

Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. 2021;57(3):466-470. doi:10.1002/uog.22053

7. **Hanacek J, Vojtech J, Urbankova I, et al.** Ultrasound cesarean scar assessment one year postpartum in relation to one- or two-layer uterine suture closure. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(1):69-78. doi:10.1111/aogs.13714

8. **Bij de Vaate AJM, Brölmann H a. M, van der Voet LF, van der Slikke JW, Veersema S, Huirne J a. F.** Ultrasound evaluation of the Cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. 2011;37(1):93-99. doi:10.1002/uog.8864

## NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY HẸP MIỆNG NỐI SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình\*, Phan Hữu Huỳnh\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố nguy cơ gây hẹp miệng nối sau mổ triệt căn ung thư trực tràng. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 256 BN ung thư trực tràng được phẫu thuật triệt căn, tỷ lệ hẹp miệng nối 3,52%. Có 3 yếu tố nguy cơ liên quan đến hẹp miệng nối là: xạ trị tiền phẫu (OR=8,18, 95%CI=1,66-40,32), phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (ISR) (OR=11,4, 95%CI=2,30-56,42) và rò miệng nối sau mổ (OR=23,24, 95%CI = 3,34-161,80). **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ gây hẹp miệng nối sau mổ là: Rò miệng nối, phẫu thuật ISR, tia xạ trước mổ.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT RISK FACTORS OF ANASTOMOTIC STRICTURE FOLLOWING RECTAL CANCER SURGERY AT K HOSPITAL

**Aim:** To assess the risk factor of anastomotic stricture following rectal cancer surgery. **Method:** Retrospective study. **Results:** Among the 256 patients included, 9 (3.52%) were diagnosed as having anastomotic stricture. Multivariable logistic regression analysis revealed that postoperative radiotherapy (OR=8.18, 95%CI=1.66-40.32), intersphincteric resection (ISR) (OR=11.4, 95%CI=2.30-56.42), anastomotic leak (OR=23.24, 95%CI = 3.34-161.80) were independent risk factors of anastomotic stricture. **Conclusion:** ISR, postoperative radiotherapy and anastomotic leak were independent risk factors of anastomotic stricture.

**Keywords:** Anastomosis stricture, rectal cancer,

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp miệng nối trực tràng (HMN) là biến chứng sau mổ thường gặp trong phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng với tỷ lệ khoảng 2,5 - 19,5% [1], [2], [3] [8]. Hiện tại chưa có một thống nhất chung về tiêu chuẩn chẩn đoán HMN,

đa số các báo cáo cho rằng HMN là khi ống soi đại tràng không thể đi qua được miệng nối [3]. Một cách chẩn đoán khác hay được dùng là khi không thể đưa ngón II hoặc que thăm đường kính 19 mm qua miệng nối khi thăm trực tràng [2] [4]. Nghiên cứu của Kumar và cộng sự trên 108 bệnh nhân (BN) ghi nhận tỷ lệ HMN là 17,6% (19/108 ca), yếu tố nguy cơ bao gồm khoảng cách của u đến mép hậu môn, có biến chứng rò miệng nối sau mổ và giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô chày [6]. Báo cáo của Lee với cho thấy tỷ lệ HMN là 7,8% (45/586 BN). Yếu tố nguy cơ được nhóm tác giả này khẳng định là: xạ trị sau mổ và khâu nối tay miệng nối đại tràng ống hậu môn [7].

Số lượng BN ung thư trực tràng đặc biệt là nhóm có tổn thương trực tràng trung bình - thấp được phẫu thuật triệt căn tại khoa Ngoại Bụng 1 - Bệnh viện K tăng dần trong vài năm trở lại đây. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tình trạng HMN cũng như yếu tố nguy cơ của biến chứng này. Chính vì vậy, đề tài này được thực hiện với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố nguy cơ gây hẹp miệng nối sau phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng.*

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

#### 1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN ung thư trực tràng được phẫu thuật triệt căn và nối đại tràng với trực tràng còn lại hoặc ống hậu môn. Chẩn đoán là HMN sau mổ khi không đưa ống soi mềm đường kính 14mm, hệ thống nội soi Olympus qua được khi thực hiện nội soi đại tràng ở bất kỳ thời điểm nào sau khi xuất viện. Đối với những BN có làm HMNT hồi tràng thì tính từ sau khi được phẫu thuật đóng HMNT.

- Thời gian: 01/2017 đến tháng 10/2021, địa điểm: Khoa Ngoại Bụng 1, bệnh viện K.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu. Lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện, N= 256 BN.

\*Trung tâm phẫu thuật nội soi Rô bốt, Bệnh viện K

\*\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 6.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.3.2022

Ngày duyệt bài: 10.3.2022

- Sử dụng công thức tính khoảng tin cậy và mối tương quan để đánh giá các yếu tố nguy cơ đối. Mỗi tương quan với mức ý nghĩa thống kê 5% khi  $OR \geq 1$  và 95% CI không bao gồm 1. Số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Tuổi, giới, BMI**

Đặc điểm			HMN		OR/95%CI
			Có	Không	
Tuổi <60	N	169	3 (33,33%)	166 (81,38%)	0,11/0,02 – 0,47
	Tỷ lệ	66,02 %			
Tuổi $\geq$ 60	N	87	6 (66,67%)	81 (18,62%)	
	Tỷ lệ	33,98%			
<b>Tổng</b>			<b>9 (100%)</b>	<b>247 (100%)</b>	
Nam	N	165	5 (55,56%)	160 (64,78%)	1,88/0,60-5,83
	Tỷ lệ	54,45%			
Nữ	N	91	4 (44,44%)	87 (35,22%)	
	Tỷ lệ	35,55%			
<b>Tổng</b>			<b>9 (100%)</b>	<b>247 (100%)</b>	
BMI < 25	N	82	3 (33,33%)	79 (31,98%)	
	Tỷ lệ	32,03%			
BMI $\geq$ 25	N	17	6 (66,67%)	168 (68,02%)	0,94/0,23 – 3,85
	Tỷ lệ	67,97%			
<b>Tổng</b>			<b>9 (100%)</b>	<b>247 (100%)</b>	

**Nhận xét:** Dưới 60 tuổi không phải là yếu tố nguy cơ liên quan đến HMN.

Đa số BN có BMI  $\geq$  25, tuy nhiên yếu tố này không liên quan đến HMN

**Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật**

Loại phẫu thuật			HMN		OR/95%CI
			Có	Không	
ISR	N	65	7 (77,78%)	58 (23,48%)	11,40/2,30 – 56,42
	Tỷ lệ	25,39%			
uLAR, LAR	N	191	2 (22,22%)	189 (76,52%)	
	Tỷ lệ	74,61%			
<b>Tổng</b>			<b>9 (100%)</b>	<b>247 (100%)</b>	
PT mở	N	99	3 (33,33%)	96 (38,87%)	0,78/0,19 – 3,21
	Tỷ lệ	38,67%			
PT nội soi	N	157	6 (66,67%)	151 (61,33%)	1,27/ 0,31 – 5,20
	Tỷ lệ	61,33%			
<b>Tổng</b>			<b>9 (100%)</b>	<b>247 (100%)</b>	
Làm HMNT hồi tràng	N	97	4 (44,44%)	93 (37,65%)	1,32/ 0,34 – 5,05
	Tỷ lệ	37,89%			
Không làm HMNT hồi tràng	N	159	5 (55,56%)	154 (62,35%)	
	Tỷ lệ	62,11%			
<b>Tổng</b>			<b>9 (100%)</b>	<b>247 (100%)</b>	

**Nhận xét:** Phẫu thuật ISR là yếu tố nguy cơ liên quan đến HMN sau mổ ( $OR=11.4$ ,  $95\%CI=2,30 - 56,42$ )

**Bảng 3. Điều trị hóa xạ tiền phẫu**

Hóa xạ tiền phẫu			HMN		OR/95%CI
			Có	Không	
Có	N	81	7 (77,78%)	74 (29,96%)	8,18/1,66 – 40,32
	Tỷ lệ	31,54%			
Không	N	175	2 (22,22%)	173 (70,04%)	
	Tỷ lệ	68,36%			
<b>Tổng</b>			<b>19</b>	<b>237</b>	

**Nhận xét:** Hóa xạ tiền phẫu là yếu tố nguy cơ liên quan đến HMN

**Bảng 4. Rò miệng nối sau mổ**

Rò miệng nối			HMN		OR/95%CI
			Có	Không	
Có	N	5	2 (22,22%)	3 (1,21%)	23,24/3,34 – 161,80

	Tỷ lệ	1,95%			
Không	N	251	7 (77,78%)	244 (98,79%)	
	Tỷ lệ	98,05%			
<b>Tổng</b>			<b>9 (100%)</b>	<b>247 (100%)</b>	

**Nhận xét:** Rò miệng nổi là yếu tố nguy cơ gây HMN.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu bao gồm 246 BN: 54,45% nam, 35,55% nữ. Đa số BN thuộc nhóm nhỏ hơn 60 tuổi. Nhóm BN có BMI trên 25 chiếm 67,97%. Số BN có HMN thuộc nhóm này cũng cao hơn so với nhóm BMI nhỏ hơn 25. Tuy nhiên với OR=0,94, BMI  $\geq$  25 không phải là yếu tố nguy cơ gây HMN. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lee, tuy nhiên có một số báo cáo cho rằng béo phì là yếu tố nguy cơ gây HMN, điều này được lý giải rằng ở những BN béo phì, việc phẫu tích trong mổ sẽ gặp khó khăn dẫn đến ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng của miệng nổi sau mổ [7].

Trong nghiên cứu này, có 65 BN được thực hiện phẫu thuật ISR, nối đại tràng với ống hậu môn bằng mũi khâu rời. Đa số còn lại được thực hiện nối đại tràng với phần trực tràng còn lại bằng stapler (191/256 BN). Kết quả ở bảng 2 cho thấy phẫu thuật ISR là yếu tố nguy cơ gây hẹp miệng nổi sau mổ (OR =11,4, 95%CI = 2,30 – 56,42). Nghiên cứu của Lee với cỡ mẫu là 586 BN, tỷ lệ HMN là 7,8%, tác giả cũng có kết luận phẫu thuật ISR là yếu tố nguy cơ gây HMN sau mổ (OR =3,07, 95%CI = 1,24-7,57) [7]. Nhiều nghiên cứu khác được công bố trong thời gian gần đây cũng cho thấy tỷ lệ HMN sau mổ cao hơn hẳn ở nhóm BN được phẫu thuật ISR [5] [2]. Để lý giải cho điều này, tác giả Cong cho rằng việc sử dụng stapler đem lại lợi ích là làm cho mòm trực tràng/ ống hậu môn được nong rộng trong khi nối, mặt khác đảm bảo cho tất cả các lớp mô của mòm được kết nối với phần đại tràng phía trên [2].

Tỷ lệ PTNS trong nghiên cứu này là 61,33%, chiếm đa số. Có 99/256 BN được phẫu thuật mở. Bảng 2 cho thấy phương pháp phẫu thuật (mở hay nội soi) không phải là yếu tố nguy cơ gây HMN. Nghiên cứu của Hayden với 123 BN, HMN gặp ở nhóm mổ mở và mổ nội soi gần tương đương nhau và không khác biệt có ý nghĩa thống kê [4].

Tỷ lệ BN được làm HMNT hồi tràng bảo vệ miệng nổi là 37,89% (97/256 ca) và không phải là yếu tố nguy cơ gây HMN. Làm hậu môn nhân tạo hồi tràng được nhiều phẫu thuật viên khuyến cáo bởi nguy cơ rò nếu miệng nổi thấp hoặc siêu thấp. Nghiên cứu của Chude với 256 BN mổ cắt đoạn trực tràng được chia làm 2 nhóm: nhóm

thứ nhất không làm hậu môn nhân tạo hồi tràng (120 ca) và nhóm thứ hai có làm (136 ca). Kết quả cho thấy 12 BN thuộc nhóm thứ nhất bị rò miệng nổi, trong khi chỉ có 3 trường hợp ở nhóm thứ hai có rò miệng nổi. Những biến chứng liên quan đến hậu môn nhân tạo hồi tràng ghi nhận được không lớn và có thể chấp nhận được. Tác giả kết luận rằng làm hậu môn nhân tạo hồi tràng đối với phẫu thuật ung thư trực tràng thấp có nhiều lợi ích và có thể làm giảm những rủi ro do rò miệng nổi [1]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Picazo, tác giả cho rằng làm HMNT hồi tràng là yếu tố nguy cơ gây HMN với OR =7,07 (95%CI = 3,10 – 16,57). Nghiên cứu của Lee lại cho rằng làm HMNT hồi tràng không làm tăng nguy cơ gây HMN với OR = 2,89 (95%CI = 0,98 – 8,52). Mặc dù không phải là yếu tố nguy cơ nhưng tỷ lệ HMN ở nhóm có làm HMNT hồi tràng cao hơn hẳn so với nhóm còn lại (10% so với 3,6%). Đáng chú ý, nghiên cứu của Hayden cho rằng làm HMNT hồi tràng là yếu tố nguy cơ gây HMN (p = 0,036) [4]. Lý giải cho vấn đề này có thể là do sự lưu thông dịch tiêu hóa ở nhóm không có HMNT hồi tràng làm cho miệng nổi được nong rộng thường xuyên, đóng vai trò quan trọng nhằm ngăn chặn nguy cơ HMN.

Nghiên cứu của chúng tôi có 81 BN (31,54%) được điều trị hóa xạ tiền phẫu, 7/81 BN nhóm này có HMN. Bảng 3.9 cho thấy hóa xạ tiền phẫu là yếu tố nguy cơ gây HMN sau mổ, OR = 8,18 (95%CI = 1,66 – 40,32). Tia xạ ngoài tác dụng làm hạn chế nguy cơ tái phát tại chỗ còn có tác dụng làm thay đổi cấu trúc mô học như: viêm nội mạc tắc nghẽn, thiếu máu tổ chức gây hoại tử, lắng đọng collagen dưới niêm mạc. Những biến đổi này sẽ dẫn đến sự xơ hóa xuyên màng gây ra HMN. Nghiên cứu của Zhang với 144 BN, tỷ lệ HMN sau mổ là 13,2%, tác giả kết luận xạ trị trước mổ là yếu tố nguy cơ gây HMN với OR = 8,74 (95%CI = 2,39-31,929).

Rò miệng nổi cũng là yếu tố nguy cơ gây HMN sau mổ được khẳng định trong báo cáo này với tỷ lệ 1,95% và OR/95%CI là 23,24/3,34-161,80. Tác giả Kumar khẳng định, tỷ lệ rò miệng nổi càng cao thì tỷ lệ HMN sẽ tăng theo do sự rò rỉ sẽ dẫn đến phản ứng viêm mạnh của tổ chức quanh miệng nổi là làm xơ cứng gây HMN. Tỷ lệ HMN trong nghiên cứu của tác giả này là 17,6% (19/108 BN) trong đó 8/19 BN

HMN có rò miệng nổi ( $p = 0,01$ ) [6].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 256 BN ung thư trực tràng được phẫu thuật triệt căn trong thời gian từ 01/2017 đến 10/2021, chúng tôi rút ra được những điều sau: Tỷ lệ HMN sau mổ là 3,52%. HMN chiếm đa số ở nam giới (54,45%), nhóm tuổi nhỏ hơn 60 (66,02%), nhóm BMI  $\geq 25$ . Các yếu tố nguy cơ gây HMN sau mổ là: Rò miệng nổi, phẫu thuật ISR, tia xạ trước mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chude GG, Rayate NV, Patris V et al. (2008).** Defunctioning loop ileostomy with low anterior resection for distal rectal cancer: should we make an ileostomy as a routine procedure? A prospective randomized study. *Hepatogastroenterology*, **55(86-87)**1562-1567.
2. **Cong JS, Chen CS, Ma MX et al. (2014).** Laparoscopic intersphincteric resection for low rectal cancer: comparison of stapled and manual coloanal anastomosis. *Colorectal Dis*, 16353-358.

3. **Garcea G, Sutton CD, Lloyd TD et al. (2003).** Management of benign rectal strictures: a review of present therapeutic procedures. *Dis Colon Rectum*, **46(11)**1451-1460.
4. **Hayden DM, Mora Pinzon MC, Francescatti AB, Saclarides TJ. (2014).** Patient factors may predict anastomotic complications after rectal cancer surgery: Anastomotic complications in rectal cancer. *Ann Med Surg (Lond)*, **4(1)**11-16.
5. **Kraenzler A, Maggiori L, Pittet O et al. (2017).** Anastomotic stenosis after coloanal, colorectal and ileoanal anastomosis: what is the best management? *Colorectal Dis*, **19(2)**096.
6. **Kumar A, Daga R, et al Vijayaragavan P. (2011).** Anterior resection for rectal carcinoma - risk factors for anastomotic leaks and strictures. *World J Gastroenterol*, **17(11)**1475-1479.
7. **Lee SY, Kim CH, Kim YJ, Kim HR. (2017).** Anastomotic stricture after ultralow anterior resection or intersphincteric resection for very low-lying rectal cancer. *Surg Endosc*, **32(2)**660-666.
8. **Zhang B, Zhuo GZ, Tian L et al. (2019).** Risk factors of coloanal anastomotic stricture after laparoscopic intersphincteric resection for low rectal cancer. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*, **22(8)**755-761.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠCH MÁU HẮC MẠC DẠNG POLYP BẰNG TIÊM NỘI NHÃN BEVACIZUMAB

Nguyễn Đỗ Thị Ngọc Hiền<sup>2</sup>, Đỗ Tấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị bằng bevacizumab bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên toàn bộ các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp có vị trí ở hoàng điểm và cạnh hoàng điểm, tại khoa Dịch kính – Võng mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10 năm 2013 đến hết tháng 02 năm 2020. **Kết quả:** 11 mắt (11 bệnh nhân) xác định được polyp tại hoàng điểm và cạnh hoàng điểm với số mũi tiêm trung bình là  $4,55 \pm 1,57$  (từ 3 đến 6 mũi). Sự cải thiện thị lực gần như không đáng kể sau 6 tháng điều trị. Thị lực trung bình tăng rõ rệt nhất xuất hiện tại thời điểm 1 tháng sau tiêm mũi thứ nhất. Thị lực tăng tốt nhất ở tháng thứ 5 (0,84 đơn vị logMAR) khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị với  $p < 0,05$ . Tương tự như sự thay đổi thị lực trung bình, mức độ thay đổi thị lực tốt chỉ gặp ở 1 mắt (9,1%). Đa số các trường hợp không cải thiện hoặc giảm thị lực

sau 6 tháng theo dõi (6 ca - chiếm 54,5%). Có 4 mắt (36,4%) thị lực ổn định. Sau khi tiêm, độ dày võng mạc có giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê. Đánh giá kết quả chung chỉ có 1 mắt (9,1%) điều trị tốt, mức trung bình ở 3 mắt (27,3%), kết quả kém là đa số 7 mắt (63,4%). **Kết luận:** Điều trị tiêm bevacizumab nội nhãn với polyp tại hoàng điểm và sát hoàng điểm có tỉ lệ tăng thị lực ít (9,1%), giảm độ dày võng mạc không đáng kể, tỉ lệ thành công khá thấp (36,4%).

**Từ khóa:** Bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp, bevacizumab, độ dày võng mạc trung tâm

### SUMMARY

#### THE OUTCOME OF BEVACIZUMAB INJECTION FOR PCV

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of bevacizumab in PCV treatment. **Patients and methods:** interventional study without control on foveola or para-foveola PCV at vitreo-retinal department, VNIO from 10/2013 to 2/2020. **Results:** 11 eyes were recruited with mean injections of  $4.55 \pm 1.57$  (3-6 injections). The VA improvement was insignificant after 6 months of follow-up. Mean VA increase was most remarkable at month 1 after the first injection. Mean VA improvement was most significant at month 5 ( $p < 0.05$ ). Similarly, good VA outcome was seen only in 1 eye. VA remained unchanged or deteriorated in majority of cases (6 eyes - 54.5%). 4 eyes got stable vision. The mean retinal thickness was insignificantly reduced. The overall

<sup>1</sup>Bệnh Viện Mắt Trung Ương

<sup>2</sup>Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022