

Đánh giá kết quả sơ bộ của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị bệnh lý ung thư đại tràng

Nguyễn Minh Thảo¹, Nguyễn Đình Sơn¹, Nguyễn Hữu Trí¹, Phạm Anh Vũ^{1*}
(1) Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) làm tăng khả năng nạo vét hạch so với phẫu thuật kinh điển trong ung thư đại tràng. Tuy nhiên, phẫu thuật này chưa được coi là một chiến lược an toàn. **Mục tiêu:** Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học và kết quả sơ bộ của phẫu thuật cắt đại tràng CME trong ung thư đại tràng. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu trên 22 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đại tràng CME từ tháng 5/2021 đến 5/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình $63,6 \pm 14,1$; nam chiếm 54,5%. ASA 1 chiếm đa số với 77,3%. 45,5% trường hợp có nguy cơ dinh dưỡng trung bình và cao. U đại tràng sigma chiếm nhiều nhất với 40,9%. U đại tràng góc lách, đại tràng ngang cùng chiếm tỷ lệ ít nhất với 4,5%. Phẫu thuật cắt đại tràng sigma và phẫu thuật cắt sigma + trực tràng cao chiếm đa số với 40,9%. Thời gian nằm viện trung bình $7,3 \pm 1,5$ ngày. Độ dài bệnh phẩm trung bình $31,2 \pm 8,2$ cm. Độ rộng trung bình mạc treo $9,3 \pm 1,7$ cm. Số lượng hạch trung bình $62,2 \pm 18,6$. Kích thước u trung bình $4,9 \pm 1,6$ cm. Mặt phẳng phẫu tích đạt được 86,4% mặt phẳng mạc treo đại tràng hoàn toàn. Giai đoạn I sau mổ chiếm 40,9%, tiếp đến là giai đoạn IIb, IIa với tỷ lệ lần lượt là 31,8% và 18,2%. Chỉ có 3 bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 13,6% và 1 bệnh nhân tràn khí dưới da + bí tiểu chiếm tỷ lệ 4,5%. **Kết luận:** Kết quả phẫu thuật sơ bộ phẫu thuật nội soi cắt đại tràng CME khả quan, an toàn, với số lượng hạch nạo vét được tối đa đáng tin cậy.

Từ khóa: CME, nội soi, ung thư đại tràng, điều trị, sơ bộ, bước đầu.

Abstract

Preliminary results of laparoscopic complete mesocolic excision for colon cancer treatment

Nguyen Minh Thao¹, Nguyen Dinh Son¹, Nguyen Huu Tri¹, Pham Anh Vu^{1*}
(1) Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Laparoscopic complete mesocolic excision (CME) has more lymph nodes resected than traditional laparoscopic colectomy. The laparoscopic CME has not been extensively described as a safe strategy. **Objective:** Evaluate clinical characteristics and preliminary results of laparoscopic CME in colon cancer. **Methods:** A prospective study included 22 patients at the Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital from May 2021 to May 2022. **Results:** Mean age was 63.6 ± 14.1 , and males accounted for 54.5%. ASA 1 accounted for the majority, with a rate of 77.3%. 45.5% of patients with middle and high nutritional risk. The sigmoid colon accounts for the most with 40.9%. The prevalence of splenic flexure colon, the same transverse colon location was a minor proportion at 4.5%. The sigmoidectomy and sigmoidectomy + a part of upper third rectal resection accounted for 40.9%. The mean (range) of the length of hospital stay was 7.3 ± 1.5 days. The specimen length, mesentery width, and lymph nodes average were 31.2 ± 8.2 cm, 9.3 ± 1.7 cm, and 62.2 ± 18.6 , respectively. The average tumor size was 4.9 ± 1.6 cm. The analytical plane achieved 86.4% of the complete mesenteric plane. AJCC 8th Stage I after surgery accounted for 40.9%, followed by stages IIb, and IIa with 31.8% and 18.2%, respectively. Only three patients had complications of surgical site infection, accounting for 13.6%, and one patient with abdominal subcutaneous emphysema + urinary retention accounted for 4.5%. **Conclusion:** preliminary results of laparoscopic CME colectomy are feasible, safe, and reliable with maximal lymph node retrieval.

Keywords: CME, laparoscopic, colon cancer, treatment, initial, preliminary.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính đứng vị trí thứ ba sau ung thư vú ở nữ và ung thư phổi, chiếm tỷ lệ 10% và đứng hàng thứ hai về tỷ lệ tử vong sau ung thư phổi với 9,4% vào năm 2020. Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng cao nhất ở các nước phương Tây và Úc. Tỷ lệ này có xu hướng gia tăng ở các quốc gia Đông Âu, Đông Nam Á, Nam Trung Á và Nam Mỹ [1]. Tại Mỹ, có 147.950 ca mắc mới ung thư đại trực tràng và 53.200 ca tử vong vào năm 2020 [2]. Ở nước ta, ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ 9%, đứng hàng thứ năm sau ung thư dạ dày, phổi, vú và vòm họng [3].

Với tiêu chuẩn trong cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: Total mesorectal excision) có kết quả cải thiện rõ rệt, giảm tái phát tại chỗ. Khái niệm TME dựa trên mặt phẳng phôi thai học của mạc treo trực tràng. Tiếp nối TME, cơ sở phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng xuất phát từ thuật ngữ CME: complete mesocolic excision cũng dựa trên mặt phẳng phôi thai học của mạc treo đại tràng [4].

Với khả năng nạo vét hạch tốt hơn nhiều so với phẫu thuật kinh điển, phẫu thuật cắt đại tràng kèm cắt toàn bộ mạc treo đại tràng đang trở nên phổ biến hơn. Các nhà nghiên cứu đã chuẩn hóa cách tiếp cận đối với bệnh nhân có khả năng phẫu thuật triệt để, dẫn đến giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ từ 6,5% xuống 3,6% và cải thiện thời gian sống thêm từ 82,1% lên 89,1% sau 5 năm [5].

Mặc dù có nhiều ưu điểm về kết quả điều trị ung thư sau mổ, phẫu thuật này về mặt lý thuyết cần phải phẫu tích dọc theo bó mạch mạc treo tràng trên và bó mạch mạc treo tràng dưới với diện phẫu tích rộng rãi nên có thể làm tăng nguy cơ biến chứng trong và sau mổ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn so với phẫu thuật truyền thống, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [5, 6].

Hiện nay, phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trong điều trị ung thư trực tràng đã được đồng thuận tạo cơ sở để phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng ngày càng được nghiên cứu rộng rãi [7]. Để làm rõ hiệu quả của phương pháp này đòi hỏi phải có nhiều nghiên cứu hơn nữa.

Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị bệnh lý ung thư đại tràng. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài **“Đánh giá kết quả sơ bộ của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị ung thư đại tràng”** với mục tiêu: *nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học và kết quả sơ bộ của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị ung thư đại tràng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân: Gồm 22 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng được chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại tràng CME từ tháng 5/2021 đến tháng 5/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh bao gồm:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng giai đoạn I, II, III theo AJCC 8th. (Dựa vào nội soi, CT Scan bụng có thuốc và CT Scan ngực bụng có thuốc và/hoặc X-quang ngực thẳng).

- ASA giai đoạn I-III.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến, được phân tích đánh giá đầy đủ thông tin về độ dài bệnh phẩm, số lượng và vị trí nhóm hạch xâm lấn, mức độ biệt hóa và pTNM sau mổ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư đại tràng được chỉ định mổ cấp cứu do thủng, tắc đại tràng do u, hình ảnh học trước mổ có kết quả di căn xa.

- Ung thư đại tràng giai đoạn IV được chẩn đoán trong mổ hoặc ung thư đại tràng đã được điều trị hóa chất.

- Ung thư liên quan đến bệnh đa polyp tuyến gia đình hoặc hội chứng Lynch, Polyposis, Peutz Jeghers, đồng thời ung thư đại tràng nguyên phát nhiều vị trí khác nhau.

- Bệnh nhân có thai hoặc phụ nữ đang cho con bú.

- Bệnh nhân không thể thực hiện PTNS (do nguyên nhân dính lan rộng trong ổ phúc mạc như phẫu thuật bụng trước đây, không thể chịu được áp lực bơm hơi trong ổ phúc mạc).

- Bệnh nhân được đánh giá trước mổ có nguy cơ cao dinh dưỡng (suy dinh dưỡng nặng với BMI < 16) Dữ liệu nhân khẩu học, vị trí khối u, giai đoạn TNM của bệnh nhân được thể hiện trong Bảng 1.

Tiêu chí nghiên cứu: Tử vong ngắn hạn được định nghĩa là tử vong trước khi ra viện hoặc trong 30 ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Các biến chứng phẫu thuật lớn được xác định với bất kỳ biến chứng cần phẫu thuật lại. Các biến chứng lớn không phẫu thuật được xác định với những biến chứng có khả năng xảy ra nguy hiểm đến tính mạng. Các vị trí phẫu thuật được thể hiện trong Bảng 2. Các đoạn đại tràng cắt bỏ được xác định theo nguyên tắc của hội ung thư đại trực tràng của Nhật Bản về phân loại [8], hội ung thư đại trực tràng của Nhật Bản về điều trị 2019 [9], và nguyên tắc của phẫu thuật CME [4]. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi với tiêu chí lấy toàn bộ mạc treo đại tràng kèm với phần đại tràng cắt bỏ do ung thư. Mặt phẳng phẫu tích lớp phúc mạc tạng nguyên vẹn cả 2 bên để đảm bảo bọc lộ an

toàn gốc của các mạch máu cung cấp. Thắt mạch máu trung tâm của các mạch máu cung cấp chính cho đoạn đại tràng. Nạo vét hạch và cắt đại tràng theo nguyên tắc nguyên khối "enbloc".

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.3. Các biến số nghiên cứu

ASA được phân loại theo Hệ thống phân loại tình trạng sức khỏe ASA (American Society of Anesthesiologists).

ASA 1	Tình trạng sức khỏe tốt; không hút thuốc, không hoặc uống ít thức uống có cồn.
ASA 2	Có bệnh toàn thân nhẹ, không hạn chế chức năng; người hút thuốc; uống nhiều thức uống có cồn, béo phì ($30 < \text{BMI} < 40$), kiểm soát tốt bệnh đái đường, tăng huyết áp; bệnh phổi nhẹ.
ASA 3	Có bệnh toàn thân nghiêm trọng, có hạn chế chức năng; có một hoặc hơn các bệnh nặng. Kiểm soát đái đường, tăng huyết áp kém; COPD, béo phì $\text{BMI} \geq 40$, viêm gan hoạt động, nghiện rượu, đặt máy tạo nhịp, phân suất tống máu giảm vừa, bệnh thận giai đoạn cuối lọc máu thường xuyên; (bệnh nhồi máu cơ tim, bệnh mạch vành, cơn thiếu máu tạm thời hoặc bệnh mạch vành/stents) > 3 tháng

Sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng theo NRS 2005 [10], vị trí khối u được xác định trong mổ, mức độ pTNM được xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh của bệnh nhân, độ mô học theo tiêu chuẩn WHO 2010. VAS được tính theo thang điểm 10 ở thời điểm sáng sau khi ngủ dậy ở ngày hậu phẫu thứ 1 ở tư thế nghỉ ngơi.

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung gồm 22 bệnh nhân (tuổi nhỏ nhất 41, lớn nhất 86), tuổi trung bình $63,6 \pm 14,1$, trong đó có 54,5% nam. ASA 1 chiếm đa số với tỷ lệ 77,3%. Có 3 (13,6%) bệnh nhân có nguy cơ cao về dinh dưỡng, 7 (31,8%) trường hợp nguy cơ trung bình về dinh dưỡng. Vị trí đại tràng sigma chiếm nhiều nhất với 40,9%. Vị trí đại tràng góc lách cùng với đại tràng ngang chiếm tỷ lệ ít nhất với 4,5% (Bảng 1). Phẫu thuật cắt đại tràng sigma và phẫu thuật cắt sigma + trực tràng cao chiếm đa số với 40,9%. pT2, pT3 chiếm đa số với 45,5 và 36,4, theo thứ tự. pN0

chiếm đa số với 63,6%. Giai đoạn sau mổ chiếm nhiều nhất với 40,9% ở giai đoạn I, tiếp theo là giai đoạn IIb với 31,8%. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 13,6%. Có 1 bệnh nhân tràn khí dưới da + bí tiểu chiếm 4,5%, điều trị nội bảo tồn thành công. Không có biến chứng lớn cần phẫu thuật lại và tử vong ngắn hạn. Thời gian nằm viện trung bình $7,3 \pm 1,5$ (5-12) ngày. Độ dài bệnh phẩm trung bình $31,2 \pm 8,2$ cm. Độ rộng mạc treo trung bình là $9,3 \pm 1,7$ cm. Kích thước u trung bình $4,9 \pm 1,6$ cm. Số lượng hạch vét được trung bình $62,2 \pm 18,6$.

Bảng 1. Dữ liệu nhân khẩu học và đặc điểm khối u (n=22)

	n (%)
Giới Nam	12 (54,5)
Tuổi trung bình	$63,6 \pm 14,1$
ASA 1	17 (77,3)
ASA 2	3 (13,6)
ASA 3	2 (9,1)
NRS 0-2	12 (54,6)
NRS 3-4	7 (31,8)
NRS >4	3 (13,6)
Vị trí khối u	
Manh tràng	4 (18,2)
Đại tràng lên	2 (9,1)
Đại tràng góc gan	3 (13,6)
Đại tràng ngang	1 (4,5)
Đại tràng góc lách	1 (4,5)

Đại tràng xuống	2 (9,1)
Đại tràng Sigma	9 (40,9)
Mức độ xâm lấn GPB (pT)	
pT1	1 (4,5)
pT2	10 (45,5)
pT3	8 (36,4)
pT4	3 (13,6)
Mức độ di căn hạch (pN)	
pN0	14 (63,6)
pN1a	4 (18,2)
pN1b	3 (13,6)
pN2b	1 (4,5)
Giai đoạn sau mổ	
Giai đoạn I	9 (40,9)
Giai đoạn IIa	4 (18,2)
Giai đoạn IIb	1 (4,5)
Giai đoạn IIIa	1 (4,5)
Giai đoạn IIIb	7 (31,8)
Độ mô học (Grade)	
Độ I	15 (68,2)
Độ II	5 (22,7)
Độ III	2 (9,1)

Bảng 2. Các phương pháp phẫu thuật theo vị trí ung thư đại tràng

Đặc điểm	n(%)
Cắt ½ đại tràng phải	6 (27,3)
Cắt ½ đại tràng phải mở rộng	3 (13,6)
Cắt đại tràng ngang	1 (4,5)
Cắt ½ đại tràng trái	3 (13,6)
Cắt đại tràng sigma	6 (27,3)
Cắt đại tràng sigma + trực tràng cao	3 (13,6)
Thời gian phẫu thuật	170 ± 40,4 phút
Biến chứng hậu phẫu	
Dò miệng nối	0
Viêm phúc mạc	0
Chảy máu trong	0
Áp xe	0
Nhiễm trùng vết mổ	3 (13,6)
Tràn khí dưới da + bí tiểu	1 (4,5)
Biến chứng không liên quan phẫu thuật	0

Viêm phổi	0
Tử vong	0
VAS	4,0 ± 1,3 (điểm phần mười)

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ

Đặc điểm	n (%)
Độ dài bệnh phẩm trung bình	31,2 ± 8,2 cm
Độ rộng trung bình mạc treo	9,3 ± 1,7 cm
Kích thước u trung bình	4,9 ± 1,6 cm
Số lượng hạch trung bình	62,2 ± 18,6
Mặt phẳng phẫu tích	
Mặt phẳng mạc treo đại tràng hoàn toàn	19 (86,4)
Mặt phẳng trong mạc treo đại tràng	3 (13,6)
Mặt phẳng lớp cơ	0 (0)

4. BÀN LUẬN

Kết quả nhân khẩu học không khác biệt về giới, phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước [5, 11]. Tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi 63,6 ± 14,1, thấp hơn tuổi trung bình chung của các nước phương Tây theo tác giả Storli 2013 ở Na Uy là 72,5 ± 11,3 tuổi, theo tác giả Bertelsen 2019 ở Đan Mạch là 73,5 tuổi [5]. So sánh với các nước ở châu Á thì trên 773 bệnh nhân theo tác giả Cho Min Soo tại Hàn Quốc thì tuổi trung bình 61,5 ± 11,4, theo tác giả Huang tại Trung Quốc thì tuổi trung bình là 56 ± 7 [8, 12]. Nguy cơ ung thư đại trực tràng tăng lên đáng kể sau tuổi 50, 90% các bệnh nhân ung thư đại trực tràng được chẩn đoán sau 50 tuổi. Một báo cáo tại Hàn Quốc cũng cho thấy rằng tỷ lệ ung thư ở lứa tuổi 35 - 64 tăng mạnh hơn so với những người ở độ tuổi ≥ 65 [13, 14]. Phẫu thuật đại trực tràng theo chương trình thường được chỉ định cho những bệnh nhân có ASA 1 (người khỏe mạnh), ASA 2 (bệnh toàn thân nhẹ), hoặc ASA 3 (bệnh toàn thân nặng). Điểm ASA cao có liên quan đến biến chứng sau mổ, như dò miệng nối và tăng nguy cơ về các biến chứng liên quan đến thuốc gây mê [15]. Các bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là ASA 1 và 2 chiếm 90,9% các trường hợp. Về nguy cơ dinh dưỡng, có 10 (45,5%) trường hợp có nguy cơ dinh dưỡng trung bình và cao, những trường hợp này đều được hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ gồm dinh dưỡng đường tĩnh mạch và bổ sung dung dịch năng lượng cao. Đánh giá lại trước phẫu thuật, tiếp tục dinh dưỡng đường miệng sớm sau mổ vào ngày thứ 2 và bổ sung dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Sau mổ không có trường hợp nào có biến chứng chảy máu hay dò miệng nối. Theo hướng dẫn của Hiệp

hội Dinh dưỡng châu Âu trong phẫu thuật thì đối với những bệnh nhân BMI ≤ 18,5 có tỷ lệ % sụt cân (≥ 10%/tối đa 6 tháng) SGA-C (suy dinh dưỡng nặng) hoặc NRS ≥ 5 điểm thì nên thực hiện liệu pháp dinh dưỡng và trì hoãn phẫu thuật từ 7 - 14 ngày [16].

Về vị trí u thì u đại tràng sigma chiếm nhiều nhất với 40,9% các trường hợp. Tiếp theo thì u manh tràng, đại tràng góc gan, đại tràng lên, đại tràng xuống, đại tràng ngang, đại tràng góc lách lần lượt là 18,2%; 13,6%; 9,1%; 9,1%; 4,5%; 4,5% theo thứ tự đó. Các vị trí này tương ứng với các loại phẫu thuật cắt đại tràng sigma ± trực tràng cao chiếm 40,9%, phẫu thuật cắt ½ đại tràng phải (cho u manh tràng và đại tràng lên) chiếm 27,3%, phẫu thuật cắt đại tràng phải mở rộng và ½ đại tràng trái cùng chiếm tỷ lệ 13,6%. Có một trường hợp cắt đại tràng ngang chiếm 4,5%. Về vấn đề không tương xứng giữa loại phẫu thuật và vị trí khối u, có sự khác biệt này vì trong thiết kế nghiên cứu thì chúng tôi thực hiện cắt ½ đại tràng phải cho các bệnh nhân u tại manh tràng và đại tràng lên; cắt ½ đại tràng phải mở rộng cho u đại tràng góc gan; cắt đại tràng ngang cho u nằm giữa đại tràng ngang; cắt đại tràng trái cho các khối u góc lách và đại tràng xuống; cắt sigma ± trực tràng trên và/hoặc đại tràng xuống cho các vị trí u sigma theo nguyên tắc ung thư học của hội ung thư học Nhật Bản và CME.

Về giai đoạn thì giai đoạn I chiếm đa số với 40,9%, kể đến là giai đoạn IIIB với 31,8%. Về các giai đoạn này được đánh giá sau mổ và dựa vào kết quả giải phẫu bệnh học. Độ mô học I chiếm đa số với 68,2%. Việc tiến hành nạo vét hạch trung tâm và mở rộng có thể làm cho việc chẩn đoán giải phẫu bệnh chính xác

hơn. Cụ thể, với tiêu chuẩn 12 hạch trong phẫu thuật cắt đại tràng tiêu chuẩn để làm thước đo cho chất lượng phẫu thuật được đưa ra từ những năm 1990 và còn sử dụng cho tới hiện nay. Tuy nhiên, trong hơn 20 năm qua vẫn có hơn 25% bệnh nhân được cắt bỏ đại trực tràng nhưng không đảm bảo tiêu chuẩn này [7, 17]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì số lượng hạch vét được sau phẫu thuật luôn đạt > 12 hạch bạch huyết. Số lượng hạch trung bình vét được là $62,2 \pm 18,6$ (37 - 110) hạch. Có được số lượng vượt trội như vậy do quá trình vét hạch trung tâm và phẫu thuật cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo đại tràng. Ngoài ra, độ dài bệnh phẩm khi phẫu thuật này thường dài hơn so với phẫu thuật cắt đại tràng truyền thống, do đó, số lượng hạch vùng cũng tăng theo vị trí, phương pháp phẫu thuật và độ dài của bệnh phẩm [18]. Độ dài bệnh phẩm trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi $31,2 \pm 8,2$ cm là tương đối dài so với một số tác giả khác như Shen và cs. là $22,2 \pm 9,1$ cm (số hạch vét trung bình là $15,7 \pm 8,6$ cm) [18]. Ngoài ra, chúng tôi còn sử dụng dung dịch GEWL nhuộm hạch trên bệnh phẩm sau mổ làm tăng khả năng vét hạch kích thước nhỏ so với phương pháp vét bằng tay sau mổ thông thường [19].

Với khái niệm toàn vẹn của lớp vỏ phôi thai học xung quanh mạc treo đại tràng và tối đa hóa bạch huyết nạo vét được tương tự như thuật ngữ toàn vẹn mạc treo trực tràng. Có nhiều bằng chứng cho thấy số lượng hạch vét được tương quan với yếu tố tiên lượng của bệnh nhân. Có thể cho rằng đây là một yếu tố đại diện cho tiêu chuẩn phẫu thuật. Thực tế thì bên cạnh tính triệt căn, giai đoạn và tình trạng nhập viện cấp cứu là dấu hiệu tiên lượng độc lập, bổ sung cho yếu tố hàng đầu là chất lượng phẫu thuật [20, 21]. Sự toàn vẹn này thể hiện trong độ rộng trung bình của mạc treo lớn $9,3 \pm 1,7$ cm và mặt phẳng mạc treo đại tràng hoàn toàn chiếm 86,4% các trường hợp. Điều này tương tự như nghiên cứu của một số tác giả khác [5, 22, 23].

Các dữ liệu về thời gian sống thêm sau mổ cải thiện đối với phẫu thuật CME so với phẫu thuật truyền thống, đặc biệt cho những bệnh nhân ở giai

đoạn AJCC I, II. Có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng phẫu thuật CME là một yếu tố có ý nghĩa, dự đoán độc lập đối với thời gian sống thêm không bệnh. Tuy nhiên, cần có thêm những nghiên cứu sâu hơn để làm rõ. Bertelsen đã đưa ra đề xuất cần tăng cường tập trung các nghiên cứu vào phẫu thuật CME, có thể cải thiện thời gian sống sót ở những bệnh nhân được cắt bỏ ung thư đại tràng giai đoạn I-III [23]. Kết quả về thời gian sống thêm không bệnh ở nhóm phẫu thuật CME của Bertelsen, Đan Mạch tương đương với các tác giả Hohenberger và cộng sự ở Erlangen, Đức [4, 23]. Một nghiên cứu đa trung tâm khác về phẫu thuật CME, so sánh 84 trường hợp phẫu thuật CME với 105 phẫu thuật truyền thống, báo cáo có cải thiện tương tự đối với ung thư giai đoạn I-II, nhưng không phải đối với ung thư ở giai đoạn III [24]. Thời gian sống thêm tốt hơn ở nhóm phẫu thuật CME, tuy nhiên nguy cơ của phẫu thuật này so với phẫu thuật truyền thống vẫn hiện hữu. Phẫu thuật này với mức độ nạo vét hạch mở rộng có thể làm tăng nguy cơ hơn so với phẫu thuật truyền thống về mặt lý thuyết. Tuy nhiên, các nghiên cứu y học gần đây chỉ ra rằng, biến chứng hậu phẫu của phẫu thuật CME cao hơn phẫu thuật truyền thống tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [5, 6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 13,6% và 1 trường hợp tràn khí dưới da + bí tiểu chiếm 4,5%. Điểm đau VAS ngày đầu sau mổ trung bình $4,0 \pm 1,3$. Do đó, đây là một phẫu thuật an toàn, khả thi. Ngoài ra, trong nghiên cứu này chỉ đưa ra kết quả sớm trong phẫu thuật cắt đại tràng CME, chưa có trường hợp nào có biến chứng nặng cần can thiệp phẫu thuật lại hay tử vong trong 1 tháng. Tái khám theo thời gian năm đầu tiên các bệnh nhân đều sống không bệnh.

5. KẾT LUẬN

Với kết quả sơ bộ điều trị phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo đại tràng an toàn, khả thi với kết quả về mặt ung thư rất khả quan với số lượng hạch vét được tăng đáng kể nhằm tăng khả năng điều trị triệt căn bệnh lý ung thư đại tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, 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):209–49.
2. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et al. Colorectal cancer statistics,

2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(3):145–64.
3. Tran Le N, Viet Dao H. Colorectal Cancer in Vietnam. *IntechOpen.* 2020;418:1–21.
4. Hohenberger W, Weber K, Matzel K, Papadopoulos T, Merkel S. Standardized surgery for colonic cancer: Complete mesocolic excision and central ligation - Technical notes and outcome. *Color*

Dis. 2009;11(4):354–64.

5. Bertelsen CA, Neuenschwander AU, Jansen JE, Tenma JR, Wilhelmsen M, Kirkegaard-Klitbo A, et al. 5-Year Outcome After Complete Mesocolic Excision for Right-Sided Colon Cancer: a Population-Based Cohort Study. *Lancet Oncol* [Internet]. 2019;20(11):1556–65.

6. Galizia G, Lieto E, De Vita F, Ferraraccio F, Zamboli A, Mabilia A, et al. Is complete mesocolic excision with central vascular ligation safe and effective in the surgical treatment of right-sided colon cancers? A prospective study. *Int J Colorectal Dis*. 2014;29(1):89–97.

7. Madoff RD. Defining quality in colon cancer surgery. *J Clin Oncol*. 2012;30(15):1738–40.

8. Cho MS, Baek SJ, Hur H, Min BS, Baik SH, Kim NK. Modified complete mesocolic excision with central vascular ligation for the treatment of right-sided colon cancer: Long-term outcomes and prognostic factors. *Ann Surg*. 2015;261(4):708–15.

9. Hashiguchi Y, Muro K, Saito Y, Ito Y, Ajioka Y, Hamaguchi T, et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer [Internet]. Vol. 25, *International Journal of Clinical Oncology*. Springer Singapore; 2020. 1–42 p.

10. Nursal TZ, Noyan T, Tarim A, Karakayali H. A new weighted scoring system for Subjective Global Assessment. *Nutrition*. 2005;21(6):666–71.

11. Đặng Ngọc Hùng, Đặng Như Thành, Trần An Phong. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải do ung thư theo phương pháp cắt bỏ hoàn toàn mạc treo đại tràng (CME) tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí y học lâm sàng*. 2019;55:140–6.

12. Huang JL, Wei HB, Fang J feng, Zheng ZH, Chen TF, Wei B, et al. Comparison of laparoscopic versus open complete mesocolic excision for right colon cancer. *Int J Surg* [Internet]. 2015;23:12–7.

13. Jung KW, Won YJ, Kong HJ, Lee ES. Cancer statistics in Korea: Incidence, mortality, survival, and prevalence in 2015. *Cancer Res Treat* [Internet]. 2018;50(2):303–16.

14. CS Wong M, Ding H, Wang J, SF Chan P, Huang J. Prevalence and risk factors of colorectal cancer in Asia. *Intest Res*. 2019;17(3):317–29.

15. Park JH, Kim DH, Kim BR, Kim YW. The American Society of Anesthesiologists score influences on

postoperative complications and total hospital charges after laparoscopic colorectal cancer surgery. *Med (United States)*. 2018;97(18).

16. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr* [Internet]. 2021;40(7):4745–61.

17. Pahlman LA, Hohenberger WM, Matzel K, Sugihara K, Quirke P, Glimelius B. Should the Benefit of Adjuvant Chemotherapy in Colon Cancer Be Re-Evaluated? *J Clin Oncol*. 2016;34(12):1297–9.

18. Shen SS, Haupt BX, Ro JY, Zhu J, Bailey HR, Schwartz MR. Number of lymph nodes examined and associated clinicopathologic factors in colorectal carcinoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2009;133(5):781–6.

19. Horne J, Bateman AC, Carr NJ, Ryder I. Lymph node revealing solutions in colorectal cancer: Should they be used routinely? *J Clin Pathol*. 2014;67(5):383–8.

20. Schumacher P, Dineen S, Barnett C, Fleming J, Anthony T. The metastatic lymph node ratio predicts survival in colon cancer. *Am J Surg*. 2007;194(6):827–32.

21. Le Voyer TE, Sigurdson ER, Hanlon AL, Mayer RJ, Macdonald JS, Catalano PJ, et al. Colon cancer survival is associated with increasing number of lymph nodes analyzed: A secondary survey of intergroup trial INT-0089. *J Clin Oncol*. 2003;21(15):2912–9.

22. Bertelsen CA, Bols B, Ingeholm P, Jansen JE, Neuenschwander AU, Vilandt J. Can the quality of colonic surgery be improved by standardization of surgical technique with complete mesocolic excision? *Color Dis*. 2011;13(10):1123–9.

23. Bertelsen CA, Neuenschwander AU, Jansen JE, Wilhelmsen M, Kirkegaard-Klitbo A, Tenma JR, et al. Disease-free survival after complete mesocolic excision compared with conventional colon cancer surgery: A retrospective, population-based study. *Lancet Oncol*. 2015;16(2):161–8.

24. Storli KE, Søndena K, Furnes B, Nesvik I, Gudlaugsson E, Bukholm I, et al. Short term results of complete (D3) vs. standard (D2) mesenteric excision in colon cancer shows improved outcome of complete mesenteric excision in patients with TNM stages I-II. *Tech Coloproctol*. 2014;18(6):557–64.