

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRĂNG TRÀNG BẢO TỒN CƠ THẤT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRĂNG THẤP

Trương Vĩnh Quý¹, Phạm Anh Vũ²

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

(2) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục đích: Đánh giá tính khả thi, kết quả về ung thư học và kết quả chức năng của các bệnh nhân bị ung thư trực tràng thể thấp (< 6 cm kể từ rìa hậu môn) được phẫu thuật cắt tràng nội soi bảo tồn cơ thất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 1/2008 đến tháng 5/2013, 46 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật nội soi theo phương pháp bảo tồn cơ thất tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Kết quả:** Có 7 bệnh nhân giai đoạn T1 (15,2%), T2 (54,3%), T3 (30,5%). Phẫu thuật nội soi thành công ở tất cả bệnh nhân với thời gian mổ trung bình là $165 \pm 23,5$ phút. Không có tai biến trong mổ và 1 (2,2%) tử vong sau mổ. Hậu môn nhân tạo bảo vệ 9 bệnh nhân (19,6%). 04 (8,7%) bệnh nhân có biến chứng sau mổ gồm 1 tổn thương niệu quản cần mổ lại để phục hồi, 1 dò miệng nối và 2 bệnh nhân nữ dò âm đạo cần làm hậu môn tạm. Theo dõi trung bình 37 tháng, 3 bệnh nhân tử vong sau 35 tháng (6,7%), 3 tái phát vùng và tại chỗ cần mổ lại cắt cụt trực tràng (6,7%). Sau 24 tháng theo dõi chức năng đại tiện, 71% bệnh nhân hoàn toàn tự chủ, 28% bệnh nhân có rối loạn ở nhiều mức độ, trong đó, 2 bệnh nhân phải làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thất qua nội soi ở phúc mạc trong điều trị ung thư trực tràng cách rìa hậu môn dưới 6 cm là khả thi, an toàn về ung thư học và mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, ung thư trực tràng thấp, cơ thất.

Abstract

LAPAROSCOPIC SPHINCTER PRESERVING RECTAL RESECTION FOR LOW RECTAL CANCER

Truong Vinh Quy¹, Pham Anh Vu²

(1) PhD Students of Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

(2) Dept. of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy

Purpose: To evaluate the feasibility, oncologic outcome and functional outcome of laparoscopic sphincter-preserving rectal resection for very low rectal cancer. **Materials and methods:** From January 2008 to May 2014, a laparoscopic sphincter-preserving rectal resection with total mesorectal excision was performed in 46 patients with low rectal cancer (< 6cm from the anal verge) at Hue Central Hospital, Hue, Vietnam. **Results:** The pre-operative tumor stage was T2-3, N0-1, M0 (25 T2). No patients required blood transfusion during or after the operation. Protective stomy was indicated in 9 (19.6%) patients. No conversion to open surgery. Mean operative time was 165 ± 23.5 minutes. There was 2 vaginal fistulas and anastomosis fistula required an early repair and ileostomy. There was no post-operative mortality. Average hospital stay was 9 days. Mean follow-up time is 37 months. 3 patients died at 35 months after surgery. There was two loco-regional recurrences (6.7%), required an APR and doing well till now. Using Kirwan classification of functional outcomes, at 24 months after

- Địa chỉ liên hệ: Trương Vĩnh Quý, * Email: drquy81@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.4+5.13

- Ngày nhận bài: 21/9/2014 * Ngày đồng ý đăng: 11/11/2014 * Ngày xuất bản: 16/11/2014

surgery, 71% had good continence (Kirwan I or II) and 28% had poor continence (Kirwan III), among them, 0% required a colostomy (Kirwan V). **Conclusions:** Sphincter-preserving rectal resection using combined laparoscopic and transanal approach is a safe procedure in selected patients with very low rectal cancer and may provide a good continence.

Key words: *Laparoscopic, low rectal cancer, rectal resection.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ năm 1982, sau khi Heald và cs gợi ý rằng sự lan tràn ung thư của bệnh nhân ung thư trực tràng theo đường trong thành là ít nguy hiểm hơn là sự lan tràn vào mạc treo trực tràng, quan niệm cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) trong điều trị ung thư trực tràng ngày càng được quan tâm thực hiện.

Để đạt được sự an toàn về mặt ung thư, người ta tin rằng bờ cắt phía dưới cần phải cách rìa khối u 5 cm, năm 1980 kích thước này giảm xuống 2 cm được chấp nhận một cách rộng rãi, gần đây một số nghiên cứu thu hẹp lại khoảng cách chỉ còn 1 cm.

Với nguyên tắc bờ an toàn 2 cm và kết quả về tế bào ung thư trong mạc treo trực tràng thì nhiều nghiên cứu về khả năng bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng thấp từ bệnh học, sinh lý, kết quả chức năng cũng như kết quả về mặt ung thư học đã có nhiều bài báo được xuất bản.

Tuy nhiên, cùng với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng, phương pháp bảo tồn cơ thắt khác nhau đã được đề xuất và ứng dụng cho nhiều bệnh nhân như phẫu thuật cắt trước thấp, phẫu thuật cắt xuyên cơ thắt, phẫu thuật cắt bán phần cơ thắt ngoài...

Tại BVTW Huế, PTNS điều trị ung thư đại trực tràng được thực hiện từ gần 10 năm nay. Và bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng từ cắt trước, rồi cắt trước thấp tiến đến phẫu thuật typ Pull-through đã và đang được thực hiện. Nghiên cứu này nhằm giới thiệu kỹ thuật và đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật bảo tồn cơ thắt typ Pull-through trong điều trị ung thư trực tràng thể rất thấp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 01/2008 đến tháng 05/2014, 46 bệnh nhân

được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng với vị trí bờ dưới của khối u dưới 6cm kể từ rìa hậu môn (không bao gồm ung thư ống hậu môn) và có kết quả mô bệnh học trước mổ là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện TW Huế.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân giai đoạn T4, M1, khám lâm sàng có xâm lấn vào cơ thắt ngoài.
- Những bệnh nhân ung thư tái phát hay ung thư đã có di căn gan hay phổi.
- Những bệnh nhân có kết quả mô bệnh học trước mổ là ung thư tế bào vảy.
- Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính không cho phép mổ nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu cắt dọc, có theo dõi và tái khám định kỳ.

Tất cả bệnh nhân trước mổ được làm các xét nghiệm cơ bản, các chất đánh dấu ung thư như CEA và CA10-9, XQ ngực, siêu âm gan, chụp cắt lớp 64 nhát cắt có dựng hình không gian 3 chiều và siêu âm qua ngã trực tràng.

Chuẩn bị trước mổ như mổ đại trực tràng nội soi thường quy với thực tháo, nhịn ăn và kháng sinh dự phòng.

Phương pháp phẫu thuật bao gồm các thì chính:

- Thì nội soi ổ phúc mạc:

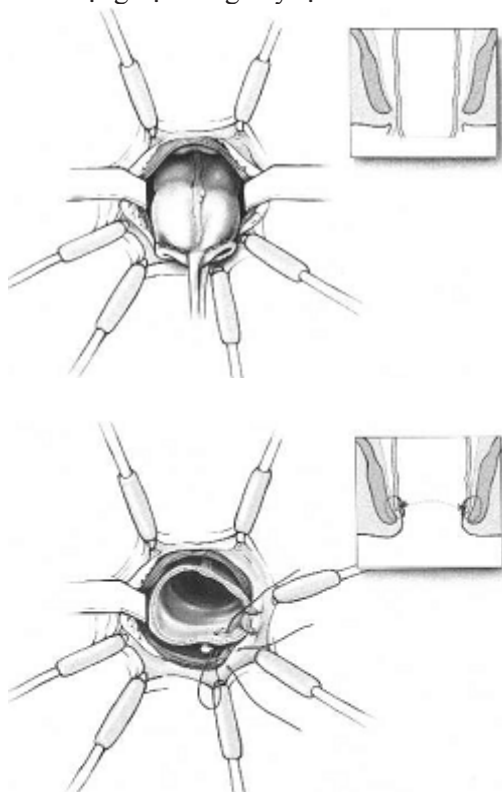
- + Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân được đặt nằm ở tư thế Lloyd-Davies
- + Dàn nội soi đặt bên (T) và gần dưới chân bệnh nhân
- + Đặt 04 cổng vào ổ phúc mạc với cổng camera 12mm ở rốn, 1 cổng 10mm và 1 cổng 5mm
- + Phẫu tích thắt và cắt bó mạch mạc treo tràng dưới trước hết. Sau đó, phẫu tích trực tràng kèm toàn bộ mạc treo trực tràng cho đến khi đến được ống hậu môn.

Kết thúc thì nội soi, chuyển sang thì tăng sinh môn.

- Thì tăng sinh môn: áp dụng cho cắt gian cơ thắt

Sử dụng van tự cố định Lone Star để bộc lộ vùng hậu môn. Phẫu tích lớp niêm mạc ống hậu môn dưới đường lược 5mm, lấy bỏ toàn bộ hoặc bán phần cơ thắt trong và đi ngược dần lên đến khi tiếp cận được ổ phúc mạc. Trong tất cả trường hợp, chúng tôi đều có làm sinh thiết tức thì vị trí đường cắt.

Miệng nối đại tràng-hậu môn được thực hiện theo kiểu tận-tận bằng khâu tay ngoài hậu môn với chỉ tiêu chậm bán tổng hợp 3/0 mà không có tạo hình mở rộng đại tràng hay tạo túi.



Chỉ định mở hậu môn nhân tạo tùy đánh giá của phẫu thuật viên. Đặt 1 mech vaselin xuyên miệng nối đại tràng-hậu môn.

Kết thúc thì tăng sinh môn. Trở lại bơm hơi ổ phúc mạc và kiểm tra lại rồi đặt 01 dẫn lưu 18F ở tiểu khung ra ngoài qua vị trí lỗ 5mm ở bên (T). Tháo hơi và đóng các lỗ trocar.

Sau khi ra viện 2 tuần, tất cả bệnh nhân được tái khám và theo dõi tại Trung tâm ung bướu và được điều trị hỗ trợ với hóa trị liệu và xạ trị theo phác đồ thường quy cho bệnh nhân ung thu trực tràng.

Tái khám định kỳ mỗi 3 tháng trong năm thứ nhất và mỗi 6 tháng trong năm tiếp theo, thăm trực tràng kiểm tra miệng nối, định lượng nồng độ CEA và CA19-9, siêu âm gan và XQ phổi.

Đánh giá chức năng đại tiện của bệnh nhân bằng cách sử dụng bảng phân độ của Kirwan [2], [3], chia làm các mức độ:

Độ 1: đại tiện hoàn toàn bình thường

Độ 2: xì hơi không tự chủ

Độ 3: thỉnh thoảng són phân

Độ 4: són phân nhiều

Độ 5: phân són liên tục, phải làm hậu môn nhân tạo

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

- 46 bệnh nhân, nam/nữ: 25/21.

- Tuổi trung bình $61,2 \pm 12,4$ tuổi (nhỏ nhất là 24 tuổi, lớn nhất là 81 tuổi).

- Vị trí bờ dưới u so với rìa hậu môn.

Bảng 3.1. vị trí bờ dưới u so với rìa hậu môn

Vị trí khối u so với rìa hậu môn	3 đến dưới 4 cm	4 đến dưới 5 cm	5 đến 6 cm
Số lượng bệnh	7	24	15
Tỷ lệ %	15,2	52,1	32,7

Với trung vị vị trí trung bình $4,6 \text{ cm} \pm 1,3$ (3 đến 6 cm so với rìa hậu môn)

3.2. Đặc điểm bệnh lý

- Thời gian khởi phát bệnh: dao động 6 tháng đến lâu nhất là 15 tháng

Thời gian trung bình $11,3 \pm 2,3$ tháng

- Lý do vào viện: 100% bệnh nhân vào viện do đi cầu phân có máu

- Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Đau hạ vị	Đi phân máu-mủ	Táo bón	Sờ thấy u
Số lượng bn	9	43	31	46
Tỷ lệ %	11	93,5	67,4	100

Không bệnh nhân nào vào viện do tắc ruột hay bán tắc ruột.

Bảng 3.3. Tính chất đại thể của u

Tính chất u	Sùi	Loét	Dạng polyp
Số lượng bn	39	5	2
Tỷ lệ %	84,8	10,8	4,4

84,8% bệnh nhân có tổn thương dạng sùi, có 4,4% dạng polyp thoái triển đều giai đoạn T1.

3.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: Sử dụng chụp cắt lớp 64 lát cắt có dựng hình theo không gian 3 chiều và siêu âm qua ngã trực tràng, giai đoạn u theo T gồm 25 T2 và 11 T3. Không thấy thâm nhiễm u vào cơ thắt ngoài.

Không thấy tổn thương di căn trên XQ phổi và siêu âm gan ở bệnh nhân nào.

3.4. Đặc điểm giải phẫu bệnh (sinh thiết trước mổ): 100% ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma).

3.5. Đặc điểm phẫu thuật

- Phẫu thuật nội soi thành công trong 100% trường hợp. Không bệnh nhân nào cần chuyển mổ mở.

- Hậu môn tạm bảo vệ được thực hiện ở 9 bệnh nhân.

- Không bệnh nhân nào cần truyền máu trong và sau mổ.

- Miệng nối đại tràng-hậu môn được thực hiện bằng khâu tay thông thường trong tất cả trường hợp.

- Thời gian mổ dao động từ 135 phút đến 230 phút, trung bình là 165 phút, kể từ khi bắt đầu đặt trocar cho đến khi đóng xong các lỗ trocar và miệng nối ở tầng sinh môn

3.6. Đặc điểm hậu phẫu

- Thời điểm trung tiện trung bình: 1-2 ngày

- Thời điểm cho ăn uống bằng đường miệng trở lại sau mổ: ngay sau khi bệnh nhân trung tiện (1-2 ngày)

- Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: 7-10 ngày

- Trong thời gian nằm viện sau mổ: 01 bệnh nhân dò miệng nối, phải làm hậu môn tạm, sau đó ổn định và được đóng. 01 bệnh nhân tổn thương niệu quản gây dò nước tiểu, được mổ lại vào ngày

thứ 4 sau mổ.

- 02 bệnh nhân nữ xuất hiện dò vào âm đạo vào tuần thứ 3 sau mổ, được làm hậu môn tạm rồi đóng dò sau đó.

- Tử vong trong thời gian hậu phẫu: 1 bệnh nhân do áp xe tiểu khung.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ N1 ở 29 (63,1%) bệnh nhân và còn lại N0

3.7. Tái khám

- Tái khám định kỳ mỗi 3 tháng trong năm thứ nhất và mỗi 6 tháng trong năm tiếp theo, thăm trực tràng kiểm tra miệng nối, định lượng nồng độ CEA và CA19-9, siêu âm gan và XQ phổi.

- Thời gian theo dõi trung bình là 37 tháng (6-75 tháng).

- Số bệnh nhân tái khám theo đúng định kỳ 40 bệnh nhân trong đó có 2 bệnh nhân đã làm hậu môn nhân tạo do tái phát.

- Ba bệnh nhân (T2N1 trước mổ) tử vong do ung thư tiến triển, 35 tháng sau mổ, chiếm 6,7%

- 02 (5,0%) bệnh nhân tái phát tại chỗ (được làm phẫu thuật Miles, hiện tại ổn).

- 1 bệnh nhân phải làm hậu môn nhân tạo kèm đưa niệu quản ra da sau biến chứng viêm bàng quang và trực tràng xuất huyết sau xạ trị 1 năm

- Sử dụng bảng phân độ chức năng đại tiện của bệnh nhân sau mổ theo Kirwan cho thấy sau trung bình 24 tháng trên 38 bệnh nhân được tái khám.

Bảng 3.4. Phân độ theo Kirwan

Kirwan	1	2	3	4	5
Số lượng	11	16	9	2	0
Tỷ lệ %	28,9	42,1	29	5,2	0

Như vậy 38 bệnh nhân, chiếm 71% có chức năng đại tiện tốt, 11 bệnh nhân còn lại, chiếm 29% có chức năng đại tiện chấp nhận được (Kirwan 3 và 4). 02 bệnh nhân (5,2%) dù chỉ là Kirwan 4, nhưng do số lần đại tiện nhiều lần ảnh hưởng đến cuộc sống nên đề nghị làm hậu môn tạm.

4. BÀN LUẬN

Đối với bệnh nhân ung thư trực tràng nằm cách rìa hậu môn dưới 6cm, cho đến nay, nhiều phẫu thuật viên vẫn chọn phương pháp phẫu thuật kinh điển chuẩn là cắt cụt trực tràng đường tầng sinh

môn-bụng, có thể là mổ mở hay mổ nội soi. Tuy nhiên, để tránh cho vấn đề mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn ở những bệnh nhân này, phẫu thuật cắt trực tràng nhưng bảo tồn cơ thắt bắt đầu được đề xuất từ những năm 80 và rồi được ứng dụng nhiều hơn vào những năm 90 của thế kỷ trước [1], [6].

Vấn đề quan trọng đặt ra là cho dù tiến hành theo phương pháp phẫu thuật nào, thì đây là bệnh lý ác tính nên trước hết phải đảm bảo độ an toàn về mặt ung thư học; vì thế, nên chỉ định hợp lý là rất quan trọng.

Akasu T và cs [1] chỉ định cho các bệnh nhân giai đoạn T1-3 và chưa có di căn xa. Saito N và cs [5] chỉ định cho tất cả giai đoạn T kể cả đã có di căn xa. Han JG và cs [2] lại hạn chế chỉ định cho các bệnh nhân có u giai đoạn T1-2 và chưa có di căn xa. Tuy nhiên, phần lớn các tác giả đều thống nhất nên chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cho bệnh nhân có giai đoạn T1-3, chưa xâm lấn cơ thắt ngoài cũng như tạng lân cận và chưa có di căn xa [3], [4], [6], [7], [8]. Mặc dù nhiều tác giả chỉ định xạ trị trước mổ cho tất cả bệnh nhân ung thư trực tràng vì cho rằng phác đồ điều trị này cho phép giảm thiểu nguy cơ tái phát tại chỗ ở những bệnh nhân bảo tồn cơ thắt [9]; nhưng một số tác giả lại chỉ chỉ định cho những bệnh nhân có T3 hay M1 [5] và một số tác giả khác lại chỉ định phẫu thuật ngay khi có chẩn đoán rồi điều trị hỗ trợ xạ hóa sau đó [2], [3], [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định bảo tồn cơ thắt được đưa ra cho các bệnh nhân chưa di căn, chưa có bằng chứng thâm nhiễm vào cơ thắt ngoài hay vào tạng lân cận dựa vào thăm trực tràng và chụp cắt lớp 64 slides hay siêu âm qua ngã trực tràng. Chúng tôi không có bệnh nhân nào được xạ trị trước mổ do phác đồ điều trị hỗ trợ trước mổ mới được ứng dụng rất gần đây tại Bệnh viện mà thôi.

Một vấn đề có lẽ được các nhà ngoại khoa quan tâm nhiều hơn là phương pháp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt được lựa chọn và biến chứng nếu có của chúng.

Phần lớn tác giả đều sử dụng kỹ thuật được đề xuất và phát triển bởi Schiessel R vào những năm 80, chia làm hai nhóm nhỏ chính: phẫu thuật cắt

xuyên cơ thắt toàn bộ (total ISR: InterSphincteric Resection) và phẫu thuật cắt xuyên cơ thắt bán phần (partial hay subtotal ISR) [1], [2], [3], [5], [6], [7], [8]. Trong kỹ thuật được định nghĩa và đề xuất bởi Schiessel R năm 1984, phẫu tích đường xuyên hậu môn cũng được thực hiện với sự giúp đỡ của van tự cố định Lone Star. Tuy nhiên, tác giả sử dụng kỹ thuật tiêm dung dịch có Adrenaline vào lớp dưới niêm mạc và lớp giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài để giảm thiểu tình trạng chảy máu khi phẫu tích. Với kinh nghiệm phẫu tích trong phẫu thuật Soave đường xuyên hậu môn ở trẻ em bị bệnh phình đại tràng bẩm sinh, chúng tôi không gặp phải tình huống chảy máu nào ở đây. Không bệnh nhân nào cần chuyển máu và không có biến chứng sau mổ nào trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi.

Miệng nối giữa đại tràng và hậu môn được chúng tôi thực hiện trực tiếp và không tạo túi hay tạo hình đại tràng và hậu môn nhân tạo hay đưa hồi tràng ra da để bảo vệ miệng nối chỉ được làm trong ít trường hợp. Ở thì hoàn tất, một số tác giả sử dụng kỹ thuật tạo túi đại tràng kiểu J-Pouch để hy vọng cải thiện khả năng chứa phân cho bệnh nhân sau khi đã bị cắt bỏ trực tràng và một số thì không. Tuy nhiên, tất cả tác giả đều có làm hoặc hậu môn nhân tạo hoặc đưa hồi tràng ra da để bảo vệ miệng nối. Bản thân Schiessel R và cs [6] có biến chứng sau mổ 7,7% (9/117 bệnh nhân) trong đó 6 bệnh nhân dò bọc miệng nối. Akasu T và cs [1] có tỷ lệ dò miệng nối là 13% với 15 bệnh nhân, và 1 bệnh nhân tử vong do bọc miệng nối gây viêm phúc mạc toàn thể. Saito N và cs [5] gặp biến chứng sau mổ với 4 dò miệng nối, 2 chảy máu và 1 dò âm đạo trực tràng sau mổ trong tổng số 35 bệnh nhân. Kinh nghiệm phẫu tích hậu môn trong phẫu thuật Soave ở trẻ sơ sinh của chúng tôi cho thấy đảm bảo 1 miệng nối không căng và tránh tối đa việc cầm nắm hay dung van banh quá nhiều vùng hậu môn cho phép có được miệng nối tốt và tránh được các nguy cơ thiếu máu hay dò bọc tại chỗ. Kinh nghiệm này của chúng tôi cũng được chính Schiessel R khuyến cáo trong tổng kết 121 bệnh nhân của mình khi tác giả dùng thuật ngữ *atraumatic surgical technique* [6].

Câu hỏi thứ 3 đặt ra là liệu phương pháp phẫu thuật này có đảm bảo về mặt ung thư học hay không?

Saito N và cs [5] có hai bệnh nhân tái phát tại chỗ, chiếm 6%. Tương tự, Schiessel R và cs có 5,3% tái phát tại chỗ với thời gian theo dõi 72 tháng [6]. Han JG và cs [2] nghiên cứu 40 bệnh nhân, tỷ lệ tái phát tại chỗ là 5% (2/40) với thời gian theo dõi trung bình là 43 tháng. Tuy nhiên, kết quả của Rullier E và cs [4] có lẽ là tốt nhất với tỷ lệ tái phát tại chỗ sau hơn 40 tháng theo dõi là 2% (1/52), mặc dù tác giả chỉ định cho cả giai đoạn T3 và T4, N0-1. Với thời gian theo dõi còn chưa dài, trung bình 37 tháng với 38 bệnh nhân, chúng tôi có 03 (6,5%) tử vong liên quan đến ung thư, 2 bệnh nhân tái phát tại chỗ chiếm tỷ lệ, tương tự như của các tác giả trên.

Kim NK và cs [3] cho thấy sử dụng kỹ thuật bảo tồn cơ thắt cho phép bệnh nhân có Kirwan trung bình sau 2 năm theo dõi là $1,5 \pm 0,3$. Han JG [2] có 67% bệnh nhân có Kirwan 1-2 sau 12 tháng

theo dõi và 33% Kirwan 3-4. Schiessel R và cs không sử dụng bảng phân độ số phân của Kirwan nhưng kết quả lâu dài 72 tháng theo dõi với hơn 117 bệnh nhân cho thấy kết quả tuyệt vời với chỉ 0,8% bệnh nhân số phân mà thôi. Với thời gian theo dõi trung bình 24 tháng cho 38 bệnh nhân, chúng tôi có 72% bệnh nhân có chức năng đại tiện tốt, 11 bệnh nhân còn lại, chiếm 28% có chức năng đại tiện chấp nhận được. Kết quả của chúng tôi cũng như của các tác giả khác cho thấy việc bảo tồn cơ thắt thật sự mang lại hiệu quả đáng kể trong giữ được chức năng đại tiện cho bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt sử dụng phương pháp xuyên cơ thắt kiểu pull-through và cắt trước thấp là phương pháp điều trị khả thi, đảm bảo an toàn về mặt ung thư học và mang lại chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân ung thư trực tràng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akasu T, Takawa M, Yamamoto (2008). "Intersphincteric Resection for Very Low Rectal Adenocarcinoma: Univariate and Multivariate Analyses of Risk Factors for Recurrence", *Annals of Surgical Oncology*, Vol.15, No.10, pp.2668–2676.
2. Han JG, Wei GH, Gao ZG et al (2009). "Intersphincteric Resection with Direct Coloanal Anastomosis for Ultralow Rectal Cancer: The Experience of People's Republic of China", *Dis Colon Rectum*, Vol. 52, pp.950-957.
3. Kim NK, Lim DJ, Hyeon Yun S et al (2005), "Ultralow anterior resection and coloanal anastomosis for distal rectal cancer: functional and oncological results", *Int J Colorectal Dis*. Vol.16, pp.234–237.
4. Rullier E, Laurent C, Bretagnol F et al (2005), "Sphincter-Saving Resection for All Rectal Carcinomas. The End of the 2-cm Distal Rule", *Ann Surg*, Vol.241, pp.465–469.
5. Saito N, Ono M, Sugito M et al (2004), "Early Results of Intersphincteric Resection for Patients with Very Low Rectal Cancer: An Active Approach to Avoid a Permanent Colostomy", *Dis Colon Rectum*, Vol.47, pp.459–466.
6. Schiessel R, No vi G, Holzer B et al (2005), "Technique and Long-Term Results of Intersphincteric Resection for Low Rectal Cancer", *Dis Colon Rectum*, Vol.48, pp.1858–1867.
7. Shirouzu K, Ogata Y, Araki Yet al (2003), "A new ultimate anus-preserving operation for extremely low rectal cancer and for anal canal cancer", *Tech Coloproctol*, Vol.7, pp.203–206.
8. Weiser MR, Quah H-M, Shia J et al (2009), "Sphincter Preservation in Low Rectal Cancer is Facilitated by Preoperative Chemoradiation and Intersphincteric Dissection", *Ann Surg*, Vol.249, pp.236–242.