

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng có hoá xạ trị dài ngày trước mổ

Evaluation of the results of laparoscopic surgery for rectal cancer after preoperative long-course chemoradiotherapy treatment

Triệu Triều Dương, Lê Văn Quốc, Bùi Quang Biểu,
Nguyễn Xuân Kiên, Hồ Hữu An

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng có hoá xạ trị dài ngày trước mổ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu ở 235 bệnh nhân ung thư trực tràng được hoá xạ trị dài ngày trước mổ và phẫu thuật nội soi cắt trực tràng, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 8 năm 2020. Các bệnh nhân được đánh giá lại giai đoạn sau ít nhất 6 tuần từ khi kết thúc đợt xạ. Đánh giá đáp ứng trên lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật, giai đoạn bệnh trên giải phẫu bệnh và kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ trên lâm sàng là 82,9%, trong đó có 17,8% đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn 84,3%. phẫu thuật nội soi vét hạch chậu bên 8,1%, trong đó có 21,1% bệnh nhân di căn hạch chậu bên. Tỷ lệ tai biến, biến chứng chung 11,6%. Đáp ứng trên giải phẫu bệnh: Làm giảm mức độ xâm lấn khối u (T) 89,8%, giảm số lượng hạch (N) 75,3%. Tác dụng phụ sau xạ chủ yếu độ 1, độ 2. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư trực tràng có hoá xạ trị dài ngày trước mổ là an toàn, hiệu quả. Hoá xạ trị dài ngày trước mổ làm giảm giai đoạn bệnh, ít độc tính, kết hợp phẫu thuật nội soi cắt trực tràng làm tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt.

Từ khoá: Hoá xạ trị dài ngày trước mổ, ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, vét hạch chậu bên.

Summary

Objective: To evaluate the results of laparoscopic surgery for rectal cancer after preoperative long-course chemoradiotherapy. **Subject and method:** A prospective descriptive study in 235 rectal cancer patients treated with preoperative long-course chemoradiotherapy and laparoscopic surgery at 108 Military Central Hospital from January 2018 to August 2020. These patients were re-evaluated at least 6 weeks after the end of long-course chemoradiotherapy. Assessment of response to clinical and subclinical symptoms before surgery, results of response to disease stage on pathology and results of laparoscopic rectal surgery. **Result:** The clinical response rate was 82.9%, with 17.8% fully response. The rate of anal sphincter preserving was 84.3%. The rate of laparoscopic lateral pelvic lymph node dissection was 8.1%, of which 21.1% patients had lateral pelvic lymph node metastasis. The rate of postoperative complications was 11.6%. Response assessment on pathology: Reducing the degree of tumor invasion (T) 89.8%, reducing the degree of spread to regional lymph nodes (N) 75.3%. Side effects after long-course chemoradiotherapy were mainly in grade 1 and 2. **Conclusion:** Laparoscopic surgery

Ngày nhận bài: 02/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 19/01/2021

Người phản hồi: Lê Văn Quốc, Email: lequoch108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

treatment for rectal cancer after receiving preoperative long-course chemoradiotherapy was safe and effective. Preoperative long-course chemoradiotherapy reduces the disease stage with less toxicity, and increase the rate of sphincter preservation when combined with laparoscopic surgery.

Keywords: Long-course chemoradiotherapy, rectal cancer, laparoscopic, lateral pelvic lymph node dissection.

1. Đặt vấn đề

Năm 2018, ở Mỹ có khoảng 43030 bệnh nhân (BN) ung thư trực tràng (UTTT) mới mắc (25920 trường hợp ở nam; 17110 trường hợp ở nữ). Ở châu Âu ước tính có khoảng 100,000 trường hợp mới mắc mỗi năm. Tỷ lệ mắc bệnh tăng lên do bệnh nhân được phát hiện sớm, độ tuổi dân số tăng lên. Trên thế giới, để chẩn đoán, đưa ra chiến thuật điều trị UTTT chủ yếu dựa theo Hướng dẫn điều trị của Hội Ung thư đại trực tràng Nhật Bản, Hội Ung thư châu Âu, Mạng lưới ung thư toàn diện quốc gia Mỹ. Những hướng dẫn này thống nhất điều trị UTTT theo đa mô thức bao gồm hoá chất, xạ trị, phẫu thuật, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng [1], [2], [3].

Hiện nay, có hai phác đồ xạ trị trước mổ điều trị UTTT tiến triển còn khả năng cắt bỏ đó là: Phác đồ xạ trị ngắn ngày trước mổ 25Gy trong 5 ngày, phẫu thuật trong vòng một tuần ngay sau khi kết thúc đợt xạ trị, được áp dụng nhiều ở Bắc Âu và Úc. Phác đồ hoá xạ trị (HXT) dài ngày trước mổ tổng liều 50,4Gy, 1,8Gy $\times$ 28 lần chiếu kết hợp với hoá chất và được phẫu thuật sau 6 tuần kể từ kết thúc đợt xạ, được ưu tiên lựa chọn ở Mỹ, Nam Âu [1], [2], [3]

Tại Việt Nam, khó khăn trong điều trị đa mô thức UTTT là hầu hết các trung tâm được trang bị máy xạ trị lại không có khả năng phẫu thuật, ngược lại các trung tâm phẫu thuật lớn lại không được trang bị máy xạ trị. Ngoài ra, giữa các trung tâm chưa đồng nhất về quy trình chiến lược điều trị. Vì vậy, các báo cáo về phẫu thuật UTTT cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ còn cao và thời gian sống thêm sau mổ còn hạn chế so với các tác giả nước ngoài [4].

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của hoá xạ trị dài ngày trước mổ cũng như kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng ở nhóm bệnh*

nhân ung thư trực tràng có hoá xạ trị dài ngày trước mổ.

2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu mô tả tiến cứu 235 bệnh nhân UTTT được hoá xạ trị dài ngày trước mổ và phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt trực tràng, từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 8 năm 2020, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Chẩn đoán UTTT biểu mô tuyến với giai đoạn (GĐ): II (T₃₋₄, N₀, M₀) và GĐ III (T₁₋₄, N₁₋₂, M₀).

Được điều trị hoá xạ trị dài ngày trước mổ, đánh giá lại giai đoạn sau khi kết thúc đợt hoá xạ trị ít nhất 6 tuần.

Được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng.

Tuổi từ 18 trở lên.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Giải phẫu bệnh không phải là ung thư biểu mô tuyến.

UTTT có biến chứng tắc ruột, chảy máu. UTTT đã di căn xa.

Chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

Không đồng ý tham gia nghiên cứu

Quy trình điều trị

Đánh giá trước điều trị: BN được chẩn đoán xác định và giai đoạn bằng nội soi đại trực tràng sinh thiết, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng và/hoặc cộng hưởng từ (MRI) tiểu khung, X-quang tim phổi, xét nghiệm máu thường quy, CEA. Phân loại giai đoạn bệnh theo Ủy ban Ung thư Mỹ (AJCC 7, năm

2017). Bệnh nhân được hội chẩn Hội đồng Ung thư lên kế hoạch điều trị.

Xạ trị: Xạ trị trước mổ với tổng liều 50,4Gy. Phân liều quy ước 1,8Gy/ngày, 5 ngày/1 tuần $\times$ 5,5 tuần. Phân liều cho toàn bộ khung chậu: Khối u, cân quanh trực tràng, hạch chậu trong hai bên, hạch trước xương cùng, hạch bịt hai bên.

Hoá chất: Capecitabin 1650mg/m²/ngày $\times$ 5 ngày/ tuần $\times$ 5,5 tuần.

Phẫu thuật: Sau khi kết thúc đợt hoá xạ trị ít nhất 6 tuần, BN được đánh giá lại giai đoạn bệnh và thực hiện PTNS cắt trực tràng. Tùy thuộc vào vị trí khối u, mức độ xâm lấn khối u, diện cắt dưới cách bờ dưới khối u tối thiểu 1cm, thực hiện các PTNS cắt trực tràng trước thấp, PTNS cắt trực tràng gian cơ thắt, PTNS cắt cụt trực tràng đường bụng, tăng sinh môn (PTNS Miles).

Đánh giá kết quả chung phẫu thuật, tỷ lệ tai biến, biến chứng, tỷ lệ chuyển mổ mở, dẫn lưu hồi tràng, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện.

Tác dụng phụ và đáp ứng điều trị của HXT dài ngày trước mổ: Đánh giá tác dụng phụ HXT dài ngày trước mổ hàng tuần theo tiêu chuẩn của Viện ung thư quốc gia Mỹ CTCAE 4.03. Đánh giá đáp ứng lâm sàng, cận lâm sàng sau nghỉ hoá xạ trị 6 tuần bằng nội soi đại trực tràng, CLVT ổ bụng/ MRI tiểu khung. Đánh giá đáp ứng trên giải phẫu bệnh dựa vào thay đổi giai đoạn khi so sánh trước hoá xạ trị và sau mổ.

2.3. Xử lý số liệu

Bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Thống kê 235 bệnh nhân UTTT thấy tuổi trung bình $60,7 \pm 12,6$ năm (nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 88 tuổi), thời gian nghỉ trung bình sau khi kết thúc đợt hoá xạ trị $6,1 \pm 1,3$ (ngắn nhất 6 tuần - dài nhất 12 tuần).

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Giới		Vị trí khối u	
Nam	165 (70,2%)	1/3 trên	18 (7,7%)
Nữ	70 (29,8%)	1/3 giữa	63 (26,8%)
		1/3 dưới	154 (65,5%)
Triệu chứng		Mức độ xâm lấn khối u (T) trước HXT	
Phân nhầy máu	229 (97,4%)	cT3	79 (33,6%)
Đau bụng hạ vị	157 (66,8%)	cT4	156 (66,4%)
Mót rặn	189 (80,4%)		
Phân táo - lỏng	221 (94,0%)		
Giải phẫu bệnh		Hạch trước xạ trước HXT	
UTBMT biệt hoá cao	15 (6,4%)	cN0	12 (5,1%)
UTBMT biệt hoá vừa	197 (83,8%)	cN1	34 (14,5%)
UTBMT biệt hoá thấp	23 (9,8%)	cN2	189 (80,4%)
Giai đoạn TNM trước hoá xạ trị			
II	12 (5,1%)		
III	223 (94,9%)		

UTBMT: Ung thư biểu mô tuyến.

Nhận xét: Bệnh nhân trước hoá xạ trị chủ yếu giai đoạn III (94,9%), mức độ xâm lấn khối u T₄ (66,4%), hạch N₂ (80,4%). Vị trí khối u trực tràng 1/3 dưới chiếm đa số 65,5%.

3.2. Đáp ứng trên lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Đáp ứng điều trị trên lâm sàng, cận lâm sàng

Đáp ứng	Số lượng bệnh nhân (n = 235)	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	42	17,8
Một phần	153	65,1
Không đáp ứng	37	15,7
Bệnh tiến triển	3	1,4

Nhận xét: Đáp ứng điều trị một phần là chủ yếu (65,1%).

3.3. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng

Chỉ tiêu	n, %
<i>Loại phẫu thuật</i>	
Cắt trước thấp	81 (34,5%)
Cắt trực tràng gian cơ thắt	117 (49,8%)
Phẫu thuật Miles	37 (15,7%)
Dẫn lưu hồi tràng	135 (57,4%)
Chuyển mổ mở	3 (1,4%)
Tai biến trong mổ	4 (1,7%)
Biến chứng sau mổ	23 (9,9%)

Có 19 BN (8,1%) được chỉ định PTNS vét hạch chậu bên. Thời gian phẫu thuật trung bình $135,7 \pm 18,2$ (95 - 190) phút. Thời gian nằm viện trung bình $7,3 \pm 2,5$ (6 - 17) ngày.

Nhận xét: PTNS cắt trực tràng gian cơ thắt chiếm chủ yếu 117 BN (49,8%).

Bảng 4. Đáp ứng điều trị của khối u

Mức độ xâm lấn (T) Trước HXT	Mức độ xâm lấn (T) trên giải phẫu bệnh	pT ₀	pT ₁	pT ₂	pT ₃	pT ₄	Giảm mức độ xâm lấn (T) sau HXT
cT3		23	23	14	17	2	60/79 (76,1%)
cT4		15	27	45	64	5	151/156 (96,8%)
Tổng		38	50	59	81	7	211/235 (89,8%)

Nhận xét: 89,8% bệnh nhân có giảm mức độ xâm lấn khối u.

Bảng 5. Đáp ứng điều trị của hạch vùng

Hạch trước HXT	Hạch ở giải phẫu bệnh	pN0	pN1	pN2	Giảm số lượng hạch sau HXT
cN1		21	8	5	21/34 (61,8%)

cN2	9	138	42	147/189 (77,8%)
Tổng	30	146	47	168/223* (75,3%)

*12 BN có N₀ trước mổ, có 4 BN T₀N₁(1,7%), 38 BN giai đoạn T₀N₀ (16,2%), tỷ lệ hạch chậu bên di căn 4/19 BN (21,1%).

Nhận xét: 75,3% bệnh nhân có giảm số lượng hạch.

3.4. Tác dụng phụ của hoá xạ trị dài ngày trước mổ

Bảng 6. Tác dụng phụ của hoá xạ trị dài ngày trước mổ

Độc tính	Độ	n	Tỷ lệ %
Mệt mỏi	1	35	14,9
Buồn nôn	1	9	3,9
Viêm da do xạ trị	1	26	11,1
	2	7	3,0
Viêm trực tràng do xạ	1	38	16,2
	2	5	2,1
Sút cân sau xạ		6	2,6
Đi lỏng		7	3,0
Viêm đường tiết niệu		18	7,7

Nhận xét: Các tác dụng của hoá xạ trị dài ngày trước mổ chủ yếu độ 1.

4. Bàn luận

Nghiên cứu 235 bệnh nhân UTTT được hoá xạ trị dài ngày trước mổ kết hợp PTNS cắt trực tràng điều trị UTTT tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thấy tuổi trung bình $60,7 \pm 12,6$ tuổi (nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 88 tuổi), trong đó có 165 nam (70,2%), 70 nữ (29,8%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đại tiện phân nhầy máu (97,4%), mót rặn (80,4%), đại tiện phân táo - lỏng thất thường (94,0%), đau bụng vùng hạ vị (66,8%).

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán UTTT qua hình ảnh nội soi đại trực tràng ống mềm, sinh thiết tổn thương chẩn đoán trước mổ là ung thư biểu mô tuyến biệt hoá cao (6,4%), biệt hoá vừa (83,8%), biệt hoá thấp (9,8%). Mức độ biệt hoá tế bào ảnh hưởng tới mức độ đáp ứng của khối u khi HXT dài ngày trước mổ [4], [10]. Tất cả bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ tiểu khung đánh giá mức độ xâm lấn khối u, di căn hạch vùng, hạch chậu bên, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng đánh giá tình trạng di căn xa. Qua thăm

trực tràng kết hợp với các phương tiện chẩn đoán về vị trí UTTT cho thấy UTTT 1/3 trên có 18 BN (7,7%), 1/3 giữa có 63 BN (26,8%), 1/3 dưới có 154 BN (65,5%). Khoảng cách trung bình từ bờ dưới khối u đến mép hậu môn: 5,4cm. Giai đoạn bệnh trước mổ 12 BN giai đoạn II (5,1%), 223 BN giai đoạn III (94,9%) với mức độ xâm lấn khối u T₃ có 79 BN (33,6%), T₄ có 156 BN (66,4%). Số lượng hạch trước xạ có 12 BN N₀ (5,1%); 34 BN N₁ (14,5%); 189 BN N₂ (80,4%). So sánh mức độ xâm lấn khối u trước hoá xạ trị dài ngày với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy tỷ lệ giảm mức độ xâm lấn khối u là 89,8%, trong đó có 16,2% đáp ứng hoàn toàn pT₀N₀, đặc biệt có 4 BN T₀N₁ (1,7%). HXT dài ngày trước mổ giúp làm giảm mức độ xâm lấn khối u, giảm giai đoạn bệnh, đây là yếu tố quan trọng để quyết định bảo tồn cơ thắt hậu môn. Kết hợp ứng dụng PTNS cùng các kỹ thuật cắt trực tràng đã bảo tồn cơ thắt hậu môn 84,3%.

Thời gian từ khi kết thúc đợt HXT đến khi mổ trung bình từ $6,1 \pm 1,3$ tuần (6 - 12 tuần). Bệnh nhân được khám lại theo hẹn sau 6 tuần đánh giá lại giai đoạn bằng hình ảnh nội soi, chụp cộng hưởng từ tiểu khung và thực hiện phẫu thuật. Có 3 bệnh nhân

chưa đồng ý phẫu thuật tại thời điểm hẹn khám lại. Những bệnh nhân này được theo dõi dựa vào kết quả nội soi và chụp MRI tiểu khung thấy khối u tiến triển và BN đồng ý phẫu thuật sau 8 tuần, 11 tuần, 12 tuần.

Gần đây có các nghiên cứu “chờ đợi - theo dõi” ở những bệnh nhân UTTT đáp ứng hoàn toàn sau xạ dựa trên lâm sàng và phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Đáp ứng hoàn toàn được xác định trên hình ảnh nội soi, thăm trực tràng, hình ảnh cộng hưởng từ tiểu khung. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng nào để thực hiện nghiên cứu này [5]. Ở Việt Nam, việc đánh giá đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh gặp nhiều khó khăn, đặc biệt ý thức chấp hành quản lý theo dõi khám định kỳ chưa cao nên không khuyến cáo theo dõi sau điều trị HXT dài ngày trước mổ mà không điều trị phẫu thuật. Trong nghiên cứu có 42 BN đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng (hết các triệu chứng cơ năng), chỉ thấy sẹo trên hình ảnh nội soi, và không thấy dày thành trên phim MRI tiểu khung. Có 3 bệnh nhân tiến triển (giai đoạn IV) trong đó có 2 bệnh nhân di căn gan (PTNS cắt trực tràng gian cơ thắt và lấy bỏ nhân di căn đồng thời), 1 bệnh nhân di căn phổi (thực hiện PTNS Miles), sau mổ bệnh nhân ổn định chuyển điều trị hoá chất mFolfox-6.

HXT dài ngày trước mổ là phương pháp chuẩn điều trị ung thư trực tràng ở Mỹ và các nước Châu Âu. Mặc dù, HXT dài ngày trước mổ làm giảm giai đoạn của bệnh, giảm di căn hạch nhưng quan điểm của các tác giả Nhật Bản chủ động thực hiện vét hạch rộng rãi ở giai đoạn II, III (với những khối u trực tràng dưới nếp phúc mạc, mức độ xâm lấn T₃, T₄) [1], [2], [3]. Gần đây có 1 số nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ hạch vùng chậu bên ở những bệnh nhân không đáp ứng với HXT trước mổ là 25,0 - 83,3%, tỷ lệ hạch chậu bên di căn ở nhóm bệnh nhân đáp ứng với HXT là 0 - 20,4% [6]. Phẫu thuật viên đã áp dụng vét hạch chậu bên ở những trường hợp UTTT có vị trí u ở dưới nếp phúc mạc, mức độ xâm lấn khối u T₃, T₄, đường kính hạch vùng chậu bên trên phương tiện chẩn đoán hình ảnh $\geq 7\text{mm}$ và hoặc đường kính hạch sau HXT $\geq 5\text{mm}$ [2], [3]. Trong nghiên cứu có 19 BN được chỉ định PTNS vét hạch chậu bên với tỷ lệ

hạch chậu bên di căn là 4/19 BN (21,1%). Do vậy, mặc dù HXT trước mổ có nhiều ưu điểm, hiệu quả, tuy nhiên cần đánh giá kỹ giai đoạn trước và sau HXT dài ngày, đặc biệt kích thước hạch trước và sau khi HXT cũng như vị trí khối u, để thực hiện kỹ thuật PTNS vét hạch chậu bên. Bởi đây là một trong những nguyên nhân gây tái phát tại chỗ, làm giảm thời gian sống của bệnh nhân.

HXT không những làm giảm mức độ xâm lấn khối u (T), làm giảm di căn hạch (N) mà còn làm giảm khoảng cách an toàn từ bờ dưới khối u đến diện cắt dưới. Các nghiên cứu cho thấy với những UTTT 1/3 dưới thì diện cắt dưới khối u 1cm là đảm bảo diện cắt không còn tế bào ung thư. Ngoài ra khi kết hợp ứng dụng những ưu điểm của PTNS trong cắt trực tràng đã làm tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt [7], [8]. Trong nghiên cứu có 217 BN UTTT 1/3 giữa, dưới. Sau khi HXT dài ngày trước mổ đánh giá lại giai đoạn chỉ có 39 BN phải phẫu thuật Miles (25,3%). Có 117 BN (49,8%) được PTNS cắt trực tràng gian cơ thắt (cắt 1 phần, bán phần, toàn bộ cơ thắt trong). Các nghiên cứu đánh giá chức năng hậu môn sau cắt trực tràng gian cơ thắt được đảm bảo [8].

Tỷ lệ tai biến 1,7% (04 BN) trong đó có 2 BN bị tổn thương niệu quản phải, 1 BN đặt sonde JJ và thực hiện khâu niệu quản qua nội soi, 1 BN chuyển mổ mở xử lý tổn thương. Có 1 BN bị tổn thương tĩnh mạch chậu ngoài bên trái trong quá trình vét hạch chậu bên đã khâu lại vị trí tổn thương bằng PTNS. Có 1 BN tổn thương thanh mạc đại tràng góc lách khi hạ đại tràng góc lách, đã khâu lại bằng PTNS. Có 2 BN có u xâm lấn bàng quang chuyển mổ mở cắt 1 phần bàng quang và dẫn lưu bàng quang trên xương mu. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 9,9% (23 BN). Trong đó có 12 BN rò miệng nối (03 BN được điều trị nội khoa, nhịn ăn, truyền dịch, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch; 03 BN mổ lại, đóng đầu ngoại vi, đưa đầu trung tâm làm hậu môn nhân tạo; 6 BN được phẫu thuật lau rửa, dẫn lưu ổ bụng, khâu tăng cường miệng nối qua đường hậu môn, làm dẫn lưu hồi tràng (có 2 BN được thực hiện PTNS). Có 05 BN hẹp miệng nối, nội soi sinh thiết 04 lần (không thấy tế bào u), đã đóng dẫn lưu hồi tràng, làm hậu môn nhân tạo đại tràng xuống và điều trị hoá chất bổ trợ

sau mổ. Có 02 bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ ở vị trí mở lấy bệnh phẩm, 02 BN nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn sau mổ Miles. 02 BN tắc ruột non sớm sau mổ do ruột non dính vào tiểu khung đã phẫu thuật gỡ dính, lau rửa dẫn lưu ổ bụng. Các bệnh nhân sau mổ điều trị ổn định. Năm 2018, Abraha I và cộng sự nghiên cứu tổng quan: Xạ trị trước mổ kết hợp phẫu thuật điều trị UTTT tiến triển tại chỗ. Tỷ lệ tái biến, biến chứng chung là 42,5% (987/2324 BN) bao gồm: Nhiễm khuẩn vết mổ, tắc ruột, hẹp miệng nối, chảy máu, các biến chứng liên quan tới dẫn lưu hồi tràng, rò miệng nối. Đặc biệt nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rò miệng nối giữa 2 nhóm có và không HXT dài ngày trước mổ không khác nhau [9].

Tất cả bệnh nhân dung nạp điều trị HXT trước mổ tốt, tác dụng phụ thường gặp chủ yếu ở độ 1, độ 2 như viêm trực tràng do xạ độ 1 (16,2%), độ 2 (2,1%); mệt mỏi độ 1 (14,9%), viêm đường tiết niệu (7,7%), viêm da do xạ độ 1 (11,1%), độ 2 (3%), ngoài ra gặp rất ít 1 số tác dụng phụ khác như buồn nôn độ 1 (3,9%), đi lỏng (3%), sút cân sau xạ (2,6%). Kết quả cho thấy tương tự 1 số nghiên cứu hoá xạ trị dài ngày trước mổ điều trị ung thư trực tràng tiến triển chủ yếu gặp các tác dụng phụ độ 1, độ 2.

5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư trực tràng có hoá xạ trị dài ngày trước mổ là an toàn, hiệu quả. Hoá xạ trị dài ngày trước mổ làm giảm giai đoạn bệnh, ít độc tính, kết hợp phẫu thuật nội soi cắt trực tràng làm tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt. Cần đánh giá kỹ giai đoạn trước, sau hoá xạ trị dài ngày trước mổ, thực hiện phẫu thuật nội soi vét hạch chậu bên với tỷ lệ hạch vùng chậu bên di căn 21,1%.

Tài liệu tham khảo

1. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) *Guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer*.
2. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2017) *Clinical practice guidelines on oncology*. Rectal cancer version 3.2017.pdf.
3. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E et al (2017) *Rectal cancer: ESMO Clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. Annals of Oncology 28: 22-40.
4. Phạm Cẩm Phương (2013) *Đánh giá hiệu quả của xạ trị kết hợp với capecitabine trước mổ trong ung thư trực tràng thấp tiến triển tại chỗ*. Luận án Tiến sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
5. López-Campos F, Martín-Martín M, Fornell-Pérez R. et al (2020) *Watch and wait approach in rectal cancer: Current controversies and future directions*. World J Gastroenterol 26(29): 4218-4239.
6. Atef Y, Koedam TW, van Oostendorp SE et al (2019) *Lateral pelvic lymph node metastases in rectal cancer: A systematic review*. World J Surg 43(12): 3198-3206.
7. Rullier E, Laurent C, Bretagnol F et al (2005) *Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas*. Ann Surg 241(3): 465-469.
8. Saito N, Moriya Y, Shirouzu K et al (2006). *Intersphincteric resection in patients with very low rectal cancer: A review of the Japanese experience*. Dis Colon Rectum 49(1): 13-22.
9. Abraha I, Aristei C, Palumbo I et al (2018) *Preoperative radiotherapy and curative surgery for the management of localised rectal carcinoma*. Cochrane Database Syst Rev 2018(10).
10. De Bruin AF et al (2008) *Preoperative chemoradiation with capecitabine in locally advanced rectal cancer*. Neth J Med 66(2): 71-76.