UTTT thấp (28,1%) và 23 bệnh nhân UTTT giữa (71,9%).

Bảng 2. Giai đoạn UTTT trước và sau tân bổ trợ

Giai đoạn ung thư	Trước tân bổ trợ		Sau tân bổ trợ	
	N	%	N	%
I	0	0	8	25,0
II	11	34,4	18	56,2
III	21	65,6	6	18,8
Tổng	32	100	32	100

Phần lớn bệnh nhân (65,6%) ung thư giai đoạn III trước tân bổ trợ. Sau tân bổ trợ, có 56,2% bệnh nhân giai đoạn II và 18,8% bệnh nhân giai đoạn III.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Tất cả các trường hợp cắt trước thấp đều đưa hồi tràng ra da. Trong 4 trường hợp Pull-through: nối ngay đại tràng - ống hậu môn là 3 trường hợp, nối muộn sau 8 ngày là 1 trường hợp.

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	N	%
Cắt trước thấp	23	71,9
Pull-through	4	12,5
Cắt cắt trực tràng (Miles)	5	15,6
Tổng	32	100

Bảng 4. Đáp ứng khối u sau kết hợp liệu pháp tân bổ trợ

Khối u đáp ứng	N	%
Đáp ứng hoàn toàn	2	6,3
Đáp ứng không hoàn toàn	25	78,1
Khối u không đáp ứng	5	15,6
Tổng	32	100

Bảng 5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	N	%
Bí tiểu sau mổ	2	6,3
Chảy máu sau mổ	1	3,1
Hẹp miệng nổi	1	3,1
Rò miệng nổi	0	0
Tổn thương niệu quản	0	0

Thời gian nằm viện trung bình $12,4 \pm 6,5$ ngày. Không có trường hợp nào tử vong trong thời gian hậu phẫu. Theo dõi 18 bệnh nhân sau 2 năm và 14 bệnh nhân sau 1 năm, chưa ghi nhận tái phát tại chỗ hay di căn xa.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Kết quả cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân cao: $60,5 \pm 8$ tuổi, điều này phù hợp với dịch tễ học, tuổi càng lớn nguy cơ mắc UTTT càng cao. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu Kwang Kuk Park và cộng sự là 60,4 tuổi [9], Alves và cộng sự là $66,0 \pm 13$ tuổi [10]. Bệnh nhân lớn tuổi nhất trong nghiên cứu là 82 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi. Một số báo cáo riêng một trường hợp nhận thấy, ung thư đại trực tràng khởi phát sớm dưới 20 tuổi có các đặc điểm: rất hiếm gặp, độ ác tính cao, tiên lượng kém và thường liên quan yếu tố gia đình. Merone và cộng sự ghi nhận bệnh nhân nam 17 tuổi, ung thư tế bào nhân đại tràng lên, sau phẫu thuật và hóa - xạ trị thời gian sống thêm 9 tháng [11]. Mirchandani và cộng sự báo cáo bệnh nhân nữ 18 tuổi, ung thư biểu mô đại tràng ngang, độ biệt hóa trung bình, khi phát hiện đã có di căn gan [12].

4.2. Đặc điểm UTTT và đáp ứng điều trị tân bổ trợ trước phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, vị trí u 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 71,9%, u 1/3 dưới chiếm 28,1%. Kwang Kuk Park và cộng sự tỷ lệ này là 69,6% và 30,4% [9]. Hầu hết các nghiên cứu có tỷ lệ UTTT 1/3 giữa gặp nhiều hơn khối u vị trí 1/3 dưới. Đây là một kết quả khả quan cho những bệnh nhân UTTT, vì phẫu thuật đối với khối u vị trí 1/3 dưới gặp khó khăn trong việc tiếp cận và nguy cơ xảy ra biến chứng trong, sau mổ nhiều hơn so với khối u vị trí 1/3 giữa hay 1/3 trên, đặc biệt trong vấn đề bảo tồn cơ thắt.

Có 34,4% UTTT trong nghiên cứu ở giai đoạn II (khối u xâm lấn qua lớp thanh mạc T3 hoặc xâm lấn đến các cơ quan lân cận T4, không có hạch lân cận và chưa di căn xa), giai đoạn III (khối u xâm lấn bất kỳ T1 đến T4, đã di căn hạch lân cận, chưa di căn xa) chiếm 65,6%. Sau tân bổ trợ tỷ lệ giai đoạn III chỉ 18,8%, qua đó thấy rằng, các khối u trực tràng đáp ứng với trị liệu khá tốt. Có 2/32 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm tỷ lệ 6,3%, trong 2 trường hợp phẫu thuật dựa vào thông tin về vị trí u trước tân bổ trợ, mở đoạn trực tràng đã cắt kiểm tra trước khi nối máy thấy chỉ còn một sẹo xơ nhỏ ở niêm mạc. Tác giả Lorimer và cộng sự nghiên cứu 27.532 bệnh nhân có tỷ lệ khối u đáp ứng hoàn toàn là 13,0%

[13]. 25/32 bệnh nhân đáp ứng một phần, khối u chỉ giảm kích thước nhưng giá trị CEA cao và còn các hạch lân cận chiếm tỷ lệ 78,1%. 5/32 bệnh nhân không đáp ứng với tân bổ trợ, khối u không giảm kích thước chiếm tỷ lệ 15,6%. Sự đáp ứng của khối u với liệu pháp tân bổ trợ phụ thuộc vào nhiều yếu tố: liều lượng, thời gian trị liệu, hóa chất sử dụng, thời gian nghỉ trước phẫu thuật, do vậy tỷ lệ đáp ứng của khối u không giống nhau ở những trung tâm khác nhau, nhưng quan trọng hơn hết là liệu trình điều trị phải đảm bảo bệnh nhân chịu ảnh hưởng của độc tính không quá nhiều và hiệu quả do liệu pháp tân bổ trợ đem lại đối với khối u cũng như lợi ích của nó trong quá trình phẫu thuật.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

Về phương pháp phẫu thuật, có 23 trường hợp u trực tràng giữa thực hiện cắt trước thấp nối máy (13 EEA31, 9 EEA35, 1 EEA29) có đưa hồi tràng ra da. Mở nhỏ ở hố chậu phải (vị trí trocar 10mm) để lấy u và chuẩn bị miệng nối trên để nối máy, sau đó đưa hồi tràng ra da tại vị trí này (luôn đi động đại tràng góc lách đến vị trí góc Treitz). Tất cả các trường hợp cắt trực tràng nối máy trong nghiên cứu này đều đưa hồi tràng ra da. Nhiều nghiên cứu kết luận rằng, không có sự khác biệt về tỷ lệ rò miệng nổi giữa có hay không đưa hồi tràng ra da sau cắt trực tràng nối máy, nhưng bên cạnh đó vẫn có các tác giả nhận thấy giảm tỷ lệ rò miệng nổi ở những bệnh nhân có nguy cơ cao như: đái tháo đường, sử dụng các thuốc Steroids, hút thuốc, tăng huyết áp, đặc biệt trên những bệnh nhân sau tân bổ trợ. Magdalena Pisarska và cộng sự thấy rằng, đưa hồi tràng ra da không những giảm tỷ lệ rò miệng nổi mà giảm tỷ lệ mổ lại do biến chứng liên quan miệng nối [14]. Một nghiên cứu đa trung tâm ở Thụy Điển và Đan Mạch của tác giả Anne K Danielsen và cộng sự về đóng sớm hồi tràng trên bệnh nhân sau cắt trực tràng thì an toàn khi đóng sớm từ 8 - 13 ngày sau cắt trực tràng, tránh được các biến chứng mất điện giải, nếu bệnh nhân không có bằng chứng rò miệng nổi [15]. Trong nhóm cắt trước thấp có 22 trường hợp nhóm tác giả đóng hồi tràng sau 1 tháng, 1 trường hợp đóng muộn hơn sau gần 2 tháng do bệnh nhân này điều trị hẹp miệng nối.

Trong nghiên cứu này, có 5 trường hợp phẫu thuật miles, trong đó 4 trường hợp u cách rìa hậu môn < 2 cm, và 1 trường hợp u cách rìa hậu môn 3,5cm nhưng xâm lấn T4, không đáp ứng với tân bổ trợ trước mổ (trường hợp này không thực hiện phẫu thuật Pull-through vì sợ tái phát tại chỗ sau mổ).

Phẫu thuật Pull-through 4 trường hợp đối với ≥ 2 cm: trong đó 3 trường hợp cắt trực tràng kèm một phần cơ thắt trong, nối đại tràng - ống hậu môn ngay trong mổ, nhóm tác giả khâu 8 mũi rời toàn thể đối xứng nhau, khâu tăng cường sau đó ở vị trí nghi ngờ. Một trường hợp tổ chức xơ dính nhiều do hóa - xạ trị tân bổ trợ nên không khâu nối ngay mà kéo đại tràng ra thêm 5cm tạo móm thừa ở ngoài, sau đó khâu dính tại chân của móm thừa 4 mũi khâu thanh cơ, vì đại tràng xích ma của bệnh nhân này dài nên không cần giải phóng thêm qua đại tràng ngang, sau 8 ngày kiểm tra và cắt dưới chân móm thừa 0,5cm, nối móm đại tràng với ống hậu môn bằng 6 mũi khâu rời toàn thể, kỹ thuật này cũng được mô tả bởi tác giả Prete và cộng sự [16], sau xạ trị cả 4 trường hợp này khối u đáp ứng một phần, có thể đưa u qua ống hậu môn được mà không cần mở bụng để

cắt bỏ u qua đó thấy được ưu điểm của tân bổ trợ trước mổ và tính thẩm mỹ của PTNS trong các trường hợp này. Bên cạnh đó, nhóm tác giả cũng nhận thấy, các trường hợp được điều trị tân bổ trợ trước mổ giúp khối u nhỏ lại, tạo điều kiện để phẫu tích cắt mạc treo trực tràng được toàn vẹn hơn. Chất lượng mạc treo trực tràng của bệnh phẩm tốt, không bị khuyết hoặc vỡ bao mạc treo trong quá trình phẫu tích.

Về chăm sóc hậu phẫu, bệnh nhân được ăn lại ngay ngày hậu phẫu thứ nhất trong tất cả các trường hợp. Hầu hết các trường hợp dung nạp thức ăn đường miệng tốt, không có bệnh nhân nào nôn mửa hoặc chậm lưu thông dạ dày. Trong nghiên cứu, có 2 bệnh nhân bí tiểu sau mổ: 1 trường hợp lớn tuổi có phì đại tiền liệt tuyến trước đó, 1 trường hợp nam 22 tuổi, hẹp niệu đạo không rõ nguyên nhân, bệnh nhân này trong mổ đã đặt sonde tiểu khó, phải nhờ đến dụng cụ của chuyên khoa tiết niệu. Xử trí: đặt lại sonde tiểu và điều trị phối hợp bệnh lý kèm. Chảy máu sau mổ 1 trường hợp: chảy máu tại diện khoét ống hậu môn trong phẫu thuật Miles. Xử trí: bệnh nhân được mổ lại kiểm tra, cầm máu diện cắt. Sau mổ bệnh nhân ổn định. Hẹp miệng nối đại - trực tràng trong cắt trước thấp nối máy 1 trường hợp, bệnh nhân này khi tái khám đề đóng hồi tràng, thăm hậu môn thấy hẹp miệng nối không nong được bằng ngón út, trường hợp này nhóm tác giả điều trị bảo tồn thành công bằng nong hậu môn bằng Hegar số lớn dần (không phải mổ lại hay nong bằng bóng qua nội soi đại trực tràng), đóng hồi tràng muộn hơn 3 tuần. Các biến chứng trên cũng được báo cáo bởi nhiều tác giả trong nước.

Chưa phát hiện tái phát tại chỗ và di căn xa ở các bệnh nhân trong nghiên cứu. Theo dõi trong 2 năm cho thấy, kết quả hóa - xạ trị tân bổ trợ và phẫu thuật bước đầu khá tốt, giảm được tỷ lệ tái phát cho bệnh nhân so với các bệnh nhân không được hóa - xạ trị tân bổ trợ trước mổ. Nhiều nghiên cứu với liệu hóa - xạ trị tân bổ trợ ban đầu khác nhau thì tỷ lệ tái phát khác nhau [4].

5. Kết luận

PTNS điều trị UTTT giữa và thấp, giai đoạn II, III có ưu điểm ít đau, hồi phục sớm sau mổ. Kết hợp tân bổ trợ trước mổ không những giảm kích thước, giai đoạn khối u mà còn, tăng tỷ lệ bảo tồn tối đa cơ thắt và giảm tái phát tại chỗ. Cần có thêm số lượng bệnh nhân và thời gian theo dõi lâu dài để có sự đánh giá chính xác hơn về kết quả của phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] M. Jacobs, J. C. Verdeja, and H. S. Goldstein, "Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy)", *Surg Laparosc Endosc Percut Tech*, vol. 1, no. 1, pp. 144 -150, 1991.
- [2] P. J. Guillou *et al.*, "Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial", *Lancet*, vol. 365, pp. 1718 – 1726, 2005.
- [3] H. Nelson *et al.*, "A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer", *N Engl J Med*, vol. 350, no. 20, pp. 2050 – 2059, 2004.
- [4] J. F. Bosse *et al.*, "Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer", *New Engl J Med*, vol. 355, no. 11, pp. 1114 – 23, 2006.
- [5] I. J. Park and C. S. Yu, "Current issues in locally advanced colorectal cancer treated by preoperative chemoradiotherapy", *World J Gastroenterol*, vol. 20, no. 8, pp. 2023 – 29, 2014.
- [6] R. Glynne-Jones *et al.*, "Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up", *Annals of Oncology*, vol. 28, no. 4, pp. 22 – 40, 2017.
- [7] J. D. Brierley, M. K. Gospodarowicz, and C. Wittekind, *TNM Classification of Malignant Tumours, 8th edition*, Wiley Balackwell, 2016.
- [8] E. A. Eisenhauer *et al.*, "New response evaluation criteria in solid tumors: revised RECIST guideline", *Eur J Cancer*, vol. 45, no. 2, pp. 228 – 247, 2006.
- [9] K. K. Park, S. H. Lee, S. U. Baek, and B. K. Ahn, "Laparoscopic resection for middle and low rectal cancer", *J Minim Access Surg*, vol. 10, no. 2, pp. 68 – 71, 2014.
- [10] A. Alves, Y. Panis, P. Mathieu, F. Kwiatkowski, K. Slim, and G. Manton, "Mortality and morbidity after surgery of mid and low rectal cancer", *Gastroenterol Clin Biol*, vol. 29, no. 5, pp. 509 – 14, 2005.
- [11] J. Marone, S. Patel, M. Page, and P. Cheriya, "Signet cell carcinoma of the colon in a 17-year-old child", *Journal of Surgical Case Reports*, vol. 9, no. 3, 2012.
- [12] D. Mirchandani, J. Kulpa, N. Khawar, and I. Kochin, "Metastatic Colon Cancer in an 18 - Year-Old without Predisposing Factors", *Case Rep Pediatr*, 2016.
- [13] P. D. Lorimer *et al.*, "Pathologic Complete Response Rates After Neoadjuvant Treatment in Rectal Cancer: An Analysis of the National Cancer Database", *Ann Surg Oncol*, vol. 24, no. 8, pp. 2095 – 2103, 2017.
- [14] M. Pisarska *et al.*, "Defunctioning ileostomy reduces leakage rate in rectal cancer surgery - systematic review and meta-analysis", *Oncotarget*, vol. 9, no. 29, pp. 2081 – 2085, 2018.
- [15] A. K. Danielsen *et al.*, "Early Closure of a Temporary Ileostomy in Patients With Rectal Cancer", *Annals of Surgery*, vol. 265, no. 2, pp. 284 – 290, 2017.
- [16] F. Prete and P. F. Prete, "The pull-through: back to the future", *G Chir*, vol. 34, no. 11-12, pp. 293 – 301, 2013.