

KẾT QUẢ SỐM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO ĐẠI TRÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRÁI

Trần Văn Minh Tuấn (BCV)¹, Trần Trí Bảo², Dương Bá Lập³

TÓM TẮT

Mở đầu: Phẫu thuật nội soi (PTNS) theo kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (TBMTĐT) trong điều trị ung thư đại tràng đã làm cải thiện kết quả lâu dài về mặt ung thư học và đang trở thành tiêu chuẩn cho phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm PTNS cắt TBMTĐT trong điều trị ung thư đại tràng trái giai đoạn I – III và chất lượng mẫu bệnh phẩm về mặt ung thư học.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, báo cáo loạt ca. Tất cả bệnh nhân ung thư đại tràng trái được PTNS cắt TBMTĐT tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2018 đến 07/2019.

Kết quả: Có 43 bệnh nhân (18 nữ và 25 nam) được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là $59,35 \pm 10,80$ tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là $208,14 \pm 38,50$ phút. Lượng máu mất $100,07 \pm 29,15$ ml. Không có tai biến trong mổ. Biến chứng sau mổ chiếm tỉ lệ 14%: nhiễm trùng vết mổ 7%, xì miệng nối 4,7% và tắc ruột sau mổ là 2,3 %. Thời gian nằm viện trung bình là $8,98 \pm 4,80$ ngày. Số hạch phẫu tích được trung bình là $18,32 \pm 3,53$ hạch. Có 44,2% bệnh nhân có di căn hạch với số lượng hạch di căn trung bình là $2,30 \pm 4,54$ hạch. Chiều dài mẫu bệnh phẩm $33,67 \pm 6,81$ cm.

Kết luận: PTNS cắt TBMTĐT là phương pháp chọn lựa an toàn cho ung thư đại tràng trái với tỉ lệ biến chứng thấp, và đạt được kết quả tốt về chất lượng mẫu bệnh phẩm của ung thư học.

Từ khóa: ung thư đại tràng, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng.

SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLIC EXCISION FOR LEFT COLON CANCER

ABSTRACT:

Background: Laparoscopic complete mesocolic excision for the treatment of colon cancer has improved long-term survival and become the standard procedure in surgical management of colon cancer.

Objectives: Evaluate short-term outcomes of laparoscopic complete mesocolic excision in stage I – III left colon cancer and the quality of oncologic specimens

Patients and methods: The prospective study of patients diagnosed left colon cancer. The patients underwent laparoscopic complete mesocolic excision between January 2018 and July 2019 at Binh Dan Hospital.

Results: 43 patients (18 females and 23 males) were included. The mean age is $59,35 \pm 10,80$ years. The mean operative time was $208,14 \pm 38,50$ minutes . The mean volume of intraoperative blood loss was $100,07 \pm 29,15$ ml. There were no complication during operation. Post operative complications occurred in 14% of patient, included 7% of surgical site infection, 4,7% of anastomosis leakage and 2,3% of postoperative obstruction. The mean length of stay was $8,98 \pm 4,80$ days. The mean number of lymph nodes retrieval was $18,32 \pm 3,53$ nodes . There were 44,2% of patients with node metastasis and the mean number of nodal metastasis number was $2,30 \pm 4,54$. The length of specimen was $33,67 \pm 6,81$ cm.

Conclusions: Laparoscopic complete mesocolic excision is safe to treat left colon cancer with less postoperative complication. The quality of oncologic specimen is good.

Keywords: left colon cancer, complete mesocolic excision.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư đại tràng là một trong các loại ung thư phổ biến trên thế giới. Theo Globocan 2018, ở Việt Nam ung thư đại tràng đứng thứ 8 trong các loại ung thư thường gặp và số trường hợp chết mỗi năm là 3.183 trường hợp⁽¹⁴⁾. Cho đến nay, với nhiều tiến bộ trong điều trị ung thư đại tràng, hoá xạ trị

¹ Thạc sĩ, Bộ môn Ngoại, Khoa Y, Đại học Quốc Gia TP.Hồ Chí Minh, email : tvmtuan@medvnu.edu.vn, DDTDDD : 038 6580058

² Bác sĩ nội trú, Bệnh viện Bình Dân

³ Thạc sĩ, Bộ môn Ngoại, Khoa Y , Đại học Y Dược Tp.Hồ Chí Minh

kết hợp với phẫu thuật đã cải thiện kết quả dài hạn của điều trị ung thư, tuy nhiên phẫu thuật vẫn giữ vai trò chủ đạo trong điều trị ung thư đại tràng.

Năm 1982, Heald và cộng sự đã báo cáo kỹ thuật TME trong điều trị ung thư trực tràng. Kỹ thuật này lấy toàn bộ trực tràng và mạc treo trực tràng thành một khối và phẫu tích theo khoang vô mạch bảo vệ toàn bộ bao mạc treo trực tràng và đã trở thành kỹ thuật tiêu chuẩn cho điều trị ung thư trực tràng. Năm 2009, Hohenberger và cộng sự công bố kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng và cột mạch máu tận gốc như là một tiêu chuẩn mới trong điều trị ung thư đại tràng. Theo dõi 5 năm, tác giả nhận thấy tỉ lệ tái phát từ 6,5% xuống còn 3,6% và tỉ lệ sống còn tăng từ 82,1% lên 89,1% với kỹ thuật mới này⁽¹⁷⁾. Đã có nhiều báo cáo về tính an toàn cũng như hiệu quả lâu dài về mặt ung thư học của PTNS cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại^(3,9,23,33). Ở Việt Nam, hiện tại chỉ có một vài báo cáo về kết quả sớm của phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trong điều trị ung thư đại tràng phải, và vẫn chưa có báo cáo về PTNS cắt toàn bộ mạc treo trong điều trị ung thư đại tràng trái. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi muốn đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng trái nhằm mục đích giải quyết những vấn đề mới trong điều trị ung thư đại tràng trái

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đây là một nghiên cứu tiền cứu, báo cáo loạt ca với 43 bệnh nhân ung thư đại tràng trái được PTNS theo kỹ thuật cắt TBMTĐT tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2018 đến tháng 07/2018.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng trái, giai đoạn I-III, có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái điều trị triệt để ung thư

Tiêu chuẩn loại trừ :

- Ung thư đại tràng trái có biến chứng cần phải mổ cấp cứu
- Ung thư đại tràng trái xâm lấn cơ quan lân cận
- Ung thư đại tràng trái quá chi định điều trị triệt để
- Ung thư đại tràng trái không được điều trị bằng phẫu thuật nội soi
- Ung thư đại tràng trái tái phát

Kỹ thuật mổ:

Bệnh nhân được mê nội khí quản. Nằm tư thế Trendelenburg. Đặt trocar 10mm ở rốn, bơm CO2 với áp lực ổ bụng 12mm. Sau khi quan sát ổ bụng, đặt 1 trocar 12mm ở hố chậu phải và 2 trocar 5mm (1 ở hố chậu trái, 1 ở chỗ giao giữa đường trung đòn phải và đường ngang rốn). Bệnh nhân được cho nằm đầu thấp 30° và vén hết ruột non về bên phải và thấy rõ góc Treitz. Cắt tĩnh mạch mạc treo tràng dưới tận gốc ngay phía bờ dưới tụy.

+ Đối với u nằm ở đoạn đại tràng xuống và đại tràng sigma thì cắt động mạch mạc treo tràng dưới tận gốc cách chỗ đi ra khỏi động mạch chủ bụng 1cm. Đối với những khối u nằm ở phần xa đại tràng ngang đến phần đầu đại tràng xuống. Phẫu tích hạch động mạch mạc treo tràng dưới đến dưới chỗ chia nhánh của động mạch đại tràng trái và cột cắt nhánh động mạch đại tràng trái, cắt động mạch đại tràng giữa.

+ Di động đại tràng trái theo mặt phẳng phẫu tích mesocolic plane (xác định mặt phẳng ngăn cách giữa mạc Toldt và mạc treo đại tràng trái) phẫu tích di động mạc treo đại tràng trái từ giữa ra ngoài, hướng lên trên về phía tụy, tách mạc treo đại tràng ngang ra khỏi tụy (chú ý không làm rách bao mạc treo đại tràng trái). Trong quá trình bóc tách, chú ý bảo tồn thần kinh hạ vị, bó mạch sinh dục và niệu quản. Khi di động từ trong ra đến thành bụng bên, tiếp tục cắt phúc mạc thành bụng bên và di động góc lách. Cắt mạc nối vị tràng. Đến lúc này đại tràng trái đã di động hoàn toàn. Rạch đường nhỏ đường giữa qua rốn khoảng 5cm, kéo đại tràng trái chứa u ra ngoài và cắt trên dưới u ít nhất 10cm. Có thể nối lại bằng khâu tay hoặc dụng cụ khâu nối ruột (stapler).

Sau phẫu thuật bệnh nhân sẽ được theo dõi đánh giá tình trạng phẫu thuật cho đến khi xuất viện. Bệnh nhân được theo dõi tái khám bởi bác sĩ phẫu thuật sau 2 tuần xuất viện. Các kết quả được ghi nhận trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật

Số liệu thu thập dựa vào bệnh án mẫu. Các dữ liệu chính trong nghiên cứu bao gồm: các đặc điểm của bệnh nhân, kết quả sớm của phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện), chất lượng mẫu bệnh phẩm (chiều dài bệnh phẩm, tỉ lệ mặt cắt sạch tế bào ung thư, số lượng hạch nạo vét được, số hạch di căn). Các dữ liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, các biến số được phân tích với độ tin cậy 95%.

KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu có 43 bệnh nhân (18 nữ và 23 nam) thoả các tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm của bệnh nhân được trình bày trong bảng 1

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	Trung bình	59,35 ± 10,8 tuổi
	Nhỏ nhất – Lớn nhất	34 tuổi - 81 tuổi
Giới	Nam	18 trường hợp (41,9%)
	Nữ	25 trường hợp (58,1%)
BMI:		21,77 ± 3,01 kg/m ²
	< 18,5	5 trường hợp (11,6%)
	18,5 – 24,9	32 trường hợp (74,4%)
	≥ 25	6 trường hợp (14%)
Triệu chứng lâm sàng:	Đau bụng	39 trường hợp (90,7%)
	Táo bón	12 trường hợp (27,9%)
	Tiêu máu	20 trường hợp (46,5%)
	Sụt cân	10 trường hợp (23,3%)
Vị trí khối u	Đại tràng ngang gần góc lách	1 trường hợp (2,3%)
	Đại tràng góc lách	3 trường hợp (7%)
	Đại tràng xuống	11 trường hợp (25,6%)
	Đại tràng sigma	28 trường hợp (65,1%)
Giai đoạn	I	3 trường hợp (7%)
	II	21 trường hợp (48,8%)
	III	19 trường hợp (44,2%)

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật:	+ Trung bình	208,14 ± 38,50 phút
	+ Ngắn nhất – dài nhất	150 phút – 300 phút
Lượng máu mất	+ Trung bình	100,07 ± 29,15 ml
	+ Ít nhất - nhiều nhất	50 ml – 200 ml
Tai biến trong phẫu thuật		0
Biến chứng sau phẫu thuật		6 trường hợp (14%) :
	+ Xi miệng nổi	2 trường hợp (4,7%)
	+ Tắc ruột do thoát vị nội	1 trường hợp (2,3%)
	+ Nhiễm trùng vết mổ	3 trường hợp (7%)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	+ Trung bình	8,98 ± 4,80 ngày
	+ Ngắn nhất – dài nhất	6 ngày - 34 ngày

Không có tai biến trong lúc phẫu thuật. Biến chứng sau mổ là 14% (6 trường hợp) chủ yếu là các biến chứng nhẹ như nhiễm trùng vết mổ. Có 2 trường hợp xì miệng nổi mức độ B (theo phân độ của International Study Group of Rectal Cancer năm 2010) và điều trị bảo tồn. Có 1 trường hợp phải phẫu thuật lại vì tắc ruột sớm sau mổ do ruột non chui qua lỗ mạc treo.

Mẫu bệnh phẩm được phân tích nhận thấy: chiều dài mẫu bệnh phẩm đạt được là 33,67 ± 6,81 cm (ngắn nhất 25cm, dài nhất 45cm). 100% trường hợp mặt cắt đạt được R0. Số lượng hạch trung bình lấy được là 18,32 ± 3,53 hạch. Mẫu bệnh phẩm lấy được ít nhất là 15 hạch và nhiều nhất là 27 hạch. Có 19 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 44,2%) có di căn hạch. Số lượng hạch di căn 2,30 ± 4,54 hạch. Trường hợp di căn hạch nhiều nhất là 20 hạch di căn. Khi phân tích tương quan giữa chiều dài bệnh phẩm và số hạch lấy được ta nhận thấy có mối tương quan giữa chiều dài bệnh phẩm và số hạch lấy được với $p < 0,01$. Chiều dài bệnh phẩm càng dài thì số lượng hạch lấy được càng nhiều (tương quan

thuận giữa số lượng hạch và chiều dài bệnh phẩm, với hệ số tương quan $R = 0,72 > 0,5$; tương quan Pearson). Tuy nhiên không có sự tương quan giữa số lượng hạch di căn và chiều dài bệnh phẩm ($p = 0,322$)

BÀN LUẬN

Cho đến nay, ung thư đại tràng giai đoạn I – III thì phẫu thuật vẫn giữ vai trò chính trong điều trị. Gần đây kỹ thuật cắt TBMTĐT đã được xem như là tiêu chuẩn cho phẫu thuật ung thư đại tràng^(1,36). Năm 2010, Hohenberger và cộng sự đã báo cáo kết quả lâu dài khá tuyệt vời của phẫu thuật cắt TBMTĐT với tỉ lệ sống 5 năm được cải thiện từ 82,1% lên đến 89,1% (giai đoạn 1 là 99,1%, giai đoạn 2 là 91,4%, giai đoạn 3 là 70,2%) và tỉ lệ tái phát giảm từ 6,5% xuống còn 3,6%⁽¹⁷⁾. Nhiều báo cáo của các tác giả gần đây về kết quả lâu dài của phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng cũng cho kết quả lâu dài cải thiện thời gian sống và giảm tỉ lệ di căn^(6,23,26).

Khi so sánh kết quả sớm PTNS theo kỹ thuật cắt TBMTĐT và không cắt TBMTĐT, C. Wang và cộng sự⁽³²⁾ nhận thấy, kỹ thuật cắt TBMTĐT khó thực hiện hơn với tỉ lệ tai biến biến chứng cao hơn, thời gian thực hiện phẫu thuật dài hơn, lượng máu mất nhiều hơn. Nhưng về mặt ung thư học thì kỹ thuật cắt TBMTĐT thì cho kết quả tốt hơn với chất lượng mẫu bệnh phẩm tốt (chiều dài mẫu bệnh phẩm dài hơn, lấy được nhiều hạch hơn), và về kết quả lâu dài thì tỉ lệ sống còn, tỉ lệ tái phát và di căn tốt hơn so với việc không thực hiện kỹ thuật cắt TBMTĐT. Tuy nhiên, điểm điều chú ý rằng, tác giả đã gộp chung cả việc cắt đại tràng phải và trái. Các báo cáo cắt TBMTĐT cho ung thư đại tràng trái thì cho thấy không có sự khác biệt về tai biến phẫu thuật cũng như biến chứng sau mổ mặc dù cắt TBMTĐT kéo dài thời gian phẫu thuật^(11,23,29). Các nghiên cứu tổng hợp của Christos Athanasiou⁽³⁾ và Ionut Negoii⁽¹⁸⁾ khi so sánh PTNS và mổ mở theo kỹ thuật cắt TBMTĐT nhận thấy không có sự khác biệt về tai biến biến và tử vong của phẫu thuật. PTNS kéo dài thời gian phẫu thuật hơn so với nhóm mổ mở, tuy nhiên nhóm PTNS có số lượng máu mất thấp hơn, thời gian hồi phục nhu động ruột và nằm viện ngắn hơn. Cả 2 nhóm cũng không có sự khác biệt về số lượng hạch lấy được. Khi so sánh kết quả lâu, tác giả cũng không thấy có sự khác biệt về thời gian sống còn cũng như tỉ lệ tái phát hay di căn xa. Với kết quả đó, PTNS cắt TBMTĐT điều trị ung thư đại tràng có nhiều ưu điểm hơn mổ mở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có tai biến trong mổ. Chúng tôi nhận thấy khi thực hiện kỹ thuật cắt TBMTĐT, mặt phẳng phẫu tích của chúng tôi nằm giữa bao mạc treo đại tràng phía trên và mạc Told phía dưới. Do các cấu trúc quan trọng như mạch máu, thần kinh, niệu quản đều nằm ở khoan sau phúc mạc phía dưới mạc Told nên sẽ không làm tổn thương các cấu trúc này. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 14%, chủ yếu là biến chứng nhẹ như nhiễm trùng nông vết mổ. Có 2 trường hợp xì miệng nối mức độ B, các trường hợp này cũng điều trị nội khoa thành công mà không cần phẫu thuật lại. Chỉ có 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ do thoát vị ruột non qua lỗ mạc treo đại tràng mà không được khâu kín trong lần mổ đầu. Bệnh nhân được phẫu thuật lại và đóng kín lỗ mạc treo. Về thời gian phẫu thuật của chúng tôi trung bình là $208,14 \pm 38,50$ phút (ngắn nhất 150 phút, dài nhất 300 phút). Các yếu tố trong nghiên cứu của chúng tôi kéo dài thời gian phẫu thuật là do chúng tôi thực hiện di động góc lách một cách thường quy trong kỹ thuật này vì khi di động góc lách sẽ giúp chúng tôi cắt được đoạn ruột dài hơn để đảm bảo chiều dài mẫu bệnh phẩm thích hợp mà thực hiện miệng nối không căng. Theo Akiyoshi⁽²⁾ nhận xét rằng di động góc lách là một yếu tố khó khăn của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái, nó có liên quan đến việc kéo dài thời gian phẫu thuật (thời gian trong nhóm có di động góc lách hơn thời gian phẫu thuật trong nhóm không có di động góc lách là 51,6 phút với $p < 0,0001$) và tăng số lượng máu mất trong lúc phẫu thuật (máu mất nhiều hơn 35,65 ml với $p = 0,0006$). Theo một phân tích tổng hợp của Gachabayov⁽¹²⁾ nhận thấy thời gian phẫu thuật ở nhóm di động góc lách kéo dài hơn nhóm không di động góc lách là 31,6 phút ($24,51$ phút – $38,72$ phút) với $p < 0,001$.

Một mẫu bệnh phẩm đạt chất lượng trong kỹ thuật cắt TBMTĐT phải đạt được 3 yếu tố chính: bao mạc treo đại tràng nguyên vẹn, mạch máu cung cấp phải được cắt tận gốc và chiều dài đoạn ruột được cắt thích hợp. Đây cũng chính là 3 nguyên tắc của kỹ thuật cắt TBMTĐT⁽¹⁹⁾: Bảo đảm đúng mặt phẳng phẫu tích, cột mạch máu tận gốc, chiều dài bệnh phẩm thích hợp

+ Bảo đảm đi đúng mặt phẳng phẫu tích (mặt phẳng ngăn cách giữa bao mạc treo đại tràng phía trước và mạc Told phía sau) nhằm đảm bảo tính toàn vẹn của bao mạc treo đại tràng. Mặt phẳng phẫu tích được phân loại dựa vào các nghiên cứu trước đó:^(4,17) Mesocolic plane (mặt phẳng phẫu tích tron lách không làm rách bao mạc treo đại tràng hoặc chiều sâu vết rách dưới 5mm), intramesocolic plane (vết rách của bao mạc treo đại tràng hơn trên 5mm nhưng chưa đến lớp muscularis propria) và muscularis propria plane (chiều sâu vết rách đến lớp muscularis propria hoặc

bề mặt phẫu tích nham nhở nhiều). Các tác giả chấp nhận mặt phẳng phẫu tích đạt yêu cầu khi mặt phẳng phẫu tích là mesocolic plane hoặc intramesocolic plane⁽¹⁶⁾. Việc bảo đảm tính toàn vẹn của mạc treo đại tràng bằng việc phẫu tích theo đúng mặt phẳng phẫu tích có tác dụng tránh làm thủng bất kỳ chỗ nào trên bao mạc treo đại tràng và lớp cân bên dưới, đảm bảo diện cắt an toàn và tránh được việc gieo rắc các tế bào ác tính vào phẫu trường, do đó giảm nguy cơ tái phát tại chỗ⁽²⁷⁾. Mặt phẳng phẫu tích (mesocolic plane) dễ đạt được trong nhóm phẫu thuật nội soi hơn so với mổ mở^(18,23). Trong nghiên cứu của West⁽³⁴⁾, khi so sánh phẫu thuật cắt TBMTĐT thì đạt được mặt phẳng phẫu tích đúng chuẩn là 92% cao hơn so với không cắt TBMTĐT tỉ lệ chỉ là 40% ($p < 0.0001$)

+ Cột tận gốc các mạch máu cung cấp nhằm lấy triệt để các hạch có khả năng di căn. Tiên lượng sống còn của bệnh nhân ung thư đại tràng phụ thuộc vào số hạch di căn^(8,25). Lấy hạch đúng và hiệu quả giúp đánh giá chính xác giai đoạn của ung thư^(20,22). Một mẫu bệnh phẩm có số lượng hạch nhiều cũng là yếu tố tiên lượng giúp cải thiện tỉ lệ sống còn cho bệnh nhân^(20,22,25). Hầu hết các hướng dẫn điều trị đều cho rằng mẫu bệnh phẩm đạt tiêu chuẩn phải lấy được ít nhất 12 hạch, và đó được xem như tiêu chuẩn vàng của mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân ung thư đại trực tràng^(10,21).

+ Cắt được đoạn ruột có chiều dài thích hợp nhằm lấy các hạch cạnh đại tràng. Vẫn chưa có nghiên cứu nào xác định khoản cách trên dưới khối u phải cắt bao nhiêu là phù hợp. Tuy nhiên nhiều tác giả khuyến cáo nên cắt trên dưới khối u ít nhất 10cm mới đảm bảo bờ mặt cắt có thể lấy các hạch di căn cạnh đại tràng^(15,19,30,31). Gao và cộng sự⁽¹³⁾ nghiên cứu sự di căn của các hạch cạnh đại tràng. Các hạch cạnh đại tràng được phân làm 3 nhóm dựa vào khoản cách đến khối u : nhóm dưới 5cm , nhóm 5 – 10 cm và nhóm trên 10cm. Tỉ lệ có hạch di căn ở các nhóm hạch lần lượt là 36,8%, 9,1% và 3,6%. Chiều dài bệnh phẩm có ảnh hưởng đến số lượng hạch lấy được. Chiều dài bệnh phẩm càng dài số lượng hạch lấy được càng nhiều^(8,10,24). Betge và cộng sự⁽⁸⁾ cho thấy có mối liên quan thuận giữa chiều dài bệnh phẩm và số lượng hạch lấy được trong phẫu thuật cắt đại trực tràng do ung thư ở 381 bệnh phẩm ($R = 0,436$). Tác giả cũng nhận thấy tỉ lệ hạch di căn sẽ tăng lên khi chiều dài mẫu bệnh phẩm dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng cho thấy có mối liên quan thuận giữa chiều dài bệnh phẩm và số lượng hạch lấy được với hệ số $R = 0,72$ (số lượng hạch lấy được tăng theo chiều dài mẫu bệnh phẩm). Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa chiều dài bệnh phẩm và số lượng hạch di căn lấy được, điều này có lẽ là do tất cả các trường hợp chúng tôi cắt đại tràng trên dưới khối u với chiều dài ít nhất từ khối u đến bờ mặt cắt là 10cm. Đây là giới hạn chiều dài mà các tác giả đề xuất để có thể lấy được hạch cạnh đại tràng đầy đủ^(28,30).

Việc cột tận gốc mạch máu và cắt rộng đoạn ruột chứa u làm tăng khả năng lấy nhiều hạch hơn so với các phẫu thuật không cắt TBMTĐT^(5,9,35). Các nghiên cứu thực tế cũng đã chứng minh việc phẫu thuật cắt TBMTĐT làm tăng số lượng hạch nào vét được.

Bảng 3 : Số lượng hạch lấy được trong phẫu thuật cắt TBMTĐT

Tác giả	Loại phẫu thuật	Không cắt TBMTĐT	Cắt TBMTĐT	p
Bertelsen ⁽⁷⁾	Cắt đại tràng phải Cắt đại tràng trái	20 (15 – 28)	36 (26 – 47)	< 0,001
Gao ⁽¹³⁾	Cắt đại tràng phải Cắt đại tràng trái	20 (16 – 27)	24 (17 – 35)	0,002
Feng ⁽¹¹⁾	Cắt đại tràng trái	10,2 ± 2,0	15,8 ± 7,4	0,069
Shinichiro ⁽²³⁾	Cắt đại tràng trái	-	16,2 ± 6,7	-
Chúng tôi	Cắt đại tràng trái	-	18,32 ± 3,53	-

KẾT LUẬN:

Mặc dù cỡ mẫu còn nhỏ và còn chưa có nghiên cứu kết quả lâu dài về mặt ung thư học. Tuy nhiên từ kết quả nghiên cứu đã cho thấy PTNS cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng trái là phẫu thuật an toàn và hiệu quả với tỉ lệ tai biến biến chứng thấp, có thể áp dụng cho các bệnh viện chuyên khoa về điều trị ung thư đại trực tràng có đầy đủ trang thiết bị. Tuy nhiên, phẫu thuật cần có những hiểu biết rõ về mặt giải phẫu học và kỹ năng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agalinos C., Gouvas N., Dervenis C, et al. (2017). Is complete mesocolic excision oncologically superior to conventional surgery for colon cancer? A retrospective comparative study. *Ann Gastroenterol*, 30(6), 688–696.

2. Akiyoshi T., Kuroyanagi H., Oya M, et al. (2010). Factors affecting difficulty of laparoscopic surgery for left-sided colon cancer. *Surg Endosc*, 24(11), 2749–2754.
3. Athanasiou C.D., Markides G.A., Kotb A, et al. (2016). Open compared with laparoscopic complete mesocolic excision with central lymphadenectomy for colon cancer: a systematic review and meta-analysis. *Color Dis*, 18(7), O224–O235.
4. Bertelsen C.A. (2014). Complete mesocolic excision. *Tech Coloproctol*, 18(9), 773–774.
5. Bertelsen C.A., Bols B., Ingeholm P, et al. (2011). Can the quality of colonic surgery be improved by standardization of surgical technique with complete mesocolic excision?. *Color Dis*, 13(10), 1123–1129.
6. Bertelsen C.A., Neuenschwander A.U., Jansen J.E, et al. (2015). Disease-free survival after complete mesocolic excision compared with conventional colon cancer surgery: A retrospective, population-based study. *Lancet Oncol*, 16(2), 161–168.
7. Bertelsen C.A., Neuenschwander A.U., Jansen J.E, et al. (2016). Short-term outcomes after complete mesocolic excision compared with “conventional” colonic cancer surgery. *Br J Surg*, 103(5), 581–589.
8. Betge J., Harbaum L., Pollheimer M.J, et al. (2017). Lymph node retrieval in colorectal cancer : determining factors and prognostic significance. 991–998.
9. Deijen C.L., Vasmel J.E., de Lange-de Klerk E.S.M, et al. (2017). Ten-year outcomes of a randomised trial of laparoscopic versus open surgery for colon cancer. *Surg Endosc*, 31(6), 2607–2615.
10. Fan L., Levy M., Aguilar C.E, et al. (2011). Lymph node retrieval from colorectal resection specimens for adenocarcinoma: is it worth the extra effort to find at least 12 nodes?. *Colorectal Dis*, 13(12), 1377–1383.
11. Feng H., Zhao X., Zhang Z, et al. (2016). Laparoscopic Complete Mesocolic Excision for Stage II/III Left-Sided Colon Cancers: A Prospective Study and Comparison with D3 Lymph Node Dissection. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*.
12. Gachabayov M., Bergamaschi R., Boni L, et al. (2019). Splenic Flexure Mobilization in Sigmoid and Rectal Resections: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Surg Technol Int*, 34, 169–182.
13. Gao Z., Wang A.C., Cui A.Y, et al. (2018). Efficacy and Safety of Complete Mesocolic Excision in Patients With Colon Cancer. *XX(Xx)*, 1–8.
14. Globocan T. (2018). POPULATION FACT SHEETS Population fact sheets Asia Viet Nam. 335, 2018–2019.
15. Gouvas N., Pechlivanides G., Zervakis N, et al. (2012). Complete mesocolic excision in colon cancer surgery: A comparison between open and laparoscopic approach. *Color Dis*, 14(11), 1357–1364.
16. Guillou P.J., Quirke P., Thorpe H, et al. (2005). Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic- assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre , randomised controlled trial. 365.
17. Hohenberger W., Weber K., Matzel K, et al. (2009). Standardized surgery for colonic cancer: Complete mesocolic excision and central ligation - Technical notes and outcome. *Color Dis*, 11(4), 354–364.
18. Ionut Negoii, Sorin Hostiuc, Ruxandra Irina Negoii M.B. và Ionut (2017). Laparoscopic vs open complete mesocolic excision with central vascular ligation for colon cancer: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastrointest Oncol*, 9(12), 475–491.
19. Kim N.K., Kim Y.W., Han Y.D, et al. (2016). Complete mesocolic excision and central vascular ligation for colon cancer: Principle, anatomy, surgical technique, and outcomes. *Surg Oncol*, 25(3), 252–262.
20. Li Destri G., Di Carlo I., Scilletta R, et al. (2014). Colorectal cancer and lymph nodes: the obsession with the number 12. *World J Gastroenterol*, 20(8), 1951–1960.
21. Marks J.H., Valsdottir E.B., Rather A.A, et al. (2010). Fewer than 12 lymph nodes can be expected in a surgical specimen after high-dose chemoradiation therapy for rectal cancer. *Dis Colon Rectum*, 53(7), 1023–1029.
22. McDonald J.R., Renehan A.G., O’Dwyer S.T, et al. (2012). Lymph node harvest in colon and rectal cancer: Current considerations. *World J Gastrointest Surg*, 4(1), 9–19.

23. Mori S., Kita Y., Baba K, et al. (2018). Laparoscopic complete mesocolic excision via mesofascial separation for left-sided colon cancer. *Surg Today*, 48(3), 274–281.
24. Moro-Valdezate D., Pla-Martí V., Martín-Arévalo J, et al. (2013). Factors related to lymph node harvest: Does a recovery of more than 12 improve the outcome of colorectal cancer?. *Color Dis*, 15(10), 1257–1266.
25. Del Paggio J.C., Nanji S., Wei X, et al. (2017). Lymph node evaluation for colon cancer in routine clinical practice: A population-based study. *Curr Oncol*, 24(1), e35–e43.
26. Shin J.W., Amar A.H.Y., Kim S.H, et al. (2014). Complete mesocolic excision with D3 lymph node dissection in laparoscopic colectomy for stages II and III colon cancer: Long-term oncologic outcomes in 168 patients. *Tech Coloproctol*, 18(9), 795–803.
27. Siani L.M. và Garulli G. (2017). The importance of the mesofascial interface in complete mesocolic excision. *Surgeon*, 15(4), 240–249.
28. Sondena K., Quirke P., Hohenberger W, et al. (2014). The rationale behind complete mesocolic excision (CME) and a central vascular ligation for colon cancer in open and laparoscopic surgery: Proceedings of a consensus conference. *Int J Colorectal Dis*, 29(4), 419–428.
29. Storli K.E., Lygre K.B., Iversen K.B, et al. (2017). Laparoscopic complete mesocolic excisions for colonic cancer in the last decade: Five-year survival in a single centre. *World J Gastrointest Surg*, 9(11), 215–223.
30. Tan K.Y., Kawamura Y.J., Mizokami K, et al. (2010). Distribution of the first metastatic lymph node in colon cancer and its clinical significance. *Colorectal Dis*, 12(1), 44–47.
31. Vecchio R., Marchese S., và Intagliata E. (2017). Laparoscopic Colorectal Surgery for Cancer: What Is the Role of Complete Mesocolic Excision and Splenic Flexure Mobilization?. *Indian J Surg*, 79(4), 338–343.
32. Wang C., Gao Z., Shen K, et al. (2017). Safety, quality and effect of complete mesocolic excision vs non-complete mesocolic excision in patients with colon cancer: a systemic review and meta-analysis. *Color Dis*, 19(11), 962–972.
33. Watanabe T., Muro K., Ajioka Y, et al. (2018). Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*, 23(1), 1–34.
34. West N.P., Hohenberger W., Weber K, et al. (2010). Complete mesocolic excision with central vascular ligation produces an oncologically superior specimen compared with standard surgery for carcinoma of the colon. *J Clin Oncol*, 28(2), 272–278.
35. Zeng J. và Su G. (2018). High ligation of the inferior mesenteric artery during sigmoid colon and rectal cancer surgery increases the risk of anastomotic leakage: A meta-analysis. *World J Surg Oncol*, 16(1), 1–11.
36. Zheng M., Ma J., Fingerhut A, et al. (2018). Complete mesocolic excision for colonic cancer: Society for Translational Medicine expert consensus statement. *Ann Laparosc Endosc Surg*, 3(August 2016), 68–68.