

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG TÁI PHÁT, DI CĂN SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ 108

*Nguyễn Minh An\*; Hoàng Mạnh An\*\*; Triệu Triệu Dương\*\*\**

### TÓM TẮT

Từ năm 2004 đến tháng 2 - 2012, 82 bệnh nhân (BN) ung thư trực tràng (UTTT) thấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) tại Bệnh viện TWQĐ 108. Tuổi trung bình của BN  $55,4 \pm 12,7$ , ung thư giai đoạn T1 + T2: 16/82 BN (19,5%); T3 + T4: 66/82 BN (80,5%). Kết quả phẫu thuật: 26/82 BN (31,7%) thực hiện phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, phẫu thuật Miles nội soi: 52/82 BN (63,4%), 4/82 BN (4,9%) điều trị bằng phẫu thuật tạm thời. Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật  $37,7 \pm 24,3$  tháng, di căn xa 8/70 BN (11,4%), tái phát tại chỗ 7/70 BN (10%).

\* Từ khóa: Ung thư trực tràng; Tái phát; Di căn.

### EVALUATION OF RECURRENCE AND METASTASES OF LOW RECTAL CANCER PATIENTS UNDERGONE LAPAROSCOPIC SURGERY AT 108 HOSPITAL

#### SUMMARY

*There were 82 patients with low rectal cancer undergone laparoscopic surgery from 2004 to Feb, 2012 at 108 Hospital. The mean age was  $55.4 \pm 12.7$ , there were 16 patients (19.5%) in stage T1 + T2, 66 patients (80.5%) in stage T3 + T4. Results: 26 patients (31.7%) had successful sphincter conservative surgery, 52 patients (63.4%) undergone laparoscopic Miles surgery, 4 patients (4.9%) undergone palliative laparoscopic surgery. The mean survival time after surgery was  $38.6 \pm 12.8$  months, 7 patients (10%) had local recurrence, 8/70 patients (11.4%) had distant metastases.*

\* Key words: Rectal cancer; Recurrence; Metastases.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguyên tắc điều trị UTTT là sự phối hợp của nhiều biện pháp: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và miễn dịch trị liệu, trong đó, phẫu thuật đóng vai trò quyết định. PTNS điều trị UTTT trước đây vẫn được nhìn nhận với thái độ hoài nghi, nhiều quan điểm cho rằng nó không đảm bảo nguyên tắc điều trị ung thư

so với phẫu thuật mở [2, 5, 8, 10]. Tuy nhiên, với sự tiến bộ không ngừng của các thiết bị quang học cho phép cải thiện hình ảnh qua nội soi, sự phát triển của các dụng cụ cắt nối ruột, cũng như kinh nghiệm của đội ngũ phẫu thuật viên PTNS điều trị ung thư đại trực tràng ngày càng tăng lên [5]. Kết quả điều trị ung thư đại trực tràng bằng PTNS ngày càng được khẳng định và phát triển.

\* Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

\*\* Bệnh viện 103

\*\*\* Bệnh viện TWQĐ 108

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh  
GS. TS. Lê Trung Hải



Nhiều nghiên cứu công bố gần đây trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã cho thấy ưu điểm của PTNS điều trị UTTT như: phục hồi chức năng ruột nhanh hơn, ít đau sau phẫu thuật, ít mất máu, thời gian nằm viện rút ngắn, tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật, tái phát di căn sau phẫu thuật cho kết quả tương tự với phẫu thuật mở [1, 3, 7, 8, 10]. Để có những luận cứ khoa học về phương pháp điều trị mới này, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng tái phát, di căn sau điều trị UTTT thấp bằng PTNS tại Bệnh viện TWQĐ 108.*

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu.**

**82 BN đ-ợc chẩn đoán xác định UTTT thấp và PTNS (từ tháng 1 - 2004 đến 12 - 2011) tại Bệnh viện TWQĐ 108.**

*\* Tiêu chuẩn lựa chọn BN:*

- BN đ-ợc chẩn đoán UTTT thấp (khối u cách một hậu môn ≤ 6 cm): chẩn đoán qua thăm trực tràng, nội soi trực tràng và kết quả giải phẫu bệnh.

- BN đ-ợc PTNS cắt trực tràng có kế hoạch.

**2. Phương pháp nghiên cứu.**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

*Bảng 1: Thời gian (tháng) và cơ quan di căn.*

THỜI GIAN VỊ TRÍ	< 6	7 - 12	13 - 24	25 - 36	37 - 48	49 - 60	> 60	Cộng
Gan	1	1	1	1	1	0	0	5
Phổi	0	1	0	0	0	0	1	2

**1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.**

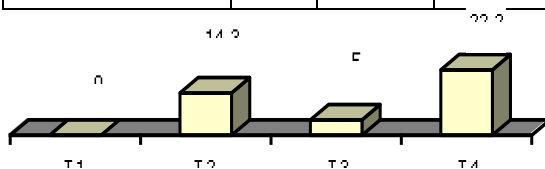
Từ năm 2004 đến tháng 2 - 2012, 82 BN UTTT thấp đ-ợc điều trị bằng ph-ơng pháp PTNS tại Bệnh viện TWQĐ 108. Tuổi trung bình của BN  $55,4 \pm 12,7$ , tỷ lệ nam/nữ là 1/1,34. Ung thư biểu mô tuyến: 79 BN (96,4%), trong đó, 62% ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao; 36,7% biệt hóa vừa; 1,3% biệt hóa kém. Ung thư giai đoạn T1 + T2: 16 BN (19,5%); giai đoạn T3 + T4: 66 BN (80,5%). Kết quả phẫu thuật: 26 BN (31,7%) được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, phẫu thuật Miles nội soi: 52 BN (63,4%), 4 BN (4,9%) điều trị phẫu thuật tạm thời, tỷ lệ bảo tồn thân kinh tự động vùng chậu 93,9%, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng cho 79 BN (96,3%).

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật: 70 BN (85,4%) hoàn thành theo dõi sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật  $37,7 \pm 24,3$  tháng.

**2. Tình trạng tái phát tại chỗ, di căn xa sau phẫu thuật.**

Di căn và tái phát tại chỗ gặp 15 BN (21,4%), trong đó, di căn xa 8 BN (11,4%), tái phát tại chỗ 7 BN (10%).

Phúc mạc	0	1	0	0	0	0	0	1
Cộng	1	3	1	1	1	0	1	8



Biểu đồ 1: Tỷ lệ (%) tái phát tại chỗ theo độ xâm lấn sâu.

Bảng 2: Tỷ lệ (%) tái phát tại chỗ theo độ biệt hoá.

ĐỘ BIỆT HOÁ	KHÔNG TÁI PHÁT		CÓ TÁI PHÁT	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Biệt hoá cao	47	95,9	2	4,1
Biệt hoá vừa	26	86,7	4	13,3
Biệt hoá kém	0	0	1	100
Cộng	63	90	7	10

Bảng 3: Tỷ lệ tái phát tại chỗ theo phương pháp phẫu thuật.

PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT	KHÔNG TÁI PHÁT		CÓ TÁI PHÁT	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Bảo tồn cơ thất	23	88,5	3	11,5
Phẫu thuật Miles	40	90,9	4	9,1
Cộng	63	90	7	10

## BÀN LUẬN

Tái phát là một đặc tính cơ bản của bệnh ung thư nói chung và UTTT nói riêng. Mặc dù đã có những tiến bộ trong điều trị UTTT, nhưng vẫn có một tỷ lệ nhất định bệnh tái phát sau điều trị. Cùng với tái phát tại chỗ, tại vùng di căn và di căn xa là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong cho người bệnh. Việc theo dõi chủ yếu là phát hiện tái phát, di căn, ngoài ra còn để phát hiện ung thư thứ hai phối hợp. Đối với

UTTT, tái phát sau điều trị có tiên lượng xấu. Dấu hiệu đau vùng tăng sinh môn xuất hiện sau một thời gian điều trị là một dấu hiệu đáng ngờ và có thể là bằng chứng tái phát. Thăm khám lâm sàng để tìm một đám cứng tại vùng sinh môn hoặc nếu ở phụ nữ, có thể thăm khám âm đạo để phát hiện tổn thương ở trực tràng. Các dấu hiệu di căn xa có thể phát hiện thông qua thăm khám toàn thân kết hợp với xét nghiệm cận lâm sàng. Thường tái phát xảy ra tại diện cắt, vùng tiểu khung có kèm theo hay không di căn ở các cơ quan xa. Tái phát tại chỗ thường do các nguyên nhân: tế bào ung thư bị bong ra trong quá trình phẫu thuật đến cấy ghép vào đường khẩu nối, diện cắt xa trực tràng không đủ và được đề cập nhiều hơn là do cắt không đủ mạc treo trực tràng. Ngoài ra, vị trí ung thư cũng được nhiều tác giả trong và ngoài nước đề cập tới.

Việc điều trị tái phát, di căn của UTTT gặp nhiều khó khăn và thời gian sống thêm trung bình ngắn. Như vậy, đánh giá các yếu tố nguy cơ tái phát và di căn sau điều trị triệt căn UTTT rất cần thiết, từ đó có thể phát hiện những tổn thương tái phát sớm, giúp việc điều trị tiếp theo có kết quả hơn [1, 3, 5, 8].

Tỷ lệ tái phát của UTTT sau phẫu thuật hay thay đổi, dao động từ 3,7 - 50%, phụ thuộc vào thời gian theo dõi, số lượng BN nghiên cứu. Theo Nguyễn Văn Hiếu và CS [1], tỷ lệ tái phát và di căn sau phẫu thuật UTTT bằng phương pháp bảo tồn cơ thất là 19,8% và tỷ lệ tái phát tại chỗ liên quan chặt chẽ đến phương pháp phẫu thuật, vị trí u, kích thước u, tình trạng hạch đã di căn và thể mô bệnh học. Lee SH, Hernandez de Anda E [7] khi nghiên cứu 401 BN UTTT,

thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật 44 tháng, tỷ lệ tái phát tại chỗ trong phẫu thuật 6%, tỷ lệ tái phát liên quan chặt chẽ với giai đoạn bệnh, vị trí khối u so với rìa hậu môn, điều trị hóa chất và xạ trị trước phẫu thuật.

Qua theo dõi 70 BN chúng tôi thấy, tái phát tại chỗ 7 BN (10%); di căn xa đến gan, phổi, phúc mạc 8 BN (11,4%). Trong đó, tỷ lệ tái phát tại chỗ của giai đoạn T4: 4 BN (22,2%); T3: 2 BN (5%); T2: 1 BN (14,3%). U càng xâm lấn sâu, tỷ lệ tái phát tại chỗ càng cao. Phan Anh Hoàng [2] cũng thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ của xâm lấn T3, T4 cao hơn giai đoạn khác. Vì vậy, với BN có xâm lấn T4, chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt phải thận trọng, vì nguy cơ tái phát tại chỗ cao. Lê Thị Yến [3] nghiên cứu các yếu tố nguy cơ trong UTTT tái phát di căn, kết quả cho thấy: nhóm tái phát di căn 25 BN (45,5%); UTTT thấp 30 BN (54,5%). Mức xâm lấn thành ruột, giai đoạn bệnh, nồng độ CEA trước phẫu thuật... liên quan chặt chẽ tới tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật.

WuZy, Wan J [10] nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tái phát tại chỗ sau phẫu thuật cắt trực tràng điều trị UTTT cho 56 BN tại Bệnh viện Quảng Đông, Quảng Châu, Trung Quốc thấy: 7/56 BN tái phát tại chỗ (12,5%), tỷ lệ tái phát này liên quan đến các yếu tố: tiền sử gia đình có người mắc ung thư, hàm lượng CEA trong máu cao > 5 ng/ml, vỡ khối ung thư trong quá trình phẫu thuật, độ biệt hóa của khối u. Ngược lại, không có mối liên quan đáng kể giữa tái phát tại chỗ và các yếu tố: tuổi, giới, đường kính khối u, mức độ xâm lấn của khối u và phân loại giai đoạn bệnh theo TMN.

Saito N và CS [8] nghiên cứu 202 BN UTTT rất thấp được PTNS, trong đó, 132 BN phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, 70 BN điều trị bằng phẫu thuật Miles, thời gian theo dõi

trung bình 57 tháng, tỷ lệ sống 5 năm không tái phát tại chỗ 83% ở nhóm bảo tồn cơ thắt và 80% ở nhóm phá hủy cơ thắt.

Weiser M.R [9] nghiên cứu 148 BN UTTT thấp (kích thước khối u  $\leq 6$  cm), u giai đoạn T3, T4 hoặc N1 được xạ trị trước phẫu thuật, tỷ lệ bảo tồn cơ thắt thành công 85/148 BN (57%), phẫu thuật Miles nội soi 63/148 BN (43%). Thời gian theo dõi trung bình 47 tháng, tỷ lệ tái phát tại chỗ 7/148 BN (5%), trong đó, 1 BN trong nhóm bảo tồn cơ thắt, 6 BN nhóm thực hiện phẫu thuật Miles nội soi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước: yếu tố chính liên quan đến tái phát sau điều trị UTTT bao gồm: giai đoạn bệnh, tình trạng di căn hạch, thể mô bệnh học, nồng độ CEA trước điều trị, cách thức phẫu thuật, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, các phương pháp điều trị phối hợp... [3, 6, 7, 10].

### **KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi điều trị UTTT thấp cho kết quả về mặt ung thư học tương đương với phẫu thuật mở, tỷ lệ tái phát tại chỗ 10%, di căn xa 1,4%. Các yếu tố: giai đoạn bệnh, tình trạng di căn hạch, thể mô bệnh học, phương pháp phẫu thuật liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tái phát, di căn sau phẫu thuật.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Văn Hiếu. Nghiên cứu độ xâm lấn của UTTT qua lâm sàng, nội soi và siêu âm nội soi trực tràng. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2002.
2. Phan Anh Hoàng. Nghiên cứu chỉ định, kỹ thuật và kết quả sớm sau mổ cắt nối kỳ đầu điều trị UTTT đoạn giữa. Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y. 2006.

3. *Lê Thị Yến*. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ trong UTTT tái phát di căn. Luận văn Tốt nghiệp Bác sỹ nội trú. Đại học Y Hà Nội. 2007.

4. *E Bärlechner, Benhidjeb T*. Laparoscopic resection for rectal cancer: outcomes in 194 patients and review of the literature. [Surg Endosc.](#) 2005, Jun, 19 (6), pp.757-766.

5. *Kusters M*. A comparison between the treatment of low rectal cancer in Japan and the Netherlands, focusing on the patterns of local recurrence. *Ann Surg.* 2009, 249 (2), pp.229-235.

6. *Laurent C, Leblanc F*. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: long-term oncologic results. [Ann Surg.](#) 2009, 250 (1), pp.54-61.

7. *Lee SH, Hernandez de Anda E, Finne CO*. The effect of circumferential tumor location in

clinical outcomes of rectal cancer patients treated with total mesorectal excision. [Dis Colon Rectum.](#) 2005, Dec, 48 (12), pp.2249-2257.

8. *Saito N, Sugito M, Ito M, Kobayashi A, Nishizawa Y, Yoneyama Y*. Oncologic outcome of intersphincteric resection for very low rectal cancer. *World J Surg.* 2009, 33, pp.1750-1756.

9. *Weiser MR, Quah HM, Shia J*. Sphincter preservation in low rectal cancer is facilitated by preoperative chemoradiation and intersphincteric dissection. *Ann Surg.* 2009, 249, pp.236-242.

10. *Wu ZY, Wan J, G Zhao Peng L*. Risk factors for local recurrence of middle and lower rectal carcinoma after curative resection. [World J Gastroenterol.](#) 2008, Aug, 14, 14 (30), pp. 4805-4809.

**Ngày nhận bài: 7/5/2011**

**Ngày giao phản biện: 15/6/2012**

**Ngày giao bản thảo in: 26/7/2012**