

# Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng thấp

## Assessment of the result of laparoscopic intersphincteric resection for low rectal cancer

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

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt (Intersphincteric resection - ISR) điều trị ung thư trực tràng thấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng thấp tại Khoa Phẫu thuật Hậu môn - Trực tràng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2018 đến tháng 7/2019. **Kết quả:** 44 bệnh nhân (26 nam, 18 nữ), tuổi trung bình  $62,7 \pm 10,2$  (40 - 82 tuổi). Khoảng cách trung bình từ bờ dưới khối u tới mép hậu môn:  $4,5 \pm 1,1$  ( $2,5 \pm 6$ cm). Mức độ xâm lấn khối u (T) trước mổ 56,8% T<sub>4</sub>, 40,9% T<sub>3</sub>, 2,3% T<sub>2</sub>, 90,9% hạch nghi ngờ di căn. Có 18,2% bệnh nhân không hoá xạ trị tiền phẫu; 6,8% xạ trị tiền phẫu ngắn ngày; 75% hoá xạ trị tiền phẫu dài ngày. Mức độ xâm lấn khối u sau hoá xạ trị dài ngày 53,5% T<sub>3</sub>, 45,5% T<sub>2</sub>; 27,3% hạch nghi ngờ di căn. Có 31,8% cắt 1 phần cơ thắt trong; 61,4% cắt bán phần cơ thắt trong; 6,8% cắt toàn bộ cơ thắt trong. Có 9,1% bệnh nhân làm dẫn lưu hồi tràng. Thời gian phẫu thuật trung bình 152,6 phút, số lượng máu mất trung bình 57,7ml, 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: 5,6. Mức độ xâm lấn khối u sau mổ 40,5% T<sub>3</sub>, 31,8% T<sub>2</sub>, 6,8% T<sub>1</sub>, 15,9% T<sub>0</sub>, 29,5% hạch di căn. Tỷ lệ biến chứng chung: 18,2%. Thời gian theo dõi 6 tháng: 1 bệnh nhân tái phát tại chỗ; 1 bệnh nhân di căn gan. Chức năng hậu môn đánh giá theo thang điểm Wexner sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là  $13,0 \pm 3,8$ ;  $11,5 \pm 4,9$  và  $9,1 \pm 5,6$ . **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt (ISR) 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.

**Từ khoá:** Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng gian cơ thắt, nối đại tràng - ống hậu môn, thang điểm Wexner, ung thư trực tràng thấp.

### Summary

**Objective:** To assess the results of laparoscopic intersphincteric resection for low rectal cancer. **Subject and method:** Descriptive study of retrospective surgery for patients underwent laparoscopic for intersphincteric resection at the Department of Coloproctology, 108 Military Central Hospital from June 2018 to July 2019. **Result:** 44 patients (26 males, 18 females), average age was  $62.7 \pm 10.2$  (40 - 82 years). The average distance from the bottom of the tumor to the anus:  $4.5 \pm 1.1$ cm ( $2.5 \pm 6$ ). Preoperative period 56.8% T<sub>4</sub>, 40.9% T<sub>3</sub>, 2.3% T<sub>2</sub>, 90.9% suspected metastatic lymph nodes. There were 18.2% of patients who did not have preoperative radiotherapy; 6.8% of radiotherapy for short-course; 75% of chemoradiotherapy for long-course. Stage after chemoradiotherapy: 54.5% T<sub>3</sub>, 45.5% T<sub>2</sub>, 27.3% suspected metastatic lymph nodes. There were 31.8% partial intersphincteric resection; 61.4% subtotal

Ngày nhận bài: 14/10/2019, ngày chấp nhận đăng: 10/11/2019

Người phản hồi: Lê Văn Quốc, Email: lequoch108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

intersphincteric resection; 6.8% total intersphincteric resection. There were 9.1% of patients who lead the ileum. The average time of surgery was 152.6 minutes, the average amount of blood lost was 57.7ml, the average length of hospital stay was 12.2 days. The cut off area was 100% negative, close to negative 100%, 100% negative circumference. The average number of lymph nodes removed: 5.6. Postoperative period 15.9% T<sub>0</sub>, 6.8% T<sub>1</sub>, 31.8% T<sub>2</sub>, 40.5% T<sub>3</sub>, 29.5% metastatic lymph nodes. Proportion of common complications: 18.2%. Six-month follow-up period: 1 patient recurrence; 1 patient metastatic liver. The assessed anal function according to Wexner score after surgery 1 month, 3 months and 6 months were  $13.0 \pm 3.8$ ,  $11.5 \pm 4.9$  and  $9.1 \pm 5.6$ . *Conclusion:* Laparoscopic intersphincteric resection for low rectal cancer was feasible, safe oncology result. Anal function improves with time.

*Keywords:* Laparoscopic for Intersphincteric resection, colo-anal anastomosis, Wexner score.

## 1. Đặt vấn đề

Điều trị ung thư trực tràng (UTTT) đòi hỏi sự phối hợp nhiều phương pháp: Phẫu thuật, hoá trị, xạ trị và miễn dịch trị liệu, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất. Đối với ung thư trực tràng thấp (u dưới nếp phúc mạc - theo phân loại ung thư của Hội Ung thư Nhật Bản), các phẫu thuật viên trên thế giới đã và đang nghiên cứu đưa ra các phương pháp điều trị nhằm vừa đảm bảo nguyên tắc của phẫu thuật ung thư, đồng thời vừa đảm bảo chất lượng cuộc sống của người bệnh [1].

Có nhiều nghiên cứu 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. Ngoài ra, điều trị đa mô thức (hoá xạ trị tiền phẫu) đã làm giảm giai đoạn bệnh; nhờ sự hiểu biết về đặc điểm xâm lấn khối u, di căn hạch trong ung thư trực tràng; giải phẫu cũng như chức năng cơ thắt hậu môn đã làm tăng tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn trong ung thư trực tràng thấp [1], [2], [3].

Năm 1994, Schiessel đã đưa ra kỹ thuật cắt gian cơ thắt điều trị u trực tràng thấp [4]. Chúng tôi thực hiện kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng thấp qua đường bụng, tầng sinh môn. Kỹ thuật đã ứng dụng các ưu điểm của phẫu thuật nội soi đường bụng và các ưu điểm cắt gian cơ thắt lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên. Đề tài này nhằm: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng thấp.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 44 bệnh nhân (BN) ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt tại Khoa Phẫu thuật Hậu môn - Trực tràng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2018 - 7/2019.

### 2.2. Phương pháp

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, theo dõi dọc, không đối chứng.

#### Kỹ thuật

Thực hiện kỹ thuật mổ theo phương pháp cắt gian cơ thắt đường bụng - tầng sinh môn gồm 2 thì:

#### Thì bụng:

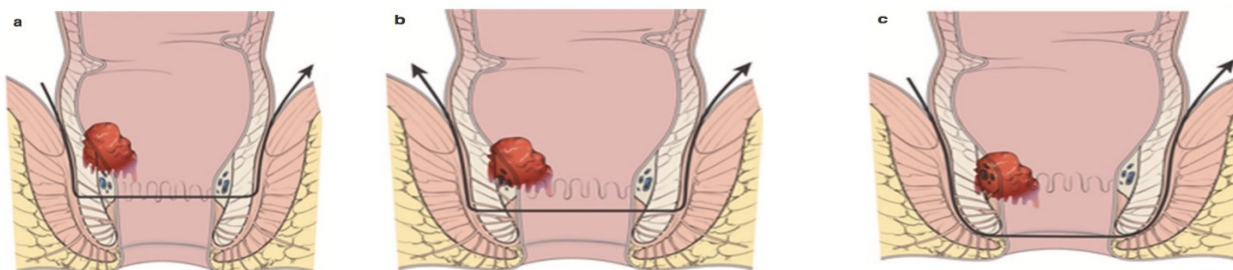
Đánh giá tình trạng di căn xa, hạch dọc mạch mạc treo tràng dưới. Nạo vét hạch, thắt, cắt động tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Phẫu tích phải lấy bỏ được toàn bộ mạc treo trực tràng, bảo tồn được thần kinh tự động. Phẫu tích từ mặt sau trực tràng, 2 bên rồi đến mặt trước trực tràng. Giải phóng trực tràng đến cơ nâng hậu môn.

#### Thì hậu môn:

Đặt Van Lone Star. Tùy thuộc vào vị trí khối u chúng tôi thực hiện các loại phẫu thuật cắt gian cơ thắt: Cắt 1 phần, cắt bán phần và cắt toàn bộ cơ thắt trong. Phẫu tích vào mặt phẳng gian cơ thắt phía cực dưới u ít nhất 1cm, sau đó theo mặt phẳng này giải phóng lên cho tới khi gặp mặt phẳng phẫu tích đường bụng (Cắt một phần cơ thắt khi diện cắt ngay tại đường lược; cắt bán phần cơ thắt trong khi vị trí cắt ngay giữa đường lược và rãnh gian cơ thắt; cắt toàn bộ cơ thắt trong khi vị trí cắt tại vị trí rãnh gian cơ thắt) (Hình 1). 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 PDS 3.0 hoặc Vicryl 3.0 mũi rời. Thực hiện làm dẫn lưu hồi tràng ở các bệnh nhân 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.** Miệng nối đại tràng - ống hậu môn sau cắt bán phần cơ thắt trong

*Nguồn: Bệnh nhân Đinh Văn Đ. Số hồ sơ: 19238711*



**Hình 3.** Miệng nối đại tràng - ống hậu môn sau cắt toàn bộ cơ thắt trong

*Nguồn: Bệnh nhân Nguyễn Thị K. Số hồ sơ: 19471398*

Bệnh phẩm được gửi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh: Mô bệnh học, diện cắt đầu gần, diện cắt đầu xa, diện cắt chu vi, hạch di căn, tổng số hạch nạo vét được.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, đặc điểm giải phẫu bệnh. Đánh giá mức độ đại tiện tự chủ theo thang điểm Wexner [3].

Mức độ mất tự chủ	Không	Hiếm	Đôi khi	Thường xuyên	Luôn luôn
	Bình thường	< 1 lần/tháng	<1 lần/tuần - > 1 lần/tháng	<1 lần/ngày - > 1 lần/tuần	> 1 lần/ngày
Hơi	0	1	2	3	4
Phân lỏng	0	1	2	3	4
Phân đặc	0	1	2	3	4
Mang tã	0	1	2	3	4
Thay đổi cách sống	0	1	2	3	4

Bình thường: 0 điểm.

Mất tự chủ hoàn toàn: 20 điểm.

3. Kết quả

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

Đặc điểm	n (%)
Giới tính	
Nam	26 (59,1%)
Nữ	18 (40,9%)
Hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày	33 (75%)
Xạ trị tiền phẫu ngắn ngày	8 (18,2%)
Không hoá xạ trị, xạ trị tiền phẫu	3 (6,8%)
Mức độ xâm lấn khối u (T), hạch nghi ngờ di căn (N) trước, sau hoá xạ trị dựa vào MRI	
cT <sub>2</sub> - yT <sub>2</sub>	1 - 15
cT <sub>3</sub> - yT <sub>3</sub>	18 - 18
cT <sub>4</sub> - yT <sub>4</sub>	25 - 0
cN <sub>0</sub> - yN <sub>0</sub>	4 - 24
cN+ - yN+	40 - 9

*Nhận xét:* 44 bệnh nhân có độ tuổi trung bình (năm): 62,7 ± 10,2 (40 - 82). Khoảng cách bờ dưới u đến mép hậu môn (cm): 4,5 ± 1,1 (2,5 - 6). Có 75% bệnh nhân được hoá xạ trị tiền phẫu dài ngày chiếm đa số. Giảm mức độ xâm lấn khối u, giảm hạch nghi ngờ di căn sau hoá xạ trị tiền phẫu.

**Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật**

Đặc điểm	n (%)
Loại phẫu thuật cắt gian cơ thắt	
Cắt 1 phần cơ thắt trong	14 (31,8%)
Cắt bán phần cơ thắt trong	27 (61,4%)
Cắt toàn bộ cơ thắt trong	3 (6,8%)
Kiểu miệng nối đại tràng - ống hậu môn	
Tận - tận	39 (88,6%)
Bên - tận	5 (11,4%)
Dẫn lưu hồi tràng	4 (9,1%)
Tai biến	1 (2,3%)
Phẫu thuật lại	1 (2,3%)

*Nhận xét:* Phẫu thuật cắt bán phần cơ thắt trong là chủ yếu (61,4%). Tỷ lệ miệng nối tận - tận chiếm 88,6%. Thời gian phẫu thuật (phút): 152,6 ± 25,7 (110 - 200). Số lượng máu mất trong mổ (ml): 57,7 ± 29,1 (15 - 120). Thời gian nằm viện (ngày): 12,2 ± 6,3 (5 - 33).

**Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh**

Đặc điểm	n (%)
Cắt bỏ mạc treo trực tràng	
Hoàn toàn	39 (88,6%)
Gần hoàn toàn	5 (11,4%)
Số lượng hạch nạo vét được	5,6 ± 3,9 (0 - 16)
Mức độ xâm lấn khối u (T)	
ypT <sub>0</sub>	7 (15,9%)
ypT <sub>1</sub>	3 (6,8%)
ypT <sub>2</sub>	14 (31,8)
ypT <sub>3</sub>	20 (40,5%)
Hạch di căn (N)	
ypN <sub>0</sub>	31 (70,5%)
ypN+	13 (29,5%)

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

*Nhận xét:* Chất lượng cắt bỏ mạc treo trực tràng hoàn toàn chiếm 88,6%. Mức độ xâm lấn khối u sau mổ chủ yếu là T<sub>2</sub> (31,8%).

**Bảng 4. Kết quả theo dõi sau 6 tháng**

Đặc điểm	n (%)
Biến chứng	8 (18,2%)
Rò miệng nối	3 (6,9%)
Áp xe cạnh hậu môn	2 (4,6%)
Hẹp miệng nối	2 (4,6%)
Bí tiểu	1 (2,3%)
Tái phát	2 (4,6%)
Tại chỗ	1 (2,3%)
Di căn xa	1 (2,3%)

*Nhận xét:* Tỷ lệ biến chứng chung: 18,2%. Điểm Wexner sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là: 13,0 ± 3,8, 11,5 ± 4,9, 9,1 ± 5,6.

4. Bàn luận

**4.1. Đặc điểm bệnh nhân, chỉ định phẫu thuật**

Năm 2017, Kazuo Shirouzu và cộng sự báo cáo tổng quan cập nhật về phẫu thuật cắt gian cơ thắt với khối u trực tràng thấp [5] trong đó lựa chọn chỉ

định phẫu thuật chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến trực tràng thấp với T<sub>1</sub> - T<sub>3</sub>, vị trí bờ dưới khối u cách mép hậu môn khoảng 1 - 5cm. Chống chỉ định phẫu thuật khi có di căn xa, khối u kém di động (T<sub>4</sub>: 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. 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 khám khối u trực tràng bằng tay dưới gây mê là quan trọng nhất để đưa ra chiến thuật phẫu thuật cuối cùng. Kết quả nghiên cứu có 44 bệnh

nhân (28 nam, 16 nữ), tuổi trung bình 62,7 tuổi (40 - 82), khoảng cách bờ dưới khối u tới mép hậu môn 4,5cm (2,5 - 6); 75% bệnh nhân được hoá xạ trị tiền phẫu, đánh giá lại giai đoạn sau 6 - 8 tuần (thời điểm kết thúc đợt xạ). Căn cứ vào vị trí, mức độ xâm lấn khối u, chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt trực tràng gian cơ thắt trong đó có 14 bệnh nhân cắt bỏ 1 phần cơ thắt trong (CTT) - P: Partial, 27 bệnh nhân cắt bán phần CTT (ST: Subtotal), 3 bệnh nhân cắt toàn phần CTT (T: Total) kết quả này tương tự với các tác giả khác (Bảng 5).

**Bảng 5. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả**

Nghiên cứu	Tác giả	Rullier [2]	Schiessel [6]	Tokoro [7]	Saito [8]
Năm		2005	2005	2013	2014
Số bệnh nhân		92	121	30	199
Tuổi		65 (25 - 86)	65/62 (M/F)	59 (31 - 75)	59 (27 - 80)
Giới (Nam/ nữ)		57/35	65/62	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		T <sub>1</sub> - T <sub>3</sub>	T <sub>1</sub> - T <sub>3</sub>	T <sub>1</sub> - T <sub>3</sub>	T <sub>1</sub> - T <sub>4</sub>
Hoá xạ trị 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
J - pouch (%)		57	0	87	Không báo cáo

#### 4.2. Kết quả phẫu thuật

Các tác giả thường 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 (mở chiều dọc đại tràng, khâu theo chiều ngang để tạo túi). Điều kiện để khâu nối máy: Đoạn hậu môn còn lại cần đủ độ dài để lắp máy, do đó với phẫu thuật 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 phẫu thuật viên. Năm 1982, Parks và Percy là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật cắt trực tràng cực thấp với miệng nối đại tràng - ống hậu môn. Từ đó đến nay kỹ thuật phát triển và được tiến hành thường quy với sự lựa chọn

của nhiều phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu thực hiện 2 kiểu miệng nối bằng khâu nối tay: Kiểu tận - tận (39 bệnh nhân), kiểu bên - tận (5 bệnh nhân) (Hình 2, Hình 3).

Nghiên cứu của Tilney HS và cộng sự cho thấy tỷ lệ tử vong từ 0 - 5%, biến chứng từ 4,8 - 65%, trong đó rò miệng nối 5,1 - 25,8%, hẹp miệng nối 3 - 15,8% [9]. Thống kê gặp tỷ lệ biến chứng là 18,2% trong đó 3 bệnh nhân (6,9%) rò miệng nối (1 bệnh nhân được phẫu thuật lau rửa dẫn lưu ổ bụng, làm dẫn lưu hồi tràng và khâu lại miệng nối, 1 bệnh nhân khâu lại miệng nối qua đường hậu môn, 1 bệnh nhân điều trị bảo tồn). 2 bệnh nhân (4,6%) áp xe cạnh hậu môn (1 bệnh nhân rạch ổ áp xe, làm dẫn lưu hồi tràng; 1 bệnh nhân điều trị nội khoa). 2 bệnh nhân (4,6%)

hẹp miệng nối được nong bằng tay, sau đó ổn định. 1 bệnh nhân (2,3%) 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 kẹp thử dẫn lưu, bệnh nhân tiểu tiện bình thường, được rút bỏ dẫn lưu trên xương mu.

### 4.3. 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 bệnh nhân phẫu thuật cắt gian cơ thắt được cắt toàn bộ mạc treo trực tràng hoàn toàn 39 bệnh nhân (88,6%), cắt bỏ gần hoàn toàn 5 bệnh nhân (11,4%). 100% diện cắt đầu xa, đầu gần, diện cắt chu vi sạch tế bào u.

Nghiên cứu của Tokodo và cộng sự đã tiến hành cắt gian cơ thắt: Số lượng cắt 1 phần cơ thắt trong, bán phần cơ thắt trong, toàn bộ cơ thắt trong lần lượt là 12, 4 và 14 bệnh nhân. Diện cắt đầu gần, đầu xa sạch tế bào u 100%. Tỷ lệ biến chứng chung 33,3%: Hẹp miệng nối 7 bệnh nhân, sa miệng nối 2 bệnh nhân, rò âm đạo ống hậu môn 1 bệnh nhân. Thời gian theo dõi 56,2 tháng, số bệnh nhân tái phát tại chỗ, di căn xa, kết hợp cả 2, lần lượt là 4 bệnh nhân, 3 bệnh nhân, 2 bệnh nhân. Thời gian sống toàn bộ 5 năm, sống không bệnh lần lượt là 76,5% và 68,4% [7].

Nghiên cứu của Schiessel và cộng sự thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ 10% và sống không bệnh 83,2% [4]. Nghiên cứu của Rullier và cộng sự thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ 2%, sống không bệnh 70% [2]. Tác giả Saito và cộng sự phân tích dữ liệu ở một số viện lớn ở Nhật Bản cho thấy tỷ 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% [3].

Nghiên cứu của Weiser và cộng sự so sánh kết quả của 3 phương pháp cắt trực tràng cực thấp nối ống hậu môn (CAA), cắt gian cơ thắt, phẫu thuật Miles: Cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ lần lượt là 2%; 0%, 9%, tỷ lệ sống 5 năm không bệnh lần lượt là 85%, 83%, 47%. Tỷ lệ sống 5 năm toàn bộ lần lượt là 97%, 96%, 59% [10]. Hơn nữa, Saito và cộng sự so sánh kết quả ung thư học phẫu thuật cắt gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng và phẫu thuật Miles:

Tỷ lệ tái phát tại chỗ lần lượt là 10,6% và 15,7%; tỷ lệ sống 5 năm không tái phát tại chỗ lần lượt là 83% và 80%; tỷ lệ sống không bệnh, sống toàn bộ lần lượt 69% và 63%; 80% và 61,5%. Tác giả kết luận rằng phẫu thuật cắt gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng là 1 lựa chọn chấp nhận được về mặt ung thư học so với phẫu thuật Miles [8].

Số lượng hạch trung bình nạo vét được là 5,6 hạch (0 - 16 hạch). 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 hoá xạ trị tiền phẫu, không những làm giảm mức độ xâm lấn khối u, mà còn làm giảm số lượng hạch vét được. Trong nhóm nghiên cứu có bệnh nhân còn được nạo vét hạch vùng chậu bên nên số lượng hạch nạo vét được tăng lên. Hạch di căn có ý nghĩa trong tiên lượng điều trị, tái phát.

Bảng 3 cho thấy 7 bệnh nhân (15,9%) 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], [5], [10], [11]. 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 phẫu thuật? Đây là chủ đề đang còn nhiều bàn cãi.

### 4.4. Kết quả đánh giá chức năng

Phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng 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 phẫu thuật cắt gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng 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 bệnh nhân bị đại

tiện gấp gấp từ 2 - 50%. Chức năng đại tiện bình thường đạt 30 - 80%. Tỷ lệ mất tự chủ 9 - 88% [4], [8], [11]. Saito và cộng sự đánh giá chức năng hậu môn 110 bệnh nhân sử dụng thang điểm Wexner theo dõi 24 tháng là 7,8 điểm [3]. Nghiên cứu Saito và cộng sự (2014), khi theo dõi bệnh nhân trong 5 năm so sánh chức năng hậu môn giữa nhóm chỉ phẫu thuật và nhóm bệnh nhân có điều trị hoá xạ trị 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, hoá xạ trị tiền phẫu [8]. Kết quả nghiên cứu cho thấy số điểm Wexner cải thiện theo thời gian theo dõi, số điểm Wexner sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là  $13,0 \pm 3,8$ ,  $11,5 \pm 4,9$  và  $9,1 \pm 5,6$ .

## 5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt 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 JC (2018) *Rectal cancer modern approaches to treatment*. Springer International Publishing AG, USA.
- Rullier E, Laurent C, Bretagnol F et al (2005) *Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas: The end of the 2-cm distal rule*. *Annals of Surgery* 241(3): 465-469.
- Saito N, Moriya Y, Shirouzu K et al (2006) *Intersphincteric resection in patients with very low rectal cancer: A review of the Japanese experience*. *Diseases of the Colon & Rectum* 49: 13-22.
- Schiessel R, Karner-Hanusch J, Herbst F et al (1994) *Intersphincteric resection for low rectal tumours*. *Br J Surg* 81(9): 1376-1378.
- Shirouzu K, Murakami N, và Akagi Y (2017) *Intersphincteric resection for very low rectal cancer: A review of the updated literature*. *Ann Gastroenterol Surg* 1(1): 24-32.
- Schiessel R, Novi G, Holzer B et al (2005) *Technique and long-term results of intersphincteric resection for low rectal cancer*. *Diseases of the Colon & Rectum* 48(10): 1858-1867.
- Tokoro T, Okuno K, Hida J 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.
- 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.
- Tilney HS, Tekkis PP (2007) *Extending the horizons of restorative rectal surgery: Intersphincteric resection for low rectal cancer*. *Colorect Dis* 0(0): 070621084454023
- Weiser MR, Quah HM, Shia J et al (2009) *Sphincter preservation in low rectal cancer is facilitated by preoperative chemoradiation and intersphincteric dissection*. *Annals of Surgery* 249(2): 236-242.
- Akagi Y, Kinugasa T and Shirouzu K (2013) *Intersphincteric resection for very low rectal cancer: a systematic review*. *Surg Today* 43(8): 838-847.