Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 85-88

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC TOTAL COLECTOMY FOR THE TREATMENT OF FAMILIAL ADENOMATOUS POLYPOSIS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Duong Diep Thien Phu[1], Nguyen Van Tuan[2], Mai Van Doi[2*], Lam Hoang Huan[1], Nguyen Le Gia Kiet[1], Pham Van Nang[3]

[1]*Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital - 179 Nguyen Van Cu, An Khanh Ward, Ninh Kieu District, Can Tho City, Vietnam*
[2]*Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An Ward, Can Tho City, Vietnam*
[3]*Vinmec Can Tho General Hospital*

Received: 17/06/2026
Revised: 12/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Background: Familial adenomatous polyposis (FAP) is a rare hereditary cancer syndrome characterized by a high risk of colorectal cancer progression if left untreated. Total colectomy with ileorectal anastomosis represents a surgical option when rectal preservation is feasible.

Objective: To evaluate the early outcomes of laparoscopic total colectomy with ileorectal anastomosis in the treatment of FAP. Materials and Methods: A retrospective descriptive study of 30 FAP patients who underwent laparoscopic total colectomy with ileorectal anastomosis at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital between January 2012 and January 2025.

Results: The mean age was 38.3 ± 15.3 years, the male-to-female ratio was 7:8. A family history of FAP was present in 60.0% of patients, and endoscopically suspected malignant lesions were identified in 33.3%. Mean operative time was 313.3 ± 92.4 minutes, mean hospital stay was 9.07 ± 2.7 days. The mean daily bowel movement frequency was 6.3 ± 2.2, 70% of patients required loperamide. The postoperative complication rate was 10.0%, with no anastomotic leakage or 30-day mortality recorded. Adenocarcinoma was identified histopathologically in 30% of cases, adequate lymph node harvest (≥12 nodes) was achieved in 93.3% of patients.

Conclusion: Laparoscopic total colectomy with ileorectal anastomosis is a safe and feasible surgical approach for the treatment of FAP. The substantial rate of malignant transformation highlights the importance of enhanced screening, genetic counseling, and regular endoscopic surveillance in patients with FAP.

Keywords: Familial adenomatous polyposis, total colectomy, ileorectal anastomosis.

*Corresponding author
Email: mvdoi@ctump.edu.vn **Phone:** (+84) 975167076 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6619

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ ĐẠI TRÀNG ĐIỀU TRỊ ĐA POLYP TUYẾN GIA ĐÌNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Dương Diệp Thiên Phú[1], Nguyễn Văn Tuấn[2], Mai Văn Đợi[2*], Lâm Hoàng Huấn[1], Nguyễn Lê Gia Kiệt[1], Phạm Văn Năng[3]

[1]Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. An Khánh, Q. Ninh Kiều, Tp. Cần Thơ, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam
[3]Bệnh viện Đa khoa Vinmec Cần Thơ

Ngày nhận: 17/06/2026
Ngày sửa: 12/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đa polyp tuyến gia đình (FAP) là hội chứng ung thư di truyền hiếm gặp, nguy cơ tiến triển thành ung thư đại trực tràng rất cao nếu không điều trị. Cắt toàn bộ đại tràng nối hồi - trực tràng là lựa chọn khi còn bảo tồn được trực tràng.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng nối hồi - trực tràng điều trị FAP. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả 30 bệnh nhân FAP phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (01/2012–01/2025).

Kết quả: Tuổi trung bình: 38,3 ± 15,3, nam:nữ = 7:8. Tiền sử gia đình FAP 60%, tổn thương nghi ung thư qua nội soi 33,3%. Thời gian phẫu thuật: 313,3 ± 92,4 phút, nằm viện: 9,07 ± 2,7 ngày. Số lần đi tiêu sau mổ: 6,3 ± 2,2 lần/ngày, 70% cần sử dụng loperamide. Biến chứng sau mổ 10%, không ghi nhận trường hợp xì miệng nối hoặc tử vong trong 30 ngày sau mổ. Ung thư biểu mô tuyến 30%, hạch nạo vét ≥12 đạt 93,3%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng nối hồi - trực tràng là phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị FAP. Tỉ lệ ung thư hóa còn cao cho thấy cần tăng cường tầm soát, tư vấn di truyền và theo dõi nội soi định kỳ.

Từ khóa: Đa polyp tuyến gia đình, cắt toàn bộ đại tràng, nối hồi - trực tràng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa polyp tuyến gia đình (Familial Adenomatous Polyposis - FAP) là hội chứng ung thư di truyền hiếm gặp, tần suất 1/10.000–1/30.000 người, liên quan chủ yếu đến đột biến gen APC (Adenomatous Polyposis Coli) [1]. Nếu không được điều trị, gần như 100% bệnh nhân FAP sẽ tiến triển thành ung thư đại trực tràng trước tuổi 40 [2,3,4].

Hiện nay, phương pháp điều trị chủ yếu cho FAP là phẫu thuật dự phòng. Trong đó, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt toàn bộ đại tràng ngày càng được ưa chuộng do những ưu điểm như giảm, thời gian nằm viện ngắn, phục hồi sớm và kết quả thẩm mỹ tốt hơn so với phẫu thuật mở trước đây (5). Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng trong điều trị nhiều bệnh lý đại - trực tràng từ những năm 2000, bao gồm cả các trường hợp FAP [6]. Tuy nhiên, do FAP là bệnh hiếm, số lượng nghiên cứu trong nước còn hạn chế, đặc biệt là các báo cáo đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng tại các cơ sở đào tạo và điều trị khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Bên cạnh đó, các dữ liệu về đặc điểm bệnh nhân, tỉ lệ ung thư hóa, thời điểm phẫu thuật, biến chứng sau mổ, chức năng đi tiêu sau phẫu thuật vẫn cần được bổ sung nhằm làm rõ hơn tính an toàn, khả thi và giá trị thực tiễn của phương pháp này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sớm và kết quả chức năng đại tràng sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng nối hồi – trực tràng điều trị FAP.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đa polyp tuyến gia đình được điều trị bằng PTNS cắt toàn bộ đại tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, từ 1/ 2012 đến 1/ 2025.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:*

+ Bệnh nhân được chẩn đoán FAP dựa trên tiêu chuẩn lâm sàng và mô bệnh học bao gồm: có ≥100 polyp tuyến đại - trực tràng qua nội soi hoặc có tiền sử gia đình phù hợp với FAP hoặc có đột biến gen APC/MUTYH được xác định bằng xét nghiệm di truyền, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng nối hồi - trực tràng, có hồ sơ bệnh án đầy đủ các biến số nghiên cứu chính.

+ Chỉ định IRA: khi polyp trực tràng < 20 hoặc polyp đại tràng < 1000, mô bệnh học chỉ nghịch sản nhẹ–vừa (không có nghịch sản độ cao/ung thư).

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân chuyển mổ mở trong quá trình phẫu thuật hoặc được phẫu thuật bằng phương pháp khác không phải nối hồi – trực tràng (ví dụ: tạo hình túi hồi tràng – hậu môn, cắt toàn bộ đại – trực tràng), hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu để đánh giá kết cục chính, có tiền sử hóa trị hoặc xạ trị trước mổ, hoặc có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.
- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 30 trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.
- Nội dung nghiên cứu
- Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, tiền sử gia đình FAP, đặc điểm nội soi, CEA trước mổ, mở hồi tràng tạm thời, thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, số lần đi tiêu sau mổ, liều loperamide sử dụng sau mổ, thời gian nằm viện, biến chứng trong 30 ngày, xì miệng nối, tái phẫu thuật, tử vong, mô bệnh học, số hạch nạo vét và giai đoạn bệnh ở nhóm có ung thư.
- Định nghĩa kết cục: Kết quả sớm được đánh giá trong thời gian nằm viện và trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Trong đó, số lần đi tiêu trung bình mỗi ngày và liều loperamide sử dụng được ghi nhận tại thời điểm xuất viện; biến chứng sau mổ, tình trạng xì miệng nối, tái nhập viện và tái phẫu thuật hoặc tử vong được theo dõi và ghi nhận trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Xây dựng bảng thu thập số liệu, nghiên cứu hồ sơ bệnh án,

*Tác giả liên hệ
Email: mvdoi@ctump.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 975167076 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6619

thăm khám và kết quả cận lâm sàng, các triệu chứng, biến chứng ghi nhận trong thời gian theo dõi.

2.4. Phương pháp xử trí và phân tích số liệu

Biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn nếu phân bố gần chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân bố lệch. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. So sánh giữa nhóm có và không có ung thư biểu mô tuyến sử dụng Fisher's exact test cho biến định tính do cỡ mẫu nhỏ. Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt (Số: 07/BB-HĐĐĐ, ngày 10/03/2026) để thực hiện phân tích hồi cứu và được miễn yêu cầu lấy đồng thuận của người bệnh. Toàn bộ dữ liệu nghiên cứu được thu thập, mã hóa và ẩn danh trước khi phân tích nhằm đảm bảo bảo mật thông tin cá nhân theo quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Trong thời gian nghiên cứu, có 30 bệnh nhân FAP được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng nối hồi - trực tràng. Tuổi trung bình là 38,3 ± 15,3 tuổi (14 – 62). Tỉ lệ nam:nữ là 7:8. 60% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc FAP. Nội soi đại - trực tràng phát hiện tổn thương đại thể nghi ngờ ung thư 33,3% các trường hợp.

3.2. Kết quả điều trị sớm

3.2.1. Kết quả phẫu thuật

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng, nối hồi – trực tràng (IRA)	30 (100%)
Mở hồi tràng ra da	6 (20%)
Thời gian phẫu thuật	313,3 ± 92,4 (120 - 600) phút
Số lần đi tiêu sau mổ (lần/ngày)	6,3 ± 2,2 (3 – 12) lần
Sử dụng Loperamide	21 (70%)
Liều dùng Loperamide	7,5 ± 3,5 (4 - 16) mg
Tai biến trong mổ	0
Thời gian nằm viện	9,07 ± 2,7 (6 – 17) ngày

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng và nối hồi - trực tràng. Có 6 trường hợp (20,0%) được mở hồi tràng ra da tạm thời. Thời gian phẫu thuật trung bình là 313,3 ± 92,4 phút. Không ghi nhận tai biến trong mổ. Sau mổ, số lần đi tiêu trung bình là 6,3 ± 2,2 lần/ngày, 21 bệnh nhân (70,0%) cần sử dụng loperamide với liều trung bình 7,5 ± 3,5 mg/ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 9,07 ± 2,7 ngày.

3.2.2. Biến chứng sau mổ

Biến chứng hậu phẫu được ghi nhận ở 3 bệnh nhân (10%), chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ (6,7%) và một trường hợp viêm phổi (3,3%). Không ghi nhận trường hợp nào xì miệng nối hay tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật.



(Nguồn: Người bệnh TRẦN ĐẠI L., MS: 8827/2023)

Hình 1. Bệnh phẩm sau mổ

3.2.3. Giải phẫu bệnh sau mổ

Bảng 2. Kết quả mô bệnh học sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ		n	%
Phân loại	U tuyến ống	30	100
	Ung thư biểu mô tuyến (polyp hoá ác)	9	30
Giai đoạn T	T2	1	11,1
	T3	6	66,7
	T4a	2	22,2
Hạch vùng	N0	2	22,2
	N1	6	66,7
	N2	1	11,1
Số hạch	< 12 hạch	2	6,7
	≥12 hạch	28	93,3

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều có u tuyến ống, trong đó có 9 trường hợp (30%) chuyển thành ung thư biểu mô tuyến. Trong nhóm ung thư, giai đoạn T3 chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%), tiếp theo là T4a (22,2%) và T2 (11,1%). Về hạch vùng, N1 chiếm đa số (66,7%), kế đến là N0 (22,2%) và N2 (11,1%). Đa số bệnh nhân (93,3%) được nạo vét hạch đạt tiêu chuẩn với số lượng ≥12 hạch.

Bảng 3. Tương quan giữa ung thư biểu mô tuyến với các yếu tố liên quan

Yếu tố		Ung thư biểu mô tuyến		p
		Không	Có	
Giới	Nam	12 (85,7%)	2 (14,3%)	0,118*
	Nữ	9 (56,3%)	7 (43,7%)	
Nhóm tuổi	< 20	5 (100%)	0	0,202*
	20 - <40	6 (54,5%)	5 (45,5%)	
	40 - <60	8 (80%)	2 (20%)	
	≥ 60	2 (50%)	2 (50%)	
Nội soi hình ảnh đại thể nghi ngờ ung thư	Không	20 (100%)	0	< 0,001*
	Có	1 (10%)	9 (90%)	
Nồng độ CEA (ng/mL)	< 5 ng/mL	19 (82,6%)	4 (17,4%)	0,023*
	≥ 5 ng/mL	2 (28,6%)	5 (71,4%)	

(*) Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Hai yếu tố tương quan có ý nghĩa thống kê là sự xuất hiện của u kèm theo qua nội soi (p <0,001) và nồng độ CEA tăng trong máu (p=0,023). Cụ thể, 90% bệnh nhân có u kèm theo được phát hiện qua nội soi và 71,4% bệnh nhân có nồng độ CEA từ 5 ng/mL trở lên đều có mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến. Tuy nhiên, các yếu tố về giới tính và nhóm tuổi không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

4. BÀN LUẬN

Đa polyp tuyến gia đình là một hội chứng ung thư di truyền hiếm gặp, đặc trưng bởi sự phát triển của hàng trăm đến hàng nghìn polyp tuyến trong đại - trực tràng. Nếu không điều trị gần 100% các trường hợp sẽ chuyển thành ung thư từ sau tuổi 40 [3]. Từ 1/2012 đến 1/2025, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 30 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng do FAP với tỉ lệ nam/ nữ là 7/8, độ tuổi trung bình là 38,3 ± 15,3 (14-62) tuổi. Kết quả này tương đối cao hơn so với một số tác giả nước ngoài khác như: Vitellaro (2012) [7]: 28 tuổi, T. Matsubara (2022) [8]: 26 tuổi. Kết quả này có thể

phản ánh sự khác biệt về khả năng tiếp cận tầm soát, tư vấn di truyền và phát hiện bệnh trong cộng đồng. Đáng chú ý, tỉ lệ ung thư biểu mô tuyến sau mổ lên đến 30%, đây là một tỉ lệ cao và đáng báo động, cho thấy nhiều bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã tiến triển đến giai đoạn ung thư hóa. Tuy nhiên, do nghiên cứu hồi cứu và không có dữ liệu hệ thống về thời điểm khởi phát triệu chứng, nội soi tầm soát và xét nghiệm gen, do đó khả năng khái quát hóa trên cộng đồng FAP còn hạn chế .

Nghiên cứu cũng ghi nhận 60% các trường hợp có tiền sử gia đình mắc FAP. nhấn mạnh vai trò của khai thác phả hệ, tư vấn di truyền và tầm soát chủ động cho thân nhân thế hệ thứ nhất đặc biệt, nội soi đại – trực tràng với trẻ từ 10-14 tuổi [7]. Nội soi đại - trực tràng vẫn là phương tiện quan trọng nhất để xác định số lượng polyp, đánh giá đại thể tổn thương nghi ngờ ung thư và định hướng thời điểm cũng như phạm vi phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, tổn thương đại thể nghi ngờ ung thư qua nội soi có liên quan với kết quả ung thư biểu mô tuyến sau mổ (p< 0,001). Tuy nhiên, vì cỡ mẫu nhỏ, kết quả này nên được xem là tín hiệu lâm sàng gợi ý hơn là bằng chứng khẳng định yếu tố dự báo độc lập.

Phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng nối hồi - trực tràng là lựa chọn phù hợp ở bệnh nhân FAP có tổn thương polyp trực tràng còn kiểm soát được bằng nội soi tiêu hóa và mong muốn bảo tồn chức năng đại tiện tự nhiên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng nối hồi - trực tràng, trong đó 20% được mở hồi tràng ra da tạm thời. Thời gian phẫu thuật trung bình là 313,3 ± 92,4 phút. Kết quả này gần tương đương với các tác giả khác như Kienle (2005): 320 (175–465) phút, Vitellaro (2012): 300 (210–380) phút [7, 9]. Thời gian mổ kéo dài có thể liên quan tiền sử phẫu thuật bụng, đến đường cong học tập, đặc biệt số ca trong giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật.

Sau phẫu thuật, số lần đi tiêu trung bình là 6,3 ± 2,2 lần/ngày và 70% bệnh nhân cần sử dụng loperamide, với liều dùng là 7,5 ± 3,5 (4 - 16) mg. Đây là vấn đề thường gặp sau cắt toàn bộ đại tràng do giảm khả năng hấp thu nước và giảm chức năng chứa đựng của đại tràng. Mặc dù số lần đi tiêu còn tương đối cao trong giai đoạn sớm, phần lớn trường hợp có thể kiểm soát bằng điều chỉnh chế độ ăn và thuốc chống tiêu chảy. Theo Hiệp hội Tiêu hoá Anh quốc (2024), liều dùng loperamide khuyến cao cho các trường hợp ruột ngắn hoặc có mở hồi tràng ra da là 12-24 mg/ngày [10].

Kết quả mô bệnh học cho thấy 30% bệnh nhân có ung thư biểu mô tuyến phát sinh trên nền FAP, trong đó 33,3% giai đoạn II và 66,7% giai đoạn III. Tỉ lệ này tương đối cao và có thể liên quan đến tuổi phẫu thuật muộn cũng như bệnh nhân được phát hiện khi đã có triệu chứng hoặc tổn thương nghi ngờ ung thư. Về chất lượng đánh giá ung thư học, 93,3% bệnh nhân có số hạch nạo vét ≥12, đáp ứng yêu cầu tối thiểu để xếp giai đoạn hạch trong ung thư đại trực tràng. Nghiên cứu của Vitellaro (2012) ghi nhận, tỉ lệ ung thư sau mổ là 16,3% (9/55 trường hợp) [7]. Tác giả kết luận có mối tương quan giữa độ tuổi, giai đoạn bệnh và thời gian theo dõi với ung thư biểu mô tuyến. Trong dữ liệu của chúng tôi, hình ảnh nội soi nghi ngờ ung thư và CEA ≥5 ng/mL có mối tương quan với ung thư biểu mô tuyến sau mổ (p <0,05). Tuy nhiên, với chỉ 9 trường hợp ung thư, số lượng tương đối nhỏ nên chúng tôi nghĩ rằng đây là các dấu hiệu gợi ý cần đánh giá kỹ trước mổ.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ đại tràng là phương pháp khả thi và an toàn trong điều trị FAP, với tỷ lệ biến chứng sớm thấp, khả năng phục hồi sau mổ tốt và đảm bảo nguyên tắc ung thư học.

HẠN CHẾ ĐỀ TÀI

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm và cỡ mẫu nhỏ làm hạn chế khả năng suy luận thống kê. Thứ hai, nghiên cứu chưa có dữ liệu đầy đủ về xét nghiệm đột biến gen, đánh giá chất lượng sống và chức năng đại tiện dài hạn. Đặc biệt, việc thiếu xét nghiệm đột biến gen APC là một rào cản trong đánh giá mối liên quan kiểu gen - kiểu hình và tiên lượng bệnh. Thứ ba, dữ liệu được thu thập trong thời gian dài (2012–2025), khoảng dao động lớn của thời gian phẫu thuật (120–600 phút) phần nào phản ánh sự khác biệt giữa giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật và giai đoạn sau khi đã tích lũy kinh nghiệm, đây là yếu tố gây nhiễu tiềm tàng (đường cong học tập) chưa được hiệu chỉnh đầy đủ do cỡ mẫu nhỏ. Do đó, cần có các nghiên cứu tiến cứu với thời gian theo dõi dài hạn và kết hợp phân tích di truyền để đánh giá toàn diện hơn kết quả điều trị.

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được Trường Đại học Y Dược Cần Thơ hỗ trợ kinh phí thực hiện. Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ của Nhà trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Herzig D, Hardiman K, Weiser M, You N, Paquette I, Feingold DL, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Inherited Polyposis Syndromes. Diseases of the colon and rectum. 2017;60(9):881-94. doi: 10.1097/dcr.0000000000000912

[2] Vitellaro M, Bonfanti G, Sala P, Poiasina E, Barisella M, Signoroni S, et al. Laparoscopic colectomy and restorative proctocolectomy for familial adenomatous polyposis. Surgical endoscopy. 2011;25(6):1866-75. doi: 10.1007/s00464-010-1478-z

[3] Bolshinsky V. Colonic Surgery in Patients With Familial Adenomatous Polyposis. Diseases of the colon and rectum. 2019;62(7):781-5. doi: 10.1097/dcr.0000000000001408

[4] Vasen HF, Möslein G, Alonso A, Aretz S, Bernstein I, Bertario L, et al. Guidelines for the clinical management of familial adenomatous polyposis (FAP). Gut. 2008;57(5):704-13. doi: 10.1136/gut.2007.136127

[5] Ferrantella A, Saberi RA, Willobee BA, Quiroz HJ, Langshaw AH, Pandya S, et al. Prophylactic colectomy for children with familial adenomatous polyposis: resource utilization and outcomes for open and laparoscopic surgery. Translational gastroenterology and hepatology. 2021;6:40. doi: 10.21037/tgh-20-190

[6] Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Từ Đức Hiền. Cắt đại tràng nội soi. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2003;12(1):186-90.

[7] Vitellaro M, Ferrari A, Trencheva K, Sala P, Massimino M, Piva L, et al. Is laparoscopic surgery an option to support prophylactic colectomy in adolescent patients with Familial Adenomatous Polyposis (FAP)? Pediatr Blood Cancer. 2012;59(7):1223-8. doi: 10.1002/pbc.24113

[8] Matsubara T, Beppu N, Ikeda M, Ishida H, Takeuchi Y, Nagasaki T, et al. Current clinical practice for familial adenomatous polyposis in Japan: A nationwide multicenter study. Annals of gastroenterological surgery. 2022;6(6):778-87. doi: 10.1002/ags3.12577

[9] Kienle P, Z'Graggen K, Schmidt J, Benner A, Weitz J, Büchler MW. Laparoscopic restorative proctocolectomy. The British journal of surgery. 2005;92(1):88-93. doi: 10.1002/bjs.4772

[10] British Intestinal Failure Alliance (BIFA) Position Statement. The use of high dose loperamide in patients with short bowel associated intestinal failure. Bapen. 2024:1-8.