

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO TRỰC TRÀNG (TME) Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG TRUNG BÌNH THẤP ĐÃ TIA XẠ TIỀN PHẪU

Đoàn Trọng Tú^{1*}, Phạm Thế Dương¹, Nguyễn Văn Cường¹, Trần Tuấn Thành¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi TME ở bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình thấp đã hóa xạ trị tiền phẫu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu đánh giá 167 bệnh nhân (BN) ung thư trực tràng trung bình, thấp được HXTTP và PTNS cắt trực tràng từ tháng 9/2022 đến tháng 3/2024 tại Khoa Ngoại bụng 2, Bệnh viện K.

Kết quả: Tuổi trung bình $61,41 \pm 11,16$ (29-82 tuổi), nam chiếm 59,3%, nữ chiếm 40,7%. Khối u cT3 chiếm 87,5%, cT4 chiếm 12,5%. Đánh giá hạch cN0 chiếm 35,3%, cN1 chiếm 47,3% và cN2 chiếm 17,4%. Khối u biệt hóa vừa chiếm đa số 90,4%. Khối u trực tràng thấp 62,9%, tràng trung bình chiếm 37,1%. 85,1% bệnh nhân được hóa xạ trị dài ngày và 14,9% bệnh nhân được điều trị phác đồ TNT tiền phẫu. 37,7% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp (LAR) hoặc siêu thấp (uLAR), 49,1% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt, nối hậu môn và 13,1% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng. Tỷ lệ vết hạch chậu là 13,1%, tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình $144,7 \pm 17,4$ phút. Biến chứng rò miệng nối là 6,9%. Giai đoạn u sau phẫu thuật ypT0 15,6%, ypT1 10,2%, ypT2 32,9% và ypT3 41,3%, giai đoạn hạch sau phẫu thuật ypN0 76,1%, ypN1 20,1% và ypN2 2,9%. Tỷ lệ bệnh đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ tiền phẫu là 15,7%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi TME ở bệnh nhân K trực tràng trung bình và thấp đã tia xạ tiền phẫu là phẫu thuật an toàn, ít xâm lấn và tỷ lệ bảo tồn cơ thắt cao.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, hóa xạ trị tiền phẫu, ung thư trực tràng.

¹Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Trọng Tú

Email: trongtubvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 22/8/2024

Ngày duyệt bài: 10/9/2024

EARLY RESULTS OF TME LAPAROSCOPIC SURGERY IN MIDDLE AND LOW RECTAL CANCER WITH PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY

ABSTRACT:

Objectives: Early results of TME laparoscopic surgery in middle and low rectal cancer with preoperative chemoradiotherapy in K hospital.

Patients and methods: We conducted a retrospective study to evaluate 167 patients with preoperative chemoradiotherapy middle and low rectal cancer who underwent laparoscopic total mesorectal excision with curative intent between September 2022 and March 2024 at Abdominal Surgery Department II - K hospital.

The results: The average age was $61,41 \pm 11,16$ (29-82), male accounted for 59,3%, and female 40.7%. Tumor in clinical cT3 accounted for 87.5% and T4 12.5%. cN0 accounted for 35.3%, cN1 47.3% and cN2 17.4%. Low rectal cancer accounted for 62.9% and middle rectal cancer 37.1%. Moderately differentiated type accounted for the majority 90.4%. 85.1% patients was received long course preoperative chemoradiotherapy and 14.9% patients with TNT regimen. 37.7% patients underwent laparoscopic low anterior resection (LAR) or ultra-low anterior resection (uLAR), 49.1% patients underwent laparoscopic intersphincteric resection with colo-anal anastomosis and 13.1% patients with laparoscopic abdominoperineal resection. The ratio of lateral pelvic lymphadenectomy was 13.1%. The average surgical time was $144,7 \pm 17,4$ minutes. Postoperative bleeding complications accounted for 1.8%, anastomotic bleeding 1.2% and anastomotic leakage rate was 6.9%. The medium hospital stay was $9,78 \pm 2,5$ (7-18) days. Postoperative tumor stage ypT0 15.6%, ypT1 10.2%, ypT2 32.9% and ypT3 41.3%, postoperative lymph node stage ypN0 76.1%, ypN1 20.1% and ypN2 2.9%. The rate of complete response after preoperative chemoradiation was 15.7%.

Conclusion: Laparoscopic TME surgery in patients with preoperative chemoradiotherapy middle and low rectal cancer is a safe, minimally invasive surgery with high rate of sphincter preservation.

Keywords: Laparoscopic, radiochemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ 3 về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong trên toàn thế giới [1]. Tại Việt Nam theo Globocan 2022 ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 4 ở nam giới sau ung thư gan, ung thư phổi, ung thư dạ dày và đứng hàng thứ 3 sau ung thư vú, ung thư phổi và tỷ lệ tử vong cũng đứng hàng thứ năm sau ung thư gan, phổi, vú

và dạ dày [1]. Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng ngày nay vẫn là tiêu chuẩn vàng đối với ung thư trực tràng giữa và dưới vì làm cải thiện tiên lượng của bệnh nhân và giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, cải thiện thời gian sống thêm [2]. Phẫu thuật nội soi TME ngày nay đã thay thế phẫu thuật mổ mở, cải thiện chất lượng sống sau mổ, tỷ lệ đau sau mổ ít hơn, thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn, lượng máu mất trong

mô ít hơn, phẫu thuật nội soi TME được chấp nhận rộng rãi là phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu [3]. Hóa xạ trị tiền phẫu có vai trò làm giảm giai đoạn của khối u nguyên phát giúp thuận lợi hơn cho phẫu thuật triệt căn và làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt, hóa chất kết hợp với tia xạ tiền phẫu giúp loại bỏ các tổn thương vi di căn làm giảm tỷ lệ tái phát di căn xa, ngoài ra còn làm tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của khối u nguyên phát [3]. Tại Khoa Ngoại bụng 2, Bệnh viện K những năm gần đây chúng tôi thực hiện khá thường quy phẫu thuật nội soi cắt TME cho những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình và thấp đã được hóa, xạ trị tiền phẫu, những bệnh nhân này thường khó khăn trong việc bảo tồn cơ thắt hậu môn và chức năng cơ thắt hậu môn sau

phẫu thuật. Tuy nhiên, chúng tôi chưa có bài nghiên cứu tổng kết đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt TME ở bệnh nhân ung thư trực tràng đã hóa xạ trị tiền phẫu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) ở bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp giai đoạn II, III đã hóa xạ trị tiền phẫu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu 167 BN UTTT được HXTTP và PTNS cắt trực tràng từ tháng 9/2022 đến tháng 3/2024 tại Khoa Ngoại bụng 2, Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn	Tiêu chuẩn loại trừ
➤ Giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến ở trực tràng. ➤ Giai đoạn II, III(cT3-4,N0-2,M0) ➤ Tuổi từ 18 trở lên. ➤ ECOG: 0-1 điểm. ➤ XN công thức máu và chức năng gan, thận phù hợp. ➤ Đồng ý tham gia nghiên cứu.	➤ Giải phẫu bệnh không phải ung thư biểu mô tuyến ➤ Đã điều trị hóa chất và/hoặc xạ trị vùng chậu trước đó ➤ Có bệnh nặng kết hợp ➤ Phụ nữ có thai hoặc cho con bú. ➤ Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Mô tả, theo dõi dọc. Cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 167 bệnh nhân đủ điều kiện vào nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu: Các biến cố nghiên cứu bao gồm tuổi trung bình, giới tính, giai đoạn cT(cT2, cT3, cT4) và hạch cN(cN1, cN2), vị trí khối u (khối u trực tràng thấp cách rìa hậu môn dưới 5cm, khối u trực tràng trung bình khối u cách rìa hậu môn từ 5 đến 10cm). Thở giải phẫu bệnh (thể biệt hóa cao, biệt hóa vừa,

kém biệt hóa, thể tuyến nhầy, thể tuyến nhú). Thời gian chờ phẫu thuật (từ lúc bệnh nhân kết thúc điều trị tiền phẫu đến khi tiến hành phẫu thuật). Phác đồ điều trị tiền phẫu là hóa xạ trị dài ngày (LCPRT) hay phác đồ TNT. Phương pháp phẫu thuật là cắt trước thấp hay siêu thấp (LAR hay uLAR), phẫu thuật cắt gian cơ thắt nối ống hậu môn hay phẫu thuật cắt cụt trực tràng. Tỷ lệ mở thông hồi tràng, các tai biến biến chứng sớm sau phẫu thuật. Đánh giá đáp ứng của u và hạch sau phẫu thuật, mức độ đáp ứng của khối u đánh giá bằng giải phẫu bệnh

sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi bệnh nhân, số bệnh nhân tái phát tại chỗ và di căn xa.

Quy trình điều trị

Đánh giá trước điều trị	Hóa xạ tiền phẫu đồng thời	Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME)
Nội soi ĐTT, sinh thiết.MRI chậu. CLVT ngực bụng chậu CEA. Các xét nghiệm cơ bản.	LCPRT: Tổng liều xạ 50,4Gy × 28 ngày Capecitabine 825mg/m ² ×2 lần/ngày×5 ngày/tuần×5 tuần. Phác đồ TNT:	5-10 tuần sau khi kết thúc hóa xạ trị LCPRT hoặc 3 đến 5 tuần sau TNT. PTNS cắt trực tràng trước thấp. PTNS cắt TT gian cơ that. PTNS Miles. PTNS vét hạch chậu bên.

Xử lý số liệu

Bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi lựa chọn 167 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu với kết quả:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình là 61,41±11,16, thấp nhất là 29 tuổi, cao nhất là 82 tuổi, trong đó nhóm tuổi 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,9% (65/167 bn). Nam giới có 99 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 59,3%), nữ giới có 68 bệnh nhân (chiếm 40,7%).

- Khối u trực tràng giữa có 62 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 37,1%, khối u trực tràng thấp có 105 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 62,9%.

3.2. Đặc điểm khối u và thể giải phẫu bệnh trước phẫu thuật

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
- Giai đoạn U trước PT (cT)		
cT3	147	87,5
cT4	20	12,5

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
- Giai đoạn hạch trước PT (cN)		
cN0	59	35,3
cN1	79	47,3
cN2	29	17,4
- Thể giải phẫu bệnh		
Biệt hóa cao	4	2,4
Biệt hóa vừa	151	90,4
Kém biệt hóa	8	4,8
AC tuyến nhầy	3	1,8
AC tuyến nhú	1	0,6

- *Nhận xét:* Giai đoạn cT3 chiếm đa số (87,5%), giai đoạn cN1 chiếm cao nhất (47,3%) và thể GPB biệt hóa vừa chiếm đa số (90,4%).

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

- Phác đồ hóa xạ trị trước phẫu thuật: Xạ trị đơn thuần dài ngày (LCPRT) có 142 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 85,1%, hóa xạ trị phác đồ TNT có 25 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 14,9%.

- Thời gian trung bình từ lúc kết thúc xạ đến lúc phẫu thuật 6,7±1,1 tuần (ngắn nhất là 5 tuần và dài nhất là 10 tuần).

Đặc điểm phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Phương pháp phẫu thuật		
- LAR, uLAR	63	37,7
- Cắt gian cơ thắt, nối hậu môn	82	49,1
+ Cắt cụt trực tràng	22	13,1
+ Phẫu thuật vét hạch chậu	16	9,6
+ Tỷ lệ mổ bảo tồn cơ thắt	145/167	86,8
- Vét hạch chậu	16	9,6
Mở thông hồi tràng	24	16,5
Chuyển mổ mở	2	1,2
Thời gian phẫu thuật	144,7±17,4 (92-220)	
Tai biến trong mổ	2	1,2

Nhận xét: Tỷ lệ mổ cắt gian cơ thắt nối hậu môn chiếm tỷ lệ cao nhất 49,1%, phẫu thuật cắt trực thấp hoặc siêu thấp 37,7%. Tỷ lệ mổ

bảo tồn cơ thắt là 86,8% và 9,6% bệnh nhân được vét hạch chậu. 16,5% bệnh nhân được mở thông hồi tràng, tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,2%.

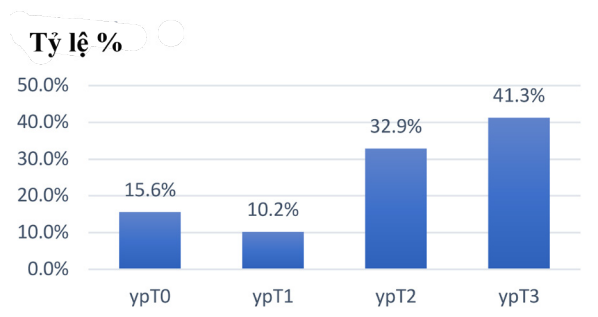
3.4. Đặc điểm sau phẫu thuật

- Tai biến sau phẫu thuật.

Tai biến sau phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chảy máu sau mổ	3	1,8
Chảy máu miệng nối	2	1,2
Rò miệng nối	10	6,9
- Rò miệng nối đơn thuần	8	5,5
- Rò miệng nối kết hợp rò âm đạo	2	1,4
Tắc ruột	1	0,6

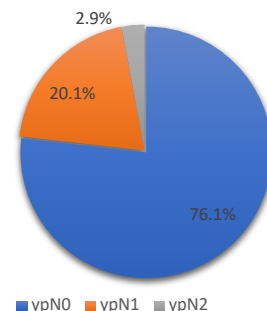
Nhận xét: Tỷ lệ rò miệng nối sau mổ là 6,9%, trong đó rò đơn thuần là 5,5% và rò miệng nối kết hợp rò âm đạo là 1,4%.

- Giai đoạn u sau phẫu thuật (ypT).



Nhận xét: Có 15,6% bệnh nhân ypT0 sau phẫu thuật (bệnh đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ trị tiền phẫu).

- Giai đoạn hạch sau phẫu thuật (ypN).



Nhận xét: Sau phẫu thuật đa số bệnh nhân xét nghiệm hạch âm tính ypN0 chiếm 76,1%.

- Số hạch trung bình vét được $11,03 \pm 0,3$ (6-29). Số hạch di căn nhiều nhất 16 hạch. Có 2/16 bệnh nhân vét hạch chậu có di căn hạch chậu.

- Đáp ứng của khối u trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

Đáp ứng	Số Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	26	15,7
Đáp ứng một phần	129	77,2
Bệnh ổn định	10	5,9
Bệnh tiến triển	2	1,2
Tổng	167	100

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

- Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là $61,41 \pm 11,16$, thấp nhất là 29 tuổi, cao nhất là 82 tuổi, trong đó nhóm tuổi 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,9% (65/167 bệnh nhân). Nam giới có 99 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 59,3%), nữ giới có 68 bệnh nhân (chiếm 40,7%). Ung thư đại trực tràng là ung thư hay gặp ở người cao tuổi, theo hướng dẫn điều trị của hiệp hội ung thư châu Âu về ung thư trực tràng thì ung thư trực tràng đa số gặp ở ngư trong nghiên cứu của chúng tôi có gặp những ca dưới 40 tuổi, tuổi trẻ nhất chúng tôi gặp là 29 tuổi. Bệnh gặp đều cả hai giới với tỷ lệ nam giới gặp nhiều hơn nữ giới nhưng không đáng kể, lý do là các yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng ngoài yếu tố di truyền chiếm khoảng 8% [2], thì các yếu tố nguy cơ khác đều có thể gặp cả hai giới đó là tình trạng béo phì, lười vận động, hay ăn thịt đỏ, đại đường, các bệnh viêm đại trực tràng chảy máu, bệnh Crohn, ngoài ran am

giới gặp tỷ lệ nhỉnh hơn là do tình trạng lạm dụng rượu, bia, thuốc lá [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình và thấp đã hóa xạ trị tiền phẫu, trong đó ung thư trực tràng thấp chiếm tỷ lệ cao hơn trực tràng trung bình (62,9% so với (37,1%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Tuấn (2020) trên 56 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật từ 2013 đến 2017 cũng cho thấy ung thư trực tràng thấp chiếm 62,5% cao hơn ung thư trực tràng giữa 37,5% [5].

4.2. Đặc điểm của khối u và thể giải phẫu bệnh trước phẫu thuật

- Mức độ xâm lấn khối đánh giá trên lâm sàng và cận lâm sàng cT: Bởi vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những khối u cT3 và cT4 được hóa xạ trị tiền phẫu, loại trừ những trường hợp khối u cT1 và cT2 có chỉ định phẫu thuật luôn. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số khối u xâm lấn mạc treo trực tràng chưa xâm lấn cơ quan lân cận cT3 chiếm tỷ lệ 87,5%, còn khối u cT4 chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều cT4 12,5%. Chúng tôi đánh giá tính chất khối u thông qua nội soi đại trực tràng ống mềm và những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình thấp được chụp MRI thường quy để đánh giá tình trạng xâm lấn của khối u cũng như tình trạng di căn hạch vùng. Trực tràng nằm trong khoang chật hẹp và mạc treo trực tràng như một lớp bảo vệ để ngăn tế bào ung thư xâm lấn ra bên ngoài do vậy đo số bệnh nhân đến viện với khối u giai đoạn cT3. Đánh giá tình trạng di căn hạch kết quả nghiên cứu cho thấy giai đoạn cN0 chiếm 35,3%, giai đoạn cN1 chiếm 47,3% và giai đoạn cN2 chiếm 17,4% thông qua phim chụp MRI thường quy.

- Về đặc điểm giải phẫu bệnh của khối u trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa

số gặp thể ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa (90,4%), các thể giải phẫu bệnh khác ít gặp hơn. Nghiên cứu của các tác giả khác trong nước cũng đều cho thấy thể giải phẫu bệnh hay gặp đa số là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa như của Trần Anh Cường (84,5%), Nguyễn Quốc Tuấn (78,6%) [5], [6].

4.3. Đặc điểm phẫu thuật

- Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp đã được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu với phác đồ xạ trị đơn thuần dài ngày (LCPRT) chiếm tỷ lệ 85,1% và hóa xạ trị phác đồ TNT 14,9%. Thời gian gần đây số bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị phác đồ TNT đang tăng lên. Thời gian trung bình từ lúc kết thúc xạ đến lúc phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,7 \pm 1,1$ tuần, thời gian này nằm trong giới hạn khuyến cáo của các hướng dẫn điều trị và các tác giả khác [3], [6].

- Phác đồ hóa xạ trị trước phẫu thuật: Xạ trị đơn thuần dài ngày (LCPRT) có 142 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 85,1%, hóa xạ trị phác đồ TNT có 25 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 14,9%. Về phương pháp phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân được cắt gian cơ thắt, nối ống hậu môn chiếm tỷ lệ cao nhất 49,1%, phẫu thuật LAR hoặc uLAR chiếm 37,7%, chỉ có 13,1% bệnh nhân cắt cụt trực tràng (PT Miles), tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là 86,8%. Ngày nay nhờ cải thiện của kỹ thuật phẫu thuật nội soi ít xâm lấn mà tỷ lệ bảo tồn cơ thắt tăng lên, chỉ những trường hợp khối u đánh giá trên phim MRI và thăm lâm sàng có xâm lấn cơ thắt hoặc những khối u thư trực tràng thấp sát hậu môn xâm lấn rộng, đáp ứng kém sau xạ chúng tôi mới tiến hành phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng, tăng sinh môn. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $144,7 \pm 17,4$ phút (92-220), nhanh

nhất là 92 phút và chậm nhất là 220 phút. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trịnh Đức Hoàng ($130 \pm 18,1$ phút) [7].

- Về tai biến sau phẫu thuật: Vấn đề quan tâm nhất của phẫu thuật viên về hiệu quả phẫu thuật đó là tình trạng rò miệng nối sau phẫu thuật, đối với ung thư trực tràng nối thấp rò miệng nối vẫn chiếm tỷ lệ khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,9%, các biến chứng khác như chảy máu sau mổ 1,8%, chảy máu miệng nối 1,2% và tắc ruột sau mổ là 0,6%. Với ung thư trực tràng vị trí càng thấp và đặc biệt ở những bệnh nhân đã hóa xạ trị tiền phẫu thì nguy cơ rò miệng nối càng cao, trong 10 bệnh nhân rò miệng nối của chúng tôi thì có 7 bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định và 3 bệnh nhân được phẫu thuật lại do viêm phúc mạc toàn thể. Nghiên cứu của Yang (2016) về phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt của ung thư trực tràng trung bình và thấp cũng cho thấy tỷ lệ rò miệng nối tương đối cao 10,8% [8].

- Đánh giá về đáp ứng của khối u trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: Tỷ lệ bệnh đáp ứng hoàn toàn là 15,6%, bệnh đáp ứng một phần là 77,2%, bệnh ổn định 5,9% và bệnh tiến triển 1,2%. Các tác giả khác trên thế giới nghiên cứu về đáp ứng của khối u sau hóa xạ trị tiền phẫu đơn thuần hay phác đồ TNT cho thấy phác đồ TNT có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao khoảng gấp đôi phác đồ hóa xạ trị dài ngày đơn thuần, nghiên cứu của J. Johnson (2023) cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của phác đồ TNT là 27,8% so với 12,1 của phác đồ hóa xạ trị đơn thuần [4]. Các kết quả này làm tiền đề cho quan điểm “watch and wait” trên những bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn.

5. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật nội soi cắt TME ở bệnh nhân

ung thư trực tràng trung bình và thấp đã hóa xạ trị tiền phẫu là phẫu thuật an toàn, ít xâm lấn. Tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ thấp. Phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng nên được chỉ định thường quy cho nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng đã hóa xạ trị tiền phẫu để tối ưu hóa lợi ích và giảm thiểu nguy cơ cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2022;68:394-424.
- [2]. R. Glynne-Jones, L. Wyrwicz, E. Tiret G et al (2023). Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Esmo clinical practice guidelines, page 1.
- [3]. Conroy T, Bosset JF, Etienne PL et al (2021) Neoadjuvant chemotherapy with FOLF-IRINOX and preoperative chemoradiotherapy for patients with locally advanced rectal cancer (UNICANCER-PRODIGE 23): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 22:702-715.
- [4]. G.G.R.J. Johnson, J. Park, R.M. Helewa, B.A. Golde berg, M. Nashed, E. Hyun. Total neoadjuvant therapy for rectal cancer: a guide for surgeons. *Can. J. Surg.*, vol. 66 (2) (2023), Article E196, 10.1503/CJS.005822.
- [5]. Trần Anh Cường (2017). Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại Bệnh viện K, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
- [6]. Nguyễn Quốc Tuấn (2020): Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp. Luận văn tiến sĩ y học năm 2020, trường Đại học Y Hà Nội, tr 69.
- [7]. Trịnh Đức Hoàng, Kim Văn Vụ. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng đoạn giữa kết hợp hóa xạ trị tiền phẫu tại khoa ngoại tổng hợp quân sự Bệnh viện K giai đoạn 2019-2021. *VMJ.* 2022;520(2). doi:10.51298/vmj.v520i2.4129.
- [8]. Yang, C.S., G.S. Choi, J.S. Park, et al., Rectal tube drainage reduces major anastomotic leakage after minimally invasive rectal cancer surgery. *Colorectal Dis*, 2016. 18(12): p. O445-O452.