

# Kết quả bước đầu vét hạch vùng chậu bên bằng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp đã hóa xạ trị tiền phẫu

Triệu Triệu Dương, Lê Văn Quốc, Diêm Đăng Bình, Hồ Hữu An

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi vét hạch vùng chậu bên, ung thư trực tràng, hoá xạ trị tiền phẫu.

## Địa chỉ liên hệ:

Triệu Triệu Dương,  
Viện Phẫu thuật tiêu hoá, Bệnh viện  
Trung ương Quân đội 108  
Số 1, Trần Hưng Đạo, Hai Bà Trưng,  
Hà Nội  
Điện thoại: 091 321 2222  
Email: ptns92@gmail.com

**Ngày nhận bài: 21/2/2020**

**Ngày duyệt: 20/3/2020**

**Ngày chấp nhận đăng:  
27/3/2020**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Đánh giá tính khả thi, an toàn, hiệu quả của phẫu thuật nội soi nạo vét hạch vùng chậu bên (Lateral Pelvic Lymph Node Dissection- LPLD) điều trị ung thư trực tràng thấp đã được hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu ở người bệnh (NB) ung thư trực tràng thấp được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày kết hợp phẫu thuật nội soi LPLD tại Khoa Phẫu thuật Hậu môn Trực tràng, Bệnh viện Trung ương Quân đội (TƯQĐ) 108 từ tháng 7/2018 - 02/2020.

**Kết quả:** 14 người bệnh (10 nam, 4 nữ), tuổi trung bình  $56,3 \pm 10,5$  tuổi (28 - 70). 100% u nằm dưới nếp phúc mạc. Giai đoạn (GD) trước mổ có 85,7% T4; 14,3% T3, 100% N+. Có 100% NB được hóa xạ trị (HXT) dài ngày trước mổ. GD sau HXT có 64,3% T3; 35,7% T2, 100% N+. Khoảng cách bờ dưới u đến mép hậu môn  $4,7 \pm 0,9$ cm (3-7). Có 5 NB vét hạch 2 bên, 9 NB vét hạch 1 bên. Thời gian phẫu thuật trung bình 174,3 phút (140 - 200), số lượng máu mất 84,3 ml (35 -200). Thời gian trung bình nạo vét hạch chậu 36,8 phút (15 - 65 phút). Tỷ lệ tai biến trong mổ: 1 NB chảy máu do tổn thương tĩnh mạch chậu trong được khâu cầm máu trong mổ. Tỷ lệ biến chứng chung: 1 NB hẹp miệng nối. Thời gian nằm viện trung bình 10,2 ngày (5 - 17). Tổng số hạch nạo vét toàn bộ là 14,1 hạch (5 - 33). Hạch chậu vét được là 7,6 hạch (3 -22). Tỷ lệ di căn hạch chậu bên: 42,8%. GD sau mổ có 35,7% T3; 50,0% T2; 7,1% T1; 7,1% T0; 42,8% N+. Chức năng sinh dục, tiết niệu lần lượt dựa theo câu hỏi thang điểm IIEF, IPSS trước mổ và sau mổ có rối loạn mức độ nhẹ.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi nạo vét hạch vùng chậu bên điều trị ung thư trực tràng thấp là khả thi, an toàn. Chức năng sinh dục, tiết niệu ít ảnh hưởng.

## The initial result of laparoscopic lateral pelvic lymph node dissection for lower rectal cancer after preoperative chemoradiotherapy

Triệu Triệu Dương, Lê Văn Quốc, Diêm Đăng Bình, Hồ Hữu An

108 Military Central Hospital

## Abstract

**Introduction:** Assessment of the feasibility, safety, effectiveness of lateral pelvic lymph node dissection (LPLD) for lower rectal cancer after preoperative chemoradiotherapy (CRT).

**Materials and Methods:** This was a prospective cohort study of lower rectal cancer treated by laparoscopic lateral pelvic lymph node dissection after preoperative chemoradiotherapy at the Department of Colon and Rectal Surgery, 108 Military Central Hospital between July 2018 and February 2020.

**Results:** Fourteen patients (10 men and 4 women), with a mean (s.d) age of 56.3 (10.5) years. 100% the tumor was extraperitoneal. Pre-operative stage was 85.7 % T4; 14.3% T3, 100% N+. 100% has CRT for long term. After CRT were 64.3% T3; 35.7% T2, 100% N+. The distance from tumors to anal verge was 4,7 0,9cm (3-7). Bilateral LPLD was in 5 cases, and unilateral in 9 cases. The mean operation time was 174.3 minutes (range, 140 – 200), mean operative blood loss 84.3 ml (range, 35 to 200). The duration time mean for lymph node dissection was 36.8 minutes (15 – 65). Pre-operative accident: 1 bleeding due to injury to internal iliac veins has repair during the operation, post-operative complication: 1 patient has anastomotic stenosis. The length stay mean was 10,2 days (5 -17). The mean number of harvested lymph nodes was 14.1 (5-33). The number of pelvic lymph nodes harvested was 7,6 (3-22). The rate of positive lateral lymph nodes was 42.8%. Postoperative stage was 35.7 % T3; 50.0% T2; 7.1% T1; 42.8% N1. The sexual function as well as urinary function were evaluated according to perioperative and postoperation by using standard questionnaires of the International Prostate Symptom Score (IPSS) and the International Index of Erectile Function ( IIEF) showed a little disorder.

**Conclusion:** The LPLD technique is feasible, safe, effective for lower rectal cancer after preoperative chemoradiotherapy.

**Keywords:** Lateral Pelvic Lymph Node Dissection – LPLD, rectal cancer, preoperative chemoradiotherapy.

## I. Đặt vấn đề

Nguyên tắc điều trị ung thư trực tràng (UTTT) là điều trị đa mô thức: kết hợp phẫu thuật, xạ trị và hoá trị liệu trong đó phẫu thuật đóng vai trò quyết định [1], [2]. Mục tiêu phẫu thuật UTTT là cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total mesorectal excision - TME), nạo vét hạch vùng theo nguyên tắc điều trị ung thư, bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu và đảm bảo các diện cắt đầu gần, diện cắt đầu xa, diện cắt chu vi âm tính.

Ở phương Tây, điều trị UTTT tiến triển bằng hoá xạ trị tiền phẫu dài ngày (HXT) kết hợp TME là tiêu chuẩn phẫu thuật [1]. Ngược lại, ở Nhật Bản TME kết hợp LPLD là tiêu chuẩn phẫu thuật và đã được đưa vào bản hướng dẫn điều trị UTTT Nhật Bản [2]. HXT làm giảm mức độ xâm lấn khối u, làm giảm số lượng hạch di căn từ đó làm giảm nguy cơ tái phát

tại chỗ, tăng khả năng bảo tồn cơ thắt giúp thời gian sống kéo dài hơn, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh (NB).

Phẫu thuật TME kết hợp với nạo vét hạch chậu bên đã làm giảm thêm tỉ lệ tái phát xuống khoảng 50%, tăng thời gian sống sau 5 năm khoảng 8% [3]. Tỉ lệ di căn hạch vùng chậu bên trong ung thư trực tràng 13,9% - 25,5% [2], [3]. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây, ở nhóm người bệnh được HXT, tỉ lệ di căn hạch chậu bên khoảng 25% - 83,3%, 0 - 20,4% tương ứng ở nhóm hạch vùng chậu bên không có đáp ứng, có đáp ứng sau xạ [4].

Các tác giả thống nhất LPLD ở NB UTTT giữa – dưới có hoặc không điều trị HXT tiền phẫu dài ngày khi có hạch nghi ngờ di căn trên phương tiện chẩn đoán trước mổ [1], [4], [5], [6]... Tuy nhiên, phẫu thuật nạo vét hạch rộng rãi sẽ làm tăng thêm

các tai biến, biến chứng do thời gian phẫu thuật kéo dài, lượng máu mất nhiều hơn, nguy cơ tổn thương thần kinh vùng chậu sẽ cao hơn [7]. Do vậy cần lựa chọn những người bệnh có chỉ định chặt chẽ cũng như thực hiện phẫu thuật này ở các trung tâm lớn nơi có trang thiết bị đầy đủ và phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Cho đến nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về phẫu thuật nội soi (PTNS) vét hạch chậu bên trong điều trị UTTT được HXT tiền phẫu dài ngày. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn, khả thi, kết quả sớm của kỹ thuật.

## II. Đối tượng và phương pháp

### Đối tượng

14 người bệnh UTTT được HXT tiền phẫu, PTNS TME, LPLD tại Khoa phẫu thuật Hậu môn – Trực tràng, Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 7/2018 - 2/2020. NB được chẩn đoán xác định trước mổ bằng nội soi đại trực tràng ống mềm có sinh thiết. Đánh giá giai đoạn trước mổ bằng chẩn đoán qua chụp MRI 3.0 Tesla, CT bụng, XQ ngực. Tiêu chuẩn lựa chọn: UTTT vị trí u ở trực tràng thấp (Trực tràng thấp - ký hiệu là Rb theo phân loại Nhật Bản), có mức độ xâm lấn khối u T3, T4 và có hạch nghi ngờ di căn trên phương tiện chẩn đoán hình ảnh (đường kính hạch lớn nhất  $\geq 7$ mm trước HXT tiền phẫu và/ hoặc đường kính hạch lớn nhất  $\geq 5$ mm sau HXT tiền phẫu), HXT tiền phẫu (xạ với liều 50,4Gy + Capecitabine (Xeloda) 825mg/m<sup>2</sup>/ ngày) giảm giai đoạn. Sau 6 - 8 tuần đánh giá lại giai đoạn và tiến hành PTNS TME, LPLD.

### Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc.

Quy trình kỹ thuật PTNS TME, LPLD.

Chuẩn bị NB như chuẩn bị NB PTNS TME thông thường.

#### Tư thế người bệnh:

NB được nằm ngửa, hai chân dạng theo tư thế Lloyd - Davies.

Gây mê nội khí quản và đặt sonde đái.

Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh khi

ạo vét các nhóm hạch chậu bên trái và ngược lại. Người phụ thứ nhất cầm camera đứng bên phải người bệnh và người phụ thứ 2 đứng đối diện Phẫu thuật viên. Hệ thống mổ nội soi đặt đối diện phía phẫu thuật viên.

Sau khi phẫu thuật TME sẽ tiến hành phẫu thuật tạo vét hạch vùng chậu bên gồm các bước:

*Bước 1.* Đánh dấu, tách niệu quản trái và thần kinh hạ vị để xác định cạnh bên trong của diện phẫu tích.

*Bước 2.* Vét hạch dọc động mạch chậu chung, chậu ngoài. Phẫu tích vào trong và xuống dưới cơ thắt lưng chậu lớn - hố bịt trong. Xác định rõ dây thần kinh, động tĩnh mạch bịt tại lỗ bịt.

*Bước 3.* Tạo vét hạch vùng hố bịt: Từ chỗ phân chia động mạch chậu trong, chậu ngoài tiếp tục tách, phẫu tích dọc động mạch chậu trong. Xác định rõ chỗ phân chia động mạch bịt, tĩnh mạch rốn, động mạch bàng quang trên, bàng quang dưới. Lấy bỏ toàn bộ tổ chức ở quanh hố bịt.

*Bước 4.* Tiếp theo, vét hạch dọc động mạch chậu trong. Nếu có thể, bảo tồn các nhánh của động mạch chậu trong. Một số trường hợp tĩnh mạch chậu trong phải cắt bỏ do bị nhóm hạch động mạch chậu trong đi căn xâm lấn.

Trong quá trình phẫu tích bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu. (Hình 1)

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, đặc điểm giải phẫu bệnh. Đánh giá kỹ thuật bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu thông qua đánh giá chức năng tiết niệu bằng thang điểm IPSS (International Prostate Symptom Score) và chức năng sinh dục bằng thang điểm IIEF (International Index of Erectile Function). Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

## III. Kết quả

### Đặc điểm người bệnh và kết quả phẫu thuật

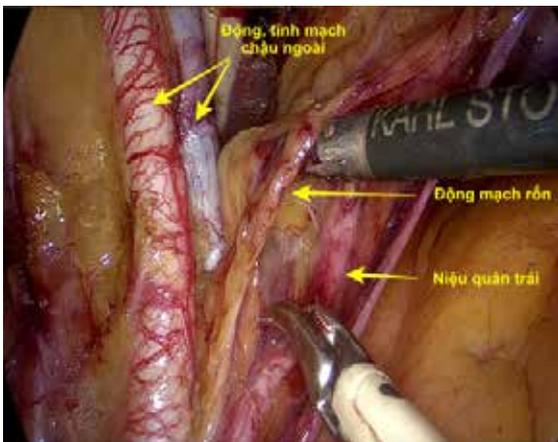
Có 14 NB (10 nam, 4 nữ), tuổi trung bình 56,3  $\pm$  10,5 tuổi (28 - 70). NB được đánh giá lại giai đoạn và phẫu thuật sau kết thúc đợt hoá xạ trị 6-8 tuần).



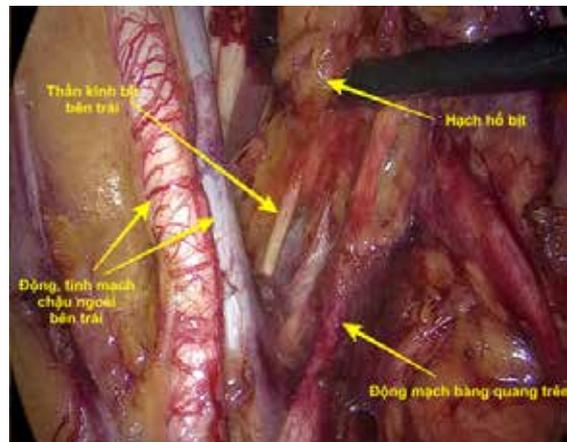
1. Vị trí các lỗ trocar



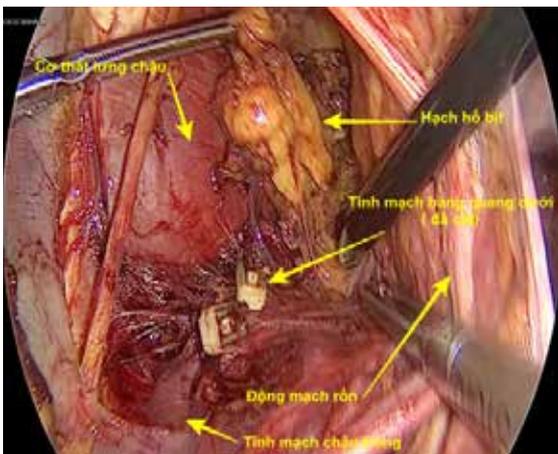
2. Sau phẫu thuật TME



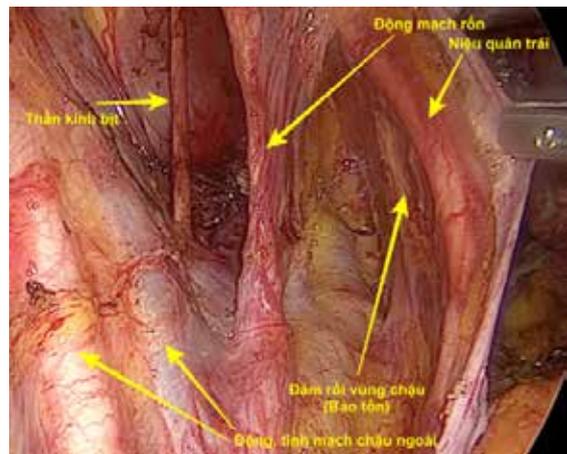
3. Phẫu tích niệu quản. Vết hạch cạnh động mạch (ĐM) chậu chung, chậu ngoài



4. Vết hạch cạnh ĐM chậu trong, hố bịt



5. Lấy bỏ hạch hố bịt



6. Bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu

Hình1: Các bước thực hiện kỹ thuật vét hạch chậu bên  
Nguồn: Người bệnh Đinh Văn Đ. 51 tuổi. SHS: 19238711

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh

Chỉ tiêu	Đặc điểm (n = 14)
<b>Mức độ xâm lấn khối u (T) trước và sau khi HXT tiền phẫu</b>	6
cT4 – yT4	12 (%) - 0 (0%)
cT3 – yT3	2 (14,3%) - 9 (64,3%)
cT2 – yT2	0 (0%) - 5 (35,7%)
cN+ - yN+	14 (100%) - 14 (100%)
<b>Đường kính hạch trung bình lớn nhất trước và sau xạ (mm)</b>	
Trước xạ	10,4 ± 4,0 (7 - 22)
Sau xạ	6,2 ± 2,8 (4 - 15)

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Chỉ tiêu	n = 14 (%)
<b>Loại phẫu thuật</b>	
Cắt trước thấp	1
Cắt trực tràng gian cơ thắt: Cắt cơ thắt trong	13
Cắt 1 phần	6
Cắt bán phần	6
Cắt toàn bộ	1
Thời gian trung bình phẫu thuật (phút)	181,4 ± 16,8 (160 - 200)
Thời gian trung bình vét hạch chậu (phút)	36,8 ± 17,4 (15 - 65)
Tai biến trong mổ	1
Biến chứng sau mổ	1
Thời gian nằm viện (ngày)	10,2 ± 3,9 (5 - 17)

Bảng 3: Kết quả sau phẫu thuật, giải phẫu bệnh

Chỉ tiêu	Đặc điểm (n = 14)
<b>Chất lượng mao mạch trực tràng</b>	
Cắt bỏ hoàn toàn	10
Cắt bỏ gần hoàn toàn	4
Số lượng hạch nạo vét được	14,1 ± 7,6
Số hạch chậu vét được	7,6 ± 5,6
Số NB có hạch chậu di căn	6 (42,8%)
Khoảng cách từ bờ dưới u tới rìa hậu môn (cm)	4,7 ± 0,9 (3 - 7)
<b>Giai đoạn T</b>	(n)
ypT0; ypT1; ypT2; ypT3; ypT4	1; 1; 7; 5
<b>Giai đoạn Node</b>	
ypN0	8 (57,2%)
ypN+	6 (42,8%)

Diện cắt đầu xa, chu vi sạch tế bào u: 100%

#### IV. Bàn luận

##### Đặc điểm người bệnh, lựa chọn chỉ định

Nghiên cứu (NC) Sugihara và cộng sự đã báo cáo tỉ lệ di căn hạch chậu bên: có 930 (47%) NB được LPLD trong số 1977 NB: có 13,9% di căn hạch chậu bên [3]. Tần suất di căn hạch chậu bên được báo cáo từ các nghiên cứu khác dao động từ 13,9% - 25,5% [3], [8], [4], [9]. NC di căn hạch chậu so với vị trí khối u: Khối u trực tràng nằm trong phúc mạc (Trực tràng cao - ký hiệu là Ra theo phân loại Nhật Bản) tỉ lệ hạch chậu di căn khoảng 8,2%. Khối u trực tràng nằm ngoài phúc mạc (Trực tràng thấp - ký hiệu là Rb) tỉ lệ hạch chậu di căn cao hơn khoảng 14,9% [3], [2]. NC Kanemitsu và cs tỉ lệ hạch chậu bên di căn với khoảng cách bờ dưới khối u tới mép hậu môn: > 9cm (1,4%); 8,1cm – 9cm (9,1%); 6,1cm – 8cm (12,5%); 4,1cm – 6cm (20,3%); 2,1cm – 4cm (18,8%); 0cm – 2cm (23,3%). NC Sugihara nghiên cứu tỉ lệ di căn hạch chậu bên với mức độ xâm lấn khối u: ≤ T2 (7,1%); ≥ T3 (16,6%) [3]. Dựa vào tần suất di căn hạch chậu bên, Hội ung thư đại trực tràng Nhật Bản đã đưa ra chỉ định phẫu thuật vét hạch chậu bên với ung thư trực tràng: “Ung thư trực tràng có khối u nằm ở vị trí Rb và mức độ xâm lấn ≥ T3” [2]. Các yếu tố di căn hạch chậu bên bao gồm: giới tính nữ, mức độ biệt hoá tế bào (kém biệt hoá, không biệt hoá tỉ lệ di căn lớn hơn biệt hoá vừa, biệt hoá cao) [3].

Một NC trên 2263 NB, trong đó UTTT thấp giai đoạn II, III, có 66 NB được phẫu thuật (PT) vét hạch chậu bên sau HXT. Phân tích các yếu tố di căn hạch chậu bên và kết quả ung thư học di căn các nhóm hạch chậu bên có đáp ứng HXT [5]: Cho thấy đường kính hạch trước và sau hoá xạ trị lớn hơn 5mm có ý nghĩa liên quan tới tỉ lệ di căn. Tỉ lệ di căn hạch chậu bên ở NB có đường kính hạch trước và sau hoá xạ trị ≥ 5mm với < 5mm lần lượt là 61,1% (22/36 NB) với 0% (0/30 NB) (p < 0,001). Thời gian theo dõi trung bình 39,3 tháng tỉ lệ tái phát tại chỗ ở NB hạch đáp ứng điều trị tiền phẫu thấp hơn là hạch nghi ngờ lần lượt 20% (6/30 NB) và 47,2% (17/36 NB), p = 0,012 [9]. Có một thử nghiệm lâm sàng

pha III, tiến cứu, đa trung tâm, ngẫu nhiên, mù đơn khuyến nghị phẫu thuật nạo vét hạch vùng chậu bên ở những NB có UTTT thấp, có nghi ngờ di căn hạch trên hình ảnh MRI đường kính hạch  $\geq 10\text{mm}$ , ranh giới hạch không rõ, được phẫu thuật trước hoá xạ trị. Thời gian theo dõi 3 năm, đánh giá tỉ lệ tái phát giảm từ 15% xuống 8%. Thử nghiệm đưa ra khuyến nghị vét hạch chậu vùng chậu bên là 1 tiêu chuẩn mới trong điều trị ung thư trực tràng thấp tiến triển, có nghi ngờ di căn hạch vùng chậu [10].

Hiện nay nhiều trung tâm chỉ định phẫu thuật nạo vét hạch chậu ở NB được HXT tiền phẫu dài ngày là UTTT thấp (Rb) với mức độ xâm lấn khối u ở giai đoạn T3, T4 và có hạch nghi ngờ di căn trên phương tiện chẩn đoán hình ảnh (đường kính hạch lớn nhất  $\geq 7\text{mm}$  trước hoá xạ trị tiền phẫu và/ hoặc đường kính hạch lớn nhất  $\geq 5\text{mm}$  sau hoá xạ trị tiền phẫu) [4], [5], [6], [10], [11]. Trong NC có 14 người bệnh (10 nam, 4 nữ), tuổi trung bình  $56,3 \pm 10,5$  tuổi (28 – 70 tuổi). Tất cả NB UTTT vị trí u Rb, có hạch nghi ngờ di căn trên hình ảnh cộng hưởng từ tiểu khung (đường kính hạch trung bình trước và sau HXT lần lượt là: 10,4mm; 6,2mm). Khoảng cách trung bình từ rìa hậu môn đến bờ dưới khối u  $4,7 \pm 0,9$  cm (3-7cm). Tất cả người bệnh được hoá xạ trị tiền phẫu dài ngày theo phác đồ. Với tác dụng của HXT tiền phẫu dài ngày: Mức độ xâm lấn T giảm, kích thước hạch nhỏ lại sau khi HXT tiền phẫu. Sau HXT tiền phẫu làm giảm giai đoạn khối u, từ đó tăng tỉ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn, làm giảm tất cả các diện cắt âm tính và làm giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ, tăng thời gian sống cho người bệnh.

### **Kết quả phẫu thuật, giải phẫu bệnh**

Trong 14 NB có 1 NB được PTNS cắt trực tràng trước thấp, 13 NB PTNS cắt gian cơ thắt. Chất lượng mạc treo 10 NB được cắt bỏ hoàn toàn, 4 NB cắt gần hoàn toàn. Đây là một trong các yếu tố gây tái phát tại chỗ. Căn cứ vào đặc điểm kích thước hạch tiểu khung xác định trên MRI 3.0 Tesla có 5 NB PTNS vét hạch chậu bên 2 bên, 6 NB vét hạch chậu bên trái, 3 NB vét hạch chậu bên phải. Thời gian phẫu thuật trung bình  $181,4 \pm 16,8$  phút (160 - 200). Thời gian vét hạch chậu  $36,8 \pm 17,4$  phút (15 - 65). Số

lượng máu mất trong mổ  $84,3 \pm 41,9$  ml (35 - 200). Tổng số hạch vét được  $14,1 \pm 7,6$  hạch (5 - 33), số hạch chậu vét được  $7,6 \pm 5,6$  hạch (3 - 22) trong đó có 6 NB có hạch chậu di căn (42,8%). Giai đoạn sau mổ: I (8 NB); II (2 NB); III (4 NB). Đặc biệt có 1 NB đáp ứng hoàn toàn mức độ xâm lấn T0, tuy nhiên có 1 hạch chậu bên di căn. Câu hỏi đặt ra, khi mức độ xâm lấn T đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng, có nghi ngờ hạch di căn thì việc phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, vét hạch chậu bên là rất cần thiết. Thời gian nằm viện  $10,2 \pm 3,9$  ngày (5 - 17). Trong quá trình phẫu thuật vét hạch chậu bên trái có 1 NB bị tổn thương tĩnh mạch chậu ngoài. Thời gian theo dõi trung bình  $5,2 \pm 2,9$  tháng, có 1 NB hẹp ống hậu môn. Rối loạn về chức năng tiết niệu, sinh dục ở mức độ nhẹ. NC JCOG0212 đánh giá kết quả ở 351 NB phẫu thuật vét hạch chậu bên, 350 NB không vét hạch chậu bên. NC cho thấy tỉ lệ sống 5 năm toàn bộ và tỉ lệ sống 5 năm không tái phát tại chỗ của 2 nhóm trên lần lượt là 92,6%; 90,2%; 87,7% và 82,4%. Số NB tái phát tại chỗ của phẫu thuật có LPLD và không LPLD lần lượt là 26 NB (7,4%) và 44 NB (12,6%) ( $p = 0,024$ ) [8]. Kết quả NC trong và sau mổ cho thấy thời gian phẫu thuật ở nhóm LPLD dài hơn 360 phút so với 254 phút ( $p < 0,0001$ ). Thời gian phẫu thuật trong NC này thấp hơn có thể do về trình độ kỹ thuật của phẫu thuật viên thành thực, trang thiết bị, dụng cụ hiện đại. Lượng máu mất trong vét hạch chậu nhiều hơn 576 ml so với 337 ml ( $p < 0,0001$ ). Biến chứng sau mổ độ 3 - 4 có 76 NB (22%) ở nhóm LPLD và 56 NB (16%) ở nhóm không LPLD và biến chứng chủ yếu gặp là rò miệng nối lần lượt là 18 NB (6%) và 13 NB (5%) ( $p = 0,46$ ) [7]. Trong nghiên cứu chúng tôi có 1 NB trong quá trình phẫu tích vét hạch chậu ngoài bên trái phía bờ trong đã bị tổn thương tĩnh mạch chậu ngoài gây mất khoảng 200 ml máu, đã được phẫu thuật khâu cầm máu ngay trong mổ, không phải truyền máu và không chuyển mổ mở. Trong thời gian theo dõi có 1 NB biến chứng hẹp hậu môn đã được nong rộng bằng bộ dụng cụ nong hậu môn. Sau đó người bệnh ổn định, đại tiện bình thường.

## V. Kết luận

Vét hạch chậu bên bằng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp có hoá xạ trị tiền phẫu bước đầu cho kết quả khả thi, an toàn và hiệu quả, ít ảnh hưởng tới chức năng tiết niệu, sinh dục, số lượng nạo vét hạch nhiều hơn, tỉ lệ hạch chậu bên di căn 42,8%. Tuy nhiên cần có nhiều nghiên cứu với số lượng người bệnh nhiều hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá hiệu quả ung thư học và chất lượng sống của người bệnh.

## Tài liệu tham khảo

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Rectal Cancer Version 2.2020 — March 3, 2020. .
2. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019.pdf. .
3. Sugihara K., Kobayashi H., Kato T. and et al. (2006). Indication and Benefit of Pelvic Sidewall Dissection for Rectal Cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 49(11), 1663–1672.
4. Atef Y., Koedam T.W., van Oostendorp S.E. and et al. (2019). Lateral Pelvic Lymph Node Metastases in Rectal Cancer: A Systematic Review. *World J Surg*, 43(12), 3198–3206.
5. Akiyoshi T., Matsueda K., Hiratsuka M. and et al. (2015). Indications for Lateral Pelvic Lymph Node Dissection Based on Magnetic Resonance Imaging Before and After Preoperative Chemoradiotherapy in Patients with Advanced Low-Rectal Cancer. *Ann Surg Oncol*, 22(S3), 614–620.
6. Kim M.J. và Oh J.H. (2018). Lateral Lymph Node Dissection With the Focus on Indications, Functional Outcomes, and Minimally Invasive Surgery. *Ann Coloproctol*, 34(5), 229–233.
7. Fujita S., Akasu T., Mizusawa J. and et al. (2012). Postoperative morbidity and mortality after mesorectal excision with and without lateral lymph node dissection for clinical stage II or stage III lower rectal cancer (JCOG0212): results from a multicentre, randomised controlled, non-inferiority trial. *The Lancet Oncology*, 13(6), 616–621.
8. Fujita S., Mizusawa J., Kanemitsu Y. and et al. (2017). Mesorectal Excision With or Without Lateral Lymph Node Dissection for Clinical Stage II/III Lower Rectal Cancer (JCOG0212): A Multicenter, Randomized Controlled, Noninferiority Trial. *Annals of Surgery*, 266(2), 201–207.
9. Oh H.-K., Kang S.-B., Lee S.-M. and et al. (2014). Neoadjuvant Chemoradiotherapy Affects the Indications for Lateral Pelvic Node Dissection in Mid/Low Rectal Cancer with Clinically Suspected Lateral Node Involvement: A Multicenter Retrospective Cohort Study. *Ann Surg Oncol*, 21(7), 2280–2287.
10. Wei M., Wu Q., Fan C. and et al. (2016). Lateral pelvic lymph node dissection after neoadjuvant chemoradiation for preoperative enlarged lateral nodes in advanced low rectal cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 561.
11. Akiyoshi T., Toda S., Tominaga T. and et al. (2019). Prognostic impact of residual lateral lymph node metastasis after neoadjuvant (chemo)radiotherapy in patients with advanced low rectal cancer. *BJS Open*, 3(6), 822–829.