

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trên bệnh nhân ung thư trực tràng được xạ trị ngắn ngày trước mổ

Evaluating the results of laparoscopic total mesorectal excision after preoperative short-course radiation for rectal cancer

Nguyễn Tô Hoài, Nguyễn Anh Tuấn,
Triệu Triều Dương, Nguyễn Văn Dư

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng ở bệnh nhân ung thư trực tràng được xạ trị ngắn ngày trước mổ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 70 bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 giữa, 1/3 dưới giai đoạn II, III được xạ trị trước mổ ngắn ngày kết hợp phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2015 đến tháng 02/2019. Ghi nhận các số liệu về đặc điểm bệnh nhân, kết quả sớm và kết quả xa sau mổ. **Kết quả:** Phẫu thuật cắt trước thấp chiếm 74,3%, phẫu thuật cắt cột trực tràng đường bụng tăng sinh môn chiếm 25,7%. Dẫn lưu hồi tràng 53,8%. Tỷ lệ tai biến 5,7%, biến chứng nặng sau mổ 12,1%. Thời gian mổ trung bình $134,1 \pm 32,4$ phút. Ngày nằm viện sau mổ trung bình $10,8 \pm 5,1$. Mạc treo trực tràng được cắt bỏ hoàn toàn và gần hoàn toàn tương ứng là 63,6% và 36,4%. Diện cắt đầu xa trung bình $24,5 \pm 13,6$ mm, không còn tế bào u 98,0%. Diện cắt chu vi không còn tế bào u đạt 98,5%. Thời gian sống thêm toàn bộ $26,7 \pm 9,6$ tháng; thời gian sống thêm không bệnh $25,2 \pm 10,9$ tháng. Tỷ lệ tái phát 12,1%. Độc tính muộn gặp độ 3 là 12,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng ở bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 giữa, 1/3 dưới được xạ trị tiền phẫu ngắn ngày là phương pháp an toàn, hiệu quả và đảm bảo nguyên tắc ung thư học. Thời gian sống thêm toàn bộ là $26,7 \pm 9,6$ tháng, thời gian sống thêm không bệnh là $25,2 \pm 10,9$ tháng, tỷ lệ tái phát 12,1%.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, ung thư trực tràng, xạ trị trước mổ ngắn ngày.

Summary

Objective: To evaluate the results of laparoscopic total mesorectal excision after preoperative short-course radiation for rectal cancer. **Subject and method:** 70 patients stage II, III, mild and low rectal cancer were treated with short-course radiation combined with laparoscopic total mesorectal excision in 108 Military Central Hospital, from August 2015 to February 2019. The patients' data were recorded: Patient's characteristics, short-term and long-term results. **Result:** Low anterior resection surgery was 74.3%, Abdominoperineal resection surgery was 25.7%. Ileostomy rate was 53.8%. Intraoperative complication was 5.7%, serious postoperative complication was 12.1%. Mean operative time was 134.1 ± 32.4 minutes. Mean postoperative time was 10.7 ± 4.6 days. Complete and nearly complete mesorectum were 63.6% and 36.4% respectively. Mean distal resection margin was 24.5 ± 13.6 mm. Distal margin with negative was 98.0%. Circumferential resection margin with negative was 98.5%. Overall survival and disease-free survival were 26.7 ± 9.6 months and 25.2 ± 10.9 months respectively. Recurrence rate was 12.1%. Late toxicity of the preoperative radiotherapy common grade 3 was 12.9%. **Conclusion:** Laparoscopic total mesorectal excision

Ngày nhận bài: 02/01/2020, ngày chấp nhận đăng: 13/1/2020

Người phản hồi: Nguyễn Tô Hoài, Email: bshoaib3a108@gmail.com, Bệnh viện TWQĐ 108

for mild and low rectal cancer were treated with preoperative short-course radiation is safety, effect and provided oncological radicality. Overall survival and disease-free survival were 26.7 ± 9.6 months and 25.2 ± 10.9 months respectively. Recurrence rate was 12.1%.

Keywords: Laparoscopic surgery, rectal cancer, short-course radiation.

1. Đặt vấn đề

Hiện nay, điều trị đa mô thức ung thư trực tràng đã cho thấy nhiều lợi điểm như kéo dài thời gian sống thêm, giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và di căn xa [1].

Có hai phác đồ phổ biến là xạ trị tiền phẫu ngắn ngày và hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày. Hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày được áp dụng ở Mỹ và một số nước châu Âu, có tổng liều xạ 45 - 50Gy (1,8 - 2Gy/phần liều trong 5 đến 6 tuần), phẫu thuật sau xạ 6 - 8 tuần, phác đồ này đòi hỏi thời gian kéo dài và tăng kinh phí điều trị. Xạ trị ngắn ngày trước mổ được áp dụng ở nhiều nước Bắc Âu với tổng liều 25Gy điều trị trong 5 ngày sau đó phẫu thuật trong vòng 10 ngày tính từ ngày xạ đầu tiên [1], phác đồ điều trị này có thời gian ngắn, kinh phí thấp hơn và dễ áp dụng, nhiều nghiên cứu đã cho thấy xạ trị ngắn ngày hiệu quả về ung thư học tương đương hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày [2], [3].

Tại Việt Nam, xạ trị ngắn ngày trước mổ ung thư trực tràng còn ít được quan tâm, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trên bệnh nhân ung thư trực tràng được xạ trị ngắn ngày trước mổ.*

3. Kết quả

3.1. Trong mổ

Bảng 1. Kết quả trong mổ

Kết quả trong mổ		n = 70	Tỷ lệ %
Phương pháp mổ	LAR*	52	74,3
	APR**	18	25,7
Tai biến		4	5,7
Chuyển mổ mở		4	5,7
Dẫn lưu hồi tràng (n = 52)		28	53,8

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 70 bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 giữa, 1/3 dưới, giai đoạn II, III, được xạ trị tiền phẫu ngắn ngày, sau đó phẫu thuật nội soi cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong thời gian từ tháng 8/2015 đến tháng 02/2019.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng.

Ghi nhận các kết quả trong mổ: Phương pháp mổ, tỷ lệ tai biến, thời gian mổ...

Đánh giá kết quả sớm:

Biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn tầng sinh môn, viêm đường niệu được phân thành biến chứng nhẹ. Các biến chứng chảy máu, tắc ruột sớm sau mổ, rò miệng nối được phân thành biến chứng nặng.

Kết quả sớm phân thành các mức độ tốt, trung bình, kém dựa vào bệnh nhân không có biến chứng hay có biến chứng mức độ nhẹ hoặc mức độ nặng.

Đánh giá kết quả lâu dài: Thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không bệnh, tỷ lệ tái phát...

*: Phẫu thuật cắt trước thấp; **: Phẫu thuật cắt cột trực tràng đường bụng tăng sinh môn.

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân làm dẫn lưu hồi tràng trong nhóm bảo tồn cơ thắt là 53,8%. Thời gian mổ trung bình là $134,1 \pm 32,4$ phút.

3.2. Kết quả sớm

Tỷ lệ biến chứng mức độ nhẹ gặp 21,1%. Biến chứng mức độ nặng gặp 12,1%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ $10,8 \pm 5,1$ ngày.

Bảng 2. Kết quả chung

Kết quả	n	Tỷ lệ %
Tốt	44	66,7
Trung bình	14	21,2
Kém	8	12,1
Tổng	66	100

Nhận xét: Kết quả tốt gặp 66,7%.

Bảng 3. Kết quả cắt mạc treo trực tràng

		n	Tỷ lệ %
Cắt mạc treo trực tràng (n = 66)	Hoàn toàn	42	63,6
	Gần hoàn toàn	24	36,4
Diện cắt đầu xa (n = 49)	Trung bình (SD)	$24,5 \pm 13,6$ mm	
	Không có tế bào u	48	98,0
	Có tế bào u	1	2,0
Diện cắt chu vi (n = 66)	Không có tế bào u	65	98,5
	Có tế bào u	1	1,5

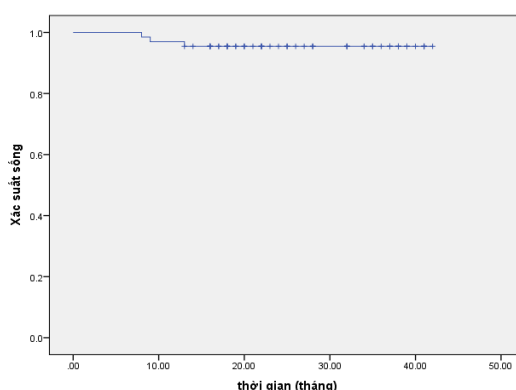
Nhận xét: Cắt mạc treo trực tràng hoàn toàn đạt 63,6%. Hầu hết bệnh nhân có kết quả cắt đầu xa và diện cắt chu vi không còn tế bào u (tương ứng 98,0% và 98,5%).

3.3. Kết quả lâu dài

Thời gian theo dõi trung bình 27,7 tháng (14 - 43 tháng).

3.3.1. Thời gian sống

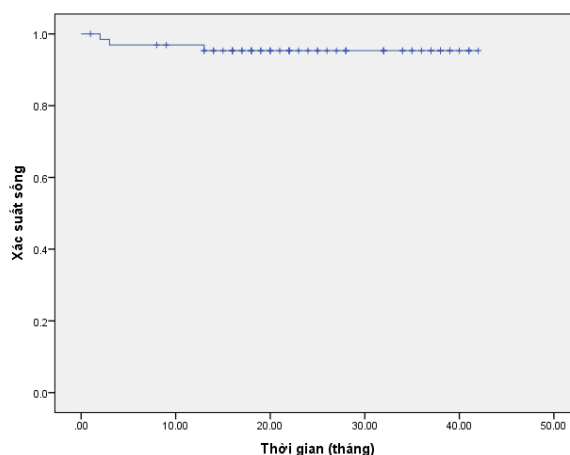
Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ theo Kaplan-Meier

Thời gian sống thêm toàn bộ theo Kaplan-Meier là $26,7 \pm 9,6$ tháng.

Thời gian sống thêm không bệnh



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không bệnh theo Kaplan-Meier

Thời gian sống thêm không bệnh theo Kaplan-Meier là $25,2 \pm 10,9$ tháng.

3.2.2. Tái phát

Tỷ lệ tái phát tại chỗ gặp 8 bệnh nhân (12,1%).

Bảng 4. Tỷ lệ tái phát và một số yếu tố liên quan

Một số yếu tố liên quan		Tái phát (%) (n = 66)	p (Fisher's exact test)
Phương pháp phẫu thuật	Bảo tồn cơ thắt	8 (16,3%)	>0,05
	Cắt cắt trực tràng	0 (0%)	
CEA (ng/ml)	≤ 5	6 (12,8%)	>0,05
	> 5	2 (10,5%)	
Kích thước u (cm)	< 2	0 (0%)	>0,05
	2 - 3	4 (11,8%)	
	> 3	4 (14,3%)	
Giai đoạn bệnh sau mổ	I	0 (0%)	>0,05
	II	6 (14,3%)	
	III	2 (13,3%)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân phẫu thuật APR không có trường hợp nào tái phát, nhóm phẫu thuật LAR có 8 trường hợp tái phát chiếm tỷ lệ 16,3%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Xem xét mối liên quan giữa tái phát với CEA, kích thước u và giai đoạn bệnh thấy khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.3. Độc tính muộn

Độc tính muộn gặp 22,7% bệnh nhân, trong đó độ 3 và độ 4 chiếm 15,1%.

4. Bàn luận

4.1. Kết quả trong mổ

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tất cả bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 giữa được chỉ định phẫu thuật cắt trước thấp. Tỷ lệ phẫu thuật cắt trước thấp và phẫu thuật cắt cắt trực tràng đường bụng tăng sinh môn tương ứng là 74,3% và 25,7% (Bảng 1). Tìm

hiểu tỷ lệ này trong nghiên cứu của Kang và cộng sự [4] thấy tỷ lệ phẫu thuật cắt đứt trực tràng đường bụng tầng sinh môn là 11,2%, cắt trước thấp là 88,8%. Nghiên cứu cho thấy rằng xạ trị trước mổ ngăn ngừa không ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt trước thấp hay cắt đứt trực tràng đường bụng tầng sinh môn.

Minami H và cộng sự (2017) cho rằng làm dẫn lưu hồi tràng giúp giảm tỷ lệ xuất hiện rò và giảm mức độ ảnh hưởng trầm trọng của rò miệng nối nếu có [5]. Những nguy cơ về vấn đề miệng nối được một số tài liệu miêu tả như: Miệng nối ở thấp (khoảng cách miệng nối đến mép hậu môn gần), bệnh nhân nam giới, bệnh tiến triển hoặc di căn, hút thuốc lá, tỷ lệ albumin thấp, đái tháo đường, tuổi cao, bệnh nhân phải truyền máu trong mổ và vấn đề kỹ thuật mổ [4], [5], [6]. Việc điều trị hỗ trợ trước mổ cho đến nay chưa được chứng minh làm tăng nguy cơ về vấn đề miệng nối. Trong thực hành điều trị, phẫu thuật viên rất khó tiên lượng nhóm bệnh nhân nào là có yếu tố nguy cơ cao cần làm dẫn lưu hồi tràng. Tỷ lệ làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ trong nghiên cứu của Kang [4] với nhóm phẫu thuật nội soi là 91,4% và mổ mở là 88,4%, sự khác biệt giữa nội soi và mổ mở không có ý nghĩa thống kê với $p=0,386$. Tác giả Fleshman và cộng sự [7] làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ ở hầu hết các trường hợp. Tác giả Stevenson [8] có tỷ lệ làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ là 68%. Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ là 53,8% (Bảng 1). Kết quả này tương tự với tác giả Stevenson [8] nhưng thấp hơn tác giả Kang [4] và Fleshman [7].

Phẫu thuật nội soi cắt mạc treo trực tràng được xem là kỹ thuật cao, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Các tác giả cho rằng với phẫu thuật viên càng nhiều kinh nghiệm thì tỷ lệ tai biến càng giảm xuống. Kết quả nghiên cứu gặp tai biến 5,7% (Bảng 1). Các tai biến gặp trong mổ như chảy máu, tổn thương niệu quản và bụng băng ghim. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tai biến gặp phải ở hai nhóm mổ cắt trước thấp và cắt đứt trực tràng đường bụng tầng sinh môn. Nghiên cứu của Pas và cộng sự [6] gặp tai biến 12% ở nhóm mổ nội soi. Trong đó gặp chảy máu 3%, thủng u < 1%, tai biến liên quan đến miệng nối 1%, tổn thương niệu quản 1% và các tai biến khác chiếm 6%.

4.2. Kết quả sớm

Kết quả nghiên cứu gặp biến chứng 33,3%. Trong đó biến chứng nhẹ 21,2%, hay gặp là viêm đường niệu và đều được điều trị nội thành công. Biến chứng nặng gặp 12,1% như chảy máu, rò miệng nối và tắc ruột sớm. Nghiên cứu của Kang [4] gặp biến chứng 21,2%, trong đó nhiều nhất là bí tiểu cấp chiếm 10,0% phải đặt lại sonde tiểu, rò miệng nối gặp 1,2%, nhiễm khuẩn vết mổ gặp 1,2%. Nghiên cứu của Pas và cộng sự [6] gặp biến chứng 40%, trong đó rò miệng nối chiếm 13%, áp xe 7%, nhiễm khuẩn vết mổ 4%. Kết quả nghiên cứu của Fleshman và cộng sự [7] gặp biến chứng ở nhóm mổ nội soi 57,1%, trong đó biến chứng nghiêm trọng (Clavien-Dindo mức 3-5) chiếm 22,5%. Nghiên cứu của tác giả Minami H và cộng sự (2017) [5] về phẫu thuật nội soi sau xạ trị trước mổ ngăn ngừa thấy rò miệng nối có 2 bệnh nhân, áp xe tiểu khung ở 3 bệnh nhân, bí tiểu biểu hiện ở 1 bệnh nhân. Phân độ biến chứng độ 3 - 4 là 10,7%.

Đánh giá kết quả sớm dựa trên tỷ lệ biến chứng ảnh hưởng chất lượng và kéo dài ngày nằm điều trị, kết quả nghiên cứu có 12,1% ở mức kém do có biến chứng nặng. Ở mức tốt và trung bình chiếm 87,9% (Bảng 2).

Kết quả cắt mạc treo trực tràng

Nghiên cứu trên bệnh phẩm ung thư trực tràng sau mổ thấy rằng có tế bào ung thư ở mạc treo trực tràng trong phạm vi 4cm từ bờ dưới u nguyên phát. Ở thành trực tràng phạm vi lan tràn từ 1cm đến 1,5cm và nếu có tế bào ung thư trong phạm vi 1 - 1,5cm từ bờ dưới u được coi là yếu tố tiên lượng xấu với di căn xa. Nghiên cứu của Kang [4] có diện cắt đầu xa trung bình 2,0cm (1,0 - 3,5cm). Nghiên cứu của Pas [6] có diện cắt đầu xa trung bình là 3cm. Nghiên cứu của Fleshman [7] có diện cắt đầu xa trung bình là $3,2 \pm 2,6$ cm và kết quả giải phẫu bệnh diện cắt đầu xa không có tế bào u đạt 98,3%. Nghiên cứu của Stevenson và cộng sự [8] có diện cắt đầu xa trung bình là 26mm (15 - 45mm) và diện cắt không có tế bào u 99%. Kết quả nghiên cứu ở nhóm phẫu thuật cắt trước thấp diện cắt đầu xa trung bình là $24,5 \pm 13,6$ mm, không có tế bào u đạt 98,0% (Bảng 3).

Một trong các lợi điểm chính của cộng hưởng từ là cho phép đánh giá chính xác cân mạc treo trực tràng. Đây là ranh giới cắt triệt căn trong phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Nghiên cứu của Bipat và cộng sự thấy rằng sử dụng cộng hưởng từ trong đánh giá diện cắt chu vi có tế bào u giúp làm giảm 35% bệnh nhân phải điều trị hóa xạ trị trước mổ với kết quả hứa hẹn. Nghiên cứu của Kang [4] diện cắt chu vi có tế bào u 2,9% và diện cắt chu vi không có tế bào u chiếm 97,1%. Nghiên cứu của Pas [6] tỷ lệ diện cắt chu vi có tế bào u là 10% và tỷ lệ này không khác biệt ở nhóm phẫu thuật nội soi và mổ mở. Kết quả nghiên cứu của Bonjer và cộng sự [9] tỷ lệ diện cắt có tế bào u ở nhóm mổ nội soi là 10%. Trong đó với vị trí u 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới tương ứng là 9%, 10% và 9%. Tác giả Fleshman và cộng sự [7] có kết quả ở nhóm mổ nội soi, tỷ lệ diện cắt chu vi không có tế bào u là 87,9%. Nghiên cứu của Stevenson và cộng sự [8] diện cắt chu vi không có tế bào u ($\geq 1\text{mm}$) đạt 93% ở nhóm mổ nội soi. Kết quả nghiên cứu cho thấy diện cắt chu vi không có tế bào u đạt 98,5% (Bảng 3). Lý giải có kết quả này có thể trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp bệnh nhân có u ở giai đoạn ypT1, ypT2 và ypT3 chiếm 98,5% và sự thận trọng khi phẫu tích cân mạc treo trực tràng của nhóm phẫu thuật viên.

4.3. Kết quả lâu dài

Thời gian sống thêm

Nghiên cứu của có thời gian sống chung là $26,7 \pm 9,6$ tháng (Biểu đồ 1). Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là $25,2 \pm 10,9$ tháng (Biểu đồ 2). Kết quả nghiên cứu của Bonjer và cộng sự (2015) [9] tại thời điểm 3 năm có tỷ lệ thời gian sống không bệnh tiến triển là 74,8% và tỷ lệ sống chung là 86,7%. Nghiên cứu của Jeong [10] qua theo dõi 3 năm có thời gian sống không bệnh tiến triển ở nhóm phẫu thuật nội soi là 79,2%.

Tái phát tại chỗ

Tái phát tại chỗ biểu hiện lâm sàng với triệu chứng đau, chảy máu hay táo bón. Cho đến nay điều trị ung thư trực tràng tái phát vẫn rất khó khăn và lựa chọn điều trị bị giới hạn ở những bệnh nhân đã được điều trị xạ trị trước đó. Ung thư trực tràng tái

phát nếu không được phẫu thuật có tỷ lệ sống 5 năm ít hơn 4% và thời gian sống trung bình khoảng 8 tháng. Những nguy cơ chính gây tái phát tại chỗ trong ung thư trực tràng là xâm lấn diện cắt chu vi và vị trí u tính từ mép hậu môn. Ở những bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo tình trạng hạch không giúp dự đoán tái phát tại chỗ nhưng vẫn là yếu tố nguy cơ cho di căn xa như chiều sâu xâm lấn của u. Kết quả nghiên cứu gặp tỷ lệ tái phát là 12,1% với thời gian theo dõi trung bình 27,7 tháng (14 - 43 tháng).

Tái phát và một số yếu tố liên quan

Nguy cơ tái phát tại chỗ tăng lên với giai đoạn bệnh tiến triển và đặc điểm giải phẫu bệnh không thuận lợi như độ biệt hóa kém, có biểu hiện xâm lấn mạch máu, thần kinh, u ở thấp, bệnh nhân có biểu hiện tắc ruột, u xâm lấn tổ chức xung quanh. Diện cắt chu vi được coi là yếu tố tiên lượng độc lập với tái phát tại chỗ và thời gian sống. Tìm hiểu về mối liên quan giữa tỷ lệ tái phát và các yếu tố liên quan như phương pháp mổ, CEA, kích thước u và giai đoạn bệnh, kết quả nghiên cứu không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 4). Có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn ít. Ở các nghiên cứu khác cho thấy kinh nghiệm phẫu thuật viên ở các mức độ khác nhau có ảnh hưởng đến tỷ lệ tái phát tại chỗ. Một nghiên cứu so sánh tỷ lệ tái phát tại chỗ sau phẫu thuật ung thư trực tràng ở các nhóm phẫu thuật viên tại Canada đã cho thấy những người có kinh nghiệm hoặc được đào tạo chuẩn có tỷ lệ tái phát tại chỗ 13% so với 34% ở nhóm phẫu thuật viên bình thường.

Đánh giá độc tính muộn sau xạ

Biểu hiện độc tính trên ruột non đã giảm khi thay thế xạ trị sau mổ bằng xạ trị trước mổ. Điều này lý giải do khi xạ trị tiền phẫu mạc treo trực tràng và trực tràng chưa cắt bỏ nên lượng ruột non bị chiếu xạ ít hơn. Tác giả Ngan SY và cộng sự (2012) [2] nghiên cứu Trans-Tasman tại Úc so sánh kết quả xạ trị tiền phẫu ngắn ngày với hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày trên 326 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn T3N0-2M0 với thời gian theo dõi trung bình 5,9 năm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ tác

dụng phụ muộn độ 3 - 4 (5,8% so với 8,2%) giữa hai nhóm xạ trị ngắn ngày và hóa xạ trị dài ngày. Tác giả Krajcovicova I và cộng sự (2012) [3] thấy độc tính muộn ở nhóm xạ trị dài ngày có 16 bệnh nhân (29%) và ở nhóm xạ trị ngắn ngày có 23 bệnh nhân (24%) với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,488$). Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ độc tính muộn độ 3 - 4 là 15,1% với các triệu chứng như tắc ruột, hẹp miệng nổi, chảy máu trực tràng phải nhập viện.

5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt bỏ mạc treo trực tràng ở bệnh nhân ung thư trực tràng được xạ trị tiền phẫu ngắn ngày là phương pháp an toàn, hiệu quả và đảm bảo nguyên tắc ung thư học. Thời gian sống thêm toàn bộ là $26,7 \pm 9,6$ tháng, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là $25,2 \pm 10,9$ tháng, tỷ lệ tái phát 12,1%.

Tài liệu tham khảo

- Glimelius B, Tiret E, Cervantes A et al (2013) *Rectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. Ann Oncol 24: 81-88.
- Ngan SY, Burmeister B, Fisher RJ et al (2012) *Randomized trial of short-course radiotherapy versus long-course chemoradiation comparing rates of local recurrence in patients with T3 rectal cancer: Trans-Tasman Radiation Oncology Group trial 01.04*. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol 30(31): 3827-3833.
- Krajcovicova I, Boljesikova E, Sandorova M et al (2012) *Preoperative radiotherapy of locally advanced rectal cancer: Clinical outcome of short-course and long-course treatment with or without concomitant chemotherapy*. Klin Onkol Cas Ceske Slov Onkol Spolecnosti 25(5): 364-369.
- Kang SB, Park JW, Jeong SY et al (2010) *Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): Short-term outcomes of an open-label randomised controlled trial*. Lancet Oncol 11(7): 637-645.
- Minami H, Konishi T, Fukuoka H et al (2017) *Safety of laparoscopic surgery after preoperative short course radiotherapy for lower rectal cancer*. Gan To Kagaku Ryoho 44(12): 1506-1508.
- Pas MH, Haglind E, Cuesta MA et al (2013) *Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): Short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial*. Lancet Oncol 14(3): 210-218.
- Fleshman J, Branda M, Sargent DJ et al (2015) *Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection of stage II or III Rectal cancer on pathologic outcomes*. JAMA 314(13): 1346-1355.
- Stevenson ARL, Solomon MJ, Lumley JW et al (2015) *Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection on pathological outcomes in rectal cancer: The ALaCaRT randomized clinical trial*. JAMA 314(13): 1356-1363.
- Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA et al (2015) *A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer*. N Engl J Med 372(14): 1324-1332.
- Jeong SY, Park JW, Nam BH et al (2014) *Open versus laparoscopic surgery for mid-rectal or low-rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): Survival outcomes of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial*. Lancet Oncol 15(7): 767-774.