

UNG THU' TRỰC TRÀNG

TS.BS. Ung Văn Việt
ThS.BS. Trần Đức Huy

Sub by LK
(sub chữ màu đen)
Team Đi Trễ - Y15B- Tổ 9



Mục tiêu



- 1. Yếu tố thuận lợi của ung thư trực tràng**
- 2. Chẩn đoán ung thư trực tràng**
- 3. Phương pháp điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng**

(Điều trị K trực tràng là điều trị đa mô thức. Mục tiêu chính đi lâm sàng là chỉ định và nguyên tắc điều trị)

Viet Nam

Source: Globocan 2018

Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site

Cancer	New cases				Deaths		
	Number	Rank	(%)	Cum.risk	Number	Rank	(%)
Liver	25 335	1	15.4	2.59	25 404	1	22.1
Lung	23 667	2	14.4	2.57	20 710	2	18.0
Stomach	17 527	3	10.6	1.86	15 065	3	13.1
Breast	15 229	4	9.2	2.93	6 103	4	5.3
Rectum	8 815	5	5.4	0.93	4 673	6	4.1
Nasopharynx	6 212	6	3.8	0.64	4 232	7	3.7
Leukaemia	6 144	7	3.7	0.52	4 923	5	4.3
Colon	5 457	8	3.3	0.60	3 183	8	2.8
Thyroid	5 418	9	3.3	0.45	528	22	0.46
Cervix uteri	4 177	10	2.5	0.77	2 420	10	2.1
Corpus uteri	4 150	11	2.5	0.77	1 156	16	1.0

Ung thư đại trực tràng ở người trẻ

Ung thư ĐTT ở người trẻ tỉ lệ càng cao, tỉ lệ ác tính cực kì cao, khi phát hiện được thường ở giai đoạn muộn gần như khó có cơ hội điều trị triệt để

- * BV Ung Bướu TP HCM 2006-2007: 30%
- * BV E 2004-2007: 30%
- * TT Medic 2004: 24%
- * BV ĐHYD TP HCM: 24,1% là người nhỏ hơn 50t, 11,7% là người nhỏ hơn 40t.



Yếu tố thuận lợi

- Chế độ ăn và sinh hoạt -

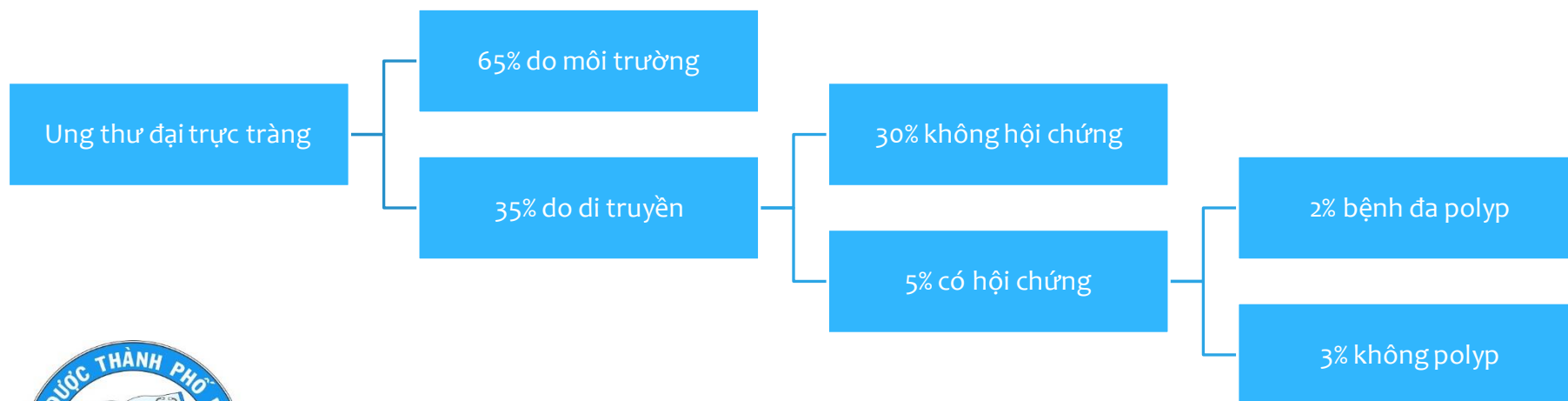
- * Tăng nguy cơ: ăn nhiều mỡ (động vật), thịt đỏ, thức uống có cồn, béo phì, khói thuốc, viêm ruột (inflammatory bowel disease- IBD).
- * Giảm nguy cơ: rau, trái cây, nhiều chất xơ, Canxi, Folate, Aspirin và NSAID, vận động thể lực.

Gần như người có
tiền căn bệnh đa
polyp gia đình đa số
đều xuất hiện K
trước 40 tuổi

Yếu tố thuận lợi - Di truyền -

Khả năng Polyp ác tính
hóa cao: kích thước
càng lớn, hình dạng càng
xấu nguy cơ càng cao,
GPB

* Di truyền: 15-35% có yếu tố di truyền



Hereditary Colon Cancer Syndromes

Syndrome	Gene(s)	Features
Lynch	<i>MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM</i>	Colon, endometrial, ovarian, gastric, urinary tract, small bowel cancers, brain tumors, sebaceous neoplasms
Li Fraumeni	<i>TP53</i>	Childhood cancers, sarcoma, leukemia, brain tumors, breast cancer, colon cancer
Familial Adenomatous Polyposis (FAP)	<i>APC</i>	Adenomas, colon cancer, thyroid cancer, osteomas and soft tissue tumors, desmoid tumors
<i>MYH</i> -Associated Polyposis (MAP)	<i>MUTYH*</i>	Adenomas, colon cancer, thyroid cancer
Peutz-Jeghers	<i>STK11</i>	Mucocutaneous melanin spots, hamartomas, breast, GI, pancreatic, and rare gyn cancers
Cowden	<i>PTEN</i>	Hamartomas, derm lesions, macrocephaly, breast, thyroid, and endometrial cancers
Juvenile Polyposis Syndrome	<i>BMPR1A, SMAD4</i>	Hamartomas, colon cancer, some with <i>SMAD4</i> have HHT



Bệnh Crohn
nếu không
điều trị đặc
hiệu thì khi
thực hiện
phẫu thuật K
100% không
lành

Yếu tố thuận lợi - Tổn thương tiền ung thư -

IBS (không
có tổn
thương thực
thể) không
dẫn tới K

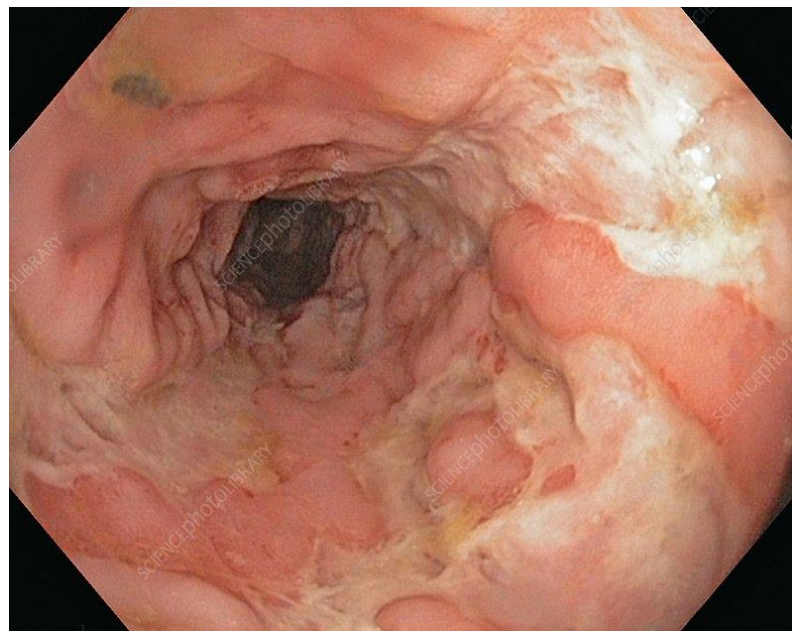
- * **Polyp trực tràng:** Pô-líp có kích thước lớn dễ ung thư hóa.
- * **Viêm loét đại- trực tràng xuất huyết:** nguy cơ ung thư hóa gia tăng theo thời gian tiến triển của bệnh.
- * **Bệnh Crohn:** Những người bị bệnh Crohn trước 40 tuổi có nguy cơ ung thư hóa nhiều hơn những người mắc sau 40 tuổi.

Polyp đại tràng nguy cơ ác tính đỡ hơn tí



Polyp đại tràng

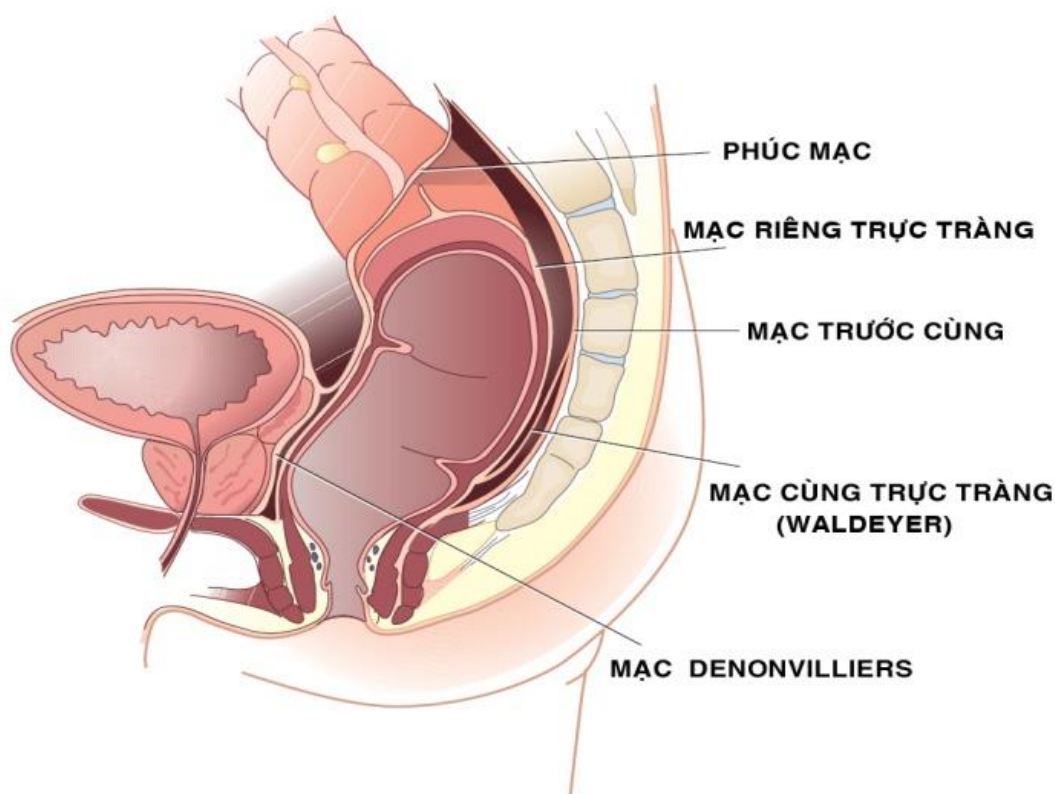
Thành đại tràng, ruột non bị viêm



Bệnh Crohn

Giải phẫu theo quan điểm phẫu thuật

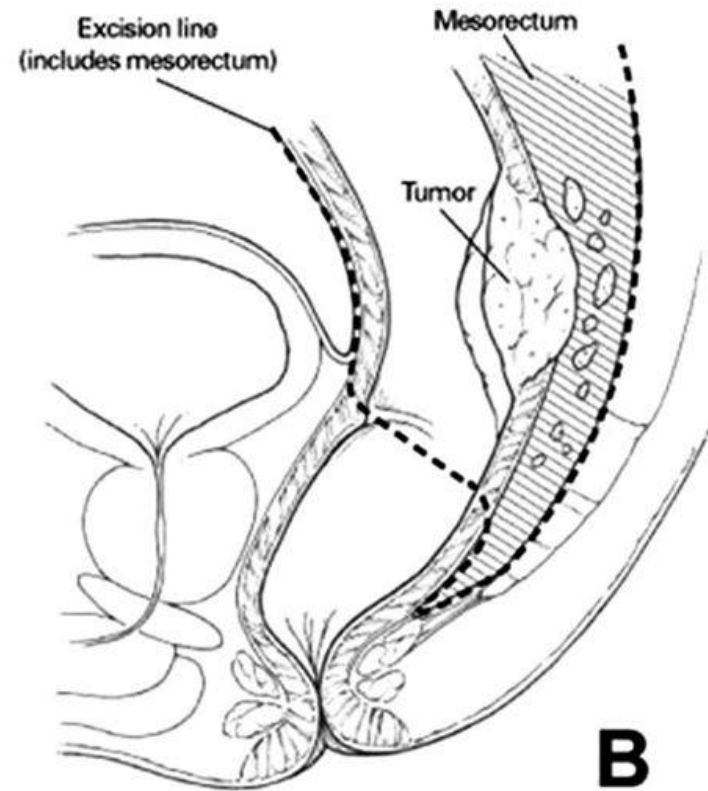
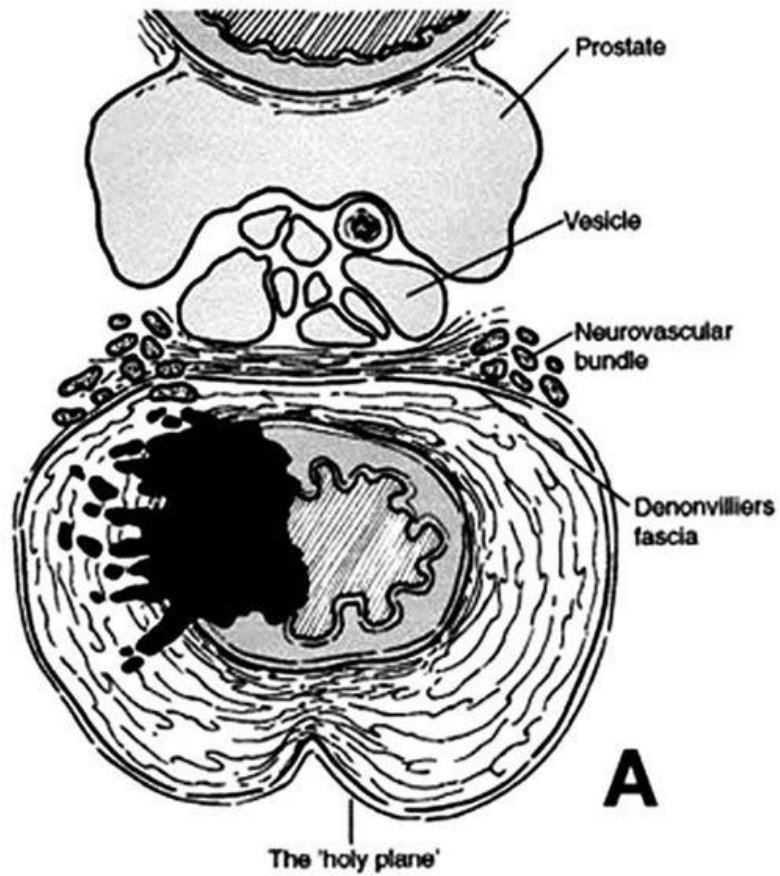
5 cm ống
hậu môn
đến 15
cm trực
tràng
(chia làm
3 phần)



Mạc treo trực tràng

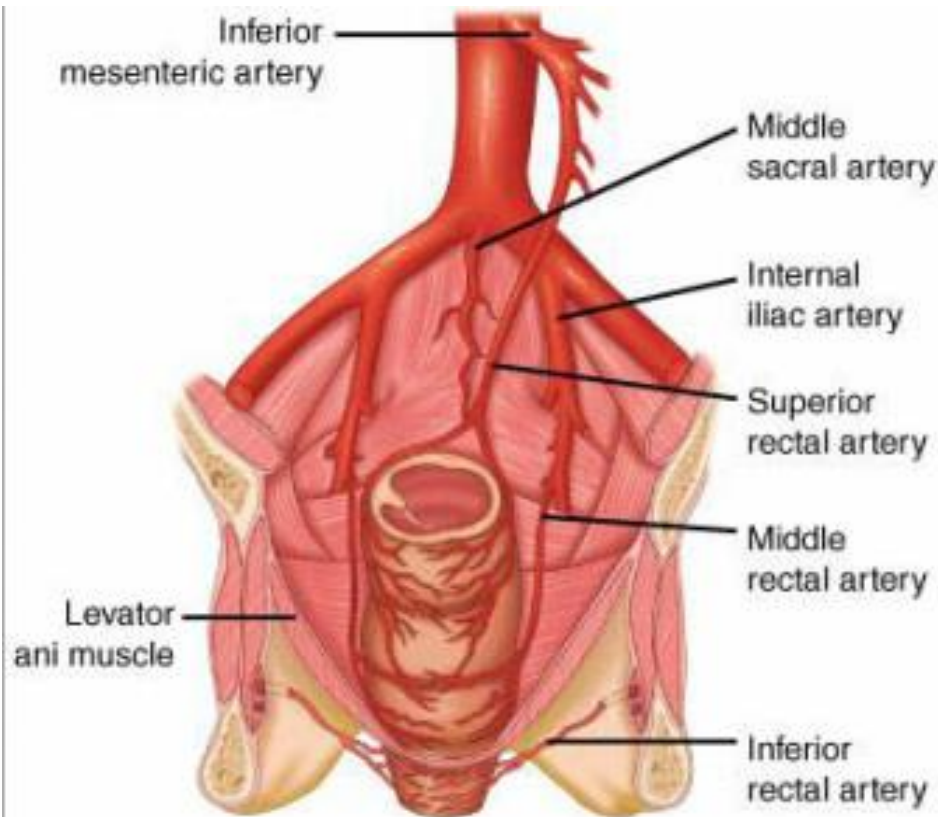
K TT 1/3 giữa + 1/3 dưới tiêu chuẩn vàng phải cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng để tránh nguy cơ di căn (do hạch ở đây rất nhiều)

- * Mạc treo trực tràng là phần tiếp theo của mạc treo đại tràng chậu hông, bao gồm lớp mô mỡ bao quanh trực tràng, được mạc riêng trực tràng bao quanh
- * Lấy được trực tràng cùng với mạc treo trực tràng có vỏ bọc còn nguyên vẹn là yêu cầu có tính bắt buộc trong kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.



Mạch treo trực tràng của Heald

Động mạch



Đm trực tràng trên

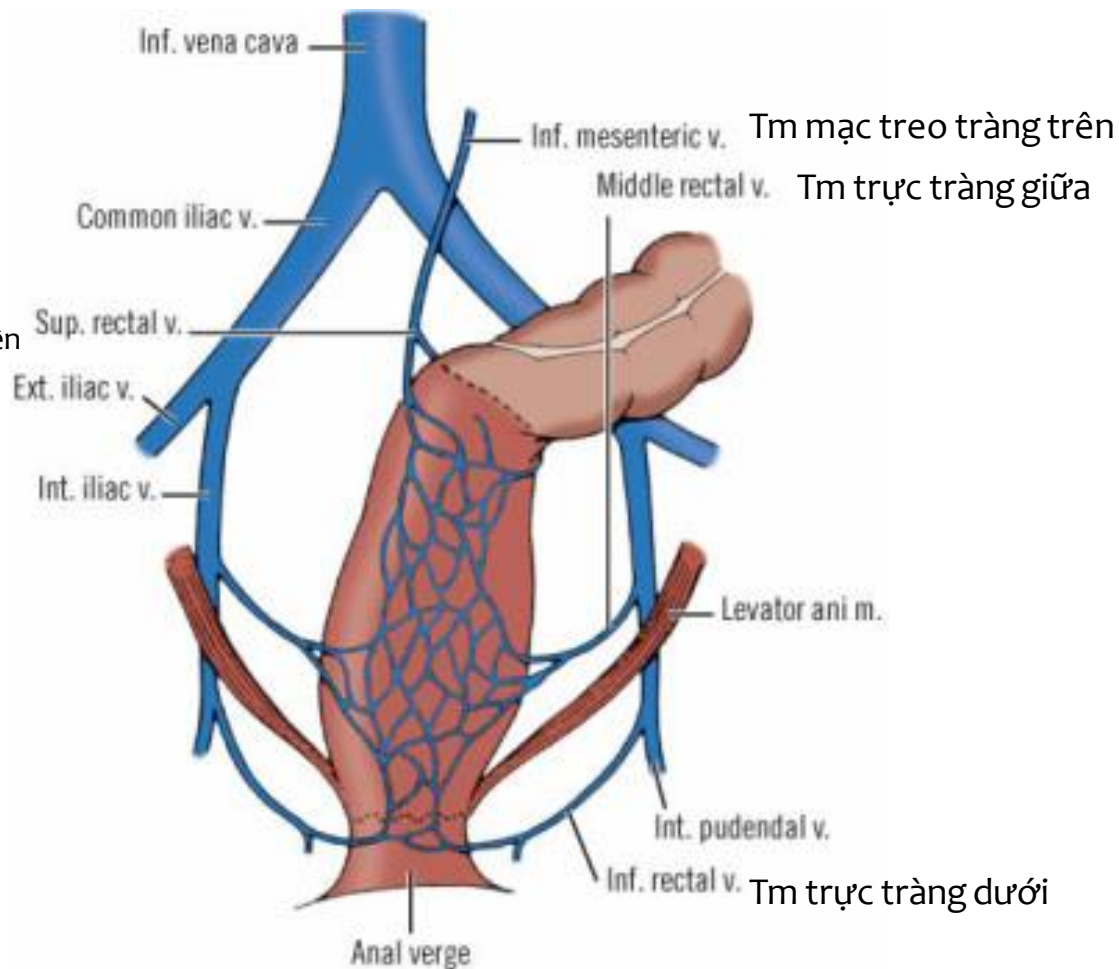
Đm trực tràng giữa

Đm trực tràng dưới

Arterial supply to the rectum and anal canal.



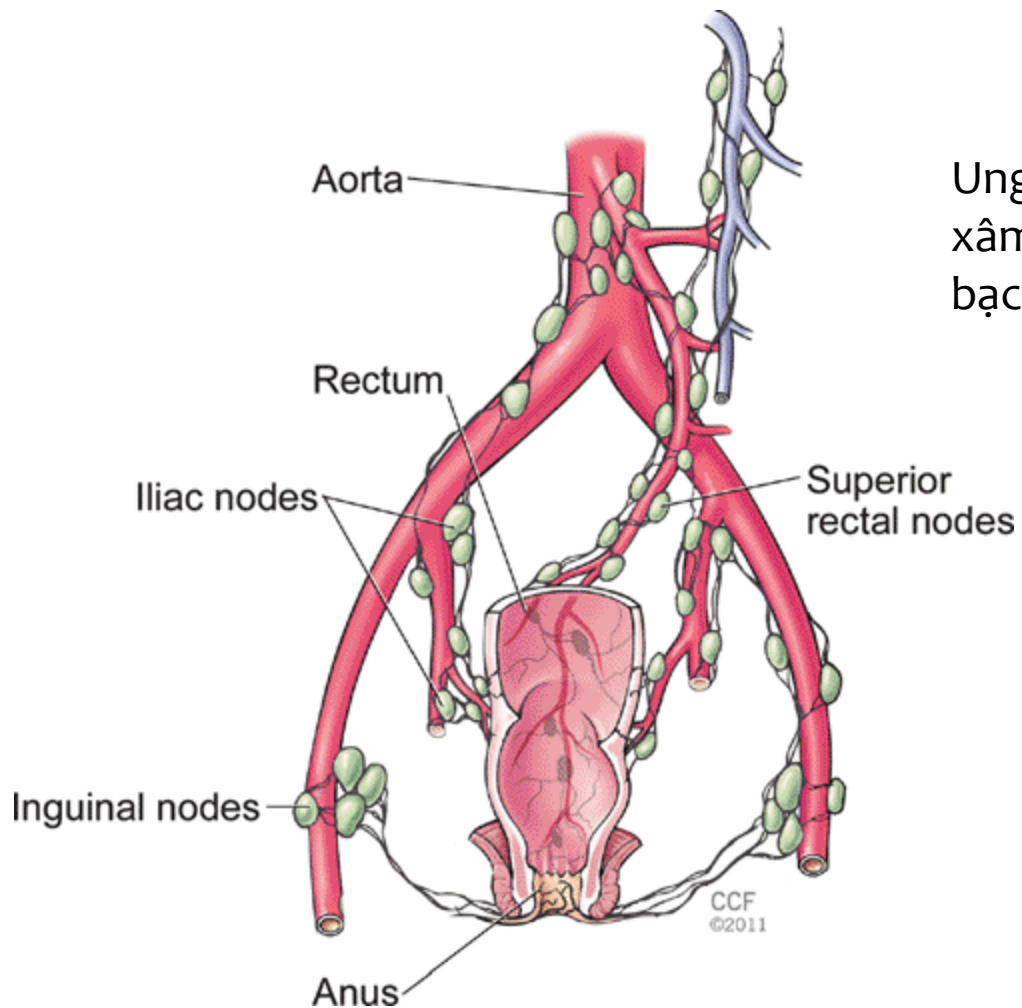
Tĩnh mạch



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.



Bạch huyết



Ung thư di căn theo 3 đường:
xâm lấn tại chỗ ??, đường máu,
bạch huyết



Thần kinh

Phẫu thuật K trực tràng khác đại tràng ở chỗ có liên quan tk chậu – hạ vị chi phối bàng quang, sinh dục

- * Trực tràng được chi phối bởi đám rối thần kinh thực vật, ống hậu môn được chi phối bởi thần kinh gai sống.
- * Giao cảm: hạch giao cảm thắt lưng → đám rối mạc treo tràng dưới → đám rối hạ vị → nhánh hạ vị.
- * Phó giao cảm:
 - * Tận cùng dây thần kinh X → đám rối mạc treo tràng dưới → nhánh hạ vị chi phối tiết dịch trực tràng
 - * Các nhánh tách ra từ đoạn cùng của tủy sống, và mượn đường đi của rễ trước các dây thần kinh sống cùng S2, S3, S4 đi tới đám rối hạ vị. Các dây này chi phối các tạng niệu sinh dục.
- * Hệ thần kinh gai sống: cho ra dây thần kinh hậu môn từ dây cùng S3, S4, vận động cơ thắt hậu môn và cảm giác vùng quanh lỗ hậu môn.

Giải phẫu bệnh

- Đại thể -

- * Bao gồm: thể chồi sùi, thể loét, thể thâm nhiễm và dạng vòng nhẫn.
- * Kết hợp của các thể này với nhau cũng rất thường gặp. U sùi loét trung tâm
- * Thể loét là dạng thường gặp nhất.





**U trực tràng thấp dạng nhiễm cứng
chiếm hết chu vi**



**Ung thư trực tràng cao
dạng loét sùi**

Giải phẫu bệnh

- Vi thể -

- * Phân loại theo WHO
- * Các loại mô học chính: ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tuyến tiết nhầy, ung thư dạng tế bào nhân, ung thư tế bào nhỏ, ung thư biểu mô tế bào gai, ung thư biểu mô tuyến gai, ung thư dạng tủy và ung thư không biệt hóa. (đi lâm sàng phải đọc được GPB)
- * **Hầu hết là ung thư biểu mô tuyến (gần 85%),** gồm các loại: dạng biệt hóa rõ, biệt hóa vừa, biệt hóa kém, không biệt hóa, dạng tế bào nhân, dạng tế bào tiết nhầy.

Hướng lan của ung thư

- Xâm lấn tại chỗ -

K TT phẫu thuật: diện cắt trên cách 5cm, diện cắt dưới cách 2cm , K ĐT diện cắt trên, dưới cách 5 cm

- * Ung thư ăn lan nhanh vào các lớp sâu hơn, nhưng được lớp bao ngoài cùng ngăn cản nên phát triển chậm lại (K tt đa số xuất phát từ niêm mạc)
- * Lan theo chiều cao rất chậm,lan theo chu vi nhanh (làm tắc ruột nhanh)

Hướng lan của ung thư

- Xâm lấn tại chỗ -

- * Phía trước: thành sau âm đạo, tử cung ở nữ. Với nam thì vào tiền liệt tuyến, túi tinh, bàng quang.
- * Phía sau: xương cùng.
- * Hai bên: ở phía trên vào lớp mỡ của khoang chậu hông-trực tràng và vách chậu, ở phía dưới vào lớp mỡ của hố ngồi trực tràng và các cơ nâng hậu môn

Hướng lan của ung thư

- Di căn hạch -

Ung thư đường tiêu hóa bắt buộc phải khám: Hạch thượng đòn (di căn xa), thăm hậu môn trực tràng (di căn phúc mạc, ung thư đường tiêu hóa di căn túi cùng doulas)

Ung thư trực tràng thấp, ống hậu môn phải mô tả hạch bẹn (nếu + thì di căn hạch xếp M1)

- * Đám rối trên -> các hạch trực tràng sau -> chuỗi hạch dọc theo động mạch trực tràng trên -> động mạch mạc treo tràng dưới
- * Động mạch trực tràng giữa -> hạch chậu trong và trực tràng dưới -> hạch hạ vị.
- * Dưới đường lược, dẫn lưu theo hạch bẹn.
- * Hướng lan của hạch trong thành trực tràng xu hướng lên trên hoặc xuống dưới dọc theo thành ruột tùy thuộc u nằm trên hay dưới nếp phúc mạc.

Hướng lan của ung thư

- Di căn xa -

- * Di căn xa đến gan và phổi theo con đường tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và tĩnh mạch cửa. Di căn cột sống theo con đường tĩnh mạch chậu đến các tĩnh mạch cột sống.
- * Ngoài ra ung thư có thể theo đường máu di căn não, buồng trứng. (nếu di căn buồng trứng thì phải di căn 2 bên vì nó di căn theo đường máu phải phân bố đều hai bên, không bao giờ một bên (thầy nói))

CHẨN ĐOÁN



LÂM SÀNG

Tầm soát bằng
thăm hậu môn
trực tràng phát
hiện được 40%
trường hợp

- * Lâm sàng không đặc hiệu, dễ chẩn đoán lầm với các bệnh lý khác.
- * Triệu chứng điển hình:
 - * **Chảy máu tiêu hóa dưới (60%)** (thường gặp 3 triệu chứng đầu)
 - * **Thay đổi thói quen đi cầu thường ngày (43%)**
 - * **Cảm giác buốt mót vùng hậu môn**
 - * Đi cầu nhiều lần trong ngày
 - * **Ỉa són, ỉa dầm dề: xâm lấn cơ nâng, cơ thắt hậu môn**
 - * Đau bụng (20%)

Khi thăm trực tràng
cho bệnh nhân nằm
đầu cao + rặn giúp u
xuống thấp hơn

LÂM SÀNG

Tiêu chuẩn
vàng: sinh
thiết, GBP

- * Thăm trực tràng giúp chẩn đoán xác định trong trường hợp u nằm thấp
- * Đánh giá:
 - * Vị trí bờ dưới u cách rìa hậu môn (phân loại u trên, giữa, dưới TT), theo diện chu vi (trước, sau, trái, phải hay theo kim đồng hồ) (khả năng xâm lấn xung quanh). Đánh giá bờ trên u nếu được. U có xâm lấn cơ thắt hay không (nói bệnh nhân siết hậu môn rồi đánh giá trương lực qua thăm khám. Khi trương lực giảm có thể do 2 nguyên nhân: u xâm lấn cơ thắt, bệnh lý thần kinh)
 - * Kích thước u trong trường hợp sờ được cực trên u
 - * U có gây chít hẹp lòng trực tràng
 - * Mức độ di động: giúp đánh giá khả năng xâm lấn cơ quan lân cận (còn cắt được hay không)

LÂM SÀNG

- * Biểu hiện di căn xa:
 - * Hạch ngoại vi: hạch bẹn, hạch thượng đòn trái (Troisier).
 - * Di căn gan và phúc mạc: bụng báng, gan to lổn nhổn, vàng da
 - * Di căn phổi: ho, khó thở
 - * Di căn xương cùng cụt và cột sống: đau nhức ở xương cùng và cột sống.
 - * Di căn não: nhức đầu, ói mửa

LÂM SÀNG

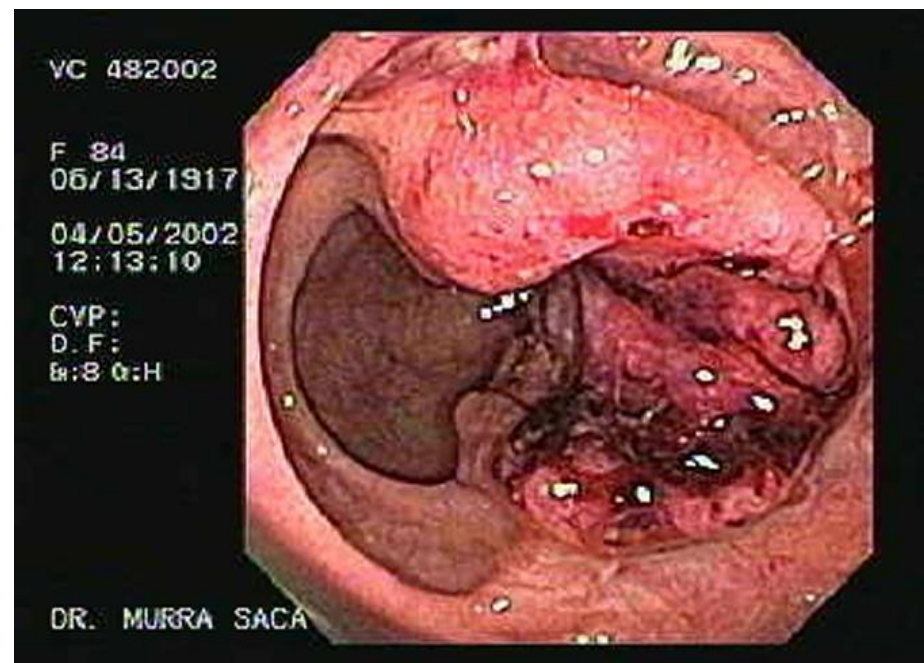
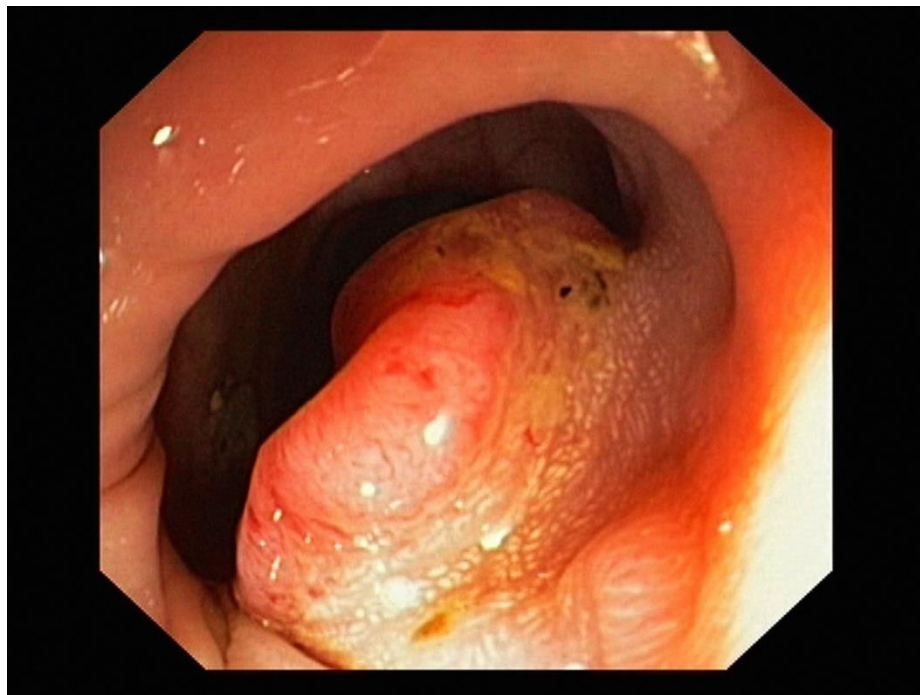
- * Nhập viện do biến chứng:
 - * Tắc ruột: thường gặp nhất. Bệnh nhân có các triệu chứng của hội chứng tắc ruột thấp hoặc tắc ruột quai kín.
 - * Viêm phúc mạc: do vỡ khối u hoặc vỡ đại tràng ngay trên khối u, thậm chí ở manh tràng. Bệnh nhân có dấu hiệu của viêm phúc mạc toàn thể, nhiều khi nhiễm trùng-nhiễm độc nặng.
 - * Rò: ở nam giới hay gặp rò trực tràng- bàng quang (tiểu ra phân), ở nữ giới gặp rò trực tràng- âm đạo(chảy dịch phân ở âm đạo).

CẬN LÂM SÀNG



NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG

- * U trực tràng ở vị trí thấp, có thể dễ dàng tiếp cận bằng ống soi cứng.
- * Nội soi đánh giá: đại thể, kích thước, có gây tắc hay không, khoảng cách bờ dưới u đến rìa hậu môn, sinh thiết.
- * Trên thực tế, bệnh nhân cũng cần được soi toàn bộ khung đại tràng để xác định có u đồng thời khác, tổn thương khác đi kèm.

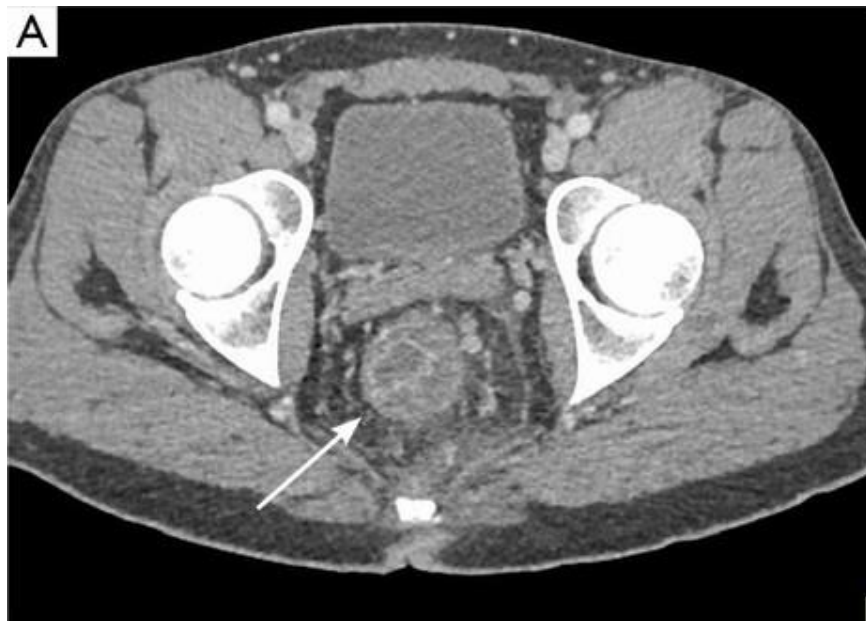


CT-SCAN

- * Cho hình ảnh toàn bộ khung chậu, sự tương quan của khối u trực tràng với cơ quan lân cận đặc biệt trong các trường hợp u tiến triển.
- * Thường sử dụng cản quang đường tĩnh mạch. Có thể sử dụng cản quang đường uống hay bơm lòng đại tràng (ít làm), hoặc phối hợp cản quang tĩnh mạch với bơm hơi đại tràng. Ngoài ra, có thể dựng hình đại tràng (nội soi ảo) nhằm phát hiện các tổn thương phối hợp.

CT-SCAN

- * Thiếu độ phân giải tương phản và không gian làm giảm độ chính xác đối với khối u còn nằm trong thành (giai đoạn T), khả năng xác định cân mạc treo trực tràng thấp
- * Khả năng đánh giá di căn hạch mạc treo trực tràng kém, đặc biệt với hạch <1cm CT scan rất khó phát hiện.



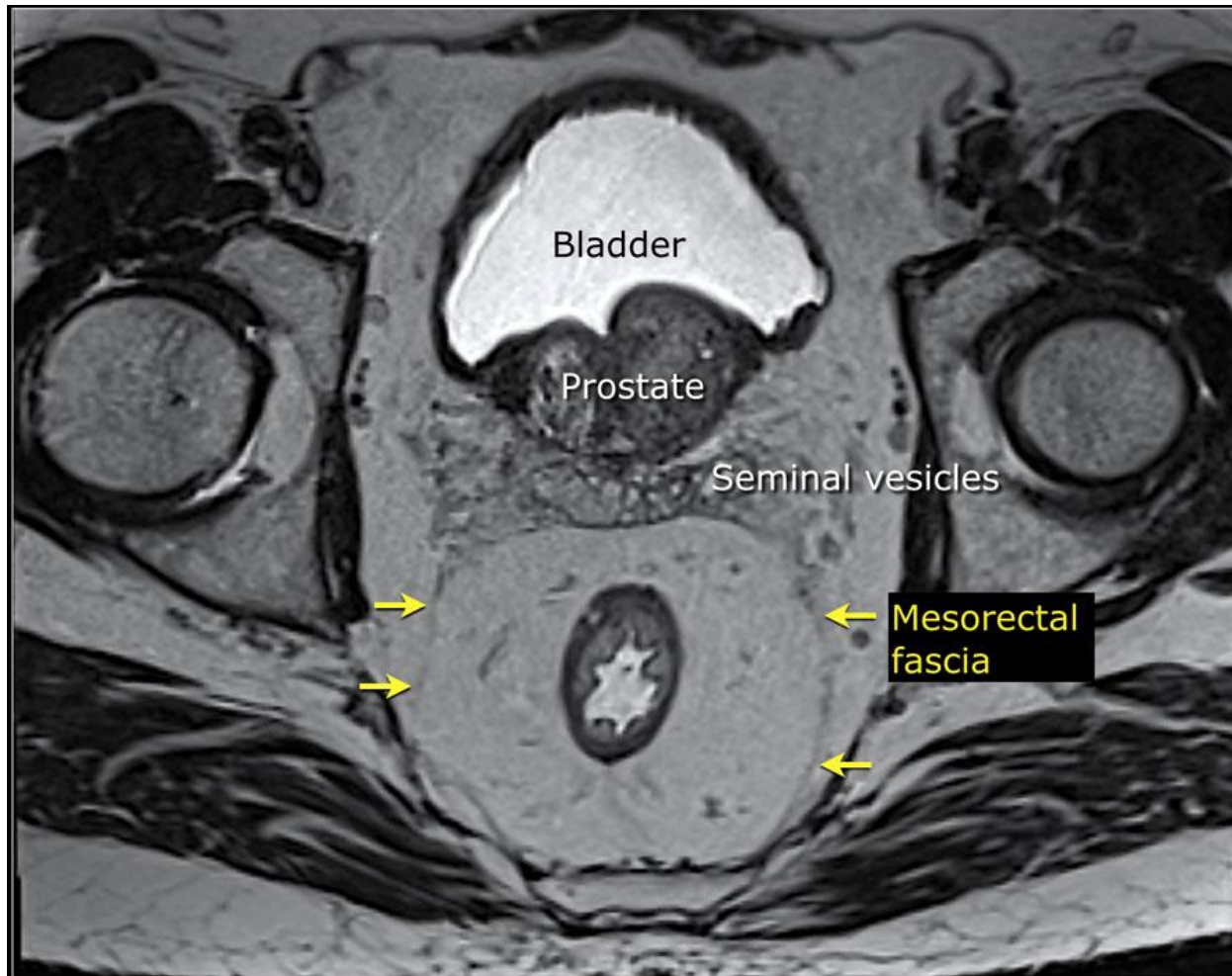
CỘNG HƯỞNG TỪ

- * Vai trò tốt nhất trong đánh giá trước mổ và theo dõi tái phát.
- * An toàn, chính xác cao nhờ phân biệt được các lớp thành trực tràng, đánh giá xâm lấn tốt hơn chụp CT scan, có thể phát hiện các hạch nhỏ 2-3mm.
- * Phương tiện tốt nhất trong đánh giá xâm lấn cơ nâng và cơ thắt hậu môn.

K TT 2/3 (cách rìa hậu môn nhỏ hơn dưới bất 10 cm) buộc làm MRI bụng để đánh giá xâm lấn cơ thắt

CỘNG HƯỞNG TỪ

- * Circumferential resection margin – CRM (diện cắt vòng quanh): lá bao mạc treo trực tràng tính từ bờ ngoài khối u hay khối hạch di căn (nằm trong mạc treo trực tràng) đến mạc treo trực tràng $\leq 1\text{cm}$ thì CRM (+) phải hóa xạ trị trước mổ, đánh giá giai đoạn
- * Involved mesorectal fascia – MRF: yếu tố quan trọng trong tiên lượng tái phát tại chỗ, đặc biệt trong phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME).
- * MRF là khoảng cách ngắn nhất từ khối u hoặc hạch di căn đến mạc riêng trực tràng. MRF dương tính khi khoảng cách này $\leq 1\text{mm}$.



SIÊU ÂM QUA LÒNG TRỰC TRÀNG

Trường hợp polyp giai đoạn sớm muốn quyết định có cắt tại chỗ hay không? Thực hiện SA

- * An toàn, tin cậy và rẻ tiền
- * Khó phân biệt hình ảnh viêm quanh u hay u xâm lấn, nên khoảng 5% các trường hợp TRUS đánh giá giai đoạn muộn hơn thực tế
- * Xạ trị trước mổ gây tạo sợi và sẹo làm giảm độ chính xác của siêu âm, vì vậy nên thực hiện TRUS trước khi xạ trị tân hỗ trợ.

SIÊU ÂM QUA LÒNG TRỰC TRÀNG

- * Trường khảo sát nhỏ, không thực hiện được khi u lớn gây hẹp lòng.
- * Các nghiên cứu so sánh TRUS với MRI, TRUS tốt hơn trong đánh giá u xâm lấn thành ruột nên thường ưu tiên trong các trường hợp u phát triển tại chỗ và còn nhỏ.



CEA

CEA: không có giá trị trong chẩn đoán, rất có giá trị trong tiên lượng, theo dõi bệnh. Thay vì làm nội soi đại tràng (thường 1-2 năm làm 1 lần) ta làm siêu âm bụng, CEA đánh giá, theo dõi tái phát.

- * Độ nhạy thấp và đặc hiệu thấp -> ít giá trị chẩn đoán.
- * Trong cùng giai đoạn bệnh, CEA tăng ($>5\text{ng/ml}$) có ý nghĩa tiên lượng kém hơn CEA bình thường.
- * Nồng độ CEA giảm sau phẫu thuật tương quan có ý nghĩa với hiệu quả phẫu thuật.
- * Hội ung thư lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO) khuyến cáo thử CEA trước, sau mổ để đánh giá hiệu quả phẫu thuật, theo dõi sau mổ và tiên lượng bệnh.

PHÂN CHIA GIAI ĐOẠN BỆNH

- * Đánh giá giai đoạn của ung thư trực tràng cung cấp những thông tin chính xác về độ lan rộng của bệnh.
- * Xác định tiên lượng, hướng dẫn điều trị, đánh giá đáp ứng điều trị với các phương pháp trị liệu.
- * Ung thư trực tràng dưới nếp phúc mạc không xếp giai đoạn T4a.
- * Phân chia giai đoạn thường sử dụng hệ thống phân loại theo AJCC (8th edition)

Table 1. TNM Classification, 8th Edition (27)

T0	No evidence of primary tumor	Nx	No regional lymph node metastasis	M0	No distant metastasis
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>	N1	Metastasis in regional lymph node(s)	M1	Distant metastasis
T1	Tumor 2 cm or lesser in greatest dimension	N1a	Metastasis in inguinal, mesorectal and/or internal iliac nodes		
T2	Tumor more than 2 cm but no more than 5 cm in greatest dimension	N1b	Metastasis in external iliac nodes		
T3	Tumor more than 5 cm in greatest dimension	N1c	Metastases in external iliac and in inguinal, mesorectal and/or internal iliac nodes		
T4	Tumor of any size invades adjacent organs (e.g., vagina, urethra, bladder); direct invasion of rectal wall, perirectal skin, subcutaneous tissues or sphincter muscle(s) is not classified as T4				

ĐIỀU TRỊ

- * Điều trị đa mô thức gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và điều trị nâng đỡ khác...trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu.
- * Điều trị phối hợp (đa mô thức) vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa có sự thống nhất.
- * Điều trị hướng tới điều trị cá thể hóa -> đòi hỏi sự đánh giá toàn diện, cũng như phối hợp đa chuyên khoa để đưa ra kế hoạch điều trị tốt nhất cho từng trường hợp.

Thuộc cái sơ đồ
này

Ung thư trực tràng

Nguy cơ thấp
cT1-T2,N0

cT3a, N1 u cao
Xâm lấn mạch máu(-)
MRF(-)

Phẫu thuật

Nguy cơ trung bình
cT2 rất thấp,cT3 MRF(-)

N1-2

Xâm lấn mạch máu(+)

Xạ trị trước mổ
Phẫu thuật
Hóa trị sau mổ

Nguy cơ cao
cT4

cT3 MRF(+)

Hạch chậu bên(+)

Hóa xạ trị
trước mổ
Phẫu thuật
Hóa trị sau mổ

PHẪU THUẬT TRONG UNG THƯ TRỰC TRÀNG



Hôi chẩn BS hóa
trị, xạ trị, chăm
sóc giảm nhẹ để
quyết định điều
trị

CẮT BỎ U TẠI CHỖ

- CHỈ ĐỊNH -

- * Ung thư **T1, No** Tại chỗ, không di căn hạch
- * Độ mô học 1, 2
- * Vi thể không xâm lấn mạch máu
- * Đặc điểm thuận lợi: u nhỏ hơn 30% chu vi ruột, $u < 3\text{cm}$, diện cắt $> 2\text{mm}$, di động, u thấp (trực tràng giữa-dưới).

CẮT BỎ U TẠI CHỖ

- PHƯƠNG PHÁP -

- * Cắt qua nội soi tiêu hóa: cắt polyp(polypectomy), cắt niêm mạc (EMR), cắt dưới niêm mạc (ERD).
- * Cắt u qua ngả hậu môn (TAE): phẫu thuật Fairve. (thỉnh thoảng mới thấy trên Ls)
- * Nhóm PTNS cắt u qua ngả hậu môn : nhiều tên gọi, phụ thuộc vào hệ thống sử dụng. Nguyên tắc chung là sử dụng hệ thống nội soi và các dụng cụ nội soi ổ bụng với đường tiếp cận ngả hậu môn để cắt u.
- * Nhóm phẫu thuật cắt ngả sau: gồm phẫu thuật Kraske, phẫu thuật York-Mason. Hiện nay ít sử dụng.

PHẪU THUẬT NGẪ BỤNG CÓ BẢO TỒN CƠ THẮT

NGUYÊN TẮC -

Phẫu thuật cắt K TT chia làm 2 loại : bảo tồn cơ thắt và không bảo tồn cơ thắt (phẫu thuật Miles)

- Các PP bảo tồn cơ thắt:
PT cắt trước, cắt trước thấp, cắt trước cực thấp

- * Cắt bỏ rộng rãi khối u trực tràng và hạch vùng và các cơ quan xâm lấn (nếu được) bảo đảm lấy hết tế bào ung thư.
- * Có thể phẫu thuật nội soi.
- * Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng điều trị di căn hạch.
- * Phục hồi lưu thông ruột nếu có thể. (nối hay không tùy theo từng bệnh nhân cụ thể)

- PHƯƠNG PHÁP -

- * Phẫu thuật cắt trước (miệng nối đại trực tràng nằm trên nếp phúc phúc mạc)
- * Phẫu thuật cắt trước thấp (miệng nối đại trực tràng nằm dưới nếp phúc mạc)
- * Phẫu thuật cắt-nối ống hậu môn
- * Phẫu thuật cắt gian cơ thắt:

Phẫu thuật cắt trực tràng ngả bụng - tăng sinh môn
(phẫu thuật Miles)



Tiên lượng

Giai đoạn	Tỉ lệ sống sau 5 năm
Khu trú Ung thư chỉ khu trú tại thành ruột	89%
Tiến triển tại chỗ Ung thư xâm lấn tại chỗ hoặc di căn hạch	71%
Di căn xa	15%
Chung	67%

Quan trọng nhất đối với K ĐTT là phát hiện sớm

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI NHẬT BẢN

Giai đoạn	I	II	IIIa	IIIb	IV	Chung
Tỉ lệ còn phẫu thuật triệt căn	97,9%	95%	90,9%	80,5%	-	79,9%
Sống còn	90,6%	83,1%	73%	53,5%	14,8%	71,3%

Hashiguchi, Y., et al., *Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer*. International Journal of Clinical Oncology, 2020. **25**(1): p. 1-42.



TẦM SOÁT

TÌM MÁU ẨN TRONG PHÂN

- * Là xét nghiệm không xâm lấn.
- * Dễ cho dương tính giả và âm tính giả. Nếu xét nghiệm dương tính cần chỉ định soi toàn bộ đại tràng.
- * Phương pháp mới sử dụng kháng thể đơn dòng nhận diện hemoglobin trong phân. Xét nghiệm có độ chính xác cao hơn FOBT truyền thống.

DNA TRONG PHÂN(SDNA)

- * Sử dụng kĩ thuật PCR để truy tìm các thay đổi về gen có thể đưa đến ung thư của các tế bào niêm mạc bị bong tróc trong mẫu phân.
- * Xét nghiệm có độ nhạy cao tuy nhiên giá thành cao.



SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG

Xâm lấn nên cần có chỉ định cụ thể

- * Phương tiện quan sát trực tiếp lòng trực tràng và đại tràng chậu hông.
- * Ưu điểm là chuẩn bị đơn giản, không cần tiền mê, có thể sinh thiết được thương tổn, đồng thời chẩn đoán được các bệnh lí khác như polyp, viêm loét.



CHỤP ĐẠI TRÀNG ĐỐI QUANG KẾP (DCBE) (X quang đại tràng cản quang)

- Chuẩn bị bệnh nhân quá cực
- Giá trị chẩn đoán không cao
- Có nhiều CI's khác tốt hơn

- * Trước đây thường được sử dụng để chẩn đoán bệnh lí tân sinh ở đại tràng.
- * Hiện nay ít được sử dụng (thậm chí không được khuyến cáo) trong tầm soát ung thư đại trực tràng do kĩ thuật phức tạp đòi hỏi kĩ thuật viên kinh nghiệm, bệnh nhân phải hợp tác giữ thuốc trong lòng đại tràng, các tai biến liên quan thuốc cản quang...

NỘI SOI TOÀN BỘ ĐẠI TRÀNG BẰNG ỐNG SOI MỀM

- * Phương tiện chẩn đoán trực tiếp tốt nhất các thương tổn của đại trực tràng.
- * Ưu điểm là có thể quan sát được các u tân sinh nhỏ vài milimet mà hầu hết các phương tiện khác bỏ sót, kết hợp sinh thiết hoặc làm thủ thuật (cắt polyp, ESD, EMR).
- * Cần phải chuẩn bị ruột để trường quan sát tốt hơn, một số trường hợp cần tiền mê -> chỉ thực hiện trên đối tượng nguy cơ cao.

CHỤP CẮT LỚP DỰNG HÌNH ĐẠI TRÀNG

- * Sử dụng máy CT đa lớp cắt (li giải cao) để chụp, sau đó tái tạo 3 chiều hình ảnh đại tràng.
- * Kỹ thuật không xâm lấn, lại khảo sát được toàn bộ đại tràng nên cũng thường được chỉ định.
- * Hình ảnh tái tạo nên vẫn cho âm tính giả (bỏ sót thương tổn nhỏ) và dương tính giả.

CHỈ ĐỊNH TẦM SOÁT

- * **Nhóm nguy cơ trung bình**

- * Trên 45 tuổi không có triệu chứng
- * Thay đổi thói quen đi cầu
- * Chảy máu tiêu hóa dưới
- * Đau bụng không xác định
- * Thiếu máu thiếu sắt không xác định
- * Bệnh nhân có yêu cầu

CHỈ ĐỊNH TẦM SOÁT

* Nhóm nguy cơ cao

- * Tiền sử gia đình có ung thư đại trực tràng, bệnh đa polyp gia đình
- * Người bệnh có tiền căn viêm ruột, u tuyến
- * Người bệnh có nhiều hơn 1 yếu tố nguy cơ trung bình



CHỈ ĐỊNH TẦM SOÁT

* Chỉ định cụ thể

- * Chỉ định tầm soát ở nhóm nguy cơ cao từ 40 tuổi hoặc trước 10 năm so với tuổi khởi phát ung thư đại trực tràng trong gia đình
- * Chỉ định FOBT, soi ống cứng cho nhóm nguy cơ trung bình. Nếu có bất thường sẽ chỉ định soi toàn bộ đại tràng. Đối với nhóm nguy cơ cao cần chỉ định soi toàn bộ đại tràng.
- * Khoảng cách theo dõi mỗi 10 năm với soi toàn bộ đại tràng; mỗi 5 năm với FS, DCBE và CTC; mỗi năm với FOBT.
- * Không cần thiết tầm soát trên 75 tuổi hoặc bệnh nhân có tuổi thọ kì vọng dưới 10 năm.

TÓM TẮT NỘI DUNG

- * Ung thư trực tràng là bệnh thường gặp ở Việt Nam. Gần đây có xu hướng gia tăng ở nhóm bệnh nhân trẻ
- * Yếu tố nguy cơ của bệnh bao gồm các yếu tố của lối sống, di truyền và những thương tổn tiền ung thư như polyp, Crohn, viêm đại tràng xuất huyết
- * Lâm sàng trong giai đoạn sớm không đặc hiệu. Cần tầm soát ung thư theo phân loại đối tượng nguy cơ
- * Điều trị đa mô thức, chủ yếu là phẫu thuật -> hướng tới điều trị cá thể hóa.



XIN CẢM ƠN!