

**KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ
TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

**Đặng Hồng Quân*, Nguyễn Văn Luân, Nguyễn Văn Tuấn,
Mai Văn Đợi, Lê Thanh Vũ, Võ Thị Hậu, Phạm Văn Năng**

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: dhquan@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư trực tràng là bệnh lý thường gặp của đường tiêu hóa. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng đã được thực hiện ở nhiều nơi trên thế giới và Việt Nam. Tình trạng điện cắt vòng quanh (DCVQ) là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong ung thư trực tràng. **Mục tiêu:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng, khảo sát đặc điểm mô bệnh học và điện cắt vòng quanh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật triệt căn theo nguyên tắc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (CTBMTT) tại Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 07/2017 đến tháng 12/2019. Số liệu được thu thập theo phương pháp cắt ngang. Ghi nhận kết quả sớm sau mổ và bệnh phẩm được xử lý theo kỹ thuật cắt nguyên khối để ghi nhận tình trạng DCVQ. **Kết quả:** Có 54 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi, trong đó có 28 nam và 26 nữ. Tuổi trung bình là $62,33 \pm 12,36$. Có 47 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng bảo tồn cơ thắt, 7 bệnh nhân được phẫu thuật Miles nội soi. Thời gian phẫu thuật trung bình 254 ± 83 phút. Không có trường hợp nào tử vong trong thời gian hậu phẫu. Thời gian trung tiện sau mổ và thời gian nằm viện sau mổ trung bình lần lượt là 1,6 và 9,1 ngày. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 20,3%, trong đó chảy máu miệng nối là 3,7%, nhiễm trùng vết mổ là 3,7%, xì miệng nối là 3,7%, rối loạn đại tiện là 3,7% và bí tiểu chiếm tỉ lệ 5,5%. Chất lượng bệnh phẩm phẫu thuật tốt 35,2%, trung bình 53,7%. Tỷ lệ DCVQ (+) là 33,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng là một phương pháp an toàn, có thể áp dụng thường qui cho các bệnh nhân ung thư trực tràng. Tỷ lệ DCVQ (+) là 33,3%.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, điện cắt vòng quanh, chất lượng bệnh phẩm.

ABSTRACT

**EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR TREATMENT
OF RECTAL CANCER AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND
PHARMACY HOSPITAL**

**Dang Hong Quan*, Nguyen Van Luan, Nguyen Van Tuan, Mai Van Doi,
Le Thanh Vu, Vo Thi Hau, Pham Van Nang**
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Rectal cancer is a common disease of digestive tract. Laparoscopic surgery for treatment of rectal cancer has been performed in many parts of the world and in Viet Nam. Circumferential resection margin (CRM) status is one of the strongest predictors in rectal cancer. **Objectives:** The aims of this study were to identify the early results of laparoscopic surgery for treatment of rectal cancer, to assess the histopathological characteristics and circumferential resection margin status. **Materials and methods:** In this cross – sectional study, patients with rectal cancer who underwent laparoscopic surgery according to the principles of total mesorectal excision (TME) between July, 2017 and December, 2019 were extracted at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. Identifying the early results of laparoscopic surgery and whole – mount section technique was used to evaluate CRM status. **Results:** All data and CRM of 54 patients were collected. 28 males and 26 females were included in the study. Mean age 62.3 years. Laparoscopic

anterior resection with sphincter-saving TME was performed in 47 patients and Miles procedure in 7 patients. Mean operating time was 254 ± 83 minutes. Mean postoperative period until bowel movement, length of hospital stay was 1,6 and 9,1 days, respectively. Postoperative complications were anastomotic leakage (3.7%); wound infections (3.7%), anastomotic bleeding (3.7%), fecal incontinence (3.7%) and urinary retention (5.5%). Total morbidity was 20.3%, but there were no fatal complications or operative deaths. In 35.2%, the quality of the mesorectum was complete, nearly complete in 53.7%. CRM involvement in 33.3%. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for rectal cancer is a safe procedure. We can routinely perform this method for rectal cancer patients. CRM involvement was 33.3%.

Keywords: Rectal cancer, Laparoscopic surgery, circumferential resection margin, the quality of the mesorectum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh phổ biến, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong tương đối cao. Năm 2015, ở Hoa Kỳ ước tính có khoảng 133.000 trường hợp ung thư đại trực tràng mới mắc, trong đó ung thư trực tràng chiếm 30%. Bệnh có tần suất lưu hành cao ở các nước công nghiệp phát triển như: Bắc Mỹ, Nhật Bản, Châu Âu, New Zealand. Ở các nước khu vực Đông Nam Á, Châu Phi bệnh có tần suất thấp hơn. Tại Việt Nam, theo thống kê của tổ chức Nghiên cứu Ung thư Quốc tế năm 2012, tần suất ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 4 ở nam và đứng hàng thứ 6 ở nữ [7].

Phương pháp cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (CTBMTTT) được đề xuất bởi Heald R.J. vào năm 1982 và sau đó được áp dụng rộng rãi tại các trung tâm ngoại khoa [10]. Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại tràng đã được Jacobs thực hiện lần đầu vào năm 1991. Các công trình nghiên cứu sau này của nhiều tác giả trên thế giới cho thấy kết quả về mặt ung bướu học của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng tương đương với mổ mở. Ngoài ra còn có các ưu điểm khác của phẫu thuật nội soi như: ít đau sau mổ, phục hồi nhu động ruột sớm, rút ngắn thời gian nằm viện, thẩm mỹ hơn.

Một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng trong tái phát bệnh là tình trạng các diện cắt. Kể từ khi mô tả lần đầu tiên bởi Phil Quirke và cộng sự năm 1986 về tình trạng diện cắt vòng quanh (DCVQ) trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng, các phẫu thuật viên đã chú trọng nhiều hơn về vấn đề này [13]. Tỷ lệ tái phát tại chỗ, di căn xa ở bệnh nhân có DCVQ (+) cao hơn so với những bệnh nhân có DCVQ (-) [15].

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về diện cắt vòng quanh [15]. Tại Việt Nam, năm 2012, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu đầu tiên về DCVQ trong ung thư trực tràng [5]. Chúng tôi thực hiện tiếp đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng, đánh giá chất lượng bệnh phẩm phẫu thuật và tỷ lệ diện cắt vòng quanh dương tính của các bệnh nhân ung thư trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Là thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang một loạt ca bệnh, lấy số liệu tiền cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật triệt căn theo nguyên tắc CTBMTTT tại Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ từ tháng 07/2017 đến tháng 12/2019.

❖ Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Chẩn đoán trước và sau mổ là ung thư biểu mô tuyến trực tràng.
- Phương pháp phẫu thuật là: cắt trước nội soi, cắt trước thấp nội soi, cắt trước cực thấp nội soi và cắt trực tràng ngã bụng – tầng sinh môn (PT Miles) nội soi.
- Bệnh phẩm mổ còn giữ nguyên khối sau phẫu thuật.
- Bệnh nhân tuân thủ lịch tái khám và đồng ý mổ nội soi.

❖ Phương pháp phẫu thuật:

Trong tất cả các trường hợp, kỹ thuật phẫu tích tiếp cận từ bên trong được áp dụng, bó mạch mạc treo tràng dưới được thắt tận gốc và kèm theo nạo vét hạch, tùy thuộc vào vị trí và mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng cơ thắt và tình trạng của bệnh nhân để lựa chọn các phương pháp như cắt trước, cắt trước thấp, cắt trước cực thấp hoặc phẫu thuật Miles. Mặt cắt dưới trực tràng cách khối u ít nhất 2cm.

❖ Xử lý bệnh phẩm

Bệnh phẩm ung thư trực tràng được đánh giá bởi các nhà giải phẫu bệnh có kinh nghiệm theo kỹ thuật được mô tả bởi Phil Quirke và cộng sự. Trong nghiên cứu này, diện cắt vòng quanh dương tính khi khoảng cách ngắn nhất giữa u và diện cắt ≤ 1 mm. Ngay khi kết thúc cuộc mổ, bệnh phẩm được giữ nguyên vẹn mang đến Khoa Giải phẫu bệnh. Cố định bệnh phẩm với Neutral buffer formalin 10% ít nhất 48h.

Tiến hành cắt lát mỏng 5mm, nguyên khối trên và dưới khối u ít nhất 2 cm. Ghi nhận ít nhất 3 lát cắt có sự xâm nhiễm của khối u hoặc hạch di căn gần nhất tới DCVQ, đo đạc trên đại thể. Sau đó tiến hành lấy mẫu mô kích thước khoảng 10 x 15 mm, xử lý mô thường qui, đúc khuôn sáp.

Mẫu mô sau khi được đúc khuôn sáp sẽ được cắt ra thành từng lát mỏng dán lên lam, nhuộm H.E, đo trên kính hiển vi, ghi nhận khoảng cách ngắn nhất từ u đến DCVQ bằng số nguyên dương, đơn vị tính: millimet.

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 07/2017 đến tháng 12/2019 có 54 trường hợp ung thư trực tràng được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi bệnh nhân

Nhóm tuổi	n	%
≤ 30	01	1,9
31–40	02	3,7
41–50	04	7,4
51–60	13	24,1
61–70	23	42,6
71–80	08	14,8
> 80	03	5,6

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,33 \pm 12,36$. Nhỏ nhất là 25 tuổi, cao nhất là 92 tuổi. Nhóm tuổi từ 50–80 chiếm tỷ lệ nhiều nhất: 44 BN (81,5%). Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 51,9% và nữ chiếm tỷ lệ 48,1%.

3.2. Nồng độ CEA trước mổ: Trung bình là 14,4ng/mL. Đa số các trường hợp trong giới hạn bình thường, có 8 trường hợp nồng độ CEA > 10 ng/mL.

3.3. Vị trí khối u: U nằm ở 1/3 trên trục tràng chiếm tỷ lệ 16,7% (9/54 BN), u ở 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 29,6% (16/54 BN), ở 1/3 dưới của trục tràng chiếm tỷ lệ 53,7% (29/54 BN).

3.4. Kích thước khối u: trung bình $4,2 \pm 1,4$ cm, nhỏ nhất là 1,4 cm, lớn nhất là 8 cm.

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Cắt trước	05	9,2
Cắt trước thấp	21	38,9
Cắt trước cực thấp	21	38,9
Phẫu thuật Miles	07	13
TỔNG CỘNG	54	100

Nhận xét: Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

3.5. Thời gian phẫu thuật:

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật

Loại phẫu thuật	n	Phút
Cắt trước	05	295 \pm 57,8
Cắt trước thấp	21	295,8 \pm 91,8
Cắt trước cực thấp	21	215 \pm 61,7
Phẫu thuật Miles	07	213,5 \pm 58,9

Nhận xét: Tai biến trong lúc mổ: không ghi nhận trường hợp nào. Tử vong sớm sau mổ: không có tử vong trong thời gian hậu phẫu

Bảng 4. Biến chứng hậu phẫu

Biến chứng	n	%
Chảy máu ổ phúc mạc	0	0
Chảy máu miệng nối	02	3,7
Nhiễm trùng vết mổ	02	3,7
Xì miệng nối	02	3,7
Liên quan hậu môn nhân tạo	0	0
Tiêu không tự chủ	02	3,7
Bí tiêu	03	5,5
TỔNG SỐ	11	20,3

Nhận xét: Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa: trung bình là 38,9 giờ, đa số các trường hợp có trung tiện lại trong vòng 48 giờ 44/54 trường hợp (81,5%). Thời gian nằm viện: thời gian nằm viện từ lúc mổ tới khi ra viện trung bình là $9,1 \pm 2,2$ ngày.

Bảng 5. Một số đặc điểm giải phẫu bệnh của khối u

Yếu tố	N (54)	Tỷ lệ (%)
Loại mô học		
Carcinom tuyến	54	100
Độ biệt hóa		
Rõ	3	5,6
Vừa	46	85,2
Kém	5	9,2
Yếu tố	N (54)	Tỷ lệ (%)
Mức độ xâm lấn (T)		
T2	03	5,6
T3	39	72,2
T4	12	22,2

Yếu tố	N (54)	Tỷ lệ (%)
Mức độ di căn hạch (N)		
N0	33	61,1
N1	11	20,4
N2	10	18,5
Diện cắt vòng quanh		
Dương tính ($\leq 1\text{mm}$)	18	33,3
Âm tính ($> 1\text{mm}$)	36	66,7
Mặt phẳng phẫu thuật		
Mạc treo trực tràng (tốt)	19	35,2
Trong mạc treo trực tràng (trung bình)	29	53,7
Cơ trực tràng (không tốt)	06	11,1

IV. BÀN LUẬN

Tuổi là một yếu tố nguy cơ của ung thư trực tràng. Tần suất của bệnh gia tăng sau 50 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi mắc bệnh ung thư trực tràng nhiều nhất là 50–80 tuổi (81,5%). Tuổi trung bình là 62,3, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 25, lớn tuổi nhất là 92.

Trong 54 bệnh nhân, số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ với tỷ lệ lần lượt là 51,9% và 48,1%. Tỷ lệ nam/nữ = 1,07. Tỷ lệ này cũng tương tự một số tác giả trong và ngoài nước.

Nồng độ CEA trước mổ trong giới hạn bình thường ($< 5\text{ng/mL}$) ghi nhận trong 30/48 trường hợp, chiếm tỷ lệ 62,5%. Trong nghiên cứu của Phạm Văn Năng, có 57,1% bệnh nhân có nồng độ CEA trước mổ trong giới hạn bình thường [4]. Các nghiên cứu gần đây về nồng độ CEA trong ung thư đại tràng của Konishi cũng cho thấy đa số bệnh nhân có nồng độ CEA trước mổ trong giới hạn bình thường.

Kích thước khối u trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 4,2 cm, khối u có đường kính nhỏ nhất là 1,4cm, lớn nhất là 8cm. U có kích thước $> 5\text{cm}$ chiếm tỷ lệ 16,7%. Tương đương với nghiên cứu của Đỗ Trọng Khanh là 18,6%, Đặng Hồng Quân là 18,4% [5].

Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật theo phương pháp cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Cắt đoạn đại tràng chậu hông – trực tràng, nối đại tràng với trực tràng còn lại hoặc ống hậu môn trong 47/54 trường hợp (87%), phẫu thuật Miles là 7/54 (13%). Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt của các tác giả nước ngoài: Bernstein (2009) là 66,8%, Leroy (2004) nghiên cứu trên 98 bệnh nhân là 84,7% [11]. Ngày nay, hầu hết ung thư trực tràng có thể cắt hoàn toàn mà vẫn bảo tồn cơ thắt hậu môn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 254 ± 83 phút. Theo nghiên cứu của các tác giả Fukunaga là 236 phút [8]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc, thời gian trung bình cho phương pháp cắt trước là $158,9 \pm 44$ phút, cắt trước thấp là: $190,3 \pm 43$ phút [1]. Thời gian trung bình của phương pháp cắt cụt trực tràng trong nghiên cứu của Phạm Văn Bình và cộng sự là 160 phút. Tuy nhiên, sự khác biệt này là không nhiều.

Thời gian trung bình nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,1 \pm 2,2$ tương đương với nghiên cứu của tác giả Guillou và cộng sự trung bình là 11 ngày [9] và Braga và cộng sự (2007) với thời gian trung bình là 10 ngày. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Trong 54 bệnh nhân được phẫu thuật, chúng tôi gặp phải các biến chứng nhiễm trùng vết mổ, chảy máu miệng nối, xì miệng nối, tiêu không tự chủ và bí tiểu. Theo Nguyễn Hoàng Bắc, tác giả gặp phải các biến chứng như bục xì miệng nối, liệt ruột, chảy máu miệng nối,

nhằm trùng vết mổ, dọa phù phổi cấp và bí đái sau mổ.

Xì miệng nổi là biến chứng hay gặp cho dù nó luôn được lưu ý và đề phòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,7%. Cả 2 trường hợp được xử trí rửa bụng và khâu lại miệng nổi và mở hồi tràng ra da. Xì miệng nổi sau mổ UTĐTT là biến chứng nặng, đe dọa tính mạng bệnh nhân và kéo dài thời gian điều trị nếu được chẩn đoán muộn. Tỷ lệ xì miệng nổi của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Văn Năng với tỷ lệ là 3% [4]. Theo y văn trong và ngoài nước với tỷ lệ xì miệng nổi dao động từ 3 đến 21% [1], [14].

Hai trường hợp chảy máu miệng nổi (3,7%), 2 trường hợp này có chẩn đoán ung thư trực tràng 1/3 giữa và 1/3 dưới được phẫu thuật cắt trước và lập lại lưu thông ruột bằng Stapler vòng, sau mổ chảy máu miệng nổi phải khâu cầm máu, hậu phẫu bệnh nhân diễn tiến tốt và xuất viện. Không có trường hợp nào tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi.

Ung thư biệt hóa rõ và vừa chiếm tỷ lệ 91,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước khác: Nguyễn Hoàng Bắc là 87,1%, Đỗ Trọng Khanh là 86%, theo Bernstein (2009) là 86% [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư ở giai đoạn T3 và T4 chiếm tỷ lệ là 94,4%. Theo Trần Ngọc Dũng (2014) tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 92,9% [3], Lâm Việt Trung (2006) ở bệnh viện Chợ Rẫy là 62,3%. Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài: theo Bernstein (2009) là 68,5% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi chất lượng bệnh phẩm phẫu thuật tốt 35,2%, chất lượng bệnh phẩm trung bình 53,7%. Theo nghiên cứu của Negtegaal và cs đánh giá chất lượng bệnh phẩm tốt chiếm 47%, trung bình chiếm 38% và xấu 15% [12]. Có thể lý giải việc phát hiện bệnh trễ hơn, đa phần các khối u ở giai đoạn T3, T4 so với các tác giả khác. Diện cắt vòng quanh dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,3%. So với nghiên cứu của các tác giả khác tỷ lệ DCVQ (+) dao động từ 5–41% [15].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng là một phương pháp an toàn, có thể áp dụng thường qui cho các bệnh nhân ung thư trực tràng. Phẫu thuật nội soi vẫn giữ đảm bảo các nguyên tắc phẫu thuật về mặt ung thư học. Việc giữ bệnh phẩm phẫu thuật, bảo quản đúng quy cách là hết sức quan trọng, phẫu tích bệnh phẩm phải tuân thủ qui trình và kết quả giải phẫu bệnh phải thể hiện đầy đủ các thông tin đặc biệt là tình trạng diện cắt vòng quanh, giai đoạn bệnh sẽ giúp rất nhiều cho bác sĩ lâm sàng trong điều trị và tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh (2010), Vai trò của phẫu thuật nội soi trong xử trí biến chứng của phẫu thuật nội soi trực tràng, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1), tr 124 - 126.
2. Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự (2006), Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng thấp, *Y học Việt Nam*, ĐB(319), tr 131 - 138.
3. Trần Ngọc Dũng và cộng sự (2014), Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng, *Y học thực hành*, Số 2, tr 35 - 38.
4. Phạm Văn Năng (2014), Phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi trong điều trị ung thư đại - trực tràng, *Y học thực hành*, 928(8), tr 172 - 174.
5. Đặng Hồng Quân, Phạm Văn Năng (2012), Khảo sát diện cắt vòng quanh trong ung thư trực tràng, *Y học thực hành*, 818 - 819, tr 491 - 494.
6. Dresen R.C., et al. (2009), Local recurrence in rectal cancer can be predicted by histopathological factors, *Eur J Surg Oncol*, 35(10), pp 1071-7.

7. Ferlay J., *et al.* (2013), Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012, *International Journal of Cancer*.
8. Fukunaga Y., *et al.* (2010), Laparoscopic rectal surgery for middle and lower rectal cancer, *Surg Endosc*, 24(1), pp 145-51.
9. Guillaou P.J., *et al.* (2005), Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial, *Lancet*, 365(9472), pp 1718-26.
10. Heald R.J., Husband E.M., Ryall R.D. (1982), The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence?, *Br J Surg*, 69(10), pp 613-6.
11. Leroy J., *et al.* (2004), Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery: long-term outcomes, *Surg Endosc*, 18(2), pp 281-9.
12. Nagtegaal I.D., *et al.* (2002), Macroscopic evaluation of rectal cancer resection specimen: clinical significance of the pathologist in quality control, *J Clin Oncol*, 20(7), pp 1729-34.
13. Quirke P., *et al.* (1986), Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Histopathological study of lateral tumour spread and surgical excision, *Lancet*, 2(8514), pp 996-9.
14. Staudacher C., *et al.* (2007), Total mesorectal excision (TME) with laparoscopic approach: 226 consecutive cases, *Surg Oncol*, 16 Suppl 1, pp S113-6.
15. Wibe A., *et al.* (2002), Prognostic significance of the circumferential resection margin following total mesorectal excision for rectal cancer, *Br J Surg*, 89(3), pp 327-34.

(Ngày nhận bài: 07/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 06/09/2020)
