

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG HOÁ XẠ TRỊ TRƯỚC MỔ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP

Phan Hữu Huỳnh^{1,2,✉}, Phạm Văn Bình²

Quách Văn Kiên¹, Nguyễn Tuấn Anh¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến trong đó ung thư trực tràng thấp được định nghĩa là các tổn thương ác tính cách rìa hậu môn $\leq 5\text{cm}$. Nghiên cứu này bao gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư trực tràng thấp giai đoạn II – III điều trị bằng hoá xạ trị trước mổ với phác đồ 50,4Gy kết hợp Capecitabin, tại Khoa Ngoại Bụng 1 - Bệnh viện K, từ 01/2024 đến 12/2024. Sau điều trị, số bệnh nhân giai đoạn T3, 4 giảm từ 31 (88,6%) còn 8 (22,9%). Tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch giảm từ 54,3% còn 8,6%. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật triệt căn trong đó tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là 48,5%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (pCR) là 11,4%. Phần lớn bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn ở độ 1, 2, chủ yếu là ảnh hưởng đến hệ huyết học và viêm trực tràng. Hoá xạ trị trước mổ trong ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III đem lại tỷ lệ đáp ứng cao và cải thiện đáng kể tỷ lệ phẫu thuật triệt căn đặc biệt là phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

Từ khoá: Ung thư trực tràng thấp giai đoạn II – III, hóa xạ trước mổ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính phổ biến, đứng thứ 3 về tỷ lệ mắc mới (1,93 triệu ca) và thứ 2 về tỷ lệ tử vong (0,93 triệu ca) trong số các bệnh ung thư trên toàn thế giới theo Globocan 2022. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng thứ 4 về tỷ lệ mắc mới, ước tính cả nước có khoảng 16 nghìn ca bệnh mới trong năm 2022.¹

Ung thư trực tràng (UTTT) thấp là những tổn thương ác tính ở vị trí cách rìa hậu môn $\leq 5\text{cm}$. Do có những đặc điểm riêng về cấu trúc giải phẫu, chiến lược điều trị UTTT thấp phải dựa trên nguyên tắc đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị để đạt được hiệu quả về mặt ung thư học và bảo tồn được chức năng

cơ thắt.

Nửa cuối thập niên 90, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, sự ra đời của hoá xạ trị trước mổ (HXTTM) và quan điểm về diện cắt chu vi đã góp phần cải thiện cả hai mục tiêu kiểm soát tốt tái phát tại chỗ và tăng tỷ lệ sống thêm.²⁻⁵ Nhiều nghiên cứu đã chứng minh xạ trị trước mổ kết hợp với Capecitabin có hiệu quả trong việc làm tăng khả năng bảo tồn cơ thắt và giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, cải thiện khả năng sống thêm không bệnh.

Hiện nay, hoá xạ trước mổ với Capecitabin được coi là phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với UTTT giai đoạn II, III tại bệnh viện K. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ về kết quả của phương pháp này, đặc biệt là đối với UTTT thấp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Đánh giá đáp ứng của hoá xạ trị trước mổ của BN ung thư trực tràng thấp tại Bệnh viện K từ 01/2024 đến tháng 12/2024.

Tác giả liên hệ: Phan Hữu Huỳnh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: bshuynhbvk@gmail.com

Ngày nhận: 14/05/2025

Ngày được chấp nhận: 01/07/2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân (BN) UTTT thấp giai đoạn II/III (T3, T4 và/hoặc N+), được điều trị hoá xạ đồng thời trước mổ và phẫu thuật tại Khoa Ngoại Bụng 1, Bệnh viện K từ 01/2024 đến 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán xác định là UTTT thấp giai đoạn II, III theo AJCC 8th được hoá xạ trị trước mổ với phác đồ 50.4 Gy và Capecitabin.

- Thể mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tế bào nhẵn, ung thư biểu mô tế bào chế nhầy.

- Chỉ số toàn trạng PS 0 - 2 (ECOG) hoặc chỉ số Karnofsky > 60%.

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- UTTT thấp có biến chứng cấp cứu (tắc ruột, thủng ruột) hoặc tái phát.

- BN có tiền sử bệnh mạn tính nặng.

- BN mắc các bệnh ung thư khác kèm theo.

- Mất thông tin theo dõi sau điều trị.

- BN không đồng ý hoặc bỏ tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát.

Chọn mẫu: thuận tiện.

Các bước tiến hành

- Thăm gia khám từ khi BN nhập viện, chỉ định các xét nghiệm để chẩn đoán xác định, chẩn đoán giai đoạn bệnh.

- Hội chẩn đa mô thức, lựa chọn BN đủ điều kiện để thực hiện phác đồ hoá xạ đồng thời trước mổ: Xạ trị liều 50,4Gy kết hợp hoá chất Capecitabine 825 mg/m² da x 2 lần/ ngày, uống vào những ngày xạ trị.

- Thăm khám đánh giá BN sau khi kết thúc hoá xạ trước mổ (thời điểm 6 tuần sau khi kết thúc xạ trị). Kết quả chụp MRI và giải phẫu bệnh được phân tích bởi bác sĩ chuyên khoa trình độ

sau đại học.

- Tham gia phẫu thuật.

- Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới, mức độ biệt hoá, dấu hiệu cơ năng.

Kết quả MRI: giai đoạn T, giai đoạn N, xâm lấn cân mạc treo trực tràng (MRF +), xâm nhập mạch máu ngoài thành (EMVI +). Mức độ đáp ứng trên MRI: mrTRG1 (hoàn toàn), mrTRG2 (tốt), mrTRG3 (trung bình), mrTRG4 (kém), mrTRG5 (không đáp ứng).

Kết quả giải phẫu bệnh (theo tiêu chuẩn Dworak cải biên): TRG4 (đáp ứng hoàn toàn), TRG3 (đáp ứng gần hoàn toàn), TRG2 (đáp ứng một phần), TRG1 (không đáp ứng).

Kết quả phẫu thuật: nhóm bảo tồn cơ thất, nhóm không bảo tồn cơ thất.

Tác dụng không mong muốn khi điều trị hoá xạ trước mổ: hạ bạch cầu, giảm huyết sắc tố, giảm tiểu cầu, tăng GOT, tăng GPT, tăng Creatinin, viêm trực tràng, viêm bàng quang.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo tuyên bố Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức y sinh của Trường Đại học Y Hà Nội (IRB-VN01001), giấy chứng nhận số 1417/GCN-HMUIRB, ngày 27/05/2024. BN và gia đình được giải thích kỹ càng về mục đích cũng như quy trình nghiên cứu. BN được rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào muốn.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 35 BN. Tuổi trung bình 62,5 tuổi, cao nhất là 80 tuổi, thấp nhất là 41 tuổi. Tỷ lệ nam/ nữ là 3:2. Tất cả BN trong nghiên cứu đều là ung thư biểu mô

tuyến trong đó 60% có mức độ biệt hoá vừa. (77,1%), tiếp theo là đại tiện > 3 lần/ngày (60%)
 Triệu chứng phổ biến nhất là đại tiện phân máu và đau hậu môn (31,4%).

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi phát hiện bệnh trung bình (nhỏ nhất - lớn nhất)		62,5 (41 - 80)	
Giới	Nam	21	60
	Nữ	14	40
Mức độ biệt hoá	Biệt hoá cao	11	31,4
	Biệt hoá vừa	21	60
	Biệt hoá kém	3	8,6
Triệu chứng cơ năng	Đại tiện ra máu	27	77,1
	Đau hậu môn	11	31,4
	Đại tiện > 3 lần/ngày	21	60

2. Đánh giá đáp ứng sau điều trị hoá xạ trị trước mổ

Bảng 2. Sự thay đổi giai đoạn u, hạch trước và sau hoá xạ trên MRI

Giai đoạn		Trước hoá xạ	Sau hoá xạ
		n (%)	n (%)
Khối u	T1	0 (0)	1 (2,9)
	T2	4 (11,4)	26 (74,2)
	T3	28 (80)	8 (22,9)
	T4	3 (8,6)	0 (0)
Hạch vùng	N0	16 (45,7)	32 (91,4)
	N1	18 (51,4)	3 (8,6)
	N2	1 (2,9)	0 (0)
Xâm lấn cân mạc treo trực tràng (MRF +)	Có	13 (37,1)	4 (11,4)
	Không	22 (62,9)	31 (88,6)
Xâm nhập mạch máu ngoài thành (EMVI +)	Có	5 (14,2)	4 (11,4)
	Không	30 (85,8)	31 (88,6)

So với trước điều trị, đa phần BN đều giảm giai đoạn T và N sau điều trị. Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn T là 74,2% còn tỷ lệ hạ thấp giai đoạn hạch

(N) là 84,2%. Hoá xạ trị giúp giảm đáng kể tỷ lệ xâm lấn cân trực tràng (MRF) với số BN có MRF dương tính giảm 37,1% xuống 11,4%.

Xâm nhập mạch máu ngoài thành (EMVI) cũng chưa thực sự đáng kể.
có xu hướng giảm nhưng mức độ cải thiện

Bảng 3. Đánh giá mức độ đáp ứng của u trên MRI và giải phẫu bệnh theo tiêu chuẩn Dworak cải biên

Mức độ đáp ứng trên MRI	n	%
mrTRG1 (Hoàn toàn)	1	2,9
mrTRG2 (Tốt)	21	60
mrTGR3 (Trung bình)	9	25,7
mr TRG4 (Kém)	4	11,4
mr TRG5 (Không đáp ứng)	0	0
Mức độ đáp ứng trên giải phẫu bệnh	n	%
TRG4 (đáp ứng hoàn toàn)	4	11,4
TRG3 (đáp ứng gần hoàn toàn)	17	49
TRG2 (đáp ứng một phần)	14	40
TRG1 (không đáp ứng)	0	0

Hầu hết BN có đáp ứng sau hóa xạ trị, trong đó 21 BN (60%) đáp ứng tốt. Tiếp theo, 25,7% BN có đáp ứng trung bình và 11,4% đáp ứng kém. Đáng chú ý, có 1 BN đạt đáp ứng hoàn toàn

sau hóa xạ trị. Trên giải phẫu bệnh, có 49% BN đạt mức đáp ứng gần hoàn toàn trong đó, 11,4% đáp ứng hoàn toàn. Đáp ứng một phần chiếm 40%, và không có trường hợp không đáp ứng.

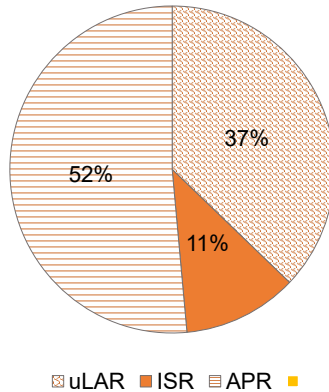
Bảng 4. So sánh đặc điểm giai đoạn u, hạch trước hoá xạ so với giải phẫu bệnh sau mổ

Giai đoạn	MRI trước hoá xạ	Giải phẫu bệnh sau mổ
	n (%)	n (%)
Khối u	T0	4 (11,4)
	T1	10 (28,6)
	T2	13 (37,1)
	T3	8 (22,9)
	T4	0 (0)
	Tổng	35 (100)
Hạch vùng	N0	32 (91,4)
	N1	3 (8,6)
	N2	0 (0)
	Tổng	100

Sau hoá xạ trị, tỷ lệ khối u giai đoạn T3 - T4 trên mô bệnh học giảm đáng kể từ 88,6% xuống 22,9% trong đó không có BN nào u ở giai

đoạn T4. Đồng thời, tỷ lệ BN không di căn hạch (N0) tăng từ 45,7% lên 91,4%.

Phương pháp phẫu thuật



Biểu đồ 1. Đặc điểm phẫu thuật

Tất cả BN đều được phẫu thuật triệt căn trong đó 51,4% thực hiện phẫu thuật không bảo tồn cơ thắt. Ngược lại trong nhóm bảo tồn cơ

thắt, uLAR được áp dụng phổ biến hơn ISR, với tỷ lệ lần lượt là 37,1% và 11,4%.

Bảng 5. Một số tác dụng không mong muốn khi điều trị hoá xạ trước mổ

Độc tính	Không	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hạ bạch cầu	24	7	3	1	0
Giảm huyết sắc tố	31	2	1	1	0
Giảm tiểu cầu	33	2	0	0	0
Tăng GOT	26	6	3	0	0
Tăng GPT	27	5	3	0	0
Tăng Creatinin	34	1	0	0	0
Viêm trực tràng	25	7	3	0	0
Viêm bàng quang	30	5	0	0	0

Phần lớn BN gặp tác dụng không mong muốn ở độ 1 và 2, chủ yếu là ảnh hưởng đến hệ huyết học và viêm trực tràng. Chỉ có 2 BN xuất hiện độc tính độ 3, trong khi không có trường hợp nào bị độc tính độ 4.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 3/2. Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 62,5. Lý do vào viện thường gặp nhất là đại tiện ra máu. Tất cả BN đều có kết quả

mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, trong đó ung thư biểu mô tuyến biệt hoá vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (60%). Tất cả BN trong nghiên cứu đều có tổn thương vị trí trực tràng thấp (cách mép hậu môn 5cm) với kích thước khối u chiếm từ 1/3 chu vi lòng trực tràng chiếm 80%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua so sánh kết quả MRI cho thấy tỷ lệ hạ giai đoạn u (T) là 74,2%, tỷ lệ hạ giai đoạn hạch (N) là 84,2%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Kim và cs, trên 95 BN được điều trị hoá xạ trước mổ. Tác giả đánh giá giảm giai đoạn trên siêu âm nội soi cho thấy tỷ lệ giảm giai đoạn là 71%.⁸

Chúng tôi nhận thấy, trước hoá xạ, tỷ lệ có BN có xâm lấn cân mạc treo trực tràng (MRF +) là 37,1% và xâm nhập mạc ngoài thành (EVM +) 14,2%. Và có sự thay đổi sau hoá xạ khi tỷ lệ này giảm xuống còn 11,4% ở cả 2 đặc điểm trên. Xâm lấn cân mạc treo trực tràng được xác định khi khoảng cách ngắn nhất từ u (hoặc hạch) đến cân mạc treo trực tràng 1 mm. Đây là một tiêu chí đã được sử dụng rộng rãi để đánh giá, tiên lượng về nguy cơ tái phát tại chỗ và di căn xa. Xâm lấn mạch máu ngoài thành là sự xâm lấn trực tiếp của khối u vào mạch máu (thường là tĩnh mạch). Đây được coi là yếu tố dự báo sự lan tràn của khối u theo đường máu. Nghiên cứu phân tích tổng hợp của Tan và cộng sự cho thấy, yếu tố xâm lấn mạch máu ngoài thành có liên quan đến khả năng sống thêm của BN sau điều trị.⁹

Chúng tôi đánh giá trên MRI có 1 BN đáp ứng hoàn toàn (mrTRG1) chiếm 2,9%, 60 BN đáp ứng tốt (mrTRG2) chiếm 60%. So sánh với nghiên cứu của Lã Ngọc Lợi và cộng sự, trên 65 BN ung thư trực tràng sau điều trị tân bổ trợ, nhóm tác giả ghi nhận tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (pCR) là 15,4%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể do một số yếu tố sau cơ mẫu

lớn hơn và phương pháp đánh giá đáp ứng trên MRI dựa trên chuỗi xung T2W kết hợp với xung khếch tán (DWI).¹⁰ 2018 to Apr, 2022, the study included 65 patients (mean age of 55.8+/12.9 (range 32–85

Tất cả BN trong nghiên cứu đều được phẫu thuật triệt căn. Tỷ lệ BN được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là 48,5%, trong đó 13 BN phẫu thuật cắt trực tràng miệng nối siêu thấp (uLAR) và 4 BN được phẫu thuật cắt gian cơ thắt (ISR). Có 18 BN được phẫu thuật cắt cụt trực tràng chiếm (APR) tỷ lệ 51,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hải ghi nhận tỷ lệ BN được bảo tồn cơ thắt là 75,3%. Tuy nhiên, nghiên cứu này được tiến hành trên nhóm BN đa số có tổn thương ở vị trí trực tràng trung bình (34/44 BN).¹¹

Thời điểm phẫu thuật trong nghiên cứu này là 6 tuần sau khi kết thúc xạ trị. Khoảng thời gian chờ là bao lâu cũng là chủ đề được nhiều tác giả bàn luận. Nghiên cứu Lyon R90-01 được coi là nghiên cứu đầu tiên phát hiện ra sự đáp ứng của khối u với xạ trị được cải thiện rõ ràng ở nhóm BN được phẫu thuật trong vòng 6 - 8 tuần so với nhóm phẫu thuật ở thời điểm 2 tuần sau xạ.¹² Khoảng cách tối ưu được đề xuất sau khi kết thúc xạ trị đã được tăng thêm theo thời gian, và có thể chờ đợi đến 12 tuần. Báo cáo của Deidda và cộng sự phân tích trên 1064 BN ung thư trực tràng có hoá xạ trị trước mổ (có đáp ứng một phần hoặc không đáp ứng) cho thấy nhóm BN có thời điểm mổ trên 8 tuần có tỷ lệ không bảo tồn được cơ thắt, diện cắt chu vi dương tính cao hơn nhóm được mổ trước 8 tuần.¹³

So sánh về giai đoạn T, N trước hoá xạ so với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy số BN giai đoạn T3,4 giảm từ 31 (88,6%) còn 8 (22,9%). Số BN có di căn hạch giảm từ 19 (54,3%) còn 3 (8,6). Có 4 BN được đánh giá đáp ứng hoàn toàn (pCR) và 17 BN đáp ứng

gần hoàn toàn trên mô bệnh học theo tiêu chuẩn Dworak cải biên. Tỷ lệ pCR trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,4%, thấp hơn nghiên cứu tương tự của Li là 19,8%.¹⁵ Một nghiên cứu khác, tại Đức, cho tỷ lệ pCR là 17% (ở nhóm dùng fluorouracil kết hợp oxalipatin) và 13% ở nhóm chỉ dùng fluorouracil. Nghiên cứu của tác giả Bruin AF và cộng sự trên 60 BN được hoá xạ trị với capecitabin tỷ lệ đáp ứng mô bệnh học (pCR) là 13%.¹⁶ Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc và cộng sự trên 46 BN UTTT thấp tại BV Đà Nẵng, cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 14,3%. Đây đều là những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thực hiện trên những BN có tổn thương ở phần trực tràng trung bình và cao. Sự sai khác này, có thể là do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu chưa đủ lớn, một số nghiên cứu áp dụng thời gian chờ phẫu thuật lâu hơn (8 - 12 tuần so với nghiên cứu của chúng tôi 4 - 6 tuần sau hoá xạ trị) và chỉ tiến hành ở những BN có tổn thương trực tràng thấp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 35 BN ung thư trực tràng thấp được điều trị hoá xạ trước mổ (phác đồ 50,4Gy và Capecitabine) sau đó phẫu thuật, cho thấy:

Hiệu quả của hoá xạ trước mổ số BN giai đoạn T3,4 giảm từ 31 (88,6%) xuống còn 8 (22,9%). Số BN có di căn hạch giảm từ 19 (54,3%) xuống còn 3 (8,6). Có 4 BN được đánh giá đáp ứng hoàn toàn và 17 BN đáp ứng gần hoàn toàn trên mô bệnh học theo tiêu chuẩn Dworak cải biên. Tỷ lệ pCR 11,4%.

Tất cả BN đều được phẫu thuật triệt căn. Tỷ lệ BN được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là 48,5%, trong đó 13 BN phẫu thuật cắt trực tràng (miệng nối siêu thấp) và 4 BN được phẫu thuật cắt gian cơ thắt. Có 18 BN được phẫu thuật cắt cụt trực tràng chiếm tỷ lệ 51,4%.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn vì đã nhận được rất nhiều sự hỗ trợ của các đồng nghiệp tại Khoa Xạ 5, Khoa Nội 4, bệnh viện K. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Khoa Ngoại Bụng 1, Bệnh viện K đã tạo điều kiện để thu thập số liệu để hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. *Translational Oncology*. 2021;14(10):101174. doi:10.1016/j.tranon. 2021.101174
2. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg*. 1982;69(10):613-616. doi:10.1002/bjs.1800691019
3. Friedmann P, Park WC, Afonya II, et al. Adjuvant radiation therapy in colorectal carcinoma. *Am J Surg*. 1978;135(4):512-518. doi:10.1016/0002-9610(78)90029-6
4. Adam IJ, Mohamdee MO, Martin IG, et al. Role of circumferential margin involvement in the local recurrence of rectal cancer. *Lancet*. 1994; 344(8924):707-711. doi:10.1016/s0140-6736(94)92206-3
5. Habr-Gama A, de Souza PM, Ribeiro U, et al. Low rectal cancer: impact of radiation and chemotherapy on surgical treatment. *Dis Colon Rectum*. 1998;41(9):1087-1096. doi:10.1007/BF02239429
6. Trương Thu Hiền, Nguyễn Văn Ba, Phạm Văn Thái, và cs. Đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời trước phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II, III. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;501(2):1-4. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/481/365>
7. Nguyễn Thị Ngọc, Lê Quốc Tuấn, Nguyễn Thị Thu Hường. Kết quả hóa xạ trị trước mổ ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III tại Bệnh viện Đà Nẵng. *Tạp chí Y học Việt Nam*.

2023;526:19-22.

8. Kim JC, Kim TW, Kim JH, et al. Preoperative concurrent radiotherapy with capecitabine before total mesorectal excision in locally advanced rectal cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005;63(2):346-353. doi:10.1016/j.ijrobp.2005.02.046

9. Tan JJ, Carten RV, Babiker A, Abulafi M, Lord AC, Brown G. Prognostic Importance of MRI-Detected Extramural Venous Invasion in Rectal Cancer: A Literature Review and Systematic Meta-Analysis. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. 2021;111(2):385-394. doi:10.1016/j.ijrobp.2021.05.136

10. Lã Ngọc Lợi, Võ Tấn Đức, Phan Công Chiến. Giá trị của cộng hưởng từ khuếch tán kết hợp với hình thái trong đánh giá đáp ứng hoàn toàn của ung thư biểu mô trực tràng sau điều trị tân bổ trợ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;527:73-80.

11. Nguyễn Hải Hoàng, Bùi Quang Biểu, Vũ Hồng Thăng. Kết quả bước đầu hóa xạ trị đồng thời kết hợp hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật BN ung thư trực tràng giai đoạn II, III. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. Published online 2024:166-173.

12. Francois Y, Nemoz CJ, Baulieux J, et al. Influence of the interval between preoperative

radiation therapy and surgery on downstaging and on the rate of sphincter-sparing surgery for rectal cancer: the Lyon R90-01 randomized trial. *J Clin Oncol*. 1999;17(8):2396. doi:10.1200/JCO.1999.17.8.2396

13. Deidda S, Elmore U, Rosati R, et al. Association of Delayed Surgery With Oncologic Long-term Outcomes in Patients With Locally Advanced Rectal Cancer Not Responding to Preoperative Chemoradiation. *JAMA Surgery*. 2021;156(12):1141-1149. doi:10.1001/jamasurg.2021.4566

14. Yang J, Luo Y, Tian T, Dong P, Fu Z. Effects of Neoadjuvant Radiotherapy on Postoperative Complications in Rectal Cancer: A Meta-Analysis. *Journal of Oncology*. 2022;2022:8197701. doi:10.1155/2022/8197701

15. Li F, Zhang C, Xu L, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy with capecitabine based regimen in locally advanced rectal cancer: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(34):e34985. doi:10.1097/MD.00000000000034985

16. de Bruin AFJ, Nuyttens JJ, Ferenschild FTJ, Planting AST, Verhoef C, de Wilt JHW. Preoperative chemoradiation with capecitabine in locally advanced rectal cancer. *Neth J Med*. 2008;66(2):71-76.

Summary

EVALUATION OF RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMORADIOOTHERAPY IN THE TREATMENT OF LOW RECTAL CANCER

Low rectal cancer (LRC), a subset of rectal malignancies, is defined as malignant lesions located ≤ 5 cm from the anal verge. In this study, 35 patients diagnosed with clinical stage II–III low rectal adenocarcinoma were treated with neoadjuvant chemoradiotherapy (CRT), utilizing a regimen of 50.4 Gy in combination with oral Capecitabine. Post-treatment reassessment showed a reduction in T3–T4 tumors from 88.6% (31 patients) to 22.9% (8 patients). The incidence of regional lymph node metastasis decreased from 54.3% to 8.6%. All patients subsequently underwent curative (R0) resection, with a sphincter-preservation rate of 48.5%. The pathological complete response (pCR) rate was 11.4%. Most adverse events were grade 1–2, predominantly hematologic toxicities and radiation-induced proctitis. Neoadjuvant CRT in stage II–III low rectal cancer achieved a high tumor response rate and significantly improved the rate of curative resections, particularly with respect to sphincter-sparing procedures.

Keywords: Stage II–III low rectal cancer, Neoadjuvant chemoradiotherapy.