

KẾT QUẢ XA PHẪU THUẬT NỘI SOI UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIỮA VÀ THẤP SAU HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU

Trần Ngọc Dũng[✉], Phạm Đức Huân, Lưu Quang Dũng
Nguyễn Đức Phan, Trần Bảo Long, Hoàng Ngọc Hà

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật kết hợp với hóa xạ trị trước phẫu thuật làm giảm tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật. Đề tài nhằm mục tiêu đánh giá kết quả xa điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp bằng phẫu thuật nội soi sau hóa xạ trị tiền phẫu. Nghiên cứu 62 bệnh nhân ung thư trực tràng giữa và thấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi và hóa/xạ tiền phẫu từ 1/2017 đến 8/2022. Tuổi trung bình $59,6 \pm 10,9$ với tỉ lệ nam và nữ 1,2. Tỉ lệ các phương pháp phẫu thuật: nối đại tràng - trực tràng, nối đại tràng - ống hậu môn, phẫu thuật Hartmann, phẫu thuật Miles với tỉ lệ 50,7%, 16,9%, 4,5%, 17,9%. Tỉ lệ tái phát tại chỗ 3,2%, di căn gan, phổi, phúc mạc lần lượt là 9,7%, 6,7%, 1,6%. Chức năng tự chủ hậu môn Kirwan I - II - III - IV - V lần lượt là 52,1% - 25,0% - 14,6% - 2,1% - 6,2%. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau 5 năm là 81% và 78,1%. Ước lượng thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh trung bình là: $30,1 \pm 16,8$ và $28,1 \pm 17,7$ tháng. Kết quả sơ bộ hóa xạ tiền phẫu làm thuận lợi cho phẫu thuật nội soi triệt căn cắt trực tràng giữa và dưới do ung thư, nhằm bảo tồn cơ thắt.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, trực tràng giữa và thấp, kết quả xa, phẫu thuật, hóa xạ tiền phẫu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh lý ác tính đường tiêu hóa phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2020, ung thư trực tràng có tỷ lệ mắc cao thứ 8 và tỷ lệ tử vong cao thứ 9 trong các bệnh ung thư. Năm 2020, thế giới có 732.210 ca ung thư trực tràng mới mắc mới và trên 339.022 ca tử vong. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ năm ở cả hai giới, xuất độ 9.399 ca và tử suất 4.758 ca năm 2020. Bệnh này có xu hướng tăng và ước tính năm 2020 có 11.656 ca mắc.¹

Điều trị ung thư trực tràng dựa trên phối hợp đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo. Đối với ung thư trực tràng giữa và thấp, việc xác định tính khả thi của bảo tồn cơ thắt hậu môn và chức năng của nó là rất quan

trọng. Xu hướng trên thế giới là tăng cường nghiên cứu các kỹ thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn, nhằm cải thiện chất lượng sống nhưng vẫn đảm bảo kết quả của phẫu thuật về khía cạnh ung thư.

Trong những thập kỷ gần đây, đã có những tiến bộ lớn trong điều trị ung thư trực tràng, chủ yếu là nhờ 3 yếu tố: áp dụng phương pháp cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng, sự chuyển đổi mang tính lịch sử từ mổ mở sang phẫu thuật nội soi và hóa xạ trị tân bổ trợ cho các bệnh ung thư tiến triển cục bộ.² Sự kết hợp giữa cắt toàn bộ mạc treo và hóa xạ trị tân bổ trợ không chỉ làm giảm đáng kể tỷ lệ tái phát tại chỗ mà còn làm tăng khả năng bảo tồn cơ thắt ở những bệnh nhân ung thư trực tràng giữa và thấp.² Nhiều nghiên cứu đã công nhận lợi ích của phẫu thuật nội soi như giảm chấn thương phẫu thuật, giảm biến chứng hậu phẫu, thời gian hồi phục nhanh, sẹo mổ nhỏ, tỷ lệ sống còn tương tự như các phẫu thuật

Tác giả liên hệ: Trần Ngọc Dũng

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: tranngocdung78@gmail.com

Ngày nhận: 19/09/2024

Ngày được chấp nhận: 29/10/2024

mở mở kinh điển và đạt kết quả tốt về mặt ung thư học.^{3,4} Trong phẫu thuật trực tràng, phẫu thuật nội soi còn có ưu điểm giúp tạo phẫu trường rộng rãi do sự phóng đại của hình ảnh qua kính soi, ánh sáng tối ưu giúp bác sĩ phẫu thuật quan sát rõ các cấu trúc mạch máu và thần kinh vùng chậu, phẫu tích trở nên thuận lợi, dễ bảo tồn được thần kinh tự động vùng chậu, tránh được các tai biến như chảy máu trước xương cùng, tổn thương niệu quản, bó mạch sinh dục...⁵ Bên cạnh đó, trong những năm gần đây, do hiểu rõ hơn về dẫn lưu bạch huyết quanh trực tràng và những tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật, khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt an toàn đã giảm từ 5 xuống 2cm.² Khoảng cách đến diện cắt dưới u 1cm cũng được chấp nhận đối với bệnh nhân sau hóa xạ trị tiền phẫu vì không làm tăng tỷ lệ tái phát cục bộ.² Do đó, những tiến bộ này cho phép chuyển từ phẫu thuật Miles sang phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

Tuy nhiên, phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn trong điều trị ung thư trực tràng thấp là một kỹ thuật khó, có nhiều tai biến và biến chứng, mặt khác liệu phẫu thuật bảo tồn có đảm bảo về mặt ung thư học? Sau phẫu thuật, cơ thắt liệu có còn đảm bảo được chức năng? Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân có thật sự được cải thiện?

Hiện nay, tại Việt Nam, đã có nhiều bệnh viện áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi phối hợp hóa xạ trị tiền phẫu điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp cho kết quả khả quan. Tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội đã áp dụng phương pháp trên để điều trị cho những bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ song chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả xa phẫu thuật ung thư trực tràng giữa và thấp sau hóa xạ trị tiền phẫu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả những bệnh nhân ung thư trực tràng giữa và thấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi và hóa/xạ trị tiền phẫu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2022:

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô trực tràng giữa và thấp dựa vào thăm khám lâm sàng, kết quả nội soi đại trực tràng, MRI tiểu khung và kết quả GPB (sinh thiết/ sau mổ).

- Bệnh nhân được phân loại ung thư trực tràng giữa và thấp dựa vào MRI tiểu khung.

+ T bất kỳ và xâm lấn mạc treo trực tràng, di căn hạch, mạch máu, thần kinh.

+ T3, T4.

- Hồ sơ có đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu và được thăm khám, đánh giá kết quả xa sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Ung thư biểu mô trực tràng có biến chứng; mổ lại, mổ cũ vùng tiểu khung.

- Ung thư biểu mô trực tràng đã di căn xa.

- Ung thư trực tràng kèm theo ung thư vị trí khác hoặc cơ quan khác.

- Bệnh nhân ung thư trực tràng nhưng có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Mẫu số toàn bộ, cỡ mẫu thuận tiện trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2022.

Địa điểm: Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Thu thập bệnh án những bệnh nhân có đầy đủ thông tin nghiên cứu:

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng giữa và thấp đã được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng kết hợp hóa xạ trị tiền phẫu trước mổ theo phác đồ (Capecitabine 800 - 825 mg/m² da 2 lần/ ngày x 5 ngày/tuần x 5 tuần trong quá trình xạ trị. + xạ trị 50Gy).

Kết quả xa sau phẫu thuật được xác định bằng thời gian sống 4hem toàn bộ, sống 4hem không bệnh sau mổ và điểm đánh giá chất lượng cuộc sống tại lần khám lại cuối cùng trước khi tử vong, tái phát hoặc thời điểm kết thúc nghiên cứu. Các mốc theo dõi xa được xác định ở thời điểm mỗi 3 - 6 tháng sau mổ từ thời điểm bắt đầu nghiên cứu hoặc khi có biến chứng hoặc phát hiện bệnh tiến triển, tái phát, di căn xa... Tại thời điểm khám lại, người bệnh được thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng. Thời gian sống 4hem toàn bộ sau mổ được tính theo tháng, xác định từ thời điểm phẫu thuật tới thời điểm tử vong hoặc kết thúc nghiên cứu. Tình trạng sống chết của người bệnh được xác định bằng hình thức khám trực tiếp, phỏng vấn qua điện thoại hoặc thư.

Trong trường hợp người bệnh đã tử vong thì tiến hành phỏng vấn người nhà về nguyên nhân tử vong, đồng thời khai thác thông tin vào lần khám cuối cùng tại viện.

Trong trường hợp người bệnh còn sống thì mời tới khám trực tiếp, đồng thời khai thác thông tin của các lần khám bệnh trước đây được người bệnh lưu trữ hoặc trên hệ thống thông tin Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tình trạng tái phát, di căn được xác định dựa vào các bằng chứng: lời khai của người bệnh / người nhà kèm theo các văn bản như

giấy khám bệnh, kết quả chụp cắt lớp vi tính, nội soi dạ dày, đại tràng kiểm tra, kết quả xét nghiệm các chất chỉ điểm khối u (CEA...) tại các cơ sở y tế hoặc theo kết quả tra cứu kết quả lưu trữ trên hệ thống thông tin Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tổn thương tái phát được khảo sát dựa trên các vị trí tái phát thường gặp và được xác định bằng cách phối hợp thăm khám lâm sàng và các phương tiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh.

Thu thập thông tin nghiên cứu theo bệnh án mẫu.

Xử lý số liệu

Viết và báo cáo nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu:

Dữ liệu nhân khẩu học về tuổi, dưới, vị trí khối u, phương pháp mổ, tỉ lệ tái phát, thời gian sống 5hem không bệnh, thời gian sống 5hem toàn bộ.

Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập, được mã hóa trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Xử dụng thuật toán thống kê phù hợp.

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

Nghiên cứu 62 bệnh nhân ung thư trực tràng giữa và thấp được điều trị bằng PTNS và hóa/xạ tiền phẫu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2022, chúng tôi rút ra 1 số kết quả sau:

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm		n	%
Tuổi, X \pm SD, min - max		59,6 \pm 10,9, (25 - 85) tuổi	
Giới	Nam	34	54,8
	Nữ	28	45,2
Vị trí u	Ung thư trực tràng giữa	34	54,8
	Ung thư trực tràng thấp	28	45,2
Kỹ thuật cắt đại trực tràng	Nối đại tràng - trực tràng	33	53,2
	Nối đại tràng - ống hậu môn	16	25,8
	Phẫu thuật Hartmann	3	4,8
	Phẫu thuật Miles	12	16,1

Tính đến thời điểm nghiên cứu (tháng 11/2023), các bệnh nhân được theo dõi sau mổ từ 11 - 72 tháng, chúng tôi ghi nhận một số kết quả sau:

- Thời gian theo dõi trung bình 30,08 \pm

16,8 tháng.

- Có 62 bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật, trong đó 60/62 (96,8%) bệnh nhân còn sống (loại bỏ những bệnh nhân mất liên lạc hoặc mất do nguyên nhân khác).

Bảng 2. Đánh giá chức năng đại tiện sau mổ

Phân độ Kirwan	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Độ I	27	52,1
Độ II	12	25,0
Độ III	7	14,6
Độ IV	1	2,1
Độ V	3	6,2
Tổng	48	100

Trong số 48 (trong 60 bệnh nhân theo dõi có 3 bệnh nhân phẫu thuật Hartmann, 9 bệnh nhân phẫu thuật Miles) bệnh nhân theo dõi (loại bỏ những bệnh nhân phẫu thuật Miles, phẫu

thuật Hartmann), bệnh nhân tự chủ hậu môn theo phân loại Kirwan độ I chiếm tỉ lệ lớn nhất 52,1 %, ít nhất là độ IV với 2,1 %.

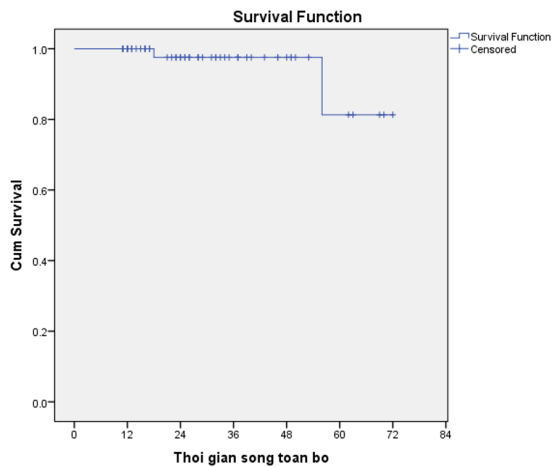
Bảng 3. Tái phát và di căn sau mổ

	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ
Tái phát tại chỗ	2	3,2
Di căn xa	Gan	6
	Phổi	6
	Phúc mạc	1
	Khác	1
	6	9,7
	6	6,7
	1	1,6
	1	1,6

Trong 62 bệnh nhân có 2 bệnh nhân tái phát tại chỗ chiếm 3,2 %, di căn gan , phổi, phúc mạc lần lượt là 9,7%, 6,7%, 1,6%, 1,6%. Trong đó, có 2 bệnh nhân vừa di căn gan, vừa di căn phổi.

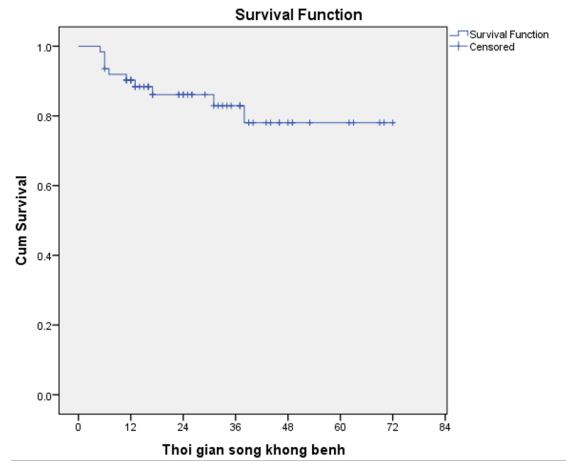
Thời gian sống 8hem

Trên 62 bệnh nhân sau mổ, chúng tôi tiến hành phân tích thời sống 8hem sau mổ (Thời gian sống 8hem không bệnh sau mổ, thời gian sống 8hem toàn bộ sau mổ) theo phương pháp Kaplan Meier cho kết quả.



Biểu đồ 1. Thời gian sống 8hem toàn bộ sau mổ

Tỉ lệ sống 8hem toàn bộ thời gian sau 12 tháng - 24 tháng - 36 tháng - 60 tháng lần lượt là 100% - 98% - 98 % - 81%. Ước lượng thời gian sống 8hem toàn bộ trung bình là: 30,08 ± 16,79 tháng.



Biểu đồ 2. Thời gian sống 9hem không bệnh

Tỉ lệ sống 9hem toàn bộ thời gian sau 12 tháng - 24 tháng - 36 tháng - 60 tháng lần lượt là 90,3% - 86,1% - 82,9% - 78,1%. Ước lượng thời gian sống 9hem không bệnh trung bình là: 28,05 ± 17,70 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nhân khẩu học về giới và tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả trong và ngoài nước như nghiên cứu về phẫu thuật ung thư trực tràng của tác giả Phạm Cẩm Phương (2013) tuổi trung bình $56,5 \pm 12,5$ tuổi với tỉ lệ nam/ nữ là 1,4.⁶

Trước đây, phẫu thuật cắt cụt trực tràng (phẫu thuật Miles) được chỉ định cho tất cả ung thư trực tràng cách rìa hậu môn dưới 6cm.⁷ Trong nghiên cứu chúng tôi, chỉ có 12/62 đều là những bệnh nhân u xâm lấn cả cơ thắt trong và ngoài hậu môn.

Kết quả nghiên cứu chức năng đại tiện trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá bằng thang điểm Kirwan. Thang điểm Kirwan tương ứng ghi nhận trong **Bảng 2**, chức năng đại tiện được cải thiện dần theo thời gian. Chức năng tự chủ hậu môn là yếu tố quan trọng ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá theo tiêu chuẩn của Kirwan. Trong đó, chức năng tự chủ hậu môn Kirwan I - II - III - IV - V lần lượt là 52,1% - 25,0% - 14,6% - 2,1% - 6,2%. Kết quả này của chúng tôi tương tự so với các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt khác như Ermanno Leo, nghiên cứu 273 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp trong một trung tâm với cắt toàn bộ trực tràng, nối đại tràng - ống hậu môn, thời gian theo dõi trung bình 12 tháng. Thang điểm Kirwan có Kirwan I: 60,6%, Kirwan II: 7,6%, Kirwan III: 29,5% và không có trường hợp nào yêu cầu làm hậu môn nhân tạo. Nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp yêu cầu làm hậu môn nhân tạo do rối loạn đại tiện.⁸

Trong 62 bệnh nhân được theo dõi sau mổ, tái phát tại chỗ 2/62 bệnh nhân (3,2%). Theo Jaap Bonjer (2015), sau khi theo dõi 1044 bệnh nhân sau mổ ung thư trực tràng, tại thời điểm 3 năm, tỷ lệ tái phát tại chỗ là 5%.⁹ Trong nghiên cứu ngẫu nhiên CLASIC C, theo Jayne DG

(2007), tại thời điểm theo dõi 3 năm, tỷ lệ tái phát tại chỗ của nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi là 9,7%.¹⁰

Theo các tác giả, các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát tại chỗ có thể kể đến như: giai đoạn u, vỡ u trong mổ, kỹ thuật mổ, độ biệt hóa tế bào, hóa xạ trị tiền phẫu...^{6,11,12} Trong đó, một trong những yếu tố quan trọng nhất là kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME). TME đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu về khả năng giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ sau mổ. Hóa xạ trị tiền phẫu cũng góp phần làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ.^{11,13,14}

Về di căn sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu đa trung tâm của Bonjer và các cộng sự (2015) với thời gian theo dõi sau mổ 3 năm, tỷ lệ di căn xa sau mổ ung thư trực tràng của nhóm phẫu thuật nội soi và nhóm mổ mở lần lượt là 19,2%.⁹

Thời gian sống thêm sau mổ được xem là một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá kết quả của phẫu thuật ung thư. Tất cả các phương pháp điều trị kết hợp như xạ trị, hóa trị... cũng không nằm ngoài mục đích này. Trước đây, nhiều tác giả cho rằng phẫu thuật Miles có tỷ lệ sống thêm 5 năm cao hơn phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, nhưng ngày nay điều đó không hoàn toàn đúng nữa.^{15,16} Các phẫu thuật được chỉ định ngày càng rộng dần thay thế phẫu thuật Miles trong nhiều trường hợp. Thời gian sống thêm dài hay ngắn phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, đặc điểm mô học của khối u, mức độ triệt căn của phẫu thuật và các biện pháp điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 62 bệnh nhân được theo dõi đến thời điểm nghiên cứu, với thời gian theo dõi trung bình $30,08 \pm 16,79$ (11 - 72) tháng.

Trong nghiên cứu, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là: $30,08 \pm 16,79$ (tháng). Có 2/62

bệnh nhân tử vong trong thời gian theo dõi chiếm 2,3%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau phẫu thuật 5 năm là 81,0%. Tương tự với tổng hợp từ nghiên cứu đa trung tâm của Adrian Indar và cộng sự (2009) cho thấy, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm theo Staudache (2007) là 81%, theo Blanchi (2007) là 81,4%, theo Leroy là 75%.¹⁷ Theo Shaotang Li Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm của nhóm nội soi và nhóm mở lần lượt là 72,9% và 75,7%.¹⁸open: n = 152 Theo Wang, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm của nhóm có và không hóa xạ tiền phẫu lần lượt là 86,5% và 83,5%.

Trong nghiên cứu, thời gian sống thêm không bệnh trung bình là: $28,05 \pm 17,70$ (tháng). Có 2/62 bệnh nhân tái phát tại chỗ (3,2%) và 10 bệnh nhân di căn xa chiếm 16,1%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau phẫu thuật 5 năm là 78,1%. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả các nghiên cứu khác. Theo Blanchi (2007) là 79,8%, Staudacher (2007) là 70%.¹⁷ Theo Wang, tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 5 năm ở nhóm phẫu thuật kết hợp hóa xạ tiền phẫu là 85,2% lớn hơn 84,3% với nhóm không hóa xạ tiền phẫu.¹⁹

Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ là: giai đoạn khối u, di căn hạch, có hay không di căn xa trước mổ, kỹ thuật mổ, khả năng cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TME), chỉ định điều trị bổ trợ...^{14,20} Trong đó, TME là yếu tố quan trọng. Theo Heald (2009) tỷ lệ sống thêm 5 năm của bệnh nhân ung thư trực tràng được cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) cao hơn nhóm bệnh nhân phẫu thuật quy ước (62 - 75%) so với (42 - 44%).

Đề tài của chúng tôi nghiên cứu trên 62 bệnh nhân từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2022, hạn chế của đề tài là số bệnh nhân không phải quá nhiều, từ đó đánh giá kết quả xa của phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng giữa và thấp kết hợp hóa xạ tiền phẫu vẫn còn nhiều thiếu sót,

chúng tôi vẫn đang tiếp tục thu thập số liệu với khoảng thời gian dài hơn, hy vọng có thể được công bố trong các bài báo sau.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả xa điều trị phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng giữa và thấp kết hợp hóa xạ tiền phẫu cho thấy hóa xạ tiền phẫu làm thuận lợi cho phẫu thuật nội soi triệt căn cắt trực tràng giữa và dưới do ung thư, nhằm bảo tồn cơ thắt. Tuy nhiên, vẫn có tỷ lệ không bảo tồn được cơ thắt phải làm hậu môn nhân tạo, cắt cụt trực tràng và tái phát sau mổ.

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: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-249.
2. Zhu HB, Wang L, Li ZY, Li XT, Zhang XY, Sun YS. Sphincter-preserving surgery for low-middle rectal cancer: Can we predict feasibility with high-resolution magnetic resonance imaging? *Medicine*. 2017;96(29):e7418. doi:10.1097/MD.0000000000007418
3. Pas MH van der, Haglind E, Cuesta MA, et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*. 2013;14(3):210-218. doi:10.1016/S1470-2045(13)70016-0
4. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *The Lancet Oncology*. 2005;6(7):477-484. doi:10.1016/S1470-2045(05)70221-7
5. Aziz O, Constantinides V, Tekkis PP, et al. Laparoscopic Versus Open Surgery for Rectal Cancer: A Meta-Analysis. *Ann Surg Oncol*. 2006;13(3):413-424. doi:10.1245/

ASO.2006.05.045

6. Phạm Cẩm Phương, Mai Trọng Khoa. Đánh giá mức độ thoái triển u sau hóa xạ trị trước mổ bệnh ung thư trực tràng thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2013;2:84-88.

7. Võ Văn Xuân, Nguyễn Đại Bình, Ngô Sĩ Dung. Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật xạ trị gia tốc tăng phân liều tiền phẫu kết hợp với phẫu thuật ung thư trực tràng. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2012;(Hội phòng chống Ung thư Việt Nam):57-66.

8. Leo E, Belli F, Baldini MT, et al. New perspective in the treatment of low rectal cancer: Total rectal resection and coloendoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum*. 1994;37(2):S62-S68. doi:10.1007/BF02048434

9. Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, et al. A Randomized Trial of Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(14):1324-1332. doi:10.1056/NEJMoa1414882

10. Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, et al. Randomized Trial of Laparoscopic-Assisted Resection of Colorectal Carcinoma: 3-Year Results of the UK MRC CLASICC Trial Group. *JCO*. 2007;25(21):3061-3068. doi:10.1200/JCO.2006.09.7758

11. Heald BJ. Technical Notes on TME for Rectal Cancer. In: *Atlas of Procedures in Surgical Oncology with Critical, Evidence-Based Commentary Notes*. WORLD SCIENTIFIC; 2009:187-194. doi:10.1142/9789812832948_0025

12. Sulik KK. An atlas of gastrointestinal embryology. *AmJMedGenet*. 2003;122A(4):283-286. doi:10.1002/ajmg.a.20469

13. Bennis M, Turet E. Colorectal Cancer Surgery: What Is Evidence Based and How Should We Do It? *Digestive Diseases*. 2012;

30(Suppl. 2):91-95. doi:10.1159/000342034.

14. Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. WHO classification of tumours of the digestive system. *WHO classification of tumours of the digestive system*. 2010;(Ed. 4). Accessed December 1, 2023. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20113051318>.

15. de Calan L, Gayet B, Bourlier P, Perniceni T. Chirurgie du cancer du rectum par laparotomie et par laparoscopie. *EMC - Chirurgie*. 2004; 1(3): 231-274. doi:10.1016/j.emcchi.2004.03.001.

16. Fleming M, Ravula S, Tatishchev SF, Wang HL. Colorectal carcinoma: Pathologic aspects. *J Gastrointest Oncol*. 2012; 3(3): 153-173. doi:10.3978/j.issn.2078-6891.2012.030.

17. Fernández-Cebrián JM, Gil P, Hernández-Granados P, et al. Initial surgical experience in laparoscopic total mesorectal excision for middle and lower third rectal cancer: short-term results. *Clin Transl Oncol*. 2009; 11(7): 460-464. doi:10.1007/s12094-009-0385-z.

18. Li S, Jiang F, Tu J, Zheng X. Long-Term Oncologic Outcomes of Laparoscopic versus Open Surgery for Middle and Lower Rectal Cancer. *PLOS ONE*. 2015; 10(9): e0135884. doi:10.1371/journal.pone.0135884.

19. Wang F, Fan W, Peng J, et al. Total mesorectal excision with or without preoperative chemoradiotherapy for resectable mid/low rectal cancer: a long-term analysis of a prospective, single-center, randomized trial. *Cancer Commun*. 2018; 38(1): 73. doi:10.1186/s40880-018-0342-8.

20. Bleday R, Brindzei N. Surgical Treatment of Rectal Cancer. In: Beck DE, Roberts PL, Saclarides TJ, Senagore AJ, Stamos MJ, Wexner SD, eds. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. Springer; 2011: 743-759. doi:10.1007/978-1-4419-1584-9_44.

Summary

LONG-TERM RESULTS LAPAROSCOPIC SURGERY FOR MIDDLE AND LOW RECTAL CANCER AFTER PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY

Surgery combined with preoperative chemoradiotherapy reduces postoperative recurrence rate. The current study aim of evaluating the long-term results of treating middle and low rectal cancer with laparoscopic surgery after preoperative chemoradiotherapy. 62 patients with mid and low rectal cancer treated with laparoscopic surgery and preoperative chemoradiotherapy were evaluated from January 2017 to August 2022. The average age was 59.6 ± 10.9 with male to female ratio (11/10). The surgical methods were colon - rectal anastomosis, colon - anal anastomosis, Hartmann surgery, Miles surgery with the ratio of 50.7%, 16.9%, 4.5%, 17.9% respectively. Local recurrence rate was 3.23%, liver, lung, peritoneal metastasis was 9.7%, 6.7%, 1.6% respectively. Patients with anal continence according to Kirwan classification level I was 52.1%. Kirwan I - II - III - IV - V anal continence function was 52.1% - 25.0% - 14.6% - 2.1% - 6.2%, respectively. Estimated mean overall survival time and disease-free survival time was: 30.1 ± 16.8 . and 28.1 ± 17.7 months. From the preliminary results, we suggest that preoperative chemoradiotherapy facilitates radical laparoscopic surgery of middle and low rectal cancer with sphincter preservation.

Keywords: Rectal cancer, middle and low rectal cancer, long-term results, surgery, preoperative chemoradiotherapy.