

KẾT QUẢ SƠ BỘ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG KÈM TOÀN BỘ MẠC TREO TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Nguyễn Minh Thảo, Đào Thị Minh Hà, Giáp Bạch Kim Tuyền, và Phạm Anh Vũ✉

Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế

Phẫu thuật cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) làm tăng khả năng nạo vét hạch so với phẫu thuật kinh điển trong ung thư đại tràng. Tuy nhiên, phẫu thuật này chưa được coi là một chiến lược an toàn. Đề tài nhằm mục tiêu nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học và kết quả sơ bộ của phẫu thuật cắt đại tràng CME trong ung thư đại tràng. Nghiên cứu mô tả trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đại tràng CME từ tháng 5/2021 đến 7/2022. Tuổi trung bình $63,9 \pm 15,0$; nam chiếm 53,3%. ASA 1 chiếm đa số với 60,0%. 53,3% trường hợp có nguy cơ dinh dưỡng trung bình và cao. U đại tràng sigma chiếm nhiều nhất với 40,0%. U đại tràng góc lách, đại tràng ngang cùng chiếm tỷ lệ ít nhất với 3,3%. Phẫu thuật cắt đại tràng sigma và phẫu thuật cắt sigma + trực tràng cao chiếm đa số với 40,0%. Thời gian nằm viện trung bình $7,0 \pm 1,5$ ngày. Độ dài bệnh phẩm trung bình $30,9 \pm 8,0$ cm. Độ rộng trung bình mạc treo $9,2 \pm 1,7$ cm. Số lượng hạch trung bình $59,1 \pm 19,7$. Kích thước u trung bình $4,4 \pm 1,9$ cm. Mặt phẳng phẫu tích đạt được 83,3% mặt phẳng mạc treo đại tràng hoàn toàn. Giai đoạn I sau mổ chiếm 40,0%, tiếp đến là giai đoạn IIIb, IIa với tỷ lệ lần lượt là 36,7% và 13,3%. Chỉ có 3 bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 10,0% và 1 bệnh nhân tràn khí dưới da + bí tiểu chiếm tỷ lệ 3,3%. Kết quả phẫu thuật sơ bộ phẫu thuật nội soi cắt đại tràng CME khả quan, an toàn, với số lượng hạch nạo vét được tối đa đáng tin cậy.

Từ khóa: CME, nội soi, ung thư đại tràng, điều trị, sơ bộ, bước đầu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính đứng vị trí thứ ba sau ung thư vú ở nữ và ung thư phổi, chiếm tỷ lệ 10% và đứng hàng thứ hai về tỷ lệ tử vong sau ung thư phổi với 9,4% vào năm 2020. Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng cao nhất ở các nước phương Tây và Úc và tỷ lệ này đang có xu hướng gia tăng ở các quốc gia Đông Âu, Đông Nam Á, Nam Trung Á và Nam Mỹ.¹ Tại Mỹ, có 147.950 ca mắc mới ung thư đại trực tràng và 53.200 ca tử vong vào năm 2020.² Ở nước ta, ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ 9%, đứng hàng thứ năm sau ung thư dạ dày, phổi, vú và vòm.³

Với tiêu chuẩn trong cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: Total mesorectal excision) có kết quả cải thiện rõ rệt, giảm tái phát tại chỗ. Khái niệm TME dựa trên mặt phẳng phôi thai học của mạc treo trực tràng. Tiếp nối TME, cơ sở phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng xuất phát từ thuật ngữ CME (complete mesocolic excision) cũng dựa trên mặt phẳng phôi thai học của mạc treo đại tràng.⁴

Với khả năng nạo vét hạch tốt hơn nhiều so với phẫu thuật kinh điển, phẫu thuật cắt đại tràng kèm cắt toàn bộ mạc treo đại tràng đang trở nên phổ biến hơn. Các nhà nghiên cứu đã chuẩn hóa cách tiếp cận đối với bệnh nhân có khả năng phẫu thuật triệt để, dẫn đến giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ từ 6,5% xuống 3,6% và cải thiện thời gian sống thêm từ 82,1% lên 89,1% sau 5 năm.⁵

Tác giả liên hệ: Phạm Anh Vũ

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Email: pavu@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận: 15/09/2022

Ngày được chấp nhận: 20/12/2022

Mặc dù có nhiều ưu điểm về kết quả điều trị ung thư sau mổ, phẫu thuật này về mặt lý thuyết cần phải phẫu tích dọc theo bó mạch mạc treo tràng trên và bó mạch mạc treo tràng dưới với diện phẫu tích rộng rãi nên có thể làm tăng nguy cơ biến chứng trong và sau mổ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn so với phẫu thuật truyền thống, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.^{5,6}

Hiện nay, phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trong điều trị ung thư trực tràng đã được đồng thuận tạo cơ sở để phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng ngày càng được nghiên cứu rộng rãi.⁵ Để làm rõ hiệu quả của phương pháp này đòi hỏi phải có nhiều nghiên cứu hơn nữa. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị bệnh lý ung thư đại tràng. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học và kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị ung thư đại tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân gồm 30 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng được chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm CME từ tháng 5/2021 đến tháng 7/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng giai đoạn I, II, III theo AJCC 8th. (Dựa vào nội soi, CT Scan bụng có thuốc và CT Scan ngực bụng có thuốc và/hoặc X-quang ngực thẳng).

- ASA giai đoạn I - III.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến, được phân tích đánh giá đầy

đủ thông tin về độ dài bệnh phẩm, số lượng và vị trí nhóm hạch xâm lấn, mức độ biệt hóa và pTNM sau mổ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư đại tràng được chỉ định mổ cấp cứu do thủng, tắc đại tràng do u, hình ảnh học trước mổ có kết quả di căn xa.

- Ung thư đại tràng giai đoạn IV được chẩn đoán trong mổ hoặc ung thư đại tràng đã được điều trị hóa chất.

- Ung thư liên quan đến bệnh đa polyp tuyến gia đình hoặc hội chứng Lynch, Polyposis, Peutz Jeghers, đồng thời ung thư đại tràng nguyên phát nhiều vị trí khác nhau.

- Bệnh nhân có thai hoặc phụ nữ đang cho con bú.

- Bệnh nhân không thể thực hiện phẫu thuật nội soi (do nguyên nhân dính lan rộng trong ổ phúc mạc như phẫu thuật bụng trước đây, không thể chịu được áp lực bơm hơi trong ổ phúc mạc).

- Bệnh nhân được đánh giá trước mổ có nguy cơ cao dinh dưỡng (suy dinh dưỡng nặng với BMI < 16).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả.

Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế.

Các biến số nghiên cứu

Dữ liệu nhân khẩu học, vị trí khối u, giai đoạn TNM của bệnh nhân được thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1. Tình trạng người bệnh (ASA) được phân loại theo Hội gây mê Hoa Kỳ (American Society of Anesthesiologists)

ASA 1	Tình trạng sức khỏe tốt; không hút thuốc, không hoặc uống ít thức uống có cồn.
ASA 2	Có bệnh toàn thân nhẹ, không hạn chế đến chức năng; người hút thuốc; uống nhiều thức uống có cồn, béo phì ($30 < \text{BMI} < 40$), kiểm soát tốt bệnh đái đường, tăng huyết áp; bệnh phổi nhẹ.
ASA 3	Có bệnh toàn thân nghiêm trọng, có hạn chế chức năng; có một hoặc hơn các bệnh nặng. Kiểm soát đái đường, tăng huyết áp kém; COPD, béo phì $\text{BMI} \geq 40$, viêm gan hoạt động, nghiện rượu, đặt máy tạo nhịp, phân suất tổng máu giảm vừa, bệnh thận giai đoạn cuối lọc máu thường xuyên; (bệnh nhồi máu cơ tim, bệnh mạch vành, cơn thiếu máu tạm thời hoặc bệnh mạch vành/stents) > 3 tháng.

Sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng theo NRS 2005, vị trí khối u được xác định trong mổ, mức độ pTNM được xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh của bệnh nhân, độ mô học theo tiêu chuẩn WHO 2010.⁸ VAS được tính theo thang điểm 10 ở thời điểm sáng sau khi ngủ dậy ở ngày hậu phẫu thứ 1 ở tư thế ngồi.

Tiêu chí nghiên cứu

Các vị trí phẫu thuật được thể hiện trong Bảng 2. Tử vong ngắn hạn được định nghĩa là tử vong trước khi ra viện hoặc trong 30 ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Các biến chứng phẫu thuật lớn được xác định với bất kỳ biến chứng cần phẫu thuật lại. Các biến chứng lớn không phẫu thuật được xác định với những biến chứng có khả năng xảy ra nguy hiểm đến tính mạng. Các đoạn đại tràng cắt bỏ được xác định theo nguyên tắc của Hội Ung thư đại trực tràng của Nhật Bản về phân loại, Hội Ung thư đại trực tràng của Nhật Bản về điều trị 2019, và nguyên tắc của phẫu thuật CME.^{4,9,10} Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi với tiêu chí lấy toàn bộ mạc treo đại tràng kèm với phần đại tràng cắt bỏ do ung thư. Mặt phẳng phẫu tích lớp phúc mạc tạng nguyên vẹn cả 2 bên để đảm bảo bộc lộ an toàn gốc của các mạch máu cung cấp. Thất mạch máu trung tâm của các mạch máu

cung cấp chính cho đoạn đại tràng. Nạo vét hạch và cắt đại tràng theo nguyên tắc nguyên khối "enbloc". Bệnh phẩm được lấy ra sau mổ được đo đặc đầy đủ về độ dài bệnh phẩm, đo độ rộng mạc treo đại tràng, kích thước u được lấy theo chiều lớn nhất, bệnh phẩm mạc treo được xử lý qua dung dịch GEWF (Glacial acetic acid-Ethanol-Water-Formaldehyde) sau 6 - 12 tiếng. Sau đó phẫu tích cẩn thận các lớp phúc mạc tạng, bộc lộ các hạch bạch huyết được nổi rõ sau khi ngâm với tổ chức hạch bạch huyết chuyển qua màu trắng ngà, tổ chức mỡ mạc treo chuyển sang màu vàng giúp dễ dàng nhận biết các hạch bạch huyết, nhất là các hạch có kích thước trên dưới 1mm. Hạch bạch huyết trong mạc treo được tìm thấy và đưa vào từng cassette theo mỗi vị trí và kích thước hạch theo nhóm bạch huyết. Khối u được đánh giá theo phân loại pTNM theo AJCC 8th. Phân loại mô học và độ mô học theo hướng dẫn của WHO.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích về nghiên cứu và đồng ý tham gia, các thông tin và kết quả nghiên cứu của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật. Các kết quả chỉ được phục vụ cho nghiên cứu khoa học và điều trị, không nhằm mục đích khác.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung gồm 30 bệnh nhân (Tuổi nhỏ nhất 35, lớn nhất 88), tuổi trung bình $63,9 \pm 15,0$, trong đó có 53,3% nam. ASA 1 chiếm đa số với tỷ lệ 60,0%. Có 4 (13,3%) bệnh nhân có nguy cơ cao về dinh dưỡng, 12 (40,0%) trường hợp nguy cơ trung bình về dinh dưỡng. Vị trí đại tràng sigma chiếm nhiều nhất với 40%. Vị trí đại tràng góc lách cùng với đại tràng ngang chiếm tỷ lệ ít nhất với 3,3% (Bảng 1). Phẫu thuật cắt đại tràng sigma và phẫu thuật cắt sigma + trực tràng cao chiếm đa số với 40,0%. pT2, pT3 chiếm 43,3 và 40,0, theo thứ tự. pN0

chiếm 56,7%. Giai đoạn sau mổ chiếm nhiều nhất với 40,0% ở giai đoạn I, tiếp theo là giai đoạn IIIb với 36,7%. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 10,0%. Có 1 bệnh nhân tràn khí dưới da + bí tiểu chiếm 3,3%, điều trị nội bảo tồn thành công. Không có biến chứng lớn cần phẫu thuật lại và tử vong ngắn hạn. Thời gian nằm viện trung bình $7,0 \pm 1,5$ ngày (5-12 ngày). Độ dài bệnh phẩm trung bình $30,9 \pm 8,0$ cm. Độ rộng mạc treo trung bình là $9,2 \pm 1,7$ cm. Kích thước u trung bình $4,4 \pm 1,9$ cm. Số lượng hạch vét được trung bình $59,1 \pm 19,7$.

Bảng 1. Dữ liệu nhân khẩu học và đặc điểm khối u (n = 30)

	n (%)
Giới Nam	16 (53,3)
Tuổi trung bình	$63,9 \pm 15,0$
ASA 1	18 (60,0)
ASA 2	9 (30,0)
ASA 3	3 (10,0)
NRS 0 - 2	14 (46,7)
NRS 3 - 4	12 (40,0)
NRS > 4	4 (13,3)
Vị trí khối u	
Manh tràng	4 (13,3)
Đại tràng lên	4 (13,3)
Đại tràng góc gan	6 (20,0)
Đại tràng ngang	1 (3,3)
Đại tràng góc lách	1 (3,3)
Đại tràng xuống	2 (6,7)
Đại tràng Sigma	12 (40,0)
Mức độ xâm lấn GPB (pT)	
pT1	2 (6,7)

	n (%)
pT2	13 (43,3)
pT3	12 (40,0)
pT4	3 (10,0)
Mức độ di căn hạch (pN)	
pN0	17 (56,7)
pN1a	5 (16,7)
pN1b	6 (20,0)
pN2a	1 (3,3)
pN2b	1 (3,3)
Giai đoạn sau mổ	
Giai đoạn I	12 (40,0)
Giai đoạn IIa	4 (13,3)
Giai đoạn IIb	1 (3,3)
Giai đoạn IIIa	2 (6,7)
Giai đoạn IIIb	11 (36,7)
Độ mô học (Grade)	
Độ I	21 (70,0)
Độ II	7 (23,3)
Độ III	2 (6,7)

Bảng 2. Các phương pháp phẫu thuật theo vị trí ung thư đại tràng

Đặc điểm	n (%)
Cắt ½ đại tràng phải	11 (36,7)
Cắt ½ đại tràng phải mở rộng	3 (10,0)
Cắt đại tràng ngang	1 (3,3)
Cắt ½ đại tràng trái	3 (10,0)
Cắt đại tràng sigma	9 (30,0)
Cắt đại tràng sigma + trực tràng cao	3 (10,0)
Thời gian phẫu thuật (phút)	170,1 ± 42,0

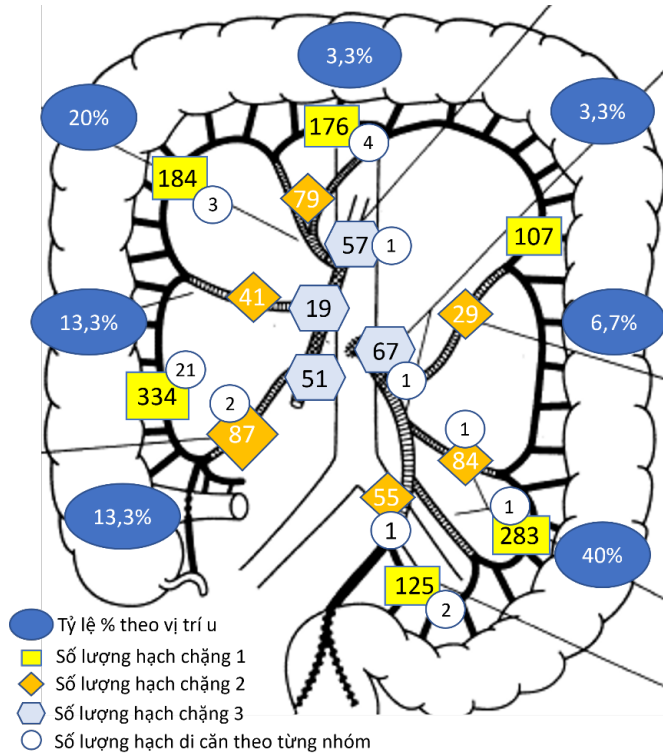
Bảng 3. Kết quả trong mổ, thang điểm đau sau mổ và biến chứng hậu phẫu, tử vong

Đặc điểm	n (%)
Máu mất \geq 50ml	12 (40)
VAS	4,0 \pm 1,3 (điểm phần mười)
Nhiễm trùng vết mổ	3 (10,0)
Tràn khí dưới da + bí tiểu	1 (3,3)
Tử vong	0

Bảng 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ

Đặc điểm	n (%)
Độ dài bệnh phẩm trung bình (cm)	30,9 \pm 8,0
Độ rộng trung bình mạc treo (cm)	9,2 \pm 1,7
Kích thước u trung bình (cm)	4,4 \pm 1,9
Số lượng hạch, trung bình	1778; 59,1 \pm 19,7
Mặt phẳng phẫu tích	
Mặt phẳng mạc treo đại tràng hoàn toàn	25 (83,3)
Mặt phẳng trong mạc treo đại tràng	3 (16,7)
Mặt phẳng lớp cơ	0 (0)
Đặc điểm hạch di căn	
Số lượng bệnh nhân có di căn hạch	13 (43,3)
Số lượng hạch di căn	37/1778 (2,0)
Di căn hạch chặng 1	31 (83,7)
Di căn hạch chặng 2	4 (10,8)
Di căn hạch chặng 3	2 (5,4)
Kích thước hạch di căn nhỏ nhất (mm)	1
Kích thước hạch di căn lớn nhất (mm)	15

Tỷ lệ u đại tràng, số lượng hạch ở các nhóm trong bản đồ hạch đại tràng, số lượng hạch di căn theo chặng trong các trường hợp thể hiện trong hình 1.



Hình 1. Tỷ lệ phân trăm vị trí u đại tràng, số lượng hạch theo từng nhóm và số lượng hạch di căn tương ứng

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nhân khẩu học không khác biệt về giới phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.⁵ Tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi 63,9 ± 15,0, thấp hơn tuổi trung bình chung của các nước phương Tây như theo tác giả Storli 2013 ở Na Uy là 72,5 ± 11,3 tuổi, theo tác giả Bertelsen 2019 ở Đan Mạch là 73,5 tuổi.⁵ So sánh với các nước ở châu Á như nghiên cứu của tác giả Cho Min Soo tại Hàn Quốc trên 773 bệnh nhân có tuổi trung bình là 61,5 ± 11,4 tuổi, theo tác giả Huang tại Trung Quốc thì tuổi trung bình là 56 ± 7.^{9,11} Phẫu thuật đại trực tràng theo chương trình thường được chỉ định cho những bệnh nhân có ASA 1 (người khỏe mạnh), ASA 2 (bệnh toàn thân nhẹ), hoặc ASA 3 (bệnh toàn thân nặng). Điểm ASA cao có liên quan đến biến chứng sau mổ, như dò miệng nối và

tăng nguy cơ về các biến chứng liên quan đến thuốc gây mê.¹² Các bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là ASA 1 và 2 chiếm 90,0% các trường hợp. Về nguy cơ dinh dưỡng, có 16/30 (53,3%) trường hợp có nguy cơ dinh dưỡng trung bình và cao, những trường hợp này đều được hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ gồm dinh dưỡng đường tĩnh mạch và bổ sung dung dịch năng lượng cao. Đánh giá lại trước phẫu thuật, tiếp tục dinh dưỡng đường miệng sớm sau mổ vào ngày thứ 2 và bổ sung dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Sau mổ không có trường hợp nào có biến chứng chảy máu hay dò miệng nối. Theo hướng dẫn của hiệp hội dinh dưỡng châu Âu trong phẫu thuật thì đối với những bệnh nhân BMI ≤ 18,5 có tỷ lệ % sụt cân (≥ 10%/tối đa 6 tháng) SGA-C (suy dinh dưỡng nặng) hoặc

NRS ≥ 5 điểm thì nên thực hiện liệu pháp dinh dưỡng và trì hoãn phẫu thuật từ 7 - 14 ngày.¹³

Về vị trí u thì u đại tràng sigma chiếm nhiều nhất với 40,0% các trường hợp. Tiếp theo thì đại tràng góc gan, u manh tràng, đại tràng lên, đại tràng xuống, đại tràng ngang, đại tràng góc lách lần lượt là 20,0%; 13,3%; 13,3%; 6,7%; 3,3%; 3,3%. Các vị trí này tương ứng với các loại phẫu thuật cắt đại tràng sigma + trực tràng cao chiếm 40,0%, phẫu thuật cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải và $\frac{1}{2}$ đại tràng phải mở rộng (cho u manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan) chiếm 46,7%, phẫu thuật cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng trái chiếm tỷ lệ 10,0% tương ứng với u góc lách và u đại tràng xuống. Có một trường hợp cắt đại tràng ngang chiếm 3,3%. Về vấn đề không tương xứng giữa loại phẫu thuật và vị trí khối u, có sự khác biệt này vì trong thiết kế nghiên cứu thì chúng tôi thực hiện cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải cho các bệnh nhân u tại manh tràng và đại tràng lên; cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải mở rộng cho u đại tràng ngang góc gan; cắt đại tràng ngang cho u nằm giữa đại tràng ngang; cắt đại tràng trái cho các khối u góc lách và đại tràng xuống; cắt sigma \pm trực tràng trên và/hoặc đại tràng xuống cho các vị trí u sigma theo nguyên tắc ung thư học của hội ung thư học Nhật Bản và CME.

Về giai đoạn thì giai đoạn I chiếm đa số với 40,0%, kế đến là giai đoạn IIIb với 36,7%. Về các giai đoạn này được đánh giá sau mổ và dựa vào kết quả giải phẫu bệnh học. Độ mô học I chiếm đa số với 70,0%. Việc tiến hành nạo vét hạch trung tâm và mở rộng có thể làm cho việc chẩn đoán giải phẫu bệnh chính xác hơn. Cụ thể, với tiêu chuẩn 12 hạch trong phẫu thuật cắt đại tràng tiêu chuẩn để làm thước đo cho chất lượng phẫu thuật được đưa ra từ những năm 1990 và còn sử dụng cho tới hiện nay. Tuy nhiên, trong hơn 20 năm qua vẫn có hơn 25% bệnh nhân được cắt bỏ đại trực tràng nhưng không đảm bảo tiêu chuẩn này.⁷ Trong nghiên

cứu của chúng tôi, thì 100% bệnh nhân có số lượng hạch vét được sau phẫu thuật đạt > 12 hạch bạch huyết. Số lượng hạch trung bình vét được là $59,1 \pm 19,7$ (22 - 110) hạch. Có được số lượng vượt trội như vậy do quá trình vét hạch trung tâm và phẫu thuật cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo đại tràng. Ngoài ra, độ dài bệnh phẩm khi phẫu thuật này thường dài hơn so với phẫu thuật cắt đại tràng truyền thống, do đó, số lượng hạch vùng cũng tăng theo vị trí, phương pháp phẫu thuật và độ dài của bệnh phẩm.¹⁴ Độ dài bệnh phẩm trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi $30,9 \pm 8,0$ cm là tương đối dài so với một số tác giả khác như Shen và cs. là $22,2 \pm 9,1$ cm (số hạch vét trung bình là $15,7 \pm 8,6$).¹⁴ Ngoài ra, chúng tôi còn sử dụng dung dịch GEWL nhuộm hạch trên bệnh phẩm sau mổ làm tăng khả năng vét hạch kích thước nhỏ so với phương pháp vét bằng tay sau mổ thông thường.¹⁵

Với khái niệm toàn vẹn của lớp vỏ phôi thai học xung quanh mạc treo đại tràng và tối đa hóa bạch huyết nạo vét được tương tự như thuật ngữ toàn vẹn mạc treo trực tràng. Có nhiều bằng chứng cho thấy, số lượng hạch vét được tương quan với yếu tố tiên lượng của bệnh nhân. Có thể cho rằng, đây là một yếu tố đại diện cho tiêu chuẩn phẫu thuật. Thực tế thì bên cạnh tính triệt căn, giai đoạn và tình trạng nhập viện cấp cứu thì số lượng hạch vét được là dấu hiệu tiên lượng độc lập, bổ sung cho yếu tố hàng đầu là chất lượng phẫu thuật.¹⁶ Sự toàn vẹn này thể hiện trong độ rộng trung bình của mạc treo lớn $9,2 \pm 1,7$ cm và mặt phẳng mạc treo đại tràng hoàn toàn chiếm 83,3% các trường hợp. Điều này tương tự như nghiên cứu của một số tác giả khác.⁵

Phẫu thuật này với mức độ nạo vét hạch mở rộng có thể làm tăng nguy cơ hơn so với phẫu thuật truyền thống về mặt lý thuyết. Tuy nhiên, các nghiên cứu y học gần đây chỉ ra rằng, biến

chứng hậu phẫu của phẫu thuật CME có cao hơn phẫu thuật truyền thống, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.^{5,6} Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 10,0% và 1 trường hợp tràn khí dưới da + bí tiểu chiếm 3,3%. Điểm đau VAS ngày đầu sau mổ trung bình $4,0 \pm 1,3$. Do đó, đây là một phẫu thuật an toàn, khả thi.

Tỷ lệ hạch di căn với 37 hạch/1178 hạch thu thập được (2,0%), cho thấy việc nạo vét hạch rộng rãi và sử dụng dung dịch cố định mô có thể làm tăng số lượng và tăng khả năng tìm thấy những hạch có kích thước nhỏ chưa di căn. Chúng tôi dựa vào sự phân bố các nhóm hạch và tỷ lệ của u đại tràng theo vị trí để vẽ nên bản đồ hạch (theo số lượng các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu). Mặc dù số lượng bệnh nhân còn ít, tỷ lệ khối u theo từng vị trí phân bố không đồng đều khiến cho việc thể hiện số lượng theo từng nhóm chưa thể hiện đúng tỷ lệ các nhóm hạch. Việc phát hiện được hạch di căn kích thước 1mm trong nghiên cứu của chúng tôi đặt ra vấn đề sau mổ cần thiết phải thu lượm các hạch bạch huyết một cách kỹ càng để đánh giá đúng giai đoạn cho bệnh nhân. Đây là bệnh nhân ung thư đại tràng sigma, giai đoạn pTNM sau mổ là pT3N1bM0. Hạch di căn 1mm nằm ở nhóm hạch số 251, thuộc nhóm hạch chặng 1 của u đại tràng sigma. Khả năng phát hiện hạch kích thước nhỏ giúp phát hiện được tình trạng di căn trong các hạch có kích thước nhỏ mà trước đây khi phẫu tích bằng mắt thường khó có thể phát hiện được các hạch bạch huyết có kích thước nhỏ < 5mm. Trong nghiên cứu này, vẫn có tỉ lệ hạch chặng 3 dương tính. Do đó, việc nạo vét hạch trung tâm có thể cần thiết tuy nhiên cần phải có nghiên cứu sâu hơn về tỷ lệ này để đánh giá hiệu quả của việc nạo vét hạch mở rộng nhưng vẫn đảm bảo tính an toàn cho bệnh nhân.

Ngoài ra, trong nghiên cứu này chỉ đưa ra

kết quả sớm trong phẫu thuật cắt đại tràng CME, chưa có trường hợp nào có biến chứng nặng cần can thiệp phẫu thuật lại hay tử vong trong 1 tháng. Theo tác giả Galizia 2013 thì phẫu thuật CME là một phẫu thuật khó khăn và thách thức so với phẫu thuật kinh điển, tuy nhiên nó vẫn an toàn mà không có tai biến tổn thương mạch máu lớn, tổn thương thần kinh, hoặc tăng các biến chứng sau phẫu thuật.⁶ Tái khám theo thời gian năm đầu tiên các bệnh nhân đều sống không bệnh.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả sơ bộ điều trị phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo đại tràng cho thấy tính an toàn, khả thi với kết quả về mặt ung thư học rất khả quan với số lượng hạch vét được tăng đáng kể nhằm tăng khả năng điều trị triệt căn bệnh lý ung thư đại tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, 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. doi: 10.3322/caac.21660.
2. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020; 70(3): 145-164. doi: 10.3322/caac.21601.
3. Tran Le N, Viet Dao H. Colorectal Cancer in Vietnam. *IntechOpen.* 2020; 418:1-21. doi: 10.5772/intechopen.93730.
4. Hohenberger W, Weber K, Matzel K, Papadopoulos T, Merkel S. Standardized surgery for colonic cancer: Complete mesocolic excision and central ligation - Technical notes and outcome. *Colorectal Disease.* 2009; 11(4): 354-364. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01735.x.
5. Bertelsen CA, Neuenschwander AU,

- Jansen JE, et al. 5-Year Outcome After Complete Mesocolic Excision for Right-Sided Colon Cancer: a Population-Based Cohort Study. *Lancet Oncol.* 2019; 20(11): 1556-1565. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30485-1.
6. Galizia G, Lieto E, de Vita F, et al. Is complete mesocolic excision with central vascular ligation safe and effective in the surgical treatment of right-sided colon cancers? A prospective study. *Int J Colorectal Dis.* 2014; 29(1): 89-97. doi: 10.1007/s00384-013-1766-x.
7. Madoff RD. Defining quality in colon cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology.* 2012; 30(15): 1738-1740. doi: 10.1200/JCO.2011.40.9615.
8. Nursal TZ, Noyan T, Tarim A, Karakayali H. A new weighted scoring system for Subjective Global Assessment. *Nutrition.* 2005; 21(6): 666-671. doi: 10.1016/j.nut.2004.08.027.
9. Cho MS, Baek SJ, Hur H, Min BS, Baik SH, Kim NK. Modified complete mesocolic excision with central vascular ligation for the treatment of right-sided colon cancer: Long-term outcomes and prognostic factors. *Ann Surg.* 2015; 261(4): 708-715. doi: 10.1097/SLA.0000000000000831.
10. Hashiguchi Y, Muro K, Saito Y, et al. *Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) Guidelines 2019 for the Treatment of Colorectal Cancer.* Vol 25. Springer Singapore; 2020. doi: 10.1007/s10147-019-01485-z.
11. Huang JL, Wei HB, Fang J feng, et al. Comparison of laparoscopic versus open complete mesocolic excision for right colon cancer. *International Journal of Surgery.* 2015; 23: 12-17. doi: 10.1016/j.ijso.2015.08.037.
12. Park JH, Kim DH, Kim BR, Kim YW. The American Society of Anesthesiologists score influences on postoperative complications and total hospital charges after laparoscopic colorectal cancer surgery. *Medicine (United States).* 2018; 97(18). doi: 10.1097/MD.00000000000010653.
13. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition.* 2021; 40(7): 4745-4761. doi: 10.1016/j.clnu.2021.03.031.
14. Shen SS, Haupt BX, Ro JY, Zhu J, Bailey HR, Schwartz MR. Number of lymph nodes examined and associated clinicopathologic factors in colorectal carcinoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2009; 133(5): 781-786. doi: 10.5858/133.5.781.
15. Horne J, Bateman AC, Carr NJ, Ryder I. Lymph node revealing solutions in colorectal cancer: Should they be used routinely? *J Clin Pathol.* 2014; 67(5): 383-388. doi: 10.1136/jclinpath-2013-202146.
16. Schumacher P, Dineen S, Barnett C, Fleming J, Anthony T. The metastatic lymph node ratio predicts survival in colon cancer. *Am J Surg.* 2007; 194(6): 827-832. doi: 10.1016/j.amjsurg.2007.08.030.

Summary

PRELIMINARY RESULTS OF LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLIC EXCISION FOR COLON CANCER TREATMENT

Laparoscopic complete mesocolic excision (CME) has more lymph nodes resected than traditional laparoscopic colectomy. The laparoscopic CME has not been extensively described as a safe strategy. The current study aims to evaluate clinical characteristics and preliminary results of laparoscopic CME in colon cancer. This is a descriptive study of 30 patients at the Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital from May 2021 to July 2022. The mean age was 63.9 ± 15.0 , and males accounted for 53.3%. ASA 1 was the majority, with a rate of 60.0%. 53.3% of patients had moderate and high nutritional risk. The sigmoid colon tumors were highest at 40.0%. The prevalence of splenic flexure colon, the same transverse colon location, was a minor proportion at 3.3%. The sigmoidectomy and sigmoidectomy and partial of upper third rectal resection accounted for 40.0%. The mean (range) of the length of hospital stay was 7.0 ± 1.5 days. The specimen length, mesentery width, and lymph nodes average were 30.9 ± 8.0 cm, 9.2 ± 1.7 cm, and 59.1 ± 19.7 , respectively. The average tumor size was 4.4 ± 1.9 cm. The analytical plane achieved 83.3% of the complete mesenteric plane. AJCC 8th Stage I after surgery accounted for 40.0%, followed by stages IIIb, and IIa with 36.7% and 13.3%, respectively. Only three patients had complications of surgical site infection, accounting for 10.0%, and one with abdominal subcutaneous emphysema and urinary retention accounted for 3.3%. From the preliminary results, we suggest that laparoscopic CME colectomy is feasible, safe, and reliable with maximal lymph node retrieval.

Keywords: CME, laparoscopic, colon cancer, treatment, initial, preliminary.