

Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có xạ trị ngắn ngày trước mổ

Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Tô Hoài, Bùi Quang Biểu

Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi, ung thư trực tràng, xạ trị ngắn ngày.

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Anh Tuấn,
Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa,
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
Số 1 Trần Hưng Đạo, Bạch Đằng,
Hai Bà Trưng, Hà Nội
Điện thoại: 0982287262
Email: nguyentanhtuanb3108@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/9/2017

Ngày duyệt: 9/10/2017

Ngày chấp nhận đăng:
10/01/2018

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III có xạ trị ngắn ngày trước mổ.

Phương pháp nghiên cứu: 59 người bệnh ung thư trực tràng 1/3 giữa, dưới, giai đoạn II, III được phẫu thuật nội soi cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng có xạ trị ngắn ngày trước mổ tại Bệnh viện TỬ QUÂN 108 từ 08/2015 đến 08/2017. Ghi nhận các số liệu về đặc điểm người bệnh, đặc điểm tổn thương, độc tính sớm, độc tính muộn, đáp ứng sau xạ và kết quả phẫu thuật.

Kết quả: Tuổi trung bình $58,4 \pm 9,93$ (34-81 tuổi). 49,2% u ở 1/3 dưới và 50,8% u 1/3 giữa trực tràng. Đánh giá giai đoạn bệnh trước mổ trên MRI 3.0 tesla: giai đoạn II: 10,2 %, giai đoạn III: 89,8%. Có sự thay đổi khi đánh giá giải phẫu bệnh sau mổ giai đoạn I: 20,3%, giai đoạn II: 54,2% và giai đoạn III: 25,5%. 11,9% người bệnh biểu hiện tác dụng phụ sớm sớm độ 1. 8,5% người bệnh biểu hiện tác dụng phụ muộn độ 2, 3. Thời gian phẫu thuật trung bình 142 ± 35 phút. Chuyển mổ mở 5,1%. Tai biến 5,1%. Biến chứng 28,9%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ $10,7 \pm 4,6$ ngày. 77,9% đáp ứng sau xạ từ độ 0 đến độ 4.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng có thể thực hiện thuận lợi trên nhóm người bệnh ung thư trực tràng 1/3 giữa, dưới, giai đoạn II, III được xạ trị ngắn ngày trước mổ.

Assessment of the early results of rectal cancer treatment by laparoscopic total mesorectal excision associated with preoperative short-course radiation

Nguyen Anh Tuan, Nguyen To Hoai, Bui Quang Bieu

108 Military Central Hospital

Abstract

Introduction: To assess the results of laparoscopic surgery treatment for middle and low rectal cancer, of stage II or III with preoperative short-course radiation.

Material and Methods: 59 patients with resectable middle and low rectal cancer were treated with short-course radiation combined with laparoscopic total mesorectal excision in 108 Military Central Hospital, from 08/2015 to 08/2017. The patients' data was recorded: patients' and tumors' characteristics, acute and late toxicity of the preoperative radiotherapy, response after preoperative radiotherapy and result of the operation.

Results: Mean age was 58.4 ± 9.93 (34-81 years). Low rectal cancer was 49.2% and middle rectal cancer was 50.8%. Diagnosis was based on MRI 3.0 Tesla with stage II: 10.2% and stage III: 89.8%. Pathology staging with stage I: 20.3%, stage II: 54.2%, stage III: 25.5. 11.9 % patients have acute toxicity of the preoperative radiotherapy with grade 1 and 85% have late toxicity of the preoperative radiotherapy grade 2, 3. Mean operative time was 142 ± 35 minutes. Conversion rate to open surgery was 5.1%, intraoperative complication was 5.1%. Early complication rate was 28.9%. Mean postoperative time was 10.7 ± 4.6 days. 77.9% patients have response from grade 1 to grade 4 after preoperative radiotherapy.

Conclusion: Laparoscopic total mesorectal excision is favorable for middle, low rectal cancer stage II, III with preoperative short-course radiation.

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

I. Đặt vấn đề

Trong hơn 20 năm qua, chẩn đoán và điều trị ung thư trực tràng (UTTT) đã có nhiều thay đổi. Những tiến bộ trong đánh giá giai đoạn bệnh trước mổ và điều trị đa mô thức đã mang lại hiệu quả rõ rệt trong giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ và kéo dài thời gian sống. Xạ trị trước mổ đang được coi là một phần quan trọng trong điều trị UTTT giai đoạn tiến triển tại chỗ[4].

Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh hoá xạ trị dài ngày trước mổ với liều 45-50,4 Gy cho người bệnh UTTT giai đoạn tiến triển mang lại hiệu quả rõ rệt, làm giảm giai đoạn bệnh, tăng khả năng cắt bỏ triệt căn, tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt, giảm tái phát tại chỗ và kéo dài thời gian sống. Tuy nhiên, phương pháp cũng để lại nhiều tác dụng không mong muốn trên hệ tiêu hoá, hệ tiết niệu, thần kinh và da, gây khó khăn cho quá trình phẫu thuật và kéo dài thời gian, chi phí điều trị[6]. Thời gian gần đây, tại Châu Âu và Mỹ đã tiến hành phác đồ xạ trị mới, ngắn ngày, với liều 25Gy trong 5 ngày. Cơ sở khoa học của xạ trị ngắn ngày dựa trên nghiên cứu của Rew và cộng sự: thời gian nhân đôi của tế bào UTTT khoảng 5 ngày[11]. Kết quả các nghiên cứu đã cho thấy phương pháp này làm giảm tối đa độc tính của xạ trị nhưng vẫn đạt được hiệu quả điều trị trong giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, kéo dài thời gian sống và

rút ngắn thời gian điều trị.

Bệnh viện TỬ QUỠ 108 triển khai áp dụng phác đồ xạ trị ngắn ngày trước mổ trong điều trị UTTT từ tháng 8/2015. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TBM TTT) được xạ trị ngắn ngày trước mổ, điều trị ung thư trực tràng.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng: 59 người bệnh UTTT 1/3 giữa- dưới, giai đoạn II-III, được xạ trị tiền phẫu ngắn ngày, sau đó phẫu thuật nội soi cắt bỏ TBM TTT, trong thời gian từ tháng 8/2015 đến tháng 08/2017.

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang không đối chứng.

Người bệnh (NB) được chẩn đoán xác định trước mổ bằng nội soi, sinh thiết khối u trực tràng. Chẩn đoán giai đoạn bệnh trước mổ bằng MRI 3.0 Tesla. Chẩn đoán giai đoạn bệnh sau mổ bằng giải phẫu bệnh lý khối u và hạch. Phân loại giai đoạn bệnh theo Hội ung thư Hoa Kỳ năm 2010.

Xạ trị ngắn ngày được chỉ định theo hướng dẫn của hiệp hội ung thư Châu Âu năm 2013 (ESMO: European Society for Medical Oncology) cho tất cả người bệnh UTTT giai đoạn II, III[4]. Sử dụng máy

xạ trị điều biến liều CX của hãng Varian-Mỹ tại khoa xạ trị bệnh viện TƯQĐ 108. Chụp cắt lớp vi tính (CT) mô phỏng vùng chậu, có tiêm cản quang. Hình ảnh CT mô phỏng được chuyển sang hệ thống máy lập kế hoạch. Bác sỹ cùng kỹ sư lập kế hoạch điều trị trên hệ thống phần mềm Eclipse 10.0 nhằm bảo đảm liều tối ưu vào tổn thương và giới hạn liều vào cơ quan lành. Vẽ các thể tích điều trị gồm thể tích khối u thô, thể tích bia lâm sàng, thể tích bia lập kế hoạch và các cơ quan lành cần bảo vệ (ruột non, bàng quang, trực tràng, cổ xương đùi) theo hướng dẫn của Hội xạ trị ung thư Mỹ. Thường sử dụng 3-4 trường chiếu (trước-sau và hai bên). Kỹ thuật viên đặt người bệnh ở tư thế như khi chụp CT mô phỏng trước mỗi lần điều trị. Tiến hành dịch tâm (nếu cần) và chụp X-quang kiểm tra tư thế người bệnh vào các buổi xạ trị nhằm bảo đảm điều trị đúng vị trí. Phát tia điều trị bằng hệ thống điều khiển. Kỹ thuật xạ trị 3D phù hợp hình dạng khối u, năng lượng chùm tia 6MV và 15 MV. Thời gian xạ 5 ngày với tổng liều 25 Gr.

Đánh giá tác dụng phụ của xạ trị Theo tiêu chuẩn của Viện ung thư quốc gia Mỹ CTCAE 4.0 năm 2009 [4]. (Bảng 1), (Bảng 2).

Người bệnh được phẫu thuật ngay trong tuần đầu sau xạ trị. Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: Total Mesorectal Excision) theo phương pháp của Bill J Heald[2]. Người bệnh được gây mê nội khí quản, nằm đầu thấp 20°, nghiêng phải 10°. Sử dụng 4 trocar, áp lực ổ bụng 12 mmHg. Thăm dò ổ bụng đánh giá di căn hạch và các cơ quan, đánh giá tổn thương đại thể khối u và các thương tổn vùng tiểu khung sau xạ. Động mạch mạc treo tràng dưới được thắt cao, cách nguyên ủy khoảng 1cm. Phẫu tích lấy bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng theo nguyên tắc đi từ trên xuống dưới, tuần tự các mặt sau, bên, trước. Bảo toàn tối đa sự toàn vẹn của cân mạc treo trực tràng. Đánh giá đại thể trong mổ các thương tổn gây ra bởi xạ trị với các mức độ: phù nề, xung huyết, hoại tử, dính...

Nghiên cứu giải phẫu bệnh sau mổ bao gồm: Đánh giá hình ảnh vi thể mức độ xâm lấn của khối

Bảng 1. Phân loại tác dụng phụ sớm

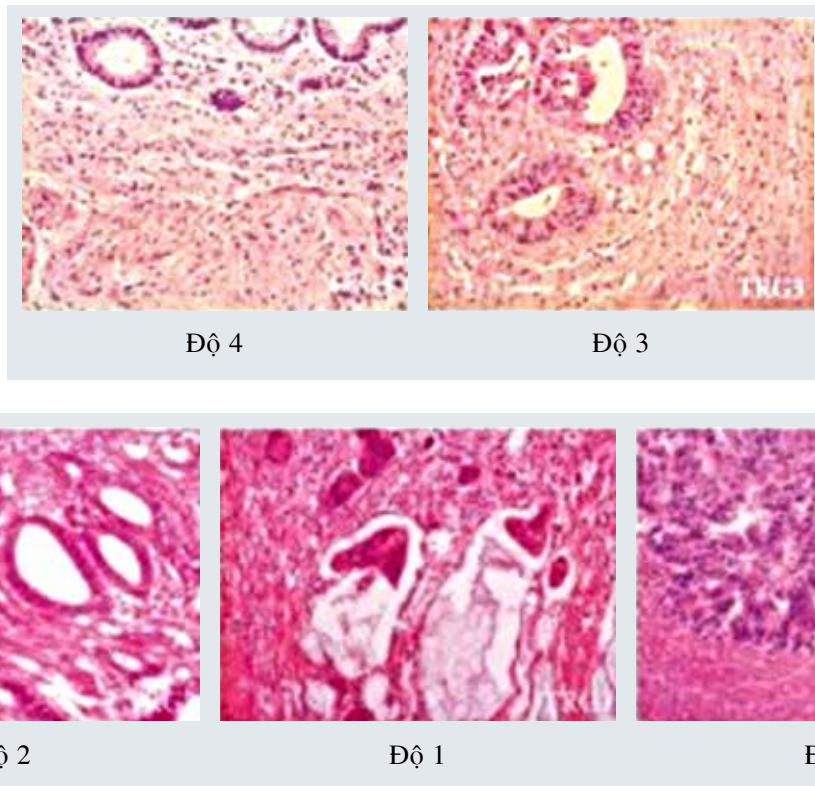
Chỉ tiêu	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Buồn nôn	Không	Có thể ăn được	Khó ăn	Rất khó ăn	Không thể ăn được
Nôn	Không	1 lần/24 giờ	2-5 lần/24 giờ	6-10 lần/24 giờ	Trên 10 lần/24 giờ
Đi lỏng	Không	2-3 lần/24 giờ	4-6 lần/24 giờ	7-9 lần/24 giờ	Trên 9 lần/ 24 giờ
Viêm trực tràng	Không	Cảm giác khó chịu ở trực tràng	Đi ngoài ra máu hoặc nhầy, phải dùng thuốc	Triệu chứng nặng, tiêu chảy, đại tiện không tự chủ	Cần can thiệp cấp cứu
Viêm da	Không	Viêm da xung huyết	Hoại tử ướt, phù nhẹ	Hoại tử ướt lan tỏa, phù nặng	Loét, chảy máu

Bảng 2. Phân loại tác dụng phụ muộn

Chỉ tiêu	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Rò miệng nối	Không triệu chứng	Thay đổi chức năng tiêu hóa	Can thiệp ngoại khoa	Can thiệp cấp cứu
Tắc ruột	Không triệu chứng, không cần can thiệp	Có triệu chứng, hạn chế hoạt động nhẹ	Nằm viện, có thể phải phẫu thuật, tự chăm sóc được	Cần can thiệp cấp cứu
Chảy máu trực tràng	Nhẹ, không cần điều trị	Vừa, cần dùng thuốc	Cần xử trí can thiệp	Đe dọa tử vong
Hẹp trực tràng	Không có triệu chứng	Thay đổi chức năng tiêu hóa	Ảnh hưởng nhiều chức năng tiêu hóa	Đe dọa tử vong, cần can thiệp cấp cứu

u và di căn hạch (ypT và ypN), So sánh với đánh giá giai đoạn bệnh trước mổ dựa trên hình ảnh MRI 3 tesla. Mức độ biệt hóa tế bào. Đánh giá mức độ đáp ứng xạ trị trên giải phẫu bệnh theo tiêu chuẩn của Mandard và Dworak[8]. Dựa trên sự chiếm ưu thế của tế bào u và tổ chức xơ sợi: Độ 0 (không có thoái triển tế bào ung thư); Độ 1 (phần tổ chức u chiếm ưu

thế với tình trạng xơ hóa rõ rệt, có thể kết hợp hoặc không có tổn thương mạch máu); Độ 2 (tổ chức xơ hóa chiếm ưu thế với ít tế bào u hoặc nhóm tế bào u nhưng vẫn dễ dàng tìm thấy); Độ 3 (rất ít tế bào u, rất khó tìm thấy trong tổ chức xơ, có hoặc không chất nhầy); Độ 4 (không còn tế bào u, chỉ có tổ chức xơ; thoái triển hoàn toàn).



Hình 1. Hình ảnh mô bệnh học các mức độ đáp ứng sau xạ trị theo phân loại Mandard và Dworak.

Điều trị sau mổ: Kết hợp kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và cho ăn sớm sau mổ, điều trị hóa chất theo phác đồ FOLFOX4. Ghi nhận các thông số như: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến, biến chứng và tử vong phẫu thuật, thời gian nằm viện. Kiểm tra người bệnh sau mổ định kỳ 3 tháng/lần, đánh giá tình trạng tái phát và các biến chứng xa.

Kết quả nghiên cứu được thu thập và xử lý thống kê (sử dụng phần mềm SPSS 18.0). So sánh các tỉ lệ bằng test X². Các so sánh có ý nghĩa với p<0,05.

III. Kết quả

Nghiên cứu gồm 59 người bệnh (36 nam, 23 nữ).

Tuổi trung bình $58,4 \pm 9,93$ tuổi, cao nhất 81 tuổi và thấp nhất là 34 tuổi. Vị trí khối u đều nằm ở 1/3 giữa và 1/3 dưới trực tràng (bảng 1).

Bảng 1. Vị trí u

Vị trí u	n	%
< 6 cm	29	49,2
6 - 10 cm	30	50,8

Phân loại giai đoạn bệnh trước mổ dựa trên hình ảnh MRI 3.0 tesla và kết quả sau mổ dựa trên giải phẫu bệnh có sự thay đổi. Trong 6 NB đánh giá giai đoạn trước mổ ở giai đoạn II có 2 NB kết quả giải phẫu bệnh sau mổ ở giai đoạn I và 1 NB ở giai đoạn III. Trong 53 NB được chẩn đoán trước mổ ở giai đoạn III có 10 NB giai đoạn I và 29 NB ở giai đoạn II trên giải phẫu bệnh (bảng 2).

Bảng 2. Giai đoạn bệnh trước(MRI 3 Tesla) và giai đoạn bệnh sau mổ (giải phẫu bệnh).

Giai đoạn trước mổ	Giai đoạn sau mổ
II(T3-4N0): 6	I: 2 II: 3 III: 1
III(T1-4N1-2): 53	I: 10 II: 29 III: 14

Đánh giá tác dụng phụ sớm sau xạ: Hầu hết các NB không có biểu hiện tác dụng phụ sớm. Một số ít có biểu hiện ở mức độ 1 Không gặp trường hợp nào biểu hiện mức độ 2,3,4 (bảng 3).

Bảng 3. Tác dụng phụ sớm sau xạ trị

Tác dụng phụ sớm	n(%)
Độ 0	52(88,1%)
Độ 1	7(11,9%)
Nôn	1(1,7%)
Khó chịu ở trực tràng	6(10,2%)

Đánh giá tác dụng phụ muộn sau xạ trị, chúng tôi gặp 5 NB (8,5%) biểu hiện mức độ 2, độ 3. Trong đó 1 NB (1,7%) có biểu hiện tắc ruột do hẹp một đoạn trực tràng dài tới 13 cm bao gồm cả miệng nối, phải mổ lại làm phẫu thuật cắt cụt trực tràng. 1 NB (1,7%) có biểu hiện đau vùng tầng sinh môn, nội soi trực tràng thấy tổn thương dày cứng thành trực tràng, niêm mạc sùi loét nhiều điểm. 3

NB (5,1%) chảy máu cấp tính từng đợt và đại tiện phân thường xuyên có máu, nhiều lần trong ngày. Nội soi thấy tổn thương viêm xuất huyết vùng miệng nối.

Phương pháp phẫu thuật: Tất cả NB đều được thực hiện phẫu thuật TME (cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng). Chủ yếu là phẫu thuật cắt trực tràng trước thấp có hoặc không dẫn lưu hồi tràng. Có 3 trường hợp chuyển mổ mở do khó khăn về kỹ thuật (bảng 4). Thời gian phẫu thuật trung bình 142 ± 35 phút. Có 3 NB bị tai biến trong mổ chiếm 5,1% (1 NB chảy máu, 1 NB tổn thương niệu quản, 1 NB bung Stapler).

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n(%)
Cắt trực tràng trước thấp	36(61,0%)
Có dẫn lưu hồi tràng	19(52,80%)
Không dẫn lưu hồi tràng	17(47,2%)
Cắt cụt trực tràng	21(35,6%)
Phẫu thuật Hartmann	2(3,4%)
Chuyển mổ mở	3(3,4%)

Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ trong nghiên cứu là 28,9%. Ngày nằm viện trung bình sau mổ: $10,7 \pm 4,6$ ngày. Không có tử vong phẫu thuật.

Bảng 5. Biến chứng sớm

Biến chứng sau mổ	n/59	%
Nhiễm trùng vết mổ	5	8,5
Viêm đường niệu	6	10,2
Rò miệng nối	2	3,4
Tụ máu vết mổ	1	1,7
Toác vết mổ TSM	2	3,4
Chảy máu	1	1,7
Tổng	17	28,9

Đánh giá tác động của xạ trị trước mổ tới vùng chiếu xạ qua hình ảnh đại thể trong mổ, chủ yếu phụ

nền mức độ nhẹ vùng tiểu khung. Không có NB nào có hoại tử ruột non. Tổn thương phù nề mức độ nhẹ xảy ra ở 17 NB nhưng không gây khó khăn tới quá trình phẫu tích (bảng 5).

Bảng 6. Tổn thương do xạ gặp trong mổ.

Tổn thương trên đại thể	n/59	%
Phù nề mức độ nhẹ vùng tiểu khung	17	28,8
Xung huyết tại trực tràng và các tạng lân cận	4	6,8
Tổng	21	35,6

Kết quả đánh giá đáp ứng sau xạ bằng nghiên cứu giải phẫu bệnh theo phân loại của Mandard và Dworak: gặp 46 NB (77,9%). Các người bệnh này có đáp ứng từ mức độ 0 đến độ 4.

Kiểm tra theo dõi sau mổ, trường hợp dài nhất là 23 tháng và ngắn nhất 1 tháng chưa thấy có trường hợp nào tái phát hoặc di căn xa.

IV. Bàn luận

Tiến bộ lớn nhất trong điều trị UTRT hiện nay là điều trị đa mô thức. Vấn đề là cách thức lựa chọn và phối hợp các phương pháp điều trị sao cho hiệu quả. Việc đánh giá chính xác giai đoạn bệnh trước mổ có vai trò quyết định phương án điều trị đa mô thức, nhất là giữa giai đoạn II và giai đoạn III, giữa mức độ xâm lấn T2 và T3 và đặc biệt xác định tình trạng di căn hạch trong lớp mỡ mạc treo trực tràng, giúp đưa ra chỉ định điều trị phẫu thuật ngay hay xạ trị hoặc hóa xạ trị tiền phẫu. Ngoài ra, những thông tin trên hình ảnh của bờ khối u và cân MTTT còn giúp ích cho phẫu thuật viên dễ dàng hơn trong phẫu thuật và đạt được bờ cắt chu vi không còn tế bào ung thư [4]. Việc chẩn đoán giai đoạn bệnh không chính xác có thể dẫn đến chỉ định xạ trị quá mức hoặc quyết định phẫu thuật không hợp lý.

Nhiều nghiên cứu cho thấy cộng hưởng từ 3.0 Tesla có những ưu việt trong chẩn đoán chính xác mức độ xâm lấn của khối u và hạch di căn trong UTRT, đặc biệt trong mạc treo trực tràng. Brown và

cộng sự [3] nghiên cứu trên 28 người bệnh thấy sự phù hợp giữa hình ảnh MRI và mô bệnh học u là 94% và với giai đoạn T3 là 85%. Chẩn đoán mức độ di căn hạch trước mổ dựa vào kích cỡ hạch đơn thuần (hạch > 8mm được xem là hạch di căn) tỏ ra thiếu thuyết phục vì các nghiên cứu giải phẫu bệnh gần đây đã chứng minh có khoảng 60% hạch di căn ung thư < 6mm. Nói cách khác, độ nhạy của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh nếu chỉ dựa vào kích thước của hạch là rất thấp (khoảng 50-70%). Hiện nay, với MRI 3.0 tesla, khả năng chẩn đoán hạch di căn đã được cải thiện rõ rệt. Không chỉ giúp đánh giá kích thước hạch mà còn cho biết thêm các đặc tính khác của hạch di căn ung thư như hình tròn, bờ không đều, cấu tạo không đồng nhất. Trong nghiên cứu, đánh giá trước mổ có 6 người bệnh ở giai đoạn II trong đó có 2 người bệnh (3,4%) đánh giá giai đoạn sau mổ ở giai đoạn I và 1 người bệnh ở giai đoạn III. Còn ở giai đoạn III trước mổ có 10 người bệnh (16,9%) sau mổ ở giai đoạn I, và 29 người bệnh (49,2%) ở giai đoạn II (bảng 2). Kết quả của tác giả D.P. Korkolis trên 40 người bệnh đánh giá trước mổ có 24 người bệnh ở giai đoạn II trong đó có 4 người bệnh (10%) đánh giá giải phẫu bệnh sau mổ ở giai đoạn I và ở giai đoạn III trước mổ không có người bệnh nào sau mổ ở giai đoạn I [7]. Việc đánh giá giai đoạn không chính xác dẫn đến việc NB được chỉ định xạ trị quá mức là điều không thể tránh khỏi trong tất cả các nghiên cứu hiện nay. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự thay đổi giai đoạn như các nghiên cứu khác. Việc sử dụng MRI 3 Tesla nhằm xác định giai đoạn bệnh trước mổ là một bước tiến lớn, tuy nhiên nâng cao tỷ lệ chẩn đoán đúng luôn là một yêu cầu với chẩn đoán hình ảnh.

Tìm hiểu về độc tính sớm sau xạ trị ngắn ngày (5x5Gy), Marijnen và cộng sự [9] gặp 10% người bệnh đau vùng xương cùng và hầu hết các người bệnh này không cần thiệp gì. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 52 người bệnh (88,1%) độ 0 và có 7 người bệnh độ 1 (11,9%). Không có người bệnh biểu hiện độc tính sớm độ 2, độ 3, độ 4. Trong 7 người bệnh biểu hiện độc tính độ 1 có 6 người bệnh có triệu chứng đau vùng tầng sinh môn, 1 người bệnh biểu hiện buồn nôn và nôn. Các người bệnh

này đều không phải can thiệp và được tiếp tục phác đồ điều trị.

Với UTTT 1/3 giữa, dưới chỉ định phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ MTTT được xem là kỹ thuật chuẩn. Chúng tôi đã bảo tồn cơ thắt được 38 NB (64,4%) trong tổng số 59 NB UTTT 1/3 giữa và 1/3 dưới là một nỗ lực rất lớn. Với việc đánh giá đúng giai đoạn bệnh, triển khai kỹ thuật nối gian cơ thắt và gần đây áp dụng kỹ thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn trên người bệnh có điều trị xạ trị tiền phẫu, chúng tôi đã bảo tồn cơ thắt được cho 8/29 NB có u ở vị trí 1/3 dưới trực tràng, đảm bảo khoảng cách an toàn > 2 cm, không có trường hợp nào kết quả sinh thiết mép cắt dưới còn tế bào ung thư.

Việc làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ trong trường hợp miệng nối thấp, nhất là người bệnh sau xạ trị tiền phẫu được nhiều tác giả trên thế giới thực hiện nhằm tránh nguy cơ xì, rò miệng nối [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 19/36 người bệnh cắt trước thấp được làm dẫn lưu hồi tràng. Việc đóng dẫn lưu hồi tràng được thực hiện sau mổ 2 tháng.

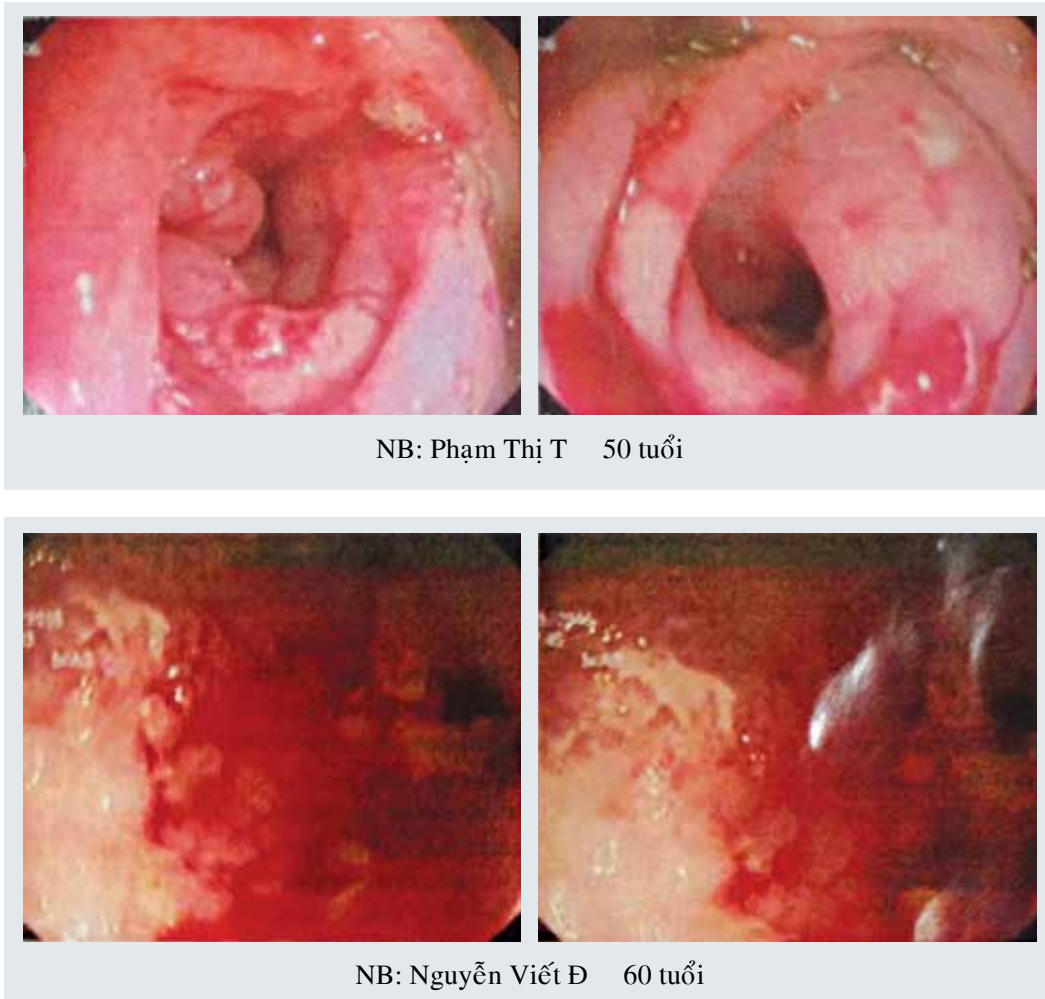
Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tai biến phẫu thuật 5,1%, trong đó 1 NB chảy máu mặt trước xương cùng, 1 NB tổn thương niệu quản trong mổ và 1 NB tuột mép cắt khi thực hiện miệng nối cực thấp sát đường lược. Tỷ lệ chuyển mổ mở 5,1%. Trong đó 1 trường hợp do tai biến chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng, 1 trường hợp do khối u quá lớn, khung chậu hẹp, không thể phẫu tích qua nội soi và 1 trường hợp chuyển mổ mở xử lý khâu nối niệu quản đặt JJ. Biến chứng sau mổ 28,9%, trong đó có 5 NB nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn sau cắt cụt trực tràng đường bụng - tầng sinh môn, 6 NB biểu hiện viêm đường niệu, trong đó có 2 trường hợp đái khó kéo dài sau mổ, phải đặt thông tiểu, bơm rửa bàng quang hàng ngày, tới 7 ngày sau mổ. Có mối liên hệ gì giữa xạ trị ngăn ngày trước mổ với thương tổn nhiễm trùng vết mổ vùng tầng sinh môn, viêm đường niệu chúng tôi chưa thể kết luận được do số lượng còn quá nhỏ. Tỷ lệ rò miệng nối trong nghiên cứu gặp 2 người bệnh (3,4%). So sánh với một số tác giả khác như Delgado và cộng sự trên 200 NB [5] có tỷ lệ chuyển mổ mở là 20%, tai biến 5%, biến chứng 26,3%. Morino và cộng

sự nghiên cứu trên 100 NB [10] có tỷ lệ chuyển mổ mở 12%, biến chứng 30% trong đó có 17 NB rò miệng nối. Tỷ lệ rò miệng nối của chúng tôi là 2 trường hợp (3,4%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Lý giải về sự khác nhau trên có thể do chúng tôi có tỷ lệ làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ cao (52,8%).

Đánh giá tác động của xạ trị trước mổ tới vùng chiếu xạ qua hình ảnh đại thể trong mổ, chúng tôi thấy có 17 trường hợp (28,8%) tổn thương phù nề mức độ nhẹ vùng tiểu khung, có 4 trường hợp (6,8%) tổn thương xung huyết tại trực tràng và các tạng lân cận. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có tình trạng tổn thương viêm hoặc hoại tử các tạng lân cận như ruột non, đại tràng sigma, bàng quang. Khó khăn trong quá trình phẫu tích gây ra bởi xạ trị ngăn ngày trước mổ là không đáng kể, không làm tăng thời gian mổ cũng như tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong phẫu thuật. Trường hợp chảy máu mặt trước xương cùng là do khối u đã xâm lấn vượt quá lớp cân trực tràng và mặt trước xương cùng, để lấy bỏ hết tổn thương, chúng tôi phải phẫu tích vượt ra ngoài mặt cân mạc treo trực tràng nên gây tổn thương mạch máu.

Về tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng sau xạ trên giải phẫu bệnh hay được các tác giả áp dụng là tiêu chuẩn của Mandard và Dworak [8] và tiêu chuẩn của Ryan và CS. Trong nghiên cứu của chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn Mandard và Dworak [8]. Kết quả nghiên cứu có 77,9% NB đáp ứng sau xạ đều từ mức độ 0 đến mức độ 4.

Về tác dụng phụ muộn của xạ trị chúng tôi gặp 5 NB có biểu hiện tác dụng phụ muộn độ 2, độ 3. Chủ yếu gặp là biểu hiện viêm xung huyết vùng trực tràng, 1 NB phải mổ cắt cụt trực tràng do viêm hẹp. Các trường hợp xuất hiện tác dụng phụ muộn của xạ trị thường xuất hiện ở tháng thứ 2 sau mổ và hay gặp ở người bệnh được làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ. Thời gian đầu, chúng tôi thường đóng dẫn lưu hồi tràng vào ngày thứ 10 sau mổ. Qua các trường hợp này chúng tôi rút kinh nghiệm không nên đóng dẫn lưu hồi tràng sớm ở người bệnh xạ trị tiền phẫu. Nên để sau 2-6 tháng khi chắc chắn NB không có biểu hiện tác dụng phụ muộn sau xạ. Tác giả D.P. Korkolis và CS [7] đóng dẫn lưu hồi tràng 3-6 tháng sau mổ.



Hình 2. Tổn thương viêm miệng nổi và viêm xung huyết trực tràng sau xạ ngắn ngày

Kiểm tra theo dõi sau mổ, trường hợp dài nhất là 23 tháng và ngắn nhất 1 tháng chưa thấy có trường hợp nào tái phát hoặc di căn xa. Chúng tôi cần thời gian theo dõi dài hơn với số lượng người bệnh lớn hơn để có thể đánh giá chính xác được hiệu quả thực sự của xạ trị ngắn ngày trước mổ tới việc giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, di căn xa cũng như khả năng kéo dài thời gian sống sau mổ. Những tác động lâu dài của xạ trị tới vùng chiếu xạ cũng tiếp tục cần phải đánh giá trong thời gian tới.

V. Kết luận

Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị UTTT 1/3 giữa, 1/3 dưới giai đoạn II, III có xạ

trị tiền phẫu ngắn ngày cho thấy: 88,1% trường hợp không có biểu hiện độc tính sớm. Tác dụng phụ muộn của xạ gặp 8,5% trường hợp. Có 77,9% người bệnh đáp ứng sau xạ trên giải phẫu bệnh từ độ 0 đến độ 4. Thời gian phẫu thuật trung bình 142 ± 35 phút. Biến chứng sau mổ 28,9%. Xạ trị tiền phẫu ngắn ngày không gây khó khăn cho phẫu thuật nội soi, không làm tăng tỷ lệ tai biến, biến chứng và không có tử vong phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Trung Tín, Đỗ Minh Đại, Từ Đắc Hiền, Lê Quan Anh Tuấn (2006). “Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi trong ung thư trực tràng thấp”. Y học Việt Nam, 319, tr. 131-138.

2. Bill J. Heald (2010). “ Technical Notes on TME for Rectal cancer”. Atlas of procedures in surgical oncology. P. 187-194.
3. Brown G et al (2003). “ Morphological predictors of lymph node status in rectal cancer with use of high-spatial-resolution MR imaging with histopathologic comparison”. Radiology 227(20): 371-377
4. B. Glimelins, E. Tiret et al (2013). “ Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, treatment and Follow-up”. Annals of Oncology 24(supplement 6): vi 81-vi88.
5. Delgado S, Momblan et al (2004). “ Laparoscopic – assisted approach in rectal cancer patients: lessons from > 200 patients” SurgEndosc. 18: 1457-1462.
6. K.C.M.J. Pecters, C.T.H. Van de Velde et al (2005). “Late side effects of short-course preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for rectal cancer: Increased bowel dysfunction in irradiated patients- A Dutch colorectal cancer group study”. J. clinOncol 23: 6199-6206
7. D.P. Korkolis, G.D. Plataniotis (2006) Short-term preoperative radiotherapy is a safe approach for treatment of locally advanced rectal cancer. Colonrectal Dis 21: 1-6.
8. Marisa D. Santos, Cristina Silva et al (2014). “ Prognostic Value of Mandard and Dworak Tumor Regression Grading in Rectal Cancer: Study of a Single Tertiary Center” ISRN Surgery Volume 2014, Article ID 310542, 8 pages.
9. Marijnen, C.A et al (2002). “ Acute side effects and complications after short-term preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision in primary rectal cancer: report of multicenter randomized trial”. J. Clin. Oncol. 20: 817-825.
10. Morino et al (2003). “ Laparoscopic total mesorectal excision: a consecutive series of 100 patients”. Ann Surg. 237: 335-342
11. Rew, D.A., et al. (1991), "Proliferation irradiation in operable cancer of the rectum", report of the Toronto trial – Can. J. surg. 20, pp. 335-338.