Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải thực hiện miệng nối trong cơ thể: Kết quả sớm trên 37 người bệnh

Nguyễn Tô Hoài[1], Nguyễn Anh Tuấn[1], Hà Ngọc Quân[1], Nguyễn Văn Dư[1], Phạm Hoàn Mỹ[2]

1. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, 2. Viện Khoa học Sức khoẻ, Đại học VinUniversity

Địa chỉ liên hệ:
Hà Ngọc Quân,
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Số 1 Trần Hưng Đạo, phường Bạch Đằng, quận Hai Bà Trưng, thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0904 733 567
Email: hangocquan.bv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/9/2024
Ngày chấp nhận đăng: 28/10/2024
Ngày xuất bản: 10/11/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thực hiện miệng nối trong cơ thể trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải do ung thư đã được chứng minh làm giảm các biến chứng liên quan đến vết thương, tạo điều kiện phục hồi sớm chức năng ruột và giúp giảm chiều dài vết mổ cải thiện thẩm mỹ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu thực hiện phương pháp này tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (TƯQĐ 108).

Đối tượng và phương pháp ngiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu trên 37 người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải do ung thư với miệng nối trong cơ thể tại Bệnh viện TƯQĐ 108, từ 01/2024 đến 07/2024. Ghi nhận số liệu về đặc điểm người bệnh, đặc điểm kỹ thuật nội soi thực hiện miệng nối và kết quả sau mổ.

Kết quả: Tuổi trung bình là 63,6 ± 10,8 tuổi (37 – 82 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 19/18. Thời gian phẫu thuật trung bình là 124,2 ± 24,8 phút. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Tất cả người bệnh đều được thực hiện miệng nối bên bên, miệng nối thuận chiều nhu động ở 21 (56,8%) trường hợp. Thực hiện miệng nối hoàn toàn bằng stapler trong 14 trường hợp (37,8%), kết hợp stapler và khâu tay trong 23 trường hợp (62,2%). Biến chứng sau mổ bao gồm 1 (2,7%) trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1 (2,7%) trường hợp chảy máu miệng nối ở tuần thứ 2 sau mổ và 1 (2,7%) trường hợp viêm phổi. Không có trường hợp nào rò miệng nối hay tắc ruột sớm sau mổ. Không có trường hợp tử vong. Tổng số hạch thu được trung bình là 33,1 ± 11,7 hạch. Giai đoạn bệnh theo giải phẫu bệnh: 17 (45,9%) trường hợp IIA, 4 (10,8%) IIB, 6 (16,2%) IIIB, 10 (27,0%) IIIC.

Kết luận: Thực hiện miệng nối trong ổ bụng với phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải là an toàn và khả thi, nhưng đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi kết quả trung và dài hạn để đánh giá tốt hơn hiệu quả của phương pháp này.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, miệng nối trong cơ thể, ung thư đại tràng

Laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal anastomosis: Early results in 37 patients

Nguyen To Hoai[1], Nguyen Anh Tuan[1], Ha Ngoc Quan[1], Nguyen Van Du[1], Pham Hoan My[2]

1. 108 Military Central Hospital, 2. VinUniversity

Abstract

Introduction: Performing intracorporeal anastomosis in laparoscopic right hemicolectomy for cancer has been shown advantages in reducing complications, facilitate early bowel function recovery, and improve cosmetic outcomes by reducing incision length. This study aims to evaluate the initial results of this procedure at the 108 Central Military Hospital.

Patients and Methods: This prospective study included 37 patients who underwent laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal ileocolic anastomosis for cancer at the 108 Central Military Hospital from January 2024 to July 2024. Data were collected on patient characteristics, laparoscopic anastomosis techniques as well as postoperative outcomes.

Results: The average age was 63.6 ± 10.8 years (range 37-82 years), with a male-to-female ratio of 19:18. The mean operative time was 124.2 ± 24.8 minutes. No cases required conversion to open surgery. All patients underwent side-to-side anastomosis, with 21 cases (56.8%) performed in isoperistaltic configuration. Stapler only was applied in 14 cases (37.8%), while a combination of stapler and hand-sewn techniques was used in 23 cases (62.2%). Postoperative complications included one case (2.7%) of wound infection, one case (2.7%) of anastomotic bleeding in the second postoperative week, and one case (2.7%) of pneumonia. There were no cases of anastomotic leakage or early postoperative bowel obstruction, and no mortality. The mean

number of harvested lymph nodes was 33.1 ± 11.7. Pathological staging included 17 cases (45.9%) of stage IIA, 4 (10.8%) IIB, 6 (16.2%) IIIB, and 10 (27.0%) IIIC.

Conclusions: Intracorporeal anastomosis during laparoscopic right hemicolectomy is safe and feasible but requires experienced surgeons. Further studies with larger sample sizes and long-term follow-up are needed to better assess the effectiveness of this technique.

Keywords: Laparoscopic right hemicolectomy, intracorporeal anastomosis, colon cancer

Đặt vấn đề

Phẫu thuật nội soi đã được chấp nhận rộng rãi và được thực hiện ngày càng nhiều trong những năm qua. Lợi ích của phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mở đối với ung thư đại tràng đã được ghi nhận rõ ràng và trở thành phương pháp phẫu thuật thường quy trong điều trị với các lợi ích: giảm lượng máu mất, giảm tỉ lệ biến chứng, giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, thời gian hồi phục sớm.

Trong thì tạo miệng nối, việc nối trong và ngoài cơ thể là hai lựa chọn về phương thức tiếp cận được các phẫu thuật viên thảo luận và quan tâm trên y văn thế giới. Trong đó, kỹ thuật nối ngoài cơ thể tương tự như kỹ thuật được thực hiện trong phẫu thuật mở và trước đây được sử dụng thường xuyên hơn. Phương pháp này đòi hỏi di động rộng đại tràng ngang để đưa ra ngoài qua đường rạch da đường trắng giữa. Nối hồi - đại tràng trong cơ thể là một giải pháp thay thế cho phép tạo miệng nối mà không cần đưa ruột ra ngoài, nhằm giảm thiểu các tổn thương kéo căng ruột và mạc treo. Nhiều đánh giá gần đây về phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải so sánh việc thực hiện miệng nối trong cơ thể với ngoài cơ thể đã chứng minh kết quả tương đương về tỉ lệ rò miệng nối, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật và tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật 30 ngày [1]. Thực hiện miệng nối trong cơ thể cũng đã được chứng minh làm giảm các biến chứng liên quan đến vết thương, tạo điều kiện phục hồi sớm chức năng ruột và giúp giảm chiều dài vết mổ cải thiện thẩm mỹ. Tuy nhiên, phương pháp này đòi hỏi kỹ thuật cao, cần được thực hiện bởi các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm nhằm làm giảm thiểu biến chứng và tỉ lệ chuyển mổ mở. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi, an toàn của phương pháp và kết quả ung thư học trên bệnh ung thư đại tràng phải có chỉ định cắt đại tràng phải.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

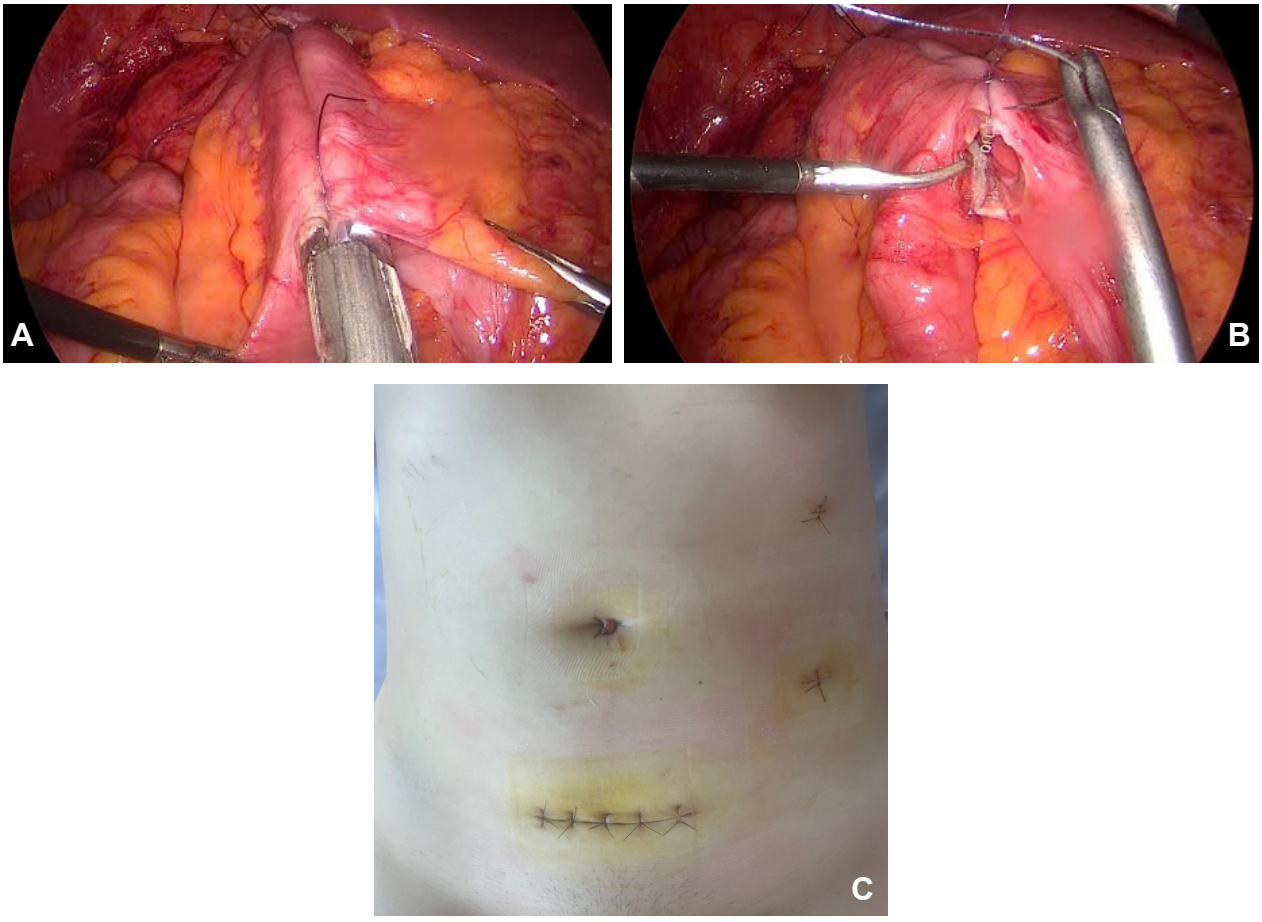
Đối tượng

Nghiên cứu trên 37 người bệnh được phẫu thuật cắt ½ đại tràng phải qua nội soi sử dụng phương pháp nối trong cơ thể được thực hiện tại khoa Phẫu thuật Ống tiêu hoá Bệnh viện Trung ương Quân đội từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng.

Phương pháp phẫu thuật: Phẫu tích được thực hiện theo kiểu từ trong ra ngoài. Sau khi phẫu tích và thắt mạch máu trung tâm bằng kẹp mạch máu và dao hàn mạch, vét hạch D3, cắt hoàn toàn mạc treo đại tràng, việc di động một phần đại tràng ngang có thể không cần thiết khi làm miệng nối trong. Vị trí cắt hồi tràng và đại tràng được xác định thông qua các nguyên tắc về ung thư, kiểm tra trực quan màu sắc của ruột nhằm đánh giá tình trạng tưới máu tại diện cắt. Đại tràng ngang và hồi tràng cuối được cắt ngang bằng băng ghim nội soi Endo GIA 60. Đoạn cuối hồi tràng được đưa lên nối bên – bên với đại tràng ngang thuận chiều hoặc ngược chiều nhu động ruột bằng băng ghim Endo GIA 60, và khâu đóng lỗ hàng ghim bằng 1 băng ghim hoặc khâu tay với chỉ có gai (V-loc) 3/0. Bệnh phẩm cuối cùng được đưa ra ngoài qua túi tại đường mở nhỏ 5-7 cm trên xương mu, có sử dụng dụng cụ bọc vết mổ.



Hình 1: Thực hiện miệng nối trong cơ thể: (a) Dùng stapler EndoGIA 60mm tạo miệng nối bên-bên hồi tràng – đại tràng ngang; (b) Khâu đóng vị trí đặt stapler bằng chỉ tan đơn sợi có gai (V-loc 3-0) mũi liên tục. (c) Vết mổ sau phẫu thuật

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, BMI; thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, lượng máu truyền trong mổ, tỉ lệ chuyển mổ mở, số lượng hạch thu được, kết quả giải phẫu bệnh, thời gian nằm viện sau mổ. Ghi nhận các biến chứng sau mổ.

Xử lí số liệu: Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

Kết quả

Đặc điểm người bệnh

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm người bệnh		Kết quả
Tuổi trung bình (năm)		63,6 ± 10,8 (37 – 82 tuổi)
Giới tính (Nam : Nữ)		17 : 18
BMI (kg/m^2)		20,6 ± 2,8
Tiền sử phẫu thuật vùng bụng		4 (10,8%)
Giai đoạn bệnh trước mổ	II	21 (56,8%)
	III	16 (43,2%)
Kích thước u trung bình (cm)		4,9 ± 1,2 (3 – 8)
Vị trí u		
Đại tràng góc gan		25 (67,6%)
Đại tràng lên		4 (10,8%)
Manh tràng		8 (21,6%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 63,6 ± 10,8 tuổi (37 – 82 tuổi). BMI trung bình 20,6 ± 2,8. Có 4 trường hợp có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đây (10,8%). Kích thước trung bình của u là 4,9 ± 1,2 cm, u lớn nhất là 8 cm. Vị trí u phần lớn tại đại tràng góc gan (67,6%).

Đặc điểm kỹ thuật và kết quả trong mổ

Bảng 2: Đặc điểm kỹ thuật và kết quả trong mổ

Đặc điểm kỹ thuật		Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)		124,2 ± 24,8 phút
Miệng nối bên – bên		37 (100%)
Miệng nối thuận chiều nhu động ruột		21 (56,8%)
Kỹ thuật làm miệng nối	Stapler hoàn toàn	14 (37,8%)
	Stapler kết hợp khâu tay	23 (62,2%)
Đóng cửa sổ mạc treo		0
Đường mở lấy bệnh phẩm trên xương mu		37 (100%)
Tai biến trong mổ		0
Chuyển mổ mở		0

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 124,2 ± 24,8 phút. Đặc điểm kỹ thuật thực hiện miệng nối ghi nhận: thực hiện miệng nối bên- bên trên 37 người bệnh (100%), miệng nối thuận chiều/ ngược chiều nhu động ruột là 21/16 trường hợp.

Thực hiện miệng nối hoàn toàn bằng Stapler trong 14 trường hợp (37,8%), kết hợp Stapler và khâu tay trong 23 trường hợp (62,2%). Không trường hợp nào đóng cửa sổ mạc treo. Đường mở lấy bệnh phẩm trên xương mu ở 100% trường hợp, chiều dài rạch da từ 5-7cm. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở.

Kết quả sớm

Bảng 3: Kết quả sớm và kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Kết quả sớm sau phẫu thuật	
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	7,4 ± 2,3 (5 – 18)
Thời gian trung tiện sau mổ (ngày)	2,6 ± 1,2 (2 – 5)
Biến chứng	
Nhiễm trùng vết mổ	1 (2,7%)
Chảy máu miệng nối	1 (2,7%)
Viêm phổi	1 (2,7%)
Tử vong	0
Kết quả giải phẫu bệnh	
Số hạch vét được trung bình (hạch)	33,1 ± 11,7 (19 - 60)
Số hạch dương tính (hạch)	1,6 ± 3,9 (0 – 21)
Phân độ T	
T2	2 (5,4%)
T3	23 (62,1%)
T4	12 (32,4%)
Phân độ N	
N0	23 (62,1%)
N1	10 (27,0%)
N2	4 (10,8%)
Phân độ TNM	
IIA	17 (45,9%)
IIB	4 (10,8%)
IIIB	6 (16,2%)
IIIC	10 (27%)

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 7,4 ngày. Biến chứng sau mổ được ghi nhận bao gồm 1 (2,7%) trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1 (2,7%) trường hợp chảy máu miệng nối ở tuần thứ 2 sau mổ và 1 (2,7%) trường hợp viêm phổi ARDS. Không có trường hợp nào rò miệng nối hay tắc ruột sớm sau mổ. Không có trường hợp tử vong.

Tổng số hạch thu được trung bình là 33,1 ± 11,7 hạch. Giai đoạn bệnh theo giải phẫu bệnh: 17 (45,9%) trường hợp IIA, 4 (10,8%) IIB, 6 (16,2%) IIIB, 10 (27,0%) IIIC.

Bàn luận

Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 63,6 ± 10,8 tuổi (37 – 82 tuổi), tương đương với độ tuổi nhiều nghiên cứu trên thế giới: Bollo (70 tuổi)[2], Jian-Cheng (68 tuổi)[3], Cleary (64 tuổi)[4]. Tỷ lệ nam/nữ là 19/18. BMI trung bình 20,6±2,8. Có 4 trường hợp có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đây (10,8%). Chỉ số BMI này là phổ biến với nghiên cứu tại các nước phương Đông [1,3], và thấp hơn so với nhiều nước phương Tây với BMI trung bình có thể đạt 30 [4]. Phương pháp nối trong được xem là có lợi đặc biệt cho những người bệnh BMI cao do giảm thao tác làm căng mạc treo, vì vậy làm giảm nguy cơ biến chứng rách mạc treo, rò miệng nối, giảm thời gian phẫu thuật do không cần di động nhiều đại tràng ngang khi đưa ra làm miệng nối. Vì vậy, các lợi ích về tỉ lệ biến chứng được cho là thể hiện rõ hơn trong các nghiên cứu phương Tây [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí u phần lớn tại đại tràng góc gan (67,6%), đại tràng lên (10,8%), manh tràng (21,6%). Các kết quả nghiên cứu trên thế giới không tương đồng về tỉ lệ u theo vị trí. Bollo báo cáo phần lớn u ở manh tràng (42%), đại

tràng lên và góc gan chiếm 30% [2]. Giai đoạn bệnh theo giải phẫu bệnh: 17 (45,9%) trường hợp IIA, 4 (10,8%) IIB, 6 (16,2%) IIIB, 10 (27,0%) IIIC, tương đồng với một số nghiên cứu [2,3]. Tỉ lệ di căn hạch được xác định qua kết quả giải phẫu bệnh là 37,8%.

Kỹ thuật và kết quả trong phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải đã phát triển đáng kể trong 20 năm qua. Năm 2004, Senagore và cộng sự đã mô tả kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, với thì cắt và làm miệng nối được thực hiện khi đưa ruột ra ngoài qua đường mở nhỏ [6]. Tuy nhiên, mạc treo có thể bị xoắn nhiều trong quá trình này, làm tăng nguy cơ rách mạc treo, chảy máu hay rò miệng nối do thao tác kéo căng khi đưa ruột thao tác bên ngoài cơ thể, đặc biệt ở nhóm người bệnh có mạc treo ngắn, hay người bệnh béo phì. Điều này góp phần làm tăng thời gian phục hồi chức năng ruột sau mổ [1,3,7]. Tỷ lệ thoát vị vết mổ ở đường giữa có thể lên đến 8% đến 12% [1].

Năm 2008, Bergamaschi và cộng sự đã mô tả kỹ thuật phẫu thuật của họ với thực hiện miệng nối trong cơ thể, trong đó tất cả các bước được thực hiện trong cơ thể nhằm khắc phục các hạn chế này, nhưng việc nối được khâu bằng tay [8].

Khâu nối trong cơ thể cho phép làm giảm nguy cơ căng miệng nối và mạc treo, lấy mẫu dễ dàng qua đường mổ nhỏ hơn. Vị trí lấy mẫu có thể ở bất kỳ đâu trên thành bụng hoặc thông qua một lỗ tự nhiên, có khả năng làm giảm nguy cơ thoát vị vết mổ [1]. Tuy nhiên, khâu nối trong có nhiều thách thức về mặt kỹ thuật hơn, đòi hỏi các kỹ năng phẫu thuật nội soi nâng cao và có thể làm tăng thời gian phẫu thuật [9]: Chaves báo cáo thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nối trong là 226 phút so với nhóm khâu nối ngoài 208 phút; Grams và cộng sự ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình với khâu nối trong là 190 phút, dài hơn có ý nghĩa so với nối ngoài là 156 phút; Cleary 156,9 phút so với nhóm nối ngoài 118,2 phút [4]; Fabozzi báo cáo phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn có thời gian phẫu thuật trung bình là 92 phút, dài hơn so với phẫu thuật nội soi có hỗ trợ (khâu nối ngoài) là 78 phút. Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên của Allaix và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, với thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút [10]. Theo báo cáo của Jian-Cheng, so sánh nhóm làm miệng nối trong với nhóm làm miệng nối ngoài cơ thể, không có sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm về thời gian phẫu thuật [3]. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 124,2 ± 24,8 phút, tương đối ngắn so với nhiều nghiên cứu trên thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14 trường hợp khâu nối bằng stapler hoàn toàn (37,8%), 23 trường hợp còn lại phối hợp sử dụng stapler và khâu tay khi tạo miệng nối. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật và tỉ lệ biến chứng giữa hai nhóm trên. Neutzling và cộng sự đã chứng minh một số ưu điểm của việc tạo miệng nối bằng stapler so với các kỹ thuật khâu tay trong phẫu thuật đại trực tràng, và khi ứng dụng vào phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải. Jian-Cheng cũng cho thấy việc sử dụng băng ghim làm giảm có ý nghĩa thời gian phẫu thuật[3].

Kết quả giải phẫu bệnh

Theo khuyến cáo về ung thư đại trực tràng, số hạch cần vét là 12 hạch, số hạch vét được tương quan với kết cục điều trị. Tổng số hạch vét được trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 33,1 hạch, cao hơn so với nhiều nghiên cứu: Jian-Cheng 19 hạch (không khác biệt so với nhóm nối ngoài) [3], Chaves 21 hạch (so với nhóm nối ngoài là 14 hạch, p = 0,03), Cleary 23,3 hạch [4]. Không có trường hợp

nào chuyển mổ mở. Tỉ lệ chuyển mổ mở trên thế giới là 0 -1,6%

Theo tác giả Baek, quyết định giữa nối trong và nối ngoài phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên [1]. Tại Hàn Quốc, báo cáo tại hội nghị thường niên của Hội Hậu môn trực tràng năm 2022 ghi nhận 54% phẫu thuật viên thực hiện miệng nối ngoài và 46% thực hiện miệng nối trong.

Kết quả sớm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng được ghi nhận ở 3 trường hợp (8,1%). Không có trường hợp nào ghi nhận biến chứng rò miệng nối. Biến chứng bao gồm 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1 trường hợp xuất huyết tiêu hoá, 1 trường hợp viêm phổi. Các người bệnh đều điều trị bảo tồn thành công. Thời gian tiêu hoá lưu thông sau mổ trung bình là 2,6 ngày. Nhiều báo cáo ghi nhận nối trong giúp rút ngắn thời gian hồi phục chức năng ruột sau phẫu thuật, trung bình 2-3 ngày [2-4], tỉ lệ biến chứng thấp hơn [2,3]. Theo thử nghiệm lâm sàng của Bollo (2019), tỉ lệ chảy máu miệng nối được ghi nhận ở 3% trường hợp khâu miệng nối trong, so với 4% ở nhóm nối ngoài. Tỉ lệ rò miệng nối là 0 – 5%, thấp hơn so với nhóm nối ngoài, tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ là 1,3 – 7,8% [1]. Một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ nhiễm trùng có thể tăng đối với nối trong do nguy cơ gieo rắc phân trong ổ bụng, nhưng nhiều nghiên cứu đã phủ nhận kết quả này [1].

Thời gian nằm viện trung bình là 7,4 ngày ngắn hơn so với nhóm nối ngoài tại cùng cơ sở nghiên cứu là 8,53 ngày[11] . Tuy nhiên thời gian này là dài hơn so với nhiều nghiên cứu trên thế giới và không có sự khác biệt giữa nhóm nối trong và nối ngoài theo nhiều nghiên cứu, trung bình 3 – 7 ngày [2,4].

Việc giảm tổn thương trong phẫu thuật đã được chứng minh do kỹ thuật nối trong cho phép quan sát tốt hơn mạc treo đại tràng trong quá trình phẫu tích, vì vậy giảm tỉ lệ mất máu (thể hiện qua giảm chênh lệch hemoglobin trước và sau phẫu thuật) và giảm xoắn vặn mạc treo, giảm thời gian hồi phục nhu động ruột [2].

Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng thực hiện miệng nối trong cơ thể là một kỹ thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Với báo cáo trên 37 trường hợp áp dụng kỹ thuật trên tại Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hoá bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chúng tôi thấy phương pháp này là an toàn và khả thi, thời gian phẫu thuật tương đương khâu nối ngoài, lượng máu mất ít, đảm bảo các yêu cầu về ung thư học với số lượng hạch vét lớn, tỉ lệ biến chứng thấp, thời gian hồi phục ngắn. Phương pháp này cần được áp dụng và nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi kết quả trung hạn và dài hạn để đánh giá tốt hơn hiệu quả của phương pháp này.

Tài liệu tham khảo

1. Baek SK. Extracorporeal versus intracorporeal anastomosis for right colon cancer surgery. J Minim Invasive Surg. Sep 15 2022;25(3):91-96. doi:10.7602/jmis.2022.25.3.91
2. Bollo J, Turrado V, Rabal A, et al. Randomized clinical trial of intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy (IEA trial). Br J Surg. Mar 2020;107(4):364-372. doi:10.1002/bjs.11389
3. Jian-Cheng T, Shu-Sheng W, Bo Z, Jian F, Liang Z. Total laparoscopic right hemicolectomy with 3-step stapled intracorporeal isoperistaltic ileocolic anastomosis for colon cancer: An evaluation of short-term outcomes. Medicine (Baltimore). Nov 2016;95(48):e5538. doi:10.1097/md.0000000000005538
4. Cleary RK, Silviera M, Reidy TJ, et al. Intracorporeal and extracorporeal anastomosis for robotic-assisted and laparoscopic right colectomy: short-term outcomes

of a multi-center prospective trial. Surg Endosc. Jun 2022;36(6):4349-4358. doi:10.1007/s00464-021-08780-9

5. Phan-Thien KC, Cooper EA, Lubowski DZ. Intracorporeal anastomosis for minimally invasive right colectomy - is it time for wider uptake? ANZ J Surg. Mar 2023;93(3):454-455. doi:10.1111/ans.18276
6. Senagore AJ, Delaney CP, Brady KM, Fazio VW. Standardized approach to laparoscopic right colectomy: outcomes in 70 consecutive cases. J Am Coll Surg. Nov 2004;199(5):675-9. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2004.06.021
7. Feroci F, Lenzi E, Kröning KC, et al. [Feasibility and effectiveness of laparoscopic right colectomy with extracorporeal anastomosis]. Minerva Chir. Feb 2011;66(1):41-8. Emicolectomia destra laparoscopia con anastomosi intracorporea: fattibilità ed efficacia.
8. Bergamaschi R, Schochet E, Haughn C, Burke M, Reed JF, 3rd, Arnaud JP. Standardized laparoscopic intracorporeal right colectomy for cancer: short-term outcome in 111 unselected patients. Dis Colon Rectum. Sep 2008;51(9):1350-5. doi:10.1007/s10350-008-9341-1
9. Stein SA, Bergamaschi R. Extracorporeal versus intracorporeal ileocolic anastomosis. Tech Coloproctol. Feb 2013;17 Suppl 1:S35-9. doi:10.1007/s10151-012-0937-z
10. Allaix ME, Degiuli M, Bonino MA, et al. Intracorporeal or Extracorporeal Ileocolic Anastomosis After Laparoscopic Right Colectomy: A Double-blinded Randomized Controlled Trial. Ann Surg. Nov 2019;270(5):762-767. doi:10.1097/sla.0000000000003519
11. Nguyễn Anh Tuấn, Trần Mạnh Hà, Lương Ngọc Cương, Nguyễn Văn Dư, Nguyễn Tô Hoài (2021) Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng điều trị ung thư đại tràng phải. Tạp chí Y-Dược lâm sàng 108. 16(4).