

- 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, Laqanà 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

14.733 ca mắc mới chiếm 8,9% các loại ung thư [7]. Độ tuổi mắc bệnh thường gặp nhất là 50 – 60 tuổi và nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ 1,5 lần [8].

Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức, phẫu thuật kết hợp hóa xạ trị. Năm 2007, Torbjorn Holm và Philip Quirke áp dụng tư thế nằm sấp cắt tầng sinh môn ngoài cơ nâng và nhận thấy rất hiệu quả về mặt ung thư học, giảm tỷ lệ vỡ u trong mổ còn 3,7%, tái phát tại chỗ giảm còn 13,5% và thời gian sống 5 năm tăng lên đạt 68,5%. Hiện nay, tư thế nằm sấp được áp dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới, với tỷ lệ mỗi nước khác nhau [5]. Ở Việt Nam, cho tới nay vẫn chưa có công trình nghiên cứu nào về phẫu thuật cắt trực tràng ngả bụng và tầng sinh môn tư thế nằm sấp được công bố.

Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ đã mổ khá nhiều ca ung thư đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi; trong đó có phẫu thuật nội soi cắt trực tràng ngả bụng – tầng sinh môn, cắt tầng sinh môn ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp điều trị ung thư trực tràng thấp xâm lấn cơ thắt ngoài hay cơ nâng hậu môn và nhận thấy phẫu thuật này có tính khả thi và an toàn. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng tái phát và hóa xạ trị sau phẫu thuật Miles nội soi cắt tầng sinh môn ở tư thế nằm sấp trong điều trị ung thư trực tràng thấp tại Thành phố Cần Thơ từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 06 năm 2023.

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

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân UTTT thấp, giai đoạn I, II, III được chỉ định phẫu thuật Miles nội soi cắt tầng sinh môn ở tư thế nằm sấp tại Thành phố Cần Thơ từ tháng 05 năm 2019 đến tháng 06 năm 2023.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh.** Những bệnh nhân được chẩn đoán là UTTT thấp giai đoạn I, II, III (theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ - AJCC, 2018) được chỉ định phẫu thuật Miles nội soi cắt tầng sinh môn ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp tại Thành phố Cần Thơ.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Những bệnh nhân bị UTTT nhưng chống chỉ định PTNS do mắc bệnh nội khoa nặng kèm theo như: bệnh tim mạch, bệnh hô hấp; Những bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư trực tràng di căn xa; Bệnh nhân bỏ theo dõi điều trị.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca.

**Cỡ mẫu:** 45 bệnh nhân UTTT thấp giai đoạn I, II, III theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ, 2018.

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu liên tục tất cả các ca đạt tiêu chuẩn chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

**Nội dung nghiên cứu:**

Tái phát sau phẫu thuật: tỷ lệ tái phát, vị trí tái phát, thời gian tái phát và di căn dựa vào kết quả ung thư học, mối liên quan giữa DCVQ với tái phát và di căn.

Hóa xạ trị sau mổ: mối liên quan hóa xạ trị sau mổ và tái phát chung; mối tương quan giữa tái phát và DCVQ, hóa xạ sau mổ.

**Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

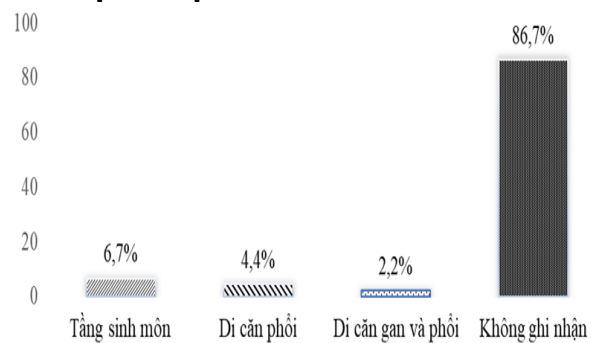
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

45 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, có 20 bệnh nhân nam, 25 bệnh nhân là nữ đã được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trực tràng ngả bụng và tầng sinh môn, cắt tầng sinh môn ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp với tình trạng diện cắt vòng quanh (DCVQ) ghi nhận kết quả DCVQ (+) có 13 ca chiếm 28,9%, DCVQ (-) có 32 ca chiếm 71,1%. Kết quả tái phát và hóa xạ sau phẫu thuật được ghi nhận cụ thể:

**3.1. Tái phát sau phẫu thuật**

**- Tỷ lệ tái phát:** Kết quả nghiên cứu 45 ca với thời gian theo dõi trung bình 22 tháng (6 – 54 tháng), kết quả ghi nhận có 6/45 (13,3%) bệnh nhân được ghi nhận tái phát và di căn sau phẫu thuật.

**- Vị trí tái phát**



**Biểu đồ 1. Tái phát sau phẫu thuật**

**Nhận xét:** tỷ lệ tái phát chung là 13,3%; trong đó, tái phát tại chỗ vùng tầng sinh môn chiếm 6,7%, di căn xa 6,6% (di căn phổi 4,4%, di căn gan và phổi 2,2%); không ghi nhận di căn 86,7%.

**- Thời gian tái phát và di căn dựa vào kết quả ung thư học:**

**Bảng 1. Thời gian tái phát và di căn dựa vào kết quả ung thư học**

Thời gian	1th	3th	6th	9th	12th	18th	24th	36th	> 48th
N	45	45	45	41	36	27	21	15	5
Tái phát/di căn	0	0	0	0	1	1	1	1	2

**Nhận xét:** trường hợp tái phát và di căn được ghi nhận đầu tiên sau 12 tháng phẫu thuật.

- DCVQ với tái phát và di căn

**Bảng 2. Mối liên quan giữa DCVQ và tái phát**

DCVQ	Tình trạng tái phát và di căn		OR (KTC 95%)	P
	Di căn n (%)	Không n (%)		
DCVQ (+)	4 (8,9)	9 (20,0)	6,67 (1,04 – 42,55)	0,049
DCVQ (-)	2 (4,4)	30 (66,7)		
<b>Tổng</b>	<b>6 (13,3)</b>	<b>39 (86,7)</b>		

**Nhận xét:** kết quả theo dõi DCVQ (+) và tỷ lệ tái phát ghi nhận DCVQ (+) tỷ lệ tái phát 8,9% và DCVQ (-) di căn là 4,4%. Phân tích thống kê DCVQ (+) có nguy cơ di căn cao hơn DCVQ (-) với OR = 6,67, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,049).

**3.2. Hóa xạ sau mổ.** Trong nhóm nghiên cứu có 20 trường hợp hóa xạ sau mổ chiếm 44,4%, không hóa xạ có 25 ca chiếm 55,6%.

- Mối liên quan hóa xạ trị sau mổ và tái phát chung

**Bảng 0. Mối liên quan hóa xạ trị sau mổ và tái phát chung**

Tái phát	Hóa xạ		Tổng
	Không hóa xạ	Hóa xạ	
Không	25 (55,6%)	14 (31,1%)	39 (86,7%)
Di căn	0	6 (13,3%)	6 (13,3%)
<b>Tổng</b>	<b>25 (55,6%)</b>	<b>20 (44,4%)</b>	<b>45 (100)</b>

**Nhận xét:** trong nhóm bệnh nhân không hóa xạ trị sau mổ có 25 ca chiếm 55,6%, không có trường hợp nào tái phát. Nhóm bệnh nhân hóa xạ sau mổ có 14 ca chiếm 31,1%, trong đó 6 ca tái phát và di căn chiếm 13,3%. Với OR 8,7 có ý nghĩa thống kê với p = 0,05.

- Mối tương quan giữa tái phát và DCVQ, hóa xạ sau mổ

**Bảng 4. Mối tương quan giữa tái phát và DCVQ, hóa xạ sau mổ**

DCVQ	Hóa xạ	Tái phát		Tổng
		Không	Di căn	
DCVQ (+)	Có hóa xạ	6(46,2%)	4(30,8%)	76,9
	Không hóa xạ	3 (23,1%)	0	23,1
	<b>Tổng</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>
DCVQ (-)	Có hóa xạ	8 (25%)	0	25
	Không hóa xạ	22 (68,8%)	2 (6,3%)	75,1
	<b>Tổng</b>	<b>39 (86,7%)</b>	<b>6 (13,3)</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** phân tích mối tương quan giữa DCVQ với hóa xạ trị sau mổ và tái phát sau mổ ghi nhận DCVQ (+) có hóa xạ bị di căn 4 ca chiếm 30,8%, DCVQ (-) có hóa xạ bị tái phát 2 ca chiếm 6,3%.

**IV. BÀN LUẬN**

Kết quả nghiên cứu 45 ca với thời gian theo dõi trung bình 22 tháng. Bệnh nhân có thời gian

theo dõi ngắn nhất là 6 tháng và bệnh nhân theo dõi lâu nhất là 54 tháng. Đến thời điểm hiện tại nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tái phát chung là 13,3%; trong đó, tái phát tại chỗ vùng tầng sinh môn chiếm 6,7%, di căn xa 6,6% (di căn phổi 4,4%, di căn gan và phổi 2,2%).

Diện cắt vòng quanh (DCVQ) là khoảng cách đo gần nhất từ bờ cắt hướng tâm và mô khối u được tính bằng một trong hai cách gồm khối u lan rộng trực tiếp các vùng xâm lấn thần kinh, mạch máu hoặc hạch bạch huyết di căn gần nhất. Mặc dù hóa xạ trị thường quy trước phẫu thuật, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng đối với ung thư trực tràng tiến triển nhưng tỷ lệ tái phát tại chỗ và tỷ lệ tử vong vẫn cao. Nghiên cứu ghi nhận tình trạng diện cắt vòng quanh (DCVQ) với kết quả DCVQ (+) có 13 ca chiếm 28,9%, DCVQ (-) có 32 ca chiếm 71,1%.

Một số nghiên cứu cho thấy DCVQ không nên được sử dụng như một yếu tố tiên lượng trong ung thư trực tràng, [5] trong khi nhiều nghiên cứu khác đã chứng minh tầm quan trọng của DCVQ như một yếu tố độc lập tiên lượng tái phát tại chỗ và khả năng sống còn [5]. Theo Hiệp hội Y tế Châu Âu Hướng dẫn thực hành lâm sàng về ung thư (ESMO), DCVQ được xác định là (+) khi bờ khối u đến bờ tự do < 1 mm, DCVQ (+) làm tăng nguy cơ tái phát tại chỗ, di căn xa và khả năng sống còn kém hơn. Mặc dù DCVQ được chấp nhận rộng rãi như một yếu tố độc lập có tiên

lượng mạnh về khả năng sống còn lâu dài trên bệnh ung thư, tiêu chí được sử dụng để xác định DCVQ (+) vẫn còn gây tranh cãi [3], [4], [5].

Bệnh phẩm được đánh giá trước khi cắt lát nhận thấy bệnh phẩm còn nguyên bao mạc treo trực tràng phân loại tốt có 40 trường hợp chiếm 88,9% và bệnh phẩm bị rách bao mạc treo trực tràng là trung bình có 5 ca chiếm 11,1%, bệnh phẩm bị vỡ không có trường hợp nào. Với tỷ lệ DCVQ (-) có 32 ca chiếm 71,1% và DCVQ (+) có 13 ca chiếm 28,9. DCVQ (+), tái phát 30,8%, DCVQ (-) tái phát 6,3%, DCVQ (+) nguy cơ tái phát cao hơn DCVQ (-) 6,7 với  $p = 0.049$  có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng khi phân tích mối liên quan giữa DCVQ (+) và DCVQ (-) và tái phát tại chỗ và di căn xa, kết quả DCVQ (+) tái phát tại chỗ là 6,6% và di căn gan phổi 2,2%. DCVQ (-) tái phát tại chỗ 0% di căn xa (phổi) 4,4%. Xét về mối liên quan giữa diện cắt và tái phát sau mổ với kết quả này chúng tôi nhận thấy DCVQ (+) còn cao so với các tác giả nói trên nhưng phân tích những yếu tố liên quan như giai đoạn bệnh, giai đoạn T ảnh hưởng đến tỷ lệ dương tính hay kích thước khối u  $\leq 5$  cm chiếm tỷ lệ cao mặc dù nhóm nghiên cứu đã phân tích thống kê mối liên quan giữa kích thước và DCVQ (+) không có ý nghĩa thống kê nhưng có nguy cơ cao. Mối liên quan giữa DCVQ và tái phát sau mổ chúng tôi nhận thấy với kết quả trên, nên chú ý tập trung hơn nữa ở thì cắt tầng sinh môn ở giai đoạn T3 trở đi và tư thế nằm sấp theo nhóm nghiên cứu là đáp ứng tốt trong quá trình phẫu tích như tầm quan sát tốt, phẫu trường rộng và đặc biệt cắt ngoài cơ nâng (cắt tại nguyên ủy cơ nâng nên lấy được nhiều mô quanh khối u giảm tỷ lệ (+) của diện cắt vòng quanh [1], [2], [5].

Qua theo dõi trung bình 22 tháng (6 – 54 tháng), hóa xạ sau mổ thực hiện trên 20 ca chiếm 44,4%. Có 25 bệnh nhân không hóa xạ chiếm 55,6%, mà nguyên nhân rất có thể là do trong và ngay sau đại dịch COVID-19, bệnh nhân ngại không tuân thủ hóa xạ bổ trợ sau mổ. Tái phát chung sau mổ có 6 ca. Nhóm tái phát bao gồm 3 ca tái phát vùng tầng sinh môn, 2 ca di căn phổi và 1 ca di căn gan phổi. Tái phát tương quan với DCVQ (+) tái phát 30,8%, DCVQ (-) tái phát là 6,3%, DCVQ (+) nguy cơ tái phát cao hơn diện cắt (-) 6,7 lần với  $p = 0.049$ , có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu này có 2 ca tử vong: 01 bệnh nhân tử vong ở tháng thứ 36, bệnh nhân bị ung thư giai đoạn III: T3; di căn 3/15 hạch,

DCVQ (-); có hóa xạ đủ chu kỳ; u di căn xa ở gan và phổi mà không có tái phát tại chỗ ở vùng tầng sinh môn. 1 ca tử vong còn lại ở tháng thứ 24 ở giai đoạn III: T3; di căn hạch 3/16; DCVQ (+); có hóa xạ trị sau mổ; biểu hiện tái phát vùng tầng sinh môn suy kiệt tử vong, không biểu hiện di căn xa.

## V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật Miles nội soi cắt tầng sinh môn ở tư thế nằm sấp trong điều trị 45 ca ung thư trực tràng thấp tại Thành phố Cần Thơ với thời gian theo dõi trung bình 22 tháng (6 – 54) tháng, hóa xạ trị sau mổ thực hiện trên 20 ca chiếm 44,4%. 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%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Detering R, Rutgers M L W, Bemelman W A, Hompes R, et al (2021)**, "Prognostic importance of circumferential resection margin in the era of evolving surgical and multidisciplinary treatment of rectal cancer: A systematic review and meta – analysis", *Surgery*, 170(2), 412 – 431.
2. **Kim J Y, Kim N K, Sohn S K, Kim Y W, et al (2009)**, "Prognostic value of postoperative CEA clearance in rectal cancer patients with high preoperative CEA levels", *Ann Surg Oncol*, 16(10), 2771 – 2778.
3. **Liu B, Farquharson J (2020)**, "The quality of lymph node harvests in extralevator abdominoperineal excisions", *BMC Surg*, 20(1), 241.
4. **Liu P, Bao H, Zhang X, Zhang J, et al (2015)**, "Better operative outcomes achieved with the prone jackknife vs. lithotomy position during abdominoperineal resection in patients with low rectal cancer", *World J Surg Oncol*, 13(39).
5. **Nagtegaal I D, Quirke P (2008)**, "What is the role for the circumferential margin in the modern treatment of rectal cancer?", *J Clin Oncol*, 26(2), 303 – 312.
6. **Saito G, Sadahiro S, Kamata H, Miyakita H, et al (2017)**, "Monitoring of Serum Carcinoembryonic Antigen Levels after Curative Resection of Colon Cancer: Cutoff Values Determined according to Preoperative Levels Enhance the Diagnostic Accuracy for Recurrence", *Oncology*, 92(5), 276 – 282.
7. **Warrier S K, Kong J C, Guerra G R, Chittleborough T J, et al (2018)**, "Risk Factors Associated With Circumferential Resection Margin Positivity in Rectal Cancer: A Binational Registry Study", *Dis Colon Rectum*, 61(4), 433 – 440.
8. **West N P, Anderin C, Smith K J, Holm T, et al (2010)**, "Multicentre experience with extralevator abdominoperineal excision for low rectal cancer", *Br J Surg*, 97(4), 588 – 599.