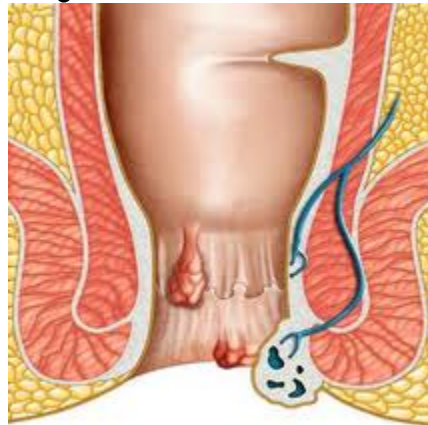


Tài liệu

UNG THƯ ĐẠI TRÀNG VÀ TRỰC TRÀNG



UNG THƯ ĐẠI TRÀNG VÀ TRỰC TRÀNG

1-Đại cương:

1.1-Đại cương về polyp đại tràng:

Polyp là một chỗ nhô lên trên bề mặt lớp biểu mô của đại tràng. Polyp đại tràng có thể có cuống hay có chân rộng. Về mặt bản chất mô học, polyp đại tràng có thể xuất phát từ lớp biểu mô (polyp tuyến, polyp tăng sản) hay lớp mô đệm (hamartoma).

Ở người trên 60 tuổi, polyp đại tràng chiếm tỉ lệ khoảng 10%.

Polyp đại tràng có thể được chia làm ba nhóm chính: polyp tăng sản (90%), polyp tuyến (10%) và các hội chứng đa polyp (tỉ lệ không đáng kể). Các hội chứng đa polyp có thể được chia thành hai nhóm: các hội chứng đa polyp có yếu tố di truyền và các hội chứng đa polyp không có yếu tố di truyền.

Polyp tăng sản:

- Thường gặp ở đoạn cuối đại tràng và trực tràng
- Kích thước thường nhỏ hơn 5 mm
- Hình dáng phổ biến: tròn, nhỏ, không cuống
- Không có nguy cơ chuyển dạng sang ác tính

Polyp tuyến:

- Được chia làm ba loại: tuyến ống (tubular), tuyến nhung mao (vilous) và tuyến ống-nhung mao (tubulovilous). Polyp tuyến có thể gặp ở bất kỳ đoạn nào trên đại tràng và có cuống. Polyp nhung mao tập trung chủ yếu ở trực tràng và không cuống.
- 90% có kích thước nhỏ hơn 1,5 cm
- Nguy cơ ác tính phụ thuộc vào: kích thước (lớn hơn 2 cm) và thành phần nhung mao trong polyp (polyp nhung mao có nguy cơ ác tính cao nhất)

Hội chứng đa polyp có yếu tố di truyền:

- Hội chứng đa polyp tuyến:
 - Hội chứng FAP (Familial Adenomatous Polyposis Syndrome)
 - Hội chứng Gardner
 - Hội chứng Turcot
- Hội chứng đa polyp mô đệm:
 - Hội chứng Peutz-Jegher (PJ)
 - Hội chứng đa polyp ở người trẻ (FJP-Familial Juvenile polyposis)
 - Bệnh Cowden
 - Hội chứng Ruvalcaba-Myhre-Smith

Hội chứng đa polyp không có yếu tố di truyền: hội chứng Cronkhite-Canada.

1.2-Các hội chứng có yếu tố di truyền trong ung thư đại trực tràng:

1.2.1-Hội chứng Lynch:

Còn gọi là Ung Thư Đại Tràng Do Di Truyền Không Phải Đa Polyp (HNPCC-Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer).

Hội chứng Lynch chiếm 5% các trường hợp ung thư trực tràng.

Nguyên nhân của hội chứng này đã được xác định: có sự đột biến của một trong năm gene Sửa Lỗi Bất Cặp Nhiễm Sắc Thể (Mismatch Repair Genes: MLH1, MSH2, MSH6, PMS1, PMS2).

Người có HNPCC có nguy cơ mắc các bệnh lý ác tính của đại trực tràng (70-80% trong suốt cuộc đời), nội mạc tử cung (30-60%), buồng trứng, dạ dày, ruột non, niệu quản, tuyến bã da.

Để chẩn đoán hội chứng Lynch, trước tiên cần nghĩ đến khả năng có thể có hội chứng này. Tiêu chuẩn chẩn đoán chặt chẽ nhất hiện nay là tiêu chuẩn Amsterdam:

- Có tối thiểu ba người trong phả hệ mắc ung thư đại tràng, và
- Một người là trực hệ của một trong hai người còn lại, và
- Ít nhất có một người bị ung thư đại tràng ở độ tuổi dưới 50.

20% người bị HNPCC có đột biến gene tự phát.

Chẩn đoán xác định HNPCC dựa vào xét nghiệm máu xác định sự đột biến của các gene nói trên

1.2.2-Hội chứng đa polyp tuyến có tính cách gia đình (FAP):

Tại Mỹ, hội chứng FAP có tần suất 1/6000-1/30000.

Nguyên nhân của hội chứng FAP là do có sự đột biến gene APC, một loại gene có vai trò ức chế sự hình thành của khối u tân sinh ở đại tràng. Ngoài hội chứng FAP, sự đột biến của gene APC còn xảy ra trong hội chứng Gardner và hội chứng Turcot.

Độ tuổi bắt đầu xuất hiện triệu chứng của hội chứng FAP là 16. BN được chẩn đoán hội chứng FAP trung bình ở độ tuổi 36.

Chẩn đoán hội chứng FAP dựa vào:

- U quái trong xoang bụng hay vùng sau trực tràng
- Soi đáy mắt: phì đại lớp biểu mô sắc tố võng mạc
- Chẩn đoán dựa vào hình ảnh trên nội soi: hàng trăm đến hàng ngàn polyp ở đại tràng, nhiều polyp ở dạ dày (polyp phình vị và polyp tuyến ở hang vị), tá tràng (polyp tuyến, tập trung chủ yếu ở vùng quanh bóng Vater).

BN có hội chứng FAP có nguy cơ bị ung thư đại trực tràng (100% khi đến tuổi 40), ung thư dạ dày, ung thư tá tràng (4%), ung thư tuyến giáp, u hệ thống thần kinh trung ương và hepatoblastoma.

1.2.3-Hội chứng Peutz-Jegher:

Hội chứng Peutz-Jegher có tần suất 1/60000-1/300000.

Nguyên nhân hội chứng Peutz-Jegher là do có sự đột biến gene STK11.

Độ tuổi bắt đầu xuất hiện các triệu chứng của hội chứng Peutz-Jegher là 25.

Chẩn đoán hội chứng Peutz-Jegher dựa vào:

- Các polyp (hamartoma) rải rác trong ống tiêu hoá, nhưng tập trung chủ yếu ở ruột non
- Các sang thương sắc tố ở da và niêm mạc khoang miệng
- U tinh hoàn (u tế bào Sertoli)

Người có hội chứng Peutz-Jegher có nguy cơ mắc các bệnh lý ác tính của: ống tiêu hoá (từ thực quản đến trực tràng, cao nhất là ở đại tràng), tụy, phổi, vú, cổ tử cung, buồng trứng.

1.3-Đại cương về ung thư đại trực tràng:

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính phổ biến (đứng thứ ba tại Mỹ).

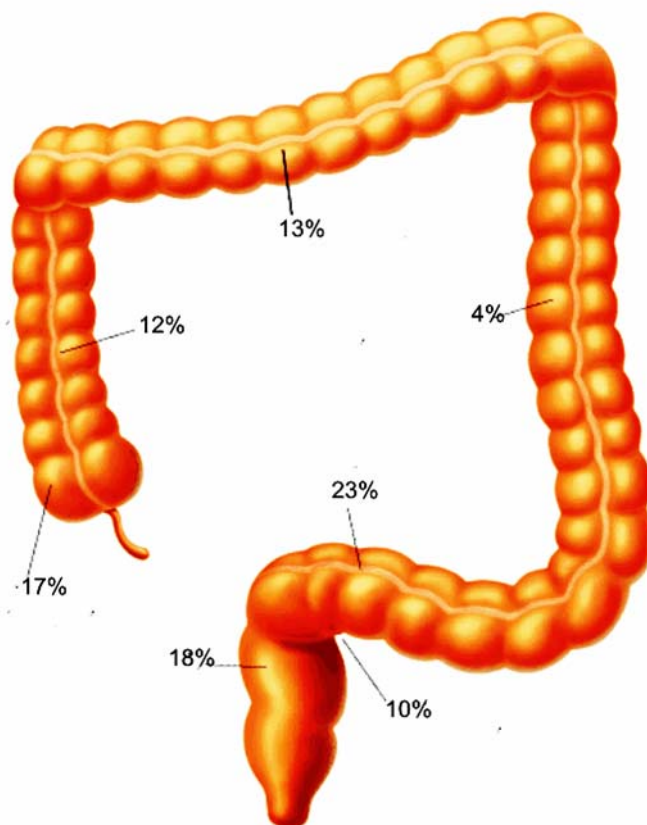
Hầu hết ung thư đại trực tràng là adenocarcinoma. Các bệnh lý ác tính còn lại bao gồm carcinoid, lymphoma và sarcoma...

Một điều quan trọng cần biết là hầu hết ung thư đại trực tràng (93%) xuất phát từ một polyp tuyến của đại tràng. Thời gian chuyển từ một polyp lành tính sang ác tính trung bình khoảng 3-5 năm.

Không có sự khác biệt về giới tính ở các BN bị ung thư đại tràng. Đối với người bị ung thư trực tràng, nam giới có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới. Độ tuổi bị ung thư đại trực tràng phổ biến nhất là 70-80.

Hầu hết ung thư đại trực tràng có liên quan đến các yếu tố ngoại cảnh. Chỉ một số ít do di truyền.

Ung thư đại tràng xích ma và trực tràng chiếm 50% các trường hợp ung thư đại trực tràng. Ung thư đại tràng xuống có tỉ lệ thấp nhất (hình 1).



Hình 1- Phân bố của ung thư đại-trực tràng (số liệu 1996 tại Mỹ)

3% BN bị ung thư ở hai vị trí trở lên trên khung đại tràng và trực tràng.

Yếu tố thuận lợi của ung thư đại trực tràng: chế độ ăn uống ít chất bã, nhiều thịt, mỡ động vật và cholesterol.

Yếu tố nguy cơ ung thư đại trực tràng:

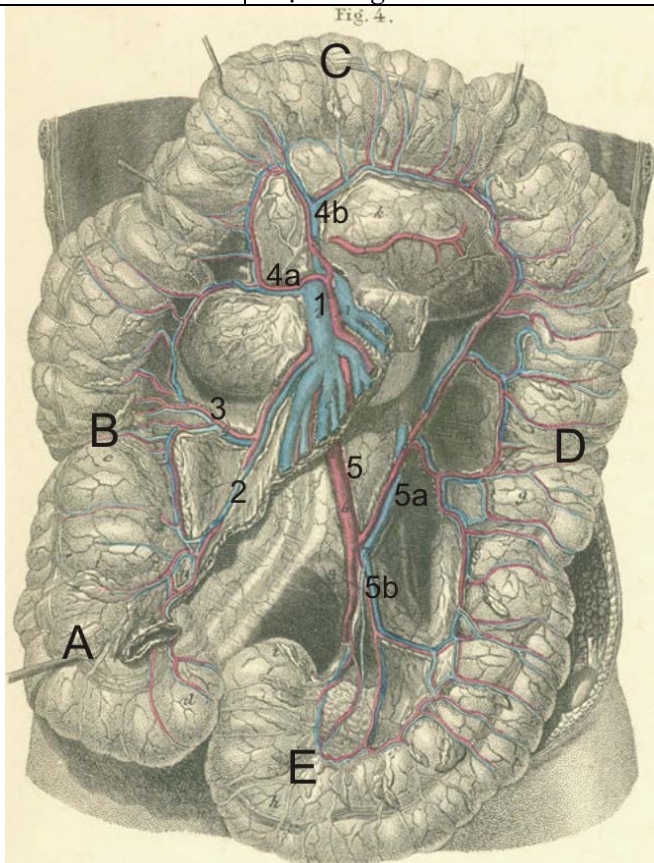
- Lớn tuổi
- Polyp tuyến đại tràng
- Di truyền
- Bệnh viêm loét đại tràng

Ung thư đại trực tràng là một trong số ít bệnh lý ác tính có tiên lượng khá tốt. Khoảng 50% BN bị ung thư đại trực tràng có thể được phẫu thuật triệt căn.

1.4-Giải phẫu đại tràng và trực tràng:

Đại tràng và trực tràng được cung cấp máu nuôi bởi các động mạch khác nhau. Để có thể tiến hành phẫu thuật cắt một đoạn đại tràng hay trực tràng, cần phải hiểu rõ sự cung cấp máu cho đoạn đó (hình 2, bảng 1):

<i>ĐM chính</i>	<i>ĐM nhánh</i>	<i>Đoạn đại tràng</i>
<i>Mọc treo tràng trên</i>	<i>Hồi-manh tràng-ruột thừa</i> <i>Đại tràng phải</i> <i>Đại tràng giữa</i>	<i>Manh tràng</i> <i>Đại tràng lên</i> <i>Đại tràng ngang</i>
<i>Mọc treo tràng dưới</i>	<i>Đại tràng trái</i> <i>Xích-ma</i> <i>Trực tràng trên</i>	<i>Đại tràng xuống</i> <i>Đại tràng xích-ma</i> <i>2/3 trên trực tràng</i>
	<i>Trực tràng giữa</i> <i>Trực tràng dưới</i>	<i>1/3 dưới trực tràng</i>



Bảng 1, hình 2- Sự phân đoạn và cung cấp máu nuôi của đại và trực tràng

- A-Manh tràng
- B-Đại tràng lên
- C-Đại tràng ngang
- D-Đại tràng xuống
- E-Đại tràng xích-ma
- 1-ĐM mạc treo tràng trên
- 2-ĐM hồi-manh tràng-ruột thừa
- 3-ĐM đại tràng phải
- 4-ĐM đại tràng giữa
- 5-ĐM mạc treo tràng dưới
- 5a-ĐM đại tràng trái
- 5b-ĐM đại tràng xích-ma

Một số đặc điểm giải phẫu của trực tràng có liên quan đến phẫu thuật ung thư trực tràng:

- Trực tràng dài khoảng 12 cm, tính từ bờ trên ống hậu môn đến nơi giáp với đại tràng xích-ma.
- Mặt sau trực tràng có lớp mỡ khá dày, được gọi là mạc treo trực tràng. Các tế bào ung thư có thể ăn lan trong mạc treo trực tràng xa hơn là ăn lan trong thành trực tràng.
- Trực tràng được bao phủ bởi lá tạng của mạc nội chậu (mạc trực tràng). Lớp mạc tạng này có tác dụng làm cho đường khâu nối trực tràng được kín.
- Phía trước, trực tràng liên quan với tiền liệt tuyến, túi tinh, bàng quang (nam) hay vách sau âm đạo (nữ). Có một lớp mạc (Denonvillier) ngăn cách giữa tiền liệt tuyến và túi tinh với trực tràng.
- Phía sau, trực tràng liên quan với xương cùng. Mặt trước xương cùng được phủ bởi lá thành của mạc nội chậu (mạc trước xương cùng). Mạc cùng chậu (mạc Waldeyer) nối mạc trước xương cùng với mạc trực tràng. Giữa mạc cùng chậu và mạc trước xương cùng có đám rối tĩnh mạch trước xương cùng và các nhánh thần kinh cùng.
- Phức mạc chỉ phủ 2/3 trước và hai bên trực tràng. Nơi mà nếp phức mạc từ mặt trước trực tràng lật lên để phủ mặt sau bàng quang được gọi là ngách trực tràng-bàng quang. Ngách trực tràng-bàng quang cách rìa hậu môn khoảng 7,5 cm (cách bờ trên ống hậu môn 3-4 cm), bằng chiều dài của một ngón tay. Khi thăm trực tràng, ngón tay chạm vào khối u có nghĩa là khối u ở 1/3 dưới trực tràng.

Dẫn lưu bạch mạch của đại tràng và trực tràng đi theo các cuống mạch chính. Dẫn lưu bạch mạch ở đại tràng và 2/3 trên trực tràng chỉ đi theo một hướng. Dẫn lưu bạch mạch ở 1/3 dưới trực tràng có thể đi theo nhiều hướng: lên trên (vào nhóm hạch cạnh động mạch chủ), sang bên (vào nhóm hạch chậu trong) hay xuống dưới (vào nhóm hạch bẹn).

Phẫu thuật ung thư trực tràng có liên quan trực tiếp đến hoạt động chức năng của cơ thắt và hoạt động sinh dục.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

2.1.1-Ung thư đại tràng:

Triệu chứng của ung thư đại tràng thay đổi phụ thuộc vào vị trí của khối u.

BN bị ung thư đại tràng phải có thể nhập viện vì:

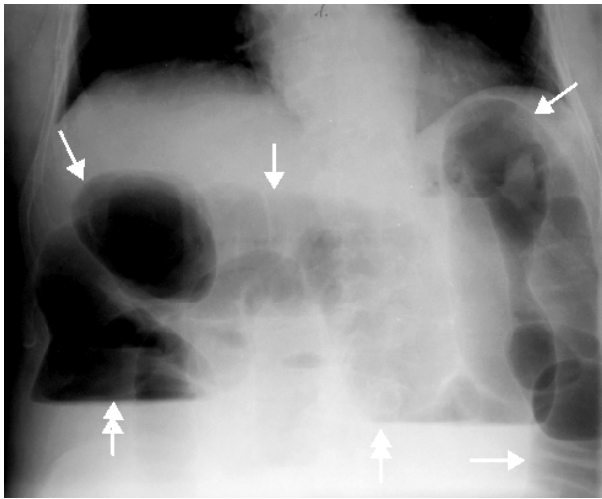
- Thiếu máu thiếu sắt (do chảy máu rỉ rã từ khối u)
- Sụt cân
- Khối u bụng

Triệu chứng thường gặp của ung thư đại tràng trái:

- Đau bụng, táo bón
- Thay đổi thói quen đi tiêu
- Tiêu máu

40% BN ung thư đại tràng nhập viện với khối u gây tắc hay thủng đại tràng. Chẩn đoán tắc ruột do ung thư đại tràng hay ung thư đại tràng thủng dựa vào:

- Tuổi tác của BN
- Tiền căn: đau bụng âm ỉ, thay đổi thói quen đi tiêu.
- Khối u gây tắc: hội chứng tắc ruột thấp (táo bón, chướng bụng).
- Khối u đại tràng thủng biểu hiện dưới hai thể lâm sàng: áp-xe trong xoang bụng và viêm phúc mạc toàn diện. Nếu khối u vừa gây tắc ruột vừa bị thủng, BN sẽ nhập viện trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng nhiễm độc rất nặng.
- X-quang bụng không sửa soạn:
 - Tắc đại tràng (hình 3):
 - ▲ Đoạn trên chỗ tắc: đại tràng chướng hơi
 - ▲ Đoạn dưới chỗ tắc: không có hơi trong đại tràng
 - ▲ Nếu van hồi manh tràng hở: các quai ruột non chướng hơi và có mức nước hơi
 - Thủng đại tràng: liềm hơi dưới hoành



Hình 3- Hình ảnh tắc đại tràng trên X-quang bụng đứng không sửa soạn. Trên X-quang, chỗ tắc được dự đoán từ chỗ nối đại tràng xuống-đại tràng xích-ma trở xuống.

Hình 4- Hình ảnh tắc ruột do ung thư đại tràng trên X-quang đại tràng. Vị trí tắc ở chỗ nối đại tràng xuống-đại tràng xích-ma

- CT là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa để chẩn đoán xác định nguyên nhân (ung thư đại tràng) trên BN có hội chứng tắc ruột hay viêm phúc mạc. X-quang đại tràng có chỉ định hạn chế trong tắc đại tràng do ung thư đại tràng. Khi nghi ngờ ung thư đại tràng thủng, chống chỉ định chụp X-quang đại tràng với Barium.

2.1.2-Ung thư trực tràng:

BN bị ung thư trực tràng có hai triệu chứng chính là tiêu máu (60%) và thay đổi thói quen đi tiêu (43%).

Khi bệnh tiến triển, BN có thể có:

- Đau do khối u gây bán tắc hay tắc ruột, do khối u xâm lấn vào đám rối thần kinh vùng chậu và trước xương cùng, do thủng khối u gây viêm phúc mạc.

- Tiêu không tự chủ, do khối u xâm lấn vào cơ thắt hậu môn.
- Tiểu gắt buốt, do khối u xâm lấn vào bàng quang.

Thăm trực tràng là thao tác quan trọng và có tính cách bắt buộc trước bất kỳ biểu hiện bất thường nào của vùng hậu môn-trực tràng.

Mục đích của việc thăm khám hậu môn trực tràng là nhằm:

- Phát hiện khối u trực tràng
- Đánh giá tương đối mức độ xâm lấn vào cơ quan lân cận
- Đánh giá chức năng cơ thắt
- Đánh giá khả năng bảo tồn cơ thắt

BN bị ung thư trực tràng có thể nhập viện vì hội chứng tắc ruột. Chẩn đoán tắc ruột do ung thư trực tràng bao gồm:

- Hội chứng tắc ruột thấp
- Thăm trực tràng có thể sờ được khối u bít lòng trực tràng. Nếu khối u nằm ở 2/3 trên, thăm khám trực tràng có thể không sờ được khối u, nhưng dấu hiệu máu bầm theo gant rất có giá trị trong chẩn đoán.
- X-quang bụng không sửa soạn: chướng hơi ruột non và toàn bộ khung đại tràng (chẩn đoán phân biệt: liệt ruột).
- Cũng giống như trường hợp tắc ruột do ung thư đại tràng, CT là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn cho tắc ruột do ung thư trực tràng. Nội soi trực tràng với ống soi cứng có thể được chỉ định thay cho CT. Không có chỉ định chụp X-quang đại tràng khi lâm sàng chẩn đoán tắc ruột do ung thư trực tràng.
- Cần chú ý là nếu thăm khám trực tràng sờ được khối u bít lòng trực tràng, ngoài X-quang bụng không sửa soạn, không cần thiết phải chỉ định thêm bất cứ phương tiện chẩn đoán nào khác.

2.2-Chẩn đoán phân biệt:

Tùy theo triệu chứng khi BN nhập viện, các chẩn đoán phân biệt có thể là:

- Đau bụng quặn, thiếu máu, tiêu máu bầm hay máu đỏ:
 - Polyp đại trực tràng
 - Viêm túi thừa đại tràng
 - Viêm đại tràng mãn
 - Hội chứng Rendu-Osler-Weber
 - Trĩ
 - Lạc nội mạc tử cung
- Khối u bụng:
 - Lao hồi manh tràng
 - Ung thư dạ dày
 - Ung thư gan
 - Ung thư tụy

- Hội chứng tắc ruột:
 - Xoắn đại tràng
 - Hội chứng Ovilgie
- Hội chứng viêm phúc mạc:
 - Viêm phúc mạc ruột thừa
 - Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng

2.3-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.3.1-X-quang đại tràng với Barium:

Hình ảnh:

- Khối nhô vào lòng đại tràng với đường bờ không đều
- Lòng đại tràng bị hẹp lại (hình 4,5)

Để phát hiện khối u ở giai đoạn sớm, cần chụp đối quang kép.

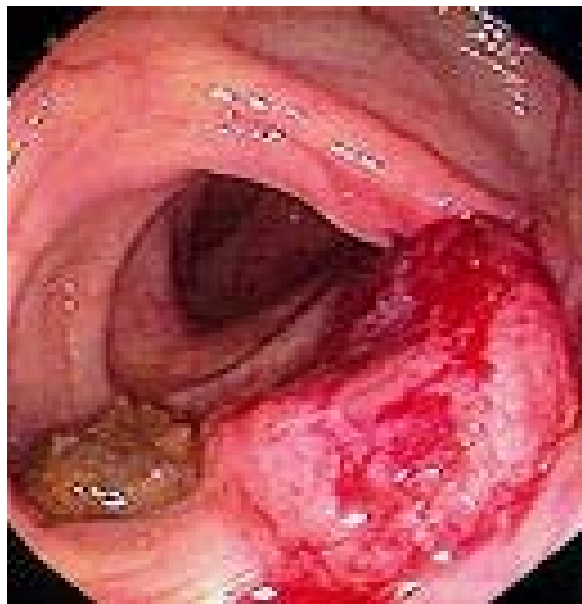
Hạn chế của X-quang đại tràng trong chẩn đoán ung thư đại tràng:

- Khó phát hiện ung thư giai đoạn sớm và khó chẩn đoán phân biệt với polyp đại tràng
- Khó phát hiện được tổn thương vùng hồi-manh tràng và bóng trực tràng

Độ chính xác của X-quang đại tràng trong chẩn đoán ung thư đại tràng là 70-85%.



Hình 5- Hình ảnh ung thư đại tràng trên X-quang đại tràng



Hình 6- Hình ảnh ung thư đại tràng qua nội soi đại tràng

2.3.2-Nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết (hình 6):

Là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán và tầm soát các bệnh lý ác tính của đại trực tràng.

Ống soi cứng được sử dụng để chẩn đoán và sinh thiết tổn thương trực tràng. Ống soi mềm được sử dụng để chẩn đoán và sinh thiết tổn thương ở khung đại tràng. Ống soi mềm có chiều dài ngắn (60 cm) dùng để soi đại tràng xích-ma hiện nay ít được chỉ định.

2.3.3-CT (hoặc MRI):

Ít khi được chỉ định để chẩn đoán xác định ung thư đại tràng, trừ các trường hợp sau:

- BN không chấp nhận nội soi đại tràng
- BN không giữ được baryt
- Tắc ruột do u đại tràng
- Thủng u đại tràng

Hình ảnh của ung thư đại tràng trên CT (hình 7):

- Khối có đậm độ mô mềm, nhô vào lòng đại tràng
- Dày thành đại tràng (> 6mm)
- Hẹp lòng đại tràng

Chỉ định phổ biến nhất của CT:

- Đánh giá giai đoạn ung thư đại tràng
- Phát hiện ung thư tái phát hay di căn



A



B

Hình 7- Hình ảnh ung thư đại tràng trên CT: A-ung thư đại tràng ngang, B-ung thư chỗ nối xích-ma-trực tràng

2.3.4-Siêu âm qua ngã trực tràng:

Hiện nay là phương pháp được chọn lựa để đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng (độ chính xác 72-94%) và đánh giá di căn hạch vùng (độ chính xác 73-86%).

2.3.5-Chụp cộng hưởng từ qua ngã trực tràng (endorectal surface-coil MRI):

Có giá trị tương đương hay cao hơn siêu âm qua ngã trực tràng trong việc đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng và đánh giá di căn hạch vùng.

2.3.6-Siêu âm bụng:

Siêu âm được chỉ định để phát hiện di căn gan. Hình ảnh di căn gan trên siêu âm là các khối echo dày rải rác trong nhu mô gan.

2.3.7-PET:

PET ít khi được chỉ định trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật, để có thể phân biệt ung thư tái phát hay sẹo xơ tại vùng miệng nối, PET là chỉ định đầu tiên.

2.3.8-CEA:

CEA ít khi tăng ở BN ung thư đại tràng kém biệt hoá. Nếu tăng trước phẫu thuật, CEA có thể được dùng để đánh giá mức độ triệt căn của cuộc phẫu thuật và phát hiện ung thư tái phát. Cần nhớ rằng CEA cũng tăng trong một số trường hợp khác (bệnh lý gan mật tụy, hút thuốc lá...)

2.3.9-CEA scan:

CEA scan đôi khi được chỉ định để phát hiện di căn xa. Phương pháp chụp lớp lát xạ-miễn dịch này sử dụng các kháng thể của CEA có đánh dấu đồng vị phóng xạ để phát hiện các tổ chức sản xuất CEA trong cơ thể. Vai trò của CEA scan trong việc phát hiện di căn xa còn đang được bàn luận.

2.4-Thái độ chẩn đoán:

BN bị ung thư đại trực tràng có thể nhập viện vì các bệnh cảnh lâm sàng sau:

- Khối u bụng
- Hội chứng thiếu máu kèm sụt cân
- Hội chứng rối loạn tiêu hoá dưới
- Hội chứng xuất huyết tiêu hoá dưới
- Hội chứng tắc ruột
- Hội chứng viêm phúc mạc
- Di căn thứ phát ở gan, phổi..được phát hiện tình cờ

Để chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng, nội soi đại trực tràng (ống soi mềm hay cứng, tùy thuộc vào tổn thương nằm thấp ở trực tràng hay cao trên khung đại tràng) là chỉ định đầu tiên và có tính cách bắt buộc. Nội soi giúp chẩn đoán xác định về hình ảnh cũng như về giải phẫu bệnh, vì đây là phương tiện duy nhất có thể tiến hành sinh thiết khối u.

Đối với BN bị ung thư trực tràng, ngay cả sau khi đã được nội soi ống soi cứng, BN cũng cần được nội soi toàn bộ khung đại tràng với ống soi mềm để phát hiện các tổn thương ác tính đồng phối hợp.

CT hay MRI có thể được chỉ định để chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng thay thế cho nội soi, nếu BN không hợp tác để tiến hành nội soi, BN có các chống chỉ định nội soi (bệnh lý túi thừa đại tràng, khối u đại tràng thủng...). Vai trò chính của CT hay MRI là đánh giá giai đoạn ung thư đại tràng sau khi đã có chẩn đoán xác định.

Đối với BN bị ung thư trực tràng, ngoài CT và MRI, siêu âm qua ngả trực tràng (và gần đây là MRI qua ngả trực tràng) cũng có thể được chỉ định và được xem là phương tiện đánh giá mức độ xâm lấn của khối u qua thành trực tràng chính có độ chính xác cao nhất.

Để tìm kiếm các di căn xa, các xét nghiệm sau đây có thể được chỉ định:

- X-quang ngực thẳng
- Siêu âm bụng
- Xét nghiệm chức năng gan
- PET

- CEA scan
- Xạ hình xương
- CT sọ não...

Ngay cả khi ít có giá trị chẩn đoán, CEA cũng nên được xét nghiệm cho tất cả các BN bị ung thư đại trực tràng, để làm cơ sở cho việc theo dõi và đánh giá tiên lượng sau này.

Khi BN nhập viện vì hội chứng tắc ruột thấp, X-quang bụng không sửa soạn là chỉ định trước tiên. X-quang bụng xác định có tắc ở đại tràng nhưng không chẩn đoán được nguyên nhân. Hơn nữa, X-quang không phân biệt được tắc ở đoạn cuối của đại tràng và trực tràng với hội chứng giả tắc đại tràng cấp (hội chứng Ovilgie). Để giải quyết được các vấn đề nêu trên, cần phải có CT bụng.

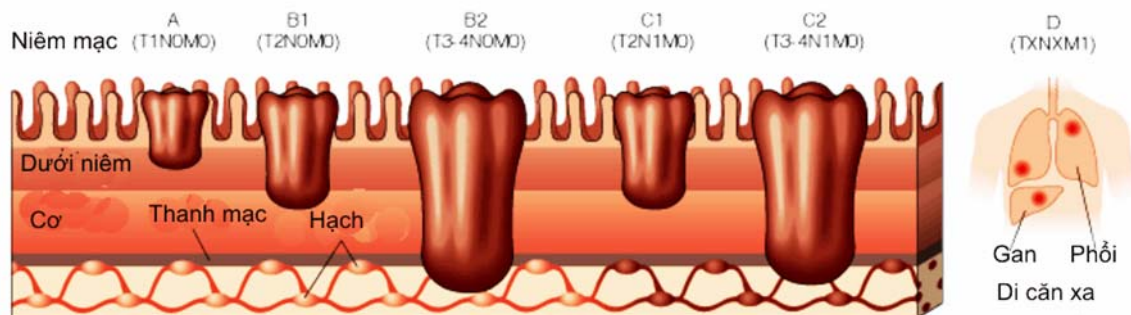
Phải rất cẩn thận khi chỉ định chụp X-quang đại tràng đối với những BN có hội chứng tắc ruột thấp. Ở những BN có sốt, bạch cầu tăng, bụng ấn đau khu trú, chống chỉ định chụp X-quang đại tràng.

Nếu thăm khám trực tràng sờ được khối u bít lòng trực tràng, ngoài X-quang bụng không sửa soạn, không cần thiết phải chỉ định thêm bất cứ phương tiện chẩn đoán nào khác.

Khi lâm sàng nghi ngờ khối u đại tràng thủng, CT là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa trước tiên. Điều cần chú ý là BN có khối u thủng kèm tắc đại tràng thường nhanh chóng rơi vào trạng thái sốc nhiễm trùng nhiễm độc và dự hậu sẽ rất nặng nề nếu không được can thiệp phẫu thuật kịp thời. Thông thường việc thăm khám lâm sàng trên những BN như thế đủ để đưa ra quyết định can thiệp phẫu thuật ngay mà không cần phải tốn thời gian để làm CT bụng, thậm chí cả siêu âm bụng.

2.5-Đánh giá giai đoạn:

Có nhiều cách phân loại ung thư đại trực tràng. Phân loại cổ điển nhất là phân loại của Dukes, được áp dụng phổ biến trong những năm của thập niên 30. Trong những năm tiếp theo sau đó, có nhiều cải biên từ phân loại của Dukes, trong đó phải kể đến phân loại của Astler-Coller (phổ biến trong những năm thập niên 50) (hình 8) và MAC (cải biên của phân loại của Astler-Coller)...



Hình 8- Đánh giá giai đoạn ung thư đại trực tràng theo Astler-Coller

Ngày nay, phân loại được áp dụng phổ biến nhất là phân loại theo TNM của American Joint Committee on Cancer (AJCC) and the International Union against Cancer (UICC).

Khối u:

- Tis: carcinoma in situ

- T1: carcinoma xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc
- T2: carcinoma xâm lấn tới lớp cơ
- T3: carcinoma xâm lấn qua lớp cơ nhưng chưa qua lớp thanh mạc (hay xâm lấn vào mô quanh trực tràng phần ngoài phúc mạc)
- T4: carcinoma xâm lấn vào các tạng, cấu trúc lân cận hay thủng

Hạch:

- N0: chưa di căn hạch vùng
- N1: di căn 1-3 hạch vùng
- N2: di căn 4 hạch vùng trở lên

Di căn xa:

- M0: chưa di căn xa.
- M1: di căn xa

Đánh giá giai đoạn ung thư đại trực tràng theo AJCC (bảng 2):

Giai đoạn	T	N	M	Dukes*	MAC**
0	is	0	0		
I	1	0	0	A	A
	2	0	0	A	B1
IIA	3	0	0	B	B2
IIB	4	0	0	B	B3
IIIA	1-2	1	0	C	C1
IIIB	3-4	1	0	C	C2/C3
IIIC	Bất kỳ	2	0	C	C1/ C2/C3
IV	Bất kỳ	Bất kỳ	1		D

(*) Dukes: Phân loại theo Cuthbert Dukes

(**) MAC: Cải biên của phân loại theo Astler-Coller

3-Điều trị ung thư đại tràng:

3.1-Các phương pháp điều trị:

3.1.1-Phẫu thuật cắt đại tràng:

Cắt đại tràng là phương pháp duy nhất điều trị ung thư đại tràng.

Cắt đại tràng qua nội soi cải thiện chất lượng cuộc sống của BN một thời gian ngắn sau mổ (ít đau) nhưng kết quả lâu dài của cắt đại tràng qua nội soi so với mổ mở đang được nghiên cứu.

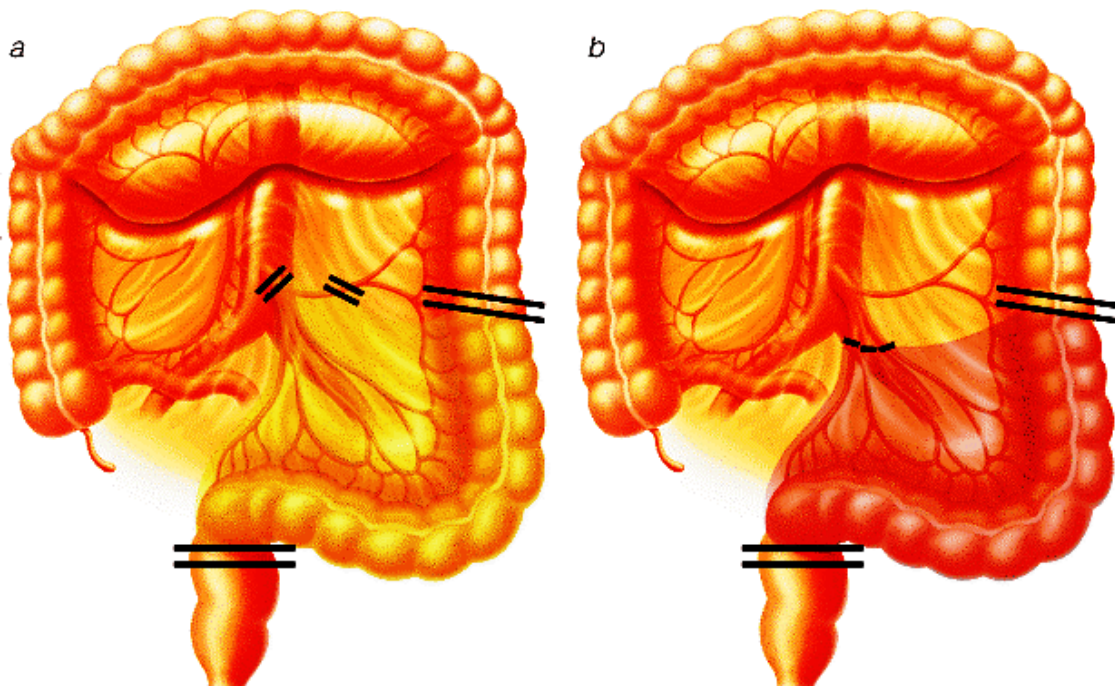
Chuẩn bị trước mổ cắt đại tràng:

- Chuẩn bị đại tràng:
 - Ngày nay, chuẩn bị đại tràng với polyethylene glycol (PGE) và natri phosphate hiện nay đã thay thế phương pháp thụt tháo đại tràng cổ điển. Natri phosphate làm cho BN dễ chịu hơn nhưng có thể gây rối loạn nước và điện giải (tăng natri và phosphate, giảm kali và canxi huyết tương).
 - Kháng sinh:
 - ▲ Erythromycin base 1 gm x 3 (U) và neomycine 1 gm x 3 (U)

- ▲ Ciprofloxacin 400 mg x 2 (U)
- ▲ Metronodazole 500 mg x 3 (U)
- Cho kháng sinh dự phòng: cephalosporin, thế hệ 2 hay 3, có phổ trị vi khuẩn yếm khí.

Nguyên tắc phẫu thuật cắt đại tràng do ung thư đại tràng:

- Khác với cắt đại tràng trong các bệnh lý lành tính của đại tràng, cắt đại tràng trong ung thư đại tràng là cắt theo sự phân bố của động mạch chính cung cấp máu cho đoạn đại tràng có khối u (hình 9).
- Các nguyên tắc khác giống như cắt đại tràng trong các bệnh lý lành tính của đại tràng:
 - Phải chuẩn bị tốt đại tràng trước mổ
 - Sau khi cắt, hai đầu đại tràng còn lại phải được tưới máu tốt
 - Nối đại tràng kỹ đầu nếu đại tràng được chuẩn bị tốt



Hình 9- Sự khác nhau trong giới hạn cắt đại tràng trong ung thư đại tràng (a) và trong các bệnh lý lành tính của đại tràng (b)

Các bước chính trong phẫu thuật cắt đại tràng trong ung thư đại tràng:

- Đánh giá giai đoạn:
 - Đánh giá khối u (vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn)
 - Đánh giá di căn hạch (vị trí, số lượng)
 - Đánh giá di căn xa (xoang bụng, gan)
- Tìm và kẹp cắt cuống mạch chính cung cấp máu cho đoạn đại tràng có khối u
- Di động đại tràng

- Cắt đoạn đại tràng tương ứng với động mạch được thắt, sao cho hai mép cắt vẫn được tưới máu tốt.
- Nối hai đầu đại tràng hay làm hậu môn nhân tạo đại tràng.

Kỹ thuật “không đụng đến” (no touch) không cải thiện tiên lượng của căn bệnh.

Biến chứng sau mổ: ngoài các biến chứng ngoại khoa nói chung, có hai biến chứng cần được nhấn mạnh:

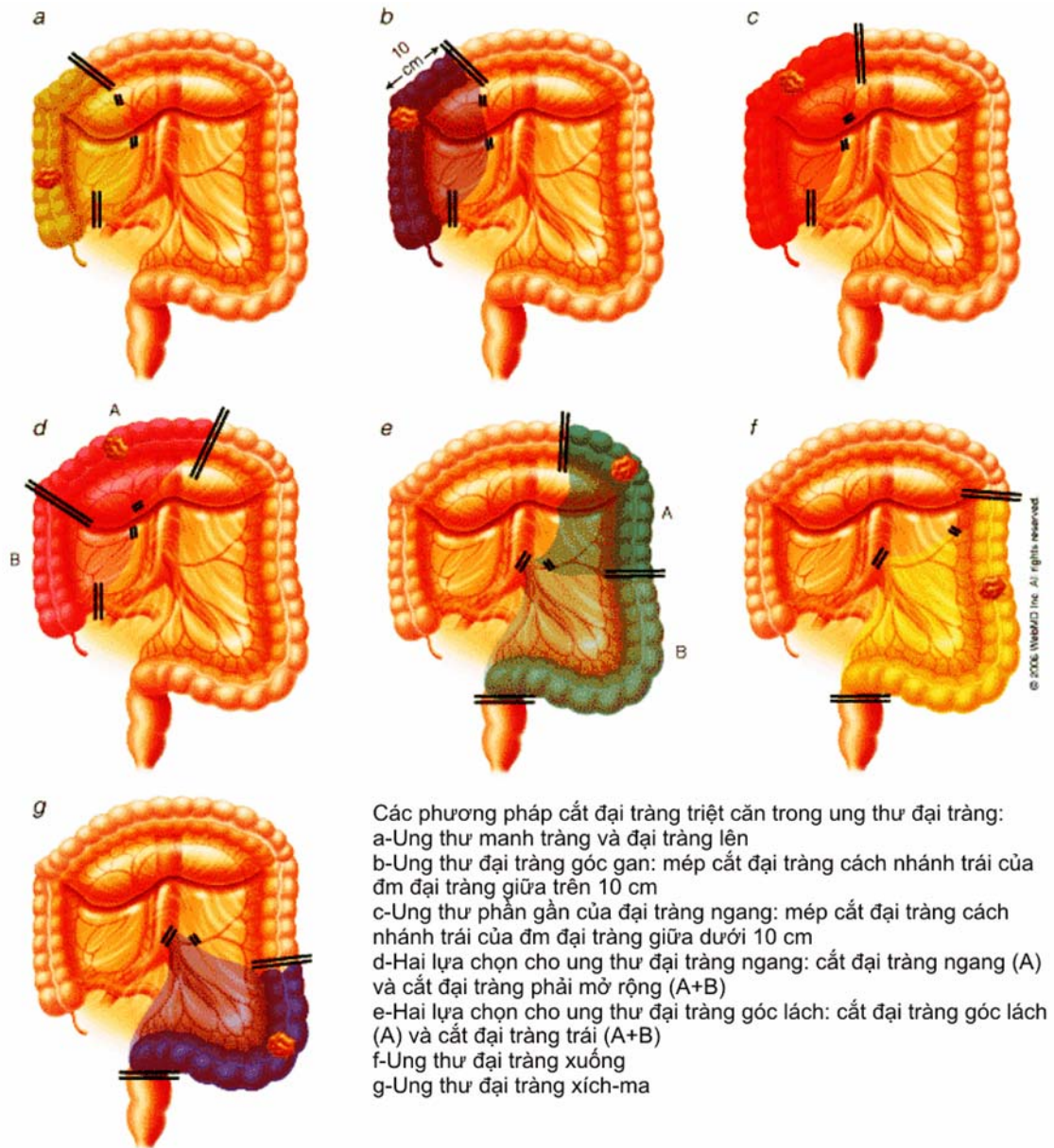
- Các biến chứng nhiễm trùng: nhiễm trùng vết mổ, áp-xe tồn lưu
- Xi/dò miệng nối đại tràng

Các biến chứng khác, liên quan đến phẫu thuật:

- Tổn thương tá tràng
- Tổn thương niệu quản
- Tổn thương lách
- Tổn thương mạch máu: mạc treo tràng trên, mạc treo tràng dưới, tá tụy, vị mạc nối phải
- Tổn thương niệu quản
- Tổn thương đám rối thần kinh hạ vị

Các phương pháp cắt đại tràng:

- Cắt đại tràng triệt căn (hình 10):
 - Cắt ½ đại tràng trái: cắt đại tràng xích-ma, đại tràng xuống và ½ đại tràng ngang bên trái
 - Cắt ½ đại tràng trái mở rộng: cắt đại tràng xích-ma, đại tràng xuống và đại tràng ngang
 - Cắt ½ đại tràng phải: cắt 10 cm cuối hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên và ½ đại tràng ngang bên phải
 - Cắt ½ đại tràng phải mở rộng: cắt 10 cm cuối hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên và đại tràng ngang
 - Cắt toàn bộ đại tràng: cắt 10 cm cuối hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng xích-ma, một phần hay toàn bộ trực tràng.
- Cắt đoạn đại tràng (khối u chưa có di căn hạch hay cắt đại tràng có tính chất thuyên giảm):
 - Cắt hồi-manh tràng
 - Cắt đại tràng góc gan
 - Cắt đại tràng ngang
 - Cắt đại tràng góc lách
 - Cắt đại tràng xích-ma



Hình 10- Các phương pháp cắt đại tràng triệt căn

3.1.2-Hoá trị:

Từ giai đoạn III của ung thư trực tràng, hoá trị bổ túc làm cải thiện tiên lượng sống của BN bị ung thư đại tràng.

Các phác đồ:

- AIO (acid folic, fluorouracil, irrinotecan): irrinotecan (100 mg/m^2) TTM trong 2 giờ ngày 1, leucovorin (500 mg/m^2) TTM trong 2 giờ ngày 1, sau đó fluorouracil (2000 mg/m^2) TTM trong 24 giờ. Liều trên cho mỗi tuần và cho liên tục 4 tuần trong mỗi năm.
- FOLFOX4 (oxaliplatin, leucovorin, fluorouracin): oxaliplatin (85 mg/m^2) TTM trong 2 giờ ngày 1, leucovorin (200 mg/m^2) TTM trong 2 giờ trong ngày 1 và 2, sau đó fluorouracil (400 mg/m^2) TM bolus và rồi fluorouracil (600 mg/m^2) TTM trong 22 giờ ngày 1 và 2. Liều trên lặp lại mỗi 2 tuần.

- FOLFOX6 (oxaliplatin, leucovorin, fluorouracil): oxaliplatin (85-100 mg/m²) TTM trong 2 giờ ngày 1, leucovorin (400 mg/m²) TTM trong 2 giờ ngày 1, sau đó fluorouracil (400 mg/m²) TM bolus và rồi fluorouracil (2400-3000 mg/m²) TTM trong 46 giờ. Lập lại mỗi 2 tuần.
- FOLFIRI (acid folic, fluorouracil, irrinotecan): irrinotecan (180 mg/m²) TTM trong 2 giờ ngày 1, leucovorin (400 mg/m²) TTM trong 2 giờ ngày 1, sau đó fluorouracil (400 mg/m²) TM bolus ngày 1 và rồi fluorouracil (2400-3000 mg/m²) TTM trong 46 giờ. Lập lại mỗi 2 tuần.
- IFL (Saltz) (irrinotecan, fluorouracil, leucovorin): irrinotecan (125 mg/m²), fluorouracil (500 mg/m²), leucovorin (20 mg/m²) TM bolus. Lập lại mỗi tuần trong 4 tuần cho mỗi 6 tuần.
- NCCTG (fluorouracil, levamisole): fluorouracil (450 mg/m²) TM bolus mỗi ngày từ ngày 1-5 mỗi tuần trong 4 tuần, kết hợp với levamisole 50 mg uống 3 lần mỗi ngày trong 3 ngày liên tiếp cho mỗi 2 tuần.
- NCCTG (fluorouracil, leucovorin liều thấp): fluorouracil (450 mg/m²), leucovorin (20 mg/m²) TM bolus mỗi ngày trong 5 ngày cho mỗi 4 tuần.
- NSABP (fluorouracil, leucovorin liều cao): fluorouracil (500 mg/m²), leucovorin (500 mg/m²) TM bolus mỗi tuần trong 6 tuần cho mỗi 8 tuần.

3.1.3-Xạ trị:

Xạ trị xuyên giảm: hiện tại chưa có vai trò tiêu chuẩn trong điều trị bổ túc sau phẫu thuật cắt đại tràng.

3.2-Chỉ định:

Giai đoạn I: cắt đại tràng

Giai đoạn II:

- Cắt đại tràng
- Không điều trị bổ túc, trừ khi BN đang nằm trong nhóm nghiên cứu

Giai đoạn III:

- Cắt đại tràng triệt căn
- Hoá trị bổ túc sau mổ với fluorouracil (5-FU) và leucovorin trong 6 tháng (phác đồ NCCTG hay NSABP)
- Xạ trị bổ túc: hiện tại chưa có vai trò tiêu chuẩn trong điều trị bổ túc sau phẫu thuật cắt đại tràng triệt căn.

Giai đoạn IV:

- Cắt đoạn đại tràng nếu khối u có thể cắt được
- Nối tắt qua chỗ tắc nghẽn hay chảy máu.
- Cắt bỏ khối di căn biệt lập (gan, phổi, buồng trứng) dành cho một số BN chọn lọc.
- Riêng khối di căn gan không cắt được: huỷ khối u bằng nhiệt, bằng sóng cao tần hay hoá trị qua động mạch gan.

- Hoá trị thuyên giảm: các phác đồ kết hợp 5-FU và leucovorin với irrinotecan (FOLFIRI, AIO, IFL) hoặc oxaliplatin (FOLFOX4, FOLFOX6) được xem như các phác đồ chuẩn.

3.3-Điều trị tắc ruột do ung thư đại tràng:

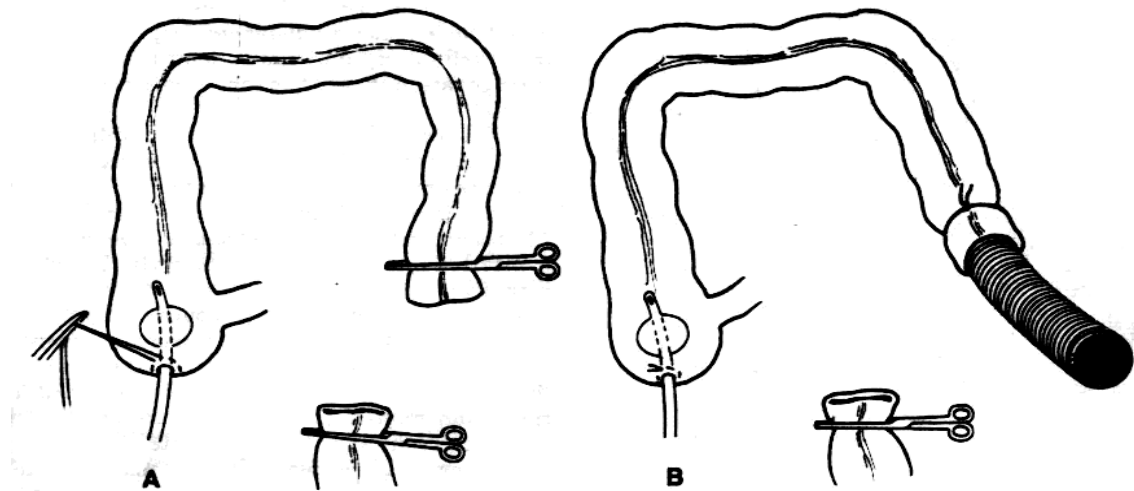
Chỉ định:

- Bán tắc đại tràng: thực tháo, nếu thành công: sắp xếp mổ chương trình
- Tắc đại tràng hoàn toàn hay thực tháo thất bại: phẫu thuật bán khẩn
- Tắc đại tràng, doạ vỡ manh tràng: phẫu thuật cấp cứu

Chuẩn bị trước mổ:

- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải
- Điều trị các bệnh lý nội khoa nếu có
- Truyền máu để Hb > 9 g/dL
- Cho kháng sinh
- Đặt thông dạ dày (nếu phẫu thuật cấp cứu hay bán khẩn)

Phương pháp phẫu thuật: tùy vào đánh giá giai đoạn trong lúc phẫu thuật và toàn trạng của BN, có thể làm hậu môn nhân tạo trên dòng, nối tắt đại tràng, cắt rộng hay cắt đoạn đại tràng có khối u. Sau khi cắt đại tràng, nếu đầu cắt trên ở hồi tràng, có thể nối hai đầu ngay. Nếu đầu cắt trên ở đại tràng, có thể đưa hai đầu ra ngoài hoặc nối ngay sau khi rửa đại tràng trên bàn mổ (hình 11).



Hình 11- Rửa đại tràng trên bàn mổ: sau khi cắt đại tràng, đầu xa của đại tràng được nối với một ống có khẩu kính lớn (loại ống thở của máy gây mê). Đầu kia của ống nằm trong một chậu đặt dưới sàn, cạnh bàn mổ. Cắt ruột thừa, luôn thông Foley qua góc ruột thừa. Truyền dung dịch muối sinh lý (NaCl 0,9% hay Ringer Lactate) vào đại tràng qua thông Foley. Vuốt nhẹ dọc theo khung đại tràng để đẩy phân theo ống vào chậu.. Sau khi rửa sạch đại tràng, rút bỏ thông Foley và ống rửa, khâu buộc góc ruột thừa, nối đại tràng.

3.4-Điều trị ung thư đại tràng thẳng:

Nguyên tắc điều trị:

- Hồi sức nhanh với dịch truyền
- Kháng sinh: cephalosporin thế hệ ba kết hợp aminoglycoside và metronidazole

o Phẫu thuật khẩn cấp

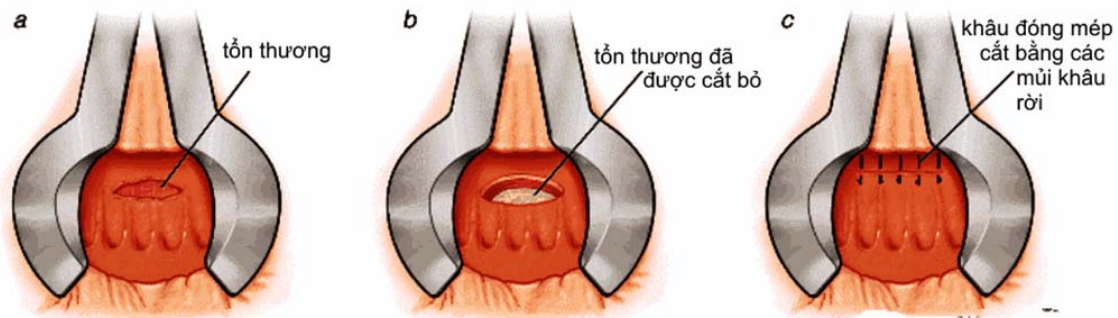
Nội dung phẫu thuật: cắt đoạn đại tràng có khối u, đưa hai đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, rửa bụng, dẫn lưu xoang bụng.

4-Điều trị ung thư trực tràng:

4.1-Các phương pháp điều trị:

4.1.1-Phẫu thuật:

4.1.1.1-Phẫu thuật cắt khối u:



Hình 12- Phẫu thuật cắt khối u bảo tồn trực tràng trong ung thư trực tràng

Phẫu thuật cắt khối u là loại phẫu thuật bảo tồn trực tràng.

Phẫu thuật có thể thực hiện qua ngã hậu môn (hình 12) hay qua ngã xương cụt (tiếp cận trực tràng từ phía sau)

Chỉ định:

- o Khối u T1, ở 1/3 dưới trực tràng. Đôi khi có thể được chỉ định cho khối u 1/3 giữa trực tràng (phẫu thuật này còn được gọi là cắt khối u trực tràng qua ngã hậu môn qua nội soi)
- o Không chiếm quá 1/3 chu vi thành trực tràng
- o Độ biệt hoá: tốt hay trung bình
- o Có siêu âm qua nội soi và không phát hiện hạch di căn (0-12% khối u T1 có di căn hạch).

Kỹ thuật:

- o Cắt toàn bộ thành trực tràng có khối u, cách bờ ngoài khối u 1 cm.
- o Khâu lại thành trực tràng. Nếu cắt khối u qua ngã hậu môn, có thể để hở mép cắt.

Kết quả: tỉ lệ tái phát tại chỗ 0-40%.

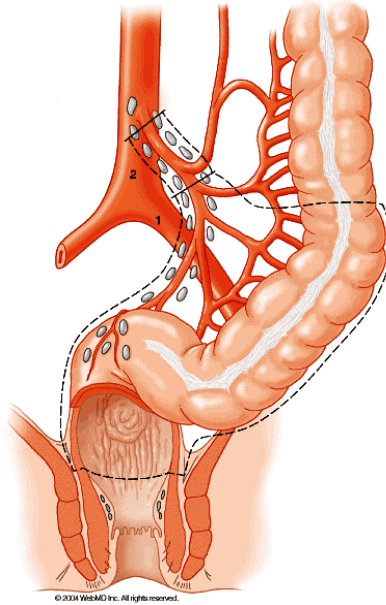
4.1.1.2-Phẫu thuật cắt trước:

Còn gọi là phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Có hai loại phẫu thuật bảo tồn cơ thắt: phẫu thuật cắt trước và phẫu thuật cắt trước thấp. Phẫu thuật được gọi là cắt trước thấp nếu sau khi cắt, miệng nối trực tràng nằm bên dưới ngách trực tràng-bàng quang.

Chỉ định: khối u ở 2/3 trên của trực tràng.

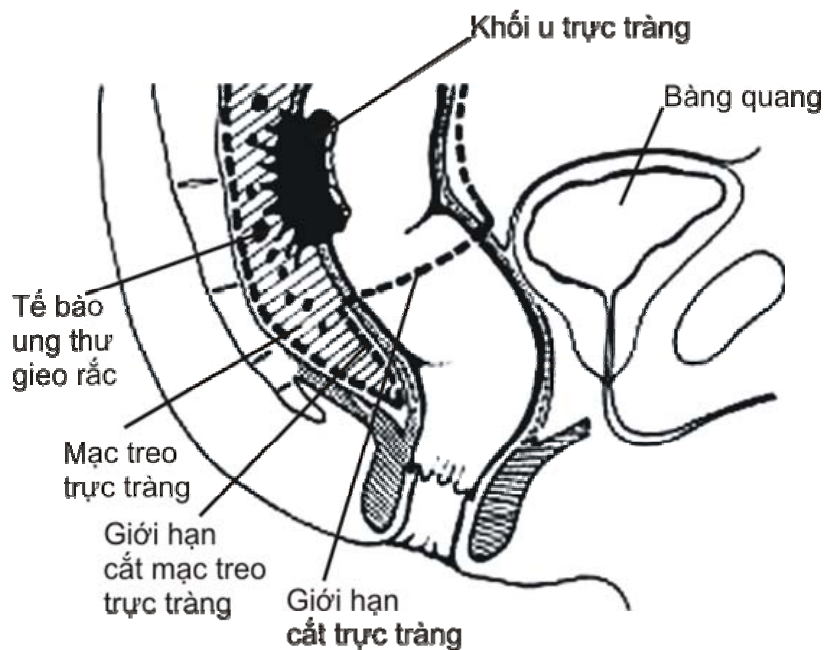
Một số nguyên tắc chính về mặt kỹ thuật:

- Di động trực tràng, đại tràng xích-ma, lên tới đại tràng góc lách.
- Thắt và cắt động mạch mạc treo tràng dưới
- Phía trên khối u: cắt tại nơi giáp giữa đại tràng xích-ma và đại tràng xuống (hình 13).



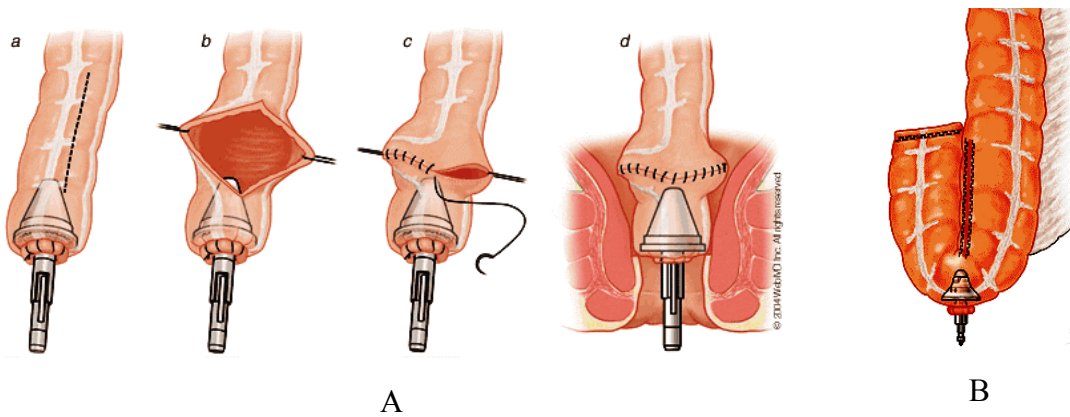
Hình 13- Giới hạn cắt đoạn đại trực tràng trong phẫu thuật cắt trước

- Phía dưới khối u:
 - Đối với khối u 1/3 trên trực tràng: giới hạn dưới (để cắt trực tràng và mạc treo trực tràng) cách khối u 5 cm.
 - Đối với khối u 1/3 giữa trực tràng:

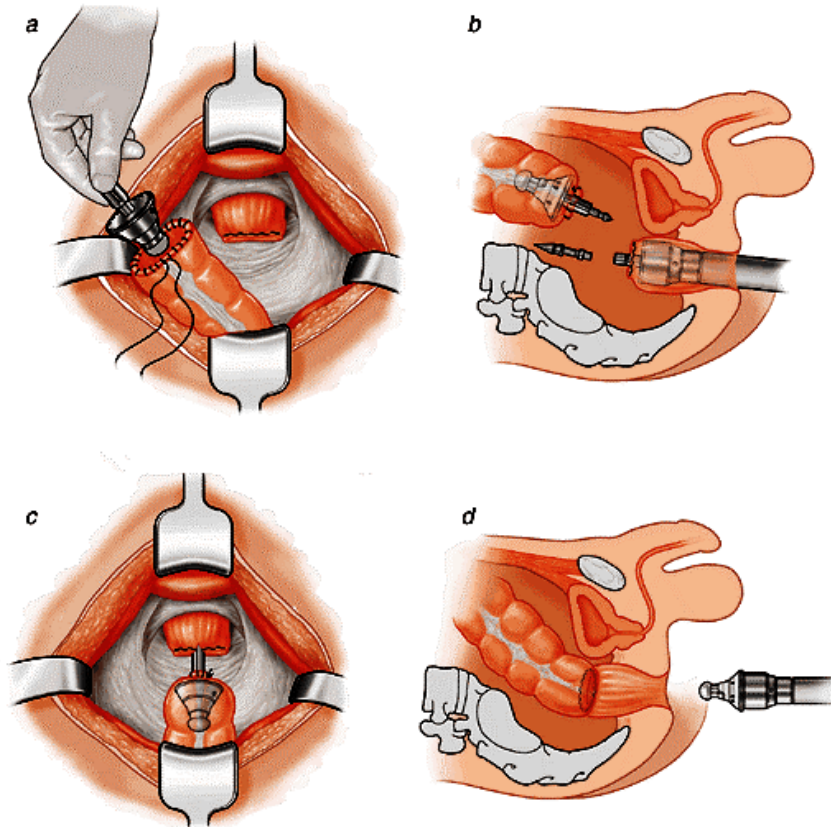


Hình 14- Giới hạn cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng trong phẫu thuật cắt trước

- ▲ Giới hạn dưới để cắt trực tràng cách khối u tối thiểu 2 cm (đối với tế bào ung thư có độ biệt hoá tốt) hay 5 cm (đối với tế bào ung thư có độ biệt hoá kém).
- ▲ Giới hạn dưới để cắt mạc treo trực tràng là 5 cm. Một số phẫu thuật viên đề nghị cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TME-total mesorectal excision) để giảm thiểu tỉ lệ tái phát tại miệng nối sau mổ (hình 14).
- Nếu miệng nối nằm bên dưới nách trực tràng-bàng quang, có thể cần tạo hình đại tràng để làm giảm số lần đi tiêu hằng ngày. Tạo hình đại tràng có thể là tạo túi chữ J (J pouch) hay xẻ dọc khâu ngang đoạn đại tràng cách miệng nối 6 cm (hình 15).

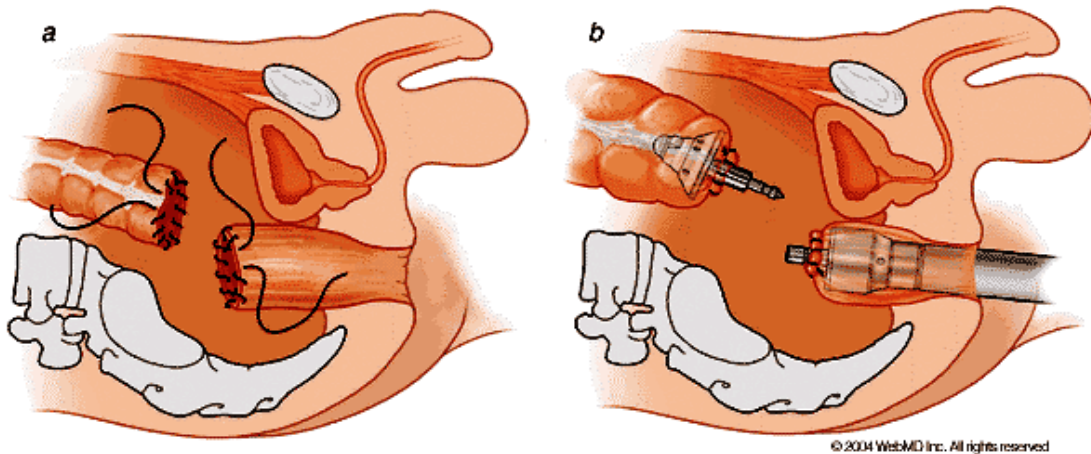


Hình 15- Kỹ thuật tạo hình đại tràng (A-xẻ dọc khâu ngang, B-tạo túi đại tràng hình chữ J) để làm giảm số lần đi tiêu hằng ngày trong phẫu thuật cắt trước.



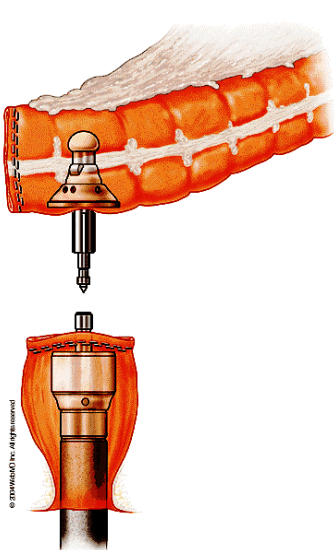
Hình 16- Kỹ thuật nối đại trực tràng bằng stapler trong phẫu thuật cắt trước.

- Nối đại tràng trực tràng còn lại, bằng stapler vòng hay bằng tay (hình 16,17). Nếu mép cắt dưới sát bờ trên ống hậu môn, nối trực tràng với ống hậu môn qua ngã hậu môn.
- **Biến chứng sau mổ:**
 - Quan trọng nhất là xì-dò miệng nối. Tỷ lệ xì dò miệng nối sau phẫu thuật bảo tồn cơ thắt khá cao: 15% (3-11% nếu miệng nối ở 1/3 giữa trực tràng, 20% nếu miệng nối ở 1/3 dưới trực tràng). Vì lý do này, nhiều phẫu thuật viên mở hậu môn nhân tạo hồi tràng tạm thời nếu miệng nối ở 1/3 dưới, đặc biệt nếu BN đã được xạ trị hay hoá trị trước mổ. Không có sự khác biệt về xì-dò miệng nối giữa nối bằng stapler hay bằng tay.
 - Các biến chứng khác:
 - Bí tiểu tạm thời
 - Liệt dương...

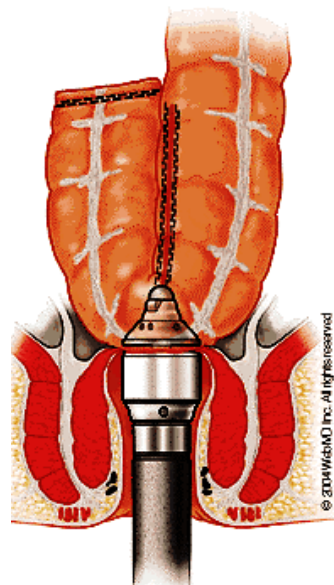


© 2004 WebMD Inc. All rights reserved

A



B



C

Hình 17- Các phương pháp nối đại-trực tràng bằng stapler trong phẫu thuật cắt trước:
A-nối tận-tận, mũi khâu túi, B-nối tận tận sau hai lần đóng stapler, C-nối tận bên sau khi tạo hình đại tràng thành túi chữ J.

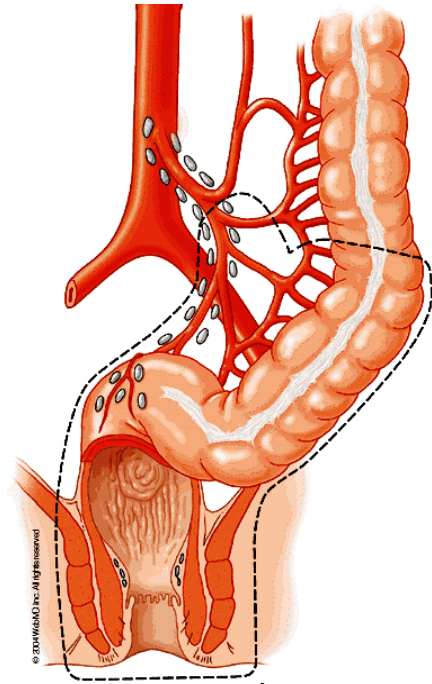
4.1.1.3-Phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles) (hình 18):

Chỉ định:

- Ung thư trực tràng 1/3 dưới
- Không thể thực hiện phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (u xâm lấn cơ thắt hay vào vùng chậu, rối loạn chức năng cơ vòng có sẵn trước phẫu thuật)

Nội dung: cuộc phẫu thuật được thực hiện bởi hai ê-kíp:

- Ê-kíp phẫu thuật ngã bụng:
 - Di động đại tràng xích-ma và trực tràng
 - Cắt hai dây chằng bên của trực tràng
 - Cắt ngang nơi giáp giữa đại tràng xích-ma và đại tràng xuống, đóng tạm đầu dưới, đưa đầu trên ra ngoài làm hậu môn nhân tạo.
- Ê-kíp phẫu thuật ngã tầng sinh môn:
 - Khâu kín ống hậu môn
 - Cắt dây chằng hậu môn-cùng, vào khoang trước xương cùng
 - Cắt cơ nâng hậu môn
 - Tách trực tràng ra khỏi tiền liệt tuyến hay âm đạo, rút bỏ trực tràng ra ngoài
 - Khâu lại tầng sinh môn



Hình 18- Giới hạn cắt đoạn đại trực tràng trong phẫu thuật Miles

Biến chứng:

- Chảy máu là biến chứng đáng ngại nhất, nhất là chảy máu từ đám rối tĩnh mạch trước xương cùng.
- Bí tiểu
- Liệt dương
- Tổn thương bàng quang, túi tinh, niệu đạo

4.1.1.4-Phẫu thuật đoạn chậu:

Nội dung của phẫu thuật đoạn chậu: cắt bỏ trực tràng kèm theo các tạng lân cận (bàng quang, tiền liệt tuyến, tử cung, buồng trứng, thành sau âm đạo...).

4.1.1.5-Hậu môn nhân tạo:

Chỉ định:

- Tắc ruột do ung thư trực tràng, khối u còn cắt bỏ được: làm hậu môn nhân tạo đại tràng xích-ma. Sau 2 tuần tiến hành phẫu thuật triệt để.
- Khối u không thể cắt bỏ được: hậu môn nhân tạo đại tràng ngang.

4.1.2-Xạ trị:

Khác với ung thư đại tràng, xạ trị có vai trò khá quan trọng trong điều trị ung thư trực tràng.

Xạ trị trong lòng trực tràng:

- Chỉ định tương tự như cắt khối u qua ngã hậu môn.
- Mục tiêu: sử dụng tia xạ có cường độ cao, tập trung vào một vùng nhỏ trên thành trực tràng, nơi có khối u. Quá trình điều trị được chia thành vài đợt. Thời gian điều trị trung bình của phương pháp này là 60 ngày, với tổng liều chiếu xạ 9-15 Gy.
- Kết quả: tỉ lệ tái phát tại chỗ 30%, tỉ lệ sống 5 năm: 76%.

Xạ trị bổ túc trước mổ:

- Ưu điểm: giảm giai đoạn khối u, tăng khả năng phẫu thuật, tăng khả năng bảo tồn cơ thắt, giảm nguy cơ tái phát sau mổ.
- Nhược điểm: trì hoãn cuộc phẫu thuật, làm cho việc đánh giá giai đoạn trở nên không chính xác, làm tăng nguy cơ xảy ra biến chứng sau mổ.

Xạ trị sau mổ:

- Ưu điểm: BN được phẫu thuật kịp thời, việc đánh giá giai đoạn chính xác, giảm nguy cơ tái phát sau mổ.
- Khuyết điểm: không kiểm soát được sự gieo rắc tế bào ung thư trong thời gian phẫu thuật; mô bướt sót bị thiếu máu sẽ ít nhạy với tia xạ; nếu có biến chứng phẫu thuật, xạ trị bổ túc sẽ bị trì hoãn.

Chưa có bằng chứng rõ ràng của việc cải thiện tiên lượng sống của xạ trị bổ túc trước hay sau mổ. Tuy nhiên, xạ trị bổ túc (trước hay sau mổ) làm giảm rõ rệt tỉ lệ tái phát tại chỗ.

4.1.3-Hoá trị: (xem phần điều trị ung thư đại tràng)

4.2-Chỉ định:

4.2.1-Giai đoạn 0:

Có thể chọn lựa một trong 4 phương pháp sau:

1. Cắt khối u qua ngã hậu môn
2. Cắt khối u qua ngã xương cụt
3. Xạ trị trong lòng trực tràng
4. Xạ trị vùng

4.2.2-Giai đoạn I:

Có thể chọn lựa một trong 3 phương pháp sau:

1. Phẫu thuật cắt trước
2. Phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn
3. Phẫu thuật cắt khối u (ngã ống hậu môn, ngã xương cụt). Phẫu thuật cắt khối u (với bờ cắt không có tế bào ung thư) kết hợp hoá-xạ bổ túc sau mổ, theo một số

tác giả, cho kết quả tương đương phẫu thuật cắt trước và phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn

4.2.3-Giai đoạn II:

Có thể chọn lựa một trong 3 phương pháp sau, kết hợp với hoá-xạ bổ túc sau mổ:

1. Phẫu thuật cắt trước
2. Phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn
3. Phẫu thuật đoạn chậu

4.2.4-Giai đoạn III:

Có thể chọn lựa một trong 4 phương pháp sau, kết hợp với xạ trị trước mổ và hoá-xạ bổ túc sau mổ:

1. Phẫu thuật cắt trước
2. Phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn
3. Phẫu thuật đoạn chậu
4. Hoá-xạ thuyên giảm

4.2.5-Giai đoạn IV:

Có thể chọn lựa một trong 4 phương pháp sau, kết hợp với hoá-xạ bổ túc sau mổ:

1. Cắt nối đoạn trực tràng có khối u với tính cách thuyên giảm, nối tắt qua khối u hay làm hậu môn nhân tạo trên dòng
2. Cắt các khối di căn biệt lập ở gan, phổi, buồng trứng
3. Hoá-xạ thuyên giảm

4.2.6-Ung thư trực tràng tái phát:

1. Cắt khối u tại chỗ với mục đích triệt căn hay thuyên giảm
2. Cắt các khối di căn biệt lập ở gan, phổi, buồng trứng
3. Xạ trị thuyên giảm
4. Hoá trị thuyên giảm
5. Hoá-xạ thuyên giảm
6. Đặt stent qua chỗ hẹp qua nội soi

4.3-Kết quả và tiên lượng:

Tỉ lệ sống sau 5 năm:

- Giai đoạn I: 90%
- Giai đoạn II: 75%
- Giai đoạn III: 50%
- Giai đoạn IV (nếu có di căn xa): 5%

Tỉ lệ tái phát: 5-30%. Tái phát thường xảy ra trong 2 năm đầu sau phẫu thuật. Thường là tái phát tại chỗ.

5-Tầm soát ung thư đại trực tràng:

Các phương tiện tầm soát ung thư trực tràng:

- Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân
- X-quang đại tràng
- Nội soi trực tràng, ống soi cứng
- Nội soi đại tràng xích-ma
- Nội soi khung đại tràng: hiện nay là phương tiện được chỉ định phổ biến nhất

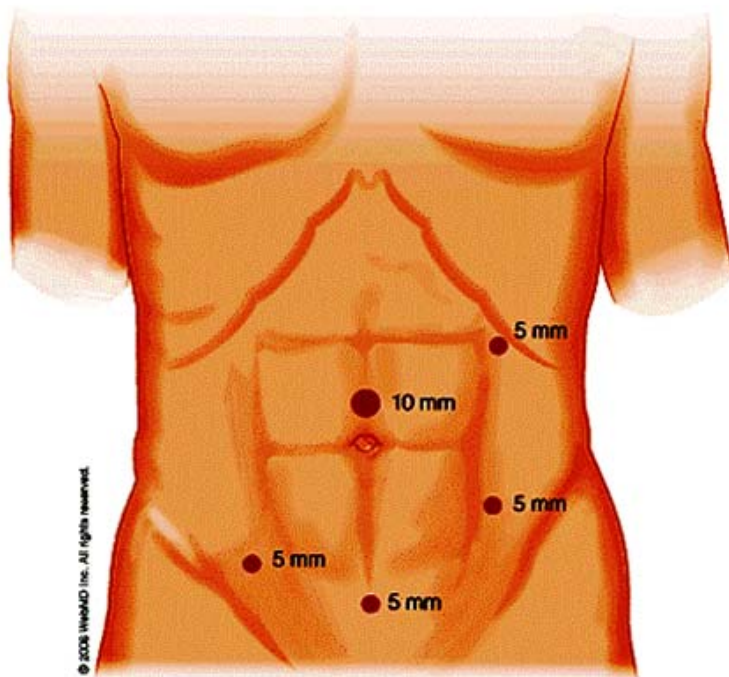
BN trên 60 tuổi, BN bị viêm loét đại tràng trên 10 năm: nội soi đại tràng mỗi 3-5 năm

BN có hội chứng đa polyp:

- Hội chứng Lynch (HNPCC):
 - Nội soi đại tràng mỗi 2 năm, bắt đầu từ năm 20 tuổi, sau đó mỗi năm khi tuổi trên 40.
 - Siêu âm qua ngã âm đạo và sinh thiết niêm mạc tử cung mỗi 1-2 năm, bắt đầu từ năm 25-35 tuổi.
 - Siêu âm hệ niệu và xét nghiệm nước tiểu mỗi 1-2 năm, bắt đầu từ năm 30-35 tuổi.
- Hội chứng FAP:
 - Nội soi đại tràng mỗi năm, bắt đầu từ năm 10 tuổi
 - Nội soi dạ dày-tá tràng mỗi 1-3 năm, bắt đầu từ năm 20-25 tuổi
 - Thăm khám tuyến giáp và hệ thần kinh trung ương hàng năm

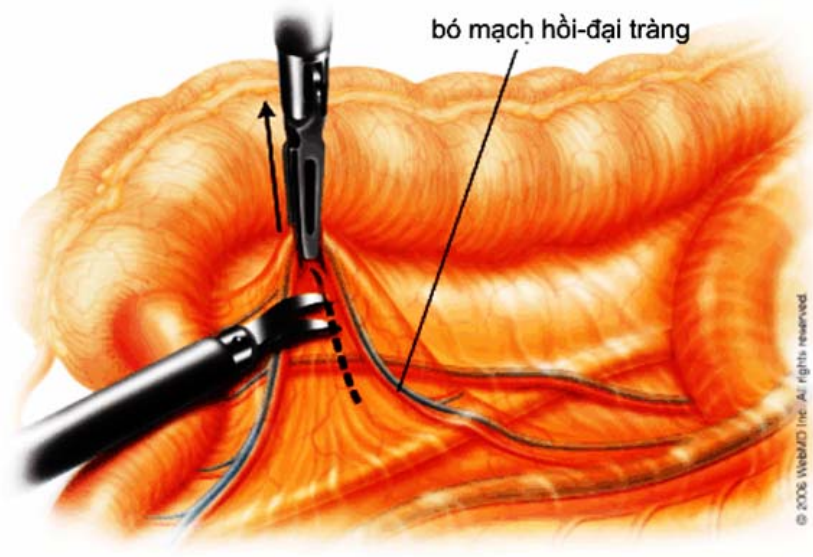
6-Kỹ thuật phẫu thuật:

6.1-Phẫu thuật cắt đại tràng phải nội soi:



BN được đặt ở tư thế nằm ngửa, hai chân dạng. Phẫu thuật viên đứng ở giữa hai chân BN hay ở bên trái. Các trocar được đặt như trong hình.

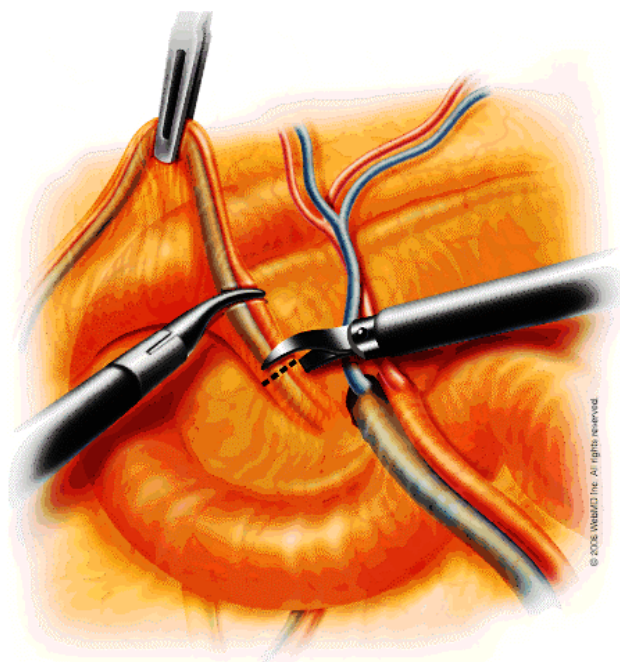
Xoay bàn mổ cho đầu BN thấp hơn chân và bên trái thấp hơn bên phải. vén mạc nối lớn lên trên đại tràng ngang. Đẩy đại tràng ngang lên tầng trên xoang bụng. vén quai hồi tràng cuối xuống hốc chậu và đẩy các quai ruột non sang bên trái xoang bụng.



Trước tiên quan sát tá tràng qua mạc treo đại tràng ngang. Tá tràng nằm bên phải của bó mạch mạc treo tràng trên.

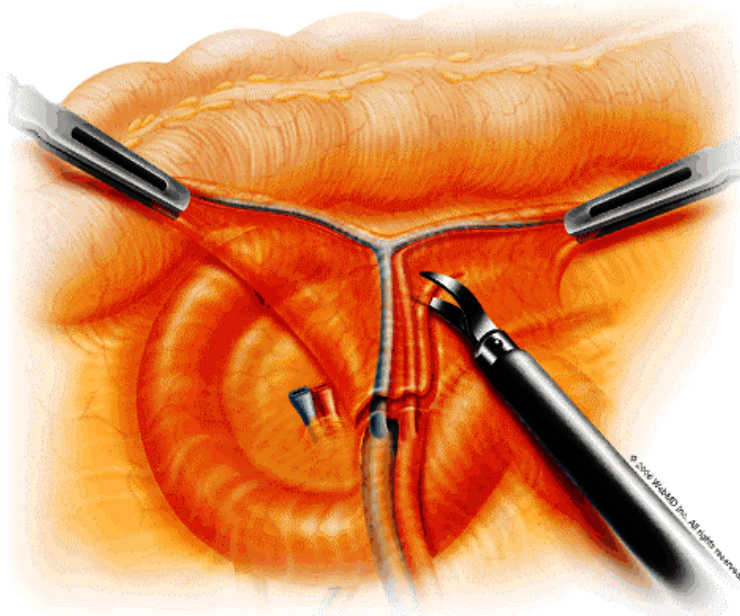
Kéo vùng hồi manh tràng sang phía trước-bên. Tìm bó mạch hồi-đại tràng. Bó mạch này có vị trí giải phẫu tương đối cố định, và trong 90% các trường hợp, động mạch đại tràng phải xuất phát từ bó mạch này. Đoạn đầu bó mạch hồi-đại tràng nằm ngay bên dưới tá tràng.

Tạo hai cửa sổ bên trên và dưới bó mạch hồi-đại tràng. Tách dọc theo bó mạch đến nơi xuất phát của nó. Kẹp cắt bó mạch hồi-đại tràng bằng clip, stapler, LigaSure, SonoSure... Trừ trường hợp kẹp cắt bằng clip, các trường hợp còn lại có thể kẹp cắt động và tĩnh mạch cùng lúc.

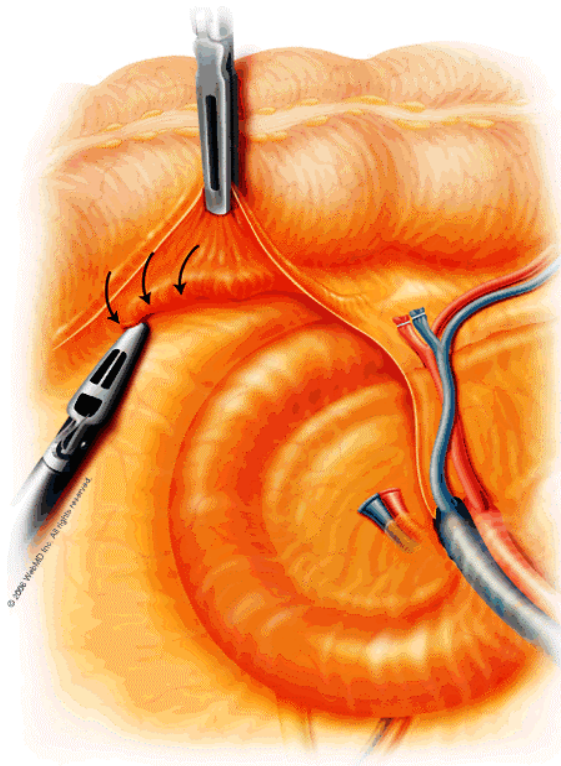


Kẹp một mép phúc mạc của mạc treo đại tràng ngang bên trên tá tràng, bắt đầu di động đại tràng ngang từ trong ra phía ngoài. Tách tá tràng và đầu tụy ra khỏi mạc treo đại tràng ngang. Cần thận để không làm tổn thương tĩnh mạch đại tràng giữa hay tĩnh mạch tá tụy dưới. Nếu bước này khó khăn, có thể di động đại tràng ngang từ phía trên và từ góc gan về phía đường giữa.

Mạch máu trước tiên ở bên phải bó mạch đại tràng giữa là tĩnh mạch đại tràng phải. Tĩnh mạch đại tràng phải sẽ hợp với tĩnh mạch vị-mạc nối phải tạo thành thân tĩnh mạch vị-đại tràng Henle, đổ vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Kẹp cắt tĩnh mạch đại tràng phải và chừa lại tĩnh mạch vị-mạc nối phải. Nếu có động mạch đại tràng phải đi song song với tĩnh mạch, kẹp cắt động mạch cùng với tĩnh mạch.



Rạch lá phúc mạc ngay trên gốc của bó mạch đại tràng giữa. Cô lập và kẹp cắt nhánh phải của bó mạch đại tràng giữa. Nếu cắt đại tràng phải mở rộng, cô lập và kẹp cắt bó mạch đại tràng giữa. Động mạch đại tràng giữa thường không cố định về mặt giải phẫu: trong 46% các trường hợp, động mạch phân hai nhánh phải và trái như kinh điển. Trong các trường hợp còn lại, động mạch có thể chỉ có một thân chính, hay phân thành ba nhánh cung cấp máu cho đại tràng ngang.



Nhấc mạc treo đại tràng ngang lên, bắt đầu bóc tách đi động mạch đại tràng từ tá tràng ra phía ngoài. Chú ý mặt phẳng bóc tách phải ở phía trước của mạc sau phúc mạc Toldt (mạc Toldt). Nếu bóc tách đúng mặt phẳng bóc tách, niệu quản, nằm ở phía sau mạc Toldt, sẽ không bị tổn thương. Việc bóc tách đi dần ra phía ngoài, đến phía sau của đại tràng góc gan, đại tràng lên và manh tràng thì ngưng lại.

Nhấc quai hồi tràng tận ra khỏi hốc chậu và kéo ra trước và lên trên, để thấy nơi tiếp xúc giữa quai hồi tràng tận và phúc mạc sau. Rạch lá phúc mạc, tách quai hồi tràng tận ra khỏi phúc mạc sau. Khi mặt phẳng bóc tách từ dưới lên gặp mặt phẳng bóc tách ban đầu

thì tiếp tục rạch lá phúc mạc vòng quanh ruột thừa, manh tràng, đại tràng lên tới đại tràng góc gan.

Tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang, bắt đầu từ bên trái sang bên phải.

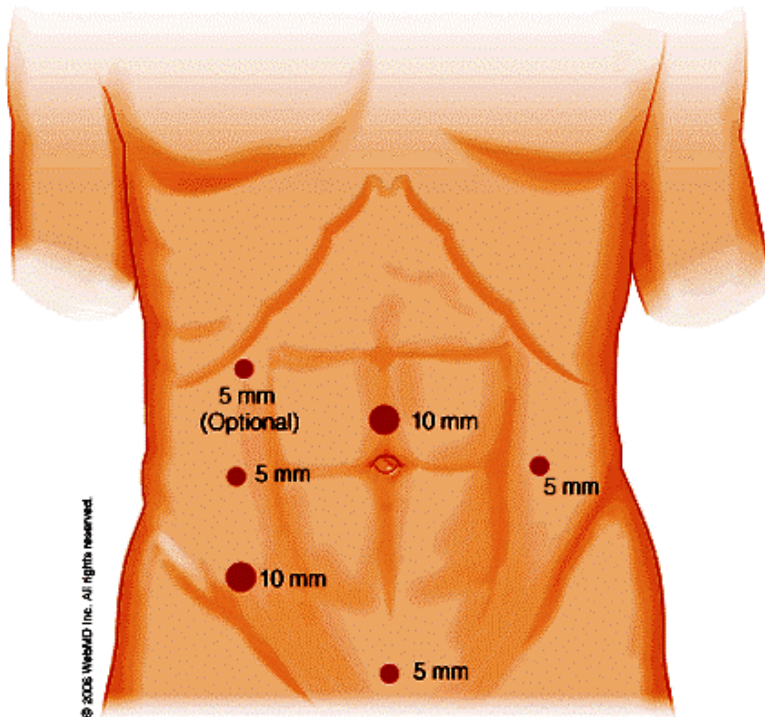
Khi hạ đại tràng góc gan, có thể thay đổi tư thế BN (cho BN nằm đầu cao) và phẫu thuật viên chuyển sang đứng ở phía bên trái BN.

Kẹp giữ ruột thừa. Mở bụng ở đường giữa trên rốn, bắt đầu từ lỗ trocar rốn hướng lên thượng vị. Đường mở bụng dài khoảng 5 cm là đủ, nhưng có thể thay đổi tùy thuộc vào kích thước của khối u. Lòng một bao che vết mổ để không

cho tế bào ung thư gieo rắc lên vết mổ. Đưa đoạn đại tràng phải và hồi tràng tận đã được bóc tách di động ra ngoài. Kẹp cắt hồi tràng. Kẹp cắt mạc treo hồi tràng cho đến vị trí cuống mạch hồi-đại tràng đã cắt trước đó. Kẹp cắt nhánh động mạch bờ của đại tràng ngang. Kẹp cắt đại tràng ngang ở phía dưới khối u 5-10 cm. Nối hồi đại tràng ngang bằng máy hay bằng tay sau đó đưa vào lại xoang bụng. Đóng bụng.

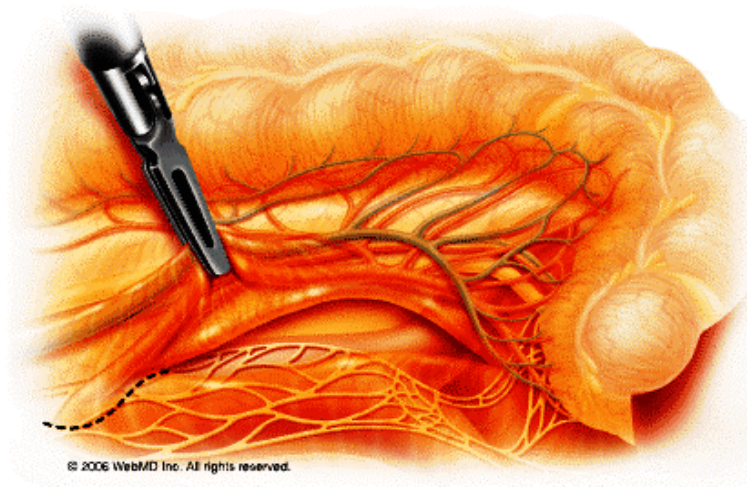


6.2-Phẫu thuật cắt đại tràng xích-ma nội soi:



Tư thế BN tương tự như trong phẫu thuật cắt đại tràng phải, nhưng phía bên trái được nâng lên cao. Các trocar được đặt như trong hình vẽ.

Trong thời gian đầu, phẫu thuật viên đứng ở phía bên phải BN, và người phụ đứng ở phía bên trái. Khi di động góc lách, phẫu thuật viên đứng giữa hai chân BN, và người phụ đứng ở bên phải.



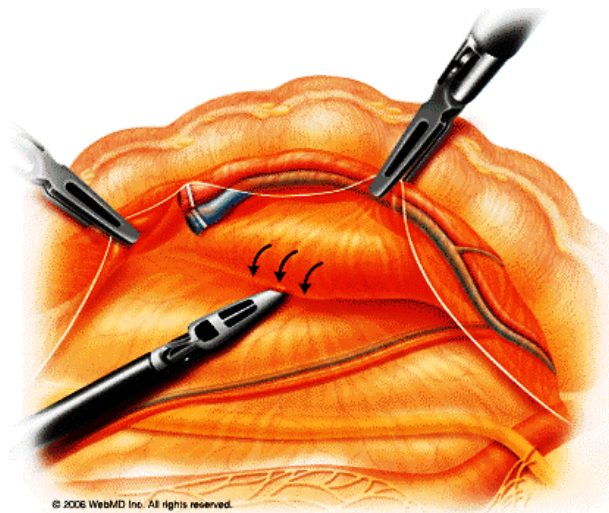
Đại tràng xích-ma được kẹp và kéo ra khỏi ổ chậu. Người phụ giữ chắc đại tràng sao cho mạc treo đại tràng xích-ma căng ra theo hướng trước-bên.

Trước tiên tìm động mạch mạc treo tràng dưới. Tạo một mặt phẳng bóc tách ngay sau động mạch mạc treo tràng dưới. Đây là mặt phẳng vô mạch và nằm ở trước mạc Toldt.

Tốt nhất là bắt đầu bóc tách từ ụ xương cùng. Rạch lá phúc mạc ở mạc treo đại tràng xích-ma. Tách đám tổ hạ vị phải và trái ra khỏi mạc treo đại tràng xích-ma.

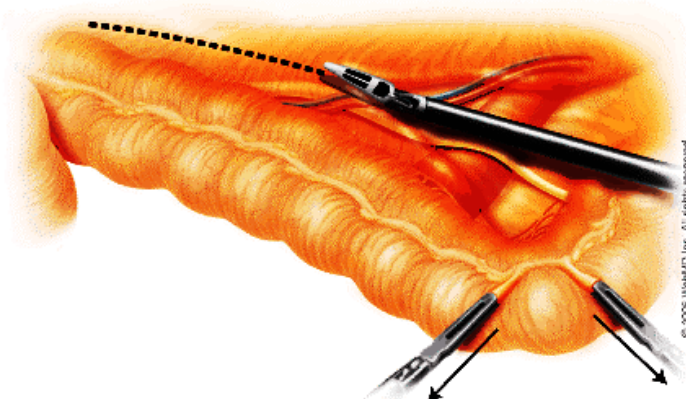
Bắt buộc phải tìm niệu quản trái. Nếu không tìm thấy niệu quản trái trong lúc tạo mặt phẳng bóc tách từ trong ra ngoài, phải tìm niệu quản trái ở phía trên động mạch mạc treo tràng dưới. Nếu không tìm thấy niệu quản trái, phải di động đại tràng từ phía ngoài vào.

Cô lập, kẹp cắt động mạch mạc treo tràng dưới ngay sau nơi xuất phát của nó từ động mạch chủ. Tim, cô lập và kẹp cắt tĩnh mạch mạc treo tràng dưới ở vị trí cao của nó.



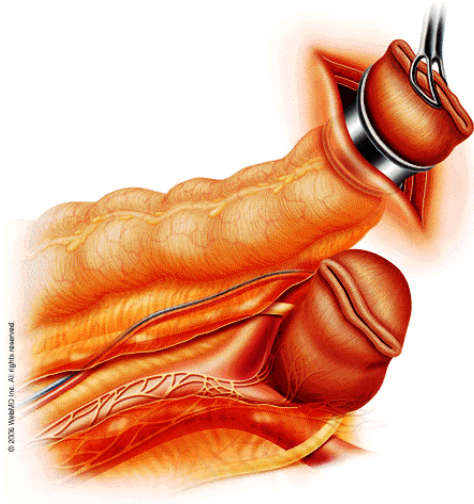
Tiếp tục tách và quét mặt sau mạc treo đại tràng ra khỏi mạc Toldt bên dưới. Nếu đi đúng mặt phẳng bóc tách, sẽ không thấy lớp mỡ quanh thận đồng thời thấy niệu quản và bó mạch sinh dục nằm ở phía sau mạc Toldt.

Mặt phẳng bóc tách sẽ tiến dần ra ngoài, hướng về thành bụng.



Đại tràng xích-ma được kéo về phía giữa bụng để thấy được nếp phúc mạc giữa nó và thành bụng bên. Nếu bóc tách đầy đủ từ trong ra, lá phúc mạc này sẽ rất mỏng.

Rách lá phúc mạc từ dưới hướng dần lên góc lách. Tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang, bắt đầu từ bên phải sang bên trái. Vào hậu cung mạc nối. Tách đại tràng góc lách ra khỏi phúc mạc sau. Công việc bóc tách này khá phức tạp. Có thể dùng dao cắt siêu âm để hạn chế sự chảy máu. Sau khi được tách ra khỏi đuôi tụy, đại tràng góc lách đã di động hoàn toàn.



Kẹp cắt ngang vùng nối xích-ma trực tràng bằng stapler qua công trocar 12 cm ở vùng bụng dưới.

Mở bụng một đường nhỏ ở hố chậu trái hay đường giữa. Độ dài của đường mổ bụng thay đổi phụ thuộc vào kích thước khối u. Lồng một bao che vết mổ để không cho tế bào ung thư gieo rắc lên vết mổ. Đưa đại tràng xích-ma ra ngoài. Tối thiểu 15 cm đại tràng trên khối u phải nằm bên ngoài thành bụng.

Kẹp cắt nhánh động mạch bờ của đại tràng, cắt ngang đại tràng phía trên khối u.

Khâu mũi túi ở đầu đại tràng. Đặt chốt và phần đe của stapler vòng nối tận tận (circular EEA stapler). Xiết mũi chỉ khâu, đưa đại tràng vào lại xoang bụng. Bơm hơi lại xoang bụng. Tiến hành nối đại-trực tràng bằng stapler dưới sự quan sát qua ống soi.

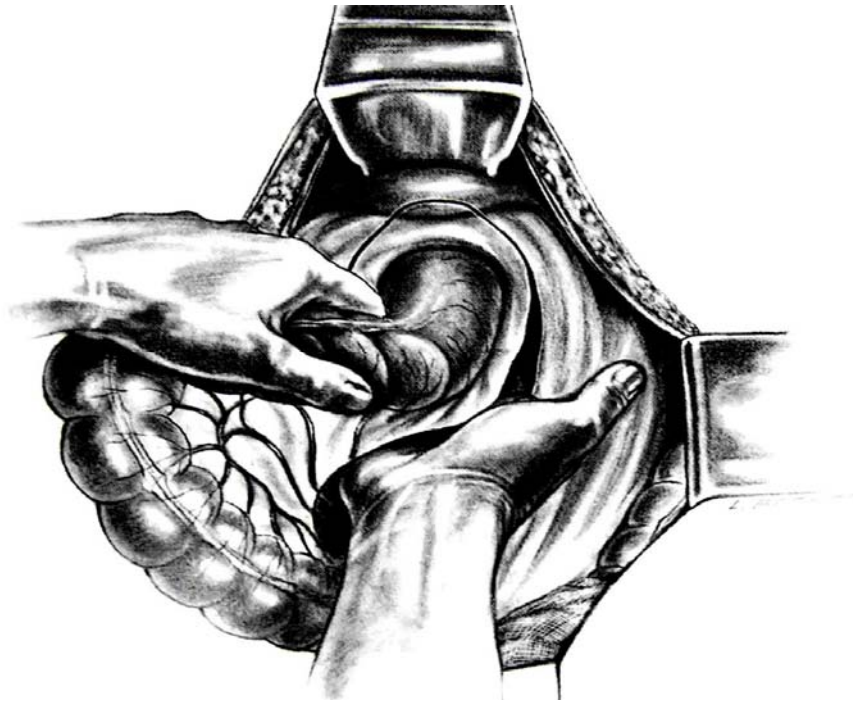
Kiểm tra độ kín của miệng nối bằng cách thức sau: bơm nước vào hốc chậu cho ngập miệng nối. Kẹp đoạn đại tràng phía trên miệng nối. Bơm hơi đoạn đại tràng bên dưới qua ống soi trực tràng hay đại tràng xích ma. Nếu không thấy hơi thoát qua miệng nối thì miệng nối đạt yêu cầu về độ kín.

Trước khi kết thúc cuộc mổ, phải quan sát xoang bụng để bảo đảm ruột non không chui qua phía sau đại tràng trái.

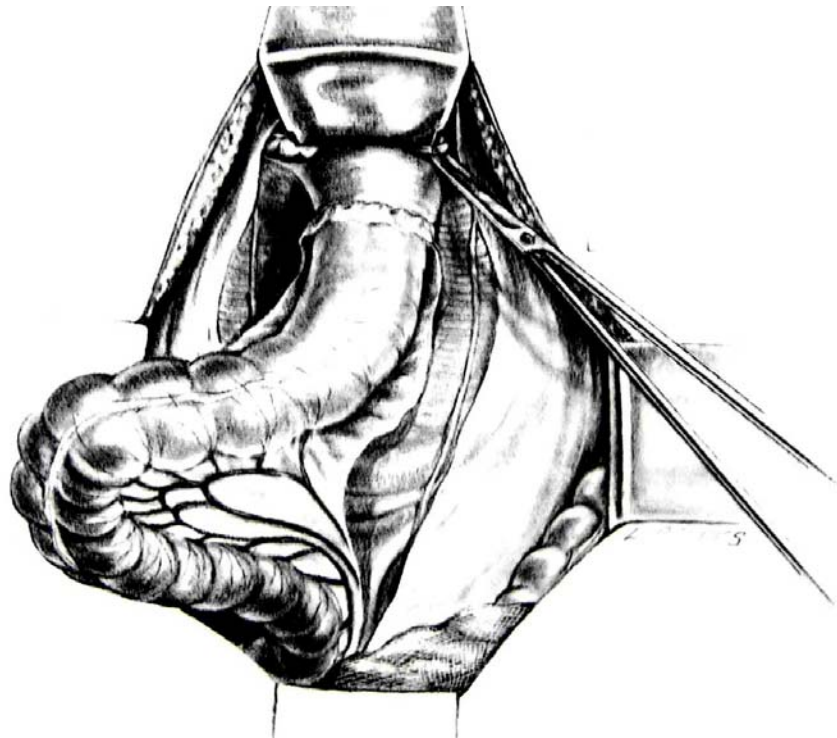
6.3-Phẫu thuật Miles:



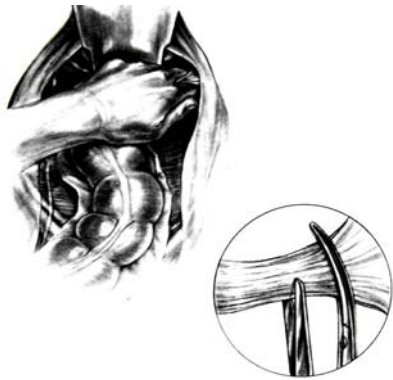
Ê-kíp ngả bụng: sau khi di động đại tràng xuống từ đại tràng xích-ma lên tới đại tràng góc lách, tìm và thắt động mạch mạc treo tràng dưới. Mạc treo đại tràng xích-ma được cắt từ trên xuống dưới. Khi tới giới hạn giữa đại tràng xích-ma và trực tràng, phúc mạc hai bên trực tràng được cắt từ sau ra trước. Tiếp tục cắt nếp phúc mạc giữa trực tràng và bàng quang (nam) hay âm đạo (nữ).



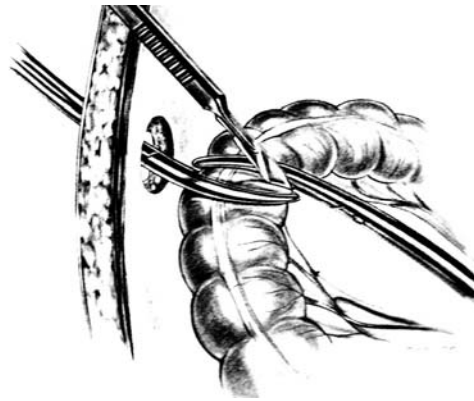
Tách mặt sau trực tràng ra khỏi xương cùng. Việc tách có thể thực hiện bằng tay hay bằng dao điện. Chú ý diện bóc tách đi giữa mạc chậu tạng và mạc chậu thành.



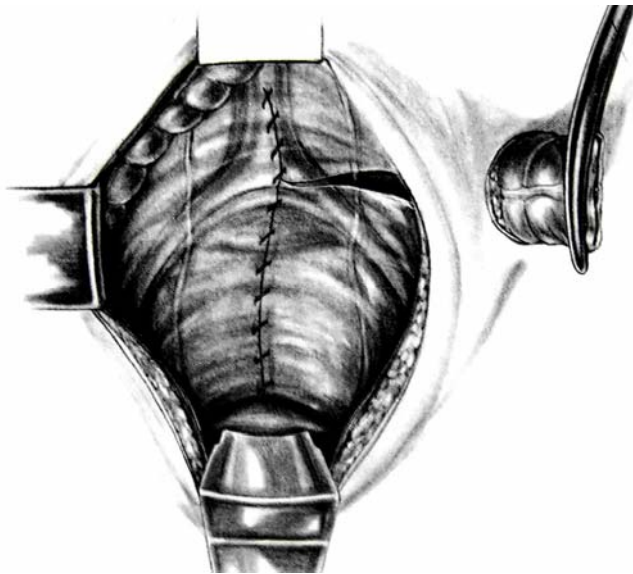
Ở phía trước, trực tràng được tách ra khỏi bàng quang và túi tinh (nam). Diện bóc tách đi phía sau mạc Denonvillier. Nếu ở nữ, trực tràng được tách ra khỏi âm đạo. Sau khi bóc tách phía trước và sau trực tràng, trực tràng chỉ còn được cố định vào xương chậu bởi hai dây chằng bên. Trong hai dây chằng bên này có các nhánh trĩ giữa xuất phát từ động mạch chậu trong.



Cắt hai dây chằng bên



Cắt ngang đại tràng, nơi giáp giữa đại tràng xuống và xích-ma. Đầu trên được đưa ra ngoài làm HMNT. Đầu dưới được đóng tạm để sau đó được đưa ra ngoài qua ngã tầng sinh môn.



Khâu hai mép phúc mạc sàn chậu. Đoạn đại tràng và trực tràng được cắt bỏ nằm bên dưới mép phúc mạc này. Đóng bụng. Công việc của ê-kíp ngã bụng kết thúc.

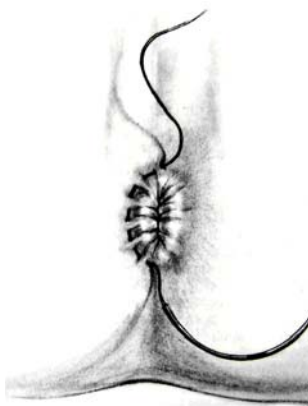
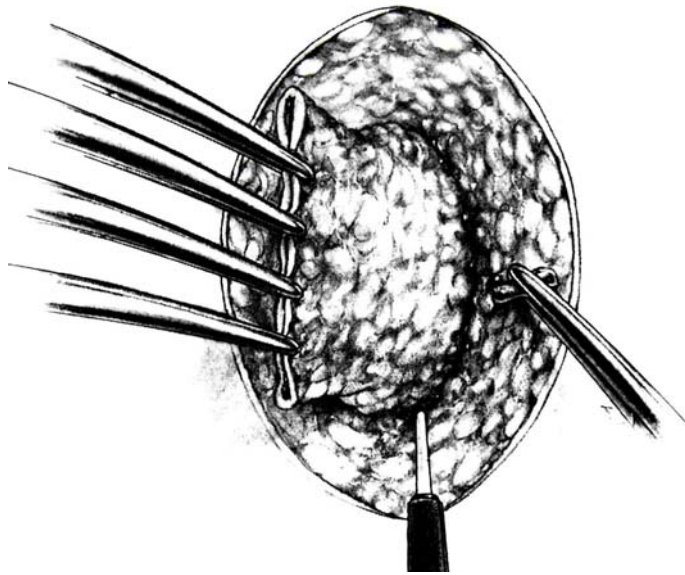


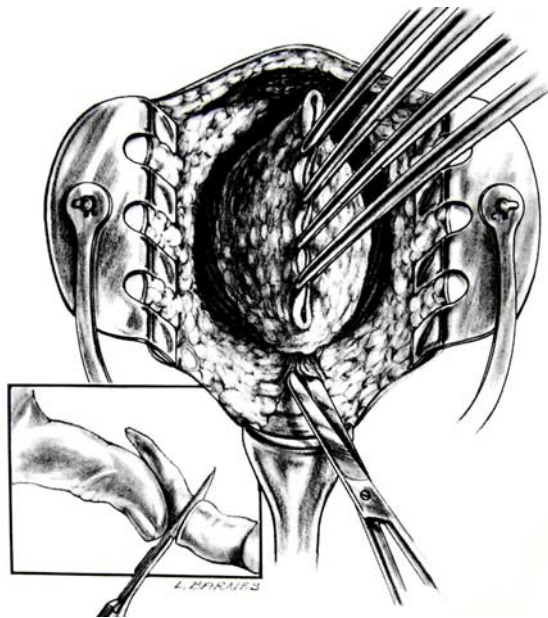
FIG. 19. Abdominoperineal resection



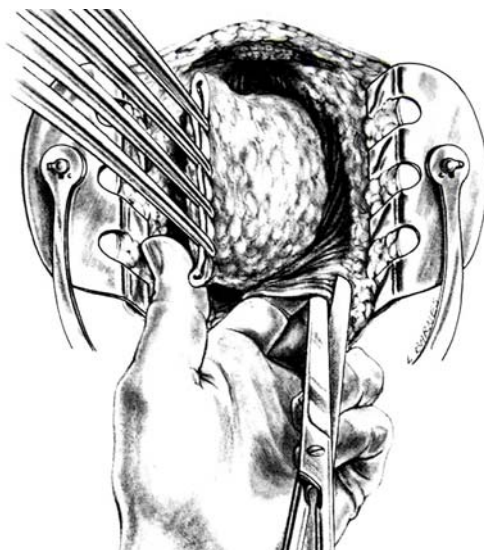
Ê-kíp ngã tầng sinh môn: hai chân BN được kê theo tư thế phụ khoa. Trước tiên khâu kín hậu môn. Rạch da hình quả trám quanh hậu môn.



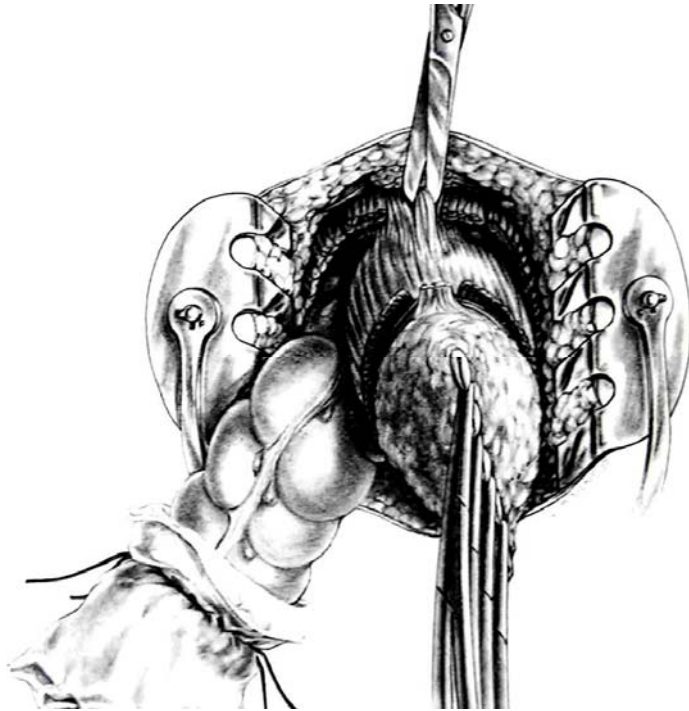
Cắt mô mỡ hai bên hậu môn (trong hố ngồi-trực tràng). Trong mô mỡ hai bên có bó mạch trĩ dưới. Bó mạch trĩ dưới được buộc riêng.



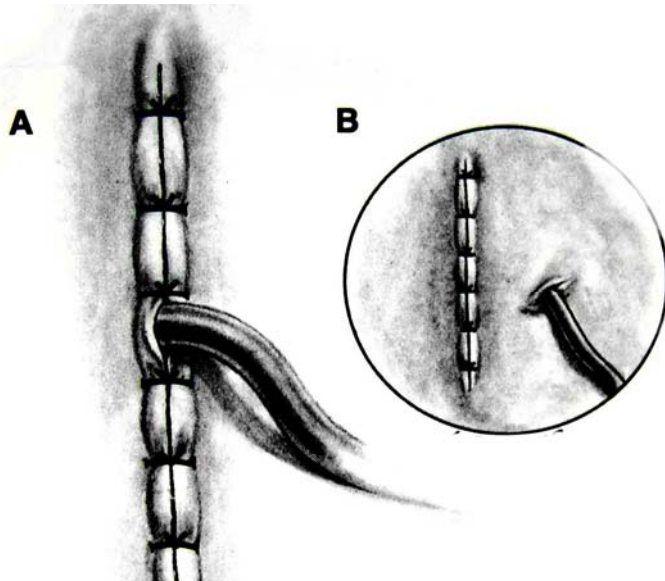
Cắt dây chằng cùng-trực tràng để vào khoang trước xương cùng, trước mạc chậu thành. Không đi quá sát vào mặt trước xương cùng vì có thể làm chảy máu đám rối tĩnh mạch trước xương cùng.



Cắt cơ nâng hậu môn hai bên.



Trực tràng giờ chỉ còn cố định ở phía trước với niệu đạo sau bởi cơ trực tràng-niệu đạo. Cắt cơ trực tràng-niệu đạo sẽ giải phóng hoàn toàn trực tràng. Lôi đầu trên của đại tràng ra ngoài sẽ làm cho công đoạn cuối cùng này được thực hiện dễ dàng hơn.



Khâu da tầng sinh môn. Dẫn lưu có thể được đặt qua vết mổ hay cạnh vết mổ.