

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT CẮT TRỰC TRÀNG CÓ TÂN BỔ TRỢ TOÀN BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

**Cao Xuân Thạnh*, Nguyễn Thanh Hùng,
Nguyễn Văn Hải Vân, Nguyễn Phước Khánh, Nguyễn Ngọc Sơn**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt trực tràng có điều tân bổ trợ toàn bộ (total neoadjuvant therapy-TNT) trước phẫu thuật trong điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên ở 60 trường hợp bệnh nhân(BN) được phẫu thuật cắt trực tràng có tân bổ trợ toàn bộ tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ 01/2023 đến 3/2025. Các trường hợp ung thư trực tràng được điều trị tân bổ trợ theo phát đồ hóa xạ trị 50,4Gy/28Fx kết hợp hóa chất capecitabine và hóa trị 4-6 chu kỳ hoặc phát đồ hóa trị 4-6 chu kỳ và hóa xạ trị 50,4Gy/28Fx kết hợp hóa chất capecitabine. Phẫu thuật TME được tiến hành sau đó 4-6 tuần.

Kết quả: Tổng số 60 bệnh nhân được điều trị tân bổ trợ toàn bộ và phẫu thuật cắt trực tràng. Sau điều trị TNT có 66,66% BN giảm giai đoạn u và 25% BN giảm giai đoạn hạch, 100% BN có đáp ứng trên giải phẫu bệnh sau mổ, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 16,67%. Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt đạt 75%. Thời gian mổ trung bình 180 phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10 ngày. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ 10 trường hợp, xì dò miệng nối 6 trường hợp,

Kết luận: Phẫu thuật cắt trực tràng trên bệnh nhân có tân bổ trợ toàn bộ là phẫu thuật an toàn hiệu quả, ít biến chứng nặng. Điều trị tân bổ trợ toàn bộ trước phẫu thuật cho tỷ lệ đáp ứng trên giải phẫu bệnh cao.

Từ khóa: Tân bổ trợ toàn bộ; ung thư trực tràng.

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

*Chịu trách nhiệm chính: Cao Xuân Thạnh

Email: xuanthanhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

EARLY OUTCOMES OF RECTAL RESECTION WITH TOTAL NEOADJUVANT THERAPY FOR TREATMENT OF RECTAL CANCER

ABSTRACT

Background: Short-term outcomes of rectal resection with total neoadjuvant therapy for treatment at Da Nang Oncology hospital.

Methods: Cross-sectional study, from 1/2023 to 3/2025, there were 60 malignant rectal cancer performed rectal resection with total neoadjuvant therapy at the Department of surgery 1 of Da Nang oncology hospital. 60 patients with s rectal cancer who received radiation therapy dose of 50.4Gy in combination with Capecitabine then added neoadjuvant chemotherapy or neoadjuvant chemotherapy then radiation therapy dose of 50.4Gy in combination with Capecitabine. Surgery with total mesorectal excision 4-6 weeks later.

Results: 60 malignant rectal cancer performed rectal resection with total neoadjuvant therapy. After TNT, there was 66.66% reduction in tumor stage and 25% reduction in lymph node stage, 100% of patients responded on pathology in which the complete response pathology (pCR) rate was 16.67 %; Overall sphincter prevention rate reached 75%. The average surgery time is 180 minutes, the average hospitalization time is 10 days. Complications were surgical wound infection (10 cases), anastomotic leak (6 cases).

Conclusion: Rectal resection with total neoadjuvant therapy surgery initially shows feasibility and few serious complications. Total neoadjuvant therapy resulted in high rates of tumor and lymph node downstaging.

Keywords: Total neoadjuvant therapy; rectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2022, thống kê tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN thì ung thư đại trực tràng là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ tư. Tại Việt Nam, có 18.636 trường hợp (TH) mới mắc và có 8.454 người tử vong do UTĐTT. Điều trị ung thư nói chung và điều trị ung thư đại trực tràng nói riêng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là quan trọng. Tỷ lệ ung thư trực tràng giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng (T3-4, N+) ở các nước phát triển chiếm 5-10% số bệnh nhân được chẩn đoán mới. Trong 15 năm qua, mô hình điều trị tiêu chuẩn đối với nhóm bệnh nhân này bao gồm điều trị xạ trị tân hỗ trợ hoặc kết hợp hóa xạ

trị đồng thời, theo sau đó là phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và hóa trị hỗ trợ sau đó. Mục tiêu của điều trị tiền phẫu là giảm giai đoạn, thu nhỏ khối u và cải thiện kiểm soát bệnh tại chỗ, tuy nhiên thất bại điều trị do di căn xa là một vấn đề chưa cải thiện được. Một vài năm trở lại đây, mô hình điều trị tân hỗ trợ toàn bộ đang trở nên ngày càng phổ biến như một phác đồ điều trị đa mô thức mới nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị tiền phẫu bằng cách sử dụng cả hóa xạ trị kèm hóa trị trước khi phẫu thuật, thay thế cho mô hình điều trị truyền thống là hóa xạ trị tiền phẫu, phẫu thuật và hóa trị bổ túc [1], [2]. Những chiến lược điều trị tân hỗ trợ toàn bộ này có sự khác nhau về

trình tự các phương pháp điều trị nhưng có một điểm chung là đưa phẫu thuật trở thành điều trị sau cùng. Các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng về điều trị tân bổ trợ toàn bộ gần đây đã cho thấy những kết quả tốt và có nhiều hứa hẹn như cải thiện sống còn không bệnh, tăng tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn mô học, tăng tỉ lệ bệnh nhân hoàn tất phác đồ điều trị so với mô hình điều trị truyền thống [8], [9]. Về điều trị tân bổ trợ toàn bộ, bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng đã bắt đầu áp dụng từ đầu năm 2023 và bước đầu đã đạt được một số kết quả nhất định. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Kết quả sớm phẫu thuật cắt trực tràng có tân bổ trợ toàn bộ trong điều trị ung thư trực tràng” nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ đáp ứng, phát đồ tân bổ trợ, kết quả sớm của phẫu thuật cắt trực tràng điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở 60 bệnh nhân ung thư trực tràng điều trị tân bổ trợ toàn bộ sau đó phẫu thuật tại khoa Ngoại 1, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ 01/2023 đến 3/2025. Hội đồng khoa học bệnh viện đã phê duyệt nghiên cứu và tất cả bệnh nhân đồng ý với phác đồ điều trị.

Xử lý số liệu theo các phương pháp thống kê y học với phần mềm Excel 2010 và SPSS 22.0. Giá trị $p < 0,05$ được chọn là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 01/2023 đến 3/2025 có 60 bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng có chương trình có tân bổ trợ toàn bộ. Có 38 bệnh nhân nam và 22 bệnh nhân nữ, với độ tuổi trung bình ở nam giới là $62,33 \pm 11,31$ và ở nữ giới là $58,07 \pm 10,69$. Có 12 trường hợp (TH) (20%) được đánh giá suy dinh dưỡng trước phẫu thuật, tất cả đều được can thiệp

dinh dưỡng, 45 trường hợp được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trước mổ.

Bảng 1. MRI chậu có thuốc

MRF(+)	25(41,67%)
EMVI/N2(+)	35(58,33%)

Có 5 ca có hình ảnh di căn gan trên CT bụng, 2 ca di căn phổi trên CT ngực có thuốc sau tân bổ trợ TNT.

Bảng 2. Chiến lược điều trị tân bổ trợ toàn bộ

Hóa xạ - Hóa trị	25(41,67%)
Hóa trị - Hóa xạ	35(58,33%)

Bảng 3. Đánh giá đáp ứng khối u sau tân bổ trợ trước mổ trên MRI(mrTRG) và nội soi

Đáp ứng hoàn toàn	10(16,67%)
Đáp ứng tốt	10(16,67%)
Đáp ứng vừa	20(33,33%)
Đáp ứng kém	15(25%)
Không đáp ứng	5(8,33%)

Bảng 4. Mức độ phẫu thuật

Cắt trực tràng	53(88,33%)
Cắt trực tràng + cắt tạng di căn 1 thì	3(5%)
Cắt trực tràng + cắt tạng di căn thì 2	4(6,67%)

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật, tỷ lệ bảo tồn cơ thắt, đưa hồi tràng ra da

Phẫu thuật nội soi (trước thấp/Miles)	52(86,67%)
Chuyển mổ mở	5(8,33)
Mổ mở	3(5%)
Bảo tồn cơ thắt	45(75%)
Đưa hồi tràng ra da	35(58,33%)

Bảng 6. Các biến chứng sau mổ

Nhiễm trùng vết mổ	10(16,67)
Chảy máu	0%
Xì dò miệng nối, thủng ruột	6(10%)
Dò bạch mạch	0%
Viêm phổi	3(5%)

Bảng 7. Giải phẫu bệnh sau mổ, đáp ứng sau mổ trên GPB

Số hạch thu được TB	13,34(12-17)
Số hạch di căn TB	2,45(0-7)
Carcinoma tuyến	100%
T0	10(16,67%)
T1	15(25%)
T2	15(25%)
T3	7(11,66%)
T4a	10(16,67%)
T4b	3(5%)
Đáp ứng hoàn toàn(T0N0)	10(16,67%)
CRM(-)	56(93,33%)

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm khối u trên MRI chậu có thuốc

Trong quy trình điều trị ung thư trực tràng, các bệnh nhân đều được chụp MRI tiểu khung để đánh giá mức độ xâm lấn của khối u cũng như hình ảnh hạch di căn. Bên cạnh đánh giá giai đoạn bệnh theo TNM, nhờ vào sự tiến bộ trong hiểu biết về sự tiến triển và con đường di căn của UTRT, các chỉ điểm mới trên chẩn đoán hình ảnh của UTRT như EMVI, CRM/MRF, hạch di căn đã bắt đầu được ghi nhận. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 25 bệnh nhân có MRF(+), 35 bệnh nhân có EMVI/N2(+). Một số nghiên cứu về phác đồ tân bổ trợ toàn bộ cũng ghi nhận các

đặc điểm hình ảnh học này như nghiên cứu của Võ Đức Hiếu nhận thấy có ít nhất 37,7% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có MRF (+), 24,5% số bệnh nhân có EMVI (+) [2]. Nghiên cứu RAPI-DO ghi nhận số trường hợp MRF (+) rất cao bệnh nhân tham gia nghiên cứu lên tới 61%, 29,9% số bệnh nhân có EMVI (+) và 14,8% số bệnh nhân có hạch chậu hông [3].

4.2. Phác đồ điều trị tân bổ trợ toàn bộ

Nghiên cứu của chúng tôi tiếp cận phác đồ TNT theo cả hai hướng bao gồm hóa xạ trị tiền phẫu kèm hóa trị hoặc ngược lại. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 25 bệnh nhân được hóa xạ trị tiền phẫu trước khi hóa trị tân bổ trợ và 35 bệnh nhân được hóa trị tân bổ trợ trước hóa xạ trị tiền phẫu. Phác đồ hóa xạ trị tiền phẫu được chúng tôi lựa chọn đều là xạ trị vùng chậu 50,4Gy/28Fx kết hợp hóa trị Capecitabine đường uống. Phác đồ hóa trị tân bổ trợ được sử dụng là mFOLFOX6 hoặc CAPEOX. Việc lựa chọn bắt đầu với hóa trị hay hóa xạ trị vẫn chưa được thống nhất giữa các hướng dẫn điều trị vì các nghiên cứu khác nhau đưa ra các quan điểm khác nhau trong phác đồ tân bổ trợ toàn bộ[5]. Nghiên cứu CAO/ARO/AIO-12 so sánh hai sự lựa chọn trên chỉ ra rằng nếu chúng ta khởi trị với hóa xạ trị có thể làm tăng tỉ lệ đáp ứng mô bệnh học toàn bộ, tuy nhiên lại làm giảm tỉ lệ hoàn thành phác đồ hóa trị sau đó [4], [6]. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân dựa trên các đánh giá về MRF, CRM, EMVI và hạch lâm sàng, từ đó lựa chọn phác đồ hóa xạ trị, hóa xạ trị cùng số chu kì phù hợp.

Đánh giá đáp ứng tân bổ trợ toàn bộ trước mổ/sau mổ dựa trên nội soi, MRI chậu và giải phẫu bệnh.

Trên mô bệnh học sau phẫu thuật chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp khối u đáp ứng hoàn toàn, không còn tìm thấy tế bào u trên bệnh phẩm mô bệnh học. Đánh giá giải phẫu bệnh sau mổ[8],[7], có 10 bệnh nhân đạt đáp ứng toàn bộ, 45 bệnh

nhân đáp ứng một phần, 5 bệnh nhân bệnh ổn định. Ngoài ra, có 7 bệnh nhân tiến triển di căn gan hoặc phổi sau tân bổ trợ toàn bộ, ở nhóm bệnh nhân này chúng tôi vẫn đặc mục tiêu điều trị triệt để bằng phẫu thuật cắt nốt di căn.

4.3. Mức độ phẫu thuật

53 ca được phẫu thuật cắt trực tràng nạo vét hạch triệt để, 3 ca được phẫu thuật cắt trực tràng nạo hạch kèm cắt tổn thương gan di căn trong một thì phẫu thuật, 2 ca phẫu thuật cắt gan ở thì 2, 2 ca cắt nốt phổi di căn ở thì 2 sau phẫu thuật cắt trực tràng. Trong bệnh cảnh ung thư trực tràng có di căn, việc lựa chọn phẫu thuật giải quyết nốt di căn trong một thì hoặc thì hai phụ thuộc thể trạng, tính chất nốt di căn, mức độ nặng nề của cuộc phẫu thuật, giải quyết triệt để tại chỗ tại vùng và kiểm soát di căn xa [9].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt trực tràng kèm nạo vét hạch trên bệnh nhân có tân bổ trợ toàn bộ là phẫu thuật an toàn hiệu quả, ít biến chứng nặng. Điều trị tân bổ trợ toàn bộ trước phẫu thuật cho tỷ lệ đáp ứng trên giải phẫu bệnh cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Nguyễn Thị Hà và cộng sự, 2023, “Kết quả bước đầu của điều trị tân bổ trợ toàn diện trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II, III tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”. *Tạp chí Y Dược Lâm sàng* 108, 18.
- [2]. Võ Đức Hiếu và cộng sự, 2024, “Hiệu quả của hóa xạ trị đồng thời tiêu chuẩn trước mổ ở bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II - III”. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế* Tập 16, 5.
- [3]. R. R. Bahadoer et al R. C. Investigators 2021. “Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial”. *Lancet Oncol*, 22, 29-42.
- [4]. Liersch, S. Merkel et al 2012. “Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer: results of the German CAO/ARO/AIO-94 randomized phase III trial after a median follow-up of 11 years”. *J Clin Oncol*, 30, 1926-33.
- [5]. D. Sebag-Montefiore et al 2019. “Preoperative radiotherapy versus selective postoperative chemoradiotherapy in patients with rectal cancer (MRC CR07 and NCIC-CTG C016): a multicentre, randomised trial”. *Lancet*, 373, 811-20.
- [6]. M. R. S. Siddiqui et al 2017. “A meta-analysis comparing the risk of metastases in patients with rectal cancer and MRI-detected extramural vascular invasion (mrEMVI) vs mrEMVI-negative cases”. *Br J Cancer*, 116, 1513-1519.
- [7]. J.J.Smith et al C. Rectal Cancer 2015. “Organ Preservation in Rectal Adenocarcinoma: a phase II randomized controlled trial evaluating 3-year disease-free survival in patients with locally advanced rectal cancer treated with chemoradiation plus induction or consolidation chemotherapy, and total mesorectal excision or nonoperative management”. *BMC Cancer*, 15, 767.

- [8]. R. M. Soetikno et al, 2008. "Prevalence of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults". *JAMA*, 299, 1027-35.
- [9]. F. G. Taylor et al M. S. Group 2021. "Preoperative high-resolution magnetic resonance imaging can identify good prognosis stage I, II, and III rectal cancer best managed by surgery alone: a prospective, multicenter, European study". *Ann Surg*, 253, 711-9.
- [10]. Y. T. Van Der Schouw et al, 1992. "Comparison of four serum tumour markers in the diagnosis of colorectal carcinoma". *Br J Cancer*, 66, 148-54.
- [11]. H. Zhang et al, 2022. "Active surveillance in long period of total neoadjuvant therapy in rectal cancer: Early prediction of poor regression response". *Front Oncol*, 12, 1049228.