**K đại tràng**

1. Đại cương

* Khái niệm: K đại tràng gồm các tổn thương ác tính ở đại tràng, tính từ manh tràng tới ranh giới giữa đại tràng sigma và trực tràng
* Thường chẩn đoán ở giai đoạn muộn: vì triệu chứng LS không đặc trưng và thường xuất hiện khi bệnh tiến triển
* Do vậy việc phát hiện sớm và điều trị các “bệnh lí tiền K” ở nhóm người nguy cơ cao là cách phòng K đại tràng chủ yếu
* Chẩn đoán chủ yếu dựa vào “nội soi đại tràng ống mềm”
* Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật, tiên lượng tốt nếu điều trị sớm và triệt để
* Dịch tễ:

+ Là K đường tiêu hóa thường gặp, đứng thứ 3 sau K dạ dày, K gan

+ Địa lý: gặp nhiều ở các nước Tây Âu, Bắc Mỹ, ít gặp hơn ở Châu Phi

+ Giới: gặp ở cả nam và nữ

+ Tuổi: thường >45t, tăng dần theo tuổi

+ Vị trí: K đại tràng (T) hay gặp hơn (P). Thứ tự: K đại tràng sigma > K manh tràng > K đại tràng lên > K đại tràng ngang, đại tràng xuống

* Yếu tố nguy cơ:

+ Trạng thái tiền K:

* Polyp đại tràng: dạng tuyến mới K hóa, nguy cơ tăng lên theo kích thước và thể loại polyp
* Bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu: nguy cơ K hóa cao (thường xuất hiện sau 10 năm tiến triển của bênh), thường gặp K đại tràng ở nhiều vị trí
* Bệnh Crohn đại tràng: là 1 bệnh tự miễn, nguy cơ K hóa cao, nhưng thấp hơn nhiều bệnh viêm loét chảy máu đại trực tràng

+ Yếu tố di truyền:

* Bệnh polyp đại tràng gia đình: nguy cơ K hóa 100%
* Hội chứng Gardner: bệnh polyp đại tràng + u xơ mạc treo, ở sau phúc mạc
* Hội chứng Turcot: bệnh polyp đại tràng + u hệ thần kinh trung ương
* Hội chứng Lynch (K đại tràng gia đình)
* Hội chứng Lynch I: K mang tính di truyền, đặc biệt là chỉ gặp ở đại tràng, không kèm theo K nào khác
* Hội chứng Lynch II: xuất hiện sớm ở 20-30 tuổi, ở đoạn đầu của đại tràng (ĐT (P)) kèm 1 Adenocarcinoma khác ngoài đại tràng (hay gặp K nội mạc tử cung)
* Người có quan hệ huyết thống trực tiếp với người bị K địa tràng, có nguy cơ mắc K địa tràng cao hơn 2-3 lần người có người trong gia đình bình thường

+ Yếu tố môi trường:

* Đặc biệt là chế độ ăn: tăng nguy cơ nếu ăn nhiều thịt-mỡ động vật, giảm nguy cơ khi ăn nhiều rau-chất xơ
* Vi khuẩn đường ruột, đặc biệt là vi khuẩn kị khí

1. Giải phẫu bệnh
2. Vị trí – Số lượng – Kích thước

* Vị trí:

+ Bên (T) nhiều hơn bên (P): thứ tự: K ĐT sigma > K manh tràng > K ĐT lên > K ĐT ngang và ĐT xuống

+ Ở VN thì tỉ lệ K ĐT (P) (gặp nhiều ở manh tràng và ĐT góc gan) và K ĐT (T) (gặp nhiều ở ĐT sigma và ranh giới giữa ĐT sigma-trực tràng) có tỉ lệ tương đương

* Số lượng: có 1 u (95%); có 2 hay nhiều u (5%) (polyp ung thư hóa)
* Kích thước: u trung bình khoảng 50mm, u<10mm hiếm gặp

1. Đại thể: có 3 loại

* K thể loét: hay gặp nhất

+ Đặc điểm: loét sùi, bờ cao, thành sâu – thẳng đứng, đáy cứng – gồ ghề - dễ chảy máu

+ Loét phát triển theo vòng cung, 2 bờ ổ loét chạm nhau, dẫn đến chít hẹp lòng ĐT ( ĐT(P) lòng rộng, vì thế quá trình này xảy ra chậm hơn ĐT(T) )

* K thể sùi: ít gặp

+ Đặc điểm: u sùi hình “súp lơ” lồi vào lòng đại tràng

+ Thường gặp ở ĐT (P) + ĐT (P) ở nông -> thường sờ thấy khối u, có dấu hiệu Koenig kèm theo

* K thể thâm nhiễm cứng: rất ít gặp

+ Đặc điểm: thâm nhiễm chủ yếu ở lớp niêm mạc, kiểu vòng nhẫn -> dễ gây chít hẹp và tắc ruột cấp

+ Hay gặp ở ĐT lên sát góc gan và đặc biệt nhiều nhất ở ĐT (T)

1. Vi thể

* K biểu mô tuyến: 97%. Tùy mức độ biệt hóa tế bào và cấu trúc của tổ chức u mà OMS chia:

+ K liên bào trụ rất biệt hóa (80%)

+ K liên bào trụ biệt hóa vừa và ít biệt hóa ( ít gặp )

+ K liên bào chế nhày (10-15%)

* Sarcom rất ít gặp ( ~3%), gồm: K cơ trơn, K tổ chức bạch huyết

1. Các đường lan tràn
2. Đường trực tiếp tại chỗ: K đại tràng phát triển theo các đường sau:

* Theo hình cung: dần ôm hết chu vi lòng ĐT, hay gặp ở ĐT (T)
* Theo chiều dọc: lên trên và xuống dưới, chủ yếu ở lớp dưới niêm mạc, ít vượt quá 2cm cách rìa u
* Theo chiều dày thành ĐT: từ niêm mạc ra thanh mạc thành ĐT, rồi xâm lấn các tạng xung quanh

1. Đường máu: theo TM

* Chiếm 15-50%, nhưng thường xuyên bị di căn xa
* Có thể: u xâm lấn TM đại tràng rồi theo TM cửa về gan (K gan thứ phát), theo TM chủ dưới -> tim rồi về phổi (K phổi thứ phát), về buồng trứng (4%),...
* Khi mổ không nên bóp khối u vì dễ di căn theo đường máu

1. Đường bạch huyết

* Thường gặp nhất, đi dọc các bạch mạch ngoài thành ĐT đến thành bên chậu hông, hạch lỗ bịt có thể xâm lấn -> PT triệt để cần phải lấy bỏ hết hệ thống bạch mạch của K
* Mức độ xâm lấn hạch phụ thuộc nhiều vào: mức độ biệt hóa của K, ít liên quan đến kích thước u

1. Đường màng bụng (phúc mạc)

* Hiện tượng reo hạt: khi u xâm lấn tới thanh mạc, các TB K rơi vào khoang màng bụng và văng khắp nơi theo nhịp di động cảu màng bụng
* TB K cắm avfo phúc mạc, phát triển thành các khối u, rải rác, trông như những hạt kê, gọi là di căn phúc mạc

1. Di căn theo đường lòng ĐT

* TB K rụng khỏi bề mặt khối u, có thể di chuyển dọc theo dòng phân, khi TB này dừng lại, cắm vào niêm mạc lành cách xa u để tạo u mới

1. Phân chia gia đoạn K đại tràng

* Dựa vào: mức độ xâm lấn thành đại tràng và di căn hạch của tổ chức K mà chia giai đoạn K
* Theo Dukes1932: với 3 giai đoạn A,B,C, sau đó thêm giai đoạn D để chỉ K đại tràng đã di căn xa

+ Dukes A: K còn giới hạn ở thành ĐT

+ Dukes B: K đã vượt qua thành ĐT, nhưng chưa di căn hạch

+ Dukes C: K đại tràng đã có di căn hạch

+ Dukes D: K đại tràng đã di căn xa

* Dukes cải tiến: (Astler-Coller): được áp dụng rộng rãi hơn:

+ Giai đoạn A: K giới hạn ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc

+ Giai đoạn B:

* B1: K tới lớp cơ niêm (nhưng chưa vượt qua lớp cơ niêm)
* B2: K vượt quá lớp cơ niêm

+ Giai đoạn C:

* C1=B1+ thâm nhiễm hạch
* C2=B2+ thâm nhiễm hạch

+ Giai đoạn D: K di căn xa hoặc u không cắt được

1. Chẩn đoán xác định:
2. Chẩn đoán K giai đoạn sớm:

* Chẩn đoán sớm K đại tràng là phát hiện K khi chưa có biểu hiện lâm sàng, giải phẫu bệnh là u phát triển tại chỗ, chưa xâm lấn, di căn. Nếu được điều trị ở giai đoạn này, tiên lượng bệnh nhân sẽ tốt hơn nhiều
* Chẩn đoán khó khăn, cần tập trung vào nhóm người có nguy cơ cao:

+ Tuổi ≥ 45

+ Bệnh lí tiến triển K: Polyp đại tràng, viêm loét đại tràng chảy máu, bệnh Crohn,...

+ Yếu tố di truyền: trong gia đình có người bị K đại tràng, h/c Lynch, h/c Gardner, h/c Turcot,...

+ Chế độ ăn: nhiều thịt, mỡ động vật, ít rau

* Khi đã nghi ngờ:

+ Xét nghiệm tìm máu, tìm TB K trong phân

+ Chụp đối quang kép: khung ĐT

+ Soi ĐT ống mềm-sinh thiết

1. Chẩn đoán K đại tràng giai đoạn tiến triển, chưa có biến chứng:
   1. Lâm sàng: cũng không đặc hiệu, những triệu chứng nghi ngờ tới K đại tràng

* Cơ năng:

+ Đau bụng: là triệu chứng thường gặp, thay đổi theo vị trí tắc ruột

* K đại tràng (P):
* Đau mơ hồ, nhẹ ở HC(P) hoặc MS(P), sau tăng dần thành cơn đau ĐT thực sự
* Cơn đau giảm dần rồi mất khi trung tiện được (h/c Koenig)
* Do ĐT (P) phân lỏng, lòng ĐT to => ít khi tắc cấp
* K đại tràng (T)
* Thường đau quặn giống cơn đau ĐT thực sự, khởi phát đột ngột và thường ở 1 vị trí
* Cơn đau cũng mất nhanh sau khi BN ỉa lỏng hoặc trung tiện
* Do phân ở ĐT (T) đặc, dễ tắc => xuất hiện tắc ruột đột ngột, gây cơn đau điển hình của TR thấp + kèm nôn, buồn nôn + bí trung, đại tiện

+ RL tiêu hóa:

* Không đặc hiệu, cũng có giá trị gợi ý nếu xuất hiện kéo dài ở BN >40 tuổi
* K ĐT (P) thường ỉa lỏng
* K ĐT (T) thường táo bón hoặc táo bón xen kẽ với ỉa lòng

+ Ỉa máu:

* Thường ỉa ra máu vi thể, BN khó phát hiện, chỉ phát hiện được bằng XN máu trong phân
* Đôi khi ỉa máu thực sự: K ĐT (P): đi ngoài phân đen; K đại tràng (T): iả máu tươi lẫn nhầy
* Thường chảy máu rỉ rả, ít một gây ra tình trạng thiếu máu mạn tính
* Toàn thân:

+ Mệt mỏi, chán ăn, gầy sút nhanh (trong thời gian ngắn), thiếu máu mạn tính (da xanh, niêm mạc nhợt)

+ Sốt nhẹ, kéo dài, không rõ nguyên nhân

* Thực thể:

+ Nhìn: bụng có thể chướng nhẹ

+ Sờ: có thể thấy u nhưng ít gặp

* Vị trí: nằm dọc khung ĐT, chủ yếu ở ĐT (P)
* Tính chất: chắc, bờ không đều, ít đau, ranh giới rõ ở bờ ngoài dưới, di động hay không tùy mức độ xâm lấn của u

+ Thăm trực tràng:

* Có thể phát hiện K đại tràng sigma tụt xuống túi cùng Douglas hoặc K trực tràng
* Có thể u xâm lấn vào âm đạo, túi cùng trực tràng-âm đạo: cảm giác cứng ráp, lổn nhổn khi ngón tay khám qua thành trực tràng, thành âm đạo
* Phân đen theo tay (nếu có ỉa máu)
* Bóng trực tràng rỗng (nếu có tắc ruột)

+ Thăm khám phát hiện di căn:

* Di căn gan (gan to, u cục, vàng da, cổ chướng,...)
* Di căn buồng trứng ở nữ ( u Krukenberg)
* Hạch Troisier
  1. Triệu chứng cận lâm sàng

1. Chụp khung ĐT có baryt (kinh điển):

* CĐ: khi không soi được toàn bộ khung đại tràng hoặc kết quả soi không cắt nghĩa được hết tính chất
* CCĐ: khi có triệu chứng rõ K đại tràng thì không nên chụp, đặc biệt là K đại tràng (T) vì có khả năng gây tắc ruột cấp
* Hình ảnh tổn thương điển hình:

+ Hình chít hẹp: một đoạn ĐT (vài cm) chít hẹp, vặn vẹo, mất nếp niêm mạc, tiếp nối 2 đầu ĐT lành bởi dâu đóng mở hoặc “ )( ’’

+ Hình khuyết: bờ nham nhỏ, độ cản qunag không đều, hợp với ĐT lành 1 góc nhọn

+ Hình cắt cụt: khẩu kính ĐT hẹp dần và thuốc cản quang bị dừng lại hoàn toàn, đôi khi thấy như lên 1 mẩu nhọn như 1 ngọn lửa nến (gặp trong TR do K đại tràng)

* Lưu ý: các hình ảnh XQ chỉ có giá trị chẩn đoán nếu nó cố định và có thường xuyên trên các phim chụp

1. Chụp đối quang kép;

* Kích thước: sau khi thụt Baryt vào ĐT, cho BN đi ngoài để loại bỏ, rồi bơm 1000-1500 ml khí vào ĐT, rồi chụp phim ở các tư thế khác nhau
* Ưu điểm: phát hiện được các tổn thương nhỏ, giúp chẩn đoán xác định sớm
* Dấu hiệu gợi ý ác tính:

+ Bề mặt tổn thương không đều, đáy rộng hơn chiều cao, thành ĐT đối diện lồi lõm

+ Thâm nhiễm cứng, khu trú ở 1 vị trí trên thành ĐT

+ Ổ loét đọng thuốc cản quang và sự biến đổi hỗn loạn của nếp niêm mạc

1. Nội soi ĐT bằng ống mềm và sinh thiết

* Là thăm dò giúp chẩn đoán xác định chắc chắn và giá trị nhất
* CĐ:

+ Với mọi BN nghi ngờ hoặc đã chắc chắn K đại tràng, nhất là muốn phẫu thuật điều trị triệt căn, nên soi trước mổ

+ Xu hướng chỉ định soi ĐT toàn bộ ngay mỗi khi xuất hiện triệu chứng ỉa máu tươi

* Giá trị, phát hiện:

+ Vị trí: bên (P) (gặp nhiều ở manh tràng- ĐT góc gan) hoặc bên (T) (gặp nhiều ở ĐT sigma hoặc ranh giới giữa ĐT sigma-trực tràng)

+ Số lượng: đa số chỉ có 1 u (95%), ít khi có 2 hoặc nhiều u

+ Kích thước: u trung bình 50mm, u<10mm hiếm gặp, chiếm 1/4 , 1/3 , ½ hay toàn bộ chu vi lòng đại tràng

+ Hình ảnh đại thể:

* Thể loét (hay gặp nhất): loét sùi, bờ cao, thành sâu-thẳng đứng, đáy cứng-gồ ghề-dễ chảy máu
* Thể sùi: u sùi hình “súp lơ”, lồi vào lòng ĐT
* Các tổn thương khác phối hợp: polyp ĐT,...

+ Sinh thiết u làm giải phẫu bệnh hoặc quét bề mặt u, phết lam kính nhuộm hoặc soi tươi -> kết quả TB K

* Hạn chế: có thể bỏ sót các tổn thương nằm lấp dưới 1 cuộn niêm mạc hoặc chỗ gấp góc, không phải BN nào cũng đẩy được ống soi tới manh tràng

1. Các thăm dò đánh giá tình trạng bệnh nhân, mức độ xâm lấn, di căn K, tiên lượng

* Các xét nghiệm:

+ CTM: thiếu máu nhược sắc HC nhỏ (do thiếu máu mạn tính)

+ HSM: Protein huyết thanh, albumin, canxi, bilirubin, ALP,GOT,GPT, ure, creatinin,...

+ Xét nghiệm: phân tích nước tiểu

+ Đặc biệt: định lượng CEA, CA 19-9:

* Không có giá trị chẩn đoán bệnh vì không đặc hiệu, có giá trị tiên lượng, theo dõi sự phát triển, tái phát và di căn sau mổ
* Mối tương quan giawux sự tăng CEA với kích thước u và mức độ lan tràn, biệt hóa u: CEA <25 ng/ml -> u còn khả năng cắt bỏ, CEA > 100 ng/ml -> gợi ý ĐT không còn khả năng cắt bỏ hoặc đã di căn xa

+ Soi phân: tìm HC, có thể tìm thấy TB K

+ Xét nghiệm kiểm tra gen: ở người có nguy cơ K đại tràng do di truyền

* Chẩn đoán hình ảnh:

+ XQ phổi: tìm di căn phổi

+ SA gan: phát hiện u>1cm, hình ảnh ổ giảm âm – kích thước thay đổi – 1 hay nhiều ổ rải rác ở 2 thùy gan, sinh thiết làm giải phẫu bệnh dưới hướng dẫn của siêu âm

+ CT, MRI: đánh giá chính xác mức độ lan tràn, xâm lấn ổ bụng

+ Soi đạ dày-tá tràng, bàng qunag: nghi ngờ dạ dày – tá tràng, bàng quang bị K xâm lấn

+ Siêu âm nội soi: đánh giá mức độ xâm lấn u trên thành ĐT và vùng sát u

* Chẩn đoán xác đinh = LS + CLS (sinh thiết làm giải phẫu bệnh: kết quả K đại tràng)
* Chẩn đoán MBH:

+ 97% là K biểu mô tuyến. Theo OMS:

* K liên bào trụ rất biệt hóa (80%)
* K liên bào trụ ít biệt hóa và biệt hóa vừa (ít gặp)
* K liên bào chế nhày (10-15%)

+ ≈3% là sarcom, gồm: K cơ trơn, K tổ chức bạch huyết

1. K đại tràng giai đoạn muộn, có biến chứng: biến chứng là dấu hiệu đầu tiên cảu bệnh. Nhiều trường hợp phát hiện K đại tràng trong mổ cấp cứu vì biến chứng u.
2. Tắc ruột:

* Là biến chứng thường gặp nhất, đặc biệt là K đại tràng
* LS + CLS: biểu hiện của 1 tắc ruột thấp:

+ LS:

* Cơ năng: đau bụng cơn + nôn ít hoặc chỉ buồn nôn + bí trung đại tiện sớm
* Thực thể: bụng chướng nhiều, sớm + dh rắn bò, quai ruột nổi + thăm trực tràng : bóng trực tràng rỗng

+ CLS:

* XQ bụng KCB: hình ảnh mức nước-hơi ( số lượng ít, kích thước lớn, nằm dọc khung ĐT, chân hẹp, vòm cao, có hình các bướu ĐT)
* XQ đại tràng cản quang: thuốc cản quang dừng lại ở vị trí u hình cắt cụt, nham nhở
* Khi mổ cấp cứu: xác định nguyên nhân do K đại tràng (kết quả GPB)

1. Viêm phúc mạc do thủng ĐT

* Xảy ra ngay tại vị trí khối u hoặc phía trên khối u, đặc biệt là ở manh tràng
* Gây VPM toàn thể:

+ Đau khắp bụng, hc nhiễm trùng-nhiễm độc rõ, cảm ứng phúc mạc (+), co cứng thành bụng

+ XQ bụng KCB: hình ảnh liềm hơi (+)

* Mổ cấp cứu: VPM do phân đầy ổ bụng, khối K đại tràng

1. Apxe cạnh u:

* Gặp nhiều ở ĐT (P), đặc biệt là u manh tràng
* Lâm sàng:

+ HCNT: sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn,...

+ Khám bụng: khối đau ở HCP, phản ứng thành bụng HCP. Cần phân biệt với apxe ruột thừa

+ Hc bán tắc ruột

1. Chảy máu

* Thường là chảy máu vi thể gây tình trạng thiếu máu mạn tính. Ít gặp chảy máu ồ ạt

1. Rò

* U đại tràng rò ra da, vào các cơ quan lân cận khác: dạ dày, ruột non, bàng quang,... Tùy vị trí rò mà biểu hiện lâm sàng khác nhau.

1. Chẩn đoán phân biệt
2. K đại tràng phân biệt với:

* Loét dạ dày – tá tràng, bệnh rối loạn cơ quan tạo máu
* Nhiều trường hợp mổ vì trĩ, rò hậu môn nhưng bỏ sót K đại tràng,... -> cần tìm K đại tràng ngay cả khi chảy máu rõ ràng trong trĩ hoặc người có nguy cơ cao

1. K đại tràng (P) phân biệt với:

* Viêm túi mật, sỏi mật
* VRT thể u ở người già, apxe RT sau manh tràng
* U amip manh tràng: tiền sử lỵ amip, khám sờ thấy u, nội soi sinh thiết làm GPB, điều trị thử bằng thuốc diệt amip cho kết quả tốt
* Lao hồi tràng: tiền sử lao, nội soi: mảng ổ bụng, loét bã đậu, PCR: chẩn đoán xác định
* Bệnh Crohn,...

1. K đại tràng (T) phân biệt với:

* Các nguyên nhân đè ép từ ngoài: u sau phúc mạc, u mạc treo, u buồng trứng,...
* Viêm loét đại tràng chảy máu tự miễn:

+ Lâm sàng: thường ở nam, tuổi 20-40, sốt từng đợt + đau khớp+ ỉa máu tươi

+ Nội soi ĐT ống mềm + sinh thiết:

* Loét nông, lan rộng ĐT, chảy máu
* Sinh thiết làm GPB: TB K (-)

1. Thể lâm sàng: theo vị trí

* K manh tràng:

+ Triệu chứng lâm sàng xuất hiện muộn

+ K được phát hiện vì khối u hố chậu (P) hoặc thiếu máu mạn tính

+ Khối u dễ bị nhiễm trùng, nên dễ nhầm với apxe ruột thừa

* K van Bauhin:

+ Hc Koenig điển hình

+ Tắc ruột non do bít tắc hoặc lồng hồi – manh tràng

* K đại tràng lên: hc Koenig, táo bón, giãn manh tràng
* K đại tràng ngang:

+ Thường phát hiện vì tắc ruột

+ Khối u thâm nhiễm vào dạ dày, dễ nhầm với K dạ dày

* K đại tràng xuống:

+ Thường phát hiện muộn vì cơn đau của tắc ruột hoặc bán tắc ruột

+ Ít khi sờ thấy khối u

* K đại tràng sigma:

+ Là vị trí hay gặp nhất

+ Lâm sàng: Phân lỏng, lẫn nhầy máu tươi

* K ở nhiều vị trí:

+ Tỉ lệ <5%

+ Thường được phát hiện bằng chụp XQ đại tràng cản quang hay soi ĐT ống mềm

1. Điều trị
2. Nguyên tắc:

* Điều trị K đại tràng phụ thuộc vào: giai đoạn bệnh, thể GPB, có biến chứng hay không, tình trạng toàn thân bệnh nhân
* Không phải bệnh lý cấp tính (nếu không có biến chứng), cần đánh giá và chọn phương pháp tối ưu
* Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu, có vai trò quan trọng nhất, gồm phẫu thuật triệt căn và phẫu thuật tạm thời. Phải phẫu thuật triệt căn mới có tác dụng kéo dài sự sống

1. Điều trị phẫu thuật
   1. Điều trị K đại tràng chưa có biến chứng
      1. Phẫu thuật triệt để
2. Nguyên tắc chung

* Mổ trì hoãn, chuẩn bị sạch ĐT
* Thắt và cắt các cuống mạch sát gốc được thực hiện trước tiên, để tránh TB K di căn đường tĩnh mạch

+ Đối với K ĐT (P): là bờ phải của cuống mạch mạc treo tràng trên

+ Đối với K ĐT (T): là thắt cuống mạch mạc treo tràng dưới

* Cắt rộng rãi đại tràng có u, cách bờ khối u >5cm, có thể sinh thiết diện cắt làm GPB nhanh
* Nạo vét hạch triệt để
* Lập lại lưu thông đường tiêu hóa: thực hiện trong cùng 1 thì mổ ĐT được chuẩn bị

1. Chuẩn bị bệnh nhân

* Điều chỉnh RL nước – điện giải
* Dinh dưỡng tốt, nâng cao thể trạng
* Chuẩn bị ĐT: nhịn ăn 24h trước mổ, thụt tháo sạch
* KS dự phòng

1. Phẫu thuật

* Gây mê NKQ, giãn cơ tốt
* Mở bụng đường trắng giữa trên và dưới rốn
* Thăm dò khả năng cắt u:

+ Xác định: số lượng u, tìm di căn xa, bệnh lý phối hợp,... (lách to, xơ gan,...)

+ Không nên sờ nắn khối u nhiều khi không cần thiết

+ Nên dùng 2 dải bằng mềm buộc chặt, thắt kín lòng ĐT 2 phía trước – sau u, tránh TB K rụng ra, chạy xa lòng ruột

* Thắt và cắt các cuống mạch trước tiên, tránh di bào đường máu
* Giải phóng ĐT mang khối u: cắt bỏ 1 đoạn ruột, tùy vị trí và mức độ tổn thương để lựa chọn phương pháp thích hợp
* Có thể rửa sạch 2 đầu ĐT trước khi nối bằng dung dịch NaCl 0,9%, iod,...
* Lập lại lưu thông đường tiêu hóa, lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu và đóng bụng 2 lớp

1. Các phương pháp phẫu thuật: tùy vị trí K

* K ĐT (P): cắt nửa ĐT (P)

+ Thắt và cắt cuống mạch ĐT (P), sát bờ phải cuống mạch mạc treo tràng trên

+ Cắt đoạn cuối hồi tràng (≈30cm) đến hết nửa (P) của ĐT ngang

+ Nạo vét hạch

+ Nối hồi-đại tràng ngang bên-bên hoặc tận-tận

* K đại tràng (T): tùy vị trí u và mức độ di căn hạch mà chọn phương pháp:

+ Cắt ½ đại tràng (T)

* Tahwts và cắt động mạch – tĩnh mạch mạc treo tràng dưới sát gốc
* Cắt bỏ nửa (T) đại tràng ngang cho đến hết ĐT sigma
* Nạo vét hạch triệt để
* Nối đại tràng ngang – trực tràng: bên – bên hoặc tận – tận

+ Cắt đoạn đại tràng (T) cao:

* Chỉ định: K đại tràng góc lách
* Thắt và cắt động mạch đại tràng (T) trên, sát gốc
* Cắt nửa (T) đại tràng ngang và ĐT xuống
* Nạo vét hạch triệt để
* Nối đại tràng ngang với đại tràng sigma

+ Cắt đoạn ĐT sigma:

* CĐ: K đại tràng sigma
* Thắt và cắt cuống mạch MTTD, dưới chỗ phân nhánh động mạch ĐT(T) trên, nạo vét hạch cùng 1 khối, cắt đại tràng sigma
* Nối đại tràng xuống với trực tràng
* Các phẫu thuật khác:

+ Cắt đoạn đại tràng ngang: ít áp dụng

+ Cắt ĐT gần toàn bộ hay toàn bộ: áp dụng với K đại tràng ở 2 hay nhiều vị trí

* + 1. Phẫu thuật tạm thời:
* Mục đích: tránh các biến chứng (tắc ruột, chảy máu), điều trị triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, không có tác dụng kéo dài sự sống
* Các kĩ thuật và chỉ định:

+ Cắt đoạn đại tràng:

* CĐ: K đại tràng đã di căn nhiều nơi, nhưng vẫn có khả năng cắt bỏ u
* Kỹ thuật: cắt ĐT và mạc treo tối thiểu, để có thể làm miệng nối chắc và nuôi dưỡng tốt

+ Nối tắt

* Chỉ định: K đại tràng không còn khả năng cắt bỏ
* Kĩ thuật: với K ĐT(P) nối hồi-đại tràng ngang, với K ĐT(T) nối đại tràng ngang-đại tràng sigma

+ Làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn trên u:

* CĐ: K đại tràng còn khả năng cắt bỏ hay nối tắt
* Kĩ thuật: làm HMNT ở đại tràng ngang hay ĐT sigma tùy vị trí K
  1. Điều trị K đại tràng có biến chứng:

BN vào viện khi có biến chứng tắc ruột, VPM,... cần mổ cấp cứu nên ĐT không được chuẩn bị tốt, bẩn.

1. Tắc ruột do K đại tràng:

* Thái độ xử trí phụ thuộc: tình trạng bệnh nhân, tình trạng tổn thương đại tràng, điều kiện trang thiết bị - gây mê hồi sức – trình độ kĩ thuật viên
* K đại tràng (P): gồm:

+ Cắt ½ ĐT (P) và nối ngay nếu:

* BN đến sớm, toàn thân tốt
* U còn khả năng cắt bỏ, ruột giãn chưa nhiều
* Phẫu thuật viên có kinh nghiệm

+ Nối hồi – đại tràng ngang: bên – bên hoặc tận – tận cho: BN thể trạng yếu, u không còn khả năng cắt bỏ hoặc đã có di căn phúc mạc

* K đại tràng (T):

+ Mổ 2 thì làm giảm tỉ lệ tử vong vì bục miệng nối: gồm các kĩ thuật:

* Làm HMNT trước u và cắt ĐTN sau 10-15 ngày, khi ĐT đã được chuẩn bị tốt
* Cắt đoạn ĐT (T) có u cấp cứu, đưa 2 đầu ĐT ra làm HMNT, việc nối lại ĐT được thực hiện ở lần mổ sau
* Phẫu thuật Hartmann với K ĐT sigma: cắt đoạn ĐT sigma, khâu kín đầu trực trnagf và làm HMNT ở đầu ĐT xuống, nối lại sau 3-6 tháng

+ Mổ 1 thì: nếu khối u không quá thấp, cắt ĐT gần toàn bộ hoặc toàn bộ và nối hồi tràng-ĐT sigma hoặc hồi tràng- trực trnagf luôn. Tuy nhiên là 1 phẫu thuật quá lớn, gây nguy hiểm trong quá trình cấp cứu.

1. VPM do thủng ĐT

* Hồi sức tích cực trước – trong – sau mổ: bù nước – điện giải, kháng sinh liều cao – phối hợp – toàn thân,...
* Mổ cấp cứu:

+ Cắt ĐT u, đưa 2 đầu ra làm HMNT

+ Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu

+ Lập lại lưu thông đường tiêu hóa ở lần mổ sau, thường sau 3-6 tháng

1. Apxe quanh u

* Không làm thay đổi chỉ định: cắt ĐT + nối ngay
* Lưu ý khi mổ: che bọc kí vùng mổ, hút sạch mủ trước, đặt miệng nối ở xa vùng có ổ apxe, dẫn lưu tốt vùng apxe

1. Rò ĐT

* Xử trí làm mất đường rò
* Xử lí K đại tràng theo nguyên tắc chung

1. Chảy máu

* Chảy máu thường nhẹ, không cần mổ cấp cứu, mổ khi chuẩn bị ĐT tốt
* Chảy máu nặng, không cầm: mổ cấp cứu cầm máu, xử trí K đại tràng theo nguyên tắc chung
  1. Theo dõi sau phẫu thuật
* Theo dõi, phát hiện, xử trí biến chứng sau mổ (chảy máu, VPM do bục miệng nối)
* Tiếp tục bồi phụ nước – điện giải, cân bằng toan kiềm
* KS dự phòng ( phối hợp, toàn thân)
* Theo dõi dẫn lưu, chăm sóc HMNT (nếu có)
* Theo dõi mạch, HA, nhiệt độ

1. Điều trị hỗ trợ

* Hóa trị liệu:

+ CĐ: sau phẫu thuật triệt căn, K giai đoạn Dukes B,C (giai đoạn có nguy cơ tái phát và di căn sau mổ)

+ Phác đồ: (5FU + Folinate acid FUFA) x 6 đợt, cách nhau 25 ngày, mỗi đợt truyền 5 ngày

* Miễn dịch trị liệu:

+ ASLEM: 0,3 mg/ống x 2 ống/ngày (TB) x 30 ngày. Sau đó tiếp tục kéo dài mỗi tuần 2 lần x 2 ống/ lần (TB)

+ KT đơn dòng: còn đang nghiên cứu

* Xạ trị: ít làm với K đường tiêu hóa vì không nhạy (97% K đại tràng là K biểu mô tuyến), nguy cơ thủng ruột

1. Theo dõi sau điều trị

* Mục đích: phát hiện K tái phát tại chỗ hoặc di căn xa
* Khám: lâm sàng toàn diện, SA ổ bụng, XQ phổi, soi ĐT bằng ống mềm, định lượng CEA, CA 19-9, xét nghiệm tìm máu trong phân,...
* Thời gian:

+ 3 tháng/ lần x 1 năm đầu

+ 6 tháng/ lần x 2 năm tiếp theo

+ Sau đó 1 năm/ lần

1. Tiên lượng: tùy theo giai đoạn bệnh, kết quả phẫu thuật, thời gian sống sau 5 năm:

* Dukes A: 70-80%
* Dukes B: 49-68%
* Dukes C: 25-45%
* Dukes D: 0%