

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRẦN XUÂN HÙNG

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
UNG THƯ TRỰC TRÀNG T3, CRM(-)
KHÔNG ĐIỀU TRỊ TÂN HỖ TRỢ**

Ngành: Ngoại khoa

Mã số: **9720104**

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Năm 2026

Công trình được hoàn thành tại:

Người hướng dẫn khoa học:

Phản biện 1:

Phản biện 2

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường
hợp tại

vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp
- Thư viện Đại học

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

- 1. Trần Xuân Hùng, Trần Đức Huy, Nguyễn Hữu Thịnh** (2024), "Vai trò hội chẩn đa mô thức trong điều trị ung thư trực tràng giai đoạn T3, diện cắt vòng quanh âm tính ", *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 539 (3), tr. 26-30.
- 2. Tran Xuan Hung, Vo Tuong Vi, Nguyen Huu Thinh** (2026), " Oncological outcomes and risk factors for local recurrence and distant metastasis after upfront surgery in cT3 rectal cancer with uninvolved circumferential resection margin on magnetic resonance imaging", *Asian Pac J Cancer Prev.* 2026 Apr; 27(4), 1487-1496, doi:10.31557/APJCP.2026.27.4.1487.
- 3. Thinh Huu Nguyen, Hung Xuan Tran, Tran Ngoc Dang, Phat Minh Tran, Thuong Thi Hoai Do, Huy Duc Tran, Tin Trung Nguyen, Chuong Chau Hoang Quoc Le, Tan Danh Hoang, Viet Van Ung, Bac Hoang Nguyen, Cong Dinh Do** (2026), "Laparoscopic curative surgery for T3 rectal cancer with uninvolved circumferential resection margin on magnetic resonance imaging without neo-adjuvant treatment: findings from a 3-year follow-up study", *South Asian J Cancer*, doi: 10.25259/SAJC_30_2025.
- 4. Tran, Hung Xuan; Vo, Vi Tuong; Nguyen, Thinh Huu** (2026), "Long-term outcomes of upfront surgery for magnetic resonance imaging-defined T3 rectal cancer with uninvolved circumferential resection margin", *Formos J Surg.* doi: 10.1097/FS9.0000000000000276. In press.

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

a. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư trực tràng (UTTT) xếp hàng thứ tám về số ca mắc mới và thứ mười về tỉ lệ tử vong trên toàn cầu. Trong UTTT giai đoạn tiến triển, lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu vẫn còn nhiều tranh luận. Mặc dù các hướng dẫn quốc tế lớn từng khuyến cáo hóa-xạ trị tân hỗ trợ cho tất cả những trường hợp khối u T3, T4 hoặc có di căn hạch, việc áp dụng cách tiếp cận "một phác đồ cho tất cả" dựa vào giai đoạn TNM lâm sàng có thể dẫn đến tình trạng điều trị quá mức. Hệ thống phân loại TNM cũng bộc lộ nhiều hạn chế trong đánh giá UTTT dưới nếp phúc mạc, đặc biệt là chưa phản ánh được các yếu tố tiên lượng quan trọng trên cộng hưởng từ (MRI) như tình trạng cân mạc treo trực tràng (mrCRM) hay xâm nhập mạch máu ngoài thành (EMVI).

Việc điều trị quá mức bằng hóa-xạ trị tân hỗ trợ tiềm ẩn nhiều rủi ro về biến chứng sớm và muộn, có thể làm gián đoạn hoặc kéo dài lộ trình điều trị. Tình trạng này không chỉ gây suy kiệt thể chất, sang chấn tâm lý và gia tăng gánh nặng tài chính, mà còn làm tăng nguy cơ người bệnh từ chối điều trị, làm mất cơ hội phẫu thuật triệt căn. Hơn nữa, xạ trị làm tăng nguy cơ xảy ra tai biến và biến chứng chu phẫu (tổn thương thần kinh tự động vùng chậu, hội chứng cắt trước thấp, xì hoặc hẹp miệng nối), ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống và gia tăng nguy cơ hình thành ung thư thứ phát.

Nhận thức được những rủi ro này, các hiệp hội uy tín như Hội Nội khoa Ung thư Châu Âu (ESMO) và NCCN đã cập nhật

xu hướng "giảm bậc điều trị". Theo đó, phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu được xem xét là lựa chọn an toàn cho nhóm người bệnh có tiên lượng tốt trên MRI (như u cT3a/b, mrCRM(-), EMVI(-), không xâm lấn cơ thắt), giúp đạt được hiệu quả về phương diện ung thư mà không phải gánh chịu độc tính của tia xạ.

Tại Việt Nam, tình trạng quá tải ở các trung tâm xạ trị thường khiến người bệnh phải chờ đợi lâu, làm tăng nguy cơ ung thư tiến triển hoặc phát sinh biến chứng phải mổ cấp cứu. Bên cạnh đó, những rào cản về kinh tế và nhận thức y tế dễ dẫn đến nguy cơ bỏ trị. Trong bối cảnh thực tiễn này, việc chỉ định phẫu thuật trước cho nhóm người bệnh UTTT T3 có nguy cơ tái phát tại chỗ và di căn xa thấp (mrCRM(-), EMVI(-)) là một giải pháp mang tính ứng dụng cao. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước hiện nay chủ yếu tập trung vào hiệu quả của phẫu thuật nội soi kinh điển hoặc điều trị tân hỗ trợ cho UTTT tiến triển tại chỗ, chưa có công trình chuyên sâu về việc ứng dụng MRI để phân tầng nguy cơ nhằm lựa chọn nhóm người bệnh phù hợp cho cách tiếp cận trên. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm trả lời câu hỏi: "Kết quả chu phẫu, phương diện ung thư và sống còn của người bệnh UTTT T3, mrCRM(-), EMVI(-) sẽ như thế nào khi phẫu thuật triệt căn trước mà không điều trị tân hỗ trợ?".

b. Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá kết quả chu phẫu bao gồm kết quả sớm sau mổ, kết quả sớm về phương diện ung thư, đặc điểm điều trị hỗ trợ.

Đánh giá kết quả sau 3 năm về phương diện ung thư và sống còn với tỉ lệ tái phát tại chỗ, di căn xa, sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh.

Khảo sát mối liên quan giữa tái phát tại chỗ và di căn xa với đặc điểm người bệnh, đặc điểm khối u và kết quả chu phẫu.

c. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu đoàn hệ theo dõi dọc, không nhóm chứng tại một trung tâm, kết hợp hồi cứu và tiền cứu từ tháng 01/2018 đến tháng 04/2022. Toàn bộ người bệnh được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ chuẩn hóa đồng bộ, đảm bảo tính thống nhất khi phân tích dữ liệu trên cùng một quần thể.

Đối tượng nghiên cứu:

- Người bệnh: Người bệnh được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của trực tràng (cách rìa hậu môn 10-12cm).

- Tiêu chí chọn vào: (1) Khối u giai đoạn cT3a, cT3b, cT3c, có mrCRM(-) và EMVI(-) trên MRI trước mổ. (2) Được phẫu thuật nội soi triệt căn ngay từ đầu (không điều trị tân hỗ trợ) thông qua quyết định của hội đồng hội chẩn đa mô thức (MDT). (3) Riêng phân nhóm cT3c được chọn lọc khắt khe dựa trên các yếu tố tiên lượng thuận lợi (mrCRM(-), EMVI(-), không biệt hóa kém) nhằm tối ưu hóa điều trị, phù hợp với cách tiếp cận phân tầng nguy cơ trong bối cảnh thực tiễn.

- Tiêu chí loại ra: (1) Hồ sơ không đầy đủ, thiếu MRI trước mổ. (2) Nghi ngờ di căn hạch chậu bên trên MRI (trục ngắn $\geq 7\text{mm}$, hoặc $\geq 5\text{mm}$ kèm bờ/tín hiệu bất thường) hoặc hạch MTTT nguy cơ cao ($\geq 10\text{mm}$ hoặc tập hợp thành cụm). (3) Có u đồng phát hoặc dị phát trên khung đại tràng cần phẫu thuật mở rộng. (4) Đã di căn xa hoặc tiền căn ung thư khác. (5) Có bệnh lý kèm theo như đa polyp, viêm loét đại trực tràng.

d. Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn

Về mặt lý luận: Nghiên cứu cung cấp dữ liệu bản địa giá trị, giúp nhận diện và lượng giá các yếu tố nguy cơ độc lập tác động đến tái phát tại chỗ và di căn xa trong tình huống không điều trị tân hỗ trợ. Đây là cơ sở khoa học vững chắc để các bác sĩ lâm sàng xây dựng phác đồ điều trị hỗ trợ và theo dõi cá thể hóa sau phẫu thuật. Đồng thời, nghiên cứu khẳng định tính cần thiết của việc chuẩn hóa đồng bộ ba trụ cột: chẩn đoán hình ảnh (MRI độ phân giải cao), kỹ thuật phẫu thuật (TME) và đánh giá giải phẫu bệnh trong mô hình điều trị đa mô thức.

Về mặt thực tiễn: Nghiên cứu cho thấy tính khả thi và an toàn của cách tiếp cận "phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu" đối với nhóm người bệnh UT TT cT3, mrCRM(-), EMVI(-) tại Việt Nam. Trong bối cảnh hệ thống xạ trị thường xuyên quá tải, cách tiếp cận này giúp người bệnh không bị trễ "thời gian vàng" điều trị, tránh độc tính tia xạ, giảm gánh nặng tài chính, phù hợp với đặc điểm thể trạng của người Việt Nam (tỉ lệ BMI thấp) để đạt chất lượng phẫu thuật TME tối ưu. Đây là cơ sở thực tiễn để thiết lập quy trình lựa chọn bệnh nghiêm ngặt thông qua hội chẩn MDT, tránh tình trạng điều trị quá mức và tối ưu hóa nguồn lực y tế.

e. Bố cục của luận án

Luận án gồm 137 trang: Mở đầu 3 trang, Tổng quan 34 trang, Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 26 trang, Kết quả 28 trang, Bàn luận 43 trang, Kết luận 2 trang và Kiến nghị 1 trang. Luận án có 22 bảng, 23 hình, 8 biểu đồ, 175 tài liệu tham khảo.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Hạn chế của phân loại giai đoạn kinh điển và xu hướng phân tầng nguy cơ

Trong nhiều thập kỷ, hệ thống phân loại TNM được coi là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá giai đoạn ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên, trong bối cảnh cá thể hóa điều trị, hệ thống này bộc lộ những hạn chế đáng kể khi áp dụng cho ung thư trực tràng (UTTT) dưới nếp phúc mạc. Do đặc thù giải phẫu không có phúc mạc tạng bao phủ, hệ thống TNM thiếu vắng giai đoạn T4a, dẫn đến việc các khối u tại vùng này thường được xếp chung vào nhóm T3 cho đến khi xâm lấn thực sự vào cơ quan lân cận. Sự không đồng nhất của nhóm T3 (từ mức độ mới chớm qua lớp cơ đến khi xâm lấn sát mạc riêng) tạo ra rào cản lớn trong quyết định lâm sàng. Nếu áp dụng hóa-xạ trị đại trà cho toàn bộ nhóm T3 sẽ dẫn đến nguy cơ điều trị quá mức cho nhóm u sớm, ngược lại, nếu thiếu phân tầng chặt chẽ sẽ dễ bỏ sót nguy cơ tái phát.

Nhận thức được khoảng trống này, các hướng dẫn điều trị hiện đại trên thế giới đã chuyển dịch cách tiếp cận từ xếp giai đoạn đơn thuần sang phân tầng nguy cơ dựa trên hình ảnh học, nhằm xác định nhóm người bệnh có tiên lượng tốt có thể hưởng lợi từ phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu.

1.2. Vai trò của cộng hưởng từ trước mổ

MRI vùng chậu hiện là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tối ưu nhất để đánh giá giai đoạn UTTT trước mổ. Bên cạnh việc phân nhóm chi tiết mức độ xâm lấn của khối u T3 (thành các nhóm

T3a/b/c/d), MRI đóng vai trò mang tính quyết định trong việc đánh giá hai yếu tố tiên lượng quan trọng: mrCRM và EMVI.

Khả năng đạt được CRM(-) trên giải phẫu bệnh (pCRM(-)) phụ thuộc rất lớn vào tình trạng mrCRM trên hình ảnh học. Đồng thời, EMVI(+) đã được khẳng định là yếu tố tiên lượng độc lập xấu, làm tăng nguy cơ di căn xa và giảm thời gian sống còn. Trong khi đó, việc đánh giá di căn hạch vùng (cN) trên MRI còn nhiều hạn chế về độ nhạy và độ đặc hiệu. Thực tế này nhấn mạnh rằng không nên chỉ dựa đơn thuần vào chỉ số hạch trên hình ảnh học để chỉ định hóa-xạ trị, mà cần phối hợp chặt chẽ với mrCRM và EMVI để thiết lập kế hoạch điều trị chuẩn xác nhất.

1.3. Nguyên tắc phẫu thuật và tiêu chuẩn chất lượng bệnh phẩm

Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) hoặc cắt mạc treo trực tràng theo đặc thù khối u (TSME) là nền tảng triệt căn trong điều trị UTTT. Kỹ thuật này đòi hỏi phẫu tích tỉ mỉ bằng dụng cụ sắc qua bình diện vô mạch, lấy trọn khối u và toàn bộ hệ thống bạch huyết vùng chậu, đảm bảo diện cắt gần, diện cắt xa và đặc biệt là diện cắt vòng quanh đạt mức R0.

1.4. Độc tính của hóa-xạ trị và thực tiễn xạ trị tại Việt Nam

Mặc dù hóa-xạ trị tân hỗ trợ đóng vai trò quan trọng trong việc giảm tái phát tại chỗ đối với UTTT tiến triển, nhưng việc áp dụng một phác đồ chung cho toàn bộ u T3 gây ra nhiều tác dụng phụ đáng kể. Người bệnh phải chịu nhiều độc tính cấp và muộn do tia xạ và hóa chất, điển hình là "Hội chứng cắt trước thấp" (LARS) gây rối loạn chức năng đại tiện nghiêm trọng, suy giảm chức năng niệu dục, tăng nguy cơ gãy xương chậu do mô và khả

năng hình thành ung thư thứ phát. Tia xạ cũng làm thay đổi sinh lý bệnh học của mô vùng chậu, gia tăng đáng kể tỉ lệ xì hoặc hẹp miệng nối, buộc bác sĩ phẫu thuật phải mở hồi tràng nhiều hơn.

Tại Việt Nam, mạng lưới cơ sở hạ tầng xạ trị hiện chưa đáp ứng đủ nhu cầu thực tế, dẫn đến tình trạng quá tải trầm trọng. Việc phải chờ đợi kéo dài để được xạ trị khiến khối u có nguy cơ tăng giai đoạn, phát sinh biến chứng tắc ruột hoặc vỡ u đòi hỏi phẫu thuật cấp cứu, làm mất đi "thời gian vàng" để điều trị triệt căn.

1.5. Khoảng trống nghiên cứu và sự cần thiết của Hội đồng hội chẩn đa mô thức

Để cân bằng giữa điều trị triệt căn ung thư và bảo tồn chất lượng sống, quyết định cá thể hóa điều trị thông qua hội chẩn MDT đã trở thành tiêu chuẩn bắt buộc. Mô hình MDT với sự phối hợp của các chuyên gia chẩn đoán hình ảnh, ngoại khoa, ung thư và giải phẫu bệnh cho phép chẩn đoán chính xác những trường hợp UT TT T3 có tiên lượng tốt (mrCRM(-), EMVI(-)).

Y văn thế giới đã ghi nhận nhiều bằng chứng khẳng định sự an toàn và hiệu quả của chiến lược phẫu thuật trước ở nhóm người bệnh được chọn lọc nghiêm ngặt này. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về UT TT chủ yếu tập trung vào kết quả của phẫu thuật nội soi kinh điển hoặc đánh giá tỉ lệ đáp ứng của các phác đồ hóa-xạ trị tân hỗ trợ. Việc ứng dụng MRI để phân tầng nguy cơ, từ đó có thể áp dụng cách tiếp cận "phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu" nhằm tránh điều trị quá mức vẫn là một khoảng trống lớn về mặt dữ liệu thực tiễn, đòi hỏi cần có một công trình nghiên cứu hệ thống, bài bản và phù hợp với đặc điểm lâm sàng của người Việt Nam.

CHƯƠNG 2:

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế dưới dạng đoàn hệ theo dõi dọc, không nhóm chứng, thực hiện tại một trung tâm (Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM), kết hợp hai nhóm hồi cứu và tiền cứu.

- Nhóm hồi cứu: người bệnh được phẫu thuật từ tháng 01/2018 đến 11/11/2020 nhằm gia tăng cỡ mẫu và cung cấp số liệu sống còn dài hạn.
- Nhóm tiền cứu: người bệnh được phẫu thuật từ 12/11/2020 (ngày Hội đồng Đạo đức phê duyệt) đến 30/04/2022, giúp thu thập biến số lâm sàng theo thời gian thực.

Dù thu thập ở hai mốc thời gian, toàn bộ dữ liệu được quản lý đồng bộ theo phác đồ chuẩn hóa và phân tích chung như một quần thể thống nhất. Thời gian thu thập và theo dõi tính từ tháng 01/2018 đến tháng 04/2025 (đảm bảo theo dõi tối thiểu 3 năm).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn vào

- Người bệnh ung thư biểu mô tuyến nguyên phát trực tràng (cách rìa hậu môn từ 12cm trở xuống trên MRI).
- Khối u giai đoạn cT3a/b/c, có mrCRM(-) (khoảng cách từ mạc riêng trực tràng đến u > 1mm) và EMVI(-) trên MRI trước mổ.
- Được hội chẩn MDT chỉ định phẫu thuật nội soi triệt căn (TME hoặc TSME) ngay từ đầu, không điều trị tân hỗ trợ.

- Riêng phân nhóm cT3c được chọn lọc khắt khe dựa trên các yếu tố tiên lượng thuận lợi, mrCRM(-), EMVI(-), không biệt hóa kém) nhằm tối ưu hóa điều trị trong bối cảnh quá tải xạ trị.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại ra

- Hồ sơ không đầy đủ, thiếu MRI trước mổ.
- Nghi ngờ di căn hạch chậu bên (trục ngắn $\geq 7\text{mm}$, hoặc $\geq 5\text{mm}$ kèm bờ/tín hiệu bất thường) hoặc hạch MTTT nguy cơ cao trên MRI.
- Có u đồng phát/dị phát đòi hỏi phẫu thuật mở rộng, đã có di căn xa hoặc tiền sử ung thư khác.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính toán dựa trên hai biến số kết cục chính là tỉ lệ tái phát tại chỗ ($P1 = 8\%$) và tỉ lệ di căn xa ($P2 = 10\%$), với độ tin cậy 95% và sai số $d = 5\%$. Theo công thức, cỡ mẫu tối thiểu tương ứng là 114 và 139 người bệnh. Nhằm cải thiện độ chính xác và bù đắp hao hụt, nghiên cứu đã tuyển chọn liên tiếp 144 người bệnh thỏa tiêu chuẩn.

2.4. Các biến số kết cục quan trọng

2.4.1. Tái phát tại chỗ

Tái phát tại chỗ được định nghĩa là sự phát triển của các tế bào ung thư còn sót lại trong vùng chậu hoặc miệng nối sau phẫu thuật triệt căn (diện cắt R0 hoặc R1). Trong nghiên cứu, biến cố này được xác định chặt chẽ qua hai nhóm vị trí:

- Tái phát tại miệng nối: Bao gồm các tổn thương u sùi, ổ loét hoặc nhiễm cứng nằm trong phạm vi 5cm trên và dưới miệng nối. Chẩn đoán xác định dựa trên kết quả nội

soi sinh thiết (Carcinôm tuyến) hoặc các dấu hiệu xâm lấn rõ rệt trên MRI/CT-scan vùng chậu.

- Tái phát vùng chậu: Bao gồm các tổn thương mô mềm quanh trực tràng, tầng sinh môn (ở người bệnh phẫu thuật APR), khoang trước xương cùng, thành chậu hai bên hoặc rễ thần kinh. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào hình ảnh khối mô mềm bất thường, bắt thuốc tương phản mạnh và có xu hướng chèn ép trên MRI hoặc CT-scan.

2.4.2. Di căn xa và di căn vị trí can thiệp

- Di căn xa: Là sự lây lan của tế bào ung thư ra ngoài vùng chậu (gan, phổi, xương, não, hạch bẹn hoặc hạch thượng đòn). Biến cố được xác nhận thông qua chẩn đoán hình ảnh (CT-scan, MRI, xạ hình xương) hoặc sinh thiết tổn thương nghi ngờ.
- Di căn lỗ trocar/vết mổ: Là tổn thương u phát triển sớm ở thành bụng, bên trong mô sẹo của lỗ trocar hoặc vết mổ lấy bệnh phẩm (từ lớp dưới da đến lớp cơ), không kèm di căn lan tỏa ở phúc mạc. Chẩn đoán thông qua siêu âm, CT-scan bụng-chậu hoặc chọc hút kim nhỏ.

2.5. Phương pháp và Tiêu chuẩn đo lường

2.5.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh (MRI trước mổ)

Quy trình chụp MRI vùng chậu được chuẩn hóa và thực hiện trên hệ thống máy từ lực cao (1.5 hoặc 3.0 Tesla). Việc bơm 60-100ml gel siêu âm vào lòng trực tràng và sử dụng thuốc chống co thắt là bắt buộc nhằm tạo độ tương phản và giảm nhiễu ảnh. Tiêu chuẩn vàng để đánh giá là chuỗi xung T2W độ phân giải cao, lát cắt mỏng (≤ 3 mm) chếch vuông góc tuyệt đối với trục

khối u, phối hợp cùng chuỗi xung khuếch tán (DWI) giá trị b cao. Toàn bộ phim được đọc bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu và đối chiếu qua hội chẩn MDT.

Các thông số hình ảnh được đánh giá dựa trên tiêu chuẩn:

- **mrCRM:** Được xác định là âm tính khi khoảng cách ngắn nhất từ bờ ngoài khối u hoặc sản phẩm của u đến mạc riêng trực tràng đạt > 1 mm.
- **EMVI:** Được đánh giá qua hệ thống phân điểm 5 mức độ (từ độ 0 đến độ 4). Trạng thái EMVI(-) tương ứng với độ 0, 1 và 2 (mạch máu bình thường hoặc giãn nhẹ nhưng lòng mạch trống tín hiệu). Trạng thái dương tính tương ứng với độ 3 và 4 (lòng mạch chứa tín hiệu u tương đồng với khối u chính, bờ mạch máu biến dạng).
- **cN:** Được đánh giá không chỉ qua kích thước mà còn kết hợp 3 đặc điểm hình thái học nguy cơ cao: bờ bất thường, tín hiệu không đồng nhất và có hình tròn.

2.5.2. Tiêu chuẩn phẫu thuật và Giải phẫu bệnh

- **Chất lượng phẫu thuật:** Kỹ thuật TME hoặc TSME tuân thủ nguyên tắc phẫu tích theo mặt phẳng vô mạch. Chiều dài diện cắt dưới được đảm bảo an toàn từ 2-4cm tùy vị trí u.
- **Đại thể bệnh phẩm:** Tính toàn vẹn của MTTT được đánh giá theo hệ thống phân độ của Quirke và Enker (MA-0: Toàn vẹn; MA-1: Gần toàn vẹn; MA-2: Không toàn vẹn).
- **Vi thể và diện cắt:** Diện cắt được đánh giá theo tiêu chuẩn của AJCC, trong đó R0 là mục tiêu triệt căn

(không còn u đại thể và vi thể). Tình trạng pCRM được xác nhận bằng kết quả giải phẫu bệnh lý.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ đóng vai trò là cơ sở khoa học để quyết định kế hoạch điều trị hỗ trợ tiếp theo.

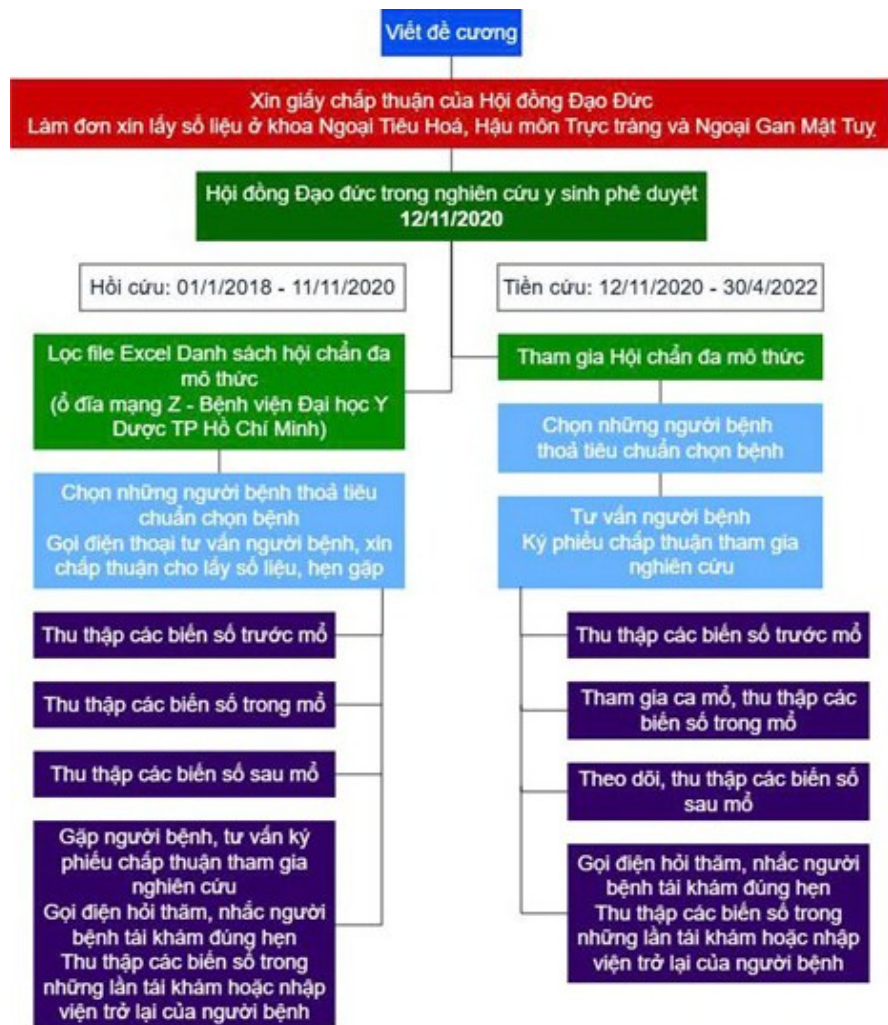
2.5.3. Đánh giá biến chứng chu phẫu

Mọi tai biến và biến chứng xuất hiện trong vòng 30 ngày sau mổ được ghi nhận và phân loại theo hệ thống Clavien-Dindo. Trong đó, độ I và II là các biến chứng nhẹ điều trị bằng nội khoa; độ III đòi hỏi can thiệp ngoại khoa, nội soi hoặc hình ảnh học; độ IV là biến chứng đe dọa tính mạng cần hồi sức tích cực; và độ V là tử vong. Biến chứng được ghi nhận khi phân độ từ độ II trở lên.

2.6. Xử lý và Phân tích số liệu

Dữ liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm R 4.4.2.

- Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị [khoảng tứ phân vị]. Các biến phân loại được so sánh bằng phép kiểm Chi-bình phương hoặc Fisher-Exact.
- Tỷ lệ sống còn (toàn bộ, không bệnh), tái phát tại chỗ và di căn xa tích lũy được ước lượng bằng phân tích Kaplan-Meier và kiểm định bằng Log-rank.
- Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến Cox được áp dụng để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập. Các mô hình học máy (hồi quy Ridge và LASSO) được sử dụng hỗ trợ nhằm giảm hiện tượng quá khớp và tăng độ tin cậy của việc lựa chọn biến số. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.



Hình 2.1

Sơ đồ quy trình nghiên cứu

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ

Trong giai đoạn từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 04 năm 2022, nghiên cứu đã tuyển chọn được 144 người bệnh ung thư trực tràng thỏa tiêu chuẩn (T3, mrCRM(-), EMVI(-)). Dựa trên phân tầng nguy cơ trên MRI trước mổ, quần thể nghiên cứu được chia thành ba phân nhóm: cT3a chiếm 16% (n = 23), cT3b chiếm 49,3% (n = 71) và cT3c chiếm 34,7% (n = 50). Về tiến trình thu thập, có 95 người bệnh thuộc nhóm hồi cứu (66%) và 49 người bệnh thuộc nhóm tiền cứu (34%).

3.1. Kết quả chu phẫu, đặc điểm lâm sàng và khối u

Đặc điểm nhân trắc học của 144 người bệnh ghi nhận độ tuổi trung bình là 62 ± 12 tuổi, trong đó nhóm người bệnh từ 50 tuổi trở lên chiếm đa số với 84,7%. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam, với 67 nam và 77 nữ (tỷ lệ nam:nữ là 0,87). Về thể trạng, đa số người bệnh có chỉ số khối cơ thể (BMI) trong ngưỡng bình thường (81,9%), với trị số trung vị là 22,1 kg/m².

Phân tích đặc điểm khối u cho thấy nồng độ CEA trung vị trước mổ là 3,35 ng/mL và giảm xuống còn 1,89 ng/mL sau phẫu thuật. Khối u chủ yếu tập trung tại vị trí trực tràng giữa và dưới (chiếm hơn 80%), với đường kính u trung vị là 4 cm. Nghiên cứu ghi nhận sự gia tăng có ý nghĩa thống kê về kích thước khối u theo mức độ xâm lấn từ nhóm cT3a đến cT3c ($P < 0,005$). Đồng thời, cN(+) cũng cho thấy mối tương quan thuận với độ sâu xâm lấn qua lớp cơ, cụ thể nhóm cT3b và cT3c có tỷ lệ cN(+) cao hơn so với nhóm cT3a ($P < 0,005$).

Phương pháp phẫu thuật triệt căn được thực hiện đúng dự định trong 97,2% trường hợp. Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt đạt mức cao

với các kỹ thuật cắt trước và cắt trước thấp (hơn 74%), trong khi phẫu thuật APR chỉ chiếm 20,8%. Thời gian mổ trung vị được ghi nhận là 171,5 phút và lượng máu mất trung vị ở mức thấp là 50 mL, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các phân nhóm cT3. Đặc biệt, nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào chuyển mổ mở. Sau mổ, tỉ lệ biến chứng từ độ II trở lên (theo Clavien-Dindo) là 16,7%, trong đó bán tắc ruột là biến chứng thường gặp nhất (6,2%). Tỉ lệ xì miệng nối là 3,6% trên tổng số người bệnh có thực hiện miệng nối. Thời gian nằm viện trung vị là 7 ngày.

Đánh giá chất lượng bệnh phẩm sau mổ ghi nhận kết quả khả quan với tỉ lệ MTTT toàn vẹn là 97,2% và 100% đạt diện cắt trên, dưới âm tính (R0). Tỉ lệ pCRM(+) thấp, chiếm 2,8% (4 trường hợp) và chủ yếu ở các nhóm u xâm lấn sâu cT3b/c. Kết quả giải phẫu bệnh cũng cho thấy sự phân tầng giai đoạn pT có mối tương quan với chẩn đoán MRI, mặc dù có 6,3% trường hợp pT2 và 8,3% trường hợp pT4a. Tỉ lệ di căn hạch thực tế (pN(+)) là 29,9%, với số hạch nạo vét trung bình là 12,6 hạch và tỉ số hạch di căn (LNR) trung bình là 0,07.

Trong tổng số 144 người bệnh, có 87 trường hợp (60,4%) nhận điều trị hỗ trợ sau mổ và 57 trường hợp (39,6%) không nhận liệu pháp này. Phương thức điều trị có sự phân tầng rõ rệt theo mức độ xâm lấn khối u trên MRI; cụ thể, 60,9% người bệnh nhóm cT3a không cần điều trị bổ túc. Chỉ định hóa trị toàn thân có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa các phân nhóm cT3 ($P = 0,03$), tập trung chủ yếu ở nhóm cT3b và cT3c. Tỉ lệ hóa-xạ trị hỗ trợ cao nhất ở nhóm cT3c (44,7%), mặc dù sự phân bố này chưa đạt ý nghĩa thống kê ($P = 0,11$). Về tính an toàn, tỉ lệ tuân

thủ phác đồ ở các nhóm đều đạt trên 80%; đồng thời, tỉ lệ biến chứng do hóa trị ở nhóm hóa - xạ trị kết hợp (68,1%) ghi nhận thấp hơn so với nhóm hóa trị đơn thuần (81,0%).

3.2. Kết quả về phương diện ung thư và sống còn

Với thời gian theo dõi trung vị 56 tháng, tỉ lệ tái phát tại chỗ và di căn xa tích lũy tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 3,6%, 5,3% và 8,5%, 11,6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tái phát tại chỗ giữa giai đoạn I, II và III theo pTNM trong khi có sự khác biệt ý nghĩa thống kê về di căn xa giữa các giai đoạn I, II và III theo pTNM.

Tỉ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh tích lũy 3 năm và 5 năm lần lượt là 94,4%, 88,2% và 87,5%, 82,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh giữa giai đoạn I, II và III theo pTNM.

Một phát hiện quan trọng là không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về cả sống còn toàn bộ ($P = 0,41$) và sống còn không bệnh ($P = 0,64$) giữa ba phân nhóm cT3a, cT3b và cT3c. Tương tự, vị trí khối u (trên, giữa, dưới) cũng không ảnh hưởng có ý nghĩa đến sống còn toàn bộ ($P = 0,45$) và sống còn không bệnh ($P = 0,33$). Kết quả cho thấy tính an toàn của cách tiếp cận phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu cho nhóm UTTT T3 đã được sàng lọc kỹ yếu tố mrCRM(-) và EMVI(-) qua hình ảnh học.

3.3. Mối liên quan với tái phát tại chỗ và di căn xa

Phân tích mối liên quan thông qua các mô hình hồi quy đa biến và học máy điều chuẩn (Ridge, LASSO) đã xác định được các yếu tố tiên lượng then chốt. Đối với biến cố tái phát tại chỗ, tính toàn vẹn của MTTT được xác định là yếu tố dự báo mạnh nhất và nhất quán qua cả ba mô hình (Cox, Ridge và LASSO).

Những trường hợp bệnh phẩm MTTT gần toàn vẹn hoặc không toàn vẹn có nguy cơ tái phát tại chỗ cao vượt trội trên cả mô hình đơn biến và đa biến ($P < 0,005$), Ridge ($HR = 40$), LASSO ($HR = 76$). Bên cạnh đó, xì miệng nổi cũng được ghi nhận là yếu tố nguy cơ có ý nghĩa trong mô hình đa biến ($HR = 15,6$; $P = 0,036$).

Phân tích đa biến Cox xác định nồng độ CEA ≥ 5 ng/mL ($HR: 4,8$; $P=0,008$) và pN(+) ($HR: 3,1$; $P=0,039$) là các yếu tố dự báo độc lập có ý nghĩa thống kê đối với di căn xa. Nhằm tăng độ ổn định cho mô hình, hồi quy LASSO đã chọn lọc bốn yếu tố nguy cơ quan trọng nhất gồm: MTTT không/ gần toàn vẹn ($HR: 3,06$), CEA ≥ 5 ng/mL ($HR: 2,48$), pCRM(+) ($HR: 1,72$) và pN(+) ($HR: 1,51$).

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

Trong xu thế cá thể hóa điều trị UTTT, việc phân tầng nguy cơ để áp dụng chiến lược "giảm bậc điều trị" đang nhận được sự quan tâm lớn. Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào nhóm người bệnh cT3, mrCRM(-) và EMVI(-) được phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu. Kết quả cho thấy phương án này không chỉ khả thi về mặt kỹ thuật mà còn đảm bảo an toàn về phương diện ung thư trong bối cảnh thực tiễn lâm sàng tại Việt Nam.

4.1. Kết quả chu phẫu và điều trị hỗ trợ

Kết quả nghiên cứu khẳng định phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị UTTT nhóm T3 có tiên lượng tốt trên MRI là an toàn và đạt hiệu quả kỹ thuật cao. Thời gian mổ trung vị là 171,5 phút, tương đương hoặc ngắn hơn so với các báo cáo của Fan (180 phút), Cho (179 phút) và Lee (228 phút). Đặc biệt, lượng máu mất trung

vị chỉ 50ml, thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu quốc tế của Cho (165ml) hay Zeng (109,7ml). Việc không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở trong đoàn hệ này là minh chứng cho sự chuẩn hóa về kỹ thuật phẫu thuật và khả năng quan sát tối ưu của hệ thống nội soi trong không gian hẹp của khung chậu.

Về an toàn hậu phẫu, tỉ lệ biến chứng từ độ II trở lên (theo Clavien-Dindo) là 16,7%. Tỉ lệ này hơi cao hơn một chút khi so với nghiên cứu của Zeng (14,1%) và thấp hơn nhiều so với báo cáo của Kulu (51,7%). Sự khác biệt này có thể giải thích do chúng tôi chỉ tập trung vào các biến chứng thực sự cần can thiệp y khoa (từ độ II), loại bỏ các rối loạn nhẹ độ I thường làm nhiều số liệu. Tỉ lệ xì miệng nối ghi nhận ở mức 3,6%, một con số khá thấp so với tỉ lệ 11,7% của Lee. Kết quả này cho thấy việc không sử dụng xạ trị tiền phẫu đã bảo tồn tốt tưới máu tại chỗ và quá trình lành vết thương, giúp hạn chế các biến cố nghiêm trọng tại miệng nối. Thêm vào đó, thời gian nằm viện trung vị 7 ngày (ngắn hơn so với các tác giả nước ngoài từ 9-12 ngày) phản ánh hiệu quả của mô hình hồi phục tăng cường, giúp người bệnh sớm phục hồi chức năng tiêu hóa và giảm gánh nặng chi phí nằm viện.

Kết quả sớm về phương diện ung thư cho thấy, tỉ lệ MTTT toàn vẹn đạt 97,2%, phù hợp với tiêu chuẩn tham chiếu của nghiên cứu MERCURY (trên 95%). Việc đảm bảo 100% diện cắt R0 và 97,2% pCRM(-) cho thấy khi khối u chưa xâm lấn sát mạc riêng trực tràng, kỹ thuật TME chuẩn mực hoàn toàn có thể đạt được diện cắt sạch về mặt vi thể mà không cần sự hỗ trợ từ tia xạ để làm thoái triển khối u trước mổ.

Về điều trị hỗ trợ, nghiên cứu cho thấy cách tiếp cận cá thể hóa và phân tầng nguy cơ dựa trên đặc điểm sinh học của u thay vì áp dụng đại trà. Mặc dù giai đoạn pT3 chiếm ưu thế (85,4%), việc chỉ định liệu pháp bổ túc được quyết định thông qua hội chẩn MDT, giúp 39,6% trường hợp (chủ yếu là cT3a nguy cơ thấp) không nhận điều trị hỗ trợ, phù hợp với xu hướng "giảm bậc điều trị" trên thế giới. Ngược lại, đối với nhóm nguy cơ cao như pT4, pN(+), hoặc pCRM(+), các phác đồ hóa-xạ trị hỗ trợ được triển khai tích cực để kiểm soát rủi ro tái phát và di căn xa. Một khía cạnh quan trọng là sự thận trọng khi chỉ định điều trị hỗ trợ đối với các trường hợp pT3N0 nhưng nạo vét hạch dưới ngưỡng 12 hạch (34%) nhằm dự phòng hiện tượng "di chuyển giai đoạn" gây đánh giá thấp giai đoạn bệnh. Trong phân tích thăm dò về mối liên quan giữa điều trị hỗ trợ và kết quả về phương diện ung thư, nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ tái phát tại chỗ ở nhóm không điều trị là 3,5% so với 5,7% ở nhóm có điều trị ($P = 0,54$); tỉ lệ di căn xa lần lượt là 7,0% và 12,6% ($P = 0,28$). Dù tỉ lệ biến cố ở nhóm có điều trị hỗ trợ cao hơn về mặt số học, phản ánh tiên lượng nền phức tạp của nhóm người bệnh mang nhiều yếu tố nguy cơ, nhưng sự khác biệt này đều không đạt ý nghĩa thống kê. Chỉ định điều trị hỗ trợ trong nghiên cứu là sự tổng hòa giữa các chỉ số bệnh học với thể trạng và nguyện vọng cá nhân của người bệnh nhằm đảm bảo tính an toàn về phương diện ung thư.

4.2. Kết quả về phương diện ung thư và sống còn

Kiểm soát tái phát tại chỗ và di căn xa là hai trụ cột quyết định sự thành công của điều trị UTTT. Với thời gian theo dõi trung vị 56 tháng, tỉ lệ tái phát tại chỗ và di căn xa lần lượt là

4,9% và 10,4%. Khi đối chiếu với các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên kinh điển như Dutch TME hay CR07, kết quả của chúng tôi tương đương với các nhánh có sử dụng hóa-xạ trị tân hỗ trợ.

Biện luận về mối liên quan giữa độ sâu xâm lấn và kết cục ung thư, nghiên cứu ghi nhận một phát hiện có ý nghĩa thực tiễn quan trọng: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tái phát tại chỗ, di căn xa hay sống còn (OS, DFS) giữa các phân nhóm cT3a, cT3b và cT3c. Điều này chỉ ra rằng, trong phạm vi nhóm T3, chiều sâu khối u xâm lấn qua lớp cơ không phải là yếu tố tiên quyết thúc đẩy tái phát, miễn là pCRM được đảm bảo. Kết quả này ủng hộ mạnh mẽ việc mở rộng chỉ định phẫu thuật trước cho cả nhóm cT3c nếu MRI xác nhận mrCRM(-) và EMVI(-).

Tỉ lệ sống còn toàn bộ 5 năm đạt 88,2% và sống còn không bệnh đạt 82,3%. Những chỉ số này vượt trội hơn so với dữ liệu lịch sử của Dutch TME (64%) và MERCURY (68,2%). Sự cải thiện này có thể giải thích bởi hai lý do chính. Thứ nhất, việc chọn lọc người bệnh bằng MRI độ phân giải cao đã giúp loại bỏ nhóm EMVI(+), yếu tố nguy cơ hàng đầu của di căn xa. Thứ hai, việc phẫu thuật trước giúp người bệnh tránh được thời gian chờ đợi xạ trị kéo dài (thường mất 16-17 tuần), từ đó sớm tiếp cận với hóa trị hỗ trợ hệ thống để kiểm soát các vi di căn tiềm ẩn. Thực tế gần 40% người bệnh trong nghiên cứu không cần điều trị bổ túc sau mổ vẫn duy trì được sống còn ổn định đã khẳng định tính đúng đắn của cách tiếp cận cá thể hóa, giúp bảo tồn chất lượng sống và tránh điều trị quá mức cho một bộ phận lớn người bệnh.

4.3. Mối liên quan giữa tái phát tại chỗ, di căn xa với các đặc điểm lâm sàng và bệnh lý

Việc khảo sát các yếu tố nguy cơ trong tình huống không điều trị tân hỗ trợ giúp nhận diện rõ bản chất sinh học của khối u và vai trò của chất lượng bệnh phẩm cũng như kết quả sớm về phương diện ung thư.

Về tái phát tại chỗ, các mô hình phân tích (Cox đa biến, Ridge, LASSO) đều khẳng định tính toàn vẹn của MTTT là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất. Toàn bộ các trường hợp có bệnh phẩm MTTT gần toàn vẹn hoặc không toàn vẹn trong nghiên cứu đều bị tái phát tại chỗ. Về cơ chế lâm sàng, rách mạc riêng trực tràng trong quá trình phẫu tích sẽ tạo điều kiện cho tế bào ung thư phát tán vào khoang chậu. Điều này khẳng định, khi không xạ trước mổ để kiểm soát vùng chậu, kỹ năng phẫu tích chuẩn mực theo mặt phẳng vô mạch trở thành yếu tố tiên quyết để ngăn ngừa tái phát tại chỗ. Các yếu tố khác như xì miêng nối hay pCRM(+) dù có liên quan trong phân tích đơn biến nhưng không duy trì được ý nghĩa trên mô hình LASSO, cho thấy chúng có thể là hệ quả của một cuộc mổ khó khăn về mặt kỹ thuật.

Đối với di căn xa, nghiên cứu xác định nồng độ CEA trước mổ ≥ 5 ng/mL và pN(+) là hai yếu tố nguy cơ độc lập mạnh nhất, và là hai yếu tố tiên đoán đáng tin cậy nhất, có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy Cox đa biến và được giữ lại một cách nhất quán trong cả hai mô hình Ridge và LASSO. Người bệnh có CEA cao có nguy cơ di căn xa gấp gần 5 lần, và pN(+) làm tăng nguy cơ gấp hơn 3 lần trên mô hình Cox đa biến. Điều này phản ánh hoạt tính sinh học của u mạnh mẽ và khả năng xâm nhập hệ tuần

hoàn của tế bào ung thư. Đáng chú ý, di căn xa chủ yếu xuất hiện ở giai đoạn III theo pTNM. Điều này cho thấy di căn hạch sau mổ là chỉ dấu tiên lượng di căn xa tin cậy hơn so với mức độ xâm lấn T3 đơn thuần trên hình ảnh học.

Tóm lại, việc phân tích các yếu tố nguy cơ cho thấy, kiểm soát tại chỗ phụ thuộc chủ yếu vào chất lượng phẫu thuật (TME hoặc TSME), trong khi kiểm soát di căn xa phụ thuộc vào đặc điểm sinh học của u (CEA, pN). Phát hiện này giúp định hướng rõ ràng cho thực hành lâm sàng: nhóm người bệnh có diện cắt không đảm bảo cần được xạ trị hỗ trợ sớm, trong khi nhóm có CEA cao hoặc pN(+) cần được đẩy mạnh hóa trị toàn thân để cải thiện tiên lượng sống còn. Cách tiếp cận phẫu thuật trước kết hợp với theo dõi và điều trị hỗ trợ chọn lọc theo nguy cơ là một mô hình điều trị cân bằng, hiệu quả và đặc biệt phù hợp với bối cảnh y tế tại Việt Nam.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 144 người bệnh ung thư trực tràng giai đoạn cT3a/b/c, mrCRM(-), EMVI(-) trên MRI, được PTNS triệt căn trước mà không điều trị tân hỗ trợ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2018 đến tháng 4/2025, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

Kết quả chu phẫu và điều trị hỗ trợ

- Kết quả sớm sau mổ là khả thi với thời gian mổ trung vị 171,5 phút, lượng máu mất trung vị 50 ml, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 16,7%, xì miệng nối 3,6%. Thời gian nằm viện trung vị 7 ngày.

- Kết quả sớm về phương diện ung thư là đạt yêu cầu với 100% trường hợp diện cắt gần, xa đạt mức R0. Chiều dài diện cắt xa trung vị đạt 3 cm. Tỷ lệ pCRM(+) là 2,8%. Số hạch nạo vét trung bình đạt $12,6 \pm 4,9$ hạch, với tỷ lệ pN(+) là 29,9%.
- Điều trị hỗ trợ: 39,6% trường hợp không điều trị, 32,6% hóa-xạ trị hỗ trợ, 25,7% hóa trị hỗ trợ, 2,1% chỉ xạ trị.

Kết quả về phương diện ung thư và sống còn: an toàn và đáng khích lệ với tỷ lệ tái phát tại chỗ và di căn xa chung lần lượt là 4,9% và 10,4% (thời gian theo dõi trung vị 56 tháng).

- Tỷ lệ tái phát tại chỗ tích lũy tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 3,6% và 5,3%.
- Tỷ lệ di căn xa tích lũy tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 8,5% và 11,6%.
- Tỷ lệ sống còn toàn bộ tích lũy 3 năm và 5 năm lần lượt là 94,4% và 88,2%. Tỷ lệ sống còn không bệnh tích lũy 3 năm và 5 năm lần lượt là 87,5% và 82,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh giữa giai đoạn I, II và III theo pTNM.

Các yếu tố liên quan đến tái phát tại chỗ và di căn xa

- Yếu tố nguy cơ tái phát tại chỗ: Xi miệng nổi (gấp 3,2 lần trên hồi quy Ridge) và tình trạng MTTT gần/không toàn vẹn (gấp 40 lần/Ridge và 76 lần/LASSO).
- Yếu tố nguy cơ di căn xa: Nồng độ CEA trước mổ ≥ 5 ng/mL (gấp 1,3 lần/Ridge và 2,5 lần/LASSO), pN(+) (gấp 1,3/Ridge và 1,5 lần/LASSO), pCRM(+) (gấp

1,8/Ridge và 1,7 lần/LASSO) và MTTT gần/không toàn vẹn (gấp 1,9 lần/Ridge và 3 lần/LASSO).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tái phát tại chỗ và di căn xa giữa các phân nhóm cT3a/b/c) trên MRI (với P lần lượt là 0,59 và 0,93).

KIẾN NGHỊ

Qua phân tích và bàn luận các kết quả đạt được, đề các Trung tâm trong cả nước có thể chọn lựa và chỉ định phẫu thuật trước đối với một số trường hợp UTTT T3, mrCRM(-), EMVI(-) trên MRI trước mổ và có thể so sánh được với kết quả của các nghiên cứu lớn trên thế giới, chúng tôi có một số kiến nghị như sau:

- Xây dựng đội ngũ chuyên gia của hội chẩn MDT như:
(1) Bác sĩ phẫu thuật được huấn luyện chuyên sâu về kỹ thuật TME, TSME (2) Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh chuyên về MRI trực tràng, (3) Bác sĩ hóa trị ung thư, (4) Bác sĩ xạ trị ung thư, (5) Bác sĩ chuyên khoa Nội Tiêu hóa, (6) Điều dưỡng chuyên về lỗ mở thông ra da...
- Chuẩn hóa quy trình hội chẩn MDT.
- Chuẩn hóa quy trình điều trị, chăm sóc và tư vấn người bệnh, tránh bỏ sót hoặc gián đoạn phác đồ điều trị hỗ trợ.
- Xây dựng các nghiên cứu có thiết kế tốt hơn, những nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm, cỡ mẫu lớn, tiền cứu, có nhóm chứng nhằm so sánh hướng tiếp cận này với nhóm có hóa-xạ trị tân hỗ trợ, đặc biệt là những phân tích so sánh bắt cặp, thiết lập bộ tiêu chí lựa chọn người bệnh chặt chẽ.