

K đại trực tràng hiện nay, xếp hàng thứ 3

Ở VN xu hướng đặc biệt là khu đô thị đang tăng lên trong thập kỉ tới là hàng đầu đối với OTH

Chỉ sau K gan HCC, mà HCC chịu ảnh hưởng cả 1 thể hệ là vg B, hiện viêm gan B đang giảm nên HCC sẽ giảm và K đại tràng sẽ là đứng đầu

K đại trực tràng ngày càng trẻ hóa, cũng đúng do k dạ dày, K tụy, K gan.

Các kì vọng liên quan chăm sóc chu sinh vẫn nhiều

13t là trẻ nhất anh đã mổ

Ytnc (ko tách riêng đại vs rtucwj tràng): gần gũi chế độ ăn fastfood, HTL, rượu bia, vận động thể lực. =>K đại trực tràng ko giảm

Ytnc nội tại: lười hoạt động

SHPT: đọc lại trong sách: có 6 con đường (anh cũng chẳng nhớ đâu)

Biểu hiện ở biểu mô là chính (do start từ đây)

Khi tiến triển rồi thì có dạng loét, thâm nhiễm...

Hiện nay, sinh lý bệnh - điều trị chỉ nói K đại trực tràng biểu mô tuyến 90-95% các trường hợp k đại trực tràng (adenocarcinoma).

Trong dạng tuyến có các độ biệt hóa: UICC từ G1 đến G4

K di căn đến đại trực tràng: thực tế là u di căn phúc mạc, nếu nó gần đại trực tràng thì sẽ có. Biểu hiện từ ngoài vô vd chụp CT có u hoặc nhập viện vì tắc ruột hẹp ở đại tràng góc lách. Niêm mạc đại tràng khi đó đa số bình thường.

BN nội soi trực tràng có u, sinh thiết ra Car tuyến, một số tình huống K dạ dày di căn túi cùng Douglas: khi xâm lấn trực tràng và ăn sùi vô lòng trực tràng =>đều ra adenocarcinoma, nhưng coi kĩ trên phim thì sẽ có nguồn gốc từ dạ dày

K đồng phát 2 vị trí khác nhau trên oth hiếm gặp

Nói xâm lấn và lan rộng là đang nói tới TNM. Xâm lấn là T. T đúng hết trên ung thư đại trực tràng luôn, chỉ khác nhau 1 chỗ. Sự khác nhau này có người còn cãi nhau: đó là K trực tràng thấp dưới nếp phúc mạc có T4a hay không? T4a là xuống thanh mạc nhưng chưa CQ lân cận. Cái này ko có thanh mạc che phủ, mở quyển 8: note rõ đối với vậy thì **ko phân độ theo T4a, chỉ nói T4 là đc hoặc nói T4b**. Đối với N thì có N0 -->N2 phụ thuộc số hạch, sau này sự di căn N còn nhanh hơn di căn T. Có khi T2, t3 mà có N khác 0 rồi.

Theo nhật bản có N1 N2 N3 dựa theo chằng hạch. N1 là hạch cạnh đại tràng, n2 là hạch trung gian (feeding artery là mạch máu nuôi u), hạch chặn N3 là hạch quanh gốc xuất phát ...

ĐM hồi manh đại tràng

M thì tất cả K ống tiêu hóa thì di căn số 1 của nó là về gan vì hồi lưu theo hệ cửa. Đối với K ống tiêu hóa từ RN, đt, thậm chí dạ dày thì di căn gan là số 1. Còn theo TH hệ thống thì start ở phổi, não, xương và lan tràn trong ổ bụng. Trong phân độ M cũng có 0, 1a, 1b và 1c vì tiên lượng 1c cực xấu: K di căn phúc mạc.

Kinh điển sử dụng vẫn là lời mới nhất ra hỏi.

Lưu ý N1c: nghĩa là có tổn thương u nhảy cóc vô u cạnh đó mà không phải hạch. Vd mổ thấy cục trong mạc treo cạnh u nhưng khi lấy cục ra phép ko có cấu trúc hạch lympho. Đây thường gặp tuy nhiên đôi khi không có sự liên kết PTV và người nhuộm.

Điều trị K ĐẠI TRÀNG

Đối với k đại trực tràng, mổ là chủ yếu. (Các bệnh K, khi bn đc chẩn đoán K thì phải có board, tùy thời điểm mà có các phương thức khác nhau).

Đối với K đại trực tràng mổ đc là pt triệt căn, tiên lượng sẽ tốt hơn. Nếu 2 bệnh nhân cùng giai đoạn ung thư thì người đc mổ vẫn tốt hơn

Đối với PT thì nguyên tắc diện cắt an toàn

- Đối với giai đoạn sớm (I và II) tương ứng t1 t2 và n0 (n khác 0 là ko phải sớm). Làm sao phân biệt được N khác 0 hay bằng 0? Người ta cho phép định danh N trên CT dựa đặc tính hạch di căn trên CT. Nó có nhiều kích thước, **hạch $\geq 5\text{mm}$ thì xác định là đếm được**. Bt cũng có hạch, từ 3-5mm là cũng phát hiện được. $< 5\text{mm}$ thì cho phép ko di căn. Tiếp theo: **morphology: tròn đều thì gợi ý, bờ nhám nhỏ là gợi ý, bắt thuốc, ko đồng nhất (cục hạch phủ chỗ đậm chỗ nhạt) là gợi ý**.
- Trực tràng thì thú vị hơn
- Giai đoạn I và II: cắt đaonj đại tràng, nếu ko gì đặc biệt thì ko cần hóa trị hỗ trợ. Như vậy nguy cơ cao là:
 - bn vào biến chứng của u vd tắc ruột, thủng ruột (ko phải vỡ do u) do tắc đại tràng góc lách - do định luật Laplace manh tràng có khẩu kính lớn nhất nên dẫn nhiều nhất và dễ vỡ nhất. U phải

T3, t4 trở nên mới vỡ đc

- Ptv mổ xong nói cắt ko an toàn, hoặc là ảnh thấy pt hạch ko tốt, nói chung pt tiêu chuẩn ko tốt thì sẽ bàn với ông hóa trị =>bn đc hóa trị
- Phẫu tích ko đủ 12 hạch. Trong TNM sẽ có CDN, BDNM. Nếu pt ra 8 hạch âm tính hết thì lúc đó xếp là N0 nhưng là nguy cơ cao vì chưa lấy đủ số hạch cần là 12. Khi đó cho phép cân nhắc BS hóa trị (vì nó phụ thuộc, tuổi, nội khoa,...)
- Đối với đại tràng có T3 T4a còn có thể pt triệt căn thì vẫn cho phép. Ngoài ra có cách hóa trị trước pt. Nc thấy hiệu quả như nhau nhưng nếu cắt đc thì vẫn ưu tiên hơn. ... Cắt giảm khối thì K diễn tiến nhanh hơn.

K đại trực tràng gây K biến chứng khó chịu: hầu như đều là TẮC RUỘT (ko phải hoàn toàn, maybe 2-3m nay bán tắc) và XHTH (đa phần là rỉ rả và bn bị thiếu máu). Do đó nếu pt triệt căn đc rồi sau đó hóa (đây đang nói K đại tràng)

- K giai đoạn 4 (N khác 0) thì tiếp cận khác. Đối với T1 hoặc Tis chưa xuống lớp dưới niêm thì sẽ xem xét xem có thể cắt u qua nội soi đại tràng hay không, cắt đây là cắt trọn. Cắt qua nội soi đại tràng, GPB nói clear thì theo dõi. Cònlưu ý đang nói tới T1 phải là N0.
- K giai đoạn 4: đối với u di căn hoặc u nguyên phát: cả 2 đều cắt đc thì vẫn xếp đc vào phẫu thuật triệt căn. Nếu như 1 trong 2 cái cắt không được thì cân nhắc điều trị hỗ trợ. Tuy nhiên lưu ý có u nguyên phát có biến chứng: nghĩa là u trực tràng đang tắc ruột+ di căn gan đa ổ 2 bên =>cắt u hoặc giải quyết tắc ruột làm hậu môn nhân tạo trên chỗ tắc.

PP phẫu thuật:

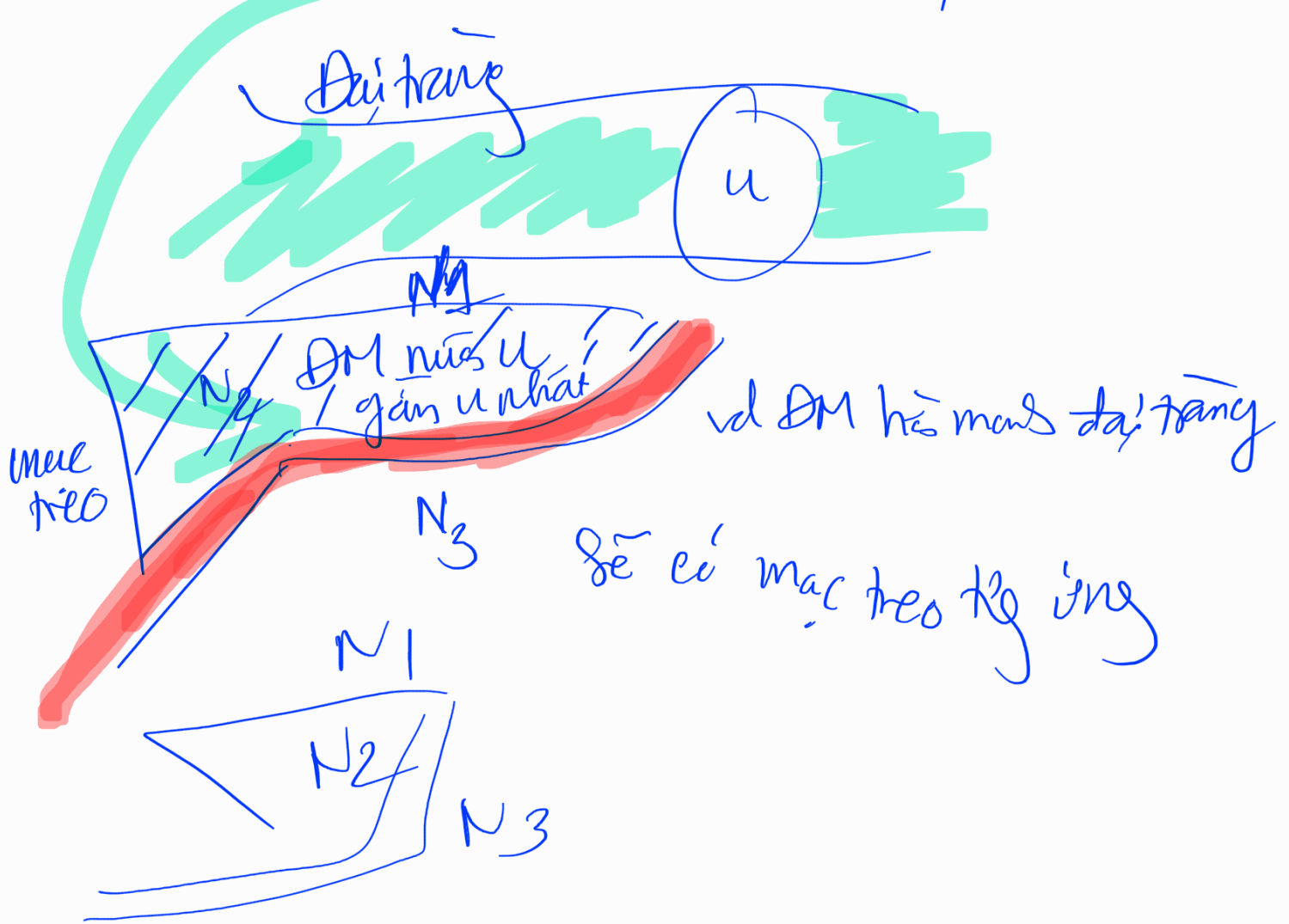
Cắt đại tràng phải đơn thuần: chỉ cắt cho K manh tràng và đại tràng lên.
Mình làm gì?

Phẫu táng: CME
CME

Chấn A': Quan trọng
chúng nên dùng

D₁ / D₂ / D₃

feeding artery



Để có diện tốt thì phải trên 10cm. Hiện nay thích diện cách 10cm hơn D1, D2, d3 tương ứng hạch chằng

CVL: quan điểm lấy trọng ĐM feeding artery;: thắt đc đm + lật hết mạc treo tới thành ruột.

CME + CVL = D2 (nói chơi cho vui)

Đối với K manh tràng: feeding artery là đm hồi manh đại tràng.

Đối với cắt đại tràng phải mr - K đại tràng góc gan hoặc 1/3 ĐT ngang: FA là ĐM đại tràng P hoặc ĐM đại tràng giữa (quan trọng nào gần u hơn).

Muốn là thì thắt tận gốc middle colic. ...

K đại tràng trái, góc lách: ĐM đại tràng trái

K đại tràng ngang gần góc lách: đm nuôi u là ĐM đt trái hoặc middle colic.

Nếu K đt ngang mà middle colic thì buộc phải thắt middle colic. Lúc đó gọi là pt cắt đt trái mở rộng (unofficial name)

ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

- Một số bn nhập viện vì biến chứng tắc ruột, điều trị cân nhắc thêm tình trạng hiện tại.

Thủng u: loại bỏ ổ nhiễm trùng. Ngay cả cắt R1 hay R2 thì cũng phải làm. Đối với xhth thì bên cạnh pt, pt ko là 1st choice. Làm sao biết XHTH là biến chứng hay triệu chứng của K? Nếu bn ko thiếu máu, ko tiêu máu đại thể, ko chảy máu tiếp diễn thì là triệu chứng thôi. Nhưng ca này XHTH trung bình, chảy máu mạch nhanh, ha tụt thì là biến chứng. Khi nói biến chứng thì tui phải quan tâm xử trí trong đợt này.

Hóa trị:

K đại tràng nếu còn pt triệt căn thì pt,

Xạ trị vẫn là nghiên cứu thôi, vì nhiều lí do tổn thương mô phụ cận. Vd K đại tràng lên ...

K giai đoạn 3 trở lên thì có chỉ định hóa trị, hoặc là giai đoạn 2 có nguy cơ cao

UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Trực tràng dù 15cm nhưng số ca nhiều gấp 1.5 lần đại tràng còn lại

Gp: có nhiều cách chia: 5-5-5. Hội nghị vẫn xài cách chia này. Nhật có cách Rs (chỗ nối đại tràng chậu hông), Ra (above trên nếp phúc mạc), Rb (below).

Mạc treo trực tràng là khối mỡ bao quanh trực tràng

Bao mạc treo trực tràng là mạc riêng trực tràng.

K trực tràng dưới nếp phúc mạc ko xài T4a, có thể nói t4 hoặc T4b thôi.

Pt cắt trước, cắt trước thấp, cắt cực thấp

Phẫu thuật APR (cắt ngả bụng và cắt tầng sinh môn) = phẫu thuật Milles

Mô tả Heald: trong K có gđ T (xâm lấn trong thành ruột). K trực tràng có thành trực tràng và mạc treo trực tràng. Xâm lấn chỗ 2 là CRM (+)... Holy plan vào khoang này thì ít chảy máu trong mổ

Phương tiện chẩn đoán: trong K đại tràng staging tốt nhất là ct. Còn K trực tràng buộc phải có MRI (coi lại slide + sách) Có hiện diện tế bào ung thư có thể ... <1mm là có liên quan

SA trong lòng trực tràng: đánh giá khá tốt nhưng ko thay đc MRI đặc biệt là khi u lớn làm đầy ống SA ko qua đc. Ngoài ra còn đánh giá khác như CRM, di căn hạch trống,... thì ko đánh giá đc

Đt K trực tràng rác rối hơn. Cho đến ngày nay có 3 guideline thực hành. Có điểm chung là: pt cắt trước - trước thấp (nghĩa là quá nếp phúc mạc) - cực thấp (ko cần nhớ). TME là pt cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Đối với k trực tràng N=0 và T1 với T2 cho phép làm pt TME. Còn có PME nếu u trực tràng cao quá thì chỉ cần cắt u từ 2-4cm là đc. U mà xâm lấn trong thành trực tràng 2cm là đủ, trong mạc treo là 4cm. ...

T3 thì còn tranh cãi, đa phần nghiêng về dt tân hỗ trợ
Đối với k giai đoạn 4 trở lên, nghĩa là khối u di căn nguyên phát thì cso tế app như k đại tràng (cả 2 mổ đc thì mổ)

Pt cắt gian cơ thắt ASA

Câu hỏi thắc mắc: K đại trực tràng trẻ tuổi lấy mốc VN bao nhiêu? Hiện 40t. <40t là K đại trực tràng ở người trẻ tuy nhiên khái niệm đều tương đối. Guideline mỹ hiện là 45. Gọi là tầm soát là 40-45 nhưng theo số đông là 40t.