

Đánh giá kết quả điều trị ung thư trực tràng giữa, thấp giai đoạn II, III sau hóa - xạ trị bằng phẫu thuật nội soi

Lê Tuấn Anh, Nguyễn Hoàng, Nguyễn Phước Bảo Hưng, Lê Vĩnh Phúc, Hồ Quốc Khánh

Bệnh viện Đà Nẵng

Địa chỉ liên hệ:

Lê Tuấn Anh,

Bệnh viện Đà Nẵng

Số 124 Hải Phòng, Thạch Thang,

Hải Châu, Đà Nẵng

Điện thoại: 0905 517 678

Email: tuananhintern@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/12/2024

Ngày chấp nhận đăng:

21/3/2025

Ngày xuất bản: 28/3/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi là lựa chọn tối ưu trong điều trị ung thư trực tràng. Nhiều nghiên cứu gần đây ghi nhận hóa - xạ trị trước mổ cho kết quả tốt về giảm kích thước, mức độ xâm lấn của khối u, giúp thuận lợi trong phẫu thuật.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp, giai đoạn II, III đã hóa - xạ trị bằng phẫu thuật nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả một loạt 32 trường hợp ung thư trực tràng giữa và thấp, giai đoạn II, III đã hóa - xạ trị hỗ trợ được phẫu thuật nội soi tại Khoa Ngoại Tiêu Hóa - Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 11/2021 đến tháng 10/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình là $60,5 \pm 8,0$. Tỷ lệ ung thư trực tràng thấp 28,1%, trực tràng giữa 71,9%. Trước hóa - xạ trị: giai đoạn II: 34,4%, giai đoạn III: 65,6%, sau hóa - xạ trị bổ trợ: giai đoạn I: 25,0%, giai đoạn II: 56,3%, giai đoạn III: 18,7%. Khối u đáp ứng hoàn toàn: 6,3%, không hoàn toàn: 78,1%, không đáp ứng: 15,6%. Phẫu thuật cắt trước thấp: 23 trường hợp, Pull-Through: 4, phẫu thuật Miles: 5. Thời gian nằm viện trung bình $10,4 \pm 6,5$ ngày. Chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát tại chỗ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp, giai đoạn II, III có ưu điểm ít đau, hồi phục sớm sau mổ. Kết hợp hóa - xạ trị trước mổ nhận thấy giảm kích thước, giai đoạn khối u giúp phẫu thuật có tỷ lệ bảo tồn cơ thắt cao (84,4%: 71,9% cắt trước thấp và 12,5% Pull-through).

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, ung thư trực tràng giữa và thấp, hóa-xạ trị trước phẫu thuật.

Outcomes laparoscopic surgery for patients with middle and low rectal cancer staging II-III after neoadjuvant chemoradiation

Le Tuan Anh, Nguyen Hoang, Nguyen Phuoc Bao Hung, Le Vinh Phuc, Ho Quoc Khanh

Da Nang Hospital

Abstract

Introduction: Laparoscopic surgery is considered the optimal treatment for patients with rectal cancer. Numerous recent studies about preoperative neoadjuvant chemoradiation have showed good results in reducing tumor size, invasion and more favorable in surgery. This study was to evaluate the early outcomes of laparoscopic surgery for stage II, III middle and low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation.

Patients and Methods: We presented a case series of 32 patients with stage II, III of middle and low rectal cancer underwent laparoscopic surgery after neoadjuvant chemoradiation at the Department of Digestive Surgery - Da Nang Hospital, from November/2021 to October/2023.

Results: Mean age was $60,5 \pm 8$ years, low rectal cancer was 28.1%, middle rectal cancer was 71.9%. Before neoadjuvant chemoradiation, stage II was 34.4%, stage III was 65.6%, after neoadjuvant chemoradiation, stage I was 25.0%, stage II was 56.3%, stage III was 18.7% respectively. Oncology response completely was 6.3%, incompletely response was 78.1%, no response was 15.6%. Laparoscopic low anterior resection for 23 patients, Pull-through for 4 patients, Miles procedure for 5 patients. Mean hospital stay was $10,4 \pm 6,5$ days. The local recurrence was not observed in this series.

Conclusions: Advantages of laparoscopic surgery for stage II, III of middle and low rectal cancer were less postoperative pain, faster recovery. Combined neoadjuvant chemoradiation has reduced tumor size as well as downstage in order to preserving sphincter in high rate, accounted for 84.4% (71.9% low anterior resection and 12.5% Pull-through).

Keywords: laparoscopic surgery, middle and low rectal cancer, preoperative neoadjuvant chemoradiation.

Đặt vấn đề

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại trực tràng đã trở nên phổ biến và là lựa chọn hàng đầu trong điều trị ung thư đại trực tràng [1]. Nhiều nghiên cứu đa trung tâm cũng đã chấp nhận về mặt ung thư học trong phẫu thuật này. Giảm sang chấn mô, đau vết

mổ ít, vận động sớm, phục hồi nhanh sau mổ, thời gian nằm viện ngắn và thẩm mỹ là những ưu điểm của PTNS so với mổ mở [2], [3]. Tùy thuộc vào vị trí và giai đoạn ung thư trực tràng (UTTT) mà có sự lựa chọn những phương pháp phẫu thuật khác nhau: cắt trước, cắt trước thấp, cắt trực tràng bảo tồn toàn bộ

hoặc một phần cơ thắt trong, nối đại tràng - ống hậu môn (Pull-through), cắt cụt trực tràng (Miles), hoặc chỉ làm hậu môn nhân tạo.

Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME), bảo tồn cơ thắt hậu môn, đảm rối thần kinh tự động vùng chậu nhằm giảm các rối loạn niệu - sinh dục, tránh làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn là những mục tiêu hiện nay trong phẫu thuật UT TT 1/3 giữa và 1/3 thấp.

Hóa - xạ trị tân trước phẫu thuật UT TT không những giảm kích thước và giai đoạn khối u mà còn làm tăng tỷ lệ cắt u triệt để, bảo tồn cơ thắt, đồng thời giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ [4], [5]. Tuy nhiên trị liệu này ảnh hưởng gây xơ dính vùng chậu - tiểu khung, làm mất cấu trúc các mặt phẳng giải phẫu, cân mạc treo đại tràng, làm tổ chức lành quanh u bị giảm tưới máu, dẫn đến một số khó khăn khi phẫu thuật và tăng nguy cơ xảy ra biến chứng sau mổ. Nhận thấy được ảnh hưởng của những chọn lựa điều trị đến cơ hội được chữa lành và chất lượng cuộc sống người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *đánh giá kết quả điều trị hoá-xạ trị tân bổ trợ cũng như kết quả phẫu thuật nội cắt trực tràng ở nhóm bệnh UT TT 1/3 giữa và thấp, giai đoạn II, III đã hóa xạ trị tiền phẫu.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 32 người bệnh ung thư trực tràng 1/3 giữa và dưới, giai đoạn II, III đã hóa - xạ trị tân bổ trợ tiền phẫu được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng tại Khoa Ngoại Tiêu Hóa - Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 11/2021 đến tháng 10/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng, vị trí u cách rìa hậu môn ≤ 10 cm, chưa di căn xa, đã hóa - xạ trị tiền phẫu đủ liệu trình.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

Các bước tiến hành:

Khám lâm sàng, thăm trực tràng, xét nghiệm CEA, nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết, chụp CT

bụng - chậu, MRI (1.5T) tiểu khung. Chẩn đoán xác định UT TT 1/3 giữa - dưới, giai đoạn II, III, chưa di căn xa (phân độ giai đoạn u theo Hiệp Hội Ung Thư Châu Âu 2017) [6], [7].

Hóa - xạ trị: tổng liều 46Gy, phân liều 200 cGy/ngày (5 ngày trong tuần) kết hợp uống Capecitabine (Xeloda) 850mg/m² da x 2 lần/ngày vào các ngày xạ trị kể cả ngày cuối tuần. Đánh giá bằng MRI tiểu khung sau hóa - xạ trị và phẫu thuật được thực hiện sau kết thúc liệu trình 4 tuần.

Phẫu thuật: Người bệnh được gây mê nội khí quản. Tư thế Trendelenburg, dạng hai chân. Vào ổ bụng sử dụng 5 trocar, đánh giá khối u và kiểm tra tình trạng di căn các tạng ổ bụng. Phẫu tích và nạo vét hạch dọc bó mạch mạc treo tràng dưới, thắt bó mạch cách gốc 2cm. Di động mạc treo đại tràng đến bờ dưới tụy, đại tràng trái đến góc lách, di động trực tràng (cắt toàn bộ mạc treo trực tràng), bảo tồn đám rối thần kinh hạ vị. **Cắt trước thấp:** cắt ngang trực tràng bằng máy cắt thẳng dưới u tối thiểu 2cm, đưa ra ngoài qua chỗ mở bụng ở hố chậu phải, cắt trực tràng kèm khối u, nối đại tràng xuống - trực tràng bằng máy nối vòng, mở hồi tràng tại vị trí mở bụng. **Cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt, nối đại tràng - ống hậu môn (Pull-through):** di động toàn bộ trực tràng đến sàng chậu mức thấp nhất có thể được (qua cơ nâng hậu môn và thấy cơ thắt hậu môn), cắt cơ thắt trong toàn bộ hay một phần qua ngả hậu môn, theo mặt phẳng này đi lên đến khi gặp mặt phẳng phẫu tích ngả bụng, kéo trực tràng mang u qua ngả hậu môn (nếu khối u nhỏ có thể qua được), cắt trực tràng kèm khối u, nối đại tràng - ống hậu môn tức thì hoặc nối muôn. **Phẫu thuật Miles:** Cắt toàn bộ trực tràng kèm một phần đại tràng Sigma, cắt ống hậu môn, cơ thắt, tổ chức mỡ quanh hậu môn, nạo vét hạch qua ngả bụng và tầng sinh môn, hậu môn nhân tạo vĩnh viễn đầu trên đại tràng Sigma.

Đánh giá khối u sau hóa - xạ trị: Đáp ứng hoàn toàn (khối u và tất cả hạch lân cận biến mất, CEA bình thường), đáp ứng không hoàn toàn (khối u giảm 30% kích thước, còn ít nhất 1 hạch, CEA cao), khối u không đáp ứng (không thay đổi hoặc tăng kích thước khối u, không giảm số lượng hạch, CEA cao) (phân

chia theo Tiêu Chuẩn Đánh Giá Đáp Ứng Khối U 2009) [8].

Theo dõi và tái khám: Mỗi 3 tháng trong 6 tháng đầu, mỗi 6 tháng sau đó trong năm đầu, mỗi 6 - 12 tháng những năm tiếp theo. Khám miệng nối, vết mổ, CEA, CT ngực, bụng - tiểu khung, nội soi đại trực tràng, có thể chụp MRI, PET Scan (tùy vào tình trạng mỗi người bệnh). Tái phát tại chỗ: khối u vùng tiểu khung (trước xương cụt, quanh miệng nối, quanh hậu môn), di căn xa: u thứ phát ở cơ quan khác, kể cả vị trí hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và vùng bẹn.

Kết quả nghiên cứu

Từ tháng 11/2021 đến 10/2023, 32 người bệnh ung thư trực tràng giữa và thấp, giai đoạn II, III sau hóa - xạ trị tân bổ trợ được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng. Gồm 18 nam (56,3%), 14 nữ (43,7%). Tuổi trung bình $60,5 \pm 8$ tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 82 tuổi.

Độ tuổi hay gặp là 61-80 tuổi, chiếm tỷ lệ 37,5%. Tỷ lệ các trường hợp nhỏ hơn 20 tuổi và lớn hơn 80 tuổi mắc ung thư trực tràng lần lượt là 6,3% và 9,4%.

Vị trí ung thư trực tràng giữa và thấp: Trong nghiên cứu có 23 trường hợp ung thư trực tràng giữa chiếm tỷ lệ 71,9%, ung thư trực tràng thấp với 28,1% (9 trường hợp).

Bảng 1: Giai đoạn ung thư trực tràng trước và sau hóa - xạ trị

Giai đoạn ung thư	Trước hóa - xạ trị		Sau hóa - xạ trị	
	N	%	N	%
I	0	0	8	25,0
II	11	34,4	18 (4+14)	56,2
III	21	65,6	6	18,8
Tổng	32	100	32	100

Có 15/21 (71,4%) trường hợp UTTT giai đoạn III và 4/11 (36,3%) trường hợp giai đoạn II đáp ứng với hoá xạ trị tiền phẫu.

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	N	%
Cắt trước thấp	23	71,9
Pull – through	4	12,5
Cắt cụt trực tràng (Miles)	5	15,6
Tổng	32	100

Sau hoá xạ trị tiền phẫu có 23 trường hợp cắt trước thấp chiếm tỷ lệ 71,9% (có đưa hồi tràng ra da), 4 trường hợp phẫu thuật Pull-through, trong đó cắt nối đại tràng - ống hậu môn thì đầu 3 trường hợp, nối muộn (thì 2) sau 8 ngày có 1 trường hợp.

Bảng 3: Đáp ứng khối u sau hóa - xạ trị

Sự đáp ứng khối u	N	%
Đáp ứng hoàn toàn	2	6,3
Đáp ứng không hoàn toàn	25	78,1
Khối u không đáp ứng	5	15,6
Tổng	32	100

Có 2 trường hợp đáp ứng khối u hoàn toàn sau hoá xạ trị, chiếm tỷ lệ 6,3%, tỷ lệ khối u đáp ứng một phần là 78,1%, không đáp ứng khối u là 15,6%.

Biến chứng sau mổ: Tỷ lệ biến chứng chung của chúng tôi là 12,5%, trong đó bí tiểu sau mổ 2 trường hợp (6,3%), chảy máu sau mổ 1 trường hợp (3,1%), hẹp miệng nối 1 trường hợp (3,1%). Chưa ghi nhận biến chứng rò miệng nối dưới lâm sàng và lâm sàng.

Thời gian nằm viện trung bình $12,4 \pm 6,5$ ngày. Không có trường hợp nào tử vong trong thời gian hậu phẫu. Tất cả các người bệnh được đóng hồi tràng sau 3 tuần. Theo dõi 18 người bệnh sau 2 năm và 14 người bệnh sau 1 năm, chưa ghi nhận tái phát tại chỗ hay di căn xa.

Bàn luận

Bàn luận về đặc điểm chung: Kết quả cho thấy tuổi trung bình của người bệnh cao: $60,5 \pm 8$ tuổi, điều này phù hợp với dịch tễ học, tuổi càng lớn nguy cơ mắc UTĐT càng cao. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu Kwang Kuk Park (2014) là 60,4 tuổi [9], Alves (2005) là $66,0 \pm 13$ tuổi [10]. Người bệnh lớn tuổi nhất trong nghiên cứu chúng tôi là 82 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi. Một số báo cáo ca lâm sàng nhận thấy UTĐT khởi phát sớm dưới 20 tuổi có các đặc điểm: rất hiếm gặp, độ ác tính cao, tiên lượng kém và thường liên quan yếu tố gia đình. Merone (2012) ghi nhận người bệnh nam 17 tuổi, ung thư tế bào nhẵn đại tràng lên, sau phẫu thuật và hóa - xạ trị thời gian sống thêm 9 tháng [11], Mirchandani (2016) báo cáo người bệnh nữ 18 tuổi, ung thư biểu mô đại tràng ngang, độ biệt hóa trung bình, khi phát hiện đã có di căn gan [12].

Bàn luận đặc điểm UTĐT và đáp ứng hóa - xạ trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi khối u trực tràng vị trí 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 71,9%, vị trí 1/3 dưới chiếm 28,1%. Kwang Kuk Park (2014) tỷ lệ này là 69,6% và 30,4% [9]. Hầu hết các nghiên cứu có tỷ lệ UTĐT 1/3 giữa gặp nhiều hơn 1/3 dưới. Đây là một kết quả khả quan cho những người bệnh UTĐT, vì phẫu thuật đối với khối u vị trí 1/3 dưới gặp nhiều khó khăn trong phẫu tích, biến chứng trong, sau mổ cao hơn so với khối u vị trí 1/3 giữa hay 1/3 trên, đặc biệt trong vấn đề bảo tồn cơ thắt.

Có 34,4% UTĐT trong nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn II (khối u xâm lấn qua lớp thanh mạc T3 hoặc xâm lấn đến các cơ quan lân cận T4, không có hạch lân cận và chưa di căn xa), giai đoạn III (khối u xâm lấn bất kỳ T1 đến T4, đã di căn hạch lân cận, chưa di căn xa) chiếm 65,6%. Sau hóa - xạ trị tỷ lệ giai đoạn III chỉ 18,8%, qua đó thấy rằng các khối u trực tràng đáp ứng với trị liệu khá tốt. Có 2/32 người bệnh đáp ứng hoàn toàn chiếm tỷ lệ 6,3%, trong 2 trường hợp này chúng tôi phẫu thuật dựa vào thông tin về vị trí u trước hóa - xạ trị, mở đoạn trực tràng đã cắt kiểm tra trước khi nối máy thấy chỉ còn một sẹo xơ nhỏ ở niêm cơ. Tác giả Lorimer (2017) nghiên cứu 27.532 người bệnh có tỷ lệ khối u đáp

ứng hoàn toàn là 13,0% [13]. 25/32 người bệnh đáp ứng một phần, khối u giảm kích thước nhưng giá trị CEA cao và còn các hạch lân cận chiếm tỷ lệ 78,1%. 5/32 người bệnh không đáp ứng với hóa - xạ trị, khối u không giảm kích thước chiếm tỷ lệ 15,6%. Sự đáp ứng của khối u với hóa - xạ trị trước mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố: liều lượng, thời gian trị liệu, hóa chất sử dụng, thời gian nghỉ trước phẫu thuật, do vậy tỷ lệ đáp ứng của khối u không giống nhau ở những trung tâm khác nhau, nhưng quan trọng hơn hết là liệu trình điều trị phải đảm bảo người bệnh chịu ảnh hưởng của độc tính không quá nhiều và hiệu quả do hóa - xạ trị đem lại đối với khối u cũng như lợi ích của nó trong quá trình phẫu thuật.

Bàn luận về phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật được thực hiện sau hoá xạ trị 4 tuần, có 23 trường hợp u trực tràng giữa được cắt trước thấp nối đại tràng - trực tràng hoặc ống hậu môn bằng máy khâu nối tự động (13 EEA31, 9 EEA35, 1 EEA29). Vị trí trocar 10mm ở hố chậu phải được mở rộng để lấy khối u và chuẩn bị làm miệng nối, sau đó mở hồi tràng ra da tại vị trí này. Nhiều nghiên cứu kết luận rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ rò miệng nối giữa có hay không mở hồi tràng sau cắt trực tràng nối máy, nhưng bên cạnh đó vẫn có các tác giả cho rằng mở hồi tràng làm giảm tỷ lệ rò miệng nối ở những người bệnh có nguy cơ cao như: đại tháo đường, sử dụng các thuốc Steroids, hút thuốc, tăng huyết áp, đặc biệt trên những người bệnh sau hóa - xạ trị. Magdalena Pisarska (2018) thấy rằng, mở hồi tràng không những giảm tỷ lệ rò miệng nối mà còn giảm tỷ lệ mổ lại do biến chứng cũng như giảm mức độ nặng khi biến chứng rò miệng nối xảy ra [14]. Một nghiên cứu đa trung tâm ở Thụy Điển, Đan Mạch của tác giả Anne K Danielsen (2017) nhận thấy an toàn khi đóng sớm hồi tràng vào ngày thứ 8 - 13 sau mổ, tránh được các biến chứng do mở hồi tràng gây ra, nếu người bệnh không có bằng chứng rò miệng nối [15]. Các trường hợp trước đóng hồi tràng chúng tôi chụp cản quang đại tràng đánh giá hẹp miệng nối và tình trạng rò miệng nối dưới lâm sàng. Trong nhóm cắt trước thấp có 22 trường hợp chúng tôi đóng hồi tràng sau 4 tuần, 1 trường hợp

đóng muôn hơn sau 8 tuần do người bệnh này điều trị hẹp miệng nối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp phẫu thuật Miles, trong đó 4 trường hợp u cách rìa hậu môn < 2cm, và 1 trường hợp u cách rìa hậu môn 3,5cm nhưng xâm lấn T4, không đáp ứng với hóa xạ trị trước mổ (trường hợp này chúng tôi không thực hiện phẫu thuật Pull-through vì nguy cơ tái phát tại chỗ).

Phẫu thuật Pull-through 4 trường hợp đối với u ≥ 2 cm: trong đó 3 trường hợp cắt trực tràng kèm một phần cơ thắt trong, nối đại tràng - ống hậu môn ngay trong mổ, chúng tôi khâu 8 mũi rời toàn thể đối xứng nhau, khâu tăng cường sau đó ở vị trí nghi ngờ. Một trường hợp tổ chức xơ dính nhiều do hóa xạ trị nên chúng tôi không khâu nối ngay mà kéo đại tràng ra thêm 5cm tạo mỏm thừa ở ngoài, sau đó khâu dính tại chân của mỏm thừa 4 mũi khâu thanh cơ, vì đại tràng sigma của người bệnh này dài nên chúng tôi không cần giải phóng thêm qua đại tràng ngang, sau 8 ngày chúng tôi kiểm tra và cắt dưới chân mỏm thừa 0,5cm, nối mỏm đại tràng với ống hậu môn bằng 6 mũi khâu rời toàn thể, sau xạ trị cả 4 trường hợp này khối u đáp ứng một phần, chúng tôi có thể đưa u qua ống hậu môn được mà không cần mở bụng để cắt bỏ u qua đó thấy được ưu điểm của hóa xạ trị trước mổ và tính thẩm mỹ của phẫu thuật nội soi trong các trường hợp này.

Bàn luận các biến chứng, tái phát và di căn xa:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 người bệnh bí tiểu sau mổ: 1 trường hợp lớn tuổi có phì đại tiền liệt tuyến trước đó, 1 trường hợp nam 22 tuổi, hẹp niệu đạo không rõ nguyên nhân, người bệnh này trong mổ chúng tôi đã đặt sonde tiểu khó, phải sử dụng đến que nong. Xử trí: đặt lại sonde tiểu và điều trị phối hợp bệnh lý kèm. Chảy máu sau mổ 1 trường hợp: chảy máu tại diện khoét ống hậu môn trong phẫu thuật Miles. Xử trí: người bệnh được mổ lại kiểm tra, cầm máu diện cắt. Sau mổ người bệnh ổn định. Hẹp miệng nối đại - trực tràng trong cắt trước thấp 1 trường hợp, người bệnh này khi tái khám để đóng hồi tràng, thăm hậu môn thấy hẹp miệng nối không nong được bằng ngón út, trường hợp này

chúng tôi điều trị bảo tồn thành công bằng nong hậu môn bằng Hegar số lớn dần (không phải mổ lại hay nong bằng bóng qua nội soi đại trực tràng), đóng hồi tràng muôn hơn 3 tuần. Các biến chứng trên cũng được báo cáo bởi nhiều tác giả trong nước.

Chưa phát hiện tái phát tại chỗ và di căn xa ở 18 người bệnh theo dõi sau 2 năm và 14 người bệnh theo dõi sau 1 năm, chúng tôi thấy kết quả hóa - xạ trị tân bổ trợ và phẫu thuật bước đầu thuận lợi. Nhiều nghiên cứu với liệu hóa - xạ ban đầu khác nhau thì tỷ lệ tái phát khác nhau [4].

Kết luận

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp, giai đoạn II, III có ưu điểm ít đau, hồi phục sớm sau mổ. Kết hợp hóa - xạ trị trước mổ giảm kích thước, giai đoạn khối u, giúp phẫu thuật có tỷ lệ bảo tồn cơ thắt cao (84,4%: 71,9% cắt trước thấp và 12,5% Pull-through). Cần có thêm số lượng người bệnh và thời gian theo dõi lâu dài để có sự đánh giá chính xác hơn về kết quả của phẫu thuật này.

Tài liệu tham khảo

1. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). Surg Laparosc Endosc Percut Tech. 1991;1:144-50.
2. Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, Walker J, Jayne DG, Smith AMH, et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. Lancet. 2005;365:1718-26.
3. Nelson H, Sargent DJ, Wicand HS, Fleshman J, Anvari M, Stryker SJ, et al. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. N Engl J Med. 2004;350:2050-9.
4. Bosset JF, Collette L, Calais G, Mineur L, Maingon P, Radosevich-Jelic L, et al. Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer. New Engl J Med. 2006;355:1114-23.
5. Park JJ, Yu CS. Current issues in locally advanced colorectal cancer treated by preoperative chemoradiotherapy. World J Gastroenterol. 2014;20:2023-9.
6. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret R, Brown G, R#del D, Cervantes A, et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2017;28(4):22-40.

7. Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C. TNM Classification of Malignant Tumours 2016.
8. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al. New response evaluation criteria in solid tumors: revised RECIST guideline. *Eur J Cancer*. 2009;45:228-47.
9. Park KK, Lee SH, Baek SU, Ahn BK. Laparoscopic resection for middle and low rectal cancer. *J Minim Access Surg*. 2014;10(2):68-71.
10. Alves A, Panis Y, Mathieu P, Kwiatkowski F, Slim K, Manton G. Mortality and morbidity after surgery of mid and low rectal cancer. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005;29(5):509-14.
11. Marone J, Patel S, Page M, Cheriya P. Signet cell carcinoma of the colon in a 17 year old child. *Journal of Surgical Case Reports*. 2012(9):3.
12. Mirchandani D, Kulpa J, Khawar N, Kochin I, Narula P, Sundaram R. Metastatic Colon Cancer in an 18 - Year-Old without Predisposing Factors. *Case Rep Pediatr*. 2016.
13. Lorimer PD, Motz BM, Kirks RC, Boselli DM, Walsh KK, Prabhu RS, et al. Pathologic Complete Response Rates After Neoadjuvant Treatment in Rectal Cancer: An Analysis of the National Cancer Database. *Ann Surg Oncol*. 2017;24(8):2095-103.
14. Pisarska M, Gajewska N, Małczak P, Wysocki M, Witowski J, Torbicz G, et al. Defunctioning ileostomy reduces leakage rate in rectal cancer surgery - systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2018;9(29):2081-5.
15. Danielsen AK, Park J, Jansen JE, Bock D, Skullman S, Wedin A, et al. Early Closure of a Temporary Ileostomy in Patients With Rectal Cancer. *Annals of Surgery*. 2017;265(2):284-90.