

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO ĐẠI TRÀNG, LÀM MIỆNG NỐI NGOÀI CƠ THỂ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI TẠI BỆNH VIỆN K

Đoàn Trọng Tú, Trần Tuấn Thành, Nguyễn Văn Cường và Phạm Thế Dương✉

Bệnh viện K

Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng điều trị ung thư đại tràng phải. Nghiên cứu mô tả trên 56 bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại tiêu hoá 2 Bệnh viện K từ tháng 9/2023 đến tháng 9/2025. Thời gian phẫu thuật trung bình là 130,4 ± 24,6 phút (110 - 165 phút), không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. 89,3% các trường hợp mạc treo toàn vẹn với số hạch vét được trung bình là 20,5 ± 9,1 hạch (10 - 28 hạch). Tỷ lệ biến chứng chung là 5,4%, bao gồm 1 trường hợp viêm phổi, 1 trường hợp chảy máu và 1 trường hợp áp xe tồn dư sau mổ, không có trường hợp nào rò miệng nối, mổ lại hoặc tử vong liên quan phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình 7,9 ± 1,2 ngày (7 - 13 ngày). Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong ung thư đại tràng phải cho kết quả sớm khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp, bệnh nhân hồi phục sớm sau mổ.

Từ khoá: Ung thư đại tràng, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, phẫu thuật nội soi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là ung thư thường gặp, đứng hàng thứ ba về tỷ lệ mới mắc và thứ hai về tỷ lệ tử vong trên toàn thế giới.¹ Phẫu thuật là điều trị chủ đạo cho ung thư đại tràng giai đoạn sớm. Dựa trên nguyên tắc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng do Heald mô tả năm 1982, tác giả Hogenberger đề xuất khái niệm cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) theo bằng cách phẫu tích dọc theo mặt phẳng phân thoi, lấy toàn bộ khối u kèm tổ chức mạc treo chứa mạch máu, thần kinh, tổ chức xơ mỡ chứa bạch huyết thành một khối.^{2,3} Cho tới nay phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng đã được triển khai tại nhiều trung tâm trên toàn thế giới, nhiều nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, cải thiện thời gian sống thêm không bệnh

và sống thêm toàn bộ.^{4,5}

Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng có thể triển khai qua các can thiệp ít xâm lấn như phẫu thuật nội soi, phẫu thuật rô bốt, với kết quả sớm khả quan và kết quả ung thư học tương đương mổ mở.⁶ Trong nhiều năm qua tại khoa Ngoại tiêu hoá 2 đã triển khai phẫu thuật nội soi CME cho nhiều trường hợp ung thư đại tràng phải, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Các bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng tại khoa Ngoại tiêu hoá 2, Bệnh viện K cơ sở 3.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến.
- Không có hạch Bulky: Hạch kích thước trên 3 cm hoặc phá vỡ vỏ trên cắt lớp vi tính.
- Chưa có di căn xa.

Tác giả liên hệ: Phạm Thế Dương

Bệnh viện K

Email: theduongasdf@gmail.com

Ngày nhận: 29/04/2026

Ngày được chấp nhận: 25/06/2026

- Được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm toàn bộ mạc treo đại tràng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư hai vị trí.
- Có tiền sử phẫu thuật lớn ổ bụng.
- Bệnh nhân mổ cấp cứu do biến chứng tắc ruột, thủng, áp xe quanh u...
- Bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình phẫu thuật

Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân kê trên giá đỡ. Phẫu thuật viên chính đứng bên trái, phụ phẫu thuật đứng bên phải, phụ camera đứng dưới giữa hai chân bệnh nhân. Màn hình đặt bên phải về phía đầu bệnh nhân.

Bước 1: Đặt troca: Chúng tôi sử dụng 5 troca. Troca 11 mm cho camera đặt ngay dưới rốn, bơm hơi áp lực ổ bụng 15 mmHg, 1 troca 12 mm và 1 troca 5 mm bờ ngoài cơ thẳng bụng trái cho phẫu thuật viên chính. Hai troca 5 mm thao tác cho phụ phẫu thuật đặt bờ ngoài cơ thẳng bụng phải (Hình 1).



Hình 1. Vị trí đặt troca

Bước 2: Quan sát toàn bộ ổ bụng đánh giá vị trí, mức độ xâm lấn khối u, tình trạng di căn hạch, di căn xa.

Bước 3: Mở phúc mạc giữa bó mạch hồi manh

tràng và mạc treo tràng trên. Giải phóng mạc Told đại tràng phải hướng về phía gốc mạch. Tiến hành vết hạch gốc mạch hồi manh tràng. Thắt mạch hồi manh tràng sát gốc bằng clip mạch máu (Hình 2).



Hình 2. Bộc lộ, thắt mạch sát gốc bó mạch hồi manh tràng kèm vết hạch

Bước 4: Tiếp tục vét hạch dọc theo bó mạch mạc treo tràng trên đến chỗ chia bó mạch đại

tràng phải. Vét nhóm hạch quanh gốc mạc đại tràng phải, thắt mạch sát gốc bằng clip (Hình 3).



Hình 3. Kiểm soát bó mạch đại tràng phải sát gốc kèm vét hạch

Bước 4: Tiếp tục phẫu tích dọc theo bó mạch mạc treo tràng trên tới gốc mạch đại tràng giữa, vét hạch sát gốc. Trong trường hợp cắt đại tràng phải

tiêu chuẩn chỉ cần thắt nhánh phải động mạch đại tràng giữa, trường hợp cắt đại tràng phải mở rộng thắt sát gốc động mạch đại tràng giữa (Hình 4).



Hình 4. Kiểm soát bó mạch đại tràng giữa kèm vét hạch

Bước 5: Cắt mạc nối lớn, hạ đại tràng góc gan di động toàn bộ khung đại tràng phải. Cắt mạc treo đại tràng và mạc treo đoạn cuối hồi tràng tới

vị trí đoạn ruột định cắt.

Bước 6: Cắt 2 đầu ruột sử dụng băng đạn thẳng nội soi (Hình 5).



Hình 5. Cắt hai đầu ruột sử dụng băng đạn thẳng nội soi

Bước 7: Mỡ nhỏ quanh rốn khoảng 4 cm, lấy bệnh phẩm. Đưa 2 đầu ruột ra ngoài thực hiện miệng nối ngoài cơ thể kiểu bên-bên. Khâu phục hồi mạc treo ruột.

Bước 8: Đặt 1 dẫn lưu rãnh đại tràng phải, đóng bụng.

Thu thập và phân tích số liệu: Thu thập số liệu dựa trên bệnh án nghiên cứu. Thu thập các biến tuổi, giới, vị trí khối u đánh giá trong mổ, kích thước khối u và phần trăm chu vi lòng đại tràng dựa vào bệnh phẩm sau mổ, đánh giá mức độ xâm lấn khối u và di căn hạch dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, phân loại theo AJCC phiên bản 8. Đánh giá kết quả phẫu thuật bao gồm thời gian phẫu thuật, tỷ lệ chuyển mổ mở, chiều dài đoạn ruột, diện cắt trên và dưới đánh giá trên bệnh phẩm sau

mổ, chất lượng mạc treo (toàn vẹn hay rách mạc treo), số hạch vét được, số hạch di căn, số ngày cho ăn, số ngày trung tiện, số ngày nằm viện, ghi nhận các biến chứng trong và sau mổ. Phân tích số liệu dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đảm bảo quyền riêng tư của đối tượng nghiên cứu bằng biện pháp khuyết danh trên tất cả các hồ sơ liên quan và khi công bố kết quả. Nghiên cứu nhằm mục đích phục vụ cho khoa học, nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh. Nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức Bệnh viện K.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Tuổi và giới

	Đặc điểm	Số lượng	%
Giới	Nam	26	46,4
	Nữ	30	53,6
Tuổi	< 40	4	7,1
	40 - 59	23	41,1
	≥ 60	29	51,8
	Tuổi trung bình	58,9 ± 12,8 (34 - 74)	

Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 0,87/1. Tỷ lệ người bệnh bị ung thư đại tràng phải được mổ nội soi ở độ tuổi ≥ 60 là 51,8%.

Bảng 2. Đặc điểm đại thể khối u

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí khối u	Manh tràng	11	19,7
	Đại tràng lên	19	33,9
	Đại tràng góc gan	26	46,4
Kích thước khối u	< 2 cm	11	19,7
	2 - 4 cm	28	50,0
	> 4 cm	17	30,3

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chu vi	< 1/2 chu vi	21	37,5
	> 1/2 chu vi	25	44,6
	Toàn bộ chu vi	10	17,9

Khối u ở đại tràng góc gan thường gặp nhất (46,4%), đa phần các khối u có kích thước < 4 cm. 17,9% các khối u chiếm toàn bộ chu vi.

Bảng 3. Mức độ xâm lấn khối u và di căn hạch sau mổ

	Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Độ xâm lấn (T)	T1	4	7,1
	T2	16	28,6
	T3	20	35,7
	T4a	15	26,8
	T4b	1	1,8
Di căn hạch (N)	N0	40	71,4
	N1	11	19,7
	N2	5	8,9

Đa phần các khối u chưa xâm lấn thanh mạc, tỷ lệ di căn hạch là 28,6%.

2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình: $130,4 \pm 24,6$ phút (110 - 165 phút).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các trường hợp thực hiện thành công qua nội soi, không có ca nào phải chuyển mổ mở. Chiều dài đoạn ruột trung bình đạt $32,1 \pm 5,7$ cm với diện cắt trên và dưới lần lượt là $16,7 \pm 4,3$ cm và $11,4 \pm 3,9$ cm.

Bảng 4. Chất lượng mạc treo đại tràng

Đặc điểm mạc treo	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Toàn vẹn	50	89,3
Rách một phần	6	10,7

Đa phần mạc treo đạt tiêu chuẩn còn toàn vẹn (89,3%).

Bảng 5. Đặc điểm vết hạch

Đặc điểm	Kết quả
Số hạch vét được	≥ 12 hạch 52 (92,9%)
	< 12 hạch 4 (7,1%)
Số hạch vét được trung bình	$20,5 \pm 9,1$ (10 - 28 hạch)
Số hạch di căn trung bình	$1,3 \pm 0,9$ (0 - 6 hạch)

Đa phần các bệnh nhân đạt số hạch tiêu chuẩn ≥ 12 hạch (92,9%).

Bảng 6. Kết quả sớm sau mổ

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian trung tiện (ngày)	$2,6 \pm 0,6$ (2 - 5 ngày)
Thời gian cho ăn (ngày)	$2,1 \pm 0,7$ (2 - 6 ngày)
Thời gian nằm viện (ngày)	$7,9 \pm 1,2$ (7 - 13 ngày)

Đặc điểm	Kết quả
<i>Biến chứng sau mổ</i>	
Chảy máu sau mổ	1
Áp xe tồn dư	1
Viêm phổi	1
Biến chứng khác	0
Tử vong	0

Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, chỉ có 3 trường hợp có biến chứng (5,4%), không có trường hợp phải mổ lại và không có trường hợp tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 58,9 tuổi, gặp nhiều nhất ở độ tuổi trung niên và cao tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu đã báo cáo, tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng có xu hướng tăng dần theo tuổi. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 0,87/1. Nhìn chung tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng theo giới tính thay đổi theo các nghiên cứu khác nhau. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng trên nhóm bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi có tỷ lệ nam/nữ là 1/1 và tuổi trung bình là 61 tuổi.⁷

Khối u thường gặp nhất ở vị trí đại tràng góc gan, với kích thước không quá lớn, chỉ 30,3% trường hợp u trên 4 cm và 17,9% u chiếm toàn bộ chu vi. Kết quả này do chúng tôi chủ động lựa chọn các bệnh nhân thuận lợi cho phẫu thuật nội soi.

Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ khối u chưa xâm lấn thanh mạc chiếm tỷ lệ cao, thường gặp nhất là các khối u T3. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng tỷ lệ khối u T3 thường gặp nhất là 68,8%, và cao hơn các nghiên cứu khác ở nhóm bệnh nhân mổ mở.⁷ Các trường hợp khối u kích thước lớn, hoặc xâm lấn rộng, hoặc di căn hạch nhiều thường được chỉ định mổ mở. Thực tế, không có chống chỉ định tuyệt đối của phẫu thuật nội soi cho các trường hợp này, tuy nhiên nguồn lực còn

hạn chế nên chúng tôi chủ động lựa chọn các bệnh nhân thuận lợi hơn để chỉ định mổ nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp đánh giá trước mổ T4a nhưng đánh giá trong mổ khối u xâm lấn thành bụng (T4b) vẫn có thể tiến hành phẫu thuật nội soi thuận lợi. Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác, do lựa chọn các khối u kích thước nhỏ hơn và không có hạch Bulky như các nghiên cứu về phẫu thuật đại tràng nói chung, do đó tỷ lệ di căn hạch cũng có xu hướng thấp hơn.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 130,4 ± 24,6 phút. Do chúng tôi đánh giá kỹ lựa chọn các bệnh nhân phù hợp và làm chủ kỹ thuật nên không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Không có các tai biến lớn trong mổ, chủ yếu là chảy máu từ các mạch nhỏ và cầm máu thuận lợi qua nội soi. Số hạch vét được trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,5 hạch. Nhìn chung thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả đã báo cáo. Nghiên cứu của Kang (2014) trên 128 bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật CME, thời gian mổ trung bình là 192 phút với số hạch vét được trung bình là 28 hạch, tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ rất thấp chỉ 4,5%.⁴ Tác giả Nguyễn Ngọc Hùng báo cáo kết quả 32 ca ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi CME với thời gian phẫu thuật trung bình là 183 phút, số hạch vét được trung bình là 38 hạch.⁷ Số hạch vét được trong phẫu thuật CME nhiều hơn rõ rệt so với phẫu thuật cắt đại tràng phải trước kia.^{8,9} Số hạch vét được trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu do chúng tôi chủ động lựa chọn các bệnh nhân thuận lợi cho phẫu thuật nội soi với tỷ lệ các khối u T1, T2, T3 chiếm tỷ lệ đáng kể. Ở những giai đoạn sớm này hệ thống bạch huyết ít phản ứng viêm và tăng sinh so với giai đoạn tiến triển. Ngoài ra trong tiêu chuẩn lựa chọn chúng tôi cũng loại trừ các trường hợp hạch

Bulky, điều này ảnh hưởng trực tiếp tới tổng số hạch vét được có xu hướng thấp hơn các nghiên cứu không giới hạn kích thước hạch. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi vẫn đảm bảo tính chính xác trong chẩn đoán giai đoạn khi có tới 92,9% các trường hợp vét được trên 12 hạch, đáp ứng tiêu chuẩn khuyến cáo của các hiệp hội quốc tế.

Chiều dài đoạn ruột trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,1 cm với diện cắt trên trung bình là 16,7 cm và diện cắt dưới trung bình là 11,4 cm, tỷ lệ mạc treo toàn vẹn là 89,3%. Báo cáo của Kang diện cắt trên và dưới trung bình là 11 cm và 10 cm.⁴ Chiều dài đoạn ruột trong phẫu thuật đại tràng không chỉ đơn thuần liên quan tới khối u, mà quan trọng hơn liên quan tới việc vét hạch quanh đại tràng (pericolic node, hạch chằng 1 theo phân loại Nhật Bản). Các tác giả cho rằng sự dẫn lưu bạch huyết của khối u tối thiểu 5 - 10 cm phía mạc treo tính từ hai bờ khối u, tùy theo từng trường hợp. Việc phẫu tích tỉ mỉ đảm bảo mạc treo không bị rách không chỉ phản ánh mức độ tỉ mỉ của phẫu thuật viên, mà còn là một yếu tố để giảm sự reo rắc các tế bào u trong ổ bụng. Tỷ lệ mạc treo đại tràng còn toàn vẹn là 89,4%. Mạc treo đại tràng như một túi kín bao bọc các mạch máu và hệ thống bạch huyết, việc đảm bảo sự toàn vẹn của mạc treo không chỉ phản ánh mức độ tỉ mỉ của quá trình phẫu tích mà còn có thể giảm sự gieo rắc của khối u.

Thời gian cho ăn trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,1 ngày, thường bệnh nhân được cho ăn lại từ ngày thứ 2 sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 7,9 ngày. Hiện nay chương trình ERAS ủng hộ việc cho ăn sớm thậm chí ngay ngày đầu sau mổ, những lợi ích mà việc cho ăn sớm mang lại bao gồm kích thích nhu động ruột, đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân.

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật rất thấp chỉ 5,4%, không có trường hợp nào phải mổ

lại và tử vong sau mổ, 1 trường hợp chảy máu sau mổ được điều trị nội khoa không phải mổ lại, một trường hợp áp xe tồn dư nhỏ điều trị nội khoa bằng kháng sinh tích cực, không phải chọc hút và không phải mổ lại, 1 trường hợp viêm phổi sau mổ trên bệnh nhân cao tuổi được điều trị nội khoa ổn định. Không có trường hợp nào rò miệng nối, nhìn chung miệng nối hồi đại tràng tương đối an toàn với tỷ lệ rò rất thấp do hai đầu ruột được tưới máu tốt và rất ít khi bị căng. Các nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải là thấp và không nghiêm trọng. Tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Ngọc Hùng báo cáo không có bệnh nhân nào có biến chứng nặng (độ 3 trở lên) và không có trường hợp nào tử vong do phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung vị là 6 ngày.⁷ Kết quả này cho thấy tính an toàn và khả thi của phẫu thuật nội soi CME trong ung thư đại tràng phải.

Tại Nhật Bản, thử nghiệm JCOG04054 so sánh nhóm phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở mở cho các trường hợp ung thư đại tràng giai đoạn 2 - 3. Kết quả nghiên cứu này cho thấy mặc dù phẫu thuật nội soi có thời gian phẫu thuật dài hơn (52 phút) nhưng tổng lượng máu mất ít hơn. Nhóm bệnh nhân nội soi có thời gian trung tiện sau mổ sớm hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và tỷ lệ biến chứng cũng thấp hơn so với mổ mở (14,3%, $p < 0,001$). Kết quả này đã cho thấy phẫu thuật nội soi mang lại kết quả sớm khả quan với một số lợi ích so với mổ mở.¹⁰

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn nhiều điểm hạn chế, cỡ mẫu nghiên cứu không lớn ($n = 56$) và mới dừng lại ở việc đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật, chưa đánh giá được kết quả lâu dài về ung thư học, bao gồm tỷ lệ tái phát và thời gian sống thêm toàn bộ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại

tràng trong ung thư đại tràng phải cho kết quả khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp, bệnh nhân hồi phục sớm 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 Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. 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 Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* 2009;11(4):354-364; discussion 364-365. doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01735.x
3. Heald RJ, Ryall RD. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet Lond Engl.* 1986;1(8496):1479-1482. doi:10.1016/s0140-6736(86)91510-2
4. Kang J, Kim I kyung, Kang SI, Sohn SK, Lee KY. Laparoscopic right hemicolectomy with complete mesocolic excision. *Surg Endosc.* 2014;28(9):2747-2751. doi:10.1007/s00464-014-3521-y
5. Bertelsen CA, Neuenschwander AU, Jansen JE, et al. Disease-free survival after complete mesocolic excision compared with conventional colon cancer surgery: a retrospective, population-based study. *Lancet Oncol.* 2015;16(2):161-168. doi:10.1016/S1470-2045(14)71168-4
6. Chow CFK, Kim SH. Laparoscopic complete mesocolic excision: West meets East. *World J Gastroenterol WJG.* 2014;20(39):14301-14307. doi:10.3748/wjg.v20.i39.14301
7. Nguyen NH, Vu XV, Nguyen VQ, et al. Bach Mai Procedure for complete mesocolic excision, central vascular ligation, and D3 lymphadenectomy in total laparoscopic right hemicolectomy: a prospective study. *World J Surg Oncol.* 2023;21(1):140. doi:10.1186/s12957-023-03026-5
8. Ferri V, Vicente E, Quijano Y, et al. Right-side colectomy with complete mesocolic excision vs conventional right-side colectomy in the treatment of colon cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2021;36(9):1885-1904. doi:10.1007/s00384-021-03951-5
9. Shiekh IG, Ijaz UI Haq HM, Raza SH. Complete Mesocolic Excision Compared With Conventional Right Hemicolectomy for Colorectal Cancer Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Cohorts. *Cureus.* 2026 18(1):e102059. doi:10.7759/cureus.102059
10. Kitano S, Inomata M, Mizusawa J, et al. Survival outcomes following laparoscopic versus open D3 dissection for stage II or III colon cancer (JCOG0404): a phase 3, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2017;2(4):261-268. doi:10.1016/S2468-1253(16)30207-2

Summary

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLIC EXCISION WITH EXTRACORPOREAL ANASTOMOSIS FOR RIGHT COLON CANCER AT THE K HOSPITAL

To evaluate the early results of laparoscopic complete mesocolic excision for right colon cancer, a descriptive study was conducted on 56 patients with right-sided colon cancer who underwent laparoscopic surgery at the Department of Gastrointestinal Surgery 2, K Hospital from September 2023 to September 2025. The average surgical time was 130.4 ± 24.6 minutes (110 - 165 minutes), with no case required conversion to open surgery. 89.3% of cases had intact mesentery with an average of 20.5 ± 9.1 lymph nodes (10 - 28 nodes) removed. The complication rate was 5.4%, including 1 pneumonia case, 1 bleeding case, and 1 abscess case; there were no case of anastomotic leakage, reoperation, or surgical-related death post- surgery. The length of hospital stay was 7.9 ± 1.2 days (7 - 13 days). Laparoscopic complete mesocolic excision for right-sided colon cancer has good early results with a low complication rate and early postoperative recovery.

Keywords: Colon cancer, complete mesocolic excision, laparoscopic surgery.