

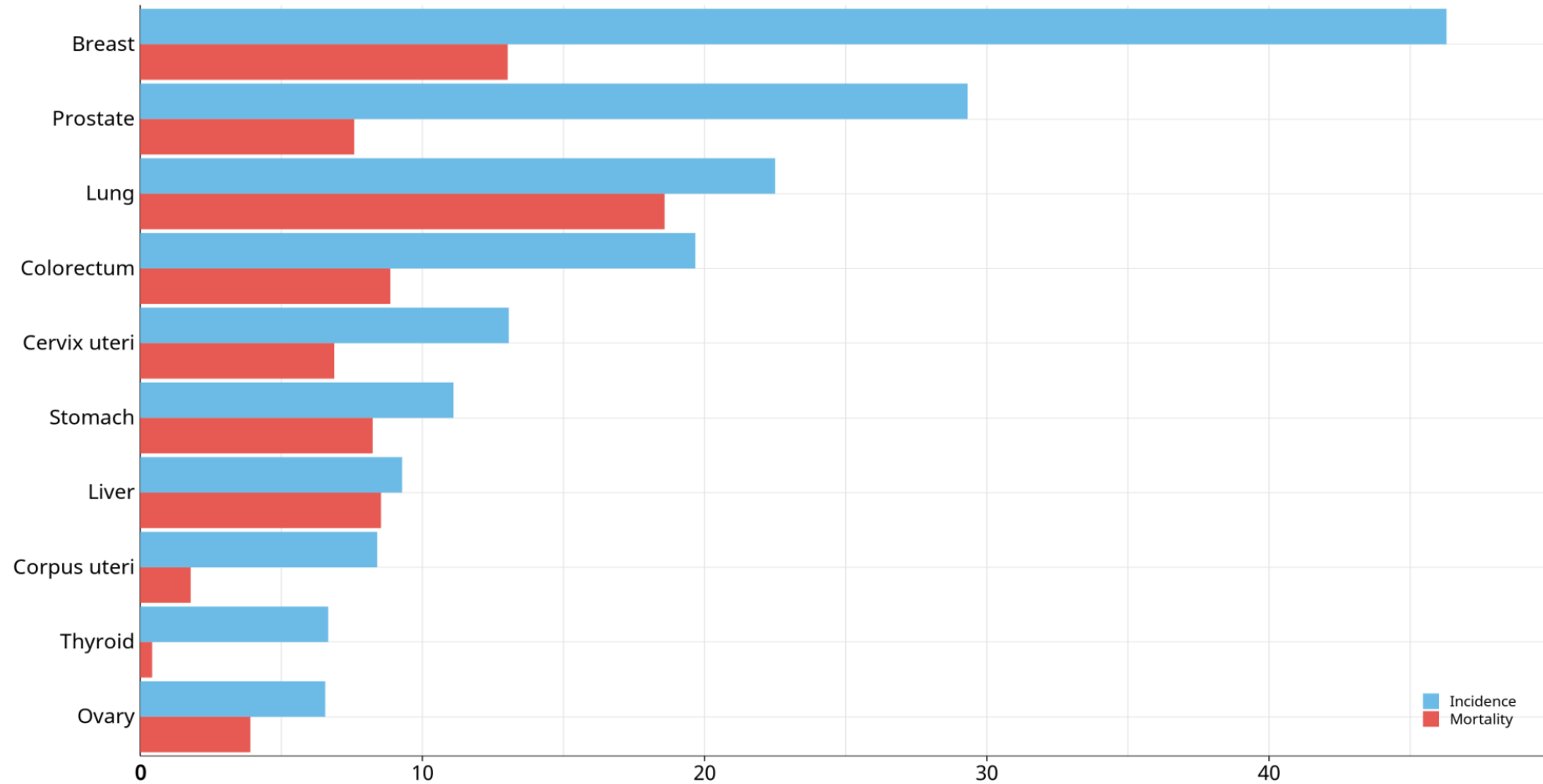
UNG THƯ DẠ DÀY

MỤC TIÊU

1. Tần suất, các yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày
2. Chẩn đoán ung thư dạ dày: lâm sàng, cận lâm sàng
3. Chẩn đoán giai đoạn

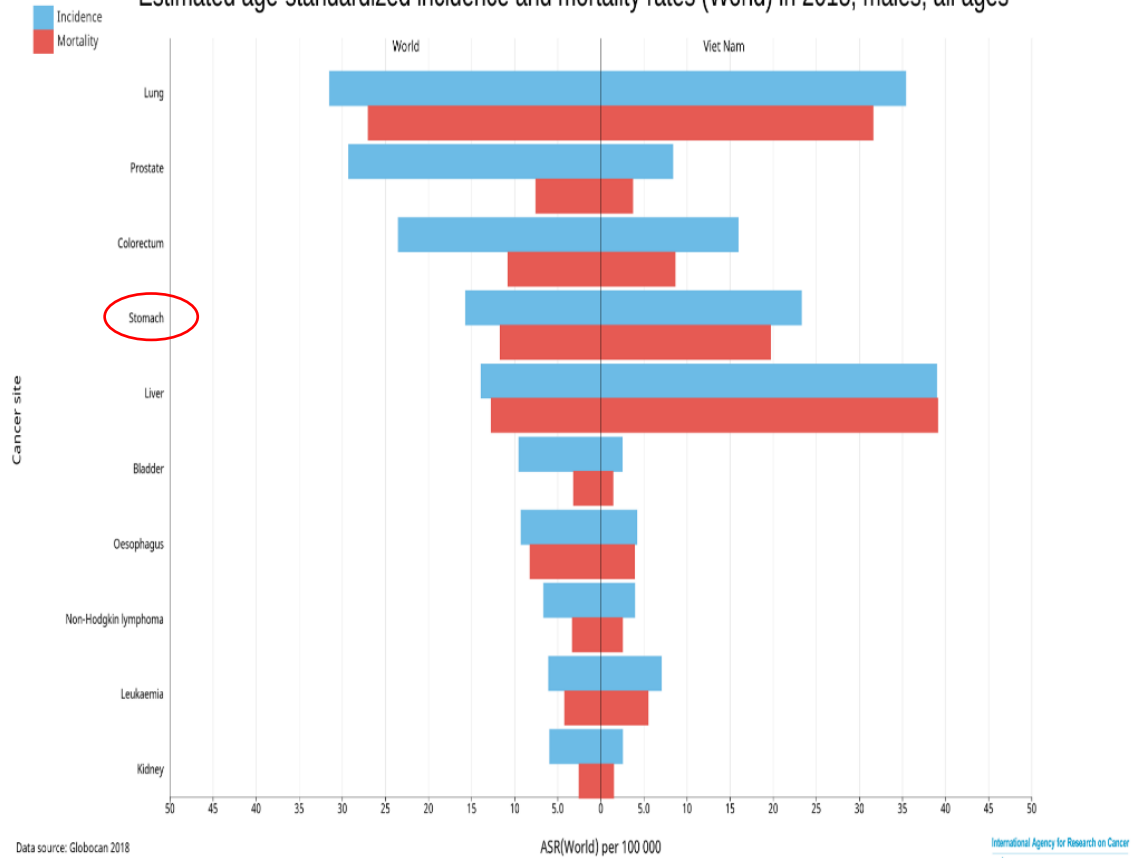
DỊCH TỄ HỌC

Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2018, worldwide, both sexes, all ages



DỊCH TỄ HỌC

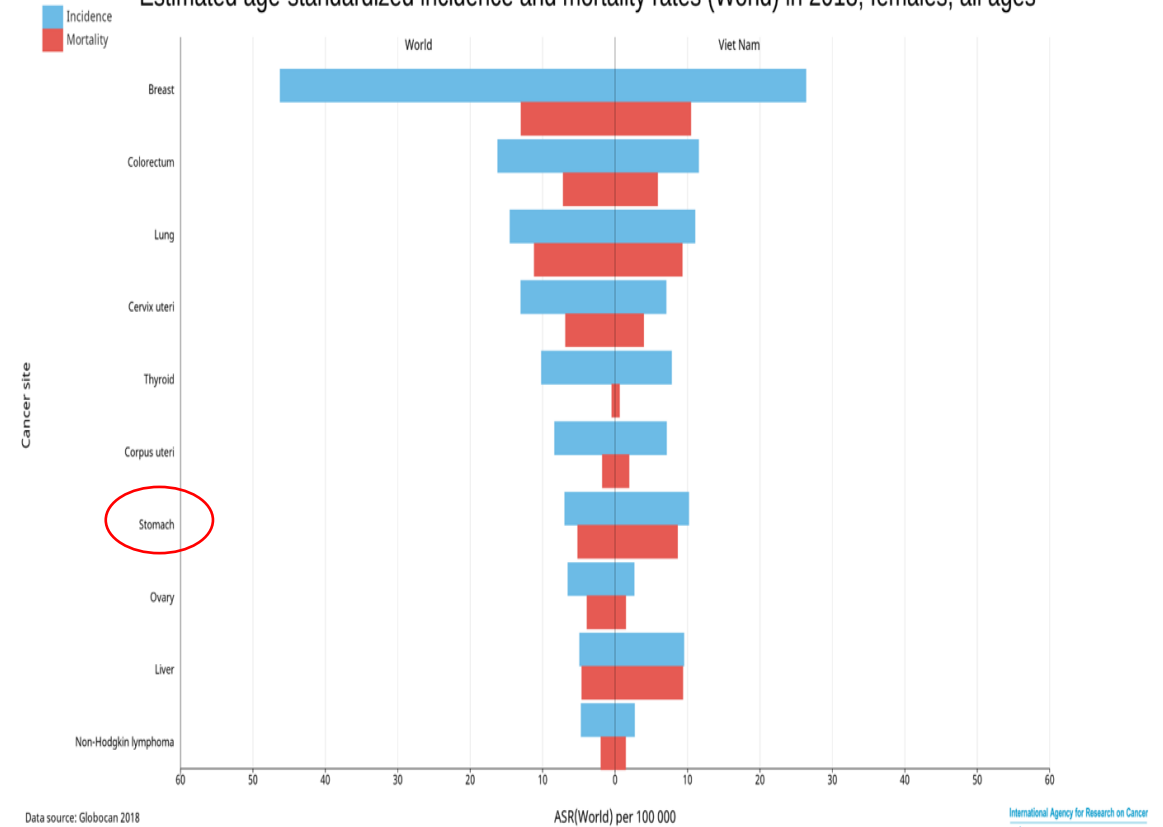
Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2018, males, all ages



Data source: Globocan 2018
Graph production: Global Cancer
Observatory (<http://gco.iarc.fr>)

International Agency for Research on Cancer
World Health
Organization

Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2018, females, all ages

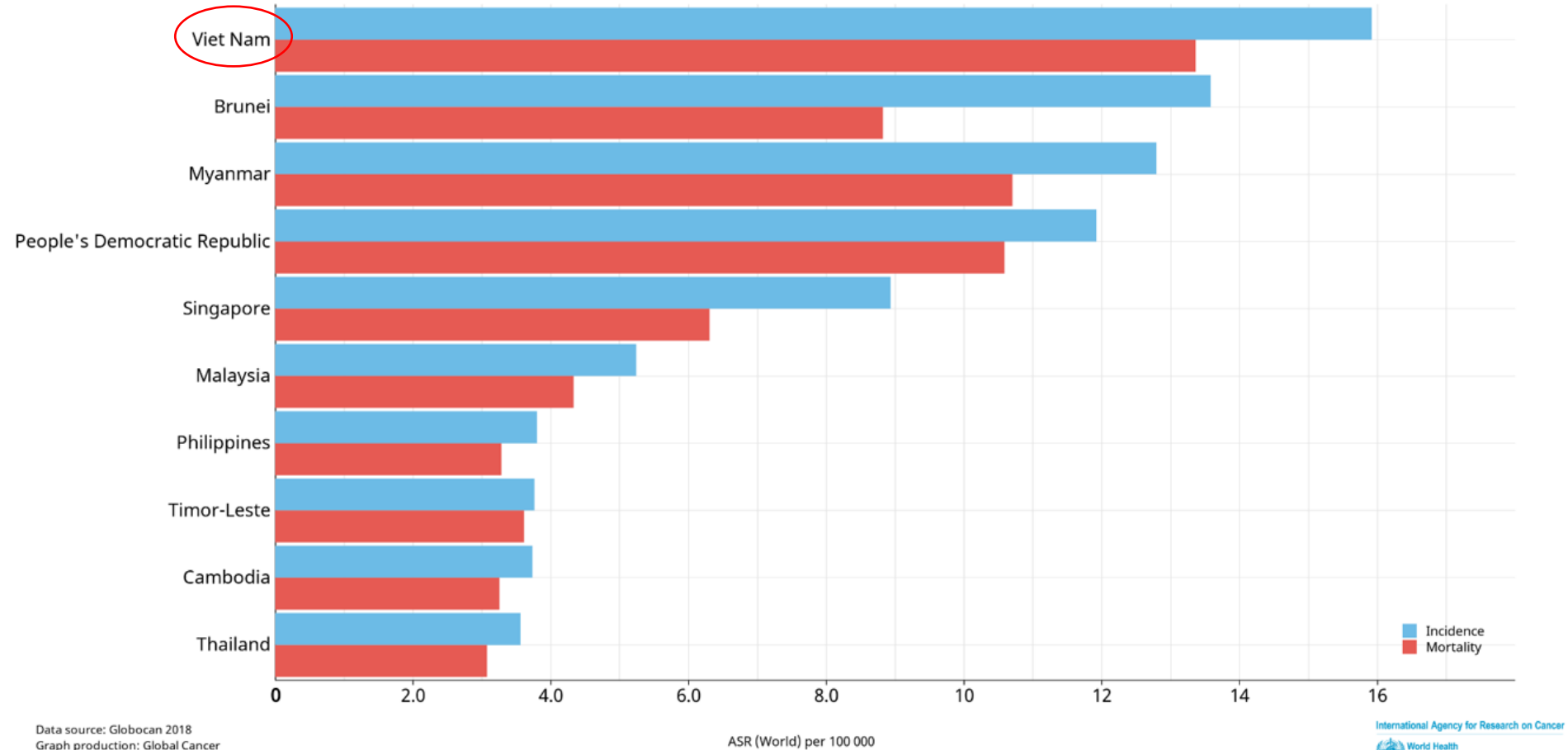


Data source: Globocan 2018
Graph production: Global Cancer
Observatory (<http://gco.iarc.fr>)

International Agency for Research on Cancer
World Health
Organization

DỊCH TỄ HỌC

Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2018, stomach, both sexes, all ages



Yếu tố nguy cơ

1. Các yếu tố tại chỗ
2. Dinh dưỡng, thói quen sinh hoạt
3. Môi trường, điều kiện KT-XH
4. Các yếu tố di truyền
5. Đặc điểm dân số, văn hóa
6. Các yếu tố khác.

Các yếu tố tại chỗ

- Nhiễm H.pylori: 3,6 – 17 , đặc biệt là H.Pylori có mang yếu tố cagA
- Phẫu thuật cắt phần xa dạ dày > 10 năm
- Viêm teo niêm mạc dạ dày và viêm chuyển sản niêm mạc dạ dày
- Polyp dạ dày, ngoại trừ polyp tuyến đáy vị

Dinh dưỡng, thói quen sinh hoạt

- Ăn mặn hoặc thức ăn (thịt, cá, rau...) ngâm muối, ăn cay, đồ ăn bị nhiễm nấm, đồ nướng, hun khói...
- Ăn thiếu trái cây, rau củ tươi
- Hút thuốc lá
- Uống quá nhiều rượu bia
- Sử dụng nguồn nước bẩn.



Yếu tố môi trường

- Chuẩn bị thức ăn kém
- Nước uống ô nhiễm
- Môi trường nhiễm phóng xạ
- Môi trường sản xuất cao su, than đá

Dân số, văn hóa

- Nam: Nữ = 2:1
- Tuổi > 40, nguy cơ tăng theo tuổi, cao nhất 60-70 tuổi
- Chủ tộc: châu Á, Tây Ban Nha, vùng có điều kiện kinh tế thấp.

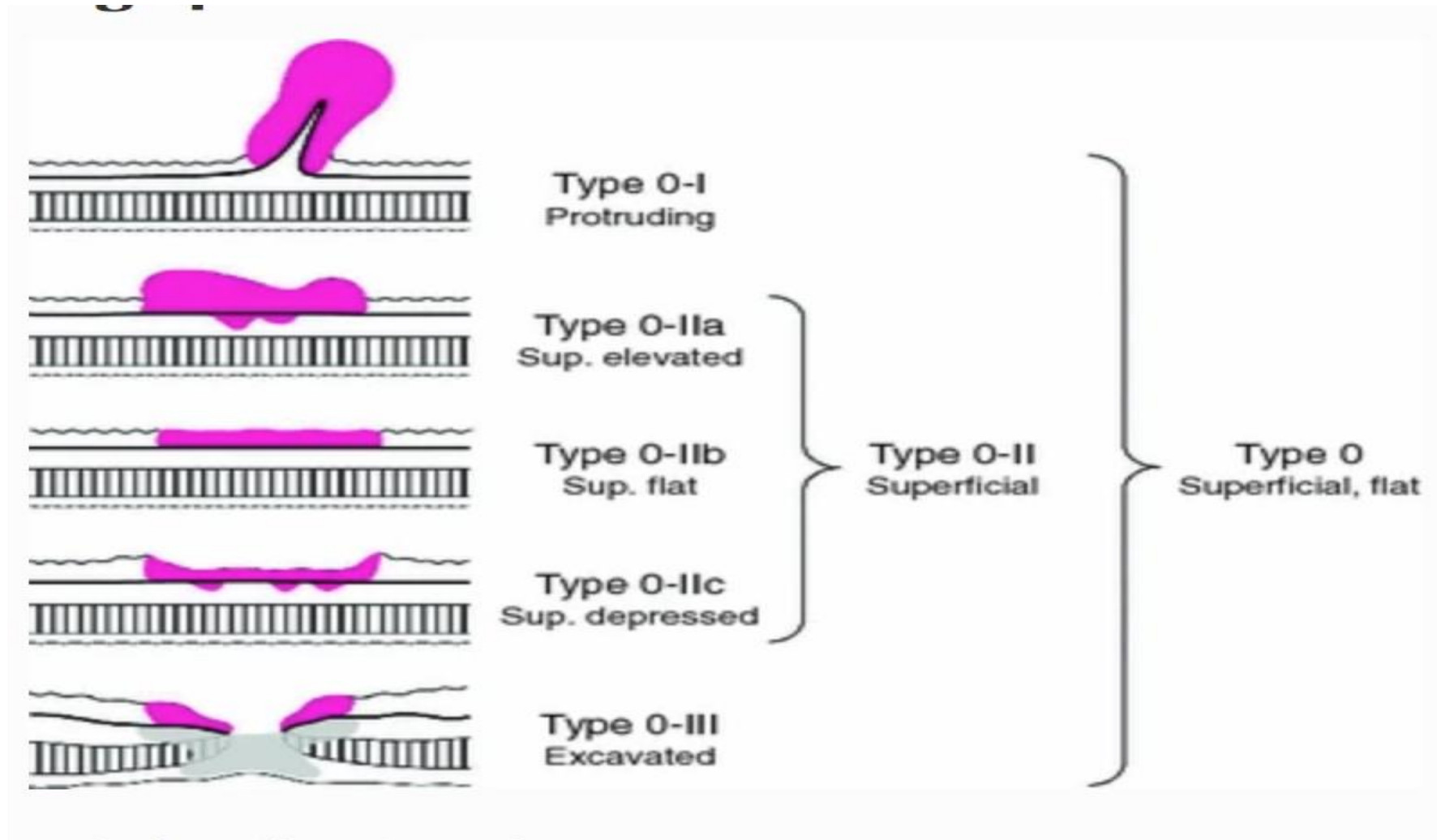
Yếu tố di truyền

- Đột biến gen p53, p16, APC; giảm hoặc mất của E-cadherin
- Gia đình có người bị ung thư dạ dày: 10% có nguy cơ bị ung thư dạ dày mà không có yếu tố di truyền rõ ràng
- Hội chứng di truyền hiếm gặp: Ung thư dạ dày thể thâm nhiễm lan tỏa, Đa polyp tuyến có tính gia đình, Hội chứng Li-Fraumeni, Ung thư đại trực tràng không polyp di truyền, Hội chứng Lynch...

4. Các yếu tố khác:

- Thiếu máu ác tính: tăng nguy cơ 2.1-5.6 lần.
- Người nhóm máu A: nguy cơ cao hơn khoảng 20%

Phân loại ung thư sớm



BORRMANN CLASSIFICATION

- Type I: Polypoid or Fungating
- Type II: Ulcerating lesions with elevated borders
- Type III: Ulceration with invasion of wall
- Type IV: Diffuse infiltration (Linitis Plastica)
- Type V: Cannot be classified

Borrmann's classification

Type 1



Type 2



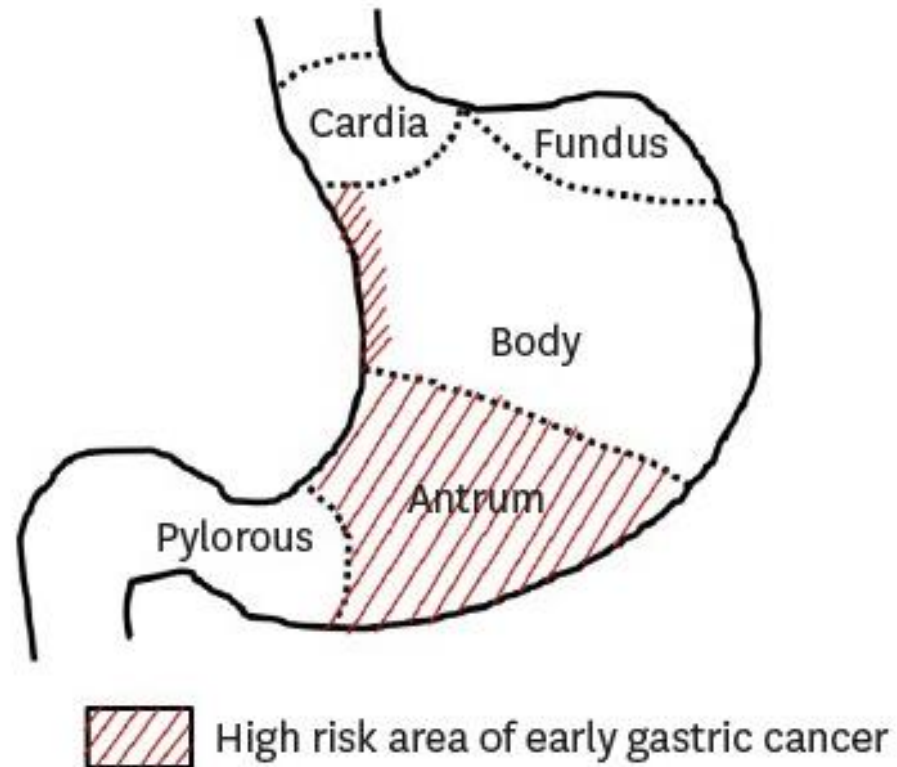
Type 3



Type 4

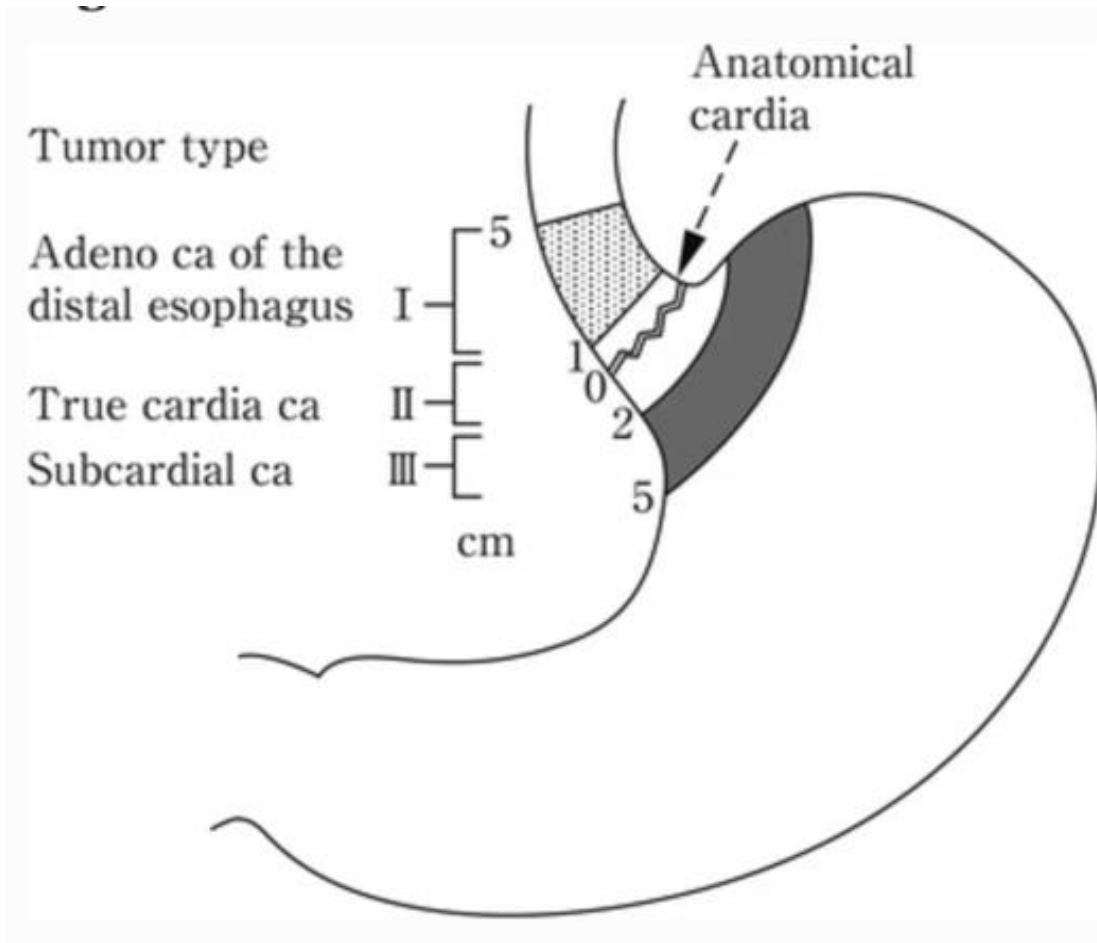


Vị trí ung thư dạ dày

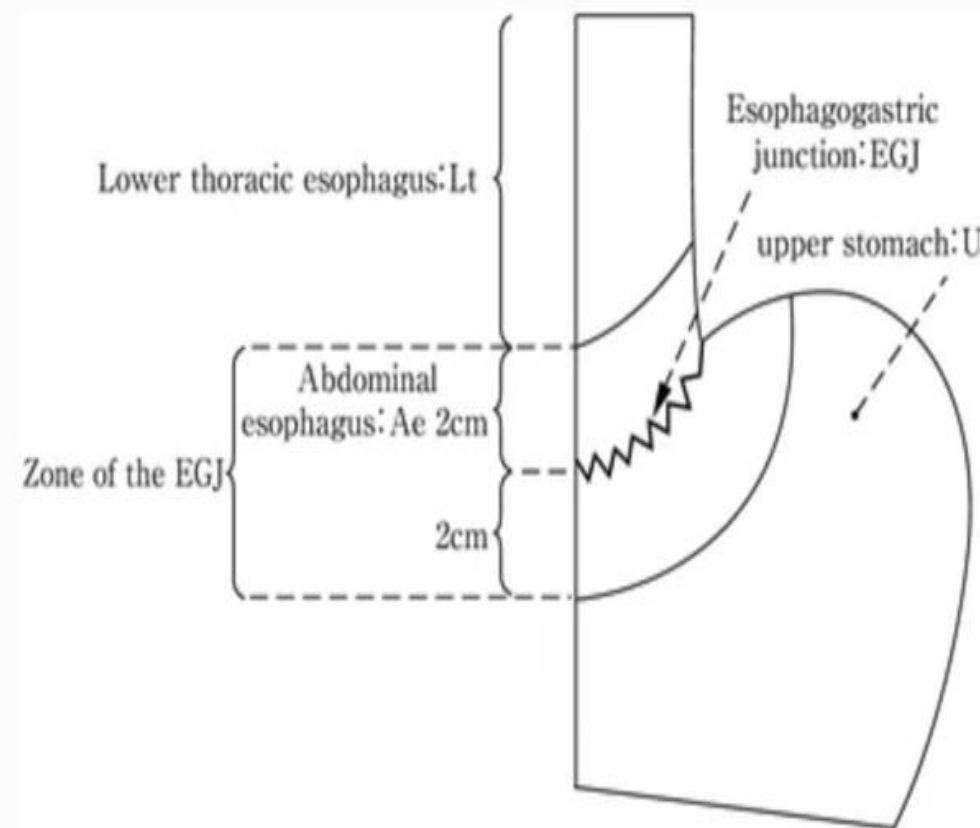


Author	Year	No.	Study design	Tumor location (%)
Jeon et al. 40	2018	275	Single center	Upper (4.4)
				Middle (33.1)
				Lower (62.5)
Kim et al. 3	2015	292	Single center	Upper (7.2)
				Middle (14.4)
				Lower (78.4)
Ryu et al. 41	2016	144	Multicenter	Upper (4.9)
				Middle (32.9)
				Lower (62.2)
Hahn et al. 42	2018	1,206	Multicenter	Upper (8.3)
				Middle (32.8)
				Lower (58.9)

Ung thư vùng thực quản – tâm vị



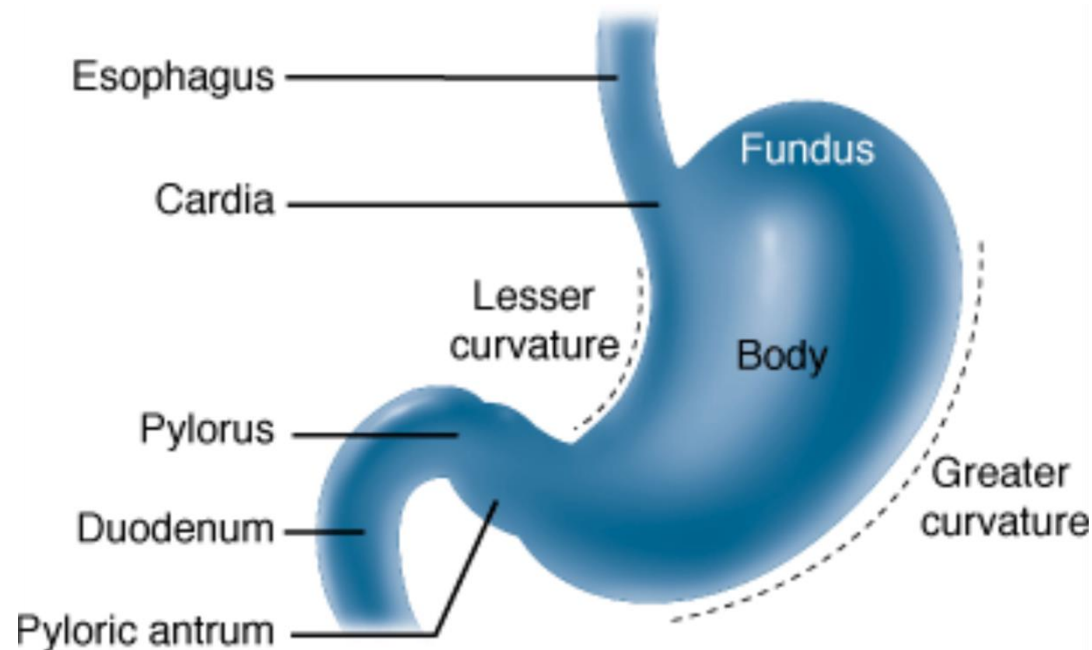
Phân loại Siewert



Phân loại Nishi

Nhắc lại giải phẫu

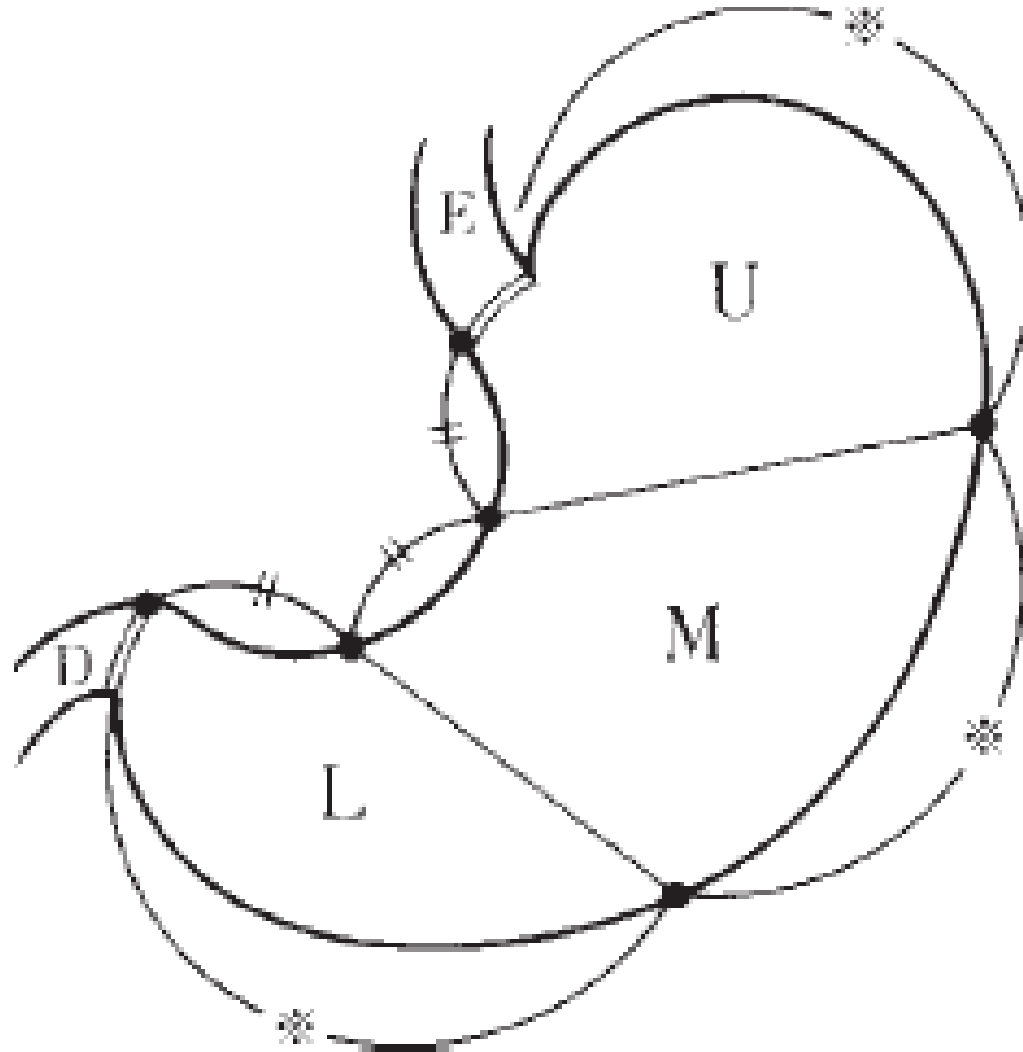
Theo giải phẫu học
thực quản ngực
thực quản bụng
tâm vị
bờ cong nhỏ
hang vị
môn vị
phình vị
bờ cong lớn
tá tràng



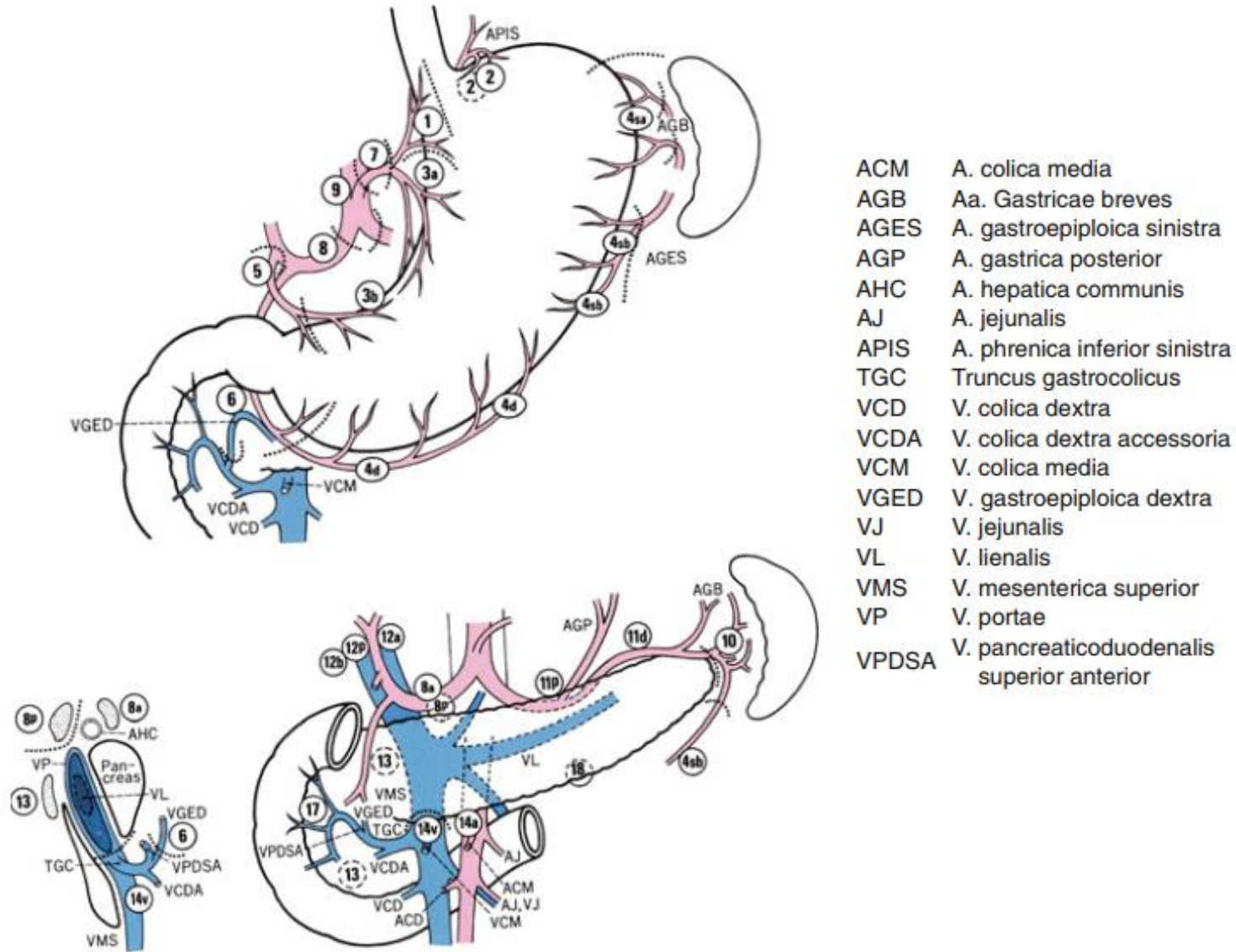
Source: Brunicaudi FC, Brandt ML, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery: ABSITE and Board Review, 9th Edition*: <http://www.accesssurgery.com>

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

Nhắc lại giải phẫu



Anatomical definitions of lymph node stations



Lâm sàng

Giai đoạn sớm

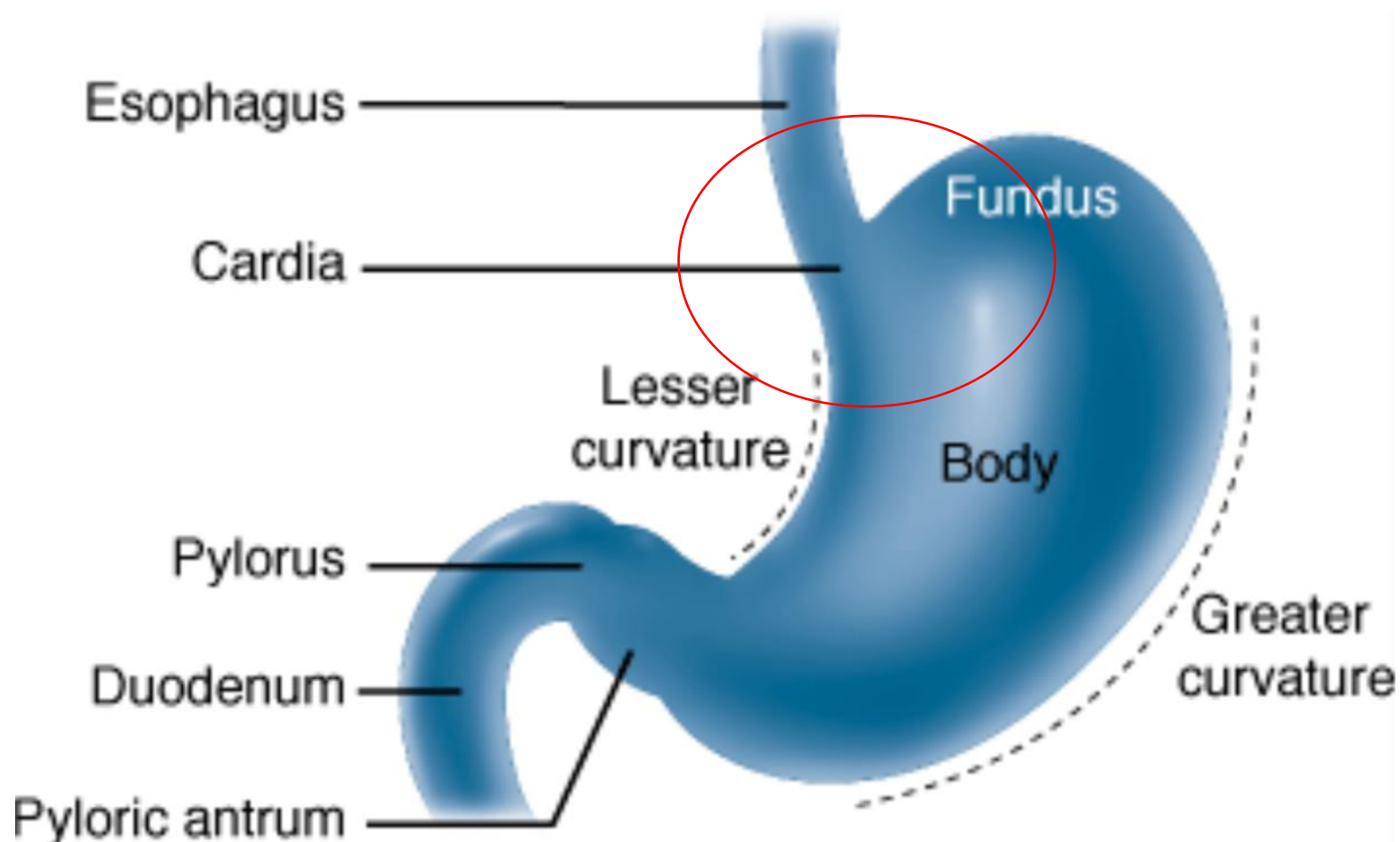
- Không triệu chứng

Giai đoạn tiến triển

- Chán ăn
- Sụt cân
- Khó nuốt
- Nôn ói, buồn nôn
- No sớm
- Đầy hơi
- Đau thượng vị
- Xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu
- Hội chứng cận ung,...

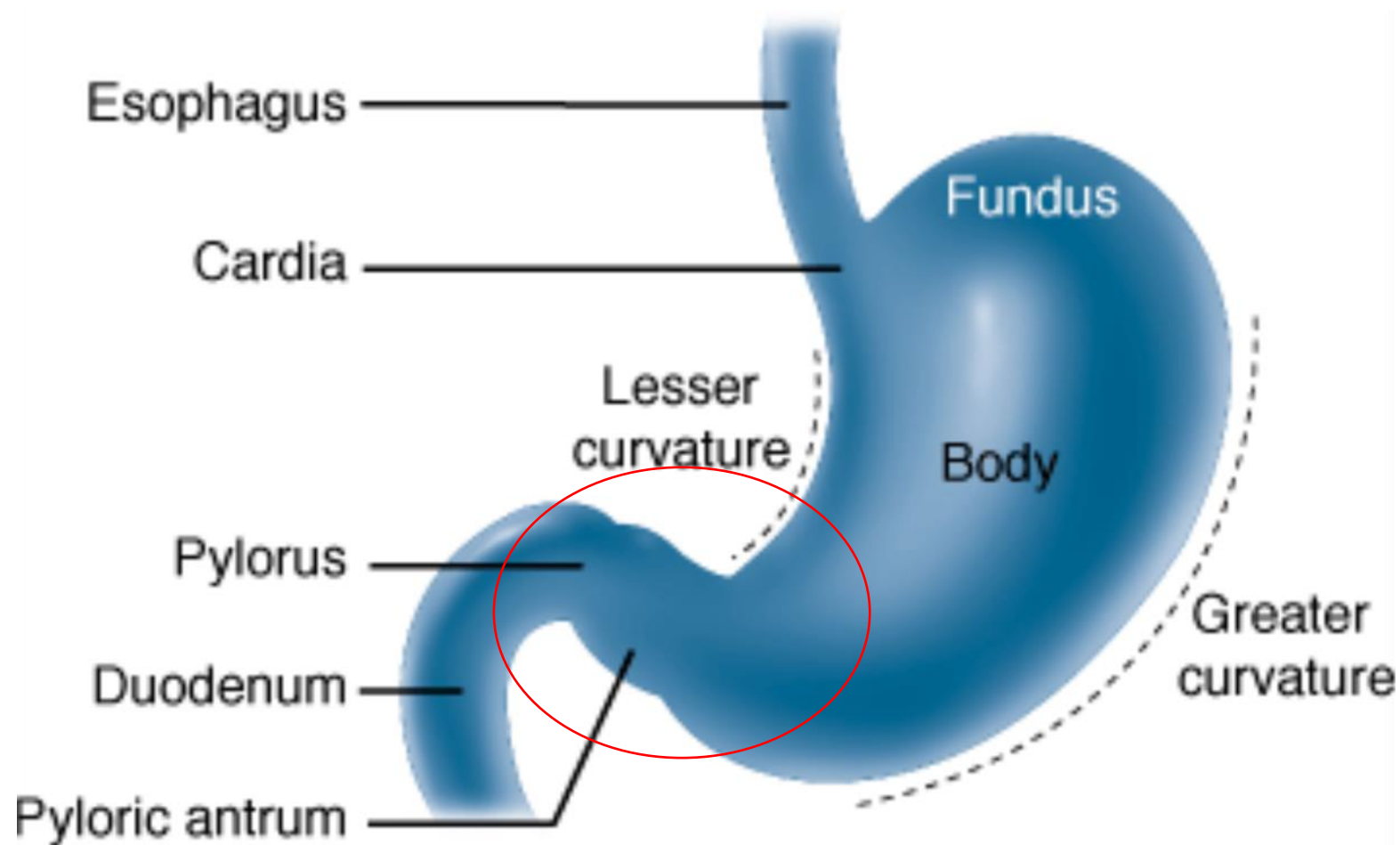
Giai đoạn muộn

- Thiếu máu nặng, thể trạng suy kiệt
- U bụng
- Dấu hiệu hẹp môn vị (nôn ói, bụng lõm lòng thuyền, dấu óc ách, dấu Bouveret)
- Dịch bụng
- Di căn:
 - Hạch (Virchow, Sister Marry Joseph)
 - Mảng Blumer (Blumer shelf)
 - U Krukenberg (ở BN nữ)



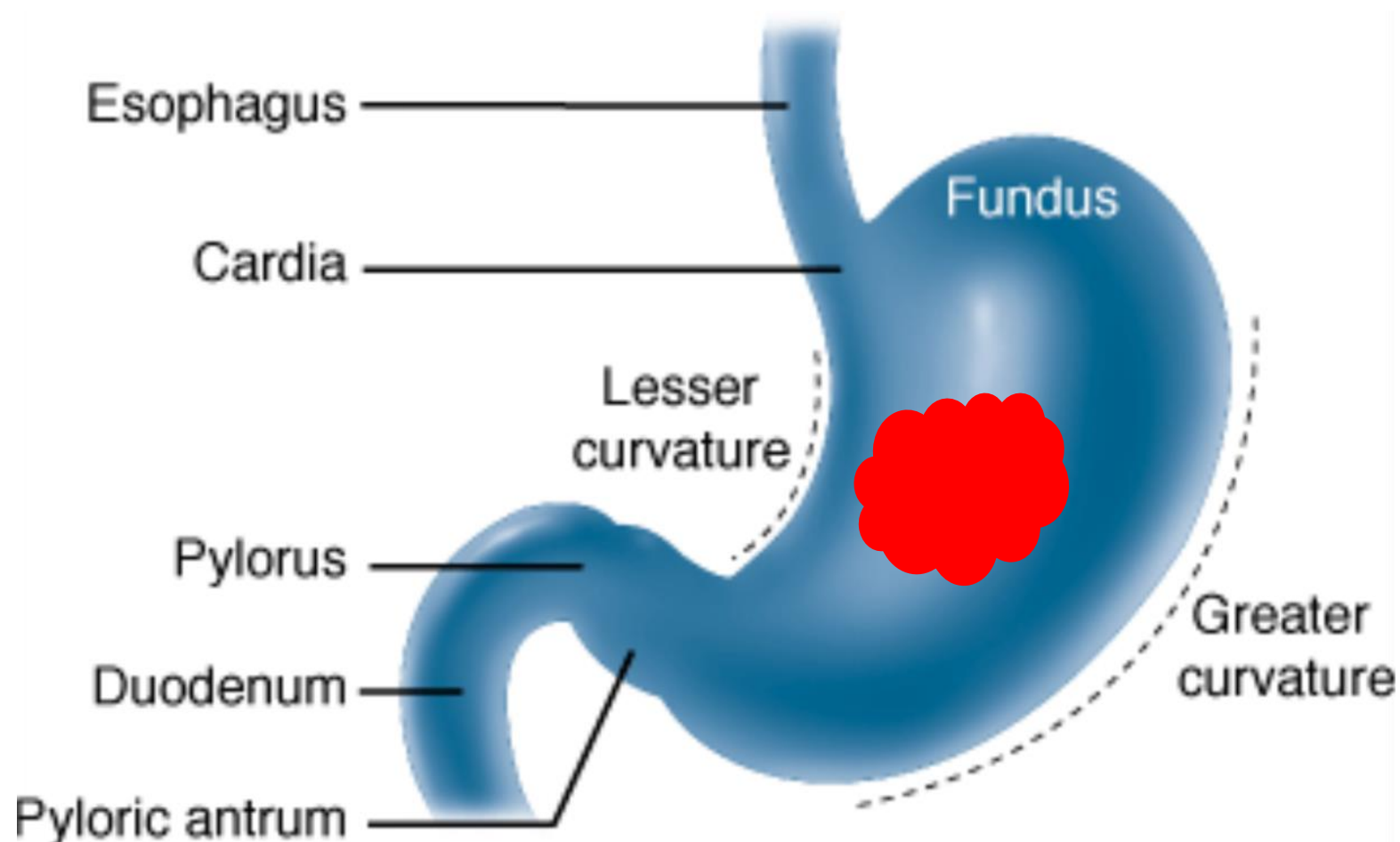
Source: Brunickardi FC, Brandt ML, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery: ABSITE and Board Review, 9th Edition*: <http://www.accesssurgery.com>

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



Source: Brunickardi FC, Brandt ML, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery: ABSITE and Board Review, 9th Edition*: <http://www.accesssurgery.com>

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



Source: Brunickardi FC, Brandt ML, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery: ABSITE and Board Review, 9th Edition*: <http://www.accesssurgery.com>

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

Triệu chứng lâm sàng

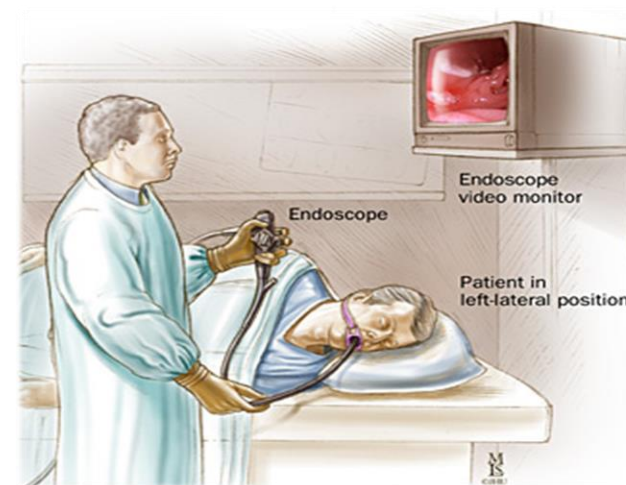
Symptom	Percent
Weight loss	62
Abdominal pain	52
Nausea	34
Dysphagia	26
Melena	20
Early satiety	18
Ulcer-type pain	17

Cận Lâm sàng

- Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng
- Chụp CT Scan ngực bụng chậu có cản quang
- Siêu âm qua nội soi thực quản – dạ dày
- PET CT Scan
- Tumor marker

Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng

- Nội soi dạ dày kết hợp sinh thiết làm GPB => **tiêu chuẩn vàng**
- Ưu:
 - Quan sát trực tiếp
 - Ung thư sớm
 - Có thể sinh thiết (6-8 mẫu → nhạy 98%)
- Có thể âm tính giả:
 - Sai vị trí
 - Không đủ mẫu
 - Không đủ sâu

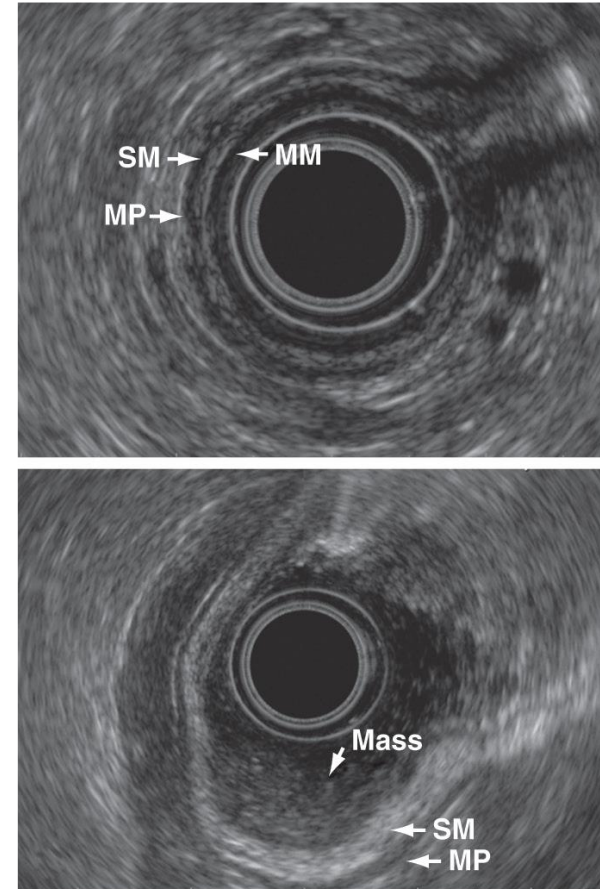


CT scan ngực – bụng chậu

- Đánh giá TNM
- Cảm quang tĩnh mạch + làm căng dạ dày
- CT scan bụng chậu:
 - Xâm lấn (trước đây chính xác: 43-82%)
 - Đánh giá hạch : trong khoảng 25-86% trường hợp
 - Di căn phúc mạc (sốt 20-30%)
 - Gan
 - Phần phụ
- Khuyết điểm: tổn thương nhỏ (<5mm)
- Giúp lượng giá trước mổ

Siêu âm qua nội soi

- Đánh giá mức độ xâm lấn ở thành dạ dày, di căn hạch
- T1 – T2
- FNA hạch nghi di căn



PET-CT

- Không nhạy khi đánh giá T (43-82%) và N (56%)
- Nhạy nhất để đánh giá M (\pm)

Tumor markers

- CEA, CA 19-9, CA 72-4
- Tăng: bệnh diễn tiến xấu, tái phát
- Giảm: đáp ứng điều trị
- Không bao giờ có giá trị nếu dùng đơn độc

Phân giai đoạn ung thư dạ dày (TNM) (AJCC 8th)

Primary tumor (T)		Regional lymph nodes (N)	
T category	T criteria	N category	N criteria
TX	Primary tumor cannot be assessed	NX	Regional lymph node(s) cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor	N0	No regional lymph node metastasis
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> : Intraepithelial tumor without invasion of the lamina propria, high-grade dysplasia	N1	Metastases in 1 or 2 regional lymph nodes
T1	Tumor invades the lamina propria, muscularis mucosae, or submucosa	N2	Metastases in 3 to 6 regional lymph nodes
T1a	Tumor invades the lamina propria or muscularis mucosae	N3	Metastases in 7 or more regional lymph nodes
T1b	Tumor invades the submucosa	N3a	Metastases in 7 to 15 regional lymph nodes
T2	Tumor invades the muscularis propria*	N3b	Metastases in 16 or more regional lymph nodes
T3	Tumor penetrates the subserosal connective tissue without invasion of the visceral peritoneum or adjacent structures ^{¶Δ}	Distant metastasis (M)	
T4	Tumor invades the serosa (visceral peritoneum) or adjacent structures ^{¶Δ}	M category	M criteria
T4a	Tumor invades the serosa (visceral peritoneum)	M0	No distant metastasis
T4b	Tumor invades adjacent structures/organs	M1	Distant metastasis

Table 1 Stage grouping

		M0					M1
		N0		N(+)			any N
Clinical stages (cTNM, cStage, to be decided based on preoperative imaging, staging laparoscopy findings and intraoperative findings)							
T1 (M, SM)/T2 (MP)		I		IIA			IVB
T3 (SS)/T4a (SE)		IIB		III			
T4b(SI)		IVA					
		M0					M1
		N0	N1	N2	N3a	N3b	any N
Pathological stages (pTNM, pStage, to be decided based on pathologic findings of the resected specimen)							
T1a (M)/pT1b(SM)		IA	IB	IIA	IIB	IIIB	IV
T2 (MP)		IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	
T3 (SS)		IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	
T4a (S)		IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	
T4b (SI)		IIIA	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC	

Tài liệu tham khảo

1. Võ Duy Long (2017), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III", *Luận án tiến sĩ Y học*.
2. Bray F. (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA Cancer J Clin.* 68(6), pp. 394-424.
3. "Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition" (2011), *Gastric Cancer.* 14(2), pp. 101-12.
4. Association Japanese Gastric Cancer (2017), "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4)", *Gastric cancer : official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association.* 20(1), pp. 1-19.
5. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer* (2020).
6. Akagi T, Shiraishi N, Kitano S (2011). "Lymph node metastasis of gastric cancer: review". *Cancers*, 3, pp. 2141-2159.
7. Kim HH, Ahn SH (2011). "The current status and future perspectives of laparoscopic surgery for gastric cancer". *J Korean Surg Soc*, 81, pp. 151-162.
8. Langell JT, Mulvihill SJ (2013). "Gastric adenocarcinoma and others gastric neoplasms". *Maingot's abdominal operations*, pp. 463 – 478.
9. Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C, editors. *TNM Classification of Malignant Tumours*. 8th ed. New Jersey: Wiley Blackwell; 2017.
10. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (2020). Gastric cancer.
11. Ngoại khoa ống tiêu hóa, Bộ môn Ngoại ĐHYD TPHCM

CHÂN THÀNH CẢM ƠN