

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt thực quản ở bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản giai đoạn tiến triển xâm lấn tại chỗ

Assessing the result of video-assisted thoracoscopic esophagectomy in squamous cell esophageal cancer with locoregional invasion

Phạm Văn Hiệp, Nguyễn Cường Thịnh,
Nguyễn Anh Tuấn

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt thực quản trên những bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tiến triển có xâm lấn tại chỗ (T4a). **Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021, 17 bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tiến triển có xâm lấn tại chỗ (T4a) đánh giá trong mổ đã được phẫu thuật nội soi 2 đường ngực-bụng, thay thực quản bằng ống dạ dày đặt sau xương ức. Ghi nhận các đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn bệnh, tai biến, biến chứng và tử vong sau mổ. Thời gian sống thêm sau mổ được phân tích theo Kaplan-Meier. Yếu tố tiên lượng được phân tích theo mô hình hồi qui Cox. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** 100% bệnh nhân là nam giới với tổn thương mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy. 94,1% bệnh nhân được điều trị kết hợp hoá xạ trị. Tỷ lệ phù hợp chẩn đoán về độ sâu xâm lấn là 47,06%. Tỷ lệ phù hợp chẩn đoán về tình trạng di căn hạch là 23,53%. Tất cả bệnh nhân được sử dụng đường hầm sau xương ức đặt ống cuốn. Tỷ lệ diện cắt sạch khối u R0 đạt 94,1%. Số hạch trung bình vét được là 25,76 hạch, trong đó hạch dương tính trung bình là 1,18 hạch. Màng phổi là cơ quan bị xâm lấn nhiều nhất chiếm 64,6%. Biến chứng sau mổ: Khàn tiếng thường gặp nhất chiếm 17,6%. Thời gian theo dõi trung bình là 7,6 tháng. Tỷ lệ tử vong là 11,8%. Không có ca tái phát tại chỗ. Thời gian sống thêm trung bình là 17,28 tháng. Tỷ lệ sống thêm trung bình tại thời điểm 12 tháng sau mổ là 71,4%. Các yếu tố tuổi và tình trạng xâm lấn khối u, tình trạng di căn hạch không có giá trị tiên lượng sống sót ($p>0,05$). **Kết luận:** Ung thư thực quản giai đoạn T4a đánh giá trong mổ có tiên lượng sống sót kém, tuy nhiên, phẫu thuật cắt thực quản là khả thi, an toàn.

Từ khoá: Ung thư thực quản, phẫu thuật nội soi cắt thực quản.

Summary

Objective: To evaluate the results of esophagectomy in patients with locoregional invasion. **Subject and method:** From March 2020 to August 2021, 17 patients with advanced stage T4a esophageal cancer evaluated intraoperatively underwent esophagectomy using substernal route. Record the characteristics of clinical, paraclinical, disease stage, complications and mortality after surgery. Overall survival was analyzed according to Kaplan-Meier. Prognostic factors were analyzed according to Cox regression model. Data were analyzed using SPSS 20.0 software.

Ngày nhận bài: 4/01/2022, ngày chấp nhận đăng: 19/10/2022

Người phản hồi: Phạm Văn Hiệp, Email: phamhoaphong@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Result: 100% of patients were male with histopathological lesion of squamous cell carcinoma. 94.1% of patients received combined chemotherapy and radiotherapy. The diagnostic concordance rate for depth of invasion was 47.06%. The diagnostic concordance rate for lymph node metastasis was 23.53%. All patients used the retrosternal tunnel. The rate of R0 resection reached 94.1%. The average number of lymph nodes removed was 25.76, of which the average number of positive nodes was 1.18. The pleura was the most invaded organ. About postoperative complications: hoarseness was the most common complication. Mean follow-up time was 7.6 months. Mortality rate was 11.8%. There were no local recurrences. Mean survival time was 17.28 months. The mean survival rate at 12 months postoperatively was 71.4%. Age factors and tumor invasion status, lymph node metastasis had no predictive value for survival ($p>0.05$). **Conclusion:** Esophageal cancer stage T4a evaluated intraoperatively has a poor prognosis, however, esophagectomy is feasible and safe.

Keywords: Esophageal cancer, video-assisted thoracoscopic esophagectomy.

1. Đặt vấn đề

Mặc dù có những tiến bộ rõ rệt trong chẩn đoán và sàng lọc trong thời gian gần đây nhưng ung thư thực quản (UTTQ) vẫn thường được phát hiện trong tình trạng tiến triển. Thực quản ngực được bao bọc xung quanh bởi các tạng quan trọng như: khí quản, phế quản gốc, phổi, động mạch chủ, màng tim. Đây là các tạng thường bị xâm lấn và tình trạng khối u tiến triển dần dần dẫn tới không còn khả năng cắt bỏ. Theo các nghiên cứu trước kia, tỷ lệ ung thư thực quản xâm lấn các tạng xung quanh từ 12-30% [1].

Ung thư thực quản tiến triển tại chỗ xâm lấn các tạng xung quanh thường được đánh giá trước mổ bằng chụp cắt lớp vi tính. Ở giai đoạn này, bệnh nhân được điều trị đa mô thức: Hoá chất và xạ trị để giảm giai đoạn, đánh giá lại nếu có thể tiến hành cắt bỏ thì phẫu thuật cắt thực quản được chỉ định. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm ở những bệnh nhân này từ 0-42% tùy thuộc giai đoạn [2].

Sau điều trị hoá xạ trị, khó đánh giá được chính xác giai đoạn nếu căn cứ vào chụp cắt lớp vi tính. Tại Việt Nam, chưa ghi nhận báo cáo nào liên quan tới kết quả phẫu thuật trên bệnh nhân ung thư thực quản tiến triển tại chỗ, xâm lấn tạng xung quanh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt thực quản ở những bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tiến triển có xâm lấn tại chỗ (T4a).*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu tiến hành trên 17 bệnh nhân ung thư thực quản tế bào vảy, 1/3 giữa và 1/3 dưới được đánh giá là giai đoạn tiến triển ở trong mổ (T4a). Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt thực quản 2 đường ngực bụng, vét hạch 2 vùng, thay thế thực quản bằng ống dạ dày đặt sau xương ức với đường hầm được tạo ra bằng phẫu thuật nội soi trong thì bụng. Phẫu thuật được thực hiện tại Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hoá-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có can thiệp. Toàn trạng bệnh nhân được đánh giá dựa theo thang điểm của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ [3]. Bệnh nhân làm xét nghiệm, chụp CLVT trước mổ đánh giá giai đoạn. Phân loại và đánh giá theo tiêu chuẩn TNM của Hiệp hội Ung thư quốc tế UICC phiên bản thứ 8 [4]. Tiến hành phẫu thuật ngay đối với bệnh nhân ở giai đoạn khối u chưa xâm lấn quá lớp cơ, chưa có di căn hạch (T2N0). Ở giai đoạn tiến triển, chỉ định điều trị hoá xạ trị, đánh giá lại nếu có thể cắt bỏ sẽ tiến hành phẫu thuật. Trong mổ, khối u được đánh giá độ sâu xâm lấn ở mức T4a khi có xâm lấn vào các cơ quan lân cận như: Màng phổi, màng tim, tĩnh mạch Azygos, cơ hoành, động mạch

chủ khi quan sát thấy tổn thương u xâm lấn vào các cơ quan này [4], [5]. Trong trường hợp u xâm lấn màng phổi sẽ tiến hành cắt màng phổi cùng u, bệnh phẩm trong bloc (u và màng phổi) được gửi tới khoa giải phẫu bệnh lý đánh giá. Mức độ xâm lấn được đánh giá chính xác bởi các nhà giải phẫu bệnh sau mổ. Các biến chứng sau mổ được chẩn đoán và đánh giá theo thang điểm Clavien-Dindo [6].

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt thực quản, sử dụng đường hầm sau xương ức đặt ống dạ dày, vết hạch 2 vùng

ngực-bụng. Các chỉ số trong mổ, tai biến sau mổ, kết quả giải phẫu bệnh được ghi nhận. Bệnh nhân được hẹn tái khám tại thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau mổ.

Dữ liệu được phân tích và trình bày dưới dạng trung bình hoặc tỷ lệ %. Trong phân tích sống sót, tỷ lệ sống thêm toàn bộ được đánh giá theo phương pháp Kaplan-Meier. Yếu tố tiên lượng sống sót sau mổ được đánh giá theo phương pháp hồi qui Cox, có giá trị tiên lượng khi trị số $p < 0,05$. Tất cả số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Bệnh nhân (n = 17)	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	17	100
Nữ	0	0
Tình trạng toàn thân		
Thang điểm ASA: 0	16	94,1
Thang điểm ASA: 1	1	5,9
Điều trị trước mổ		
Không	1	5,9
Hoá xạ trị tiền phẫu	15	88,2
Hoá xạ trị triệt căn	1	5,9

Đặc điểm bệnh nhân được trình bày trong Bảng 1: 100% bệnh nhân là nam giới với tổn thương mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy, với 94,1% bệnh nhân được điều trị kết hợp hoá xạ trị trước mổ.

Bảng 2. So sánh tình trạng khối u trước mổ, trong mổ và kết quả giải phẫu bệnh

Khối u		Trước mổ	Trong mổ	Giải phẫu bệnh
Độ sâu xâm lấn (T)	T0	0	0	2
	T1	0	0	1
	T2	1	0	4
	T3	6	0	2
	T4a	10	17	8
Tình trạng hạch (N)	N0	4	0	9
	N1	9	0	4
	N2	4	17	4

Đối chiếu trong mổ và giải phẫu bệnh cho thấy: Tỷ lệ phù hợp chẩn đoán về độ sâu xâm lấn (T) là 47.06%, trong đó có 11.8% bệnh nhân được đánh giá là T0 mặc dù trong mổ đánh giá là T4a. Tỷ lệ phù hợp chẩn đoán về tình trạng di căn hạch là 23,53%, trong đó có 52,94% đánh giá không có di căn hạch.

Bảng 3. Kết quả trong mổ

Thông số	Bệnh nhân (n = 17)	Tỷ lệ %
Ổng dạ dày		
Toàn bộ	5	29,4
Ổng lớn	12	70,6

Đường hầm được sử dụng Sau xương ức Trung thất sau		17 0	100 0
Diện cắt R0 R1		16 1	94,1 5,9
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút, min-max)		313,94 ± 33,87 (265-368)	
Cơ quan bị xâm lấn	Màng phổi	11	64,6
	Màng tim	1	5,9
	Tĩnh mạch Azygos	1	5,9
	Cơ hoành	1	5,9
	Động mạch chủ	3	17,7

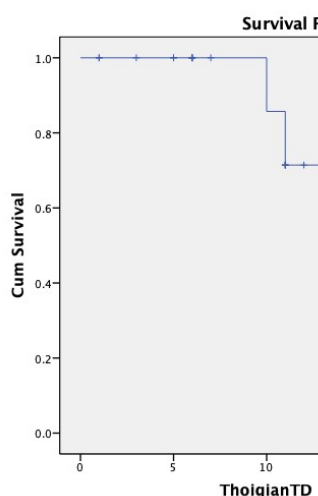
Tất cả bệnh nhân được sử dụng đường hầm sau xương ức đặt ống cuốn. Màng phổi là cơ quan bị xâm lấn nhiều nhất (64,6%).

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh

Thông số	Kết quả	Min-max
Tổng số hạch trung bình(Hạch)	25,76 ± 12,6	9-28
Tổng số hạch dương tính trung bình	1,18±1,55	0-5

Bảng 5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ		Bệnh nhân (n=17)	Tỷ lệ %	Phân độ theo Clavien-Dindo
Khàn tiếng		3	17,6	CDI
Rò miệng nối		2	11,8	CDII
Rò dưỡng chấp		1	5,9	CDII
Viêm phổi		1	5,9	CDII
Tử vong		2	11,8	
Di căn xa	Phổi	1	5,9	Chết
	Đại tràng	1	5,9	Chết
	Hạch	1	5,9	Sống
	Xương	1	5,9	Sống
	Không	12	76,4	Sống
Tái phát tại chỗ		0		
Thời gian theo dõi trung bình (Tháng)		7,6 ± 4,72 (1-20)		



Hình 1. Biểu đồ sống sót theo Kaplan-Meier

Thời gian sống thêm trung bình: 17,28 $\pm$ 1,62 tháng. Tỷ lệ sống thêm trung bình tại thời điểm 12 tháng sau mổ là 71,4%.

Bảng 6. Yếu tố tiên lượng sống sót theo mô hình hồi qui Cox

Yếu tố	Giá trị p	OR, 95% CI
tuổi	0,510	(0,59-4,072)
Độ sâu xâm lấn (T4 so với T0-T3)	0,993	(0,00-2,227)
Đi căn hạch (N0 so với N+)	0,807	(0,00-2,986)

Các yếu tố tuổi và tình trạng xâm lấn khối u, tình trạng di căn hạch không có giá trị tiên lượng sống sót ($p > 0,05$).

4. Bàn luận

Theo nghiên cứu của Hiệp hội Ung thư Nhật Bản (JCOG

0303), bệnh nhân ung thư thực quản ở giai đoạn tiến triển tại chỗ nên được chỉ định hoá xạ trị. Trong đó, hoá xạ trị tiền phẫu chỉ định trong trường hợp khối u ở giai đoạn T4a. Đối với giai đoạn T4b, bệnh nhân xác định không có khả năng cắt bỏ, chỉ định điều trị hoá xạ trị triệt căn: Sử dụng 5-Fluorouracil kết hợp với cisplatin, xạ trị với liều 60Gy. Sau hoá xạ trị nếu đánh giá có thể phẫu thuật thì nên chỉ định phẫu thuật cắt thực quản. Nghiên cứu JCOG 0303 chỉ ra rằng có khoảng 16,9% bệnh nhân đáp ứng tốt với hoá xạ trị, có thể tiến hành phẫu thuật [7]. Chúng tôi cũng áp dụng qui trình điều trị của Hiệp hội Ung thư Nhật Bản: 15/17 bệnh nhân được điều trị hoá xạ trị trước mổ, 1/17 bệnh nhân được hoá xạ trị triệt căn, 1 bệnh nhân do không đánh giá chính xác giai đoạn u nên tiến hành phẫu thuật ngay.

Cho tới nay, mới có ít nghiên cứu báo cáo kết quả của phẫu thuật cắt thực quản trên những bệnh nhân ung thư thực quản tiến

triển tại chỗ, xâm lấn các tạng xung quanh. Trong nghiên cứu tại Italia, tác giả thấy rằng có 39,2% bệnh nhân đạt diện cắt R0 và 10,2% bệnh nhân tử vong liên quan tới phẫu thuật. Nghiên cứu cũng cho thấy những bệnh nhân đạt diện cắt R0 có tiên lượng tốt hơn so với những bệnh nhân có diện cắt R1 [8]. Hai nghiên cứu của Nhật cũng được tiến hành với mục đích này. Ikeda và cộng sự báo cáo 42,4% bệnh nhân đạt diện cắt R0 [2]. Gần đây, nghiên cứu của Ohkura báo cáo 42,4% bệnh nhân đạt diện cắt R0 và 33,3% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, không có tỷ lệ tử vong sau mổ. Tác giả nhận thấy bệnh nhân đạt diện cắt R0 có tiên lượng tốt hơn so với nhóm còn lại [9]. Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi có tỷ lệ đạt diện cắt R0 là 94,1% và tỷ lệ biến chứng là 41,17%. Tuy nhiên những biến chứng này là nhẹ, phân loại theo Clavien-Dindo: CDI và CDII, không có tử vong liên quan tới phẫu thuật. Tỷ lệ đạt R0 khác nhau theo từng nghiên cứu liên quan tới việc lựa

chọn bệnh nhân. Chúng tôi không chủ trương lựa chọn bệnh nhân ở giai đoạn T4b: Đánh giá xâm lấn khí quản, phế quản gốc. Mặt khác, sự tiến bộ trong hoá xạ trị thời gian gần đây dẫn tới đáp ứng tốt trên những bệnh nhân ung thư thực quản.

Sau điều trị hoá xạ trị, việc đánh giá kết quả trở nên khó khăn. Theo nghiên cứu của Okamura và cộng sự, sự phù hợp chẩn đoán tình trạng xâm lấn khối u trước mổ và giải phẫu bệnh là 91,4% [10]. Nhiều nghiên cứu trước kia đã chỉ ra vài trò của CT: phân biệt được giữa giai đoạn T3 và T4, tuy nhiên việc phân biệt các giai đoạn sớm trở nên khó khăn [5]. Chúng tôi gặp 1 trường hợp trước mổ bệnh nhân đánh giá giai đoạn T2N0 nhưng trong mổ đánh giá khối u giai đoạn T4a, N1. Theo 1 số nghiên cứu, việc đáp ứng hoàn toàn của khối u ở giai đoạn T4 sau hoá xạ trị là 25% [11]. Việc tiến hành siêu âm nội soi kết hợp đánh giá khối u ở giai đoạn sớm trở nên cần thiết, tuy nhiên trong điều kiện thực tế tại Việt Nam

chưa được tiến hành thường xuyên. Sau khi xạ trị, tổn thương u biến đổi, một số trở thành sẹo lành tính, chụp cắt lớp vi tính vẫn biểu hiện như trước xạ trị-xâm lấn các tạng xung quanh nhưng kết quả giải phẫu bệnh lại ở giai đoạn sớm hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phù hợp chẩn đoán về độ sâu xâm lấn (T) là 47,06%, trong đó có 11,8% bệnh nhân được đánh giá là T0 mặc dù trong mổ đánh giá là T4a. Tỷ lệ phù hợp chẩn đoán về tình trạng di căn hạch là 23,53%, trong đó có 52,94% bệnh nhân đánh giá không có di căn hạch. Điều này nói lên rằng hoá xạ trị có vai trò quan trọng trong việc điều trị giảm giai đoạn khối u. Mặt khác, chúng tôi nhận thấy số hạch bụng dương tính trung bình cao hơn số hạch ngực dương tính trung bình. Điều này được giải thích do trường chiếu xạ tại ngực có tác dụng, trong khi tại bụng là vùng không được chiếu xạ.

Việc lựa chọn chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân có khối u tiến triển tại chỗ, xâm lấn các tạng xung

quanh là vô cùng cần thiết. Trong nghiên cứu của Okamura, tác giả đưa ra nhận xét rằng: Đối với bệnh nhân mức độ xâm lấn T4b, việc phẫu thuật chỉ đưa ra trong trường hợp có đáp ứng tốt với hoá xạ trị triệt căn, đánh giá sớm hơn T2, toàn trạng PS < 1. Tác giả nhận thấy: Với giai đoạn sớm khối u chưa xâm lấn quá lớp cơ, 100% đạt được diện cắt R0, trong khi chỉ 44,8% bệnh nhân đạt diện cắt R0 khi phát hiện ở giai đoạn muộn hơn [10]. Với giai đoạn T4a, theo hướng dẫn của Hiệp hội Ung thư thực quản Nhật Bản, sau điều trị hoá xạ trị tiền phẫu, khối u không tiến triển thêm, có khả năng cắt bỏ thì chỉ định phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp đáp ứng tốt với hoá xạ trị triệt căn cũng đưa vào nhóm nghiên cứu. Để hạn chế các biến chứng sau mổ thì ngoài việc lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật thì việc chuẩn bị trước mổ, đặc biệt là vấn đề hô hấp là vô cùng cần thiết. Trong nghiên cứu của Okamura, tác

giả ghi nhận 51,5% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó có 22,9% bệnh nhân là biến chứng nặng (Clavien-Dindo III), viêm phổi chiếm 50% trong số các biến chứng nặng, dẫn tới 3 trường hợp tử vong sau mổ [10]. Chúng tôi gặp 1 trường hợp viêm phổi nhẹ, điều trị kháng sinh kết hợp chăm sóc đường hô hấp, bệnh nhân hồi phục tốt (Clavien-Dindo II). Việc chăm sóc hô hấp được chúng tôi áp dụng qui trình: Bệnh nhân vào khoa được hướng dẫn tập vật lý trị liệu, tập thở trước mổ 3 - 5 ngày tại Khoa Vật lý trị liệu, sau mổ sử dụng thuốc giảm đau và tập thở ngay, kết hợp giữa người nhà và điều dưỡng Khoa Vật lý trị liệu. Việc phối hợp này mang lại hiệu quả khá tốt cho bệnh nhân.

Phạm vi vét hạch trong ung thư thực quản ở những bệnh nhân giai đoạn > T4a tới nay chưa có bằng chứng rõ ràng. Gần đây, trong nghiên cứu của Ohkura, tác giả đưa ra phạm vi vét hạch tiêu chuẩn, bao gồm vét hạch dự

phòng, có thể dẫn tiên hành an toàn [9]. Tuy nhiên, kết quả vét hạch dự phòng trong nghiên cứu này không cải thiện được thời gian sống thêm của bệnh nhân. Okamura cho rằng việc vét hạch tiêu chuẩn là đủ khi đạt diện cắt R0 [10]. Chúng tôi áp dụng vét hạch thường qui 2 vùng ngực-bụng. Sử dụng mô hình hồi qui Cox, không thấy sự liên quan giữa tình trạng di căn hạch cũng như độ sâu xâm lấn khối u với thời gian sống thêm của bệnh nhân.

Cũng như các nghiên cứu của các tác giả khác, tiên lượng với bệnh nhân ung thư thực quản ở giai đoạn khối u xâm lấn quá lớp thanh mạc là nghèo nàn [9, 10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm trung bình là 17,28 tháng. Tỷ lệ sống thêm trung bình tại thời điểm 12 tháng sau mổ là 71,4%. Câu hỏi đưa ra là có nên tiến hành phẫu thuật hay điều trị hoá xạ trị triệt căn? Nghiên cứu của Bing Yen Wang tiến hành so sánh giữa 4.251 bệnh nhân được

hoá xạ trị triệt căn và 1.236 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật đơn thuần ở những bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tiến triển. Kết quả cho thấy phẫu thuật mang lại thời gian sống dài hơn ở nhóm bệnh nhân giai đoạn I/II, trong khi kết quả 2 nhóm là tương đương ở những bệnh nhân giai đoạn III [12]. Nghiên cứu mới đây nhất của Ronald Chow bao gồm 16.647 bệnh nhân ung thư thực quản được chia thành 2 nhóm: Hoá xạ trị triệt căn so với hoá xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật thì việc tiến hành hoá xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật mang lại thời gian sống tốt hơn [13].

Khàn tiếng do tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược là một biến chứng thường gặp trong phẫu thuật cắt thực quản. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 3 bệnh nhân, biểu hiện khàn tiếng ngay sau mổ. Các bệnh nhân được điều trị không đặc hiệu: Khí dung mũi họng, dùng thuốc giảm nề. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu

thuật, các bệnh nhân đều hồi phục, giọng nói về bình thường giống trước khi phẫu thuật. Các trường hợp này chúng tôi cho rằng nguyên nhân do dây thần kinh thanh quản quặt ngược bị căng kéo, phù nề do tổn thương nhiệt trong quá trình cắt đốt vét hạch. Do đó, sau mổ bệnh nhân hồi phục hoàn toàn mà không cần điều trị đặc hiệu.

Nghiên cứu của chúng tôi có các hạn chế: Số lượng mẫu nhỏ, thời gian theo dõi ngắn, chưa phải là nghiên cứu so sánh. Chúng tôi sẽ tiến hành nghiên cứu dài hơn để đưa ra kết quả chính xác hơn sau này.

5. Kết luận

Các dữ liệu của chúng tôi đã chứng minh rằng ung thư thực quản giai đoạn T4a đánh giá trong mổ có tiên lượng sống dè dặt với thời gian sống thêm trung bình là 17,28 tháng và tỷ lệ sống thêm trung bình tại thời điểm 12 tháng sau mổ là 71,4%. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt thực quản là khả thi, an toàn, tỷ lệ tử vong trong mổ là 0%, khàn

tiếng sau mổ là biến chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 17,6%.

Tài liệu tham khảo

1. Hiroshi Miyata et al (2012) *Clinical relevance of induction triplet chemotherapy for esophageal cancer invading adjacent organs*. Journal of surgical oncology 106(4): 441-447.
2. Ikeda K et al (2001) *Chemoradiotherapy followed by surgery for thoracic esophageal cancer potentially or actually involving adjacent organs*. Diseases of the Esophagus 14(3-4): 197-201.
3. Wendy LA, Maura SM, and Ken M (2003) *Variability in the American Society of Anesthesiologists physical status classification scale*. AANA journal 71(4): 265-276.
4. Thomas WR, Deepa TP, and Eugene HB (2017) *AJCC/UICC staging of cancers of the esophagus and esophagogastric junction: Application to clinical practice*. Annals of cardiothoracic surgery 6(2): 119.
5. Hironori T et al (2012) *Multidetector-computed tomography attenuation values between the tumor and aortic wall in response to induction therapy for esophageal cancer and its predictive value for aortic invasion*. Experimental and therapeutic medicine 3(2): 243-248.
6. Pierre AC et al (2009) *The Clavien-Dindo classification of surgical complications: Five-year experience*. Annals of surgery 250(2): 187-196.
7. Masayuki S et al (2015) *Randomized study of low-dose versus standard-dose chemoradiotherapy for unresectable esophageal squamous cell carcinoma (JCOG0303)*. Cancer science 106(4): 407-412.
8. Giovanni DM et al (2007)

- Chemoradiotherapy followed by surgery for squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus with clinical evidence of adjacent organ invasion.* Journal of surgical oncology 95(3): 261-266.
9. Yu Ohkura et al (2019) *Prognostic factors and appropriate lymph node dissection in salvage esophagectomy for locally advanced T4 esophageal cancer.* Annals of surgical oncology 26(1): 209-216.
 10. Akihiko O et al (2020) *Salvage esophagectomy for initially unresectable locally advanced T4 esophageal squamous cell carcinoma.* Esophagus 17(1): 59-66.
 11. Ohtsu A et al (1999) *Definitive chemoradiotherapy for T4 and/or M1 lymph node squamous cell carcinoma of the esophagus.* J Clin Oncol 17(9): 2915-2921.
 12. Bing-Yen Wang et al (2019) *Comparison between esophagectomy and definitive chemoradiotherapy in patients with esophageal cancer.* The Annals of thoracic surgery 107(4): 1060-1067.
 13. Ronald Chow, et al (2021) *Definitive chemoradiotherapy versus neoadjuvant chemoradiotherapy and esophagectomy for the treatment of esophageal and gastroesophageal carcinoma: A systematic review and meta-analysis.* Radiotherapy and Oncology.