**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TME Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG TRUNG BÌNH THẤP ĐÃ TIA XẠ TIỀN PHẪU**

**Đoàn Trọng Tú1, Phạm Thế Dương2, Nguyễn Văn Cương2, Trần Tuấn Thành2**

*1 TS. BS. Trưởng khoa ngoại Bụng 2-Bệnh viện K*

*2Ths Khoa ngoại Bụng 2-Bệnh viện K*

**Người chịu trách nhiệm chính: Đoàn Trọng Tú**

**Email:** **trongtubvk@gmail.com**

**ĐT: 0978419426**

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi TME ở bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình thấp đã hóa xạ trị tiền phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứ đánh giá 167 BN ung thư trực tràng trung bình, thấp được HXTTP và PTNS cắt trực tràng trong 1,5 năm từ tháng 9/2022 đến tháng 3/2024 tại khoa ngoại Bụng 2- Bệnh viện K. **Kết quả:** tuổi trung bình 61,41± 11,16 (29-82 tuổi), nam chiếm 59,3%, nữ chiếm 40,7%. Khối u cT3 chiếm 87,5%, cT4 chiếm 12,5%. Đánh giá hạch cN0 chiếm 35,3%, cN1 chiếm 47,3% và cN2 chiếm 17,4%. Khối u biệt hóa vừa chiếm đa số 90,4%. Khối u trực tràng thấp 62,9%, tràng trung bình chiếm 37,1%. 85,1% bệnh nhân được hóa xạ trị dài ngày và 14,9% bệnh nhân được điều trị phác đồ TNT tiền phẫu. 37,7% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp (LAR) hoặc siêu thấp (uLAR), 49,1% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gian cơ thắt, nối hậu môn và 13,1% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng. Tỷ lệ vét hạch chậu là 13,1%, tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình 144,7 ± 17,4 phút. Biến chứng rò miệng nối là 6,9%. Giai đoạn u sau phẫu thuật ypT0 15,6%, ypT1 10,2%, ypT2 32,9% và ypT3 41,3%, giai đoạn hạch sau phẫu thuật ypN0 76,1%, ypN1 20,1% và ypN2 2,9%. Tỷ lệ bệnh đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ tiền phẫu là 15,7%. Thời gian theo dõi trung bình 12,3 tháng (4 – 20 tháng) trong đó có 2 bệnh nhân tái phát tại chỗ (1,2%) và 5 bệnh nhân (2,9%) có di căn xa. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi TME ở bệnh nhân K trực tràng trung bình và thấp đã tia xạ tiền phẫu là phẫu thuật an toàn, ít xâm lấn và tỷ lệ bảo tồn cơ thắt cao.

***Từ khóa:*** *phẫu thuật nội soi, hóa xạ trị tiền phẫu, ung thư trực tràng.*

**ABSTRACT**

**EARLY RESULTS OF TME LAPAROSCOPIC SURGERY IN MIDDLE AND LOW RECTAL CANCER WITH PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY**

**Objectives**: early results of TME laparoscopic surgery in middle and low rectal cancer with preoperative chemoradiotherapy in K hospital. **Patients and methods:** We conducted a retrospective study to evaluate 167 patients with preoperative chemoradiotherapy middle and low rectal cancer who underwent laparoscopic total mesorectal excision with curative intent between September 2022 and March 2024 at Abdominal Surgery Department II – K hospital. **The results**: the average age was 61,41 ±11,16 (29-82), male accounted for 59,3%, and female 40,7%. Tumor in clinical cT3 accounted for 87,5% and T4 12,5%. cN0 accounted for 35,3%, cN1 47,3% and cN2 17,4%. Low rectal cancer accounted for 62,9% and middle rectal cancer 37,1%. Moderately differentiated type accounted for the majority 90,4%. 85,1% patients was received long course preoperative chemoradiotherapy and 14,9% patients with TNT regimen. 37,7% patients underwent laparoscopic low anterior resection (LAR) or untra-low anterior resection (uLAR), 49,1% patients underwent laparoscopic intersphincteric resection with colo-anal anastomosis and 13,1% patients with laparoscopic abdominoperineal resection. The ratio of lateral pelvic lymphadenectomy was 13,1%. The average surgical time was 144,7±17,4 minutes. Postoperative bleeding complications accounted for 1,8%, anastomotic bleeding 1,2% and anastomotic leakage rate was 6,9%. The medium hospital stay was 9,78±2,5 (7-18) days. Postopeative tumor stage ypT0 15,6%, ypT1 10,2%, ypT2 32,9% and ypT3 41,3%, postoperative lymph node stage ypN0 76,1%, ypN1 20,1% and ypN2 2,9%. The rate of complete response after preoperative chemoradiation was 15,7%. The average follow-up time was 12,3 months (4-20 months) including 2 patients (1,2%) with local recurrence and 5 patients (2,9%) with distant metastasis. **Conclusion:** laparoscopic TME surgery in patients with preoperative chemoradiotherapy middle and low rectal cancer is a safe, minimally invasive surgery with high rate of sphrincter preservation.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư đại trực tràng là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ 3 về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong trên toàn thế giới 4 . Tại Việt Nam theo Globocan 2022 ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 4 ở nam giới sau ung thư gan, ung thư phổi, ung thư dạ dày và đứng hàng thứ 3 sau ung thư vú, ung thư phổi và tỷ lệ tử vong cũng đứng hàng thứ năm sau ung thư gan, phổi, vú và dạ dày4. Phẫu thuật vẫn là phương pháp chính, hiệu quả nhất đối với ung thư trực tràng, hóa xạ trị thường được phối hợp với phẫu thuật để giảm nguy cơ tái phát và di căn xa. Phẫu thuật cắt mạc treo trực tràng ngày nay vẫn là tiêu chuẩn vàng đối với ung thư trực tràng giữa và dưới vì làm cải thiện tiên lượng của bệnh nhân và giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, cải thiện thời gian sống thêm8. Phẫu thuật nội soi TME ngày nay đã thay thế phẫu thuật mổ mở, cải thiện chất lượng sớm sau mổ, tỷ lệ đau sau mổ ít hơn, thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn, lượng máu mất trong mổ ít hơn, phẫu thuật nội soi TME được chấp nhận rộng rãi là phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu5. Hóa xạ trị tiền phẫu có vai trò làm giảm giai đoạn của khối u nguyên phát giúp thuận lợi hơn cho phẫu thuật triệt căn và làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt, hóa chất kết hợp với tia xạ tiền phẫu giúp loại bỏ các tổn thương vi di căn làm giảm tỷ lệ tái phát di căn xa, ngoài ra còn làm tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của khối u nguyên phát5. Ngày nay với sự tiến bộ của điều trị tiền phẫu truyền hóa chất kết hợp với tia xạ tiền phẫu (TNT) làm tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của khối u nguyên phát từ khoảng 14% lên 33,2%, đồng thời cải thiện thời gian sống thêm so với tia xạ đơn thuần5. Tại khoa ngoại bụng 2-Bệnh viện K những năm gần đây chúng tôi thực hiện khá thường quy phẫu thuật nội soi cắt TME cho những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình và thấp đã được hóa, xạ trị tiền phẫu, những bệnh nhân này thường khó khăn trong việc bảo tồn cơ thắt hậu môn và chức năng cơ thắt hậu môn sau phẫu thuật. Tuy nhiên chúng tôi chưa có bài nghiên cứu tổng kết đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt TME ở bệnh nhân ung thư trực tràng đã hóa xạ trị tiền phẫu. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

*Đánh giá kết quả sau phẫu thuật nội soi cắt TME ở bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp giai đoạn II,III đã hóa xạ trị tiền phẫu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả 167 BN UTTT được HXTTP và PTNS cắt trực tràng trong 1,5 năm từ tháng 9/2022 đến tháng 3/2024 tại khoa ngoại Bụng 2- Bệnh viện K.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Tiêu chuẩn lựa chọn*** | ***Tiêu chuẩn loại trừ*** |
| * Giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến ở trực tràng.
* Giai đoạn II, III(cT3-4,N0-2,M0)
* Tuổi từ 18 trở lên.
* ECOG: 0-1 điểm.
* XN công thức máu và chức năng gan, thận phù hợp.
* Đồng ý tham gia nghiên cứu.
 | * Giải phẫu bệnh không phải ung thư biểu mô tuyến
* Đã điều trị hóa chất và/hoặc xạ trị vùng chậu trước đó
* Có bệnh nặng kết hợp
* Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.
* Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
 |

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, theo dõi dọc. Cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 167 bệnh nhân đủ điều kiện vào nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu : Các biến cố nghiên cứu bao gồm tuổi trung bình, giới tính, giai đoạn cT(cT2, cT3, cT4) và hạch cN(cN1, cN2), vị trí khối u (khối u trực tràng thấp cách rìa hậu môn dưới 5 cm, khối u trực tràng trung bình khối u cách rìa hậu môn từ 5 đến 10cm). Thể giải phẫu bệnh (thể biệt hóa cao, biệt hóa vừa, kém biệt hóa, thể tuyến nhầy, thể tuyến nhú). Thời gian chờ phẫu thuật (từ lúc bệnh nhân kết thúc điều trị tiền phẫu đến khi tiến hành phẫu thuật). Phác đồ điều trị tiền phẫu là hóa xạ trị dài ngày (LCPRT) hay phác đồ TNT. Phương pháp phẫu thuật là cắt trước thấp hay siêu thấp (LAR hay uLAR), phẫu thuật cắt gian cơ thắt nối ống hậu môn hay phẫu thuật cắt cụt trực tràng. Tỷ lệ mở thông hồi tràng, các tai biến biến chứng sớm sau phẫu thuật. Đánh giá đáp ứng của u và hạch sau phẫu thuật, mức độ đáp ứng của khối u đánh giá bằng giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi bệnh nhân, số bệnh nhân tái phát tại chỗ và di căn xa.

- Quy trình điều trị

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Đánh giá trước điều trị**Nội soi ĐTT, sinh thiết.MRI chậuCLVT ngực bụng chậuCEACác xét nghiêm cơ bản |  | **Hóa xạ tiền phẫu đồng thời**LCPRT: Tổng liều xạ 50,4Gy x 28 ngàyCapecitabine 825mg/m2 x 2 lần/ ngày x 5 ngày/tuần x 5 tuần.Phác đồ TNT:  |  | **Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME)**5-10 tuần sau khi kết thúc hóa xạ trị LCPRT hoặc 3 đến 5 tuần sau TNT.PTNS cắt trực tràng trước thấpPTNS cắt TT gian cơ thatPTNS MilesPTNS vét hạch chậu bên |

***- Xử lý số liệu****:* Bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

- Chúng tôi lựa chọn 167 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu với kết quả:

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Độ tuổi trung bình là 61,41±11,16, thấp nhất là 29 tuổi, cao nhất là 82 tuổi, trong đó nhóm tuổi 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,9% (65/167 bn). Nam giới có 99 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 59,3%), nữ giới có 68 bệnh nhân (chiếm 40,7%).

- Khối u trực tràng giữa có 62 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 37,1%, khối u trực tràng thấp có 105 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 62,9%.

**3.2. Đặc điểm khối u và thể giải phẫu bệnh trước phẫu thuật**

- Mức độ xâm lấn khối u cT

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nhận xét:** giai đoạn khối u đánh giá trên lâm sàng trước phẫu thuật với cT3 chiếm tỷ lệ 87,5% và cT4 chiếm tỷ lệ 12,5% |

- Giai đoạn hạch trước phẫu thuật

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nhận xét:** giai đoạn hạch đánh giá trên lâm sàng trước phẫu thuật với cN0 chiếm tỷ lệ 35,3%, cN2 chiếm tỷ lệ 47,3% và cN2 chiếm tỷ lệ 17,4% |

- Thể giải phẫu bệnh của khối u

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thể giải phẫu bệnh** | **Số BN** | **Tỷ lệ %** |
| Biệt hóa cao | 4 | 2,4 |
| Biệt hóa vừa | 151 | 90,4 |
| Kém biệt hóa | 8 | 4,8 |
| AC tuyến nhầy | 3 | 1,8 |
| AC tuyến nhú | 1 | 0,6 |
| Tổng | 167 | 100 |

**Nhận xét:** đa số thể giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm 90,4%, các thể khác hiếm gặp và chiếm tỷ lệ thấp.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

- Phác đồ hóa xạ trị trước phẫu thuật: xạ trị đơn thuần dài ngày (LCPRT) có 142 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 85,1%, hóa xạ trị phác đồ TNT có 25 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 14,9%.

- Thời gian trung bình từ lúc kết thúc xạ đến lúc phẫu thuật 6,7±1,1 tuần (ngắn nhất là 5 tuần và dài nhất là 10 tuần.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Đặc điểm phẫu thuật | Số BN | Tỷ lệ % |
| Phương pháp phẫu thuật- LAR, uLAR- Cắt gian cơ thắt, nối hậu môn* Cắt cụt trực tràng
* Phẫu thuật vét hạch chậu
* Tỷ lệ mổ bảo tồn cơ thắt

- Vét hạch chậu | 63822216145/16716 | 37,749,113,19,686,89,6 |
| Mở thông hồi tràng | 24 | 16,5 |
| Chuyển mổ mở  | 2 | 1,2 |
| Thời gian phẫu thuật  | 144,7± 17,4 (92-220) |  |
| Tai biến trong mổ | 2 | 1,2 |

**Nhận xét:** Tỷ lệ mổ cắt gian cơ thắt nối hậu môn chiếm tỷ lệ cao nhất 49,1%, phẫu thuật cắt trước thấp hoặc siêu thấp 37,7%. Tỷ lệ mổ bảo tồn cơ thắt là 86,8%. 9,6% bệnh nhân được vét hạch chậu. 16,5% bệnh nhân được mở thông hồi tràng, tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,2%.

3.4. Đặc điểm sau phẫu thuật

- Tai biến sau phẫu thuật

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tai biến sau phẫu thuật | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
| Chảy máu sau mổChảy máu miệng nốiRò miệng nối - Rò miệng nối đơn thuần - Rò miệng nối kết hợp rò âm đạoTắc ruột | 3210821 | 1,81,26,95,51,40,6 |

- Nhận xét: Tỷ lệ rò miệng nối sau mổ là 6,9%, trong đó rò đơn thuần là 5,5% và rò miệng nối kết hợp rò âm đạo là 1,4%.

- Giai đoạn u sau phẫu thuật (ypT)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nhận xét**: Có 15,6% bệnh nhân ypT0 sau phẫu thuật (bệnh đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ trị tiền phẫu. |

- Giai đoạn hạch sau phẫu thuật (ypN).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nhận xét:** sau phẫu thuật đa số bệnh nhân xét nghiệm hạch âm tính ypN0 chiếm 76,1% |

- Số hạch trung bình vét được 11,03 ± 0,3 (6-29). Số hạch di căn nhiều nhất 16 hạch. Có 2/16 bệnh nhân vét hạch chậu có di căn hạch chậu.

- Đáp ứng của khối u trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Đáp ứng** | **Số Bệnh nhân** | **Tỷ lệ %** |
| Đáp ứng hoàn toàn | 26 | 15,7 |
| Đáp ứng một phần | 129 | 77,2 |
| Bệnh ổn định | 10 | 5,9 |
| Bệnh tiến triển | 2 | 1,2 |
| Tổng | 167 | 100 |

- **Nhận xét:** có 26/167 bệnh nhân (15,7%) đáp ứng hoàn toàn (ypT0N0M0), 2 bệnh nhân giai đoạn ypT0N1M0

- Thời gian theo dõi trung bình: 12,3 tháng (2 – 20 tháng)

 + Tỷ lệ tái phát tại chỗ 2 BN (1,2%)

 + Tỷ lệ di căn xa 5 BN (2,9%)

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

**-** Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 61,41±11,16, thấp nhất là 29 tuổi, cao nhất là 82 tuổi, trong đó nhóm tuổi 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,9% (65/167 bn). Nam giới có 99 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 59,3%), nữ giới có 68 bệnh nhân (chiếm 40,7%). Ung thư đại trực tràng là ung thư hay gặp ở người cao tuổi, theo hướng dẫn điều trị của hiệp hội ung thư Châu Âu về ung thư trực tràng thì ung thư trực tràng đa số gặp ở người cao tuổi (>60 tuổi) với tuổi trung bình là 70 tuổi, và tuổi là một yếu tố tiên lượng độc lập8. Ở Việt Nam bệnh có xu hướng hay gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi có gặp những ca dưới 40 tuổi, tuổi trẻ nhất chúng tôi gặp là 29 tuổi. Bệnh gặp đều cả hai giới với tỷ lệ nam giới gặp nhiều hơn nữu giới nhưng không đáng kể, lý do là các yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng ngoài yếu tố di truyền chiếm khoảng 8%8, thì các yếu tố nguy cơ khác đều có thể gặp cả hai giới đó là tình trạng béo phì, lười vận động, hay ăn thịt đỏ, đái đường, các bệnh viêm đại trực tràng chảy máu, bệnh Crohn, ngoài ran am giới gặp tỷ lệ nhỉnh hơn là do tình trạng lạm dụng rượu, bia, thuốc lá7. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình và thấp đã hóa xạ trị tiền phẫu, trong đó ung thư trực tràng thấp chiếm tỷ lệ cao hơn trực tràng trung bình (62,9% so với (37,1%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Tuấn (2020) trên 56 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật từ 20213 đến 2017 cũng cho thấy ung thư trực tràng thấp chiếm 62,5% cao hơn ung thư trực tràng giữa 37,5%1.

**4.2. Đặc điểm của khối u và thể giải phẫu bệnh trước phẫu thuật**

- Mức độ xâm lấn khối đánh giá trên lâm sàng và cận lâm sàng cT: Bởi vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những khối u cT3 và cT4 được hóa xạ trị tiền phẫu, loại trừ những trường hợp khối u cT1 và cT2 có chỉ định phẫu thuật luôn. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số khối u xâm lấn mạc treo trực tràng chưa xâm lấn cơ quan lân cận cT3 chiếm tỷ lệ 87,5%, còn khối u cT4 chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều cT4 12,5%. Chúng tôi đánh giá tính chất khối u thông qua nội soi đại trực tràng ống mềm và những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình thấp được chụp MRI thường quy để đánh giá tình trạng xâm lấn của khối u cũng như tình trạng di căn hạch vùng. Trực tràng nằm trong khoang chật hẹp và mạc treo trực tràng như một lớp bảo vệ để ngăn tế bào ung thư xâm lấn ra bên ngoài do vậy đo số bệnh nhân đến viện với khối u giai đoạn cT3. Đánh giá tình trạng di căn hạch kết quả nghiên cứu cho thấy giai đoạn cN0 chiếm 35,3%, giai đoạn cN1 chiếm 47,3% và giai đoạn cN2 chiếm 17,4% thông qua phim chụp MRI thường quy.

- Về đặc điểm giải phẫu bệnh của khối u trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số gặp thể ung thư biểu mô tuyết biệt hóa vừa (90,4%), các thể giải phẫu bệnh khác ít gặp hơn. Nghiên cứu của các tác giả khác trong nước cũng đều cho thấy thể giải phẫu bệnh hay gặp đa số là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa như của Trần Anh Cường (84,5%), Nguyễn Quốc Tuấn (78,6%)1, 3.

**4.3. Đặc điểm phẫu thuật.**

- Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp đã được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu với phác đồ xạ trị đơn thuần dài ngày (LCPRT) chiếm tỷ lệ 85,1% và hóa xạ trị phác đồ TNT 14,9%. Thời gian gần đây số bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị phác đồ TNT đang tăng lên. Thời giant rung bình từ lúc kết thúc xạ đến lúc phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,7±1,1 tuần, thời gian này nằm trong giới hạn khuyến cáo của các hướng dẫn điều trị và các tác giả khác 3, 5.

- Phác đồ hóa xạ trị trước phẫu thuật: xạ trị đơn thuần dài ngày (LCPRT) có 142 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 85,1%, hóa xạ trị phác đồ TNT có 25 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 14,9%. Về phương pháp phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân được cắt gian cơ thắt, nối ống hậu môn chiếm tỷ lệ cao nhất 49,1%, phẫu thuật LAR hoặc uLAR chiếm 37,7%, chỉ có 13,1% bệnh nhân, tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là 86,8%. Ngày nay nhờ cải thiện của kỹ phuật phẫu thuật nội soi ít xâm lấn mà tỷ lệ bảo tồn cơ thắt tăng lên, chỉ những trường hợp khối u đánh giá trên phim MRI và thăm lâm sàng có xâm lấn cơ thắt hoặc những khối u thư trực tràng thấp sát hậu môn xâm lấn rộng, đáp ứng kém sau xạ chúng tôi mới tiến hành phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng, tầng sinh môn. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 144,7± 17,4 phút (92-220), nhanh nhất là 92 phút và chậm nhất là 220 phút. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trịnh Đức Hoàng (130 ± 18,1 phút) 2.

- Về tai biến sau phẫu thuật: vấn đề quan tâm nhất của phẫu thuật viên về hiệu quả phẫu thuật đó là tình trạng rò miệng nối sau phẫu thuật, đối với ung thư trực tràng nối thấp rò miệng nối vẫn chiếm tỷ lệ khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,9%, các biến chứng khác như chảy máu sau mổ 1,8%, chảy máu miệng nối 1,2% và tắc ruột sau mổ là 0,6%. Với ung thư trực tràng vị trí càng thấp và đặc biệt ở những bệnh nhân đã hóa xạ trị tiền phẫu thì nguy cơ rò miệng nối càng cao, trong 10 bệnh nhân rò miệng nối của chúng tôi thì có 7 bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định và 3 bệnh nhân được phẫu thuật lại do viêm phúc mạc toàn thể. Nghiên cưu của Yang (2016) về phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt của ung thư trực tràng trung bình và thấp cũng cho thấy tỷ lệ rò miệng nối tương đối cao 10,8%10.

- Đánh giá về đáp ứng của khối u trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: tỷ lệ bệnh đáp ứng hoàn toàn là 15,6%, bệnh đáp ứng một phần là 77,2%, bệnh ổn định 5,9% và bệnh tiến triển 1,2%. Các tác giả khác trên thế giới nghiên cứu về đáp ứng của khối u sau hóa xạ trị tiền phẫu đơn thuần hay phác đồ TNT cho thấy phác đồ TNT có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao khoảng gấp đôi phác đồ hóa xạ trị dài ngày đơn thuần, nghiên cứu của J. Johnson (2023) cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của phác đồ TNT là 27,8% so với 12,1 của phác đồ hóa xạ trị đơn thuần 7. Các kết quả này làm tiền đề cho quan điểm “watch and wait” trên những bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn.

- Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là 12,3 tháng, dài nhất là 20 tháng và ngắn nhất là 2 tháng, chúng tôi thu thập thông tin bệnh nhân thì có 2 bệnh nhân có tái phát tại chỗ chiếm tỷ lệ 1,2%, có 5 bệnh nhân có di căn xa chiếm tỷ lệ 2,9%. Thời gian theo dõi của chúng tôi còn ngắn chưa đủ dài do vậy mới chỉ bước đầu đánh giá theo dõi tái phát di căn, các tác giả khác theo dõi tái phát cũng dao động với tỷ lệ khác nhau. Nghiên cứu của Park và CS năm 2012 với số bệnh nhân nghiên cứu tương đối lớn 725 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung bình 5 năm thì cho thấy tỷ lệ tái phát là 1,4-4,4%9. Kết quả nghiên cứu phản ánh phẫu thuật nội soi cắt TME là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ tái phát thấp.

V. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật nội soi cắt TME ở bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình và thấp đã hóa xạ trị tiền phẫu là phẫu thuật an toàn, ít xâm lấn. Tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ thấp. Phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng nên được chỉ định thường quy cho nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng đã hóa xạ trị tiền phẫu để tối ưu hóa lợi ích và giảm thiểu nguy cơ cho bệnh nhân.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Trần Anh Cường (2017). Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. Trịnh Đức Hoàng, Kim Văn Vụ. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng đoạn giữa kết hợp hóa xạ trị tiền phẫu tại khoa ngoại tổng hợp quán sứ bệnh viện K giai đoạn 2019 – 2021. *VMJ*. 2022;520(2). doi:10.51298/vmj.v520i2.4129.
3. Nguyễn Quốc Tuấn (2020): Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp. Luận văn tiến sĩ y học năm 2020, trường Đại học Y Hà Nội, tr 69.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.*2022;68:394–424.
5. Conroy T, Bosset JF, Etienne PL et al (2021) Neoadjuvant chemotherapy with FOLFIRINOX and preoperative chemoradiotherapy for patients with locally advanced rectal cancer (UNICANCER-PRODIGE 23): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet Oncol 22:702–715.
6. Fleshman J, Branda ME, Sargent DJ, et al. Disease-free survival and local recurrence for laparoscopic resection compared with open resection of stage II to III rectal cancer: follow-up results of the ACOSOG Z6051 randomized controlled trial. Ann Surg. 2019;269:589-595.
7. G.G.R.J. Johnson, J. Park, R.M. Helewa, B.A. Goldenberg, M. Nashed, E. Hyun. Total neoadjuvant therapy for rectal cancer: a guide for surgeons. Can. J. Surg., vol. 66 (2) (2023), Article E196, [10.1503/CJS.005822](https://doi.org/10.1503/CJS.005822)
8. R. Glynne-Jones , L. Wyrwicz , E. Tiret G et al (2023). Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Esmo clinical practice guidelines, page 1.
9. Park In Ja, et al (2012)," Neoadjuvant Treatment Response As an Early Response Indicator for Patients With Rectal Cancer", Journal Of Clinical Oncology; 30(15): 1770-1776
10. Yang, C.S., G.S. Choi, J.S. Park, et al., Rectal tube drainage reduces major anastomotic leakage after minimally invasive rectal cancer surgery. Colorectal Dis, 2016. 18(12): p. O445-O452.