

KẾT QUẢ TRUNG HẠN TÁI THÔNG ĐỘNG MẠCH DƯỚI ĐÒN TRÁI TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT STENT GRAFT ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC

Lê Đức Tín*, Lâm Văn Nút*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn với mục đích tạo vùng hạ đặt đầu gần thuận lợi trong đặt stentgraft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực là rất cần thiết. Theo nghiên cứu của tác giả Scali và cộng sự (n=139) [3], ghi nhận biến chứng đột quỵ liên quan đến nhóm bít động mạch dưới đòn trái chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm tái thông động mạch dưới đòn trái, lần lượt là 15,8% và 8,9% mẫu nghiên cứu. Tác giả Feezor RJ và cộng sự (n=196), đánh giá tai biến về não và tuỷ sống, ghi nhận nhóm bít động mạch dưới đòn trái có nguy cơ cao hơn nhóm tái thông động mạch dưới đòn trái [1]. Do đó, phẫu thuật tái thông nên được xem xét trên bệnh nhân có bệnh lý động mạch chủ ngực cần đặt stentgraft. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình 65, ± 10,2, nam giới chiếm đa số, tăng huyết áp và hút thuốc lá chiếm tỉ lệ lần lượt 88,2% và 76,5% mẫu nghiên cứu. Tổn thương phình động mạch chủ ngực dạng phình và bóc tách lần lượt chiếm 52,9% và 41,2% mẫu nghiên cứu. Chuyển vị động mạch dưới đòn trái vào động mạch cảnh chung trái chiếm 53,3%, cầu nối động mạch dưới đòn trái vào động mạch cảnh chung trái bằng prothese chiếm 53,3% mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 88,2%, tai biến ghi nhận tụ máu chiếm 11,8%, đột quỵ não chiếm 5,9%. Ở giai đoạn trung hạn, tỉ lệ lưu thông mạch máu thì đầu chiếm 94,1% mẫu nghiên cứu. **Kết luận:** Phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái trên bệnh nhân đặt stent graft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực được thực hiện an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

Từ khoá: chuyển vị động mạch dưới đòn, cầu nối động mạch dưới đòn, phình động mạch chủ ngực, bóc tách động mạch chủ ngực.

SUMMARY

MID-TERM RESULTS OF LEFT SUBCLAVIAN ARTERY REVASCLARIZATION IN PATIENTS WITH THORACIC ENDOVASCULAR AORTIC REPAIR

Background: Revascularization procedures of the subclavian artery to create a convenient proximal area for stent graft placement to treat thoracic aortic disease are necessary. According to research by author Scali and colleagues (n=139) [3], stroke complications related to the left subclavian artery occlusion group accounted for a higher rate than the

left subclavian artery revascularization group, times 15.8% and 8.9% of the study sample, respectively. Author Feezor RJ and colleagues (n=196), evaluating brain and spinal cord complications, noted that the left subclavian artery occlusion group had a higher risk than the left subclavian artery revascularization group [1]. Therefore, revascularization procedures should be considered in patients with thoracic aortic disease requiring stent graft placement. **Methods:** Retrospective description of case series. **Results:** The study had an average age of 65, ± 10.2 years; the majority were male, and hypertension and smoking accounted for 88.2% and 76.5% of the study sample, respectively. Aneurysm and dissected thoracic aortic lesions accounted for 52.9% and 41.2% of the sample. Transposition of the left subclavian artery into the left common carotid artery accounted for 53.3%, and the left subclavian artery to the left common carotid artery bypass with prothese accounted for 53.3% of the sample. Technical success rate reached 88.2%, complications recorded hematoma accounted for 11.8%, and stroke accounted for 5.9%. In the mid-term period, the rate of blood circulation in the head accounted for 94.1% of the sample. **Conclusion:** Left subclavian artery revascularization procedures in patients with stent grafts to treat thoracic aortic disease were performed safely and effectively, with few complications.

Keywords: subclavian artery transposition, subclavian artery bypass, thoracic aortic aneurysm, thoracic aortic dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực đã được áp dụng từ rất lâu. Trong đó, các bệnh lý động mạch chủ ngực đoạn quai và đoạn xuống cần có vùng hạ đặt đầu gần phù hợp để bung stentgraft. Khoảng hơn 40% các trường hợp là không phù hợp, bắt buộc phải chuyển vị hoặc cầu nối động mạch dưới đòn trái để có thêm vùng hạ đặt phù hợp [1]. Việc che phủ động mạch dưới đòn có thể gây thiếu máu não, tuỷ sống và chi trên. Do đó, theo khuyến cáo của Hội Phẫu thuật Mạch máu [2], phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái nên được tiến hành trước khi can thiệp nội mạch điều trị động mạch chủ ngực. Điều này cũng giúp ích cho việc bảo tồn được động mạch vú trong để làm cầu nối mạch vành hay tạo thông nối động – tĩnh mạch trong chạy thận nhân tạo sau này.

Phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn với mục đích tạo vùng hạ đặt đầu gần thuận lợi trong đặt stentgraft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực là rất cần thiết. Theo nghiên cứu của

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

tác giả Scali và cộng sự (n=139) [3], ghi nhận biến chứng đột quy liên quan đến nhóm bít động mạch dưới đòn trái chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm tái thông động mạch dưới đòn trái, lần lượt là 15,8% và 8,9% mẫu nghiên cứu. Tác giả Feezor RJ và cộng sự (n=196), đánh giá tai biến về não và tuỷ sống, ghi nhận nhóm bít động mạch dưới đòn trái có nguy cơ cao hơn nhóm tái thông động mạch dưới đòn trái [1]. Do đó, phẫu thuật tái thông nên được xem xét trên bệnh nhân có bệnh lý động mạch chủ ngực cần đặt stentgraft.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

Thời gian nghiên cứu: lấy mẫu từ tháng 03 năm 2014 đến tháng 03 năm 2018.

Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả trường hợp có tái thông động mạch dưới đòn trái trên bệnh nhân đặt stentgraft động mạch chủ ngực tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tái thông ĐM dưới đòn trái kèm cầu nối cảnh phải - trái.
- Tái thông ĐM dưới đòn trái bằng các kỹ thuật nội mạch (chimney, fenestration)
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đánh giá kết quả:

Đánh giá kết quả can thiệp: nhỏ hơn 01 tháng sau can thiệp.

- Đánh giá kết quả can thiệp: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và bệnh phổi hợp, loại phẫu thuật tái thông, loại bệnh lý động mạch chủ ngực, phương pháp vô cảm, thời gian can thiệp, thời gian nằm viện.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật khi: sau khi tái thông không ghi nhận hẹp miệng nối >50% đường kính lòng mạch, không gây huyết khối tắc đầu xa khi chụp DSA sau can thiệp, không có biến chứng cắt cụt chi, đột quy não.

- Đánh giá các tai biến can thiệp: tắc mạch, tụ máu vết mổ, đột quy não, cắt cụt chi, nhồi máu cơ tim và tử vong.

Đánh giá kết quả theo dõi: theo dõi đến tháng 03 năm 2023.

- Đánh giá kết quả: lưu thông mạch máu thì đầu.
- Biến chứng theo dõi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu có 17 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phổi hợp:

Bảng 1. Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phổi hợp

Biến số	N (%)
Tuổi	65,7 ± 10,2 (45– 89)
Giới: Nam (%) / Nữ (%)	14 (82,4) / 3 (17,6)
Hút thuốc lá	13 (76,5)
Tăng huyết áp	15 (88,2)
RLCH lipid máu	12 (70,6)
Đái tháo đường	5 (29,4)
Bệnh mạch vành	8 (47,1)
Bệnh động mạch cảnh	3 (17,7)
Suy thận mạn	2 (11,8)
Suy tim	1 (5,9)
Tai biến mạch máu não	1 (5,9)

Các loại tổn thương động mạch chủ:

Bảng 2. Các loại tổn thương động mạch chủ.

Tổn thương	N	(%)
Phình động mạch chủ	9	52,9
Bóc tách động mạch chủ	7	41,2
Tụ máu nội thành	1	5,9
Loét thành động mạch	0	0
Tổng	17	100

Phương pháp vô cảm

Bảng 3. Phương pháp vô cảm

Phương pháp	N	(%)
Mê nội khí quản	17	100
Gây tê tại chỗ	0	0
Tổng	17	100

Phương pháp điều trị

Bảng 4. Phương pháp tái thông động mạch

Biến số	N	(%)
Chuyển vị	12	70,6
Cầu nối bằng prothese	5	29,4
Tổng	17	100

Thời điểm tái thông mạch máu

Bảng 5. Thời điểm tái thông mạch máu

Biến số	N	(%)
Trước đặt stentgraft	6	35,3
Cùng lúc đặt stentgraft	11	64,7
Tổng	17	100

Thời gian nằm viện

Bảng 6. Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện

Thời gian	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)	120,2 ± 28,1
Thời gian nằm viện (ngày)	5,1 ± 1,4 (4- 6)

Thành công, thất bại về kỹ thuật:

Bảng 7. Tỷ lệ thành công, thất bại kỹ thuật

Biến số	N	(%)
Thành công	15	88,2
Thất bại	2	11,8
Tổng	17	100

Tai biến tái thông mạch máu**Bảng 8. Tai biến tái thông mạch máu**

Biến số	N	(%)
Tắc mạch	0	0
Tụ máu	2	11,8
Đột quy não	1	5,9
Tràn khí màng phổi	0	0
Đoạn chi lớn	0	0
Nhồi máu cơ tim	0	0
Tử vong	0	0

Kết quả trung hạn**Bảng 9. Tỷ lệ lưu thông mạch máu thi đầu**

Biến số	N	(%)
Có	16	94,1
không	1	5,9
Tổng	17	100

Bảng 10. Biến chứng trung hạn

Biến số	N	(%)
Giả phình	1	5,9
Đột quy não	1	5,9
Thông động tĩnh mạch	0	0
Đoạn chi lớn	0	0
Tử vong	0	0

IV. BÀN LUẬN

Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ: Nghiên cứu có tỷ lệ nam chiếm hầu hết với tuổi trung bình 65 tuổi. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận hút thuốc lá và tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 76,5% và 88,2% mẫu nghiên cứu. Qua đây cho thấy, nhóm bệnh trong nghiên cứu là nhóm lớn tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ cao. Theo nghiên cứu của Protack CD và cộng sự (n=1516), nghiên cứu về kết quả tái thông động mạch dưới đòn trái trên bệnh nhân đặt stent graft động mạch chủ ngực, ghi nhận tuổi trung bình 68 tuổi, nam giới chiếm 64% mẫu nghiên cứu [4]. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu chúng tôi. Tổn thương động mạch chủ dạng phình và bóc tách chiếm hầu hết trong nghiên cứu chúng tôi, lần lượt chiếm 52,9% và 41,2% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cho thấy việc điều trị tổn thương động mạch chủ là cần thiết và ngăn chặn các biến chứng của bệnh lý động mạch chủ. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác ghi nhận tổn thương động mạch chủ ngực rất khác nhau. Tác giả Xie W và cộng sự, nghiên cứu kết quả tái thông động mạch dưới đòn trên bệnh nhân đặt stent graft động mạch chủ ngực, ghi nhận tổn thương bóc tách động mạch chủ ngực có tỉ lệ cao, chiếm 88,84% mẫu nghiên cứu [6]. Còn tác giả Protack CD và cộng sự, ghi nhận tổn thương phình động mạch chủ có tỉ lệ cao, chiếm 56% mẫu nghiên

cứu [4]. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận tổn thương tụ máu nội thành động mạch chủ ngực, chiếm 5,9%, 1 trường hợp của mẫu nghiên cứu. Tổn thương tụ máu nội thành động mạch thường gặp ở vị trí quai và động mạch chủ ngực xuống, nếu không có triệu chứng thì điều trị nội khoa. Tuy nhiên, nếu có triệu chứng và các biến chứng bóc tách tiến triển trên DSA hoặc CT scan ngực thì nên tiến hành can thiệp [5]. Trường hợp này bệnh nhân có triệu chứng đau ngực và lưng, huyết áp khó kiểm soát và không giảm nhiều khi dùng các loại giảm đau nên chúng tôi quyết định đặt stent graft điều trị.

Phương pháp can thiệp: Gây mê nội khí quản là phương pháp vô cảm được dùng trên tất cả trường hợp, chiếm 100% mẫu nghiên cứu. Điều này cũng phù hợp vì hầu hết là bệnh nhân lớn tuổi, có tăng huyết áp nên việc gây mê sẽ giúp cho vấn đề kiểm soát huyết áp được tốt hơn. Bên cạnh đó, thời gian phẫu thuật trung bình 120 phút, cuộc mổ kéo không thể gây tê tại chỗ. Và ngay sau khi phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái, hầu hết chúng tôi tiến hành đặt stent graft động mạch chủ ngực, chiếm 64,7% mẫu nghiên cứu. Thời điểm phẫu thuật tái thông mạch máu trước đặt stent graft chiếm tỉ lệ thấp, 35,3% mẫu. Thời điểm phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái có nên cùng lúc hay trước đặt stent graft, vẫn còn nhiều ý kiến bàn cãi. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, thời điểm cùng lúc sẽ tạo thuận lợi cho toàn cuộc phẫu thuật điều trị vì khi phẫu thuật tái thông hoàn tất, can thiệp đặt stent graft có thể chụp kiểm tra miệng nối và tưới máu đầu xa của não và tay trái. Điều này sẽ kịp thời xử trí các biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân như hẹp miệng nối, huyết khối đầu xa. Tuy nhiên, tác giả Protack CD và cộng sự, có cỡ mẫu 288 trường hợp, ghi nhận phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái trước đặt stent graft chiếm 78% mẫu nghiên cứu [4].

Hầu hết chúng tôi tái thông bằng phương pháp chuyển vị động mạch dưới đòn trái vào động mạch cảnh chung trái, chiếm 70,6% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự tác giả Protack CD và cộng sự, ghi nhận phương pháp chuyển vị động mạch dưới đòn trái vào cảnh chung trái chiếm 93% mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, chúng tôi có 5 trường hợp, chiếm 29,4% mẫu nghiên cứu là làm cầu nối cảnh chung trái vào dưới đòn trái bằng prothese. Chúng tôi nhận thấy, việc sử dụng phương pháp tái thông nào hoàn toàn phụ thuộc vào kinh nghiệm và giải phẫu của động mạch dưới đòn

trái, tổn thương động mạch chủ ngực và tình trạng lúc phẫu thuật. Chúng tôi thường dùng phương pháp chuyển vị khi bệnh nhân có thân động mạch dưới đòn trái dài, không mập, tổn thương động mạch chủ ngực không phải dạng phình to và ép vào sát động mạch dưới đòn trái, nhô lên vùng thương đòn trái và tình trạng không có dấu hiệu dọa vỡ, bóc tách ác tính của tổn thương động mạch chủ. Còn phương pháp cầu nối dưới đòn trái vào cảnh chung trái tránh được bóc lộ động mạch dưới đòn tại gốc, nhiều khi rất khó khăn và nhiều tai biến như tổn thương tràn khí màng phổi, tổn thương túi phình động mạch chủ, tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản, tổn thương mạch bạch huyết.

Phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái trên bệnh nhân đặt stentgraft động mạch chủ ngực có tỉ lệ thành công về kỹ thuật cao, chiếm 88,2% mẫu nghiên cứu. Tác giả Xie W và cộng sự, năm 2021, ghi nhận thành công về kỹ thuật đạt 100% mẫu nghiên cứu [6]. Kết quả này cho thấy, phương pháp đã mang lại hiệu quả trong việc tái tưới máu chi và não trên bệnh nhân đặt stentgraft động mạch chủ ngực. Chúng tôi có 2 trường hợp thất bại, chiếm 11,8% mẫu nghiên cứu. Trường hợp 1 xảy ra trên bệnh nhân có tổn thương phình động mạch chủ ngực, chúng tôi tiến hành làm cầu nối cảnh chung trái vào dưới đòn trái, sau đó đặt stentgraft động mạch chủ ngực thì phát hiện tắc động mạch cánh tay do huyết khối. Chúng tôi mở động mạch cánh tay vùng khuỷu tay trái, lấy huyết khối và tình trạng tay có cải thiện sau phẫu thuật. Trường hợp 2 xảy ra trên bệnh nhân có tổn thương bóc tách động mạch chủ ngực, chúng tôi tiến hành chuyển vị động mạch dưới đòn trái và cảnh chung trái, sau đó đặt stentgraft. Ra hậu phẫu ghi nhận bệnh nhân có yếu nửa người phải, nói đớ. Hình ảnh CT scan sọ não ghi nhận nhồi máu bán cầu phải. Chúng tôi duy trì kháng kết tập tiểu cầu và bệnh nhân hồi phục dần sau 5 tháng. Nghiên cứu chúng tôi có biến chứng thấp chỉ có 2 trường hợp tụ máu, chiếm 11,8% và 1 trường hợp đột quỵ não, chiếm 5,9% mẫu nghiên cứu. Tác giả Xie W và cộng sự, năm 2021, ghi nhận biến chứng đột quỵ, thiếu máu chi và thiếu máu tuỷ lần lượt chiếm 2,2%, 2,2% và 1,1% mẫu nghiên cứu [6]. Một số nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt về biến chứng liệt tuỷ của nhóm bệnh nhân có tái thông động mạch dưới đòn và nhóm che phủ động mạch dưới đòn trái trên bệnh nhân đặt stentgraft động mạch chủ ngực, chiếm 1,4% so với 10,7% ($P=0,032$) mẫu nghiên cứu [6], [7].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ lưu thông mạch máu thì đầu chiếm tỉ lệ cao, 94,1% mẫu nghiên cứu. Theo nghiên cứu tác giả Protack CD và cộng sự, có cỡ mẫu 288 trường hợp, ghi nhận tỉ lệ lưu thông mạch máu thì đầu của phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái chiếm 98,2% mẫu nghiên cứu [4]. Tác giả Scali ST và cộng sự, nghiên cứu trên 139 trường hợp tái thông động mạch dưới đòn, có tỉ lệ lưu thông mạch máu thì đầu chiếm 94% mẫu nghiên cứu [3]. Hai nghiên cứu với cỡ mẫu lớn, đa trung tâm và theo dõi trong thời gian dài cũng ghi nhận lưu thông mạch máu đạt tỉ lệ cao, từ 84 – 99% mẫu nghiên cứu tùy phương pháp chuyển vị hay cầu nối động mạch cảnh chung và dưới đòn trái [8], [9]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận biến chứng thấp, tỉ lệ giả phình động mạch và đột quỵ não, lần lượt chiếm 5,9% và 5,9% mẫu nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cũng ghi nhận ít biến chứng ở giai đoạn trung hạn [4],[8], [9]. Qua đây cho thấy, phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái là cần thiết và đem lại hiệu quả lâu dài cho bệnh nhân, đặc biệt làm giảm các biến chứng về đột quỵ não, thiếu máu nuôi chi và nuôi tuỷ sống.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái trên bệnh nhân đặt stent graft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực được thực hiện an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Feezor RJ, Martin TD, Hess PJ, Klodell CT, Beaver TM, Huber TS, et al.** Risk factors for perioperative stroke during thoracic endovascular aortic repairs (TEVAR). *J Endovasc Ther* 2007;14:568-73.
2. **Matsumura JS, Lee WA, Mitchell RS, Farber MA, Murad MH, Lumsden AB, et al.** The Society for Vascular Surgery Practice Guidelines: management of the left subclavian artery with thoracic endovascular aortic repair. *J Vasc Surg* 2009;50: 1155-8.
3. **Scali ST, Chang CK, Pape SG, Feezor RJ, Berceci SA, Huber TS, et al.** Subclavian revascularization in the age of thoracic endovascular aortic repair and comparison of outcomes in patients with occlusive disease. *J Vasc Surg* 2013;58:901-9.
4. **Protack CD, Smith A, Moennich LA, Hardv D, Lyden SP, Farivar BS.** Midterm outcomes of subclavian artery revascularization in the setting of thoracic endovascular aortic repair. *J Vasc Surg*. 2020 Oct;72(4):1222-1228.
5. **Grabewöger M, Alfonso F, Bacht J, et al;** European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Society of Cardiology (ESC); European Association of Percutaneous

- Cardiovascular Interventions (EAPCI). Thoracic Endovascular Aortic Repair (TEVAR) for the treatment of aortic diseases: a position statement from the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) and the European Society of Cardiology (ESC), in collaboration with the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). Eur J Cardiothorac Surg. 2012;42 (01):17-24
6. **Xie W, Xue Y, Li S, Jin M, Zhou O, Wang D.** Left subclavian artery revascularization in thoracic endovascular aortic repair: single center's clinical experiences from 171 patients. J Cardiothorac Surg. 2021 Jul 30;16(1):207.
 7. **Cooper DG, Walsh SR, Sadat U, Noorani A, Hayes PD, Boyle JR.** Neurological complications after left subclavian artery coverage during thoracic endovascular aortic repair: a systematic review and meta-analysis. J Vasc Surg. 2009;49:1594-601.
 8. **Cinà CS, Safar HA, Laganà A, Arena G, Clase CM.** Subclavian carotid transposition and bypass grafting: consecutive cohort study and systematic review. J Vasc Surg. 2002 Mar;35(3):422-9.
 9. **Schaffer JM, Lingala B, Miller DC, Woo YJ, Mitchell RS, Dake MD.** Midterm survival after thoracic endovascular aortic repair in more than 10,000 Medicare patients. J Thorac Cardiovasc Surg. 2015 Mar;149(3):808-20; discussion 820-3.

TÁI PHÁT VÀ HÓA XẠ SAU PHẪU THUẬT MILES NỘI SOI CẮT TĂNG SINH MÔN Ở TƯ THẾ NẴM SẤP TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Văn Tuấn*, Phạm Văn Năng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật Miles nội soi cắt tăng sinh môn ở tư thế nằm sấp được áp dụng ở nhiều trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới với tính khả thi và an toàn cao. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tái phát và hóa xạ trị sau phẫu thuật Miles nội soi cắt tăng sinh môn ở tư thế nằm sấp trong điều trị ung thư trực tràng thấp tại Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca trên 45 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp giai đoạn I, II, III, tại Thành phố Cần Thơ từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 06 năm 2023. **Kết quả:** Với thời gian theo dõi trung bình 22 tháng (6-54) tháng, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân hóa xạ trị sau mổ là 20 ca chiếm 44,4%. Tỷ lệ tái phát và di căn chung sau mổ chiếm 13,3%, tái phát tại chỗ chiếm 6,6%, di căn xa chiếm 6,6%; diện cắt vòng quanh (+) tái phát 30,8%, diện cắt vòng quanh (-) tái phát 6,3%. Có 2 ca ung thư giai đoạn III:T3 tử vong sau 24 và 36 tháng phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật Miles nội soi cắt tăng sinh môn ở tư thế nằm sấp trong điều trị ung thư trực tràng thấp có tỷ lệ tái phát khá thấp. Bệnh nhân tái phát sớm nhất sau 12 tháng và có hơn 40% bệnh nhân cần kết hợp hóa xạ để nâng cao hiệu quả điều trị. **Từ khóa:** ung thư trực tràng thấp, cắt tăng sinh môn ngoài cơ nâng, phẫu thuật Miles.

SUMMARY

RECURRENCE AND CHEMORADIOTHERAPY AFTER LAPAROSCOPIC MILES OPERATION

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: nguyenvantuan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 29.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.12.2023

WITH EXTRA-LEVATOR PERINEAL EXCISION IN PRONE POSITION IN TREATMENT OF LOW RECTAL CANCER IN CAN THO CITY

Background: Laparoscopic Miles operation with extra-levator perineal excision in prone position is applied in many major surgical centers around the world with high feasibility and safety. **Objective:** To determine the recurrence rate and chemoradiotherapy after laparoscopic Miles operation with extra-levator perineal excision in prone position in the treatment of low rectal cancer in Can Tho City. **Materials and methods:** A prospective study, describing a series of cases on 45 patients with low rectal cancer stages I, II, III, in Can Tho City from December 2018 to June 2023. **Results:** With an average follow-up period of 22 months (6 - 54) months, the study recorded that the rate of patients with postoperative chemoradiotherapy was 20 cases, accounted for 44.4%. The overall recurrence rate and metastasis after surgery was 13.3%, local recurrence was 6.6%, distant metastasis was 6.6%; cases with circumferential resection margin (+) recurred in 30.8%, other with circumferential resection margin (-) recurred in 6.3%. There were 2 cases of stage III:T3 cancer that died after 24 and 36 months of surgery. **Conclusion:** Laparoscopic Miles operation with extra-levator perineal excision in prone position in the treatment of low rectal cancer has a fairly low recurrence rate. One patient recurs as early as 12 months and more than 40% of patients need chemoradiotherapy to improve treatment effectiveness. **Keywords:** low rectal cancer, extra-levator perineal excision, Miles operation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2020 [6], ung thư đại trực tràng (UTTT) đứng hàng thứ năm ở cả hai giới, xếp thứ tư ở nam và thứ ba ở nữ với