



# **Đại cương ung thư ổng tiêu hóa**

---

Bài giảng lý thuyết Y4  
*Bs Cung Thị Tuyết Anh*



# Các ung thư ống tiêu hóa

---

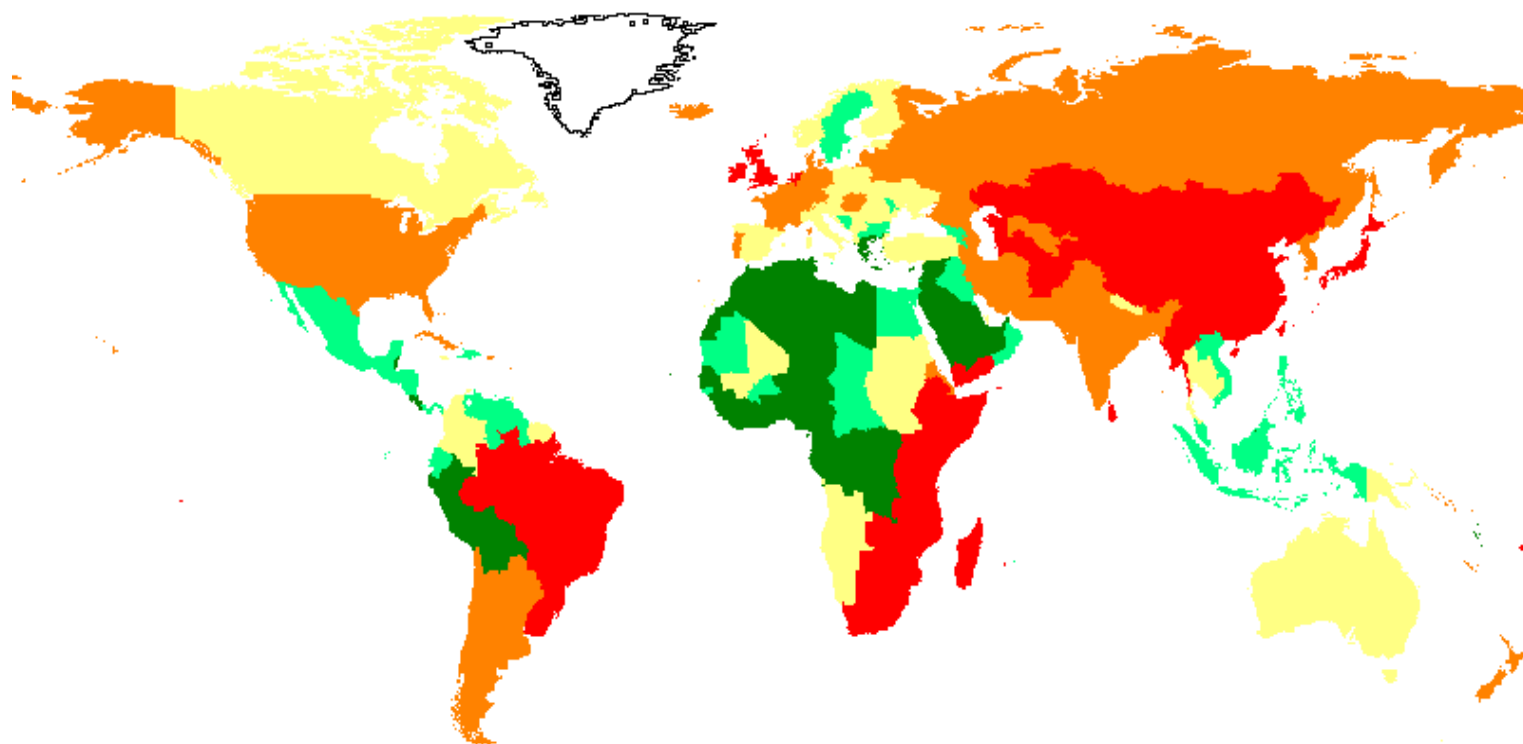
- Ung thư thực quản
- Ung thư dạ dày
- Ung thư đại tràng
- Ung thư trực tràng
- Ung thư kênh hậu môn

# Dịch tễ học Xuất độ ung thư thực quản

International Agency for Research on Cancer  
Organization

Estimated age-standardised incidence rate per 100,000

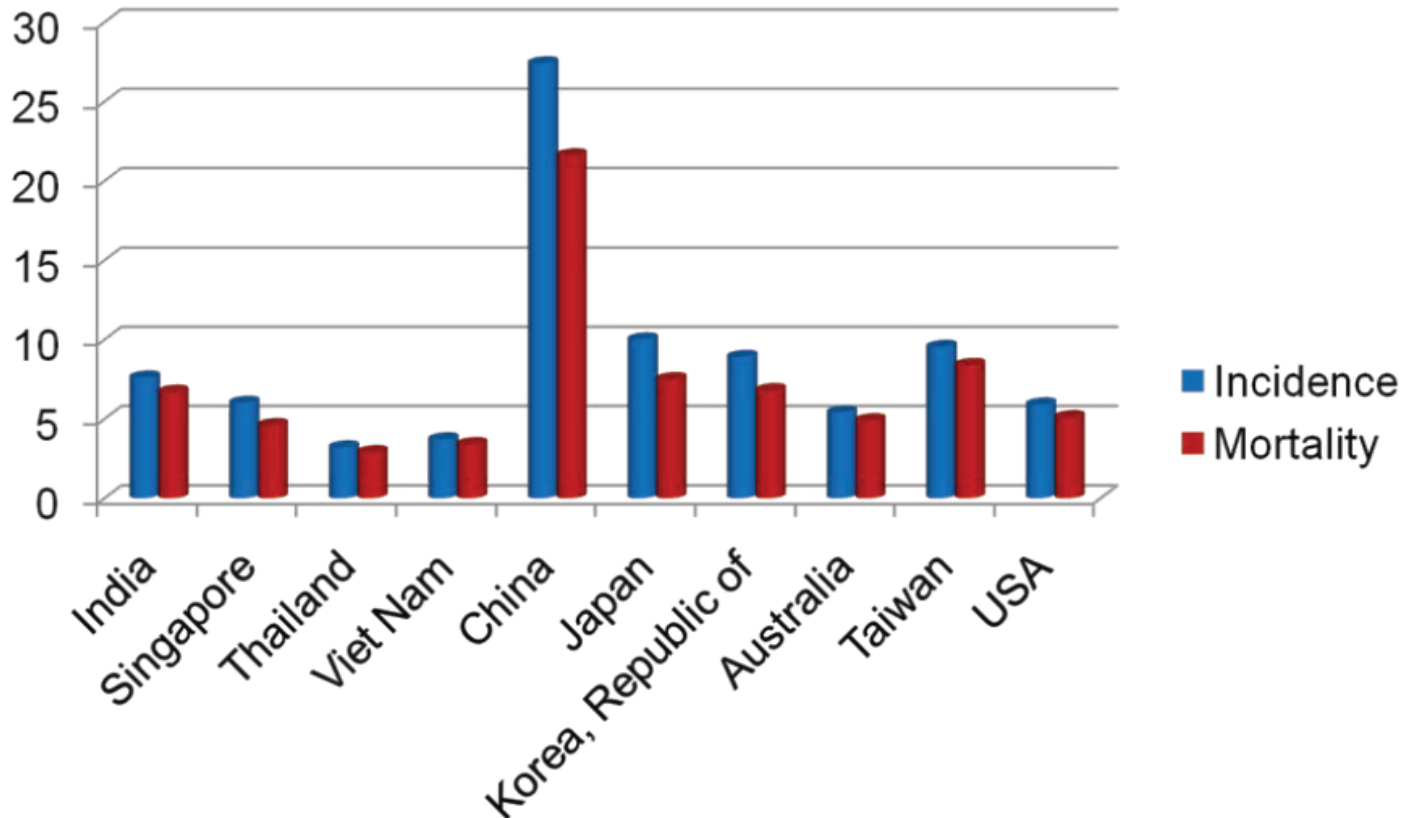
Oesophagus: male, all ages



■ < 1.6   ■ < 3.2   ■ < 5.4   ■ < 8.1   ■ < 23.6

# Xuất độ và tử suất UT thực quản

## Oesophagus / Male - ASR(W)



Source: DOH, Taiwan; Globocan 2002, <http://www-dep.iarc.fr/>

# Xuất độ ung thư dạ dày

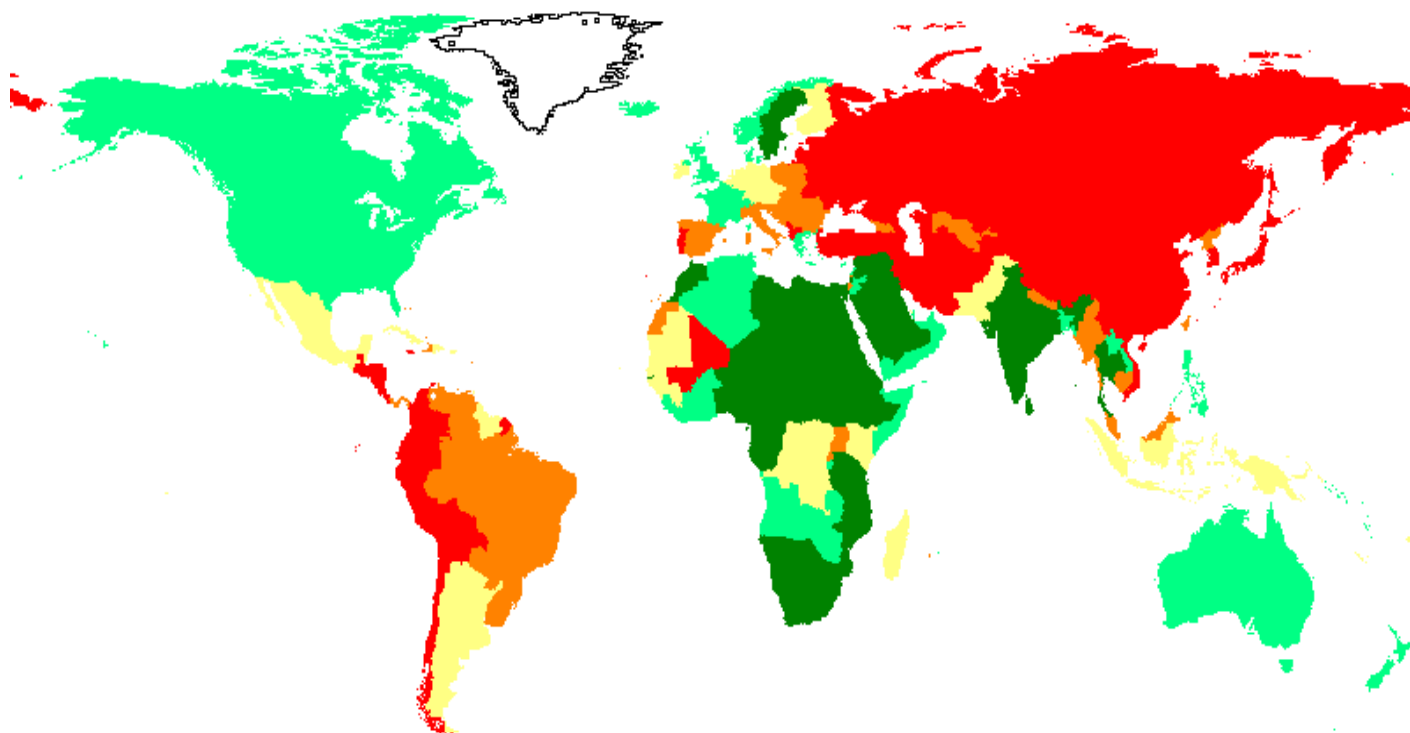
International Agency for Research on Cancer

Estimated age-standardised incidence rate per 100,000

Stomach: both sexes, all ages



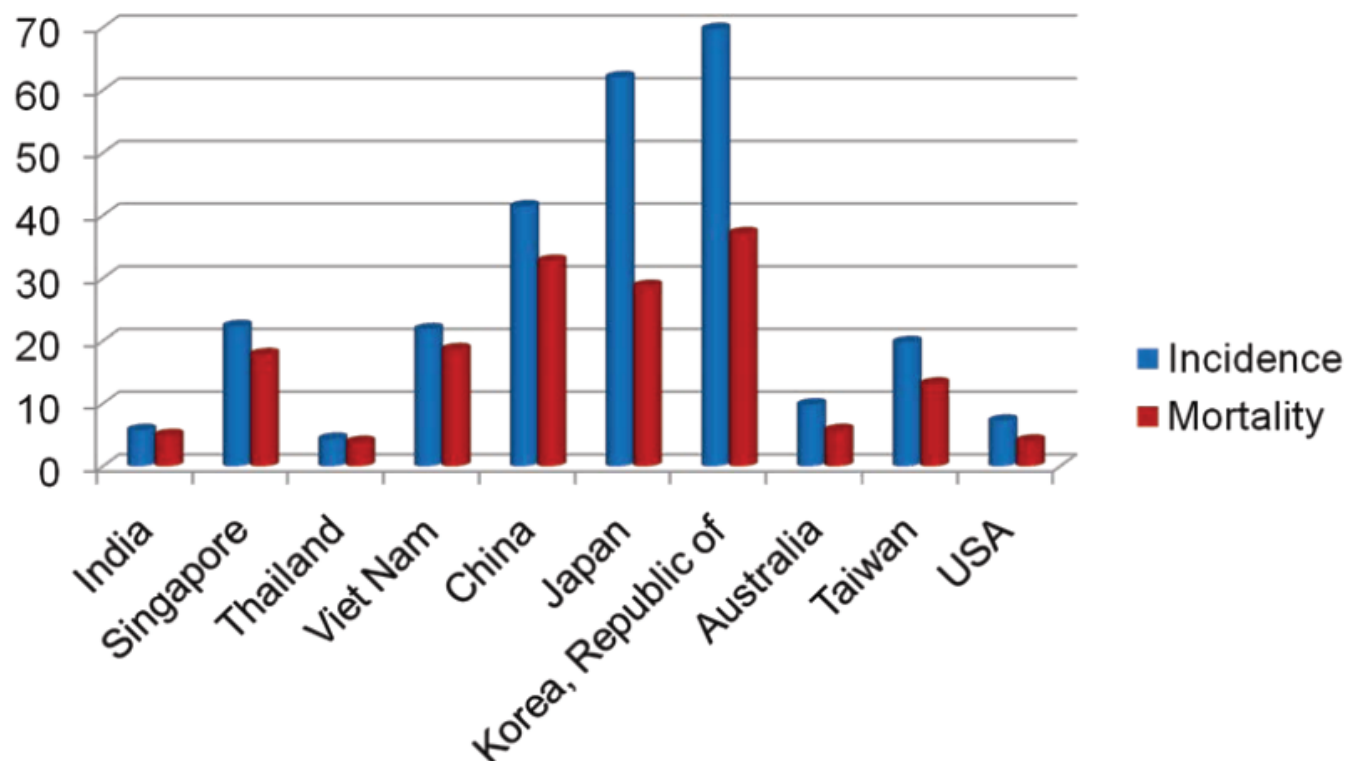
Organization



■ < 3.8   ■ < 5.8   ■ < 8.2   ■ < 13.0   ■ < 41.4

# Xuất độ và tử suất UT dạ dày

## Stomach / Male - ASR(W)



# Xuất độ ung thư đại-trực tràng

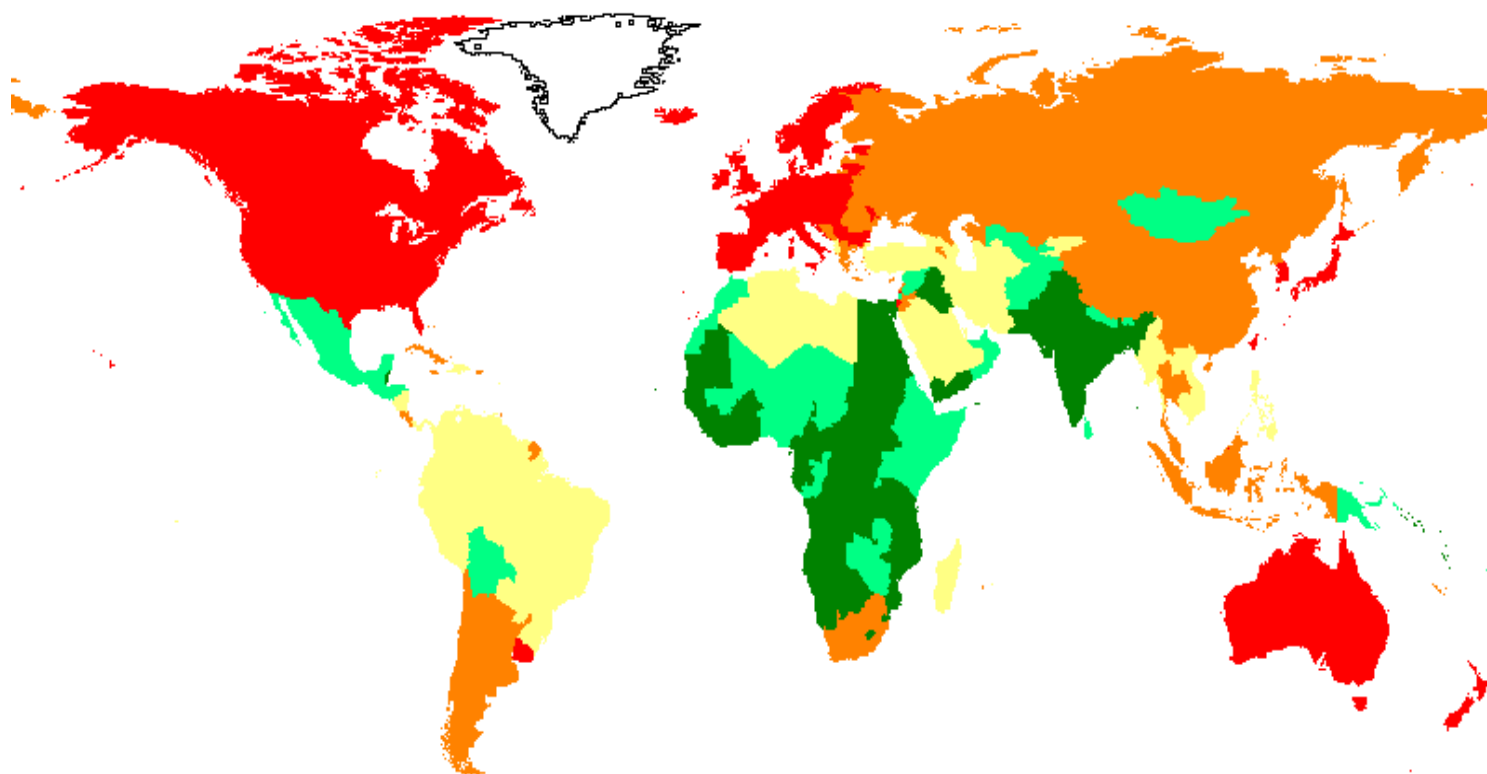
International Agency for Research on Cancer

Estimated age-standardised incidence rate per 100,000

Colorectum: both sexes, all ages



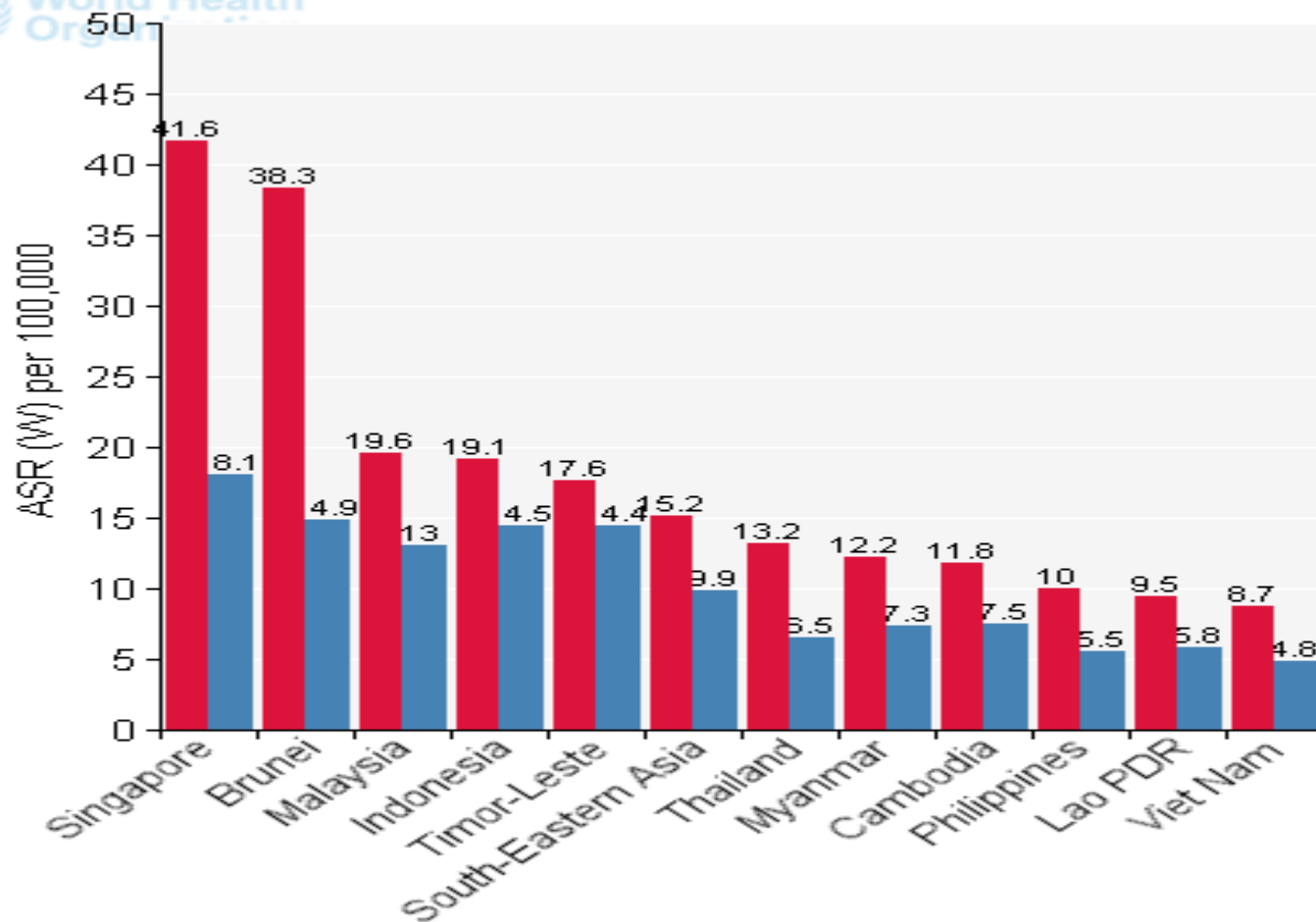
Organization



< 4.6 < 7.5 < 12.5 < 24.2 < 42.1

# Xuất độ và tử suất UT đại-trực tràng

International Agency for Research on Cancer **Colorectum: male, all ages**



■ Incidence  
■ Mortality

GLOBOCAN 2008 (IARC) (6.3.2011)



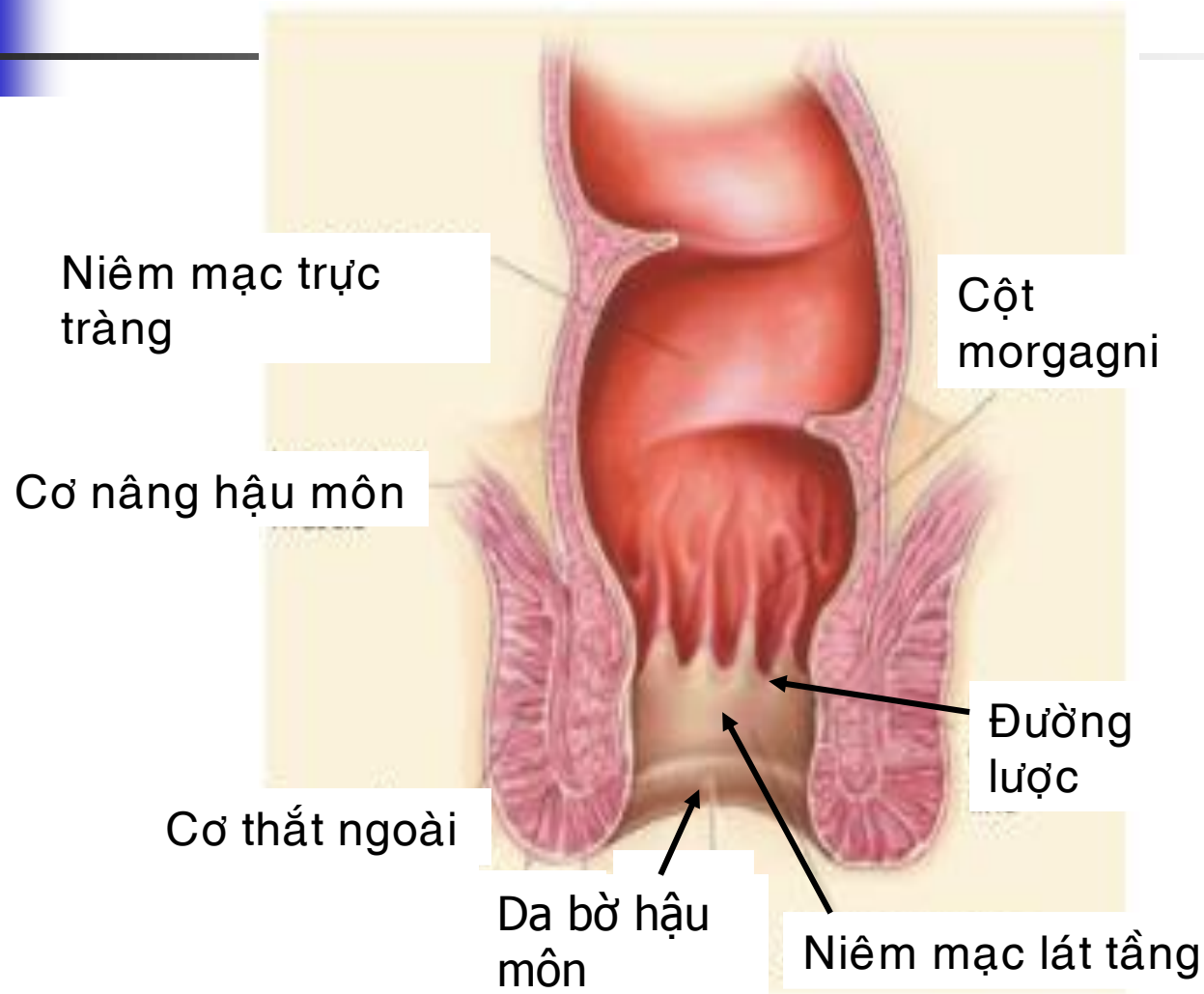


## **Xuất độ UT ống hậu môn**

---

- Hiếm gặp: chiếm 2-3% các UT ống tiêu hóa
- Liên quan đến nhiễm HPV, HSV
- GPB: carcinôm TB gai (75-80%)  
carcinôm tuyến  
mêlanôm

# Mặt cắt dọc ống hậu môn





## Triệu chứng

---

*Khi có triệu chứng thường bệnh đã tiến triển*

- UT thực quản: nuốt khó, nuốt nghẹn tăng dần
- UT dạ dày: đau âm ỉ vùng thượng vị, đầy bụng
- Ung thư đại-trực tràng: có máu trong phân, đau bụng mơ hồ, tiêu chảy xen kẽ táo bón, tắc ruột
- UT kênh hậu môn: có máu theo phân, sùi ở hậu môn

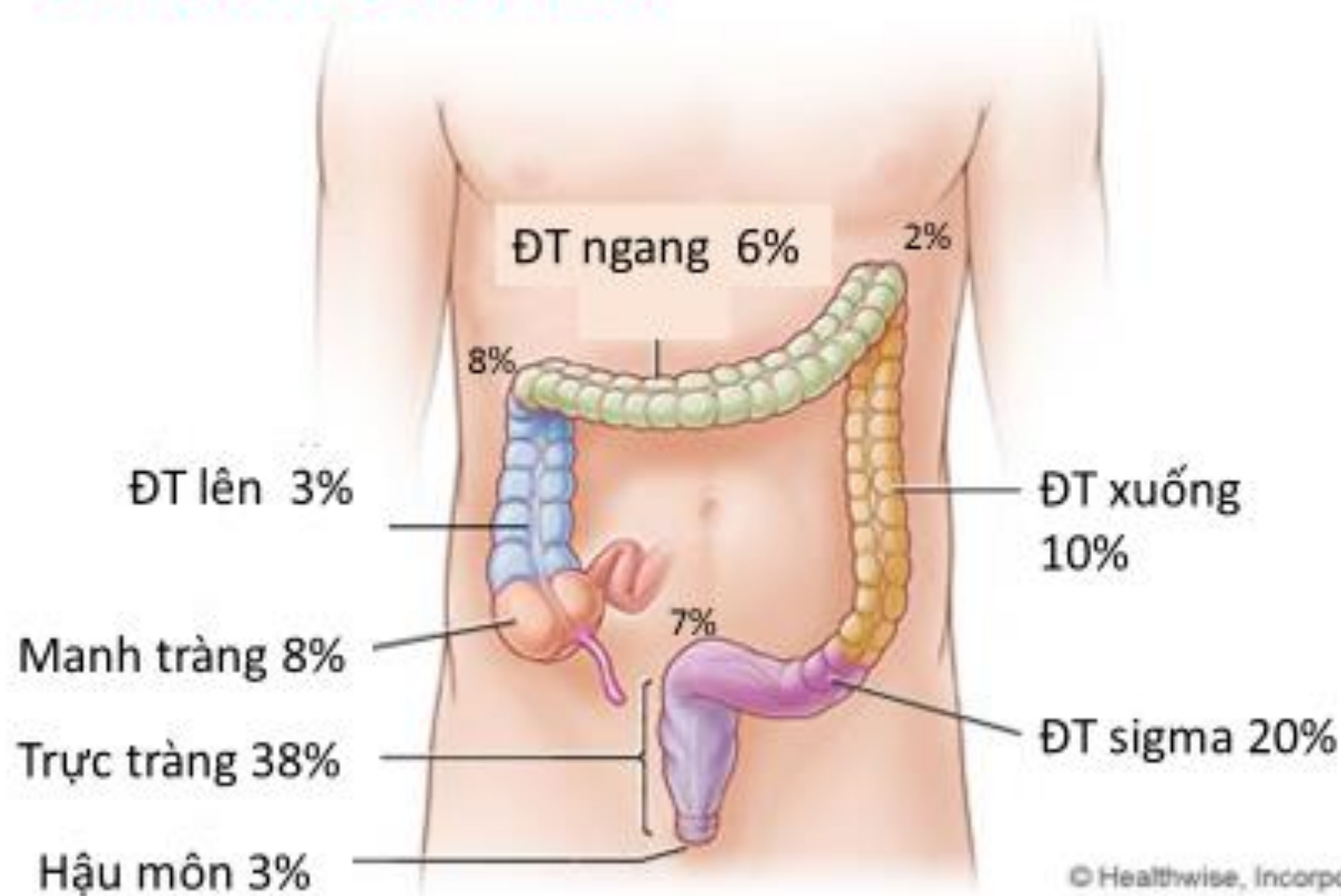


## Các yếu tố nguy cơ

---

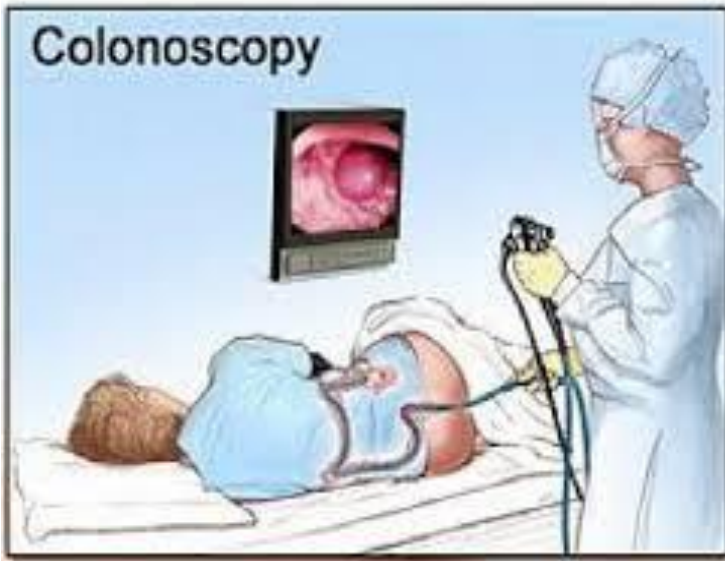
- UT thực quản: uống rượu + hút thuốc, viêm thực quản do trào ngược dịch vị
- UT dạ dày: chế độ ăn ít rau trái tươi, nhiều thực phẩm chế biến dạng muối, muối chua, mắm, khô, xông khói.  
Vi khuẩn H. pylori
- UT đại-trực tràng: chế độ ăn nhiều chất béo, ít chất xơ. Bệnh đa polyp gia đình
- UT hậu môn: nhiễm virus (HPV, HSV )

## Tỷ lệ UT xảy ra trên các đoạn ruột của khung đại-trực tràng



# Phương tiện chẩn đoán

- Nội soi sinh thiết bằng ống soi mềm
- Hình ảnh học: CT, MRI, X-quang có cản quang, siêu âm bụng , siêu âm trong lòng thực quản, trực tràng.





# Tầm soát

---

- UT đại-trực tràng: XN tìm hemoglobin/ phân + nội soi đại trực tràng (mỗi 5-10 năm)
- Nội soi ảo khung đại trực tràng
- UT dạ dày: Nội soi bằng ống soi mềm (Nhật bản)
- UT thực quản: nội soi thường kỳ đối với nhóm BN bị trào ngược dịch vị (?)

# Nội soi đại tràng, cắt pôlíp







# Nội soi ảo khung đại tràng

---

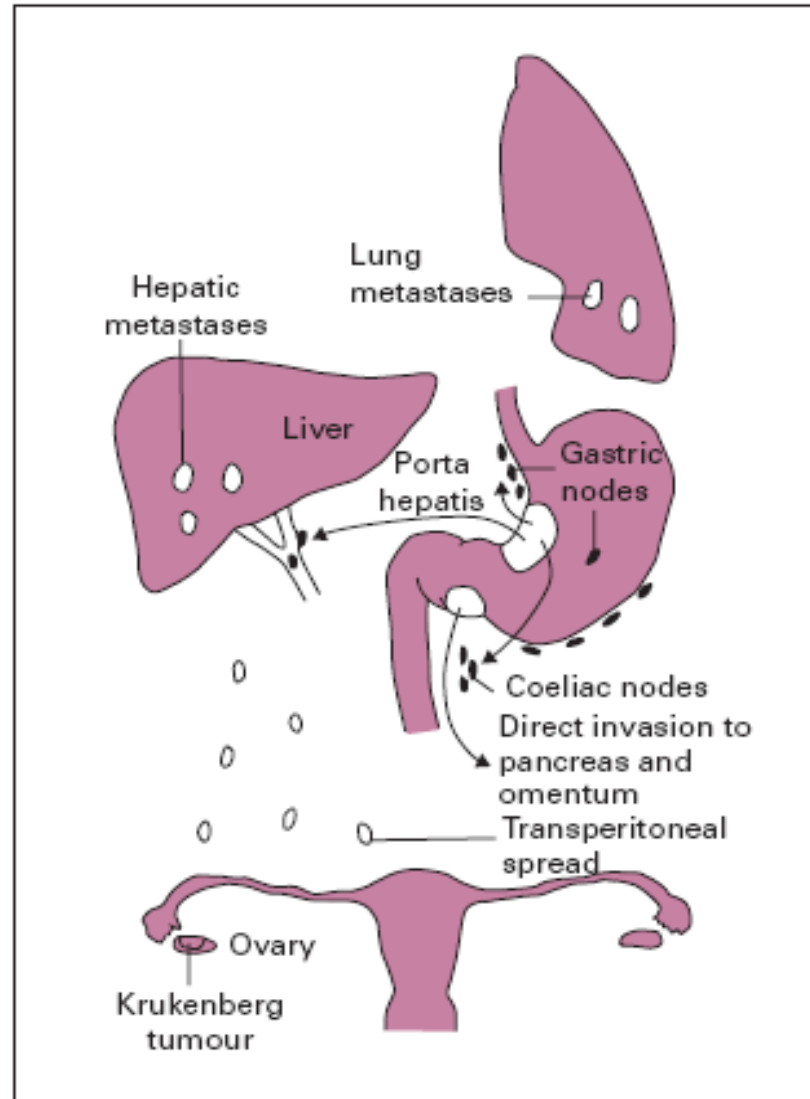


## **Các đường lan tràn**

---

- **Xâm lấn trực tiếp đến cơ quan lân cận**
- **Di căn theo đường lymphô**
- **Di căn theo đường máu**
- **Di căn theo TM cửa đến gan (UT dạ dày, đại tràng)**
- **Gieo rắc trong khoang phúc mạc**

# Các đường di căn của UT dạ dày





# Xếp giai đoạn lâm sàng

---

- Hệ thống TNM, Dukes, Astler& Coller cải biên
  - T: tăng dần theo mức độ xâm lấn thành ruột, cơ quan lân cận
  - N: tăng dần theo số lượng hạch bị di căn
  - M: có di căn xa hoặc di căn hạch ngoài vùng
- Riêng đối với UT ống hậu môn: T: tăng theo kích thước bướu

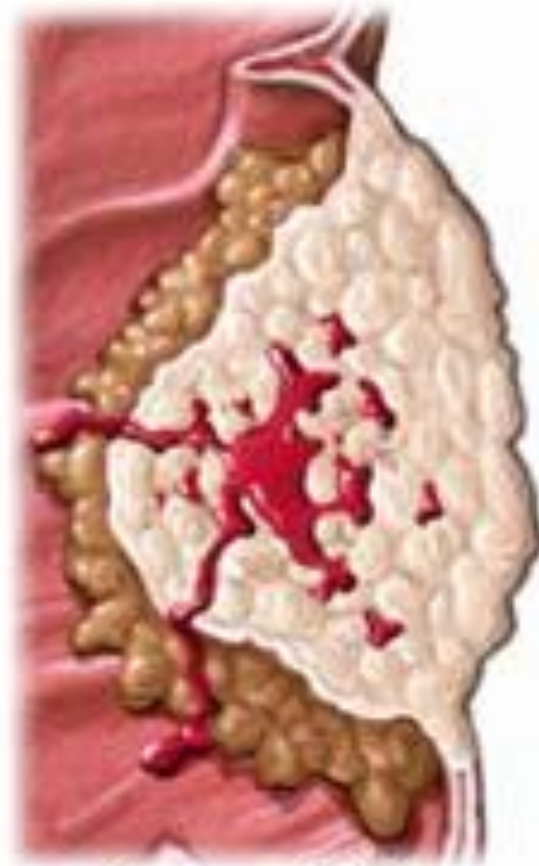
## Xếp hạng T và pT UT đại tràng



**T1, pT1**



**T3 pT3**



**T4 pT4**



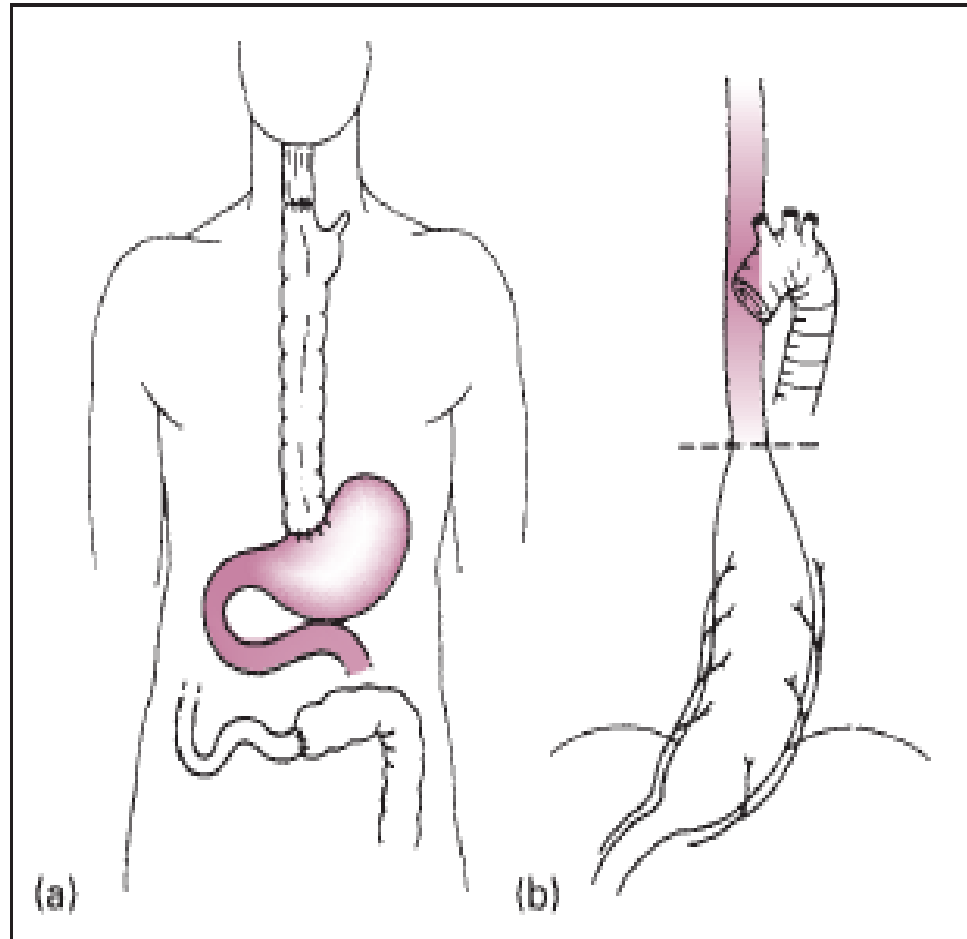
# **Điều trị: liệu pháp đa mô thức**

---

## **UT thực quản**

- Khó trị, vì: giai đoạn thường tiến triển tại chỗ, tại vùng; phẫu thuật khó khăn, dễ biến chứng, thể trạng BN thường kém vì suy dinh dưỡng
- Điều trị: - Phẫu thuật cắt thực quản
  - Xạ trị
  - Hóa-xạ trị phối hợp đồng thời

# Phẫu thuật cắt thực quản và tái tạo thực quản bằng đoạn đại tràng (a) hoặc dạ dày (b)





# **Điều trị: liệu pháp đa mô thức**

---

## **UT dạ dày**

- **Phẫu thuật là chính**
- **Gđoạn Tis: có thể cắt đốt qua nội soi (Nhật bản)**
- **Cắt bao tử gần tphần/toàn phần + nạo hạch vùng**
- **Hoá trị hỗ trợ (với phác đồ có 5-FU)**
- **Hóa-xạ trị bổ túc sau mổ**





# **Điều trị: liệu pháp đa mô thức**

---

## **UT đại tràng**

- **Phẫu thuật là chính** (cắt nửa đại tràng)
- Hóa trị hỗ trợ
- Giai đoạn di căn: hóa trị +/- liệu pháp nhắm đích



# **Điều trị: liệu pháp đa mô thức**

---

## **UT trực tràng**

- **Phẫu thuật là chính**
- Xạ trị + hóa trị bổ túc: tăng kiểm soát tại chỗ, tăng sống còn
- Hóa-xạ trị trước mổ: kết quả kiểm soát tại chỗ tốt hơn và tăng khả năng bảo tồn cơ thắt
- Gđoạn không mổ được: hóa trị đa hóa chất, xạ trị tạm bợ cầm máu, liệu pháp nhắm đích



# **Điều trị: liệu pháp đa mô thức**

---

## **UT kênh hậu môn**

- **Carcinôm tế bào gai:** hóa-xạ đồng thời, để bảo tồn cơ thắt
- **Carcinôm tuyến:** phẫu thuật cắt đoạn trực tràng-hậu môn qua ngã bụng và tăng sinh môn (PT Miles, điều trị giống như UT trực tràng đoạn thấp)



## Kết luận

---

- Mỗi vị trí ung thư của ống tiêu hóa có những đặc điểm riêng về dịch tể, yếu tố nguy cơ, lâm sàng, bệnh học.
- Chọn lựa cách điều trị dựa theo giai đoạn, thể trạng BN, vị trí cụ thể của bướu
- Nên cập nhật thông tin vì quan điểm điều trị thay đổi dần theo các tiến bộ y học

# Câu hỏi



Ung thư ở đoạn nào của thực quản phẫu thuật dễ dàng nhất

- A- Thực quản đoạn cổ
- B- 1/3 trên thực quản ngực
- C- 1/3 giữa thực quản ngực
- D- 1/3 dưới thực quản ngực

