

Syst (2005) 21:128–132. DOI 10.1007/s00381-004-1036-x.

5. **Ahmad Faried và cộng sự (2019)**, Correlation between the skull base fracture and the incidence

of intracranial hemorrhage in patients with traumatic brain injury. Chinese Journal of Traumatology. Volume 22, Issue 5, October 2019, Pages 286-289. DOI: 10.1016/j.cjtee.2019.05.006

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH GIAI ĐOẠN 2018 – 2020

Bùi Văn Ngọc<sup>1</sup>, Kim Văn Vụ<sup>2</sup>,  
Hoàng Ngọc Hà<sup>1</sup>, Đào Trường Minh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư đại tràng phải (UTĐTP) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2018 – 2020. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 41 bệnh nhân UTĐTP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2020. Thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án ghi nhận các đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, tai biến và biến chứng phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình 62,9 ± 18,4 tuổi. Nữ (63,4%) nhiều hơn nam (36,6%). Kích thước u 6,4 ± 1,9 cm. Có 82,9% trường hợp u đã xâm lấn qua thành đại tràng, 39,5% trường hợp di căn hạch. Giai đoạn I, II, III trong 38 trường hợp được đếm hạch lần lượt là 5,3%, 55,3%, 39,4%. Thời gian mổ trung bình 122,6 ± 28,5 phút, dùng giảm đau sau mổ 3,8 ± 0,7 ngày, có nhu động ruột sau mổ 3,1 ± 0,6 ngày, thời gian nằm viện trung bình sau mổ 10,6 ± 2,8 ngày, 14,6% bị nhiễm trùng vết mổ và 2,4% bị bí tiểu. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt đại tràng phải do ung thư đại tràng phải tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2018-2020 cho kết quả sớm tương đối tốt.

**Từ khóa:** kết quả sớm, phẫu thuật, ung thư đại tràng phải.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF EARLY RESULTS RIGHT COLON CANCER SURGERY AT NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL FROM 2018 TO 2020

**Objective:** Evaluate the early results of surgery for right colon cancer at Nam Dinh General Hospital from 2018 to 2020. **Objects and Methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 41 patients with right colon cancer at Nam Dinh Provincial General Hospital from January 2018 to December 2020. Data collection through medical records including general characteristics, clinical characteristics, subclinical, surgical features,

complications and complications of surgery. **Results:** Average age 62.9 ± 18.4 years. Women (63.4%) are higher than men (36.6%). Tumor size 6.4 ± 1.9cm. There are 82.9% of cases where the tumor has invaded through the colon, 82,9% of cases have lymph node metastasis (15/38 cases). The stages of the disease I, II, III are 5,3%, 55,3%, 39,4%. The average surgery time 122.6 ± 28.5 minutes, used for postoperative pain relief 3.8 ± 0.7 days, have peristalsis after surgery 3.1 ± 0.6 days, hospital stay after surgery 10.6 ± 2.8 days, 14.6% of cases were wound infection and 2.4% of cases of urinary retention. **Conclusion:** Surgery to remove the right colon cancer at Nam Dinh general hospital in 2018-2020, the early results are relatively good.

**Keyword:** early outcomes, surgery, right colon cancer.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là ung thư phổ biến thứ 3 ở nam giới và đứng thứ 2 ở nữ. Tại Việt Nam, theo số liệu năm 2018 trên cả nước có khoảng 14.733 người mới mắc đứng thứ tư ở nam và thứ hai ở nữ, 7.856 người tử vong [6]. UTĐTP chiếm khoảng 25% các trường hợp ung thư đại tràng [8].

Điều trị UTĐTP hiện nay phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính để lấy bỏ u nguyên phát và vét hạch vùng, đánh giá giai đoạn sau mổ để có phương án điều trị bổ trợ hợp lý. Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị UTĐTP. Tại Nam Định, phẫu thuật UTĐTP đã được thực hiện nhiều năm nay, tuy nhiên chưa có bất kỳ một nghiên cứu nào về đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật.

Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật UTĐTP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2018 – 2020.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu bao gồm 41 bệnh nhân UTĐT phải được phẫu thuật cắt đại tràng phải tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 1/2018 đến hết tháng 12/2020.

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Ngọc

Email: buivannogcdknd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2021

Ngày duyệt bài: 10.8.2021

**- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTĐT phải nguyên phát được phẫu thuật cắt đại tràng phải tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

+ Có đầy đủ hồ sơ bệnh án với các xét nghiệm để chẩn đoán trước, trong và sau mổ.

+ Có đầy đủ các thông tin kiểm tra và theo dõi sau phẫu thuật.

**- Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

+ Không có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật hoặc kết quả giải phẫu bệnh không phải là UTĐT phải.

+ Mặc một bệnh lý ung thư khác: Ung thư phổi, ung thư tuyến giáp...

+ Các UTĐT do xâm lấn hoặc di căn từ nơi khác đến.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu.

**- Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

+ Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2020.

+ Địa điểm nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

**- Phương pháp thu thập số liệu**

+ Thu thập số liệu theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

+ Tất cả các thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án.

**2.3. Các phương pháp phẫu thuật cắt đại tràng phải:**

- Phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải, vét hạch: Được chỉ định cho ung thư từ manh tràng đến ĐT góc gan và phần phải ĐT ngang. Kỹ thuật bao gồm cắt đoạn cuối hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên, ĐT góc gan và phần bên phải của ĐT ngang.

- Phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải mở rộng: Chỉ định đối với UTĐT ngang bên phải đường giữa, cắt bán phần ĐT phải mở rộng với việc thắt hoàn toàn động mạch đại tràng giữa kèm cắt bỏ phần ĐT ngang bên trái động mạch này ít nhất 10cm.

**2.4. Biến số trong nghiên cứu**

Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử bệnh lý bản thân và gia đình, bệnh lý nền, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian phẫu thuật, tai biến phẫu thuật; thời gian có trung tiện lại, số ngày dùng thuốc giảm đau, thời gian cho ăn lại,... Các biến chứng của phẫu thuật: biến chứng nhiễm trùng vết mổ, sùi rò, bực miệng nổi, viêm phổi,... tử vong sau mổ?

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu chúng tôi thu thập được 41 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu có các đặc điểm chung sau: độ tuổi trung bình  $62,9 \pm 18,4$  tuổi, thấp nhất 24 tuổi, cao nhất 96 tuổi, nhóm tuổi thường gặp từ 61-80 tuổi (51,3%). Nữ (63,4%) chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam (36,6%). Độ tuổi và tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn Dương Bá Lập (2018) [3] nhưng tương ứng tác giả Vajda K (2020). Nghề nghiệp phần lớn là lao động chân tay 87,8%. Nơi ở chủ yếu ở nông thôn 85,4%.

**Bảng 1: Đặc điểm triệu chứng cơ năng và thực thể của bệnh nhân UTĐT**

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ %
Triệu chứng cơ năng	Đau bụng	39	95,1
	Chán ăn	4	9,8
	Gầy sút	17	41,5
	Táo bón	2	4,9
	Tiêu chảy	12	29,3
	Phân nhày máu	2	4,9
	Sốt	11	26,8
	Nôn, buồn nôn	8	19,5
Triệu chứng thực thể	Bán tắc ruột	11	26,8
	Sờ thấy u ở bụng	28	68,3
	Thiếu máu	16	39,0
	Tắc ruột	9	22,0
	Viêm phúc mạc	10	24,4

**Nhận xét:** Triệu chứng cơ năng là những gợi ý đầu tiên giúp người thầy thuốc chú ý khi thăm khám để có hướng chẩn đoán và quyết định xét nghiệm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi 95,1% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, 41,5% bệnh nhân gầy sút, 26,8% bệnh nhân có triệu chứng bán tắc ruột, 29,3% bệnh nhân tiêu chảy, 4,9% bệnh nhân táo bón. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như Dương Bá Lập (2018) [3]. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi có 26,8% bệnh nhân có sốt, 19,5% bệnh nhân có nôn và buồn nôn. Khám thực thể có 68,3% sờ thấy u ở bụng, 39,0% thiếu máu, 24,4% viêm phúc mạc, 22,0% có tắc ruột. Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng cấp cứu (tắc ruột, viêm phúc mạc) trong nghiên cứu của chúng tôi tương ứng như nghiên cứu của Chử Quốc Hoàn và cộng sự (2020) [2] với 24,0% bệnh nhân có biến chứng cấp cứu.

**Bảng 2: Đặc điểm khối u của bệnh nhân UTĐT**

Đặc điểm khối u đại tràng phải		Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí u	Manh tràng	20	48,8
	Đại tràng lên	8	19,5
	Đại tràng góc gan	11	26,8

	Đại tràng ngang bên phải	2	4,9
Kích thước u	TB ± ĐLC (Min-Max)	6,4 ± 1,9 (4-10)	
	< 5cm	6	14,6
	≥ 5cm	35	85,4
Độ xâm lấn của khối u	T <sub>2</sub>	3	7,3
	T <sub>3</sub>	4	9,8
	T <sub>4a</sub>	20	48,8
	T <sub>4b</sub>	14	34,1
Đếm hạch	Có đếm	38	92,7
	Không đếm	3	7,3
Mức độ di căn hạch (n=38)	N <sub>0</sub>	23	60,5
	N <sub>1</sub>	14	36,9
	N <sub>2</sub>	1	2,6
Mức độ di căn xa	M <sub>0</sub>	41	100
Giai đoạn bệnh (n=38)	I	2	5,3
	II	21	55,3
	III	15	39,4

**Nhận xét:** Nghiên cứu cho thấy có 48,8% trường hợp khối u ở manh tràng, 26,8% ở ĐT góc gan, 19,5% ở ĐT lên, 4,9% ở ĐT ngang bên phải. Nghiên cứu của Dương Bá Lập (2018) [3] tại bệnh viện Bình Dân thì vị trí khối u hay gặp ở đại tràng lên và đại tràng góc gan đều là 36,11%, ở manh tràng là 25,0%, ở đại tràng ngang bên phải ít gặp nhất 2,7%.

Kích thước khối u trong mổ theo đường kính lớn nhất, kích thước khối u trung bình 6,4 ± 1,9 cm, nhỏ nhất 4cm và lớn nhất 10cm. Trong nghiên cứu ≥ 5cm chiếm tỷ lệ cao hơn với 85,4%. Có 82,9% trường hợp khối u đã xâm lấn qua thành đại tràng (48,8% khối u độ xâm lấn T<sub>4a</sub> và 34,1% độ xâm lấn T<sub>4b</sub>). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 38/41 trường hợp có đếm hạch. Trong 38 trường hợp được đếm hạch có 39,5% trường hợp có di căn hạch. Các giai đoạn bệnh I, II, III trong 38 trường hợp được đếm hạch lần lượt là 5,3%, 55,3%, 39,4%. 100% trường hợp trong nghiên cứu đều không có di căn xa.

**Bảng 3: Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ của bệnh nhân UTĐTP**

Giải phẫu bệnh sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
-----------------------	----------	---------

**Bảng 4: Một số kết quả sớm sau phẫu thuật của bệnh nhân UTĐTP**

Đặc điểm phẫu thuật TB ± ĐLC (Min-Max)	Chung n=41	Mổ mở n=36	Mổ nội soi n=5	p
Thời gian mổ (phút)	122,6 ± 28,5 (80 - 180)	123,3 ± 29,0 (80 - 180)	118,0 ± 26,6 (80 - 150)	>0,05
Thời gian dùng giảm đau sau mổ (ngày)	3,8 ± 0,7 (2 - 5)	3,9 ± 0,6 (3 - 5)	2,8 ± 0,4 (2 - 3)	0,004
Thời gian có nhu động ruột sau mổ (ngày)	3,1 ± 0,6 (2 - 4)	3,1 ± 0,6 (2 - 4)	2,8 ± 0,4 (2 - 3)	>0,05

Đại thể	Sùi	27	65,9
	Loét	2	4,9
	Thâm nhiễm	4	9,8
	Polyp K hóa	1	2,4
	Kết hợp	7	17,0
Số hạch thu được	TB ± ĐLC (Min-Max)	10,4 ± 2,5 (7-18)	
Số hạch dương tính	TB ± ĐLC (Min-Max)	0,9 ± 1,2 (0-4)	
Vi thể	Ung thư biểu mô tuyến	39	95,2
	U GIST	1	2,4
	U Lympho ác tính	1	2,4
Độ biệt hóa (n=39)	Cao	14	35,9
	Vừa	16	41,0
	Thấp	9	23,1

**Nhận xét:** Hình ảnh đại thể giải phẫu bệnh trong nghiên cứu hay gặp nhất là thể sùi với 65,9%, tiếp đến là thể kết hợp 17,0% (7,3% sùi-thâm nhiễm, 2,4% sùi-polyp K hóa, 7,3% sùi-loét), 9,8% thể thâm nhiễm, 4,9% thể loét, thấp nhất 2,4% là thể polyp K hóa. Kết quả nghiên cứu phù hợp với tác giả Lê Huy Hòa (2011) [1] thể sùi chiếm tỷ lệ cao với 78%, theo Đặng Công Thuận và cộng sự (2012) [5] thể sùi trong UTĐT chiếm tỷ lệ 83,6%.

Theo mạng lưới ung thư quốc gia Hoa Kỳ và các trung tâm ung thư trên thế giới đều thống nhất số lượng hạch vùng phẫu tích từ các bệnh phẩm phẫu thuật UTĐT là nhiều hơn hoặc bằng 12 hạch, như vậy phân loại hạch mới được chính xác và chỉ cần 1 hạch dương tính là UTĐT được xếp vào giai đoạn III [9]. Số hạch trung bình thu được trong nghiên cứu là 10,4 ± 2,5 hạch, thấp nhất 7 hạch và cao nhất 18 hạch. Giải phẫu bệnh vi thể cho thấy có 95,2% trường hợp ung thư biểu mô tuyến, u GIST và u Lympho ác tính đều là 2,4%. Độ biệt hóa cao, vừa đều và thấp lần lượt là 35,9%, 41,0% và 23,0%. Nghiên cứu của Huscher C.G và cộng sự (2012) [7] có tỷ lệ tương đồng nghiên cứu của chúng tôi với độ biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 62,0%, biệt hóa cao 25,0% và biệt hóa kém 13,0%.

Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	10,6 ± 2,8 (6 – 21)	10,8 ± 2,9 (8-21)	9,2 ± 1,8 (6 – 10)	>0,05
----------------------------------	------------------------	----------------------	-----------------------	-------

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu có 36 bệnh nhân mổ mở và 5 bệnh nhân mổ nội soi. Thời gian mổ trung bình là 122,6 ± 28,5 phút, thấp nhất 80 phút và cao nhất 180 phút. Thời gian mổ giữa 2 phương pháp mổ mở và mổ nội soi gần như tương ứng.

Thời gian có nhu động ruột sau mổ trung bình là 3,1 ± 0,6 ngày, sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 4 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được cho ăn trở lại ngay khi có nhu động ruột và được xác định bằng bệnh nhân có trung tiện. Thời gian dùng giảm đau sau mổ trung bình là 3,8 ± 0,7 ngày, ít nhất là 2 ngày và nhiều nhất là 5 ngày. Thời gian trung bình dùng giảm đau sau mổ ở phương pháp mổ nội soi (2,8 ± 0,4) ít hơn hẳn so với mổ mở (3,9 ± 0,6) với  $p < 0,005$ . Theo Nguyễn Thị Kim Thu và cộng sự [4], mức độ đau sau mổ có liên quan mật thiết với độ dài đường mổ bụng và mức độ phẫu tích các tạng trong ổ bụng, so với mổ mở, mổ nội soi chỉ có vết mổ nhỏ ở thành bụng, mức độ phẫu tích cũng nhẹ nhàng và gây sang chấn tối thiểu. Bên cạnh đường mổ bụng để đưa bệnh phẩm ra ngoài và hỗ trợ khâu nối giống như mổ nội soi cắt đại tràng kinh điển thì mổ nội soi giảm bớt được chiều dài rạch da, cần và phúc mạc do đó hạn chế được đau sau mổ cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân sớm trở lại sinh hoạt và lao động cũng như có tính thẩm mỹ cao.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10,6 ± 2,8 ngày, ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 21 ngày. Mặc dù không có sự khác biệt giữa thời gian nằm viện trung bình ở 2 phương pháp phẫu thuật nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện trung bình sau mổ nội soi 9,2 ± 1,8 ngày ngắn hơn thời gian nằm viện trung bình sau mổ mở 10,8 ± 2,9 ngày.

**Bảng 5: Đặc điểm biến chứng và mổ lại của bệnh nhân UTĐTP**

Biến số		Số lượng	Tỷ lệ %
Biến chứng sau mổ	Không biến chứng	34	82,9
	Nhiễm trùng vết mổ	6	14,6
	Bí tiểu	1	2,4
<b>Mổ lại</b>		1	2,4
<b>Lý do</b>		Toác vết mổ	

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% bệnh nhân không bị tai biến trong phẫu thuật và 82,9% không gặp biến chứng sau phẫu thuật. Bên cạnh đó nghiên cứu có 14,6% trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ, được lấy dịch vết mổ cấy khuẩn và điều trị theo kháng sinh đồ, 2,4%

trường hợp bị bí tiểu, không có trường hợp nào bị sùi rò, bục miệng nối. Có 1 trường hợp mổ lại do nhiễm trùng vết mổ gây ra toác vết mổ, đã được phẫu thuật đóng lại vết mổ, điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, tăng cường dinh dưỡng, bệnh nhân sau đó ổn định ra viện sau 10 ngày.

#### IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt đại tràng phải do ung thư tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2018-2020 cho kết quả sớm tương đối tốt: không có tai biến phẫu thuật, không có tử vong sau mổ, thời gian dùng giảm đau sau mổ ở nhóm mổ nội soi ít hơn so với nhóm mổ mở, thời gian cho ăn lại và thời gian nằm viện sau mổ chấp nhận được, một số nhiễm trùng vết mổ được điều trị nội khoa.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Huy Hòa (2011), "Nghiên cứu sự di căn hạch trong ung thư đại tràng", Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, Phụ bản của Số 4, tr. 40 - 44.
2. Chủ Quốc Hoàn, Nguyễn Tiến Quang và Nguyễn Văn Hiếu (2020), "Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật mở cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, điều trị ung thư đại tràng giai đoạn II-III, tại Bệnh viện K", Tạp chí Y học Quân sự, tr. 12-18.
3. Dương Bá Lập (2018), "Kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng phải", Hội nghị khoa học kỹ thuật lần thứ 35 Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr. 11-16
4. Nguyễn Thị Kim Thu, Phạm Văn Bình và Nguyễn Văn Hiếu (2010), So sánh mức độ đau sau phẫu thuật nội soi và mổ mở ung thư đại trực tràng tại khoa ngoại C, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 14(4), tr. 760 - 764.
5. Đặng Công Thuận, Nguyễn Duy Nam Anh (2012), Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ CEA và các đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh trong ung thư biểu mô đại trực tràng, Tạp chí Y Dược học (9), tr. 86-95.
6. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6), p. 394-424.
7. Hubner M, Demartines N, Muller S., et al. (2008), Prospective randomized study of monopolar scissors, bipolar vessel sealer and ultrasonic shears in laparoscopic colorectal surgery, British J. of Sur, (95), p. 1098-1104.
8. Kalantzis I., Nonni A., Pavliakis K., et al. (2020). Clinicopathological differences and correlations between right and left colon cancer. World J Clin Cases, 8(8), p. 1424-1443.
9. NCCN (2019), National Comprehensive Cancer Network guidelines Practice guideline in Oncology, Colon cancer.