

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CẮT ĐẠI-TRỰC TRÀNG DO ĐA PÔ-LÍP BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Lê Quốc Phong, Phạm Như Hiệp
Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định và kết quả điều trị cắt đại-trực tràng do đa pô-líp bằng phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 12 bệnh nhân đa pô-líp đại-trực tràng, được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng, và toàn bộ đại-trực tràng. Từ 11/2012 đến 4/2015 tại Khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế. Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi cắt ngang. **Kết quả:** Từ 11/2012 đến 4/2015, đã thực hiện 12 bệnh nhân: 8 nam và 4 nữ, tuổi trung bình $36,33 \pm 19,5$ (15-71). Rối loạn tiêu hóa 8 (66,7%), đại tiện ra máu 12 (100%). Phẫu thuật nội soi ổ bụng: cắt nửa đại tràng phải 1 (8,3%), đại đoạn tràng ngang 1 (8,3%), cắt nửa đại tràng trái 2 (16,7%), cắt toàn bộ đại-trực tràng 8 (66,7%). Thời gian nằm viện trung bình $10,1 \pm 3,8$ ngày. Biến chứng: rò miệng nối 1 (8,3%) được điều trị bảo tồn, không chảy máu và bục miệng nối sau mổ, không nhiễm trùng vết mổ. Giải phẫu bệnh pô-líp tuyến 11 (91,7%), pô-líp tuyến tăng sản 1 (8,3%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ổ bụng là kỹ thuật được lựa chọn, điều trị bệnh lý đa pô-líp đại-trực tràng, an toàn, hiệu quả, biến chứng thấp.

Từ khóa: đại-trực tràng, phẫu thuật nội soi, pô-líp

Abstract

THE PRELIMINARY RESULTS OF OPERATION COLORECTAL ADENOMATOUS POLYPOSIS BY LAPAROSCOPY

Le Quoc Phong, Pham Nhu Hiep
Hue Central Hospital

Objective: To study the clinical characteristics, paraclinic, the operative indication and treatment outcomes operation of colorectal polyposis by laparoscopic. **Materials:** 12 patients with colorectal polyposis, is surgically the subtotal colectomy, and the total colectomy by laparoscopic from 11/2012 to 4/2015 at Digestive Surgical Department of Hue Central Hospital. **Method:** Prospective study, all patients were examined clinically, endoscopic colorectal, operative indication, the type of surgery, length of post-operative stay, complications, and pathology. **Results:** From 11/2012 to 4/2015. We had overall 12 patients: 8 males and 4 females, the mean patient was 36.33 ± 19.5 years of age (15-71). Dyspepsia 66.7%, bloody stools 100%. Laparoscopic segmental bowel resection in four (33,3%) cases: right hemicolectomy in one (8.3%), resection of transverse colon in one (8.3%), left hemicolectomy in two (16.7%), and totally colectomy in eight (66.7%) by laparoscopic surgery. The mean post-operative hospital stay was 10.1 ± 3.8 days. The early complication: fistula anastomosis in one (8.3%), patients recovered after conservative treatment, no bleeding and no wound infection. The pathology is adenomatous polyps 91.7% and hyperplasia polyps 8.3%. **Conclusion:** Laparoscopic surgery is currently the technique of choice. The resection of colorectal polyposis is the method safe, effective, high success, low rate complications.

Key words: laparoscopic, polyposis, colo-rectal polyposis, hemicolectomy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đa pô-líp đại-trực tràng là một bệnh lý với biểu hiện rất nhiều khối u bất thường ở lớp niêm mạc đại-trực tràng, được hình thành do sự tăng sản quá mức của lớp niêm mạc, và 85% bệnh nhân sẽ phát triển thành ung thư đại trực tràng nếu không được điều trị. Việc phát hiện sớm, điều trị bệnh đa

pô-líp đại trực tràng còn nhiều khó khăn vì bệnh lý này có triệu chứng rất mờ nhạt, chẩn đoán chủ yếu dựa vào nội soi đại-trực tràng. Theo nhiều nghiên cứu, bệnh pô-líp đại trực tràng có liên quan chặt chẽ với bệnh pô-líp tuyến gia đình (FAP), bệnh pô-líp Peutz-Jeghers hoặc pô-líp trong hội chứng Gardner, Turcot... Diễn biến thường phức tạp, nguy cơ pô-líp

trở nên ác tính cao nếu phát hiện muộn và không được điều trị triệt để [6], [7], [8], [12].

Những năm gần đây, nội soi đại trực tràng ống mềm đã trở nên khá thông dụng, bệnh nhân đa pô-líp ngày được phát hiện sớm, các kỹ thuật loại bỏ pô-líp qua nội soi đã giúp làm giảm tỷ lệ tiến triển thành ung thư đại trực tràng và nâng cao hiệu quả điều trị, kỹ thuật này chỉ áp dụng cho đơn pô-líp [4]. Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng hay cắt toàn bộ đại-trực tràng được áp dụng cho điều trị bệnh lý đa pô-líp đại-trực tràng. Đây là kỹ thuật cao đã được áp dụng tại các trung tâm phẫu thuật lớn ở trong và ngoài nước [1], [3], [5].

Phẫu thuật mở kinh điển cắt toàn bộ đại-trực tràng là phẫu thuật phức tạp, đường mổ bụng dài, bệnh nhân đau nhiều, thời gian hồi phục sau mổ chậm. Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi ổ bụng, các tác giả đã ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý này. Trường hợp cắt toàn bộ đại-trực tràng nội soi đầu tiên trên thế giới được Peters W.R. thực hiện vào năm 1992, ở bệnh nhân viêm loét toàn bộ đại trực tràng. Tại Việt nam, Nguyễn Minh Hải thực hiện lần đầu tiên vào năm 2004, thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 7 giờ, hay gặp khó khăn ở bệnh nhân béo phì, khung chậu hẹp... Các tác giả mở bụng nhỏ hỗ trợ, lấy bệnh phẩm ra ngoài và chuẩn bị miệng nối bằng EEA. Đặc biệt, khi có các dụng cụ hỗ trợ phẫu thuật nội soi như: dao siêu âm (Harmonic scaple), Ligasure, hemolock,... thì thời gian mổ rút ngắn đáng kể [3], [5].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng để cắt đoạn đại tràng và cắt toàn bộ đại-trực tràng cho những bệnh nhân đa pô-líp đại-trực tràng với hai kỹ thuật chính: cắt toàn bộ đại-trực tràng, nối hồi tràng với trực tràng thấp hoặc cắt toàn bộ đại-trực tràng, nối hồi tràng-ống hậu môn không mở bụng (kỹ thuật pull-through). Tránh những khuyết điểm do mổ mở gây ra mà ưu điểm phẫu thuật nội soi mang lại cho bệnh nhân như: ít đau, hồi phục nhanh sau mổ, tránh nhiễm trùng vết mổ, ít gây dính-tắc ruột sau mổ, tránh thoát vị vết mổ, có tính thẩm mỹ cao.

Góp phần ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị đa pô-líp đại-trực tràng, chúng tôi thực hiện đề tài: ***"Kết quả bước đầu cắt đại-trực tràng do đa pô-líp bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng"*** với mục tiêu:

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đa pô-líp đại-trực tràng
- Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt đại-trực tràng do đa pô-líp

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 12 bệnh nhân đa pô-líp đại-trực tràng tại khoa ngoại tiêu hoá-bệnh viện trung ương Huế từ 11.2012 đến 4.2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Là một nghiên cứu lâm sàng, tiến cứu mô tả có can thiệp, theo dõi dọc.

- Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân đa pô-líp đại-trực tràng: giới, lứa tuổi, lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định và phương pháp phẫu thuật, kết quả.

2.3. Chỉ định

- Đa pô-líp đại tràng phải, đa pô-líp đại tràng ngang, đa pô-líp đại tràng trái, đa pô-líp đại-trực tràng.

- Không có bệnh lý nội khoa nặng phối hợp.

2.4. Phương pháp vô cảm

- Gây mê nội khí quản

2.5. Kỹ thuật cắt đoạn đại tràng và cắt toàn bộ đại-trực tràng bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng

* Kỹ thuật:

- Cắt đại tràng nội soi: cắt nửa đại tràng phải, đoạn đại tràng ngang, nửa đại tràng trái, đại tràng chậu hông, sử dụng 3-4 trocars.

+ Phẫu tích kẹp các cuống mạch máu tương ứng tận gốc bằng hemolock.

+ Phẫu tích giải phóng mạc Toldt: đại tràng phải từ manh tràng đến đại tràng ngang phải, đại tràng ngang từ đại tràng góc gan đến đại tràng góc lách, đại tràng trái từ đại tràng góc lách đến đại tràng sigma.

+ Đại tràng phải và đại tràng ngang, mở bụng đường giữa 4-5 cm trên dưới rốn. Đại tràng trái và đại tràng sigma, mở bụng đường hố chậu trái, cắt đoạn đại tràng, đưa bệnh phẩm ra ngoài, làm miệng nối ngoài ổ bụng, khâu miệng nối bằng chỉ Vicryl 3.0 [1], [2], [10], [13], [14].

- Cắt toàn bộ đại-trực tràng nội soi: cắt đại tràng như trên và cắt trực tràng, sử dụng 5-6 trocars.

+ Tư thế bệnh nhân: tư thế đầu thấp với hai đầu gối gấp nhẹ, bàn mổ phải điều chỉnh được, tạo điều kiện cho việc bộc lộ phẫu trường.

+ Vị trí Trocars: trocar 10mm ở rốn bơm CO₂ áp lực 12-14mmHg và trocar 10mm ở hố chậu phải cách gai chậu trước trên 2-3cm; 2 trocars 5mm ở hố chậu trái và ở bờ ngoài cơ thẳng bụng phải cách trocar 10mm ở dưới khoảng 10cm. Dùng camera thám sát toàn bộ ổ bụng.

+ Phẫu tích mở mạc treo đại tràng chậu hông tại vị trí phía trước ụ nhô, tiếp tục lên trên sát gốc động mạch mạc treo tràng dưới, thắt và cắt mạch máu này tận gốc bằng hemolock, clip. Giải phóng đại tràng chậu hông và toàn bộ trực tràng xuống tận mức cơ nâng hậu môn, tránh làm tổn thương niệu quản hai bên, bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu. Cắt toàn bộ đại-trực tràng, lấy bệnh phẩm qua

đường mở bụng hố chậu trái.

+Tạo hình túi chứa hồi tràng kiểu J, nối hồi tràng-trực tràng thấp bằng máy khâu nối EEA, không mở hồi tràng hoặc nối hồi tràng với ống hậu môn bằng kỹ thuật Pull-thought, và mở hồi tràng ra da. Đặt dẫn lưu túi cùng Douglas [3], [5], [6], [7], [9], [15].

2.7. Xử lý số liệu

Theo các phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo giới

Giới	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Nam	8	66,7
Nữ	4	33,3
Tổng	12	100

Bảng 3.2. Phân bố theo tuổi

Tuổi	<20	20-39	40-59	60-79	Tổng
Số bệnh nhân	4	4	2	2	12
Tỉ lệ (%)	33,3	33,3	16,7	16,7	100

Tuổi nhỏ nhất 15, lớn nhất 71, trung bình 36,33±19,50

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Da xanh xao	9	75%
Đau bụng	7	58,3%
Rối loạn tiêu hóa	8	66,67
Đại tiện ra máu	12	100%

Bảng 3.4. Số lượng hồng cầu khi vào viện

Số lượng hồng cầu (triệu/ml)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
2,0 – <2,5	6	50
2,5 - <3,0	3	25
3,0- <3,5	2	16,7
3,5 – 4,0	1	8,3

Bảng 3.5. Kết quả nội soi đại-trực tràng

Vị trí đa pô-líp	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đại tràng phải	1	8,3
Đại tràng ngang	1	8,3
Đại tràng trái	2	16,7
Toàn bộ đại - trực tràng	8	66,7
Tổng	12	100

Bảng 3.6. Phương pháp phẫu thuật nội soi

Phương pháp phẫu thuật nội soi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Cắt ½ đại tràng phải	1	8,3
Cắt đoạn đại tràng ngang	1	8,3
Cắt ½ đại tràng trái	2	8,3

Cắt toàn bộ đại tràng	8	66,7
Tổng	12	100

* 2 trường hợp cắt toàn bộ đại-trực tràng nối với ống hậu môn, mở hồi tràng ra da bảo vệ miệng nối, 6 trường hợp nối hồi tràng với trực tràng thấp, không mở hồi tràng ra da.

Bảng 3.7. Các yếu tố liên quan kỹ thuật

Các yếu tố liên quan kỹ thuật	Trị số trung bình
Lượng máu mất trong mổ	105,5±59,4ml
Thời gian mổ	244,2±74,5 phút
Thời gian trung tiện	4,6±0,8 ngày
Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân	6,8±1,5 ngày
Thời gian nằm viện	10,1±3,8 ngày

Bảng 3.8. Biến chứng sau mổ

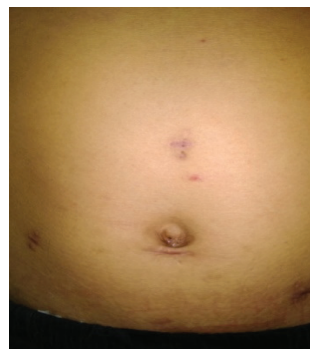
Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Dò miệng nối	1	8,3
Tổng	1	8,3

Bảng 3.9. Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Pô-líp tuyến	11	91,7
Pô-líp tuyến tăng sản	1	8,3
Tổng	12	100



Đa pô-líp đại-trực tràng



Vị trí sẹo các lỗ trocars sau 3 tháng

Bệnh nhân: Nguyễn Trung Đ. 18 tuổi

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân tiền sử gia đình không rõ ràng, gia đình không có ai bị mắc bệnh pô-líp đại tràng, các bệnh nhân phát hiện được nhờ đến cơ sở y tế nội soi đại tràng khi đại tiện ra máu.

Đa pô-líp đại-trực tràng, thường gặp ở bệnh nhân trẻ độ tuổi 15-39. Trong nghiên cứu này: tuổi nhỏ nhất 15, tuổi lớn nhất 71, trung bình 36,33±19,5, nhóm tuổi từ 15 đến 39 chiếm tỉ lệ cao là 66,67%. Tác giả Kory, tuổi nhỏ nhất 18, tuổi lớn nhất 77 trung bình 51 [8]. Theo Zua, đa pô-líp đại-trực tràng thường gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi trung bình 35 [12].

Đa pô-líp đại-trực tràng hầu hết bệnh nhân vào viện là rối loạn tiêu hóa và đại tiện ra máu. Nghiên cứu này cho thấy rối loạn tiêu hóa tiêu hóa chiếm 66,7%, đại tiện ra máu chiếm 100%. Theo các tác giả Half, Zua triệu chứng xuất hiện thường gặp: đau bụng, rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy và táo bón), chảy máu trực tràng không do trĩ [7], [12]. Nội soi đại-trực tràng ở 12 bệnh nhân phát hiện đa pô-líp là 100%. Vì vậy, để chẩn đoán xác định đa pô-líp đại-trực tràng nội soi là cần thiết, vì có độ nhạy cao, dễ thực hiện, xác định vị trí của đa pô-líp chiếm một phần hay toàn bộ đại trực tràng và kết hợp sinh thiết làm giải phẫu bệnh, để có chỉ định phẫu thuật thích hợp. Hầu hết,

các tác giả phát hiện và chẩn đoán đa pô-líp đại-trực tràng bằng nội soi ống mềm. Ngoài ra, cần phải nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng, ruột non nhằm phát hiện pô-líp kèm theo ở các vị trí của ống tiêu hóa [7], [8], [11], [12].

Vị trí tổn thương đại thể trong nội soi đại-trực tràng gồm: đa pô-líp đại tràng phải 8,3%, đa pô-líp đại tràng ngang 8,3%, đa pô-líp đại tràng trái 16,7% và đa pô-líp đại-trực tràng 66,7%. Thương tổn trong đa pô-líp đại-trực tràng chưa bị thoái hóa đa số lành tính, ít xâm lấn ra tổ chức xung quanh nên cho phép chúng ta phẫu tích dễ dàng trong phẫu thuật nội soi và thời gian phẫu thuật ngắn lại. Kết quả nghiên cứu này, đặc điểm mô bệnh học pô-líp tuyến chiếm 91,7%, pô-líp tuyến tăng sản 8,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Sào Trung, đặc điểm mô bệnh học của pô-líp đại-trực tràng, pô-líp tuyến chiếm 96,55%, trong đó tuyến ống 95,4% (không nghịch sản 57,14%, nghịch sản nhẹ 30,1%), pô-líp tăng sản 1,97%, pô-líp viêm 1,47%. Bệnh nhân có nhiều pô-líp thì nguy cơ có pô-líp ác tính tăng 1,57 lần. Từ kết quả cho thấy: pô-líp tuyến của tác giả cao hơn nghiên cứu này và pô-líp tăng sản cũng thấp hơn [4].

4.2 Chỉ định và kết quả của cắt đại-trực tràng do đa polyps bằng phẫu thuật nội soi

Phẫu thuật mở cắt toàn bộ đại trực tràng và nối hồi tràng ống hậu môn là một loại phẫu thuật phức tạp, nhất là ở bệnh nhân béo phì, mở bụng đường giữa trên dưới rốn, kéo dài từ mũi ức đến xương mu gây đau nhiều cho bệnh nhân cũng như thời gian hồi phục sau mổ chậm, phẫu thuật viên gặp nhiều khó khăn khi bệnh nhân có khung chậu hẹp.

Ngày nay, quan điểm điều trị phẫu thuật trong đa pô-líp đại-trực tràng có nhiều thay đổi vì sự hiểu biết về mặt mô học: cắt bỏ đoạn đại tràng cho thương tổn đa pô-líp ở đại tràng phải, đại tràng ngang, đại tràng trái, đại tràng sigmoid, cắt toàn bộ đại-trực tràng nối hồi tràng với ống hậu môn có hoặc không đưa hồi tràng ra da để bảo vệ miệng nối. Cắt toàn bộ đại tràng và phần trực tràng trung gian nối hồi tràng với trực tràng thấp nhờ dụng cụ khâu nối EEA bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng. Nguyễn Minh Hải, cắt toàn bộ đại-trực tràng nối hồi tràng-ống hậu môn bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng sử dụng 5-6 trocars để điều trị đa pô-líp đại-trực tràng [3]. Lâm Việt Trung, cắt toàn bộ đại-trực tràng điều trị đa pô-líp đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng lấy bệnh phẩm qua ngã tự

nhiên [5]. Theo Bardia, Half, Righetti, bệnh lý đa pô-líp đại-trực tràng chỉ định cắt toàn bộ đại trực tràng và nối hồi tràng-ống hậu môn, làm túi chứa hồi tràng kiểu J và mở hồi tràng ra da để bảo vệ miệng nối [6], [7], [9]. Theo Syngal, cắt nửa đại tràng, cắt đoạn đại tràng, cắt bán phần đại tràng, cắt toàn bộ đại-trực tràng để điều trị bệnh lý đa pô-líp đại trực tràng tùy vị trí thương tổn [10]. Theo Vasen, điều trị đa pô-líp đại-trực tràng có hai lựa chọn cắt toàn bộ đại trực tràng nối hồng tràng-ống hậu môn hoặc cắt toàn bộ đại trực tràng nối hồi tràng-trực tràng [11]. Việc chỉ định phương pháp phẫu thuật cho bệnh nhân tùy theo vị trí thương tổn đa pô-líp của đại-trực tràng, dựa vào kết quả nội soi đại tràng bằng ống nội soi mềm, và sau đó đánh dấu vị trí thương tổn đa pô-líp bằng mực xạ hoặc xanh Methylene làm mốc cắt đại tràng. Nhờ vào sự tiến bộ của dụng cụ phẫu thuật nội soi như: dao siêu âm, ligasure, hemolock... Phẫu thuật cắt toàn bộ đại-trực tràng bằng phẫu thuật nội soi kinh điển hoặc single port cho phép giải phóng toàn bộ mạc Toldt của đại-trực tràng được dễ dàng nên thời gian phẫu thuật được rút ngắn lại và ít mất máu trong mổ, kẹp các cuống mạch máu bằng Hemolock, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu, tránh thương tổn niệu quản hai bên trong khi thực hiện phẫu thuật nội soi đại-trực tràng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng kinh điển, điều trị đa pô-líp đại tràng từng phần và toàn bộ đại-trực tràng như sau: cắt nửa đại tràng phải cho đa pô-líp đại tràng phải 8,3%, cắt đoạn đại tràng ngang cho đa pô-líp đại tràng ngang 8,3%, cắt nửa đại tràng trái cho đa pô-líp đại tràng trái 16,7%, cắt toàn bộ đại-trực tràng cho đa pô-líp đại-trực tràng 66,67%. Trong quá trình theo dõi sau mổ chưa có trường hợp nào, chảy máu hay bực miệng nối, có một trường hợp dò miệng nối hồi tràng-trực tràng thấp phát hiện nhờ dịch tiêu hóa chảy qua sonde dẫn lưu douglas được điều trị bảo tồn theo dõi, lỗ dò tự bít lại sau 3 tuần. Hai trường hợp mở hồi tràng ra da được đóng lại sau 30-45 ngày.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ổ bụng, điều trị đa pô-líp đại-trực tràng là phương pháp an toàn, hiệu quả, tỉ lệ thành công cao, biến chứng thấp, ít đau sau mổ, thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Mạnh An, Bùi Tuấn Anh và cộng sự (2011), "Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi đại-trực tràng tại

bệnh viện 103", *Tạp chí Y-Dược học quân sự số chuyên đề ngoại bụng*, tr 1 - 5.

2. Hữu Hoài Anh, Trịnh Hồng Sơn và cộng sự (2009) “Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng tại bệnh viện E” *Y học thực hành* (656), Số 4, tr 65 - 66.
3. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung (2010), “Phẫu thuật đại-trực tràng qua nội soi ổ bụng”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 14, phụ bản số 2, tr 177 - 181.
4. Nguyễn Sào Trung (2006), “Đặc điểm giải phẫu bệnh-nội soi của polyps đại - trực tràng”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 10, phụ bản số 4, tr 205-211.
5. Lâm Việt Trung, Hồ Cao Vũ và cộng sự (2011), “Phẫu thuật nội soi cắt đại-trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 15, phụ bản số 1, tr 38 - 42.
6. Bardia A et al (2013), “Familial adenomatous polyposis associated APC gene mutation-a case study” *J Med Allied Sci*, 3(2), pp 81- 84.
7. Half E et al (2009), “Familial adenomatous polyposis” *Orphanet journal of rare diseases*, 4:22, pp 1- 23.
8. Kory J. W et al (2013), “Serrated polyposis: colonic phenotype, extracolonic features, and familial risk in a large cohort”, Vol 56 (11), pp 1211 - 1216.
9. Righetti A. E. M et al (2011), “Familial adenomatous polyposis and desmoids tumors”, *Clinics*, 66(10), pp 1839 - 1842.
10. Syngal S et al (2015), “ACG clinical guideline: Genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes”, *Am J Gastroenterol*, 110. Pp 223 - 262.
11. Vasen H. F. A et al (2008), “Guidelines for the clinical management of Familial adenomatous polyposis”, *Gut*, 57, pp 704 - 713.
12. Zua M. S (1999), “Familial adenomatous polyposis syndrome”, *Hospital Physician*, May, pp 61 - 68.
13. Bretagnol F, Alves A, Panis Y (2007), “ Technique de la colectomie droit par laparoscopie”, *EMC, Techniques chirurgicales-Appareil digestif*, 40-563, 6p.
14. Leroy J (1999), “Colectomie gauche par laparoscopie”, *EMC, Techniques chirurgicales-appareil digestif*, 40-572, 9p.
15. De Calan L, Gayet B (2004), “Chirurgie du cancer du rectum par laparotomie et par laparoscopie”, *EMC, Techniques chirurgicales-Appareil digestif*, 40-630, 29p.