

- Distal Radius: A Case-Control Study. JBJS Open Access. 2020;5(1): e0036. doi:10.2106/jbjs.Oa.19.00036
8. Schwarz Y, Goldshtein I, Friedman YE, et al. Bone mineral density of the ultra-distal radius: are we ignoring valuable information? Arch Osteoporos. Feb 2 2023;18(1): 28. doi:10.1007/s11657-023-01218-w
9. Ma SB, Lee SK, An YS, Kim W-S, Choy WS. The clinical necessity of a distal forearm DEXA scan for predicting distal radius fracture in elderly females: a retrospective case-control study. BMC Musculoskeletal Disorders. 2023-03-09 2023; 24(1)doi:10.1186/s12891-023-06265-5
10. Eastell R, Rosen CJ, Black DM, Cheung AM, Murad MH, Shoback D. Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2019-05-01 2019;104(5):1595-1622. doi:10.1210/jc.2019-00221.

## NGHIÊN CỨU TỶ LỆ DI CĂN HẠCH CHẬU BÊN SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP

Trần Đức Huy<sup>1</sup>, Trần Thanh Sang<sup>2</sup>, Phạm Ngọc Trường Vinh<sup>2</sup>, Lê Trung Kiên<sup>2</sup>, Ung Văn Việt<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Thịnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ di căn hạch chậu bên (DCHCB) và các yếu tố liên quan DCHCB sau phẫu thuật điều trị triệt căn UTTT thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 115 người bệnh (NB) UTTT thấp được điều trị triệt căn tại BV Đại học Y Dược TP.HCM từ 01/2016 đến 05/2021. NB sau điều trị được theo dõi và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT) định kì. Tiêu chuẩn chẩn đoán DCHCB trên CLVT là đường kính trục ngắn  $\geq 7$  mm đối với hạch dọc động mạch chậu trong (ĐMCT) và động mạch bịt (ĐMB), hoặc  $\geq 10$  mm đối với hạch dọc động mạch chậu chung (ĐMCC) và động mạch chậu ngoài (ĐMCN). **Kết quả:** Tuổi trung bình là 56,07 (27-88 tuổi), 60% là nam. Tỷ lệ DCHCB là 10,4% trong suốt thời gian theo dõi trung bình 28 tháng, chiếm 75% trong số các trường hợp tái phát vùng chậu (TPVC). Vị trí hạch chậu bên di căn phổ biến nhất là ĐMCT (45,8%) và ĐMB (33,3%). Tỷ lệ sống còn không DCHCB sau 24 tháng là 94,1%. Các yếu tố liên quan đến DCHCB gồm kích thước  $u \geq 30$  mm ( $p=0,049$ ), khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn  $>70$  mm ( $p=0,014$ ), diện cắt vòng theo chu vi dương tính (CRM+) ( $p=0,007$ ), loại mô học ung thư biểu mô tuyến - nhầy nhẵn ( $p=0,024$ ), giai đoạn pTNM ( $p=0,009$ ), nồng độ CEA sau phẫu thuật  $> 5$  ng/ml ( $p=0,049$ ) và phẫu thuật cắt cụt trực tràng ngả bụng- tầng sinh môn (APR) ( $p=0,005$ ). **Kết luận:** DCHCB là vị trí tái phát thường gặp trong TPVC. NB có yếu tố liên quan DCHCB cần được theo dõi sát và cân nhắc phẫu thuật nạo hạch chậu sớm khi nghi ngờ di căn trong thời gian theo dõi.

**Từ khóa:** Ung thư trực tràng thấp, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, di căn hạch chậu bên, tái phát vùng chậu, sống còn không di căn hạch chậu bên.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Sang

Email: sang.tt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

### SUMMARY

#### STUDY ON THE INCIDENCE OF LATERAL PELVIC LYMPH NODE METASTASIS AFTER SURGICAL TREATMENT OF LOW RECTAL CANCER

**Objective:** To determine the rate and related factor of LPLNM after radical surgery. **Subjects and Methods:** We conducted a retrospective cohort study using data from 115 patients with low RC following radical treatment in University Medical Center of Ho Chi Minh city from January 2016 to May 2021. Patients were followed up and received computed tomography scan (CT scan) or pelvic magnetic resonance imaging (MRI) periodically. Diagnostic criteria for LPLNM on CT scan include short axis diameter  $\geq 7$ mm for lymph nodes along the internal iliac artery and obturator artery, or  $\geq 10$  mm for common iliac artery and external iliac artery. **Results:** The average age was 56.07 (range, 27-88 years.), 60% were male. The rate of LPLNM was 10.4% during the median 28-month follow-up, accounting for 75% of PR. The most common locations for LPLNM are the internal iliac artery (45.8%) and obturator artery (33.3%). The LPLNM free survival rate at 24 months was 94,1%. Factors related to LPLNM include tumor size  $\geq 30$  mm ( $p=0,049$ ), distance from the lower edge of the tumor to the anal verge  $> 70$  mm ( $p=0,014$ ), positive circumferential resection margin (CRM+) ( $p=0,007$ ), mucinous adenocarcinoma histology type ( $p=0,024$ ), pTNM stage ( $p=0,009$ ), postoperative CEA level  $> 5$  ng/ml ( $p=0,049$ ), and APR surgery ( $p=0,005$ ). **Conclusions:** LPLNM is a common site of pelvic recurrence. Patients with factors related to LPLNM need to be closely monitored and should consider early pelvic lymph node dissection surgery if metastasis is suspected during postoperative follow-up.

**Keywords:** Low rectal cancer, lateral pelvic lymph node metastasis (LPLNM), pelvic recurrence, LPLNM free survival

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các tác giả Nhật Bản, DCHCB là vị trí thường gặp nhất và là nguyên nhân chính dẫn

đến TPVC sau điều trị triệt căn, chiếm tỷ lệ 20-80%. Trong khi các tác giả phương Tây cho rằng hạch dọc động mạch chậu ngoài và chậu chung được xem là di căn xa thì các tác giả Nhật Bản xem tất cả các hạch chậu bên được xem là hạch vùng<sup>1</sup>.

Phẫu thuật triệt để tổn thương TPVC thường khó khăn, nhiều biến chứng nghiêm trọng (Clavien-Dindo  $\geq$  III) và tử vong lên đến 33%<sup>2</sup>. Diện cắt R0 là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, sống còn 5 năm khoảng 41,8 - 51,0%. Phẫu thuật vùng chậu bên khó đạt diện cắt R0 hơn vùng chậu trung tâm (phức mạc, miệng nối) do có nhiều cấu trúc mạch máu và thần kinh quan trọng và diện cắt R0 chỉ đạt 19-60% NB được đánh giá phẫu thuật triệt để dựa trên hình ảnh học và hội chẩn đa chuyên khoa trước mổ<sup>3</sup>. Tiêu chuẩn chẩn đoán DCHCB chưa được đồng thuận, kích thước trực ngăn hạch là yếu tố tiên lượng di căn chính bất kể hình thái hạch trên CLVT hoặc CHT<sup>4</sup>.

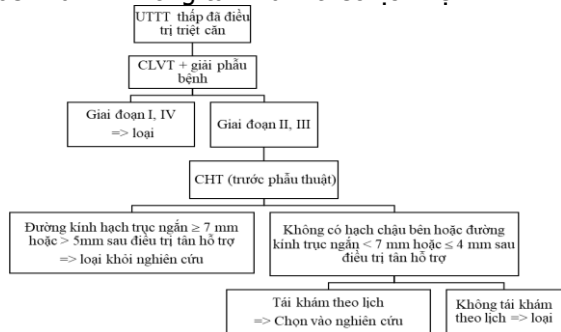
Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ, vị trí và yếu tố liên quan đến DCHCB sau điều trị để có kế hoạch theo dõi và phẫu thuật nạo hạch chậu cứu vãn khi có tái phát, mang lại cơ hội điều trị triệt để và cải thiện sống còn cũng như chất lượng cuộc sống cho NB.

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

**2.1. Phương pháp nghiên cứu:** đoàn hệ hồi cứu

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** NB UT TT thấp được phẫu thuật điều trị triệt căn tại BV Đại học Y Dược TP.HCM từ 01/ 2016 đến 05/ 2021.

**2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu:** NB được chẩn đoán UT TT thấp nguyên phát lần đầu; giai đoạn II-III theo phân độ AJCC<sup>8th</sup>; CHT trước phẫu thuật không nghi ngờ hạch chậu bên di căn (hạch có trực ngăn < 7 mm; hoặc đường kính trực ngăn  $\leq$  4 mm sau điều trị tân hỗ trợ). Loại ra khỏi nghiên cứu các trường hợp UT TT tái phát, UT TT thấp có phẫu thuật nạo hạch chậu bên và NB không tái khám theo lịch hẹn.



**Lưu đồ 1: Quy trình chọn người bệnh tham gia nghiên cứu**

**2.4. Thu thập và xử lý số liệu.** Các biến số được thu thập từ hồ sơ bệnh án gồm đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới tính, kích thước khối u, khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn, giai đoạn khối u, loại mô học, CRM, điều trị tân hỗ trợ, phương pháp phẫu thuật), đặc điểm hạch chậu (số lượng, vị trí), và thời gian sống không bệnh. TPVC được phân loại thành 4 vùng trên CLVT theo Memorial Sloan Kettering gồm vùng trung tâm (miệng nối, tầng sinh môn), vùng chậu trước (tử cung, âm đạo, bàng quang, tiền liệt tuyến), vùng chậu sau (xương cùng, mạc trước xương cùng, rễ thần kinh cùng) và vùng chậu bên (cơ, mô mềm, mạch vùng chậu và đám rối thần kinh, hạch chậu bên).

Sau phẫu thuật điều trị triệt căn, NB được theo dõi định kỳ bằng khám lâm sàng, đo nồng độ CEA, nội soi đại tràng và chụp CLVT mỗi 6-12 tháng.

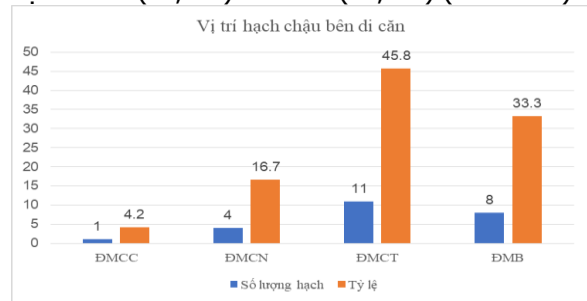
Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến liên tục, thống kê trung bình (phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu không theo phân phối chuẩn), các biến định tính được thống kê tỷ lệ phần trăm. Phép kiểm Chi-square dùng để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm nghiên cứu hoặc phép kiểm chính xác Fisher (Fisher’s exact test). Phân tích Kaplan - Meier đối với tỷ lệ sống còn không DCHCB tích lũy. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.5. Ý đức.** Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, mã số 21370 - ĐHYD.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ 01/ 2016 đến 05/2021 tại BV Đại học Y Dược TP.HCM, có 115 NB thỏa tiêu chí đưa vào nghiên cứu.

**Đặc điểm DCHCB.** TPVC xảy ra ở 16 NB (13,9%) trong tổng số 115 NB được theo dõi. Trong số này, DCHCB chiếm 75% (12 trường hợp). Như vậy, DCHCB xảy ra ở 1/10 (10,4%) sau điều trị. Vị trí hạch chậu di căn nhiều nhất là hạch dọc ĐMCT (45,8%) và ĐMB (33,3%) (Biểu đồ 1).



**Biểu đồ 1. Vị trí hạch chậu bên di căn**  
**Yếu tố liên quan DCHCB.** Trong 12 trường

hợp có DCHCB, các yếu tố kích thước u (p=0,049), khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn (p=0,014), giai đoạn ung thư (p=0,009), diện cắt theo chi vi có tế bào ác tính

(CRM+) (p=0,007), loại mô học ung thư biểu mô tuyến - nhầy nhẵn (p=0,024), phương pháp phẫu thuật (p=0,005) và CEA level >5ng/ml (p=0,049) có liên quan đến DCHCB (Bảng 1).

**Bảng 8. Yếu tố liên quan DCHCB**

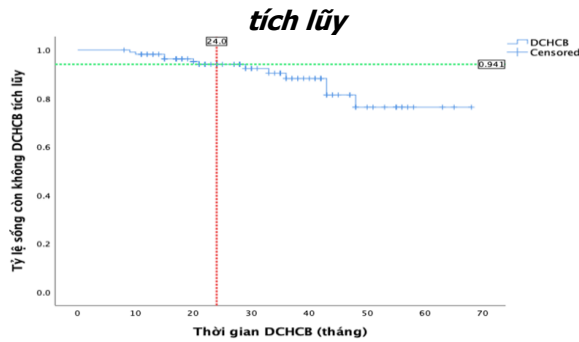
Đặc điểm	Có DCHCB (N=12)	Không DCHCB (N=103)	Tổng N=115	p
<b>Giới tính:</b> Nam	10 (14,5)	59 (85,5)	69 (60)	0,12 OR = 3,7 (0,8 - 17,9)
	Nữ	2 (4,3)	44 (95,7)	
<b>Tuổi trung bình</b>	59,7 ± 13,4	56,4 ± 13,2	56,07 ± 13,2	0,411 (T-test)
<b>Nhóm tuổi:</b>	< 50 tuổi	4 (2,8)	31 (97,2)	0,12 OR = 3,7 (0,8 - 17,9)
	≥ 50 tuổi	8 (10)	72 (90)	
<b>Kích thước u</b>				
< 30 mm	3 (4,8)	60 (95,2)	63 (54,8)	0,029 OR = 4,2 (1,07-16,4)
≥ 30 mm	9 (17,3)	43 (82,7)	52 (45,2)	
<b>Khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn</b>				
≤ 70 mm	10 (15,4)	55 (84,6)	65 (56,5)	0,048 OR = 4,36 (1,13-16,7)
> 70 mm	2 (4,0)	48 (96)	50 (43,5)	
<b>Diện cắt vòng theo chu vi</b>				
CRM (+)	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (7,8)	0,007# OR = 9,8 (2,2 - 43,9)
CRM (-)	8 (7,5)	98 (92,5)	106 (92,2)	
<b>Loại mô học</b>				
UTBM tuyến	9 (8,4)	98 (91,6)	107 (93)	0,037# OR = 6,5 (1,3 - 31,9)
UTBM tuyến - nhầy nhẵn	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (7,0)	
<b>Mức độ xâm lấn u (pT)</b>				
pT0-2	1 (2,3)	42 (97,7)	43 (37,4)	p = 0,03# OR = 7,6 (1,9 - 60,9)
pT3-4	11 (15,3)	61 (84,7)	72 (62,6)	
<b>Di căn hạch mạc treo (pN)</b>				
pN0	3 (4,4)	65 (95,6)	68 (59,1)	p = 0,014# OR = 5,1 (1,3 - 20,1)
pN(+)	9 (19,1)	38 (70,9)	47 (40,9)	
<b>Giai đoạn pTNM</b>				
Giai đoạn II	3 (4,4)	65 (95,6)	68 (59,1)	p = 0,014# OR = 5,1 (1,3 - 20,1)
Giai đoạn III	9 (19,1)	38 (70,9)	47 (40,9)	
<b>Điều trị tân hỗ trợ</b>				
Có	5 (17,2)	24 (82,8)	29 (25,2)	p = 0,294# OR = 2,2 (0,6 - 7,6)
Không	7 (8,1)	78 (91,9)	85 (74,8)	
<b>Điều trị hỗ trợ</b>				
Có	1 (5,8)	16 (94,2)	17 (14,8)	p = 1,00# OR = 2,1 (0,2 - 16,8)
Không	11 (11,2)	87 (88,8)	98 (85,2)	
<b>Nồng độ CEA sau phẫu thuật</b>				
≤ 5 ng/ml	6 (6,4)	88 (93,6)	94 (81,7)	p = 0,008# OR = 5,8 (1,7 - 20,6)
> 5 ng/ml	6 (28,6)	15 (71,4)	21 (18,3)	
<b>Phương pháp phẫu thuật</b>				
BTCT	9 (20,9)	34 (79,1)	43 (37,4)	p = 0,009# OR = 6,0 (1,5 - 24)
APR	3 (4,2)	69 (95,8)	72 (62,6)	

#(Fisher's test)

**Sống còn không DCHCB.** Thời gian theo dõi trung bình là 28 tháng (8-68 tháng). Dựa trên phân tích Kaplan-Meier, tỷ lệ sống còn

không DCHCB tại thời điểm theo dõi 24 tháng là 94,1% (Biểu đồ 2).

**Biểu đồ 2. Tỷ lệ sống còn không DCHCB**



**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm di căn hạch chậu bên.** Ở Nhật Bản và châu Á, TPVC bên chiếm 50-80% các trường hợp TPVC<sup>5</sup>. CLVT và CHT là phương tiện chẩn đoán chính. Hiện nay, chưa có đồng thuận về tiêu chuẩn chẩn đoán DCHCB tuy nhiên ngưỡng đường kính hạch trực tràng  $\geq 7\text{mm}$  được chấp thuận rộng rãi do có độ nhạy và đặc hiệu cao trong chẩn đoán và tiêu chuẩn chẩn đoán DCHCB sau phẫu thuật giống như trước phẫu thuật<sup>6</sup>. Yang và cộng sự báo cáo khi có hạch chậu bên nghi ngờ di căn được phẫu thuật nạo hạch thì tỷ lệ hạch có tế bào ung thư là 27,8% (khoảng 23,3-65,8%).

Nghiên cứu của chúng tôi chọn ngưỡng đường kính trực tràng là 7 mm để chẩn đoán DCHCB, bất kể hình thái học. DCHCB chiếm 75% TPVC, và 10% NB có DCHCB sau phẫu thuật. Điều này có thể được giải thích bởi nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm các UTTT giai đoạn II-III. Ở giai đoạn trung gian, các tế bào ung thư có thể di căn vi thể đến các hạch chậu nhưng chưa phát hiện được qua hình ảnh học trước mổ. Hơn nữa, các nghiên cứu khác được thực hiện trên cả NB giai đoạn sớm, điều này có thể làm giảm tỷ lệ tổng thể của DCHCB. Ví dụ, nghiên cứu JCOG0212 tại Nhật Bản báo cáo rằng trong nhóm chỉ thực hiện TME ở giai đoạn I-III, DCHCB chiếm 57,7% các trường hợp tái phát vách chậu và 7,4% các trường hợp tái phát toàn bộ<sup>7</sup>.

Trong nghiên cứu này, gần 80% hạch chậu dọc theo ĐMCT và ĐMB. Vị trí của hạch chậu bên di căn có vai trò là yếu tố dự đoán tái phát. Ogura và cộng sự ghi nhận rằng 52,3% các hạch dọc ĐMCT tái phát sau 5 năm, trong khi chỉ có 9,5% tái phát các hạch dọc ĐMB. Trong khi các hạch dọc ĐMCT liên quan đến TPVC thì các hạch dọc ĐMB lại liên quan đến di căn xa<sup>4</sup>.

Tỷ lệ sống còn không DCHCB là 94,1% trong giai đoạn theo dõi 24 tháng.

**Yếu tố liên quan DCHCB.** Các yếu tố liên quan đến DCHCB gồm kích thước u, khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn, diện cắt vòng

theo chu vi dương tính, loại mô học ung thư biểu mô tuyến - nhày nhầy, giai đoạn ung thư, nồng độ CEA sau phẫu thuật  $> 5\text{ng/ml}$  và phẫu thuật APR.

**Giai đoạn ung thư.** UTTT giai đoạn III có liên quan DCHCB có ý nghĩa so với giai đoạn II. NB đến với giai đoạn càng muộn thì nguy cơ DCHCB và TPVC vùng chậu càng tăng<sup>1</sup>. Điều này cho thấy rằng ung thư giai đoạn tiến triển dù không ghi nhận hạch chậu trên CHT trước mổ nhưng đã cho di căn về mặt vi thể.

**Nồng độ CEA sau phẫu thuật.** Nồng độ CEA sau mổ được dùng để theo dõi tồn dư khối u hoặc tái phát.

Trong nghiên cứu này, 18% NB có nồng độ CEA sau mổ  $> 5\text{ ng/ml}$ . Nồng độ này liên quan đến DCHCB có ý nghĩa so với nhóm có nồng độ CEA  $\leq 5\text{ ng/ml}$ . Do đó, đo CEA sau mổ vẫn có vai trò nhất định trong theo dõi sau điều trị ung thư đại trực tràng.

**Diện cắt vòng theo chu vi (CRM+).** CRM (+) là yếu tố tiên lượng xấu cho cả DCHCB và TPVC, chiếm 20-33% các trường hợp tái phát. Theo nghiên cứu Dutch, tỷ lệ TPVC ở nhóm có CRM (+) 33%, trong khi chỉ xảy ra trong 9% ở nhóm CRM (-) và chỉ 3% ở nhóm CRM (-) so với 23% ở nhóm CRM (+) khi có hóa xạ trị tân hỗ trợ<sup>8</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CRM (+) là yếu tố liên quan đến DCHCB, khả năng tế bào ung thư đã vượt ra khỏi mạc treo và cho di căn vi thể đến hạch chậu bên.

**Phương pháp phẫu thuật.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ DCHCB cao hơn ở nhóm phẫu thuật APR so với nhóm phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (BTCT). Vì được phẫu thuật APR được thực hiện khi vị trí u thấp hoặc có xâm lấn cơ thắt, là một yếu tố nguy cơ cho TPVC. Khi u càng lớn và ở vị trí càng thấp, phẫu thuật TME càng gặp nhiều khó khăn khi thực hiện phẫu tích đến cơ nâng, nhất là những NB có khung chậu hẹp. Do đó, bệnh phẩm không nguyên vẹn và nguy cơ thủng u cao vì mạc treo trực tràng ở đoạn thấp rất mỏng, dẫn đến sót tế bào u. Tuy nhiên, APR mở rộng lấy trọn mỡ ở hố ngồi trực tràng và cắt rộng cơ nâng hậu môn giúp giảm tỷ lệ sót tế bào ung thư theo tác giả Nhật Bản, tỷ lệ TPVC giảm còn 7,4% so với 12,6% ở nhóm phẫu thuật APR<sup>8</sup>.

Những hạn chế trong nghiên cứu này gồm có nghiên cứu được thực hiện trong thời điểm dịch COVID-19 nên quá trình theo dõi sau mổ khó khăn và tử vong do dịch bệnh, do đó mất mẫu theo dõi nhiều. Cơ sở vật chất chưa đủ điều kiện để theo dõi sau phẫu thuật bằng CHT. Cuối cùng, nghiên cứu được thiết kế hồi cứu ở một trung tâm với cỡ mẫu còn giới hạn nên tính khả

quát hóa chưa mạnh.

## V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

DCHCB chiếm phần lớn trong TPVC. Vị trí mạch máu thường cho di căn nhất là hạch dọc ĐMCT, kể đến là ĐMB. Các yếu tố liên quan đến DCHCB gồm kích thước u, khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn, diện cắt vòng theo chu vi (CRM +), loại mô học ung thư biểu mô tuyến - nhầy nhẵn, giai đoạn pTNM, nồng độ CEA sau phẫu thuật > 5 ng/ml và phẫu thuật APR.

NB có những yếu tố liên quan DCHCB cần được theo dõi sát và hội chẩn đa chuyên khoa nếu nghi ngờ DCHCB để có hướng điều trị kịp thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hashiguchi Y, Muro K, Saito Y, et al.** Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol.* Jan 2020;25(1):1-42. doi:10.1007/s10147-019-01485-z
2. **Matsuyama T, Yamauchi S, Masuda T, et al.** Treatment and subsequent prognosis in locally recurrent rectal cancer: a multicenter retrospective study of 498 patients. *Int J Colorectal Dis.* Jun 2021;36(6):1243-1250. doi:10.1007/s00384-021-03856-3
3. **Westberg K, Palmer G, Hjern F, Johansson H, Holm T, Martling A.** Management and prognosis of locally recurrent rectal cancer - A national population-based study. *Eur J Surg Oncol.* Jan 2018;44(1):100-107. doi:10.1016/j.ejso.2017.11.013
4. **Ogura A, Konishi T, Beets GL, et al.** Lateral Nodal Features on Restaging Magnetic Resonance Imaging Associated With Lateral Local Recurrence in Low Rectal Cancer After Neoadjuvant Chemoradiotherapy or Radiotherapy. *JAMA Surg.* Sep 1 2019;154(9): e192172. doi:10.1001/jamasurg.2019.2172
5. **Gao X, Wang C, Yu Y, Singh D, Yang L, Zhou Z.** Lateral lymph node dissection reduces local recurrence of locally advanced lower rectal cancer in the absence of preoperative neoadjuvant chemoradiotherapy: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg Oncol.* Nov 23 2020; 18(1): 304. doi:10.1186/s12957-020-02078-1
6. **Ogawa S, Itabashi M, Inoue Y, et al.** Lateral pelvic lymph nodes for rectal cancer: A review of diagnosis and management. *World J Gastrointest Oncol.* Oct 15 2021; 13(10):1412-1424. doi:10.4251/wjgo.v13.i10.1412
7. **Tsukamoto S, Fujita S, Ota M, et al.** Long-term follow-up of the randomized trial of mesorectal excision with or without lateral lymph node dissection in rectal cancer (JCOG0212). *Br J Surg.* Apr 2020;107(5): 586-594. doi:10.1002/bjs.11513
8. **Kusters M, Beets GL, van de Velde CJ, et al.** A comparison between the treatment of low rectal cancer in Japan and the Netherlands, focusing on the patterns of local recurrence. *Ann Surg.* Feb 2009; 249(2): 229-35. doi:10.1097/SLA.0b013e318190a664

# ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN TƯ THỂ NGHIÊNG SẤP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ VẢY THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Trịnh Doãn Đông<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất di căn hạch trong phẫu thuật nội soi cắt thực quản tư thể nghiêng sấp, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 20 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng tư thể nghiêng sấp. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 59.75 ± 6.96. Nam giới chiếm tỷ lệ 100%. Số BN được điều trị hóa xạ tiền phẫu có 15 trường hợp chiếm 75%. Vị trí khối ung

thư thực quản đoạn ngực 1/3 giữa chiếm 56.2%, đoạn ngực 1/3 dưới chiếm 48.2%. Giai đoạn IIB và IIIB chiếm tỷ lệ nhiều nhất 31.5%, giai đoạn IA, IB, IIA đều chiếm 12.5%. Số hạch cổ phải trung bình nạo vét được là 13,8 ± 7,16 hạch, với tỉ lệ di căn là 0%, số hạch cổ trái nạo vét được trung bình là 13.65 ± 4.8 hạch, với tỉ lệ di căn là 5%. Số hạch dọc dây thần kinh thanh quản quặt ngược phải (TKTQQNP) nạo vét được là 6.9 ± 3.7 hạch, với tỉ lệ di căn là 2 trường hợp chiếm 10%, số hạch trung bình dọc dây thần kinh thanh quản quặt ngược trái (TKTQQNT) nạo vét được là 5.65 ± 4.85 hạch, với tỉ lệ di căn là 5%. Số hạch ngực trung bình nạo vét được là 18.85 ± 6.64 hạch, với tỉ lệ di căn là 3 trường hợp chiếm 15%. Số hạch bụng trung bình nạo vét được là 11.95 ± 6.88 hạch với tỉ lệ di căn hạch là 15%. **Kết luận:** Tỉ lệ di căn hạch cổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 5%, tỉ lệ di căn hạch ngực là 15% và tỉ lệ di căn hạch bụng là 15%. **Từ khóa:** Ung thư thực, tỉ lệ di căn hạch

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

## SUMMARY

### CHARACTERISTIC OF LYMPH NODE