

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ TRƯỚC MỔ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP GIAI ĐOẠN II-III TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Ngọc^{1*}, Lê Quốc Tuấn¹, Nguyễn Thị Thu Hương²

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của hóa xạ trị (HXT) trước mổ ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III đồng thời đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị này.

Đối tượng: 52 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III được điều trị bằng HXT trước mổ tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đà Nẵng từ 01/2019-01/2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng sau điều trị là 75,0%; đáp ứng hoàn toàn là 11,5%; tỷ lệ phẫu thuật triệt căn là 91,2% trong đó 55,6% phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Tỷ lệ bệnh nhân hạ thấp giai đoạn bệnh 65,4%. Thể tích khối u so với chu vi trực tràng giảm sau điều trị; trước điều trị có 34,6% số bệnh nhân có khối u chiếm toàn bộ chu vi và đã giảm xuống 7,7%; sau điều trị có 7,7% bệnh nhân không sờ thấy u. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tích lũy 3 năm là 78,2%, tỷ lệ tái phát tại chỗ là 6,7% với thời gian theo dõi trung bình 29,1 tháng. Các tác dụng phụ trên hệ huyết học chủ yếu độ 1; các tác dụng phụ khác ít gặp.

Kết luận: Hóa xạ trị đồng thời trước phẫu thuật có tỷ lệ đáp ứng cao, cải thiện đáng kể tỷ lệ phẫu thuật triệt căn và phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn. Phương pháp hóa xạ trị đồng thời an toàn, ít độc tính, tác dụng phụ ở mức thấp.

Từ khóa: Hóa xạ tiền phẫu, ung thư trực tràng thấp.

THE EFFICACY OF NEOADJUVANT CHEMORADIATION IN THE TREATMENT OF STAGE II-III LOW RECTAL CANCER AT DA NANG HOSPITAL

¹Bệnh viện Đà Nẵng

²Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc

Email: nguyenthingoc4393@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 08/9/2024

Ngày duyệt bài: 25/9/2024

ABSTRACT:

Objective: Valuate the efficacy of neoadjuvant chemoradiation in the treatment of stage II/III rectal cancer patients.

Patients: 52 patients of low rectal cancer at the stages of II, III.

Methods: Retrospective descriptive study

Results: Overall response rate was 75.0%; and complete response rate was 11.5%. The radical surgery rate was 91.2%; of which 55.6% was sphincter-conserving surgeries. Primary tumour downstaging occurred in 65.4% of the patient. The rate of 3-year disease free survival was 78.2% and local recurrence was 6.7% with a median follow-up of 29.1 months. All the hematological and non hematological toxicities were at the grade 1 and tolerable.

Conclusions: Neoadjuvant chemoradiation for stage II/III low rectal cancer patients could improve the response rate, radical surgery, and sphincter-conserving surgery. This method was safe; all side effects and toxicities were low.

Keywords: Neoadjuvant chemoradiation, low rectal cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2022, tại Việt Nam, UTTT đứng hàng thứ 5 trong những bệnh ung thư có số ca mới mắc cao nhất với 9 093 ca và tỷ lệ tử vong 3,7% [1].

Điều trị UTTT là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật (PT) đóng vai trò quan trọng căn bản và khó khăn lớn nhất trong điều trị UTTT là giảm nguy cơ tái phát tại chỗ nhưng vẫn có thể bảo tồn được chức năng cơ thắt để nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân [2]. Để cải thiện tỷ lệ kiểm soát tại chỗ và tỷ lệ sống sót lâu dài, thật cần thiết để đưa ra phương pháp điều trị tân hỗ trợ trước phẫu thuật đối với bệnh nhân UTTT giai đoạn II, III có thể phẫu thuật được. Trong đó, hóa xạ trị (HXT) đồng thời tân hỗ trợ cũng được nghiên cứu rộng rãi và đã được chứng minh, HXT đồng thời tân hỗ trợ làm hạ thấp giai đoạn bệnh 75% [3], tạo điều kiện thuận lợi cho PT và cải thiện tỷ lệ tái phát tại chỗ (6% vs 13%), tăng tỷ lệ bảo tồn cơ

thắt hậu môn (39% và 19%) [4]. Tại bệnh viện Đà Nẵng đã tiến hành điều trị HXT đồng thời trước phẫu thuật đối với các trường hợp UTTT giữa và thấp tiến triển tại chỗ tại vùng nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ về kết quả của phương pháp này đặc biệt đối với UTTT thấp. Do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

Đánh giá kết quả hóa xạ trị trước mổ và một số tác dụng không mong muốn đối với bệnh nhân ung thư trực tràng thấp giai II, III tại Bệnh viện Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

52 bệnh nhân UTTT thấp giai đoạn II/III (giai đoạn T3, T4 và/hoặc N+) được HXT đồng thời trước mổ tại Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Đà Nẵng từ 01/2019 - 01/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn lựa chọn:	Tiêu chuẩn loại trừ:
+ BN được chẩn đoán là UTTT thấp (khối u cách rìa hậu môn < 7cm). + Có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến. + BN được điều trị bằng HXT đồng thời trước phẫu thuật với Capecitabine. + Giai đoạn II, III (UTTT tiến triển tại chỗ, tại vùng) theo AJCC 2017.	+ Thể trạng chung yếu: Chỉ số toàn trạng từ 3-4 theo thang điểm ECOG, hoặc chỉ số Karnofsky ≤60%. + Bệnh nhân có nguy cơ tử vong gần do các bệnh kèm trầm trọng khác.

Quy trình điều trị:

+ Hóa trị: Capecitabine: 825 mg/m² da×2 lần/ngày vào các ngày xạ trị (5 buổi/tuần).

+ Xạ trị: Tổng liều: 50,4 Gy; phân liều 1,8 Gy/ngày, 5 ngày/tuần, hai pha, pha 1 (45 Gy/25Fr), pha 2 (boost u 5,4 Gy/3Fr).

+ Tiến hành điều trị phẫu thuật sau khi kết thúc hoá xạ trị 4-6 tuần.

+ Sau phẫu thuật bệnh nhân được hóa trị hỗ trợ với phác đồ XELOX, hoặc FOLFOX.

Đánh giá kết quả điều trị:

- Đánh giá đáp ứng khách quan: Dựa theo tiêu chuẩn RECIST.

- Độc tính của hóa xạ trị: Dựa vào tiêu chuẩn phân độ độc tính thuốc chống ung thư của Tổ chức Y tế thế giới (World health organization common toxicity criteria).

- Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng tại u:

Bảng 1: Thể tích khối u so với chu vi trực tràng

Thể tích khối u so với chu vi trực tràng	Trước điều trị	Sau điều trị
	n (%)	n (%)
Không sờ thấy u	0	4 (7,7)
Dưới 1/4 chu vi	0	15 (28,8)
Từ 1/4 đến dưới 1/2 chu vi	0	18 (34,6)
Từ 1/2 đến dưới 3/4 chu vi	34 (65,4)	11 (21,2)
>3/4 (toàn bộ chu vi)	18 (34,6)	4 (7,7)
Tổng	52	52
P	0,008	

+ Dựa vào thăm khám trực tràng (so sánh thể tích khối u trực tràng), MRI tiểu khung (so sánh kích thước u và tình trạng di căn hạch).

+ Đánh giá tỷ lệ BN được PT triệt căn, PT bảo tồn cơ thắt sau điều trị HXT đồng thời, tỷ lệ hạ thấp giai đoạn bệnh và đánh giá giai đoạn u (pT) theo phân loại TNM của hiệp hội ung thư Mỹ 2017.

- Theo dõi sau điều trị, đánh giá kết quả sống thêm không bệnh.

- Xử lý số liệu và phân tích sống thêm bằng phương pháp ước lượng xác suất, xuất hiện của các sự kiện theo Kaplan Meier với phần mềm SPSS 20.0. Dùng test χ^2 để kiểm định ý nghĩa thống kê khi so sánh các tỷ lệ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đánh giá đáp ứng sau hóa xạ trị

Đánh giá đáp ứng sau điều trị qua thăm khám trực tràng.

Nhận xét: Trước điều trị: 34,6% số bệnh nhân có khối u chiếm toàn bộ chu vi và đã giảm xuống 7,7% sau điều trị. Có 4 trường hợp (7,7%) không sờ thấy u sau hóa xạ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

CS IV: 17	CS IV: 7
	CS III: 6
	CS II: 4
CS III: 35	CS 0: 4
	CS I: 6
	CS II: 14
	CS III: 11

Biểu đồ 1: Thay đổi giai đoạn bệnh sau điều trị theo phân loại Y. Mason

Nhận xét: Đánh giá giai đoạn theo phân loại Y. Mason: Trước điều trị có 32,7% số bệnh nhân ở giai đoạn 4 (CS IV); sau điều trị số bệnh nhân ở CS IV đã giảm xuống 13,5%.

Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn bệnh 34/52 (65,4%) tính chung cho cả hai giai đoạn.

Đánh giá đáp ứng bằng cộng hưởng từ siêu khung 1.5 Tesla

Có 45 bệnh nhân được đánh giá giai đoạn khối u (T) và hạch (N) trên hình ảnh MRI siêu khung trước và sau điều trị.

Bảng 2: Giai đoạn u và hạch trên MRI siêu khung trước và sau điều trị

Giai đoạn \ Thời điểm		Trước điều trị		Sau điều trị		P
		n	%	n	%	
Khối u	T0	0	0	5	11,1	0,021
	T1	0	0	11	24,4	
	T2	2	4,4	14	31,1	
	T3	36	80,0	11	24,4	
	T4	7	15,6	4	8,9	
Hạch vùng	N0	15	33,3	39	86,7	0,062
	N1a	16	35,6	4	8,9	
	N1b	5	11,1	0	0	
	N2	9	20,0	2	4,4	
Tổng		45	100	45	100	

Nhận xét: So với trước điều trị: Chủ yếu khối u và hạch đều giảm giai đoạn sau điều trị. Tuy nhiên, với sự thay đổi của hạch không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Đánh giá đáp ứng dựa vào tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật

Bảng 3: Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật sau điều trị

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Phẫu thuật triệt căn bảo tồn cơ thắt	25	55,6
Phẫu thuật triệt căn phá hủy cơ thắt	16	35,6
Hậu môn nhân tạo trên u	4	8,8
Tổng số	45	100

Nhận xét: Có 45 bệnh nhân được phẫu thuật (86,5%) và 7 bệnh nhân không phẫu thuật (13,5%). Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn chiếm 91,2%; trong đó có 25 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (55,6%).

Trong 45 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ khối u và vét hạch chúng tôi tiến hành đánh giá giai đoạn khối u sau mổ (pT) và hạch (pN).

Bảng 4: Giai đoạn khối u (pT) sau phẫu thuật

Giai đoạn khối u và hạch sau phẫu thuật (pT/pN)		n	%
pT	Không có u	7	15,6
	Tis (u khu trú ở lớp niêm mạc)	0	0
	T1 (u xâm lấn lớp dưới niêm mạc)	4	8,9
	T2 (u xâm nhập lớp cơ)	18	40,0
	T3 (u xâm nhập thanh mạc, chưa vượt phúc mạc tạng)	10	22,2
	T4a (u xuyên thủng phúc mạc tạng)	2	4,4
	T4b (u xâm lấn trực tiếp vào cơ quan lân cận)	4	8,9
pN	pN0	36	80
	pN1a	5	11,1
	pN1b	0	0
	Không đánh giá được hạch	4	8,9
Tổng		45	100

Nhận xét: Sau phẫu thuật chỉ còn 35,5% số bệnh nhân có tổn thương ở giai đoạn T3 và T4, trong đó 4 BN có khối u xâm lấn lân cận không thể PT cắt u được, chỉ làm HMNT trên u nên không đánh giá được tình trạng di căn hạch sau PT. Có 7/45 (15,6%) bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học.

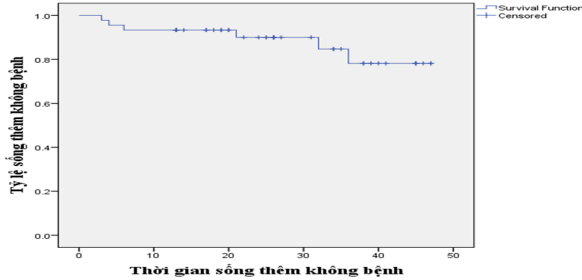
Bảng 5: Đáp ứng chung sau điều trị

Đáp ứng	n	%
Đáp ứng hoàn toàn	6	11,5

Đáp ứng	n	%
Đáp ứng một phần	33	63,5
Bệnh ổn định	11	21,2
Bệnh tiến triển	2	3,8
Tổng số	52	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau điều trị cao (75%) trong đó có 11,5% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng.

Phân tích kết quả sống thêm và các tác dụng không mong muốn của hóa xạ trị trước mổ



Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh tích lũy trong 3 năm đạt 78,2% với thời gian theo dõi trung bình 29,1-11,5 tháng; thấp nhất là 13 tháng, cao nhất 47 tháng. Số ca không tái phát, di căn tại thời điểm 3 năm tiếp tục theo dõi đến 4 năm thì chưa ghi nhận tái phát di căn.

Biểu đồ 2: Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh

Bảng 6: Độc tính trên hệ tạo huyết

Các độc tính trên hệ tạo huyết, gan thận	Phân độ độc tính	Trước điều trị		Sau điều trị	
		n	%	n	%
Hemoglobin	0	42	80,8	39	75
	1	8	15,4	8	15,4
	2	2	3,8	5	9,6
	3	0	0	0	0
Tiểu cầu	0	52	100	52	100
	1	0	0	0	0
Bạch cầu trung tính	0	52	100	48	92,3
	1	0	0	4	7,7

Nhận xét: Hầu hết độc tính trên hệ tạo huyết do hóa xạ trị ở mức độ nhẹ; thiếu máu độ 1 và

2 lần lượt 15,4%; 9,6%. Hạ bạch cầu trung tính chủ yếu độ 1 (7,7%) và không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu.

Bảng 7: Các tác dụng không mong muốn khác trong quá trình điều trị

	Phân độ độc tính	Số BN	Tỷ lệ %
Buồn nôn	0	47	90,4
	1	5	9,6
Nôn	0	46	88,5
	1	6	11,5
Viêm miệng	0	48	92,3
	1	4	7,7

	Phân độ độc tính	Số BN	Tỷ lệ %
Tiêu chảy	0	44	84,6
	1	7	13,5
	2	1	1,9
Viêm bàng quang mức độ nhẹ		8	15,4
Viêm âm đạo mức độ nhẹ		5	9,6
Viêm đỏ da vùng TSM		19	36,5
Loét da vùng tăng sinh môn		2	3,8
Đau tại vùng hậu môn trong XT		16	30,8
Hội chứng bàn tay bàn chân		7	13,5

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn khác hầu như là không đáng kể, chủ yếu là độ 1, trong đó phổ biến là viêm đỏ da vùng TSM (36,5%); đau tại vùng hậu môn trong xạ trị (30,8%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá đáp ứng sau hóa xạ trị

Đánh giá đáp ứng qua thăm khám trực tràng

Thể tích khối u so với chu vi trực tràng giảm sau điều trị; đặc biệt có 7,7% không sờ thấy u sau điều trị; trước điều trị không có bệnh nhân nào có khối u chiếm dưới 1/4 chu vi nhưng sau điều trị tỷ lệ này tăng lên 28,8% và tỷ lệ bệnh nhân có thể tích khối u chiếm toàn bộ chu vi trực tràng ($> 3/4$ chu vi) giảm từ 34,6% trước điều trị xuống 7,7% sau điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,008$. Kết quả này cũng tương tự với các tác giả trong nước. Theo tác giả Võ Quốc Hưng (2022), cũng cho thấy thể tích khối u so với chu vi trực tràng giảm sau điều trị, trước điều trị có 2,2% BN có khối u chiếm dưới 1/2 chu vi nhưng sau điều trị tỷ lệ này tăng lên 62% và tỷ lệ BN có thể tích khối u chiếm $> 1/2$ chu vi trực tràng giảm từ 97,8% trước điều trị xuống 28,7% sau điều trị ($p < 0,001$) [5].

Đánh giá thay đổi giai đoạn u theo phân loại Y.Mason: So với trước điều trị số bệnh nhân

ở giai đoạn 3 và 4 đã giảm; trước điều trị có 32,7% số BN ở giai đoạn 4; sau điều trị số BN ở giai đoạn 4 đã giảm xuống còn 13,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương với 29,9% số bệnh nhân ở giai đoạn IV trước điều trị đã giảm xuống còn 11,5% sau điều trị ($p < 0,001$) [6].

Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn bệnh 65,4% tính chung cho cả giai đoạn 3, 4. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Anter AH et al (2013) và De Bruin AFJ et al (2008), tỷ lệ hạ thấp giai đoạn đối với u là 67% [7], [8].

Đánh giá đáp ứng bằng cộng hưởng từ siêu khung 1.5 Tesla

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 45/52 bệnh nhân chụp MRI siêu khung trước và sau điều trị. Tỷ lệ khối u ở giai đoạn T3/T4 chiếm phần lớn trước điều trị và tỷ lệ này đã giảm sau điều trị; cụ thể trước điều trị có 80,0% khối u ở giai đoạn T3 và đã giảm xuống còn 24,4% sau HXT ($p=0,021$). Tỷ lệ di căn hạch vùng trước điều trị là 66,7% và sau điều trị có 86,7% số bệnh nhân không có di căn hạch vùng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,062$). Kết quả này cũng tương tự với tác giả trong nước. Theo nghiên cứu của tác giả Võ Quốc Hưng (2022); trước điều trị 67,7%

bệnh nhân có u xâm lấn cấu trúc, cơ quan khác; tỷ lệ này sau điều trị chỉ còn 7,2%; các u xâm lấn cơ quan khác trước điều trị chuyển thành xâm lấn lớp cơ chiếm 60,7% sau điều trị; tỷ lệ bệnh nhân có hạch cũng giảm từ 67,7% trước điều trị xuống còn 28,6% sau điều trị [5].

Đánh giá đáp ứng dựa vào tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật

Có 45 BN được phẫu thuật (86,5%) và 7 BN không phẫu thuật. Tỷ lệ BN được phẫu thuật triệt căn là 91,2%; trong đó 55,6% BN được phẫu thuật bảo tồn cơ thất hậu môn. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả De Paoli A et al (2006), khi nghiên cứu 53 bệnh nhân UTTT tiến triển tại chỗ tại vùng, với liều xạ trị 50,4Gy; có 20/34 BN u trực tràng thấp đã được phẫu thuật bảo tồn cơ thất (59%) [9]. Theo nghiên cứu của tác giả Võ Quốc Hưng (2022): tỷ lệ phẫu thuật triệt căn 84,8% trong đó chỉ 22,4% phẫu thuật bảo tồn cơ thất [5]. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thất trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể do trong nghiên cứu của tác giả tỷ lệ khối u giai đoạn IV theo phân loại Y. Mason (67,1%); thể tích khối u > 3/4 chu vi trực tràng (83,9%); khối u cT4 trên MRI (67,7%) cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

75% bệnh nhân có đáp ứng chung sau điều trị trong đó có 15,6% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học. Nghiên cứu của chúng tôi là tương đương với một số tác giả trên thế giới: Tác giả Restivo, A et al khi nghiên cứu trên 260 BN UTTT giai đoạn II, III được điều trị HXT đồng thời trước mổ cho thấy 16,5% BN đạt đáp ứng hoàn toàn sau điều trị [10]. Tác giả De Bruin AFJ et al (2008), khi nghiên cứu 60 bệnh nhân UTTT được điều trị HXT đồng thời với capecitabine, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học là 13% [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN không phẫu thuật là 13,5%; những BN này khi điều trị thấy bệnh đáp ứng nhiều, các triệu chứng cơ năng cải thiện nhiều, bệnh nhân có tâm lý lo lắng sợ phải mang hậu môn nhân tạo nên đã từ chối phẫu thuật. Ngoài ra, một số ít bệnh nhân có quan niệm rằng “khi đụng dao kéo vào thì nguy cơ di căn cao hơn”. Một lý do khác là do điều kiện kinh tế còn khó khăn nên đã từ chối phẫu thuật.

4.2. Phân tích kết quả sống thêm và các tác dụng không mong muốn của hóa xạ trị trước mổ

Phân tích thời gian sống thêm không bệnh

Với thời gian theo dõi trung bình 29,1 tháng; có 6 BN tái phát di căn chiếm 11,5%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tích lũy trong 3 năm là 78,2%. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiếu với tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm là 78,1% [11].

Tác dụng không mong muốn trước và sau HXT

Độc tính của HXT gây thiếu máu chủ yếu là độ 1 và độ 2 chiếm tỷ lệ lần lượt là 15,4% và 9,6%. Không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu. Tỷ lệ BN có số lượng bạch cầu hạt trung tính giảm độ 1 là 7,7%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Elwanis MA et al (2009): Độc tính chủ yếu ở mức độ trung bình và không có BN nào phải ngừng điều trị; thiếu máu độ 2 gặp trên 4 bệnh nhân (9,3%), hạ bạch cầu trên 2 bệnh nhân (4,7%) [3].

Các tác dụng không mong muốn khác chỉ gặp ở độ 1, hay gặp viêm đỏ da vùng TSM (36,5%), đau tại vùng hậu môn trong HXT (30,8%), viêm bàng quang 15,4%; tiêu chảy

13,5%. Các tác dụng phụ khác ít gặp hơn như buồn nôn, nôn, viêm miệng, loét da vùng TSM. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương [6], Trương Thu Hiền [12] và De Paoli et al [9].

5. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị trước phẫu thuật có tỷ lệ đáp ứng cao 75%, cải thiện đáng kể tỷ lệ phẫu thuật triệt căn 91,2% trong đó 55,6% phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn, cải thiện thời gian sống thêm không bệnh tích lũy trong 3 năm 78,2%. Điều trị HXT đồng thời trước phẫu thuật cho bệnh nhân UTTT giai đoạn II/III là an toàn, ít độc tính, tác dụng phụ ở mức thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Cancer today. Accessed March 8, 2022. <http://gco.iarc.fr/today/home>
- [2]. Peltrini R, Luglio G, Cassese G, et al. Oncological Outcomes and Quality of Life After Rectal Cancer Surgery. *Open Med*. 2019;14: 653-662.
- [3]. Elwanis MA, Maximous DW, Elsayed MI, et al. Surgical treatment for locally advanced lower third rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation with capecitabine: prospective phase II trial. *World J Surg Oncol*. 2009; 7:52.
- [4]. Malangone S. Colon, Rectal and Anal Cancers. Published online 2019; 1:38.
- [5]. Võ Quốc Hưng (2022). Kết quả điều trị ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng xạ trị gia tốc trước phẫu thuật kết hợp với capecitabine. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
- [6]. Phạm Cẩm Phương (2012). Nghiên cứu hiệu quả của hóa xạ trị tiền phẫu trong ĐT bệnh UTTT giai đoạn xâm lấn, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [7]. Anter AH, Eladawei GE, Mosbah M. Preoperative capecitabine and pelvic radiation in locally advanced rectal cancer: preliminary results. *Transl Gastrointest Cancer*. 2013;2(3):11217-11117.
- [8]. De Bruin AFJ, Nuytens JJ, Ferenschild FTJ, et al. Preoperative chemoradiation with capecitabine in locally advanced rectal cancer. *Neth J Med*. 2008;66(2):71-76.
- [9]. De Paoli A, Chiara S, Luppi G, et al. Capecitabine in combination with preoperative radiation therapy in locally advanced, resectable, rectal cancer: a multicentric phase II study. *Ann Oncol*. 2006;17(2):246-251.
- [10]. Restivo A, Zorcolo L, Cocco IMF, et al. Elevated CEA levels and low distance of the tumor from the anal verge are predictors of incomplete response to chemoradiation in patients with rectal cancer. *Ann Surg Oncol*. 2013;20(3):864-871.
- [11]. Nguyễn Văn Hiếu, Lê Văn Quảng, Bùi Công Toàn và cộng sự (2017). Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiền phẫu trong ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn, Tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam, 60(2): tr 1-4.
- [12]. Trương Thu Hiền, Nguyễn Văn Ba, Phạm Văn Thái và cộng sự (2021). 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 Tập 501 - Tháng 4 - Số 2: tr 1-4.