Vietnam Journal of Community Medicine, Vol 62, No 5 (2021) 16-21

# THE EARLY RESULTS OF RADICAL SURGERY IN TREATMENT OF RECTAL CANCER

Nguyen Minh Trong[1,*], Pham Hoang Ha[2], Nguyen Xuan Hung[2], Le Manh Cuong[3]

[1]*K Hospital*
[2]*Viet Duc Hospital*
[3]*National Hospital of Traditional Medicine*

Received 15/04/2021
Revised 31/05/2021; Accepted 30/06/2021

**ABSTRACT**

**Objectives:** To evaluate the early result of radical surgical treatment of rectal carcinoma.

**Subjects and methods:** Longitudinal follow-up study on 109 patients diagnosed with rectal carcinoma who were surgically treated at Department of colorectal and perineal surgery, Viet Duc hospital from October 2016 to May 2019.

**Results:** Complications of anastomotic leakage (2.75%). Postoperative bleeding (1.83%). Abdominal wound infection (10.09%). Postoperative enteroplegia (5.50%). Urinary retention (4.59%). Intestinal obstruction (2.75%). Bladder leakage and psychosis both accounted for 1.83%. Intra-abdominal bleeding, pelvic abscess, acute pancreatitis all accounted for 0.92%. Parastomal hernia had a patient, accounting for 0.92%. There were 18.37% of patients relapse after surgery. There were 11.22% of patients with distant metastasis detected after surgery, the metastatic organs were liver and lung metastasises.

**Conclusion:** Complications of radical surgery for rectal cancer were mainly anastomic leakage, wound infection, postoperative enteroplegia. The postoperative recurrence rate was 18.37% in all following (11.22% of patients had distant metastases after surgery).

*Keywords:* Rectal cancer, early results, radical surgery.

*Corressponding author
Email address: drtrong81@gmail.com
Phone number: (+84) 912 624 499
https://doi.org/10.52163/yhcd.v62i5.134

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG

Nguyễn Minh Trọng[1,*], Phạm Hoàng Hà[2], Nguyễn Xuân Hùng[2], Lê Mạnh Cường[3]

*[1]Bệnh viện K*
*[2]Bệnh viện Việt Đức*
*[3]Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương*

Ngày nhận bài: 15 tháng 04 năm 2021
Chỉnh sửa ngày: 31 tháng 05 năm 2021; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 06 năm 2021

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô trực tràng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi dọc trên 109 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTT được điều trị phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật Đại trực tràng – Tầng sinh môn, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 10/2016 đến 05/2019.

**Kết quả:** Biến chứng rò miệng nối (2,75%). Chảy máu sau mổ (1,83%). Nhiễm trùng vết mổ bụng (10,09%). Liệt ruột sau mổ (5,50%). Bí tiểu (4,59%). Tắc ruột (2,75%). Rò bàng quang và loạn thần đều chiếm 1,83%. Chảy máu trong ổ bụng, áp xe tiểu khung, viêm tụy cấp đều chiếm 0,92%. Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo có 1 BN chiếm 0,92%. Có 18,37% BN tái phát bệnh sau mổ. Có 11,22% BN có di căn xa được phát hiện sau phẫu thuật, cơ quan di căn là di căn gan, di căn phổi.

**Kết luận:** Biến chứng trong phẫu thuật triệt căn UTTT chủ yếu là rò miệng nối, nhiễm trùng vết mổ, liệt ruột sau mổ. Tỷ lệ tái phát và di căn xa trong quá trình theo dõi sau mổ là 18,37% (11,22% BN có di căn xa).

*Từ khóa:* Ung thư trực tràng, kết quả sớm, phẫu thuật triệt căn.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2018, ung thư trực tràng (UTTT) là chiếm 3,9% số trường hợp mắc mới các loại ung thư và và 3,2% tổng số trường hợp tử vong do các loại ung thư [1]. Phương pháp điều trị ung thư trực tràng là đa mô thức nhưng phẫu thuật triệt căn đóng vai trò trong các phương pháp điều trị, tỷ lệ sống thêm sau phẫu thuật triệt căn ngày càng được cải thiện. Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: Total Mesorectal Excision) đã được đưa ra từ năm 1982 bởi Heald [2], và kỹ thuật này đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong phẫu thuật triệt căn điều trị UTTT. Tuy nhiên phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng vẫn ghi nhận tỷ lệ 5 – 10% trường hợp tái phát tại chỗ sau thực hiện TME [3]. Do đó, nhằm xem xét hiệu quả của phẫu thuật triệt căn UTTT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *"Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô trực tràng"*.

*Tác giả liên hệ
Email address: drtrong81@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912 624 499
https://doi.org/10.52163/yhcd.v62i5.134

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 109 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTT được phẫu thuật điều trị tại Trung tâm Phẫu thuật Đại trực tràng – Tầng sinh môn, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 10/2016 đến 05/2019.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô trực tràng; Đánh giá giai đoạn bệnh trước mổ có sử dụng cộng hưởng từ; Đánh giá giải phẫu bệnh sau mổ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

Ung thư đường tiêu hóa khác, không phải ung thư biểu mô trực tràng; Bệnh nhân có ung thư khác ngoài đường tiêu hóa; Không đầy đủ kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi dọc.

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

Với độ tin cậy 95%, Z = 1,96.

P: Tỷ lệ tái phát tại chỗ ung thư trực tràng là 5% [4]

d: Sai số tuyệt đối mong muốn (chọn d = 5%)

Thay vào công thức trên, tính được: $n = (1,96)^2 \times 0,05 \times 0,95/(0,05)^2 = 72,99$ BN.

Như vậy phải nghiên cứu tối thiểu là 73 bệnh nhân thì cỡ mẫu sẽ đạt lực nghiệm trên 95% và sai số dưới 5%. Nghiên cứu của chúng tôi, thực tế đã tiến hành trên 109 bệnh nhân.

**Chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Hình thức phẫu thuật: Tất cả 109 bệnh nhân của chúng tôi đều tiến hành phẫu thuật có kế hoạch.

- Loại phẫu thuật: Mổ nội soi hay mổ mở; mổ nội soi chuyển mở.

- Phương pháp phẫu thuật triệt căn gồm: Phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng; phẫu thuật Miles; phẫu thuật Park; phẫu thuật Hartmann. Tất cả các phương pháp đều được nạo vét hạch hệ thống và lấy bỏ toàn vẹn mạc treo trực tràng theo Protocol thống nhất.

- Đánh giá các tai biến trong mổ: chảy máu, tổn thương các tạng lân cận (bàng quang, túi tinh, âm đạo....)...

- Đánh giá các biến chứng sớm xuất hiện sau mổ 30 ngày: chảy máu, nhiễm trùng sau mổ (mức độ nhiễm trùng vết mổ: nhẹ, vừa hay sâu); rò miệng nối; hẹp miệng nối; tắc ruột sớm; vá các biện pháp xử trí khi có biến chứng xảy ra.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu**: Thông tin liên quan đến đối tượng tham gia nghiên cứu được bảo mật; nghiên cứu không can thiệp trên bệnh nhân; kết quả nghiên cứu không phục vụ cho mục đích thương mại.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 10/2016 đến 05/2019 có 109 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân; được đưa vào nghiên cứu với các kết quả sau:

***Bảng 1. Hình thức phẫu thuật***

| Hình thức phẫu thuật | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Phẫu thuật nội soi | 79 | 72,48 |
| Phẫu thuật mở | 15 | 13,76 |
| Phẫu thuật nội soi chuyển phẫu thuật mở | 15 | 13,76 |
| **Tổng** | 109 | 100 |

Nhận xét: Trong 109 BN có 79 BN (72,48%) được phẫu thuật nội soi, 15 BN (13,76%) được phẫu thuật mở và 15 BN (13,76%) chuyển từ phẫu thuật nội soi sang phẫu thuật mở

***Bảng 2. Kỹ thuật phẫu thuật ung thư trực tràng***

| Kỹ thuật | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Mổ cắt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn + vét hạch | 10 | 9,17 |
| Mổ nội soi cắt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn + vét hạch | 26 | 23,85 |
| Mổ mở cắt đoạn trực tràng + vét hạch | 9 | 8,26 |
| Mổ nội soi cắt đoạn trực tràng + vét hạch | 45 | 41,28 |
| Mổ mở phẫu thuật Hartman + vét hạch | 11 | 10,09 |
| Mổ nội soi phẫu thuật Hartman + vét hạch | 8 | 7,34 |
| **Tổng** | 109 | 100 |

Nhận xét:

Phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng + vét hạch chiếm 41,28%; phẫu thuật nội soi cắt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn chiếm 23,85%; phẫu thuật mở Hartman chiếm 10,09%; phẫu thuật mổ cắt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn chiếm 9,17%; mổ mở cắt trực tràng + vét hạch chiếm 8,26%; phẫu thuật nội soi Hartman chiếm 7,34%.

***Bảng 3. Biến chứng sớm sau mổ ung thư trực tràng***

| Biến chứng | Số lượng (n = 109) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Rò miệng nối | 3 | 2,75 |
| Chảy máu sau mổ | 2 | 1,83 |
| Bí tiểu | 5 | 4,59 |
| Nhiễm trùng vết mổ bụng | 11 | 10,09 |
| Tắc ruột | 3 | 2,75 |
| Chảy máu trong ổ bụng | 1 | 0,92 |
| Áp xe tiểu khung | 1 | 0,92 |
| Rò bàng quang | 2 | 1,83 |
| Liệt ruột sau mổ | 6 | 5,50 |
| Viêm tụy cấp | 1 | 0,92 |
| Thoát vị cạnh HMNT | 1 | 0,92 |

Nhận xét:

- Có 3 BN xuất hiện rò miệng nối (2,75%), thường gặp ở các trường hợp có miệng nối thấp (cách rìa hậu môn ≤5cm), trong đó có 2 BN có rò mức độ nhẹ được xử trí bằng điều trị bảo tồn và 1 BN rò mức độ vừa phải tiến hành mổ lại khâu lại lỗ rò và mở thông hồi tràng.

- Chảy máu sau mổ có 2 BN (1,83%), 1 BN xuất hiện sau mổ 9 ngày và 1 BN xuất hiện sau mổ ngày đầu. Trong đó, 1 BN được mổ lại để xử trí chảy máu, 1 BN điều trị nội khoa không cần can thiệp.

- Có 11 BN xuất hiện biến chứng nhiễm trùng vết mổ bụng chiếm 10,09%. 6 BN liệt ruột sau mổ (5,50%). 5 BN xuất hiện bí tiểu (4,59%). 3 BN tắc ruột (2,75%). Biến chứng rò bàng quang có 2 BN (1,83%). Biến chứng chảy máu trong ổ bụng, áp xe tiểu khung, viêm tụy cấp đều có 1 BN (0,92%). Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo có 1 BN chiếm 0,92%.

***Bảng 4. Tái phát, di căn sau mổ***

| Tái phát | Số lượng (n = 98) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Có | 18 | 18,37 |
| Không | 80 | 81,63 |
| **Di căn xa** | | |
| Có | 11 | 11,22 |
| Không | 87 | 88,78 |

Nhận xét:

Có 18 BN tái phát bệnh sau mổ (18,37%). Có 11 BN (11,22%) có di căn xa được phát hiện sau phẫu thuật, cơ quan di căn là di căn gan, di căn phổi.

## 4. BÀN LUẬN

### Đặc điểm phẫu thuật:

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 109 BN, trong đó có 79 BN được phẫu thuật nội soi (72,48%), 15 BN được phẫu thuật mở (13,76%) và có 15 BN chuyển từ phẫu thuật nội soi sang phẫu thuật mở (13,76%). Lý do chuyển mổ chủ yếu là do khối u xâm lấn rộng trong tiểu khung; đại tràng sigma, đại tràng trái dính vào mạc treo hồi tràng; căng miệng nối; do biến động trong gây mê.

Kỹ thuật mổ chủ yếu được áp dụng là phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng + vét hạch chiếm 41,28%; các kỹ thuật mổ khác như phẫu thuật Miles nội soi chiếm 23,85%; phẫu thuật mở Hartman chiếm 10,09%; phẫu thuật Miles mở chiếm 9,17%; mổ mở cắt trực tràng + vét hạch chiếm 8,26%; phẫu thuật nội soi Hartman chiếm 7,34%.

### *Biến chứng sau mổ:*

Biến chứng sau phẫu thuật điều trị UTTT, chúng tôi ghi nhận: Có 3 BN xuất hiện rò miệng nối (2,75%), thường gặp ở các trường hợp có miệng nối thấp (cách rìa hậu môn ≤5cm), trong đó có 2 BN có rò ở mức độ nhỏ được xử trí bằng điều trị bảo tồn và 1 BN rò mức độ vừa phải tiến hành mổ lại khâu lại lỗ rò và mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối. Chảy máu sau mổ có 2 BN (1,83%), 1 BN xuất hiện sau mổ 9 ngày và 1 BN xuất hiện sau mổ ngày đầu. Trong đó, 1 BN được tiến hành mổ lại để xử trí chảy máu, 1 BN điều trị bảo tồn. Có 11 BN xuất hiện biến chứng nhiễm trùng vết mổ bụng chiếm 10,09%. 6 BN liệt ruột sau mổ (5,50%). 5 BN xuất hiện bí tiểu (4,59%). 3 BN tắc ruột (2,75%). Biến chứng rò bàng quang có 2 BN (1,83%). Biến chứng chảy máu trong ổ bụng, áp xe tiểu khung, viêm tụy cấp đều có 1 BN (0,92%). Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo có 1 BN chiếm 0,92%.

Nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng và cs (2014), cho thấy tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật UTTT với chảy máu sau mổ (3,2%), nhiễm trùng vết mổ (6,5%), bục, xì miệng nối (4,8%). Theo nghiên cứu của Trần Anh Cường (2017), có 22 bệnh nhân bị tai biến, biến chứng, chiếm tỷ lệ 19,9%, trong đó: chảy máu là 4 chiếm tỷ lệ 3,4%; tai biến tiết niệu và tiêu hóa là 2 BN chiếm tỷ lệ 1,7% (1 bị rách bàng quang; 1 bị thủng ruột non); rò miệng nối chiếm tỷ lệ 1,8%; nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 9,5%; có 1 bệnh nhân tử vong (chiếm 0,9%) do sốc nhiễm trùng, nhiễm độc/bệnh nhân bị viêm phúc mạc do bục miệng nối [5].

Nghiên cứu của Phạm Đức Huấn (2018) trên các BN UTTT được phẫu thuật nội soi điều trị cho thấy tỷ lệ rò miệng nối là 10,2%. Vấn đề của phẫu thuật nội soi là hạn chế về tính linh hoạt của dụng cụ phẫu thuật, khó khăn trong các thao tác trong quá trình mổ, điều này đã có những ảnh hưởng không nhỏ đến tỷ lệ thành công của cuộc mổ, đồng thời cũng gia tăng tỷ lệ biến chứng rò miệng nối. Biến chứng rò miệng nối ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Lê Quốc Tuấn (2020) với tỷ lệ thấp 1,8% [6].

Theo Nguyễn Minh An và cs, biến chứng sớm sau mổ chiếm 10,9%, không có tử vong trong phẫu thuật. Theo Leonard D. và cs, biến chứng sau phẫu thuật là 19,9%, rò miệng nối là 6,8% và tử vong là 0,6%. Ingeholm P. và cs nghiên cứu trong khoảng thời gian từ năm 2001-2014 cho thấy: rò miệng nối sau phẫu thuật < 10% (năm 2014); tỷ lệ tử vong 30 ngày sau khi phẫu thuật giảm từ > 7% trong giai đoạn 2001-2003 xuống còn <2% từ năm 2013 trở lại đây [7]. Nghiên cứu của Kang (2012), ghi nhận rò miệng nối sau phẫu thuật là 13,68% [8]. Paun B.C. và cs thống kê tỷ lệ rò miệng nối trong 84 nghiên cứu là 11%; tỷ lệ nhiễm trùng vùng chậu trong 29 nghiên cứu là 12%; và tỷ lệ nhiễm trùng vết thương trong 50 nghiên cứu là 7%; tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật trong 75 nghiên cứu là 2% [9].

Tái phát tại chỗ UTTT sau phẫu thuật: theo dõi các bệnh nhân sau phẫu thuật điều trị UTTT ghi nhận có 18 BN (18,37%) tái phát ung thư sau mổ. Có 11 BN (11,22%) có di căn xa được phát hiện sau phẫu thuật, cơ quan di căn là di căn gan, di căn phổi.

Kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như: Nguyễn Văn Hiếu là 16%, Nguyễn Trọng Hòe là 26,1%. Tuy nhiên, kết quả về tỷ lệ tái phát và di căn sau mổ của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Lê Quốc Tuấn (2020) cho thấy tỷ lệ di căn ở BN UTTT là 8,9% và không có trường hợp nào tái phát tại chỗ [6].

Philip Rubin và John T. Hansen (2012), cho rằng tỷ lệ tái phát tại chỗ phụ thuộc nhiều vào đặc điểm vị trí UTTT, tỷ lệ tái phát tại chỗ chung khoảng 18% cho những khối u cách rìa hậu môn < 7cm. Tác giả cũng nhận định, giai đoạn bệnh cũng là yếu tố tiên lượng mạnh cho tỷ lệ tái phát tại chỗ, với mức độ xâm lấn T1, T2 là 38% và T3, T4 là 30%, với những trường hợp có kèm theo di căn hạch có thể lên tới 65% [10].

## 5. KẾT LUẬN

Biến chứng rò miệng nối (2,75%). Chảy máu sau mổ (1,83%). Nhiễm trùng vết mổ bụng (10,09%). Liệt ruột sau mổ (5,50%). Bí tiểu (4,59%). Tắc ruột (2,75%). Rò bàng quang chiếm 1,83%. Chảy máu trong ổ bụng, áp xe tiểu khung, viêm tụy cấp đều chiếm 0,92%. Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo có 1 BN chiếm 0,92%.

Có 18,37% BN tái phát, di căn xa sau mổ, trong đấy 11,22% BN có di căn xa được phát hiện trong quá trình theo dõi bệnh nhân, tạng di căn chủ yếu là gan, phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


[1] Freddie B, Jacques F, Isabelle S, et al., Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, Ca Cancer J Clin., 2018; 68(6): 394–424.

[2] RJ Heald, M Husband, RDH Ryall, The mesorectum in rectal cancer surgery-the clue to pelvic recurrence?, Br. J. Surg., 1982; 69(10):613-6.

[3] Seung HB, Nam KK, Young CL, et al., Prognostic Significance of Circumferential Resection Margin Following Total Mesorectal Excision and Adjuvant Chemoradiotherapy in Patients with Rectal Cancer, Ann Surg Oncol., 2007; 14(2) : 462-469.

[4] Youn YP, Jaeim L, Yoon DH, et al., Survival outcomes after isolated local recurrence of rectal cancer and risk analysis affecting its resectability, J Surg Oncol, 2020; 122(7):1470-1480

[5] Cuong TA, Study the characteristics of lymph node metastasis and surgical treatment outcomes rectal cancer is present in the hospital K, Doctor of Medicine Thesis, Hanoi Medical University, 2017. (in Vietnamese)

[6] Tuan LQ, Evaluation of the results of surgical resection and anastomosis in the treatment of middle and low rectal cancer, Doctor of Medicine Thesis, Hanoi Medical University, 2020. (in Vietnamese)

[7] Peter I, Ismail G, Lene HI, Danish Colorectal Cancer Group Database, Clin Epidemiol, 2016; 8: 465-468. https://doi.org/10.2147/CLEP.S99481

[8] Celeste YK, Wissam JH, Obaid OC, et al., Risk Factors for Anastomotic Leakage After Anterior Resection for Rectal Cancer, JAMA Surg., 2013;148 (1): 65-71.

[9] Bogdan CP, Scott C, Anthony RM, et al., Postoperative Complications Following Surgery for Rectal Cancer, Ann Surg., 2010; 251(5):807-818

[10] Philip R, John TH, TNM staging atlas with oncoanatomy, Lippincott Williams & Wilkins Publisher, 2012; p. 352-361.