

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt gian cơ thắt, toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn điều trị ung thư trực tràng thấp

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

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng gian cơ thắt, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn; thang điểm Wexner.

Địa chỉ liên hệ:

Lê Văn Quốc,
Khoa Phẫu thuật Hậu môn – Trực tràng, Viện Phẫu thuật Tiêu hoá,
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Số 1, Trần Hưng Đạo, Hai Bà Trưng,
Hà Nội
Điện thoại: 0979 966 103
Email: Lequoch108@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 kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt gian cơ thắt (Intersphincteric resection – ISR), toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn (Transanal total mesorectal excision – TaTME) điều trị ung thư trực tràng thấp.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu những người bệnh (NB) được phẫu thuật nội soi hoàn toàn ISR, TaTME điều trị ung thư trực tràng thấp tại khoa phẫu thuật (PT) Hậu môn – Trực tràng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2018 – 9/2019.

Kết quả: 67 NB (47 nam, 20 nữ), tuổi trung bình $62,7 \pm 9,3$ tuổi (40 - 82). Khoảng cách từ bờ dưới khối u tới mép hậu môn: $4.4 \pm 0,8$ cm (2,5 - 5,5). Mức độ xâm lấn khối u (T) trước mổ 65,7% T4; 31,3% T3; 3,0% T2; 84,9% hạch nghi ngờ di căn giai đoạn (GĐ) trước hóa xạ trị (HXT) dài ngày 98,1% III, 1,9% II. Có 14,9% NB không hoá xạ trị (HXT) tiền phẫu; 4,5% xạ trị tiền phẫu ngắn ngày; 80,6% HXT tiền phẫu dài ngày. Mức độ xâm lấn khối u sau HXT dài ngày 61,1% T3, 38,9% T2; 46,3% hạch nghi ngờ di căn (GĐ) sau HXT dài ngày 46,3% III, 24,1% II, 29,6% I). Có 35,8% cắt 1 phần; 56,7% cắt bán phần và 7,5% cắt toàn bộ cơ thắt trong. Có 6% NB làm dẫn lưu hồi tràng. Thời gian phẫu thuật trung bình 151,6 phút, số lượng máu mất trung bình 57 ml, thời gian nằm viện trung bình 12,2 ngày. Diện cắt đầu xa, đầu gần, diện cắt chu vi không thấy tế bào u: 100%. Số lượng hạch trung bình vét được 5,3 hạch. GĐ sau mổ 38,9% III, 23,9% II, 25,4% I, 11,6% GĐ 0; 37,3% NB hạch di căn (GĐ sau mổ ở NB HXT 29,7% III, 24,1% II, 29,6% I, 16,7 GĐ 0). Tỷ lệ biến chứng chung: 15,0%. Thời gian theo dõi 6 tháng: 2 NB tái phát tại chỗ; 1 NB di căn gan. Chức năng hậu môn đánh giá theo thang điểm Wexner trước mổ, sau mổ 1 tháng, 6 tháng lần lượt là 13.0 ± 3.8 ; 11.5 ± 4.9 và 9.1 ± 5.6 .

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt gian cơ thắt, toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn điều trị ung thư trực tràng là khả thi, an toàn, đảm bảo về mặt ung thư học. Chức năng hậu môn tốt dần theo thời gian.

Assessment of the result of laparoscopic intersphincteric resection, transanal total mesorectal excision for low rectal cancer

Le Van Quoc, Trieu Trieu Duong, Diem Dang Binh, Ho Huu An

108 Military Central Hospital

Abstract

Introduction: To assess the results of laparoscopic for intersphincteric resection (ISR), (Transanal total mesorectal excision – TaTME) for rectal cancer.

Materials and Methods: A descriptive retrospective study of patients underwent laparoscopic for intersphincteric resection, TaTME at the Department of Colon and Rectal, 108 Military Central Hospital from June 2018 to September 2019.

Results: 67 patients (47 males, 20 females), average age 62.7 ± 9.3 (40 - 82 years). The average distance from the bottom of the tumor to the anal verge: 4.4 ± 0.8 cm (2.5 – 5.5). Preoperative stage were: 65,7 % T4; 31,3 % T3, 3,0 % T2, 84,9% suspected metastatic lymph nodes (Stage of before long - course chemoradiotherapy were 98.1% III, 1.9% II). There were 14,9% of patients have no preoperative radiotherapy; 4.5% have short-course radiotherapy ; 80.6% have Preoperative chemoradiotherapy for long-course; Staging after chemoradiotherapy: 61.1% T3, 38.9% T2; 46.3% suspected metastatic lymph nodes (Stage of after long - course chemoradiotherapy were 46.3% III, 24.1% II, 29.6% I. The partial intersphincteric resection accounted for 35.8%; subtotal intersphincteric resection accounted for 56.7%; 7.5% total intersphincteric resection, 6% ileostomy was conducted. The average time of surgery was 151.6 minutes, the average amount of blood lost was 57ml, the average length of hospital stay was 12.2 days. Free tumor tissue in distal and proximal areas as well as circumference site were 100% specimens. The average number of lymph nodes removed: 5.3. The postoperative stages were : 38,9% III, 23,9% II, 25,4% I, 11,6% T0. Metastatic lymph nodes (Stage of postoperative chemoradiotherapy were 29,7% T III, 24,1% TII, 29,6% TI, 16,7 T0). General complications were 15.0%. Six month follow-up found two local recurrence; one metastatic liver. The anal function assessed by Wexner score before, after surgery 1 month and 6 months were 13.0 ± 3.8 ; 11.5 ± 4.9 và 9.1 ± 5.6 .

Conclusion: Laparoscopic intersphincteric resection, transanal total mesorectal excision for low rectal cancer was feasible, safe oncology aspects ; Anal function improves with time.

Keywords: Laparoscopic for Intersphincteric resection (ISR); transanal total mesorectal excision (TaTME); Wexner score.

I. Đặt vấn đề

Điều trị ung thư trực tràng (UTTT) đòi hỏi sự phối hợp nhiều phương pháp: Phẫu thuật (PT), hoá trị, xạ trị và miễn dịch trị liệu, trong đó PT đóng vai trò quan trọng. Đối với UTTT thấp, mục đích của PT nhằm vừa đảm bảo nguyên tắc của ung thư, đồng thời vừa đảm bảo chất lượng cuộc sống của người bệnh [1], [2], [3], [4].

Kết quả PT UTTT thấp có nhiều thay đổi tiến bộ từ khi PT Miles ra đời năm 1908 đến nay. Năm 1979 tác giả Heald là người mô tả mạc treo trực tràng (MTTT) và kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total mesorectal excision – TME) đã làm giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ từ 12% - 20% còn 2,7% - 4% và tỉ lệ sống 5 năm tăng lên đến 87,5% [2], [3].

Có nhiều nghiên cứu (NC) cho thấy khoảng cách diện cắt đầu dưới của khối u tới mép hậu môn sạch tế bào ung thư là 2cm, thậm chí có trường hợp 1cm là an toàn ở NB được hoá xạ trị (HXT) tiền phẫu. Ngoài ra, điều trị đa mô thức như HXT đã làm giảm giai đoạn bệnh; nhờ sự hiểu biết về đặc điểm xâm lấn khối u, di căn hạch trong UTTT; giải phẫu cũng như chức năng cơ thắt hậu môn đã làm tăng tỷ lệ PT bảo tồn cơ thắt hậu môn [1], [5].

Năm 1994, Schiessel đã đưa ra kỹ thuật ISR điều trị u trực tràng thấp nhằm bảo tồn ống hậu môn nâng cao chất lượng sống cho NB [6]. Tuy nhiên, khi PT đi đường bụng từ trên xuống PT gặp nhiều khó khăn ở NB nam giới, béo, u kích thước lớn... để đảm bảo được tính nguyên vẹn của mạc treo trực tràng. Đặc biệt khó xác định chính xác diện cắt dưới để đảm bảo sạch tế bào u ở những NB đã HXT dài ngày trước mổ khi đi đường bụng. Năm 2010, Sylla báo cáo kết quả PT TaTME nhằm giải quyết những khó khăn trên [7]. Từ đó đến nay, nhiều NC đã ứng dụng kỹ thuật này cho kết quả khả quan về mặt ung thư học và chức năng [8], [9].

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gian cơ thắt, toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn điều trị UTTT thấp. Báo cáo này nhằm đánh giá kết quả PT về mặt ung thư học cũng như kết quả chức năng của hậu môn.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng

67 NB UTTT thấp được PTNS ISR, TaTME tại

Khoa PT Hậu môn – Trực tràng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2018 - 9/2019.

Phương pháp nghiên cứu

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

Kỹ thuật

Kỹ thuật mổ nội soi hoàn toàn ISR, TaTME gồm 3 thì chính. Trước khi PTNS qua đường hậu môn, thực hiện nội soi qua trocar 10mm ở rốn kiểm tra tình trạng di căn xa ổ bụng.

Thì hậu môn:

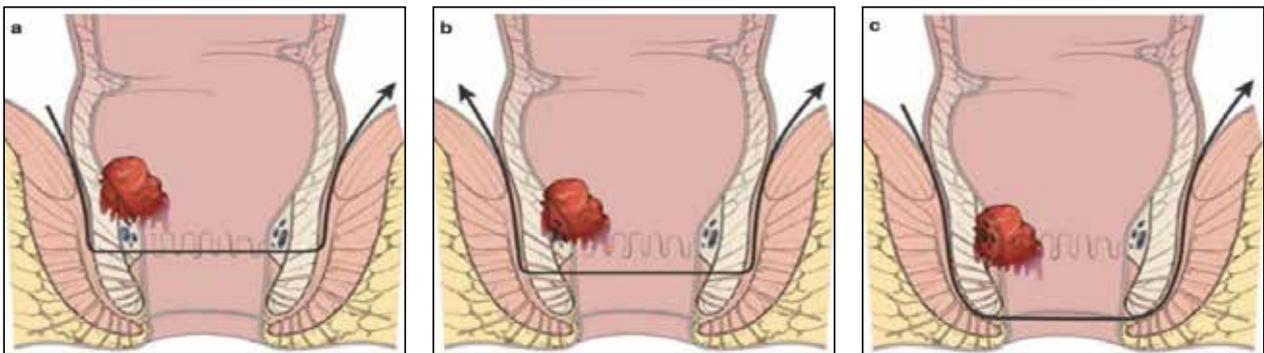
Tùy thuộc vào vị trí khối u, thực hiện các loại ISR: Cắt một phần, bán phần, toàn bộ cơ thắt trong (Hình 1). Phẫu tích vào mặt phẳng gian cơ thắt phía cực dưới u ít nhất 1cm với NB đã HXT dài ngày, sau đó giải phóng lên trên đủ không gian đặt Van Gelpoint Path (Đây là điểm khác với phẫu thuật TaTME thông thường: Đặt Van Gelpoint Path vào hậu môn sau đó thực hiện tất cả các thao tác phía trong van). Tiếp tục phẫu tích cắt toàn bộ MTTT lần lượt phẫu tích phía sau, 2 bên và phía trước cho đến khi gặp nếp gấp phúc mạc ở phía trước.

Thì bụng:

Giống các bước PT cắt trực tràng đường trước.

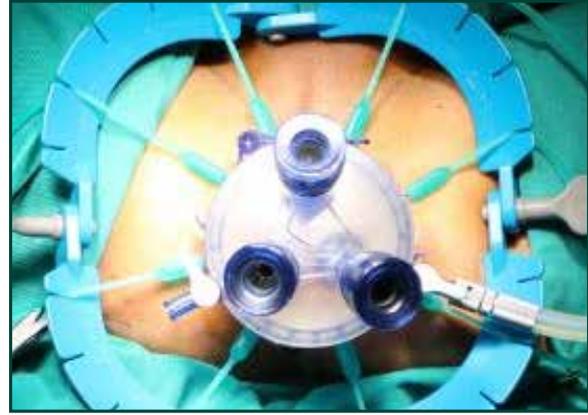
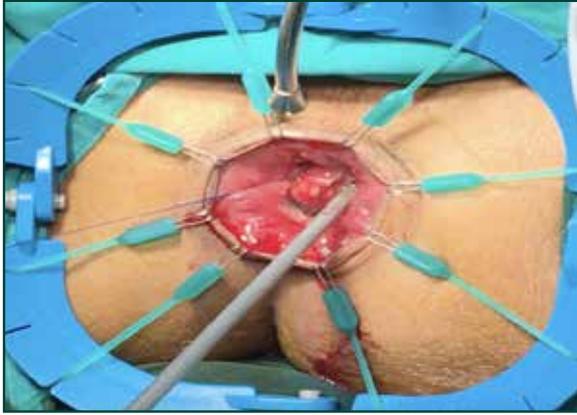
Thì làm miệng nối

Kéo đại trực tràng cùng khối u qua đường hậu môn. Nối đại tràng với ống hậu môn kiểu tận - tận, hoặc tận bên (kiểu J pouch) 01 lớp bằng tay với chỉ Vicryl 3.0 mũi rời. Thực hiện làm dẫn lưu hồi tràng ở các NB được đánh giá trong mổ có nguy cơ xì rò miệng nối. Thực hiện đóng dẫn lưu hồi tràng sau 3 tuần.



Hình 1: a - Cắt 1 phần cơ thắt trong; b - Cắt bán phần cơ thắt trong; c - Cắt toàn bộ cơ thắt trong.

(Nguồn: George J và cộng sự (cs) [1])



Hình 2: Phẫu tích diện cắt dưới, đủ để đặt van Gelpoint Path

(Nguồn: NB Nguyễn Thị K . SHS:19471398)



Hình 3: Miệng nối đại tràng - ống hậu môn sau cắt bán phần cơ thắt trong

(Nguồn: NB Đình Văn Đ . SHS:19238711)



Hình 4: Miệng nối đại tràng - ống hậu môn sau cắt toàn bộ cơ thắt trong

(Nguồn: NB Nguyễn Thị K . SHS:19471398)

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, giai đoạn trước, sau hoá xạ trị dài ngày, đặc điểm PT, đặc điểm giải phẫu bệnh. Đánh giá mức độ đại tiện tự chủ theo thang điểm Wexner [3].

III. Kết quả

Có 67 NB (47 nam, 20 nữ), tuổi trung bình 62,7 ± 9,3 tuổi (40 - 82). BMI trung bình 22,6 ± 1,5 (20,3 - 32,4).

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh

Đặc điểm	n (%)
Hóa xạ trị tiến phẫu dài ngày	54 (80,6%)
Xạ trị tiến phẫu ngắn ngày	3 (4,5%)
Không hoá trị, xạ trị tiến phẫu	10 (14,9%)
Giai đoạn khối u ngày trước (c), sau hoá xạ trị (y) dựa vào MRI	
cIII - yIII	53 (98,1%) - 25 (46,3%)
cII - yII	1 (1,9%) - 13 (24,1%)
cI - yI	0 (0%) - 16 (29,6%)
Hạch nghi ngờ di căn trước và sau HXT dài ngày	(n = 54)
cN0 - pN0	1 (1,9%) - 29 (53,7%)
cN+ - pN+	53 (98,1%) - 25 (46,3%)

Khoảng cách bờ dưới u đến mép hậu môn (cm):
 $4.4 \pm 0,8$ (2,5 - 5,5).

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	n (%)
Loại PT ISR	
Cắt 1 phần cơ thắt trong (CTT)	24 (35,8%)
Cắt bán phần CTT	38 (56,7%)
Cắt toàn bộ CTT	5 (7,5%)
Kiểu miệng nối đại tràng - ống hậu môn	
Tận - tận	51 (76,1%)
Bên - tận	16 (23,9%)
Dẫn lưu hồi tràng	4 (6,0%)

Tai biến: 1 NB (1,5%). Thời gian PT: $151,6 \pm 26,4$ phút (110 - 200). Thời gian nằm viện: $11,1 \pm 5,3$ ngày (5 - 33). Số lượng máu mất trong mổ: $57 \pm 26,6$ ml (15 - 150). Phẫu thuật lại 3 NB (4,5%).

Bảng 3: Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm	n (%)
Cắt bỏ mạc treo trực tràng	
Hoàn toàn	58 (86,6%)
Gần hoàn toàn	9 (13,4%)
Số lượng hạch nạo vét được	$5,5 \pm 4,5$ (0 - 23)
Giai đoạn sau mổ ở NB HXT dài ngày:	(n = 54)
0; I; II; III	8 (14,8%); 16 (29,6%); 13 (24,1%); 17 (31,5%)
Hạch di căn (N)	(n = 54)
ypN0	41 (78,8%)
ypN+	13 (21,2%)

Diện cắt đầu xa sạch tế bào u 100%; Diện cắt chu vi (Circumferential resection margin - CRM) sạch tế bào u 100%.

Bảng 4: Giai đoạn trước mổ và sau mổ

Đặc điểm	n = 67 (%)
Giai đoạn trước mổ và sau mổ	
cIII - pIII	60 (89,5%) - 26 (38,9%)
cII - pII	5 (7,5%) - 16 (23,9%)
cI - pI	2 (3%) - 17 (25,4%)
c0 - p0	0 (0%) - 8 (11,9%)
Hạch di căn trước mổ và sau mổ	
cN0 - pN0	9 (13,4%) - 42 (62,7%)
cN+ - pN+	58 (86,6%) - 25 (36,3%)

Bảng 5: Kết quả theo dõi sau 6 tháng

Đặc điểm	n (%)
Biến chứng	10 (15,0%)
Rò miệng nối	5 (7,5%)
Áp xe cạnh hậu môn	2 (3,0%)
Hẹp miệng nối	2 (3,0%)
Bí tiểu	1 (1,5%)
Tái phát	3 (4,5%)
Tại chỗ	2 (3,0%)
Di căn xa	1 (1,5%)

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình 11,4 tháng (6 - 20 tháng). Tỷ lệ biến chứng chung: 18,2%. Điểm Wexner trước mổ, sau mổ 1 tháng, 6 tháng lần lượt là: $1,0 \pm 0,2$; $8,2 \pm 0,8$; $5,5 \pm 0,5$.

IV. Bàn luận

Đặc điểm NB, chỉ định PT

Năm 2017, NC Kazuo Shirouzu và cộng sự (cs) PT ISR với khối u trực tràng thấp [10] lựa chọn chỉ định PT chủ yếu là UTTT với T1-T3, vị trí bờ dưới khối u cách mép hậu môn khoảng 1- 5cm. Chống chỉ định PT khi có di căn xa, khối u kém di động (T4: xâm lấn cơ thắt ngoài, cơ mu trực tràng), ung thư biểu mô tuyến kém biệt hoá, chức năng hậu môn kém, hoặc kèm theo bệnh lý tâm thần kinh. Đây

cũng là chỉ định, chống chỉ định cho PT TaTME. Đặt biệt chỉ định TaTME lý tưởng cho những NB nam giới, khung chậu hẹp, khối u lớn, béo phì (BMI > 30). Trong NC BMI trung bình 22,6, thấp hơn các NC khác [8], [11], [9]. Có thể đây là đặc điểm chung của người Việt, có chỉ số BMI nhỏ hơn so với các nước châu Âu. Trong NC có 1 NB nam giới, có chỉ số BMI 32.4, tuy nhiên khi PT TaTME rất thuận lợi cho việc phẫu tích TME. Ngoài ra PT TaTME còn giúp nhận biết chính xác cực dưới khối u, phẫu tích đúng lớp giải phẫu ở những NB HXT tiền phẫu dài ngày. Đánh giá vị trí, giai đoạn khối u trước mổ dựa vào nội soi, kết quả cộng hưởng từ, thăm trực tràng bằng tay. Trong đó thăm trực tràng bằng tay khối u dưới gây mê là quan trọng nhất để đưa ra chiến thuật PT cuối cùng. Kết quả trong NC ở bảng 2 tương tự với các tác giả khác (Bảng 6).

Kết quả phẫu thuật

Thực hiện miệng nối đại tràng - ống hậu môn bằng khâu nối tay hoặc bằng máy khâu nối tiêu hoá theo 4 kiểu: tận – tận; bên – tận; J pouch; tạo hình đại tràng. Điều kiện để khâu nối máy: Đoạn hậu môn còn lại cần đủ độ dài để lắp máy, do đó với PT cắt bán phần và toàn bộ cơ thắt trong thực hiện khâu nối tay là tiêu chuẩn vàng với nhiều ưu điểm: Dễ thực hiện, đơn giản, thói quen của nhiều PT viên. Trong NC thực hiện 2 kiểu miệng nối bằng khâu nối tay: kiểu tận – tận (51 NB), kiểu bên – tận (16 NB) (Hình 2; Hình 3).

NC gặp tỷ lệ biến chứng là 15,0% trong đó 5 NB (7,5%) rò miệng nối (3 NB được PT lau rửa dẫn lưu ổ bụng, làm dẫn lưu hồi tràng và khâu lại miệng nối, 1 NB khâu lại miệng nối qua đường hậu môn, 1 NB điều trị bảo tồn). 2 NB (4,6%) áp xe cạnh hậu môn (1 NB rạch ổ áp xe, làm dẫn lưu hồi tràng; 1 NB điều trị nội khoa) sau đó các NB ổn định. 2 NB (3,0%) hẹp miệng nối được nong bằng tay, sau đó ổn định. 1 NB (1,5%) có tuyến tiền liệt to, bí tiểu sau mổ đã được điều trị nội khoa, dẫn lưu bàng quang trên xương mu, sau 1 tháng NB tiểu tiện bình thường, được rút bỏ dẫn lưu trên xương mu.

Kết quả ung thư học

Các yếu tố ảnh hưởng tới tái phát tại chỗ, di căn xa bao gồm: Cắt bỏ mạc treo trực tràng, diện cắt đầu gần, đầu xa, diện cắt chu vi. Tất cả các NB PT cắt gian cơ thắt được cắt toàn bộ mạc treo trực tràng hoàn toàn 58 NB (86,6%), cắt bỏ gần hoàn toàn 9 NB (13,4%). 100% diện cắt đầu xa, đầu gần, diện cắt chu vi sạch tế bào u. Đây là các yếu tố tiên lượng tỉ lệ tái phát tại chỗ. Khi PT TaTME thì tỷ lệ cắt bỏ mạc treo hoàn toàn và gần hoàn toàn tăng lên, đặc biệt các diện cắt đảm bảo sạch tế bào ung thư. Kết quả NC tương tự kết quả của các tác giả khác [9], [11], [8].

NC Tokodo và cs đã tiến hành cắt ISR: số lượng cắt 1 phần cơ thắt, bán phần cơ thắt, toàn bộ cơ thắt trong lần lượt là 12; 4 và 14 NB. Diện cắt đầu gần,

Bảng 6: Kết quả nghiên cứu của một số tác giả

Nghiên cứu	Tác giả	Rullier [5]	Schiessel [6]	Tokoro [4]	Saito [12]
Năm		2005	1994	2013	2014
Số NB		92	38	30	199
Tuổi		65 (25 - 86)	56	59 (31 - 75)	59 (27 - 80)
Giới (Nam/ nữ)		57/35	21/17	16/14	144/55
Khoảng cách u tới mép hậu môn (cm)		3 (1,5 - 4,5)	3 (1-5)	2,8 (3 - 5,5)	3,5 (1 - 5,5)
Mức độ xâm lấn khối u		T1 - T3	T1 - T3	T1 - T3	T1 - T4
HXT tiền phẫu (%)		88	0	0	25
Cắt gian cơ thắt (P/ ST/ T)		P/ ST/ T	P/ ST/ T	14/12/4	144/55/0

đầu xa sạch tế bào u 100%. Tỷ lệ biến chứng chung 33,3%: hẹp miệng nối 7 NB, sa miệng nối 2 NB, rò âm đạo ống hậu môn 1 NB. Thời gian theo dõi 56,2 tháng, số NB tái phát tại chỗ, di căn xa, kết hợp cả 2 lần lượt là 4 NB, 3 NB, 2 NB. Thời gian sống toàn bộ 5 năm, sống không bệnh lần lượt là 76,5% và 68,4% [4].

NC Schiessel và cs thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ 10% và sống không bệnh 83,2% [6]. NC Rullier và cs thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ 2%, sống không bệnh 70% [5]. NC Saito và cs tỉ lệ tái phát tại chỗ 5,8% và thời gian sống toàn bộ, thời gian sống không bệnh lần lượt là 91,9% và 83,2% [12].

Số lượng hạch trung bình nạo vét được là 5,5 ± 4,5 (0 - 23) hạch. Hạch di căn có ý nghĩa trong tiên lượng điều trị, tái phát. Trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng, để đánh giá chính xác giai đoạn bệnh cần nạo vét được tối thiểu 12 hạch. Tuy nhiên, điều trị HXT tiền phẫu, không những làm giảm mức độ xâm lấn khối u, mà còn làm giảm số lượng hạch vét được. Trong NC có 80,6% NB được HXT tiền phẫu dài ngày, nên số hạch vét được trong nghiên cứu thấp hơn 1 số tác giả [2], [10].

Bảng 4 cho thấy 8 NB (14,8%) kết quả giải phẫu bệnh đáp ứng hoàn toàn sau xạ: Không có tế bào u ở thành trực tràng, không có di căn hạch. Nhiều nghiên cứu cho thấy, đáp ứng hoàn toàn sau xạ khoảng 15% [1], [10]. Đánh giá đáp ứng sau xạ có nhiều thang điểm chủ yếu dựa vào kết quả thăm trực tràng bằng tay, hình ảnh nội soi hoặc siêu âm nội soi, cộng hưởng từ tiểu khung và/ hoặc PET/ CT. Quan điểm hiện nay, đánh giá giai đoạn khối u sau xạ nếu kết quả điều trị đáp ứng hoàn toàn thì chiến thuật điều trị là chờ đợi và theo dõi hay là PT? Đây là chủ đề đang còn nhiều bàn cãi.

Kết quả đánh giá chức năng

PT điều trị UTTT bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu cần đánh giá chức năng hậu môn, tiết niệu, sinh dục. Trong nghiên cứu này tập trung vào đánh giá chức năng hậu môn. Để đánh giá chức năng hậu môn các tác giả thường dựa vào thang điểm Kiwan, Wexner... Mỗi thang điểm có ưu nhược điểm riêng, trong thống kê sử dụng thang điểm Wexner để đánh giá chi tiết về mức độ són phân đặc, lỏng, khí, ảnh

hưởng đến chất lượng cuộc sống. Trong PT cắt gian cơ thắt điều trị UTTT thấp, các tác giả quan tâm nhiều tới chức năng hậu môn. Theo y văn, số lần đại tiện sau mổ từ 2,2 – 5,1 lần/ ngày; tỷ lệ NB bị đại tiện gấp gấp từ 2 – 50%. Chức năng đại tiện bình thường đạt 30 - 80%. Tỷ lệ mất tự chủ 9 – 88% [6], [4]. Nghiên cứu Saito và cs (2014), khi theo dõi NB trong 5 năm so sánh chức năng hậu môn giữa nhóm chỉ PT và nhóm NB có điều trị HXT tiền phẫu điểm Wexner trung bình lần lượt là 8 và 10 điểm. Phân tích yếu tố ảnh hưởng xấu tới chức năng hậu môn là nam giới, HXT tiền phẫu [12]. Kết quả nghiên cứu cho thấy số điểm Wexner cải thiện theo thời gian theo dõi, số điểm Wexner trước mổ, sau mổ 1 tháng, 6 tháng lần lượt là 1,0 ± 0,2; 8,2 ± 0,8; 5,5 ± 0,5.

V. Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt kết hợp cắt toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn điều trị ung thư trực tràng thấp là khả thi, an toàn, đảm bảo về mặt ung thư học. Chức năng hậu môn tốt dần theo thời gian.

Tài liệu tham khảo

- George J. Chang (2018), *Rectal Cancer Modern Approaches to Treatment*, © Springer International Publishing AG, USA.
- Lange M.M., Rutten H.J. and van de Velde C.J.H. (2009). One hundred years of curative surgery for rectal cancer: 1908–2008. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 35(5), 456–463.
- Heald R.J., Husband E.M. and Ryall R.D. (1982). The mesorectum in rectal cancer surgery—the clue to pelvic recurrence?. *Br J Surg*, 69(10), 613–616.
- Tokoro T., Okuno K., Hida J. and et al (2013). Analysis of the clinical factors associated with anal function after intersphincteric resection for very low rectal cancer. *World J Surg Onc*, 11(1), 24.
- Rullier E., Laurent C., Bretagnol F. and et al (2005). Sphincter-Saving Resection for All Rectal Carcinomas. *Ann Surg*, 241(3), 465–469.
- Schiessel R., Karner-Hanusch J., Herbst F. and et al (1994). Intersphincteric resection for low rectal tumours. *Br J Surg*, 81(9), 1376–1378.
- Sylla P., Rattner D.W., Delgado S. and et al (2010). NOTES transanal rectal cancer resection using transanal

- endoscopic microsurgery and laparoscopic assistance. *Surg Endosc*, 24(5), 1205–1210.
8. Penna M., Hompes R., Arnold S. and et al (2017). Transanal Total Mesorectal Excision: International Registry Results of the First 720 Cases. *Annals of Surgery*, 266(1), 111–117.
 9. Hajibandeh S., Hajibandeh S., Eltair M. and et al (2020). Meta-analysis of transanal total mesorectal excision versus laparoscopic total mesorectal excision in management of rectal cancer. *Int J Colorectal Dis*.
 10. Shirouzu K., Murakami N., and Akagi Y. (2017). Intersphincteric resection for very low rectal cancer: A review of the updated literature. *Ann Gastroenterol Surg*, 1(1), 24–32.
 11. Vignali A., Elmore U., Milone M. and et al (2019). Transanal total mesorectal excision (TaTME): current status and future perspectives. *Updates Surg*, 71(1), 29–37.
 12. Saito N., Ito M., Kobayashi A. and et al (2014). Long-term Outcomes after Intersphincteric Resection for Low-Lying Rectal Cancer. *Ann Surg Oncol*, 21(11), 3608–3615.