

Kết quả dài hạn của phẫu thuật cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan

Lâm Việt Trung, Trần Vũ Đức, Nguyễn Trường Trúc Lâm, Phạm Hải Đăng, Vương Dinh Thy Hao

Bệnh viện Chợ Rẫy

Từ khóa:

Cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan, phẫu thuật nội soi, hoá trị trước mổ.

Địa chỉ liên hệ:

Lâm Việt Trung,
Bệnh viện Chợ Rẫy
201B Nguyễn Chí Thanh, Phường
12, Quận 5, TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0913 753 595
Email: drlamviettrung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 09/07/2021

Ngày duyệt: 10/08/2021

**Ngày chấp nhận đăng:
03/11/2021**

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là loại ung thư đứng hàng thứ 3 trong các loại ung thư ở Việt Nam. Trước đây, di căn xa do UTĐTT thường chỉ được điều trị triệu chứng, và tỉ lệ sống còn của người bệnh chỉ khoảng 5% sau 5 năm. Gần đây, phẫu thuật cắt gan di căn với mục đích triệt để đã cho kết quả rất đáng khích lệ với tỉ lệ sống còn sau 5 năm lên đến > 50%. Hiện nay, chưa có khuyến cáo cụ thể cho chọn lựa cắt ung thư đại trực tràng đồng thời với cắt gan hay cắt gan sau cắt ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên một số nghiên cứu gần đây đã cho thấy cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan cho kết quả tương đương với phẫu thuật nhiều thì, mặt khác có hiệu quả về kinh tế và điều trị cho người bệnh. Ở Việt Nam, chúng ta chưa có nhiều công trình nghiên cứu về lĩnh vực này.

Phương pháp: Hồi cứu mô tả loạt ca. Các trường hợp ung thư đại trực tràng có di căn gan đồng thời được thực hiện cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan được đưa vào nghiên cứu. Chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật, tỉ lệ tai biến, biến chứng sau mổ và các kết quả về mặt ung thư học trong thời gian theo dõi.

Kết quả: Từ 5/2020 đến 5/2021, chúng tôi đã thực hiện 22 trường hợp cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan. Tỉ lệ phẫu thuật nội soi là 76,1%. Có 14 trường hợp được hoá trị trước mổ (63,6%). Có 3 trường hợp di căn gan được đánh giá không cắt được đã được phẫu thuật cắt gan sau hoá trị tân hỗ trợ. Tỉ lệ cắt gan > 2 u đạt 33,3%. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp viêm phổi nặng sau mổ cắt gan đa ổ, và người bệnh tử vong tại ICU sau 5 ngày. Tỉ lệ tử vong 30 ngày sau mổ là 4,5%. Các trường hợp còn lại không ghi nhận tai biến hay biến chứng sau mổ. Thời gian theo dõi trung bình 35,5 tháng (2 - 120 tháng), chúng tôi ghi nhận 5 trường hợp (23,8%) tái phát di căn gan. Di căn phổi gặp 2 ca (9,5%). Không ghi nhận tái phát tại chỗ của đại trực tràng. Tỉ lệ sống còn chung và sống còn không bệnh sau 5 năm lần lượt là 45,9% và 29,0%.

Kết luận: Phẫu thuật cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan là phẫu thuật khả thi và an toàn với các kết quả phẫu thuật và ung thư học chấp nhận được. Phương pháp phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng phối hợp mổ mổ cắt gan có thể là phương pháp tiếp cận phù hợp với những trung tâm còn hạn chế về phương tiện và nguồn lực cho phẫu thuật cắt gan nội soi. Cần phối hợp tốt hơn trong hội chẩn đa mô thức để tối ưu hoá kết quả phẫu thuật của người bệnh.

Long-term results of simultaneous resection of colorectal liver metastasis

Lam Viet Trung, Tran Vu Duc, Nguyen Truong Truc Lam, Pham Hai Dang, Vuong Dinh Thy Hao

Cho Ray Hospital

Abstract

Colorectal cancer (CRC) is the third leading type of cancer in Vietnam. In the past, distant metastases from colorectal cancer were often treated symptomatically, and the patient survival rate was only about 5% after 5 years. Recently, radical resection of metastatic liver disease has shown very encouraging results with 5-year survival rates up to > 50%. Until now, there was no consensus on simultaneous resection of colorectal liver metastasis. However, recent publications had shown comparable results between simultaneous resection of colorectal liver metastasis and staged liver resection, meanwhile, simultaneous resection offers benefits to patients and the health care system. In Vietnam, we do not have many studies in this field.

Methods: This is a retrospective case series study. Simultaneous resection of colorectal liver metastasis were included into the study. We evaluated surgical outcomes, complication rates, postoperative complications and oncological outcomes during follow-up.

Results: From 5/2020 to 5/2021, we performed 22 cases of simultaneous resection of colorectal liver metastasis. In which, laparoscopic surgery was 76.1%. There were 14 cases (63.6%) receiving chemotherapy before surgery. Three cases of nonresectable metastatic liver lesions has become resectable after neoadjuvant chemotherapy.

The rate of liver resection > 2 tumors reached 33.3%. We noted 1 case of severe postoperative pneumonia, and the patient died in the ICU after 5 days. There was no other postoperative complication. The 30-day mortality rate after surgery was 4,5%. The average follow-up time was 35.5 months (2 - 120 months), we noted 5 cases (23.8%) with recurrence of liver metastases. Lung metastasis occurred in 2 cases (9.5%). No colorectal recurrence was noted. Five year overall survival and disease-free survival were 45.9% and 29,0%, respectively.

Conclusion: Simultaneous resection of colorectal liver metastasis is feasible and safe with acceptable surgical and oncological outcomes. Laparoscopic colorectal resection in combined with open liver resection could be an appropriate choice for medical centers with limited resources for laparoscopic liver surgery. It is important to coordinate well in multidisciplinary management in order to optimize patient's surgical outcome.

Keywords: Simultaneous colorectal liver metastasis resection, laparoscopic surgery, neoadjuvant chemotherapy

Đặt vấn đề

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là loại ung thư đứng hàng thứ 3 trong các loại ung thư ở Việt Nam theo thống kê của Globocan 2020 [2]. Ở các nước Âu, Mỹ, UTĐTT đứng thứ hai trong các loại ung thư và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư. Khoảng 20% người bệnh UTĐTT được phát hiện di căn xa đồng thời ở thời điểm chẩn đoán và hơn 50% người bệnh UTĐTT phát triển di căn trong quá trình bệnh. Trong các loại di căn xa của UTĐTT thì di căn gan thường gặp nhất, kế đến là di căn phổi, sau đó là phúc mạc, xương ...

Trước đây, di căn xa do UTĐTT thường chỉ được điều trị triệu chứng và tỉ lệ sống còn của người bệnh chỉ khoảng 5% sau 5 năm. Với sự phát triển và tiến bộ của các phương tiện tầm soát, chẩn đoán và điều trị gần đây, bằng cách tiếp cận điều trị đa mô thức, tỉ lệ sống còn của người bệnh UTĐTT di căn đã cải thiện đáng kể. Phẫu thuật cắt gan di căn với mục đích triệt để cho tỉ lệ sống còn sau 5 năm lên đến > 50% [1]. Chính vì vậy, các người bệnh di căn gan từ UTĐTT là đối tượng cần có thái độ điều trị tích cực và phù hợp. Hiện nay, chưa có khuyến cáo cụ thể cho chọn lựa cắt ung thư đại trực tràng đồng thời với cắt gan hay cắt gan sau cắt ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên một số nghiên cứu gần đây đã cho thấy cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan cho kết quả tương đương với phẫu thuật nhiều thì, mặt khác có hiệu quả về kinh tế và điều trị cho người bệnh. Ở Việt Nam, chúng ta chưa có nhiều công trình nghiên cứu về lĩnh vực này. Do đó chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá tính khả thi và kết quả dài hạn về mặt ung thư học của phẫu thuật cắt gan di căn đồng thời do ung thư đại trực tràng.

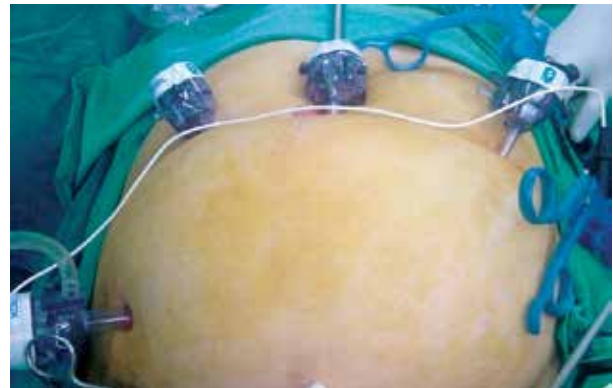
Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu loạt ca. Các trường hợp ung thư đại trực tràng di căn gan đồng thời được thực hiện cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan được đưa vào nghiên cứu. Chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật, tỉ lệ tai biến, biến chứng sau mổ và các kết quả về mặt ung thư học trong thời gian theo dõi.

Kỹ thuật mổ PTNS cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan:

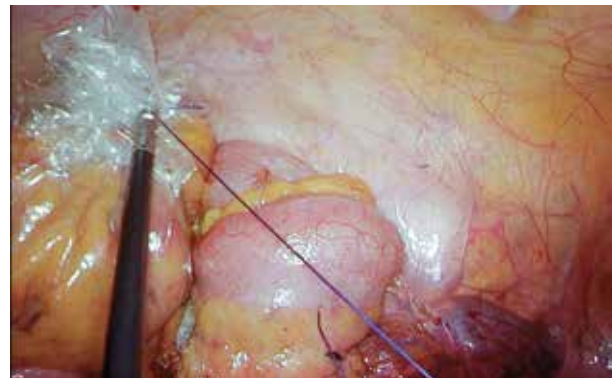
Thì cắt đại trực tràng: Chúng tôi thực hiện cắt đại trực tràng trước qua nội soi ổ bụng. Cắt đại trực tràng

nạo hạch theo nguyên tắc chung của phẫu thuật cắt đại trực tràng do ung thư. Thông thường, chúng tôi thực hiện miệng nối trong cơ thể hoàn toàn để tránh mở đường mổ bụng thêm.

Bệnh phẩm được cho vào túi bệnh phẩm cột kín, sau đó sẽ được đưa ra ngoài ổ bụng qua đường mổ dưới sườn để cắt gan. Đối với phẫu thuật cắt trực tràng nối máy, chúng tôi mở bụng nhỏ trên xương mu để cắt đầu trên đại tràng và đặt đầu để cho máy nối, sau đó thực hiện miệng nối trong ổ bụng.



Vị trí trocar cắt đại tràng sigma



Đưa bệnh phẩm vào bao chứa trong ổ bụng

Thì cắt gan: Sau khi hoàn tất thì cắt đại tràng hoặc trực tràng.

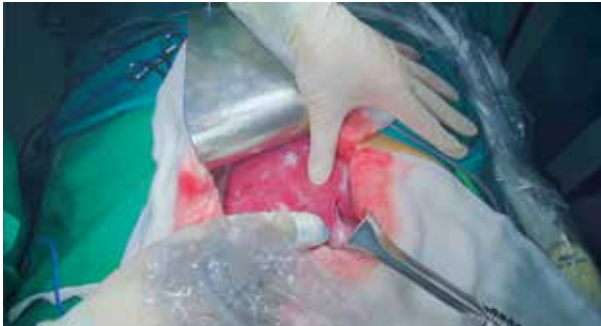
Thì này có thể thực hiện qua nội soi ổ bụng hoặc qua đường mổ dưới sườn phải.

Nguyên tắc cắt u gan di căn là cắt gan không điển hình với diện cắt an toàn cách rìa u từ 0,5 - 1 cm. Siêu âm gan trong mổ được thực hiện để xác định các vị trí u gan và hỗ trợ trong quá trình cắt gan.

Cắt gan được thực hiện với dao cắt siêu âm với

phương pháp cắt bóp nhu mô gan bằng kelly. Các mạch máu và đường mật được kẹp với clip. Khâu cầm máu bề mặt gan với chỉ Vicryl 1.0 đầu tù.

Dẫn lưu dưới gan và rãnh đại tràng. Đóng bụng từng lớp.



Siêu âm ổ bụng trong mổ



Cắt gan bằng dao siêu âm



Vết mổ cắt gan đa ổ hai thùy và các vị trí trocar bụng cắt đại tràng sigma



Hình ảnh các u gan và u đại tràng đã cắt

Kết quả

Trong thời gian 11 năm từ 5/2010 đến 5/2021, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật cho 33 trường hợp cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan. Sau khi loại trừ 11 trường hợp cắt gan di căn sau mổ ung thư đại trực tràng, 22 trường hợp cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan với mục đích điều trị triệt để được đưa vào nghiên cứu.

Có 15 người bệnh nam và 7 người bệnh nữ với tuổi trung bình là $59 \pm 10,1$ tuổi (từ 38 - 78 tuổi). Tất cả các trường hợp đều có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư tuyến đại trực tràng biệt hoá trung bình (100%) và di căn gan. (Xem Bảng 1)

Vị trí ung thư nguyên phát tập trung chủ yếu ở đại tràng bên trái và trực tràng (90,9%), gồm có: đại tràng trái 1 trường hợp, đại tràng sigma 12 trường hợp, trực tràng 7 trường hợp. Vị trí ung thư ở đại tràng phải có 2 trường hợp (9,1%). Tất cả các trường hợp này đều được thực hiện phẫu thuật cắt triệt để và thực hiện phục hồi lưu thông tiêu hoá ngay thì đầu với máy nối.

Tổn thương di căn gan đơn ổ gặp 12 trường hợp; di căn đa ổ gặp ở 10 trường hợp. Tổn thương khu trú ở thùy trái trong 4 trường hợp, thùy phải 11 trường hợp, và cả hai thùy 7 trường hợp. (Bảng 1)

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh

Đặc điểm người bệnh	N = 22	Tỉ lệ %
Nam	15	68,2
Nữ	7	31,8
Tuổi trung bình	59 ± 10,1 (38 - 78)	
Vị trí ung thư đại trực tràng		
K đại tràng phải	2	9,1
K đại tràng trái	1	4,5
K đại tràng sigma	12	54,5
K trực tràng	7	31,8
Tổn thương di căn gan		
Đơn ổ	14	54,5
Đa ổ	8	45,4
Thùy trái	4	18,1
Thùy phải	11	0,5
Hai thùy	7	31,8
Hoá trị trước mổ	15	68,1
Thời gian từ hoá trị - phẫu thuật (tuần)	5 ± 0,9 (4 - 7)	
Di căn gan chuyển sang cắt được sau hoá trị	3	13,6
Bệnh kèm theo (cao huyết áp, tiểu đường)	5	22,7

Tỉ lệ hoá trị trước mổ là 68,1% (15 trường hợp). Phác đồ thường sử dụng là phác đồ 2 thuốc với Oxaliplatin và capecitabin (XELOX). Thời gian từ khi chấm dứt hoá trị đến khi phẫu thuật trung bình là 5 ± 0,9 tuần (từ 4 - 7 tuần). Có 3 trường hợp di căn gan đa ổ hai thùy được đánh giá không cắt được đã chuyển được sang cắt được sau điều trị với phác đồ hoá trị 2 thuốc (XELOX) kèm Cetuximab. (Bảng 1)

Tỉ lệ phẫu thuật nội soi là 72,7%. Chỉ có 3 trường hợp phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại trực tràng và cắt u gan qua nội soi ổ bụng. Hầu hết các trường hợp (13 ca) là cắt đại trực tràng nội soi kèm cắt gan mổ mở. Có 6 trường hợp (27,3%) mổ mở cắt đại trực tràng kèm cắt gan. Tỉ lệ cắt > 2 khối u gan là 36,3%

và cắt gan đa ổ hai thùy là 31,8%.

Thời gian mổ trung bình là 204,5 ± 27 phút (150 - 240 phút). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,3 ± 0,8 ngày (6 - 9 ngày). (Bảng 2)

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	N = 22	Tỉ lệ %
Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng	16	72,7
Phẫu thuật nội soi cắt u gan kèm theo	3	13,6
Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng + mổ mở cắt u gan (đường dưới sườn phải)	13	59,0
Phẫu thuật mổ mở cắt đại trực tràng + cắt gan	6	27,2
Cắt > 2 u gan	8	36,3
Cắt u gan đa ổ hai thùy	7	31,8
Thời gian mổ trung bình (phút)	204,5 ± 27 (150 - 240)	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	7,3 ± 0,8 (6 - 9)	

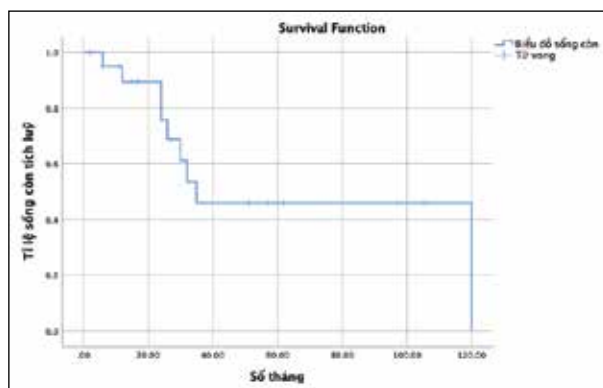
Tỉ lệ biến chứng chung sau mổ là 13,6%. Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp viêm phổi sau mổ, trong đó có 1 ca viêm phổi nặng sau mổ cắt gan đa ổ, và người bệnh tử vong tại ICU sau 5 ngày. Hai trường hợp nhiễm trùng vết mổ chỉ cần chăm sóc tại chỗ. Tỉ lệ tử vong 30 ngày sau mổ là 4,5%. Không có trường hợp nào xì rò miệng nối hoặc phải mổ lại. (Bảng 3)

Bảng 3: Biến chứng và tử vong

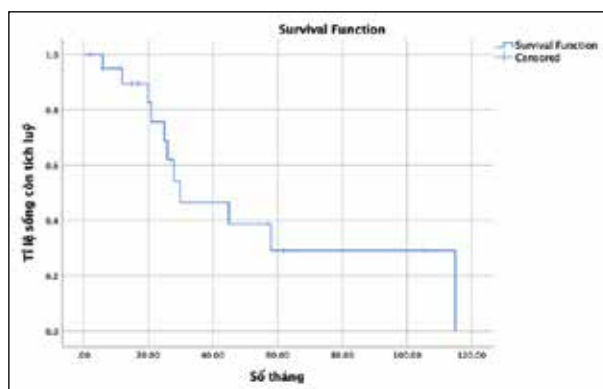
Biến chứng	N = 22	Tỉ lệ %
Biến chứng chung	5	13,6
Viêm phổi nặng sau mổ	1	4,5
Nhiễm trùng vết mổ	2	9
Xi rò miệng nối	0	0
Chảy máu sau mổ	0	0
Mổ lại	0	0
Tử vong 30 ngày sau mổ	1	4,5

Với thời gian theo dõi trung bình 35,5 tháng (2 - 120 tháng), chúng tôi ghi nhận 5 trường hợp (23,8%) tái phát di căn gan trong thời gian 4 tháng đến 12 tháng sau mổ. Trong đó chỉ có 1 trường hợp di căn gan đa ổ tái phát sau mổ. Người bệnh được điều trị hoá trị tiếp tục. Có 2 (9,5%) trường hợp phát hiện di căn phổi, trong đó 1 trường hợp được mổ cắt u phổi qua nội soi lồng ngực. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có tái phát tại chỗ của đại trực tràng.

Tỷ lệ sống còn chung sau 1 năm, 2 năm và 5 năm lần lượt là 89,4%, 75,7% và 45,9%. Tỷ lệ sống còn không bệnh sau 1 năm, 2 năm và 5 năm lần lượt là 89,4%, 75,7% và 29,0%.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống còn chung (Kaplan-Meier)



Biểu đồ 2: Tỷ lệ sống còn không bệnh (Kaplan-Meier)

Bàn luận

Vấn đề trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn:

Trước tổn thương gan nghi di căn từ ung thư đại trực tràng, việc tầm soát toàn diện ung thư đại trực tràng là rất quan trọng, tránh điều trị không

đúng bệnh hoặc chậm trễ quá trình điều trị. Trong đánh giá ban đầu, CT scan là phương tiện hữu hiệu để tầm soát, tuy nhiên, đối với di căn gan đã hoá trị thì MRI lại tỏ ra ưu thế hơn trong đánh giá tổn thương [3].

Dựa trên các đánh giá lâm sàng, hình ảnh học, đặc điểm khối u cũng như các yếu tố liên quan đến người bệnh, người ta thường phân thành 3 nhóm người bệnh di căn gan do UTĐTT như sau [1], [4]:

Thứ nhất, là nhóm di căn gan có thể cắt được: Trường hợp này, phẫu thuật cắt u được lựa chọn đầu tiên, nhất là với các di căn giới hạn về số lượng và kích thước u.

Thứ hai, là nhóm di căn gan có tiềm năng cắt được với mục đích điều trị triệt để: nhóm người bệnh này được đánh giá khối u có khả năng cắt được, tuy nhiên có thể tích gan còn lại không đảm bảo an toàn hay phẫu thuật cắt u có thể ảnh hưởng đến các cấu trúc mạch máu, đường mật, hay là phối hợp cả 2 tình huống trên.

Thứ ba, là nhóm di căn gan không có khả năng cắt được: với nhóm người bệnh này thì phẫu thuật triệt để không thể thực hiện được. Điều trị chủ yếu là hoá trị và điều trị triệu chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các trường hợp di căn gan đều thuộc nhóm có thể cắt được. Chỉ có 3 trường hợp di căn gan đa ổ 2 thùy, lúc đầu được đánh giá không cắt được, nhưng sau hoá trị và điều trị nhắm trúng đích, đã được đánh giá cắt được và tiến hành phẫu thuật cắt gan và cắt đại trực tràng. Điều này cũng cho thấy vai trò của hội chẩn đa mô thức trong ung thư đại trực tràng có di căn gan.

Điều trị tân hỗ trợ trước mổ:

Hoá trị tân hỗ trợ đã trở thành tiêu chuẩn đối với các ung thư đại trực tràng di căn gan, đặc biệt với các trường hợp di căn gan “có tiềm năng cắt được” hoặc “không thể cắt được”, do làm giảm thể tích khối u và tăng đáng kể tỷ lệ cắt được u gan sau hoá trị [1], [5], [10]. Đặc biệt là đối với các ung thư đại tràng phía bên trái không có đột biến gen KRAS

thì hoá trị kèm thuốc ức chế yếu tố phát triển biểu bì (cetuximab) có mức độ đáp ứng cao và khả năng chuyển cắt được hơn so với nhóm không sử dụng cetuximab. [6], [7]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ hoá trị trước mổ của cả nhóm nghiên cứu khá cao, đạt 68,1%. Trong đó có 3 trường hợp di căn gan đa ổ hai thùy không có đột biến gen KRAS được hoá trị với phác đồ hoá trị có cetuximab, đã chuyển được từ không cắt được thành cắt được u gan.

Mặc dù có hiệu quả đáp ứng giảm giai đoạn và thu nhỏ thể tích khối u gan di căn, thậm chí có đáp ứng hoàn toàn trên hình ảnh học (CT scan, PET scan), một số tác giả lưu ý rằng hoá trị vẫn không thể thay thế cho vai trò phẫu thuật cắt đi thương tổn u gan vì những tổn thương gan có đáp ứng hoàn toàn với hoá trị vẫn có nguy cơ phát triển trở lại [11]. Mặt khác, các nghiên cứu cũng lưu ý rằng, hoá trị tân hỗ trợ có thể gây khó khăn cho việc đọc chẩn đoán hình ảnh các tổn thương di căn gan sau điều trị [9].

Mổ cắt gan đồng thời hay cắt gan trì hoãn cho tổn thương di căn gan phát hiện cùng lúc ung thư đại trực tràng.

Hiện nay các khuyến cáo vẫn chưa thống nhất thời điểm thực hiện cắt gan di căn phát hiện đồng thời với ung thư đại trực tràng. Một số phẫu thuật viên lo ngại rằng cắt gan đồng thời có thể làm tăng tỉ lệ biến chứng sau mổ hay không và kết quả đối với sống còn của người bệnh ra sao? Snyder và

cộng sự, [12] trong nghiên cứu hồi cứu 592 người bệnh cắt gan di căn đồng thời do ung thư đại trực tràng công bố tỉ lệ biến chứng chung là 29,9%, rò miệng nối đại tràng là 7,9%, các tỉ lệ này cao hơn so với nhóm cắt gan trì hoãn. Một nghiên cứu tiến cứu ngẫu nhiên gần đây tại Pháp [13] trên 10 trung tâm với 105 người bệnh, so sánh giữa cắt gan di căn đồng thời với cắt gan trì hoãn sau cắt đại trực tràng đã cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm về biến chứng chung sau mổ, và nhóm cắt gan đồng thời có tỉ lệ sống còn chung cao hơn có ý nghĩa so với nhóm cắt gan trì hoãn. Nghiên cứu của một số tác giả khác thì cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ sống còn giữa hai nhóm [14], [15].

Như vậy cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan không làm giảm tỉ lệ sống còn của người bệnh. Mặt khác, với các ưu điểm của phẫu thuật cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan như rút ngắn thời gian nằm viện, giảm số lần mổ, giảm tỉ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị và một phần giảm chi phí nằm viện cho người bệnh, thì chúng tôi thấy đây có thể là phương pháp điều trị phù hợp với các tổn thương gan phát hiện đồng thời với ung thư đại trực tràng [13], [16]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan cho tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp và kết quả sống còn tương đương một số tác giả khác [13], [14], [17] (Bảng 3).

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan

Tác giả	Số người bệnh	Biến chứng chung	Tử vong	Sống còn chung	Sống còn không bệnh
Wang (2020) [14]	86	48,8%	NA	55,2% (3 năm)	19,6% (3 năm)
Boudjema (2020) [13]	39	28,2%	2,5%	50% (47 tháng)	29% (47 tháng)
Nitche (2020) [17]	68	68% (gan) 45% (đại tràng)	2%	85% (1 năm) 30% (5 năm)	NA
L.V.Trung (2021)	22	13,6%	4,5%	89,4% (1 năm) 45,9% (5 năm)	89,4% (1 năm) 29,0% (5 năm)

Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy vai trò của huỷ gan tại chỗ bằng sóng cao tần (RFA) hay vi sóng (microwave) trong điều trị di căn gan do ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan vẫn được cho là có hiệu quả hơn so với huỷ u gan tại chỗ cho các di căn gan chưa phẫu thuật [18]. Dijkstra [19] nghiên cứu so sánh giữa cắt gan tiếp tục hay huỷ u gan tại chỗ tiếp tục cho các di căn gan tái phát sau cắt gan đã cho thấy hai phương pháp này không có sự khác biệt về thời gian sống còn, tỉ lệ tái phát tại chỗ và di căn xa, tỉ lệ biến chứng. Mặt khác huỷ u tại chỗ tiếp tục có thời gian nằm viện ngắn hơn.

Phẫu thuật nội soi

Phẫu thuật nội soi đại trực tràng đã trở thành tiêu chuẩn cho phẫu thuật ung thư đại trực tràng nói chung, tuy nhiên đối với phẫu thuật cắt gan di căn thì phẫu thuật nội soi mới từng bước được công nhận. Mặt khác các phương tiện đòi hỏi cho phẫu thuật cắt gan nội soi khá phức tạp như dụng cụ cắt đốt năng lượng, dao siêu âm huỷ mô gan (CUSA), đầu dò siêu âm qua nội soi, và trình độ của phẫu thuật viên... Do đó, trong điều kiện của chúng tôi, phương pháp “phối hợp” giữa phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng và phẫu thuật mổ mở cắt gan (thông thường là đường mổ mở dưới sườn phải) thường được lựa chọn. Đối với các tổn thương di căn gan đa ổ hai thùy, phẫu thuật mổ mở cũng giúp tiếp cận tổn thương dễ dàng hơn, rút ngắn thời gian phẫu thuật và không đòi hỏi các trang thiết bị dụng cụ đắt tiền khác.

Điểm hạn chế của nghiên cứu chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu không có nhóm chứng với cỡ mẫu còn ít với 22 trường hợp cắt gan di căn đồng thời. Tuy nhiên, với tỉ lệ biến chứng thấp và kết quả sống còn dài hạn tương đương với các nghiên cứu của các tác giả khác, chúng tôi tin rằng nghiên cứu có thể tiếp tục được triển khai với số lượng người bệnh lớn hơn và phối hợp hiệu quả hơn các biện pháp điều trị đa mô thức nhằm cải thiện kết quả phẫu thuật và sống còn của người bệnh.

Kết luận: Phẫu thuật cắt đồng thời ung thư đại trực tràng kèm di căn gan là phẫu thuật khả thi và an toàn với các kết quả phẫu thuật và kết quả

về ung thư học chấp nhận được. Hoá trị và thuốc nhắm trúng đích có vai trò giảm giai đoạn và tăng khả năng cắt được cho các tổn thương di căn gan đa ổ không cắt được trước đó. Phương pháp tiếp cận phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng phối hợp mổ mở cắt gan có thể là phương pháp tiếp cận phù hợp với những trung tâm còn hạn chế về phương tiện và nguồn lực cho phẫu thuật cắt gan nội soi. Cần phối hợp tốt hơn trong hội chẩn đa mô thức để tối ưu hoá kết quả phẫu thuật của người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Vera, R., et al., *Multidisciplinary management of liver metastases in patients with colorectal cancer: a consensus of SEOM, AEC, SEOR, SERVEI, and SEMNIM*. Clin Transl Oncol, 2020. 22(5): p. 647-662.
2. Sung, H., et al., *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. CA Cancer J Clin, 2021. 71(3): p. 209-249.
3. Reiter, M.J., et al., *Role of imaging for patients with colorectal hepatic metastases: what the radiologist needs to know*. Abdom Imaging, 2015. 40(8): p. 3029-42.
4. Van Cutsem, E., et al., *ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer*. Ann Oncol, 2016. 27(8): p. 1386-422.
5. Park, S.H., et al., *Clinical Outcomes of Neoadjuvant Chemotherapy in Colorectal Cancer Patients With Synchronous Resectable Liver Metastasis: A Propensity Score Matching Analysis*. Ann Coloproctol, 2021. 37(4): p. 244-252.
6. Bridgewater, J.A., et al., *Systemic chemotherapy with or without cetuximab in patients with resectable colorectal liver metastasis (New EPOC): long-term results of a multicentre, randomised, controlled, phase 3 trial*. The Lancet Oncology, 2020. 21(3): p. 398-411.
7. Poston, G., et al., *The role of cetuximab in converting initially unresectable colorectal cancer liver metastases for resection*. Eur J Surg Oncol, 2017. 43(11): p. 2001-2011.
8. Mukai, T., et al., *Phase II trial of neoadjuvant chemotherapy with S-1 and oxaliplatin plus bevacizumab for colorectal liver metastasis (N-SOG 05 trial)*. Jpn J Clin Oncol, 2017. 47(7): p. 597-603.
9. Heinemann, V., et al., *Early tumour shrinkage (ETS) and depth of response (DpR) in the treatment of patients with metastatic colorectal cancer (mCRC)*. Eur J Cancer, 2015. 51(14): p. 1927-36.
10. Bonney, G.K., et al., *Role of neoadjuvant chemotherapy*

- in resectable synchronous colorectal liver metastasis; An international multi-center data analysis using LiverMetSurvey.* J Surg Oncol, 2015. 111(6): p. 716-24.
11. Seshadri, R.A. and S. Gupta, *Complete radiologic and metabolic response of colorectal liver metastasis after neoadjuvant chemotherapy: to resect or not?* Indian J Surg Oncol, 2014. 5(3): p. 208-10.
 12. Snyder, R.A., et al., *Thirty-Day Morbidity after Simultaneous Resection of Colorectal Cancer and Colorectal Liver Metastasis: American College of Surgeons NSQIP Analysis.* J Am Coll Surg, 2020. 230(4): p. 617-627 e9.
 13. Boudjema, K., et al., *Simultaneous Versus Delayed Resection for Initially Resectable Synchronous Colorectal Cancer Liver Metastases: A Prospective, Open-label, Randomized, Controlled Trial.* Ann Surg, 2021. 273(1): p. 49-56.
 14. Wang, L.J., et al., *Comparison of sequential, delayed and simultaneous resection strategies for synchronous colorectal liver metastases.* BMC Surg, 2020. 20(1): p. 16.
 15. Kleive, D., et al., *Simultaneous Resection of Primary Colorectal Cancer and Synchronous Liver Metastases: Contemporary Practice, Evidence and Knowledge Gaps.* Oncol Ther, 2021. 9(1): p. 111-120.
 16. Abelson, J.S., et al., *Simultaneous Resection for Synchronous Colorectal Liver Metastasis: the New Standard of Care?* J Gastrointest Surg, 2017. 21(6): p. 975-982.
 17. Nitsche, U., et al., *Simultaneous Versus Staged Resection of Colorectal Cancer Liver Metastasis: A Retrospective Single-Center Study.* J Surg Res, 2020. 255: p. 346-354.
 18. Lee, H., et al., *Hepatectomy vs radiofrequency ablation for colorectal liver metastasis: a propensity score analysis.* World J Gastroenterol, 2015. 21(11): p. 3300-7.
 19. Dijkstra, M., et al., *Thermal Ablation Compared to Partial Hepatectomy for Recurrent Colorectal Liver Metastases: An Amsterdam Colorectal Liver Met Registry (AmCORE) Based Study.* Cancers (Basel), 2021. 13(11).