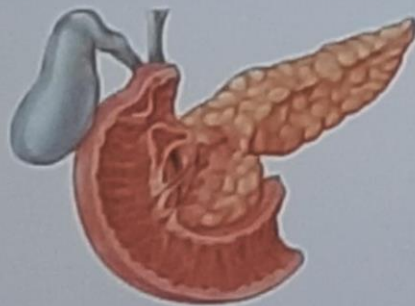


UNG THƯ QUANH BÓNG VATER



MrC

PGS.TS PHAN MINH TRÍ
THS.BS VÕ TRƯỜNG QUỐC
THS.BS NGUYỄN THẾ HÙNG

Vàng da tắc mật do NN ngoại khoa

MỤC TIÊU



1. Khai thác được các yếu tố nguy cơ của ung thư quanh bóng Vater .
2. Vận dụng các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán xác định, **chẩn đoán giai đoạn** ung thư quanh bóng Vater.
3. Chỉ định phương pháp điều trị phù hợp với các giai đoạn theo AJCC.
4. Lập kế hoạch điều trị trước phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật
5. Trình bày được các biến chứng sớm và tiên lượng sau phẫu thuật cắt khối tá tụy.

GIỚI THIỆU



U quanh
bóng vater

Trong vòng 2cm quanh nhú tá lớn

Gồm: đầu tụy, bóng vater, đoạn cuối
OMC, tá tràng

Đặc điểm lâm sàng và điều trị giống
nhau

DỊCH TẾ



- Tại Hoa Kỳ, 30.000 bệnh nhân/năm tử vong liên quan đến ung thư quanh bóng vater
- Ung thư đầu tụy chiếm hơn 95% trong K tụy thì Adenocarcinoma chiếm đa số
- Tỷ lệ gia tăng theo tuổi, nam nhiều hơn nữ 20% K quanh bóng cắt dc. hiện nay thì 30 - 40% do chẩn đoán sớm, năng lực
- Tại Chợ Rẫy, trong vòng 5 năm có 226 bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy, đa số là ung thư bóng vater
- Đái tháo đường làm tăng nguy cơ ung thư tụy
- Viêm tụy mạn cũng liên quan đến ung thư tụy sau nhiều năm theo dõi thì một tỷ lệ xuất hiện K

YẾU TỐ NGUY CƠ



Ung thư đầu tụy:

- Yếu tố di truyền
- Yếu tố môi trường: hút thuốc, béo phì, ĐTĐ, viêm tụy mạn...

Ung thư bóng vater
và tá tràng:

- Thường gặp ở hội chứng đa polyp có tính di truyền: Peutz-Jeghers, Gardner...
chung của đường tiêu hóa từ TQ -> HM

Ung thư đoạn cuối
OMC:

- Hội chứng ruột kích thích, viêm xơ hoá đường mật, nang OMC và sỏi mật

bị bỏ quên

LÂM SÀNG



Triệu chứng

Tỷ lệ %

Vàng da

75

Sụt cân

51

Đau bụng

39

Nôn/buồn nôn

13

Ngứa

11

Sốt

3

Xuất huyết tiêu hoá

1

ko giải thích được lí do gì => tìm

25%: vì vị trí U ko đề lên OMC, hoặc xa

mơ hồ trên rốn, sau lưng,
đã điều trị nội tiêu hóa nhiều tháng vẫn ko khỏi => tìm K tụy

LÂM SÀNG



A. Vàng kết mạc mắt

B. Vết cào gãi da

vết trầy trên da bụng rất đặc trưng: do tắc mật lâu ngày
=> CN gan bị ảnh hưởng
< 1 tháng CN gan ko ảnh hưởng

CẬN LÂM SÀNG



CA 19-9

Tăng trong
75% trường
hợp u
quanh bóng
water

Cũng tăng
trong các
bệnh lành
tính khác

Độ nhạy và
độ đặc hiệu
cao hơn

CEA

dấu chứng K thông
thường đường tiêu hóa

Vai trò chính
là theo dõi
và tiên
lượng

KO dùng để chẩn đoán

CẬN LÂM SÀNG



Tắc mật lâu ngày

Tăng bilirubin và phosphatase kiềm

Tăng men gan

Kéo dài thời gian đông máu

Suy dinh dưỡng

trên LS, đánh giá DD: là pre- albumin
BT: 10 - 20mg% , phản ánh đúng hơn albumin

Giảm albumin, pre-albumin máu, ion đồ, CTM

BT 4 - 5

dù albumin BT mà prealbumin giảm cũng chưa dc mổ

CẬN LÂM SÀNG



Siêu âm:

- Độ nhạy khoảng 25%

đánh giá dấu hiệu gián tiếp: Dẫn đường mật, nốt di căn gan, dịch báng

- Phát hiện u tụy không cao

PTC:

- Gần như không còn sử dụng

chụp đường mật xuyên gan qua da

CẬN LÂM SÀNG



CT-Scan: phương tiện chủ lực

- Độ nhạy trong u đầu tủy 90-95%
- Có thể phân biệt được u dạng nang, hoặc u thần kinh
chứa dịch lỏng
nội tiết khác ở tủy
- Phát hiện di căn hạch đánh giá giai đoạn
- Đánh giá khả năng phẫu thuật kích thước, bờ, xâm lấn của khối u

vào cấu trúc xung quang
Nếu K găm vào TM cửa thì ko còn khả năng mổ nữa
dựa vào xâm lấn này chia ra: có thể phẫu thuật, hay hóa trị
rồi đánh giá lại, ...v..v

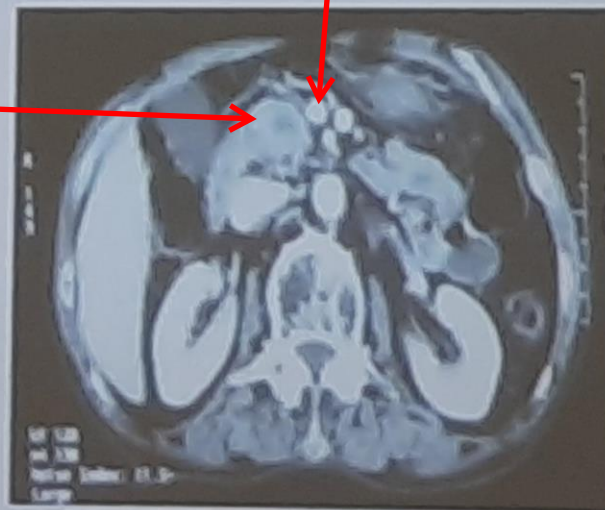
CẬN LÂM SÀNG



CT-Scan khối u vừa tiếp xúc, còn ranh giới giữa 2 cấu trúc => còn cắt dc

khối không đồng nhất (chỗ bắt thuốc, chỗ không)
bờ ko đều, ranh giới xq không rõ

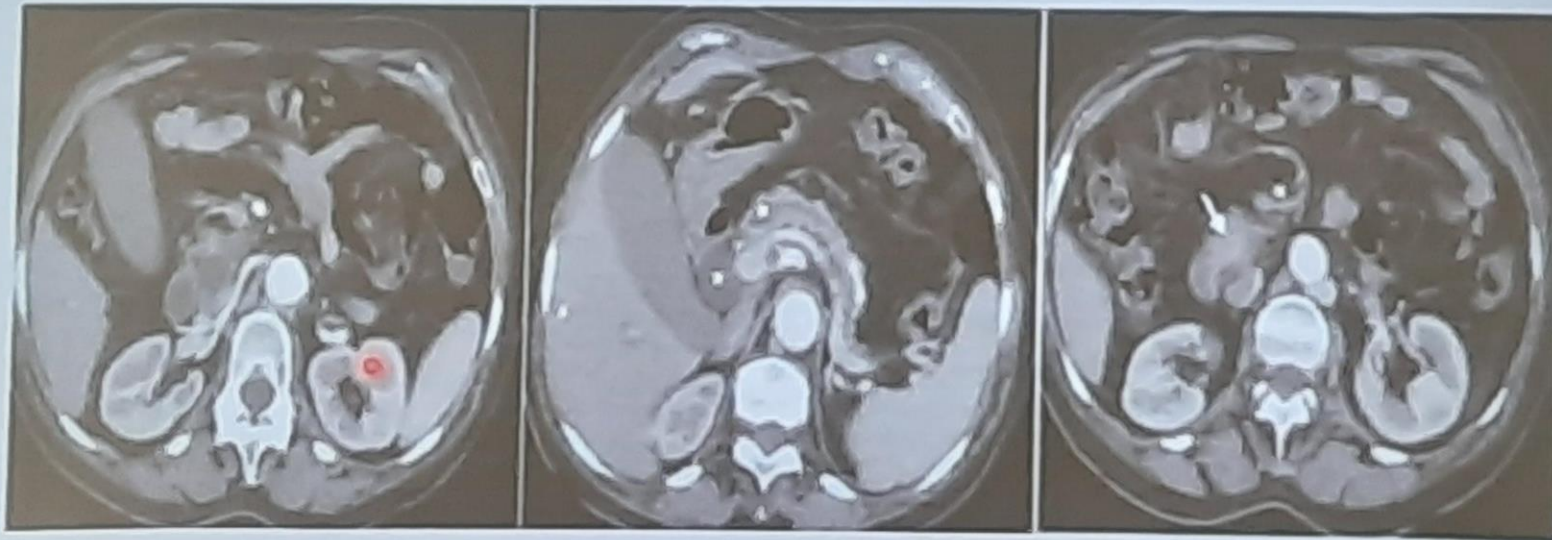
- U tuy có dạng khối không đồng nhất
- Giảm đậm độ so với mô xung quanh



CẬN LÂM SÀNG



CT-Scan:



U đoạn cuối OMC

CẬN LÂM SÀNG



MRCP: cộng hưởng từ đường mật

- Khảo sát cây đường mật, ống tụy và mạch máu liên quan
- Độ nhạy cao hơn so với CT-Scan với khối U < 2 cm với sự dày lên, bất thường của OMC thì MRCP tốt hơn
- Phân biệt viêm tụy mạn và ung thư tụy (hình ảnh ống tụy thông suốt) hình ảnh ống tụy có tắc nghẽn hay ko, tắc đoạn nào, NN tắc là gì
- Không xâm lấn so với ERCP
- Không thể thay thế ERCP trong chẩn đoán tế bào học do ko sinh thiết dc nên ko thay thế dc

CẬN LÂM SÀNG



nội soi mật tụy ngược dòng: xem nhú Vater có sùi, thành tá tràng xung quanh nhú Vater có thâm nhiễm cứng lại không. thì chỉ có ERCP thấy được, kèm thăm sinh thiết giải phẫu bệnh

ERCP:

- Hữu ích khi có tắc nghẽn ống tụy nhưng không thấy u trên CT hoặc MRI
- Đặt stent giải áp đường mật
- Sinh thiết tế bào học khi có thể

PET-CT:

chụp dựa trên độ bắt Glucose tế bào để phát hiện sớm những ổ di căn của K,

thực tế chỉ để:

- Đánh giá giai đoạn
- Phát hiện di căn xa tốt hơn CT, MRI và EUS

=> thực tế rất ít dùng để chẩn đoán điều trị, chỉ dùng gđ sau mổ, hóa trị vài năm đánh giá toàn thân chi phí X10 lần MRI.

CẬN LÂM SÀNG

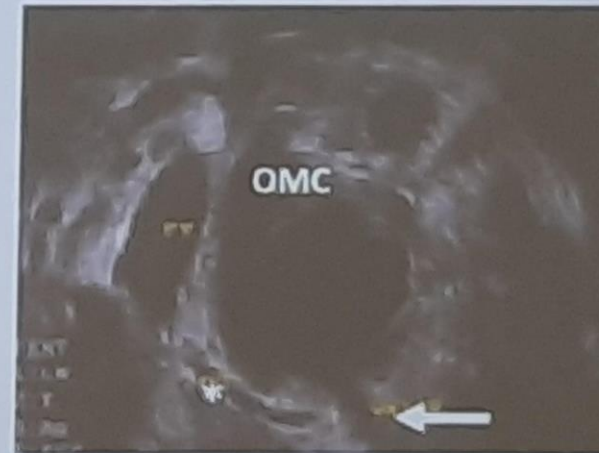


siêu âm qua đường nội soi

EUS: đưa qua miệng xuống tá tràng khảo sát

- Đánh giá giai đoạn, xâm lấn, di căn hạch tốt hơn CT
- Có thể sinh thiết làm mô bệnh học trước mổ **qua ống NS**
- Phụ thuộc người thực hiện
hiện chỉ có ở CR

**chỉ định hạn chế !
nhưng phương tiện chẩn đoán số 1 hơn cả CT**



PHÂN GIAI ĐOẠN



Ung thư đầu tụy theo AJCC 2016

Tis: ung thư tại chỗ (PanIN, IPMN, MCN)

T1: giới hạn trong tụy (T1a: $u \leq 0,5\text{cm}$, T1b: $u 0,5-1\text{cm}$, T1c: $u 1-2\text{cm}$)

T2: giới hạn trong tụy, $u 2-4\text{cm}$

T3: u lớn hơn 4cm

T4: u xâm lấn động mạch thân tạng/MTTT/gan chung

N1: di căn 1 đến 3 hạch vùng

N2: di căn 4 hạch vùng trở lên

PHÂN GIAI ĐOẠN



Ung thư đầu tủy theo AJCC 2016

Giai đoạn	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1, T2, T3	N1	M0
III	T1, T2	N2	M0
	T4	Bất kì N	M0
IV	Bất kì T	Bất kì N	M1

PHÂN GIAI ĐOẠN



Ung thư đoạn cuối OMC theo AJCC 2016

Tis: ung thư tại chỗ

T1: ung thư xâm lấn thành OMC dày dưới 5mm

T2: ung thư xâm lấn thành OMC dày 5-12mm

T3: ung thư xâm lấn thành OMC dày trên 12mm

T4: u xâm lấn động mạch thân tạng/MTTT/gan chung

N1: di căn 1 đến 3 hạch vùng

N2: di căn 4 hạch vùng trở lên

PHÂN GIAI ĐOẠN



Ung thư tá tràng theo AJCC 2016

Tis: ung thư tại chỗ

T1a: xâm lấn lớp màng đáy, T1b: xâm lấn lớp dưới niêm

T2: xâm lấn lớp cơ niêm

T3: xâm lấn qua lớp cơ niêm đến dưới lớp thanh mạc

T4: xâm lấn qua phúc mạc thành hay cơ quan lân cận

N1: di căn 1 – 2 hạch vùng

N2: di căn 3 hạch vùng trở lên

PHÂN GIAI ĐOẠN



Ung thư giáp biên: khái niệm thường gặp
giữa một bên là u cắt được, một bên là u ko cắt dc.
Là :u này chưa xác định bản chất là cắt được hay ko

- Xâm lấn trên 50% bán kính tĩnh mạch, hoặc thuyên tắc một đoạn
ngắn tĩnh mạch còn khả năng cắt nổi được.
- Xâm lấn dưới 180^o động mạch mạc treo tràng trên
- Xâm lấn động mạch thân tạng hoặc gan chung nhưng không làm
giãn cấu trúc mạch máu

cần phân mềm dựng hình u, mạch máu

BS CDHA CT u tụy: Vùng đầu tụy có khối u 3x4 cm, giới hạn k rõ, mạch máu mạc treo tràng trên
ko thuyên tắc, không huyết khối

KL u đầu tụy => chuyển LS

cắt lạnh: bỏ mô cho vào máy làm lạnh, chờ đông cứng
cắt lát GPB.

nếu adenocarcinoma: PT cắt khối TT

Nếu Viêm tụy mạn: nối tắc

mẫu mô chưa đạt cắt lạnh tiếp

ĐIỀU TRỊ



Chỉ định từng giai đoạn:

- GPB trước mổ K, còn cắt được: PT cắt khối tá tụy
- Chưa có GPB trước mổ: thám sát, cắt lạnh trong mổ
- U giáp biên: hoá xạ trị tân hỗ trợ, sau 4 – 6 tuần đánh giá lại
- Ung thư giai đoạn tiến xa: hoá trị hoặc giảm nhẹ , hóa trị
tạm bộ, giảm Trc

nhưng nghi ngờ nó là U nhiều, gây dẫn đường mật
tắc mật, vàng da => có quyền chỉ định mổ thám sát, và cắt
lạnh sinh thiết tức thì 30 -45p báo KQ

ko mổ, thực tế có PTV muốn mổ

ĐIỀU TRỊ



NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Phẫu thuật cắt khối tá tụy kèm nạo hạch là phương pháp điều trị triệt để cho các khối u còn khả năng phẫu thuật.
- Điều trị đa mô thức cho các khối ung thư giáp biên: kết hợp hóa xạ trị tân bổ trợ trước phẫu thuật, phẫu thuật cắt khối tá tụy và hóa xạ trị hỗ trợ sau phẫu thuật.
- Điều trị giảm nhẹ cho các khối u không còn khả năng phẫu thuật và/hoặc di căn xa.

đề đttrị K quanh bóng vater: cần 3 khoa: ngoại, CĐHA, K

ĐIỀU TRỊ



trước mổ
Hoá trị **tân** hỗ trợ:

- Folfirinox hoặc Gemcitabine
- Liều 30 Gray trong 2 tuần
- Đánh giá lại sau 4 – 6 tuần

nếu sau 6w ko cải thiện

=> Hoá trị điều trị:

chụp lại CT đánh giá, nếu U đáp ứng:

- CA 19.9 giảm
- So với CT trước: u nhỏ hơn, ranh giới rõ, hạch giảm
- BN ăn uống cải thiện

- 2 thuốc chính là Folfirinox và Gemcitabine
- Thời gian trung bình là **6 tháng**

td phụ hóa trị: rụng tóc, ói, chán ăn, mệt mỏi
mất ngủ, suy sụp, lo cho người thân còn lại, mất lòng tin

ĐIỀU TRỊ



Điều trị giảm nhẹ: quan trọng nhất là giảm đau: para-> giảm đau hướng TK -> giảm đau dẫn xuất của morphine

- Phong bế đám rối thần kinh tạng: tiêm 20ml ethanol 50% hoặc Saline dọc động mạch chủ bụng, ngay vị trí đám rối TK tạng
- Giảm tắc mật (ERCP đặt stent OMC, PTBD, nối mật-ruột)
- Nối vị tràng

giảm tắc mật

ko mất nước điện giải

dẫn lưu mật ra ngoài, mất mật, nước điện giải

ĐIỀU TRỊ 8H



Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật:

- Đánh giá khả năng phẫu thuật cắt được u trên hình ảnh học
- Đánh giá tổng trạng bệnh nhân: bệnh nhân trên 70 tuổi, dinh dưỡng kém, BMI cao (trên 25 kg/m^2) tăng nguy cơ rò tụy, albumin trước mổ dưới 4 g/dl liên quan biến chứng rò tụy. pre albumin
- Bệnh mạn tính đi kèm hạ bilirubin: tùy TH
- Không khuyến cáo dẫn lưu đường mật thường quy: ERCP hoặc PTBD khi tắc mật dẫn đến rối loạn đông máu và viêm đường mật. Ưu tiên PTBD hơn ERCP khi giải áp đường mật trước mổ

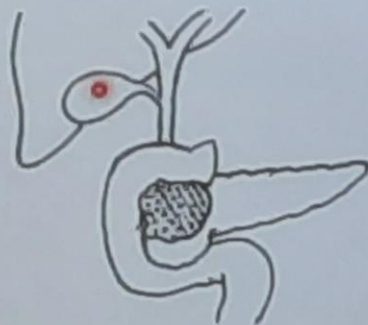
ĐIỀU TRỊ



Phẫu thuật cắt khối tá tụy:

- Cắt bỏ phần dưới dạ dày, phần đầu hỗng tràng, cắt túi mật, ống gan chung, đầu tụy ngang mức bờ trái TMMTTT
- Tái lập lưu thông: tụy-hỗng tràng, ống gan chung-hỗng tràng, dạ dày-hỗng tràng
- Có thể mổ mở, PTNS, PT robot

ĐIỀU TRỊ



A

A. U quanh bóng vater trước phẫu thuật

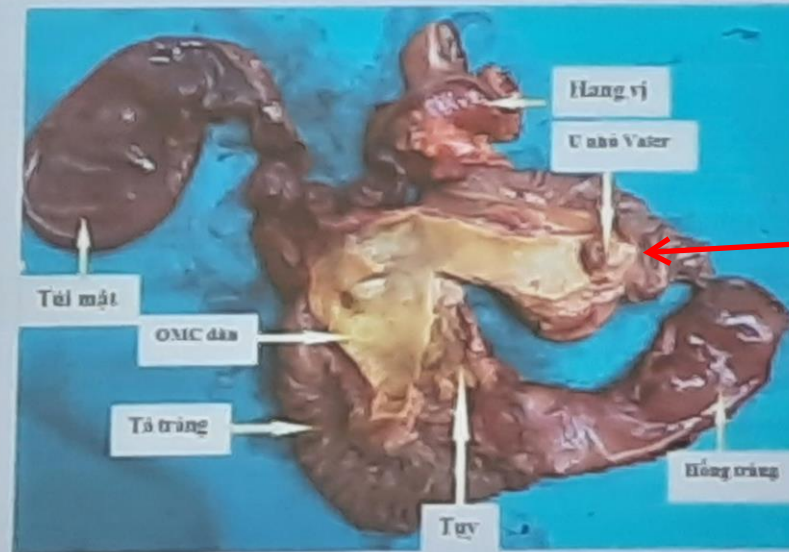


B

B. Tái lập lưu thông tiêu hoá sau khi cắt bỏ khối tá tụy

biến chứng xì, chảy máu chỗ khâu: có 3 vị trí
đáng sợ nhất RN - tụy

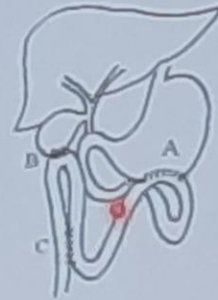
ĐIỀU TRỊ



sùi

Bệnh phẩm khối tá tụy^o

U KHÔNG CẮT ĐƯỢC: PHẪU THUẬT NỐI TẮT



Hình 7: Phẫu thuật Warren (Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy)

A: Miệng nối vi- tràng bao gồm dạ dày và quai ruột đã làm xong miệng nối.

B: Miệng nối mật - ruột bao gồm túi mật và quai ruột đã khâu làm mocket để nối.

C: Miệng nối Braun.

ĐIỀU TRỊ



Các biến chứng phẫu thuật cắt khối tá tụy:

- Rò tụy
- Chậm tổng xuất dạ dày
- Chảy máu sau phẫu thuật
- Áp xe trong ổ bụng
- Nhiễm trùng vết mổ
- Rò mật
- Rò đường thấp

ĐIỀU TRỊ



BC muộn: giảm nội tiết (insulin) và ngoại tiết (men tiêu hóa)

Đái tháo đường sau phẫu thuật tụy:

- Định nghĩa: ĐTĐ xuất hiện sau phẫu thuật tụy
- Tỷ lệ 20 đến 50%
- Gọi là ĐTĐ type 3c
- Thường tiến triển trong vòng 2 năm sau phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị adenocarcinoma tuyến ống ở tụy
- Viêm tụy mạn trước phẫu thuật làm khó khăn trong điều chỉnh đường huyết sau phẫu thuật

TIÊN LƯỢNG



Thời gian sống sau phẫu thuật triệt để:

Loại tổn thương	5 năm	10 năm
Ung thư đầu tụy	15%	5 – 14%
Ung thư bóng vater	39%	25%
Ung thư đoạn cuối OMC	27%	21%
Ung thư tá tràng	59%	59%

TẦM SOÁT



- Từ khi khởi phát ung thư đến khi xuất hiện triệu chứng là 10 năm
- Nên tầm soát ở những người có yếu tố nguy cơ **BSGD**
- Thường kết hợp EUS, CT, MRI hoặc ERCP **do KQ không rõ trên CT, MRI => chỉ định EUS, nếu kết quả BT=> 6 tháng sau tái khám**
- Đa số nghiên cứu cho rằng nên tầm soát ở độ tuổi 40 – 50
- Hoặc **sớm hơn 10 năm** so với độ tuổi trẻ nhất phát hiện ung thư tụy trong gia đình

Mô nguyên khối tá tụy là phẫu thuật triệt để, vd chữa lại túi mật cũng ko có CN cắt tại chỗ u được ko: xem xét trên BN lớn tuổi đến già VD tắc mật, bệnh nội khoa nhiều, sùi 1cm. "ko phải mục tiêu"



Xin cảm ơn!
