

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Sub chữ đỏ nha, slide cũ nói chung là thiếu nhiều lắm, nên sau nhắc cập nhập lại slide nha

THS BS VÕ DUY LONG

BM NGOẠI – KHOA Y – ĐHYD TPHCM

KHOA NGOẠI TIÊU HÓA – BV ĐHYD TPHCM

ĐT: 0918 133 915

EMAIL: longvoduy26@yahoo.com

Soạn bởi Team đi trễ - Tổ 9 – Y15B

Mục tiêu

1. Chẩn đoán được ung thư dạ dày và chẩn đoán giai đoạn
2. Trình bày được các nguyên tắc trong điều trị ung thư dạ dày
3. Trình bày được các chỉ định phẫu thuật trong điều trị ung thư dạ dày
4. Trình bày được các biến chứng trong các phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày
5. Biết được các phương pháp điều trị hỗ trợ ung thư dạ dày

Giải phẫu bệnh: 4 thể

1. Thể chồi sùi: soi là thấy liền → chẩn đoán rất dễ
2. Thể loét bờ cao → chẩn đoán dễ
3. Thể loét bờ không cao = thành dạ dày
4. Thể thâm nhiễm: ung thư nằm trong thành dạ dày (thâm nhiễm trong thành dạ dày)

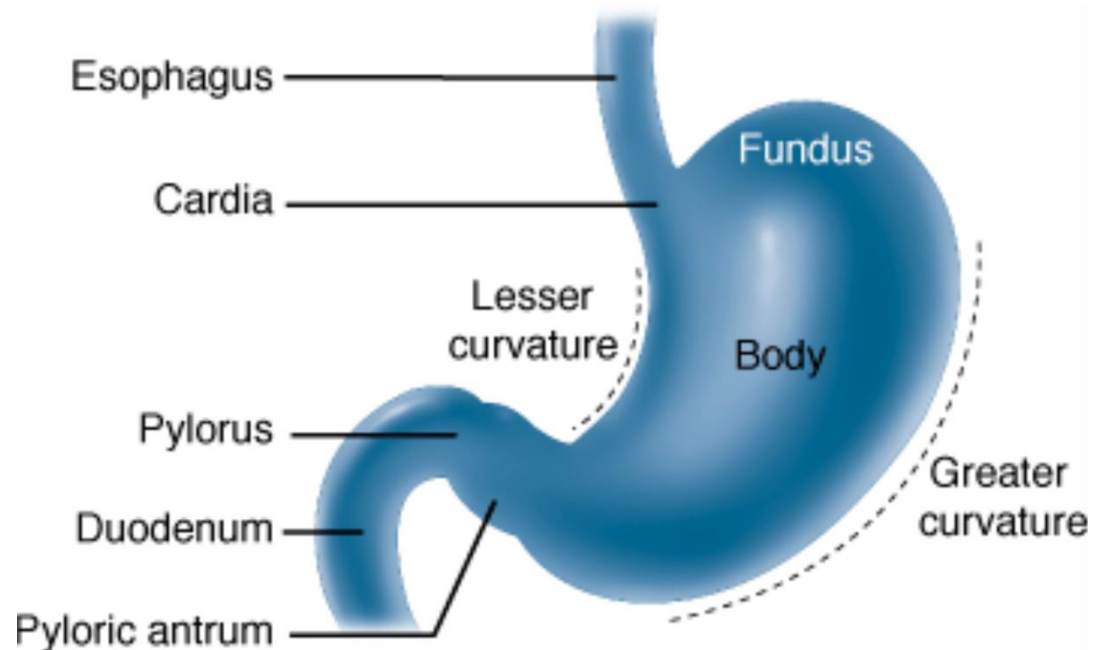
Thể thứ 3 và 4 rất khó chẩn đoán

Ồ loét mất niêm mạc (niêm mạc bình thường có nhiều nếp gấp, cơ giãn ra) thì thể 3,4 chẩn đoán khó _ chả hiểu thầy nói gì :3

Loại 4 không có kinh nghiệm ko chẩn đoán được, mình làm xn khác sinh thiết, CT-scan

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: Brunicaardi 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>

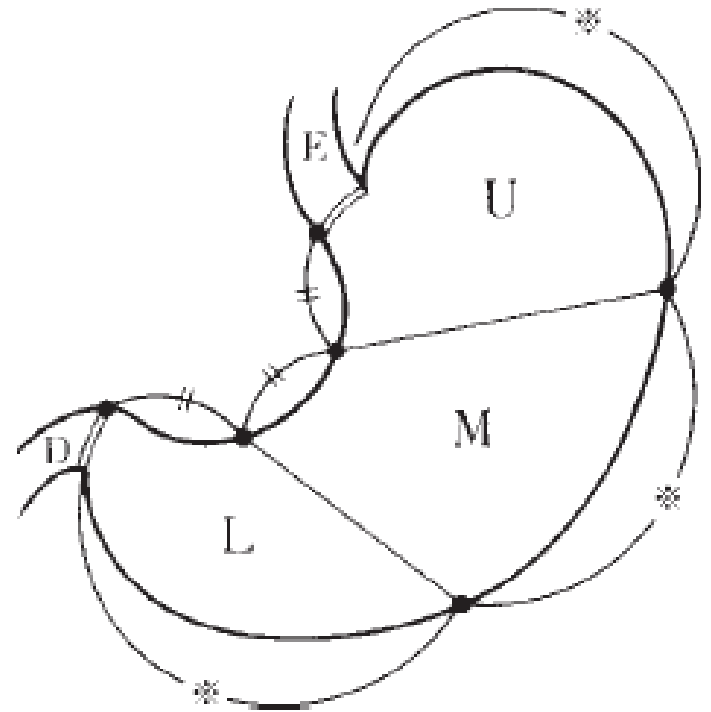
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Nhắc lại giải phẫu

Theo ứng dụng phẫu thuật

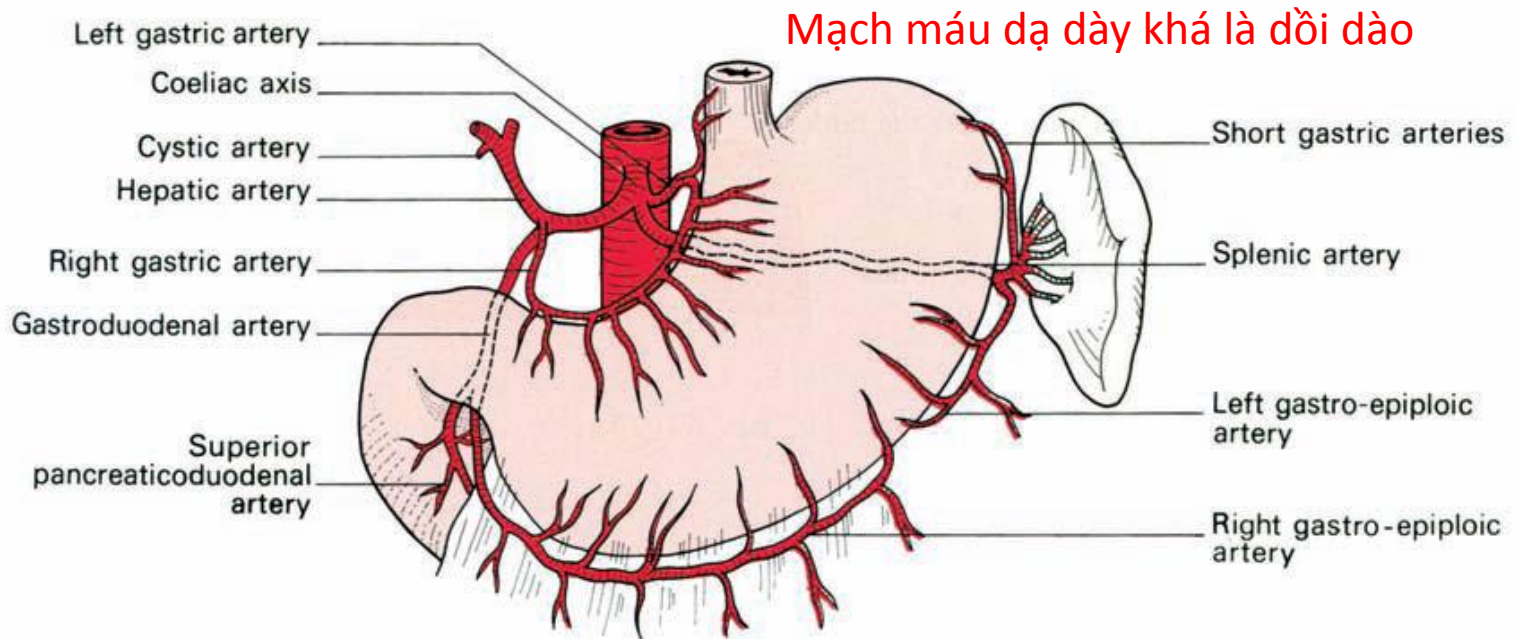
3 đoạn

- Nếu u chỉ ở vùng nào thì ta ký hiệu chữ cái theo vùng đó.
- Nếu u ăn lan tới hơn 1 vùng của dạ dày thì chữ cái vùng có u chiếm nhiều nhất đứng trước. Ví dụ như u chủ yếu ở 1/3 dưới ăn lên 1/3 giữa thì ký hiệu là LM, u ở 1/3 giữa là chủ yếu ăn lan xuống 1/3 dưới và 1/3 trên thì ký hiệu là MLU hoặc MUL...
- Nếu u ăn lan lên thực quản thì ký hiệu là E, ăn xuống tá tràng ký hiệu là D



Trong phẫu thuật chia 3 vùng: trên, giữa dưới để đánh vùng phẫu thuật

Mạch máu



Hạch bạch huyết

Theo Hiệp hội nghiên cứu về ung thư dạ dày của Nhật Bản như sau: (hình 3)

- Nhóm hạch số 1: bên phải tâm vị
- Nhóm hạch số 2: bên trái tâm vị
- Nhóm hạch số 3a: bờ cong nhỏ dạ dày dọc theo những nhánh còn lại của ĐM vị trái
- Nhóm hạch số 3b: bờ cong nhỏ dạ dày dọc theo nhánh thứ 2 và phần xa của ĐM vị phải
- Nhóm hạch số 4sa: dọc theo các mạch máu vị ngắn
- Nhóm hạch số 4sb: dọc theo bó mạch vị mạc nối trái
- Nhóm hạch số 4d: dọc theo bó mạch vị mạc nối phải
- Nhóm hạch số 5: trên môn vị
- Nhóm hạch số 6: dưới môn vị

CHẶNG 1

Theo Nhật Bản chia nhiều chặn

Chặn 5 và chặn 1 là nhóm 1 đến nhóm 6 là những hạch trong thành dạ dày

Chặn 2 là chặn mạch máu nuôi (nghe không rõ hình như là thân) dạ dày là 7 đến 12

1-3-5 bờ cong nhỏ (1: bên phải tâm vị, 3 là bờ cong nhỏ, 5 là trên môn vị)

2-4-6 bờ cong lớn (2: bên trái tâm vị, 4: dọc vờ cong lớn, 6: dưới môn vị)

Nhóm 3 vs 4 có chia ra giống slide á

Nhóm 6 chia nhiều lắm chuyên sâu mới học

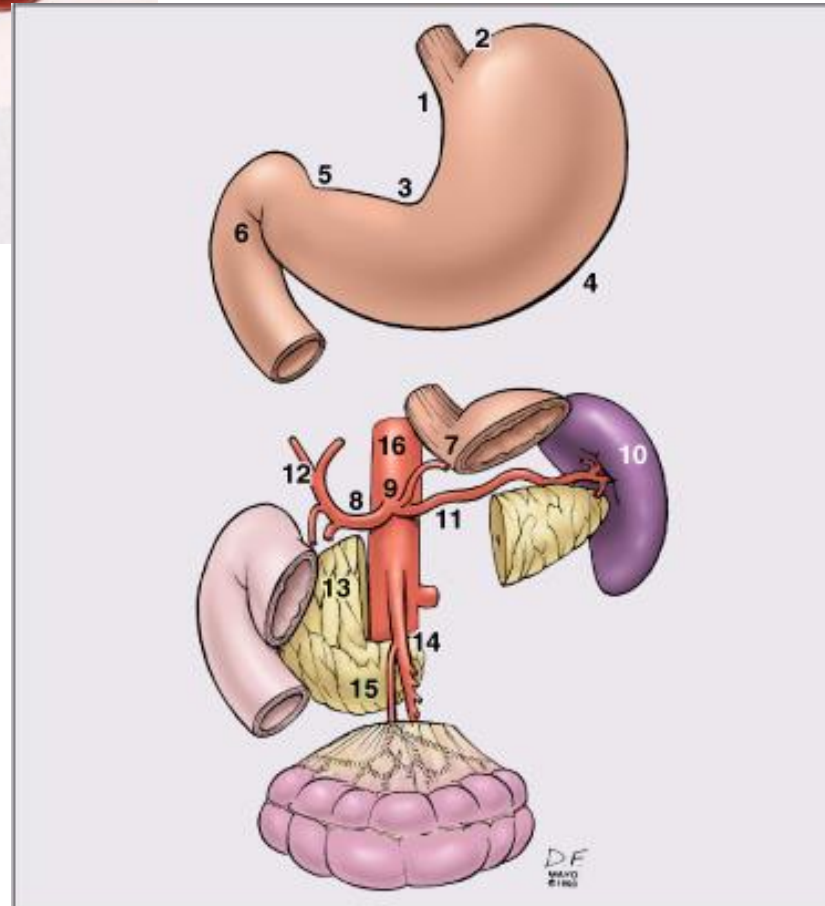
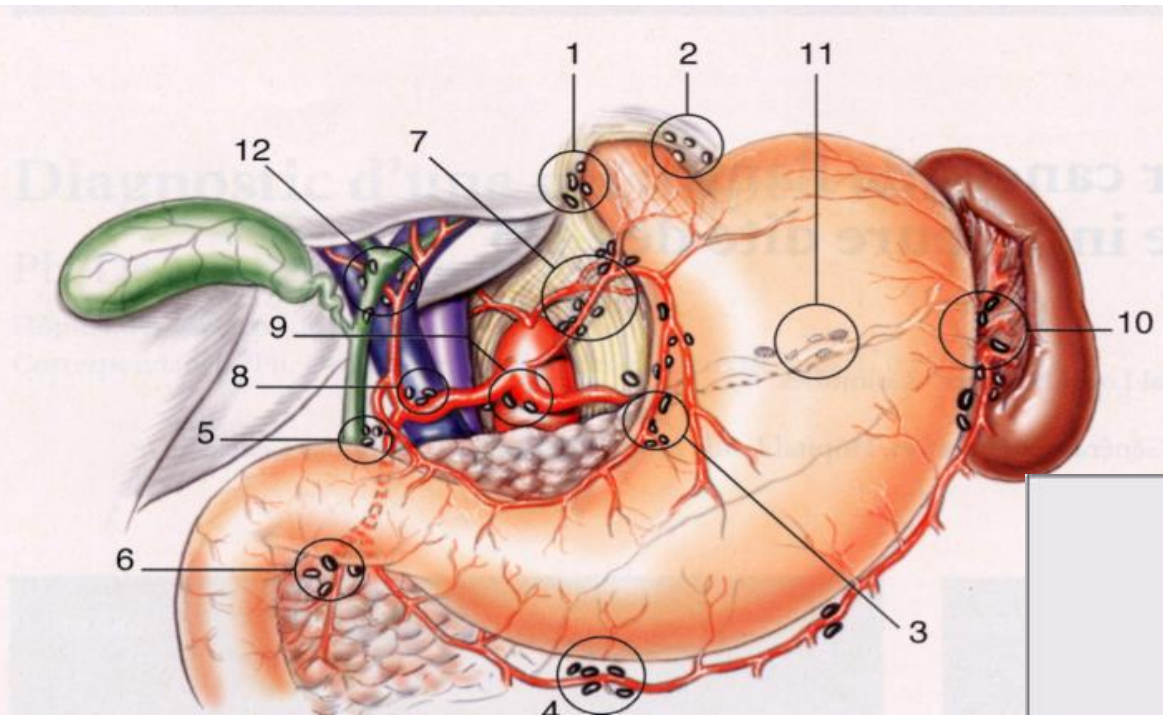
- Nhóm hạch số 7: dọc động mạch vị trái
- Nhóm hạch số 8a: dọc động mạch gan chung (nhóm phía trước, trên)
- Nhóm hạch số 8p: dọc động mạch gan chung (nhóm phía sau)
- Nhóm hạch số 9: quanh động mạch thân tạng
- Nhóm hạch số 10: vùng rốn lách
- Nhóm hạch số 11p: dọc theo động mạch lách (phần gần)
- Nhóm hạch số 11d: dọc theo động mạch lách (phần xa)
- Nhóm hạch số 12a: dây chằng gan- tá tràng (dọc động mạch gan)
- Nhóm hạch số 12b: dây chằng gan- tá tràng (dọc đường mật)
- Nhóm hạch số 12p: dây chằng gan- tá tràng (phía sau tĩnh mạch cửa)

CHẶNG 2

Thầy bảo nhớ nhiều đó thôi ha, không sao hết bước đầu học bài này cho quen, nhìn hình từ từ rồi sẽ quen =))

- Nhóm hạch số 13: mặt sau đầu tụy
- Nhóm hạch số 14v: dọc theo tĩnh mạch mạc treo tràng trên
- Nhóm hạch số 14a: dọc theo động mạch mạc treo tràng trên
- Nhóm hạch số 15: dọc theo bó mạch đại tràng giữa
- Nhóm hạch số 16a1: động mạch chủ giữa trụ hoành
- Nhóm hạch số 16a2: dọc theo động mạch chủ bụng (từ bờ trên động mạch thân tạng đến bờ dưới tĩnh mạch thận trái)
- Nhóm hạch số 16b1: dọc theo động mạch chủ bụng (từ bờ dưới tĩnh mạch thận trái đến bờ trên động mạch mạc treo tràng dưới)
- Nhóm hạch số 16b2: dọc theo động mạch chủ bụng (từ bờ trên động mạch mạc treo tràng dưới đến chỗ chia đôi)
- Nhóm hạch số 17: mặt trước đầu tụy
- Nhóm hạch số 18: dọc theo bờ dưới tụy
- Nhóm hạch số 19: dưới cơ hoành
- Nhóm hạch số 20: khe hoành thực quản
- Nhóm hạch số 110: dọc theo 1/3 dưới thực quản
- Nhóm hạch số 111: trên cơ hoành
- Nhóm hạch số 112: trung thất sau

CHẶNG 3 (các hạch di căn xa)



Ở đây là slide yếu tố nguy cơ

Sub: Nguyên nhân thực sự chưa rõ ràng, chỉ có ytn

Ytn tiếp xúc nhiều thì khả năng K cao hơn. Nhiều bạn đi làm bệnh án nói với thầy bn có vấn đề vì bn ăn nhiều đồ nướng quá, vậy là mấy quán BBQ là sập tiệm hay gì. Người ta ăn cả đời có sao đâu.

Ở đây là slide GPB

Sub: giống sub trên, hình giống trong sách

Hình như ở đây có 1 cái hình

Thấy loại 2, ổ loét thấy rõ

Có những mô xung quanh loạn sản, niêm mạc mất bóng

Ung thư sớm, nếu chẩn đoán ở giai đoạn này thì ddieeuft trị hoàn toàn hết bệnh

Loại 1 chồi sùi, ổ loét nhỏ → khó chẩn đoán

Đây là slide Vi thể

Tùy loại chuyển hóa (????) hay là lan tỏa, tuy nhiên cái này mục tiêu để mình tùy theo để mà điều trị hóa chất thôi

Giá trị đích vẫn là carcinoma tuyến, người ta chia ra dạng nhú, dạng ống (ống chia ra biệt hóa tốt hay trung bình hay kém), dạng đặc (tế bào tập trung vô một chỗ), dạng rời rạc (tế bào phân chia ra xung quanh), ung tế bào nhẵn dạng nhầy
TB nhẵn: tế bào nhân lệch qua 1 bên như đeo nhẫn lệch, xung quanh là bào tương

CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng

- - Đau bụng âm ỉ vùng thượng vị kéo dài
- - Đầy bụng, ăn chậm tiêu
- - Chán ăn
- - Nôn ói
- - Tiêu phân đen hay tiêu ra máu
- - Khám lâm sàng thấy dấu hiệu thiếu máu hay sờ thấy u bụng

Cận lâm sàng

- **Soi dạ dày và sinh thiết**
- Chụp dạ dày cản quang (?)
- **CT scan bụng có cản quang (tiêm tĩnh mạch và uống).**
- XQ ngực thẳng >> chụp CT scan ngực có cản quang)
- Sinh thiết tổn thương di căn nếu nghi ngờ di căn
- Test HEU 2 (?) **ủi tương HER 2 ???**

Giai đoạn sớm thường rất nghèo nàn, không có tr/ch gì hết

Người bệnh đến với mình đau bụng mơ hồ, ăn không tiêu → giống sv y =))

Khi nào mới gọi là bệnh, khi mà nó kéo dài trên 2 tuần → người bệnh vô với tr/ch kéo dài trên 2w, chúng ta nên xem như K dạ dày cho đi nội soi

Giai đoạn trễ thì tùy vị trí

- Tâm vị thường gây nuột nghẹn
- Môn vị: đau bụng, nôn thức ăn cũ
- Thân vị: biểu hiện âm thầm, không có tr/ch, có thể chảy máu rỉ rả gây thiếu máu, tr/ch đau bụng âm ỉ lâu dài

→ Tùy theo giai đoạn, tùy theo vị trí mà có các triệu chứng khác nhau, không hằng định (có thể tình cờ sờ khối u ổ bụng, tình cờ nội soi phát hiện do bn đầy bụng khó tiêu, có thể bn đau bụng âm ỉ, có thể bn vô vì thiếu máu chưa rõ nguyên nhân soi phát hiện ra, có thể bn vô vì nôn ói)

Nhớ là K dạ dày không có tr/ch rõ ràng, mơ hồ, không có cái gì đặc hiệu hết, trừ khi có biến chứng (ói ra máu, thủng dạ dày, hẹp môn vị, hẹp tâm vị,...)

viêm dạ dày có đau bụng; viêm đại tràng, viêm tụy cấp, viêm túi mật có buồn nôn → K dạ dày tr/ch mơ hồ ở giai đoạn sớm

Nội soi dạ dày và sinh thiết là tiêu chuẩn vàng → chẩn đoán xác định

- Đơn giản, rẻ, giá có nửa triệu à (người có tiền suy nghĩ khác thật T.T), phổ biến
- Bắt buộc phải làm
- Khám bệnh nghi K dạ dày bắt buộc phải cho nội soi dạ dày, có thương tổn thì sinh thiết, sinh thiết nhiều mẫu (**6-8 mẫu ở các vị trí khác nhau**)

Chụp dạ dày cản quang không cần thiết phải làm nữa

Khi có gpb chẩn đoán xác định bệnh rồi thì **chẩn đoán giai đoạn** bệnh TMN -> **bắt buộc CT-scans bụng chậu có cản quang** (cản quang tiêm tĩnh mạch và uống nước để làm căng dạ dày)

- Hình ảnh dày thành dạ dày, chẩn đoán cơ quan xung quanh, số lượng hạch, kích thước hạch, vị trí hạch, hình dạng hạch (hạch tua gai thường của K di căn), chẩn đoán di căn gan, phúc mạc, buồng trứng, ổ bụng

Di căn phổi ngày trước sử dụng X-quang phổi, bây giờ chụp CT-scans chẩn đoán di căn phổi cao hơn rất rất là nhiều, do đó nên chụp CT-scan phổi

- ĐHYD chụp CT-scan ngực bụng thường quy

Test HER2 để điều trị liệu pháp nhắm trúng đích ở sang thương, nếu bn có chỉ định phẫu thuật thì có chỉ định (tiền phẫu hay gì nghe ko rõ)

Chỗ này hình như có cái hình

Thành dạ dày bth, nếp niêm mạc bình thường đẹp dễ, thành mỏng

Chỗ này thành dày của K, (bình thường khối hạch kích thước dày bất khúc) hạch ung thư di căn

Liệu pháp nhắm trúng đích

Giải phẫu bệnh sau mổ: HER 2

Bệnh phẩm ngâm Formol trung tính trong vòng 30 phút sau khi cắt dạ dày và gửi về khoa GPB trong vòng 48 giờ

⇒ Liệu pháp nhắm trúng đích

Trastuzumab (Herceptin): kháng thể đơn dòng tái tổ hợp DNA có nguồn gốc từ người, tác động chọn lọc lên thành phần ngoại bào của protein thụ thể 2 của yếu tố tăng trưởng biểu bì người (HER2).

Người có biểu hiện HER2, mình dùng thuốc này để mình ngăn chặn sự phát triển tế bào gọi là nghiệm pháp nhắm trúng đích

Hóa trị liệu là dùng hóa chất để diệt tế bào, không cho nó nhân đôi, còn thuốc này ức chế thụ thể tế bào

Nên liệu pháp này nhẹ nhàng hơn, nhưng hơi mắc, 1 phác đồ cỡ nửa tỷ (mình thấy quá mắc nha :v chứ ko hơi mắc)

Biến chứng

Thủng dạ dày

Chảy máu dạ dày

Hẹp môn vị

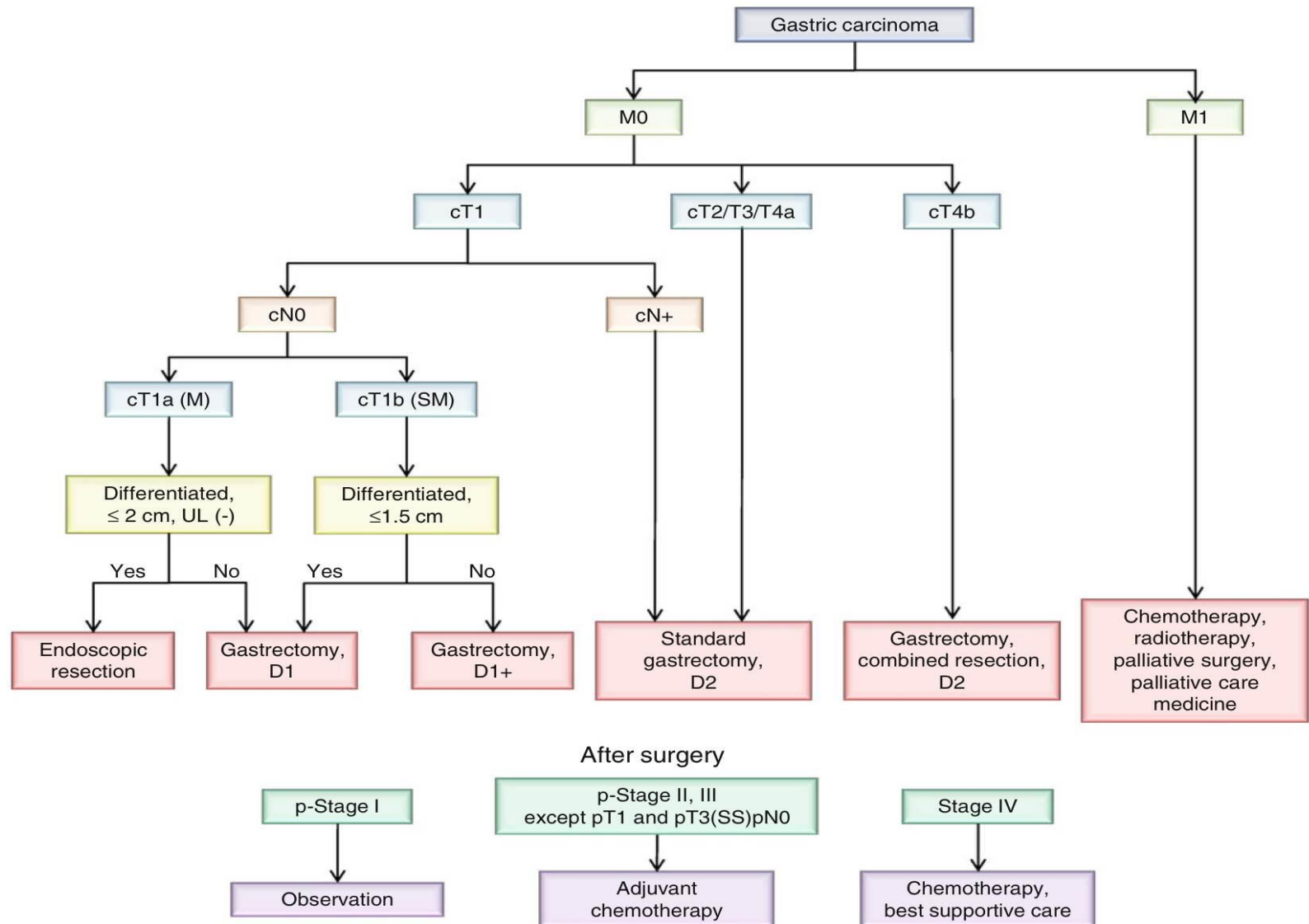
Hẹp tâm vị

Đây là biến chứng thường gặp của bệnh

- Thủng dd: bn đau bụng đột ngột, lan ra khắp bụng, bụng gồng cứng như gỗ, chụp X-quang thì thấy liềm hơi dưới hoành
- Chảy máu dạ dày (khối u ăn vô mm, nó vỡ chảy ra): ói ra máu, ọc ra máu, xuống ruột non-đại tràng thì tiêu phân đen, ảnh hưởng huyết động
- Hẹp môn vị: bn đau bụng, ói ra thức ăn cũ, khám dấu óc ách, chụp X-quang dd dẫn to, thuốc không qua được môn vị
Sau 6h nếu thuốc còn ở trong dd, không qua được tá tràng thì chẩn đoán hẹp môn vị
- Hẹp tâm vị: nghẹn, ói ra, X-quang thấy thuốc nằm ở thực quản không qua được dd

Có biến chứng chẩn đoán dễ, đừng để khi chẩn đoán lúc biến chứng

Phác đồ điều trị



- K dạ dày nếu có di căn xa rồi (M1) thường người ta điều trị bằng hóa trị liệu, xạ trị thường ít không có hiệu quả đâu, và phẫu thuật giảm nhẹ (nghĩa là khi có biến chứng người ta điều trị biến chứng mà thôi)
- Khi không có di căn xa thì phẫu thuật cắt dạ dày
- Nếu chẩn đoán sớm ở giai đoạn sớm, ở gd T1a thôi thì chúng ta điều trị qua nội soi (nghĩa là vừa nội soi chúng ta cắt mảnh niêm mạc dưới u đi – giai đoạn sớm mà, nhỏ hơn 2cm thì cắt qua nội soi điều trị hết luôn, không cần phải cắt dạ dày)

Nhớ phác đồ này (ôi vãi -_- bài qq gì mà cái gì cũng phải nhớ)

c là viết tắt của (mình ngu ava lắm ko nghe ra đâu =)))) nghĩa là trước khi mổ, dựa vào CT-scan để chẩn đoán

p là (...) nghĩa là sau khi mổ chúng ta dựa GPB để chẩn đoán

Phác đồ 2018 phức tạp, dành cho chuyên sâu (đỡ học :3 sướng haha)

Khi ta ngồi phòng khám, thấy bn đau bụng, ăn ói, chúng ta làm gì đầu tiên? → nội soi dạ dày liền, thấy ổ loét nghi ngờ ung thư thì hội chẩn chuyên khoa, hoặc chụp CT phối hợp (không GPB ta :v tại sao v mn)

Nguyên tắc điều trị

Nhớ giữ nguyên tắc điều trị - thầy said :v

Di căn hạch xảy ra khá sớm: T1a từ 3 – 5%, T1b từ 16 – 25%, T2 di căn hạch đến 50%, T3 – 4 di căn hạch lên đến 80 – 90%

Phẫu thuật

Hoá trị tân hỗ trợ

hóa trị hỗ trợ sau mổ

Xạ trị chưa chứng minh hiệu quả

Miễn dịch liệu pháp liệu pháp nhắm trúng đích

K dạ dày di căn hạch sớm, do đó nguyên tắc là **phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch** (nhớ kỹ nha)

Ví dụ:

bướu ở lớp niêm mạc là T1 thô 3-5% di căn hạch rồi

Giai đoạn 2 dưới niêm rồi 16-25%

Giai đoạn 3-4 thì 50 đến 80-90% di căn hạch rồi

Nhóm hạch này giới thiệu, K dạ dày di căn nhóm hạch đó tỷ lệ rất là cao, do đó nguyên tắc là phẫu thuật cắt dd và nạo hạch được chỉ định trc tiên. Nghĩa là K dd nếu còn chỉ định phẫu thuật thì chọn phẫu thuật là điều trị trước tiên và khi cắt dd thì kèm theo nạo hạch điều trị

Thứ 2 là sau mổ ta hóa trị hỗ trợ, nghĩa là sau khi mổ một số nhạ hóa trị, sau khi mổ ở giai đoạn 2,3,4 tiến triển á bắt buộc phải dùng hóa trị hỗ trợ thì cải thiện đời sống được

Xạ trị quên đi

Có HER2 thì sử dụng liệu pháp nhắm trúng đích

Phẫu thuật triệt để là phẫu thuật cắt bỏ 1 phần hay toàn bộ dạ dày kèm theo khối u, mạc nối lớn, nạo hạch rộng rãi
Phẫu thuật tạm bợ khi có biến chứng nhưng không còn chỉ định phẫu thuật triệt để được nữa

Nhớ trình tự:

- Phẫu thuật là trước tiên nếu còn chỉ định, phải kèm nạo hạch
- Sau mổ thì dùng hóa trị
- Nếu BN có HER2 thì sd liệu pháp nhắm trúng đích
- Phẫu thuật triệt để, phẫu thuật tạm bợ

Nguyên tắc phẫu thuật

6 cái

Đây là khi bn có chỉ định phẫu thuật
thì sẽ có n/tắc phẫu thuật

- Cắt bỏ hết mạc nối lớn, mạc nối nhỏ
- Nạo vét hạch hệ thống tùy theo vị trí của thương tổn ung thư với ít nhất là 15 hạch
- Bờ cắt dưới môn vị # 2 cm. Ung thư dạ dày rất hiếm khi ăn xuống tá tràng quá giới hạn này.
- Bờ cắt trên ít nhất là 5 cm. (thầy đọc là 4 cm, không biết slide mới là mấy)
- (cái gì đó nghe không rõ)
- Cắt lách thường quy hay dự phòng không có chỉ định. Việc cắt lách chỉ được thực hiện khi lách hoặc rốn lách bị xâm lấn. (nghĩa là cắt lách không thường quy)

Định nghĩa phẫu thuật

Phẫu thuật R0: không còn tế bào ung thư ở bờ mặt cắt (vi thể không còn) → triệt để nhất, mọi phẫu thuật làm sao cho đạt được R0, ứng dụng cho tất cả mọi phẫu thuật

Phẫu thuật R1: còn tế bào ung thư ở bờ mặt cắt trên vi thể (thấy cắt tốt nhưng kính vi thể vẫn còn)

Phẫu thuật R2: còn tế bào ung thư ở bờ mặt cắt trên đại thể (khối u mình ko thể nào cắt hết được thì chắc chắn R2 rồi, thường là phẫu thuật cắt làm sạch, tạm bợ)

Ung thư dạ dày giai đoạn sớm

Early gastric cancer (EGC) is defined as invasive gastric cancer that invades no more deeply than the submucosa, irrespective of lymph node metastasis (T1, any N)

Chẩn đoán Nội soi dạ dày

- White Light Endoscopy

- Dye-Based Image-Enhanced Endoscopy: Chromoendoscopy

- Equipment-Based Image-Enhanced Endoscopy: Narrow Band Imaging

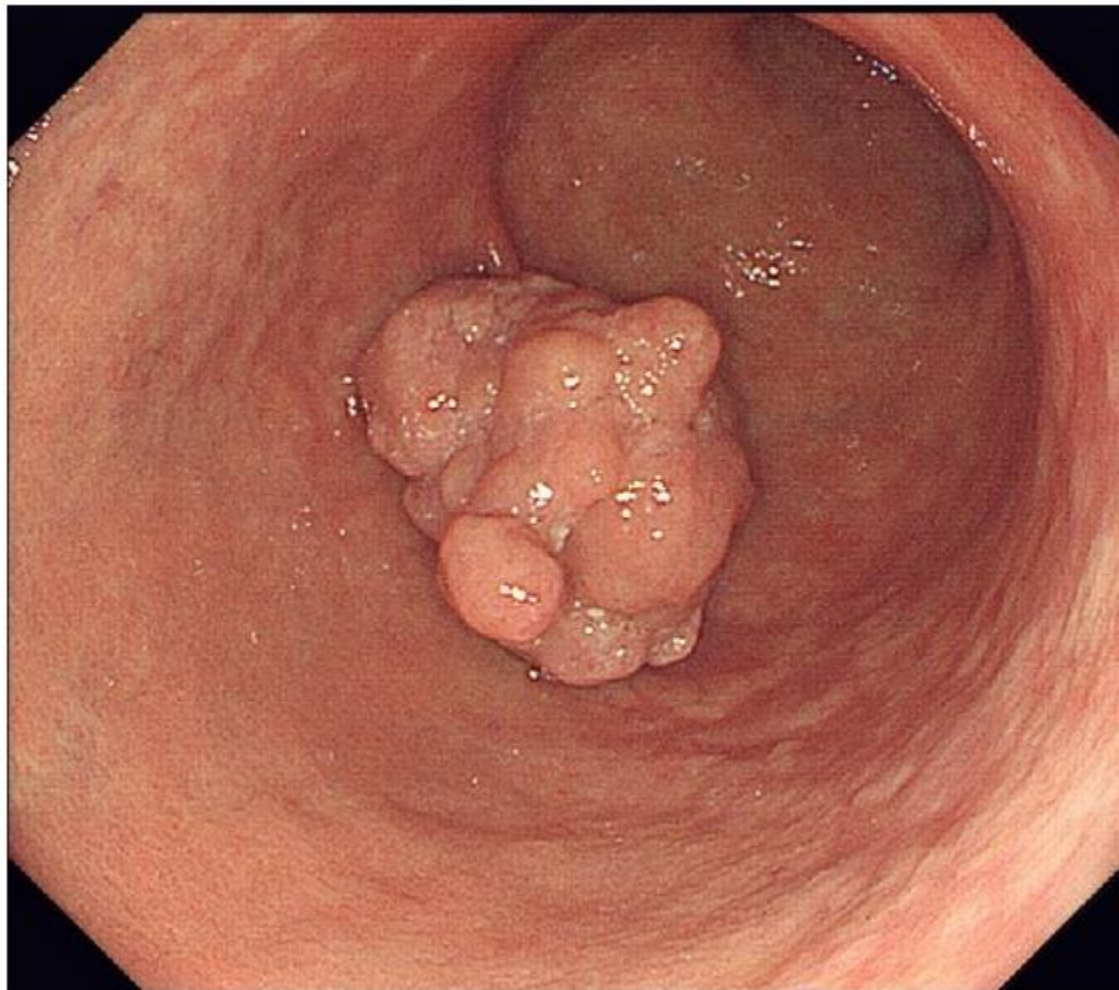
- Endoscopic Ultrasonography

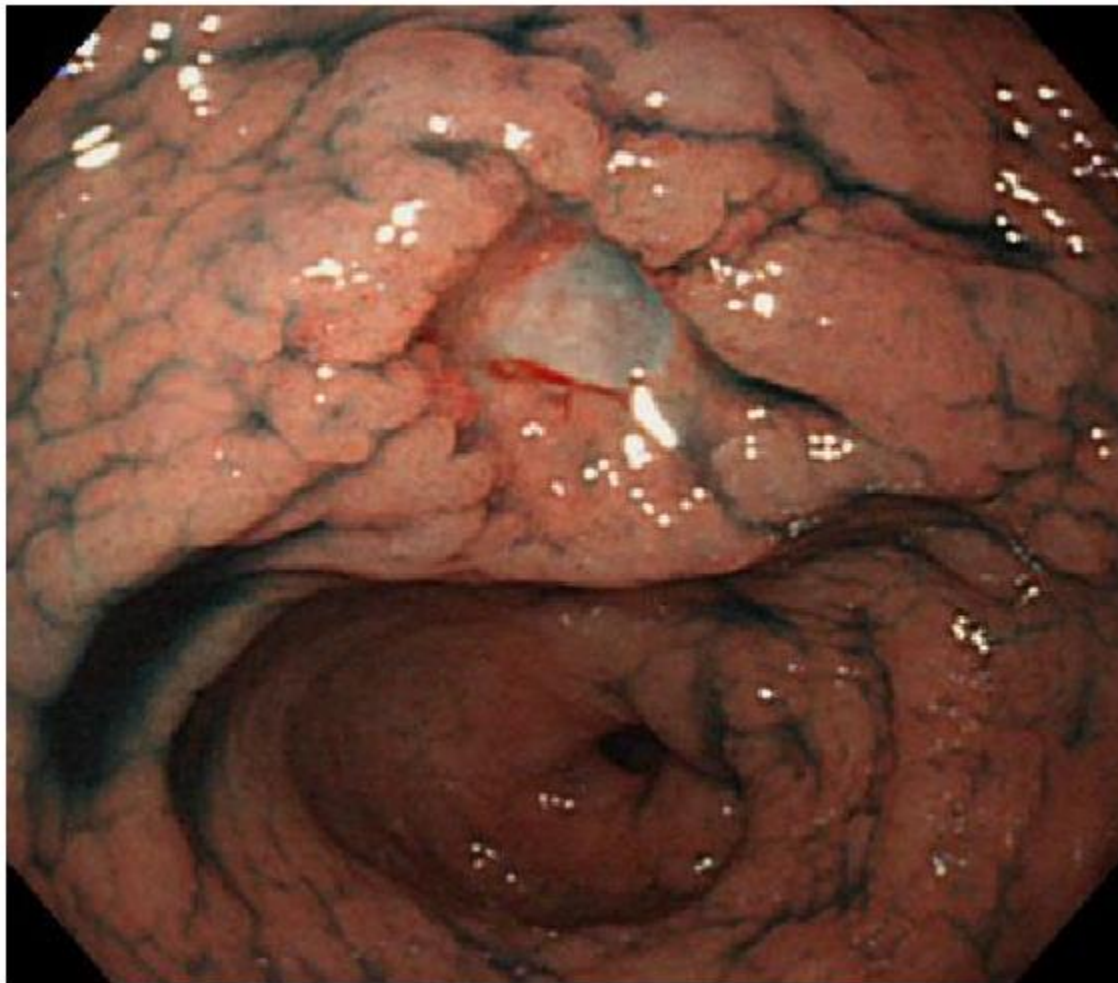
Điều trị EMR hoặc ESD

Điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm

- Cắt niêm mạc dạ dày qua nội soi (EMR): cắt thương tổn cùng lớp niêm mạc xung quanh bằng cách chích nước muối sinh lý vào lớp dưới niêm và dùng thong lọng để cắt
- Cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD): bóc tách cắt thương tổn cùng lớp niêm mạc và lớp dưới niêm cho đến lớp cơ bằng cách dùng dao điện qua một kênh nhỏ ở ống nội soi dạ dày

Giai đoạn sớm là T1, điều trị thường là cắt qua nội soi (EMR hoặc ESD), không cần cắt dd







Đánh giá trước mổ

Tổng trạng bệnh nhân

Hồi sức: dinh dưỡng, bồi hoàn nước và điện giải (chú ý ở bệnh nhân hẹp môn vị)

Điều trị các bệnh nội khoa đi kèm: ĐTĐ, THA, COPD....

Chuẩn bị ruột trước mổ

Bệnh nhân không hẹp môn vị Fleet soda, Fortrans

Bệnh nhân hẹp môn vị, hẹp tâm vị thụt tháo

Các phương pháp phẫu thuật

Biết thôi (mông lung vãi =)))

Cắt phần xa dạ dày, nạo hạch

Cắt phần gần dạ dày, nạo hạch

Cắt toàn bộ dạ dày, nạo hạch

Cắt dạ dày làm sạch

Nội vị tràng

Mở hồng tràng nuôi ăn

Các phương pháp nạo hạch (quan niệm cũ)

- Nạo hạch D0: không nạo hạch hay nạo chằng N1 không hoàn toàn
- Nạo hạch D1: nạo các nhóm hạch thuộc chằng N1
- Nạo hạch D1 + α : nạo các nhóm hạch chằng N1 cùng với các hạch dọc động mạch vị trái (nhóm 7).
- Nạo hạch D1 + β : nạo hạch D1 + α cùng với các hạch dọc động mạch gan chung (nhóm 8a) và động mạch thân tạng (nhóm 9).
- Nạo hạch D2: nạo hạch chằng 1 và chằng 2
- Nạo hạch D3: nạo hạch thuộc chằng 1, 2 và 3

Các phương pháp nạo hạch

(quan niệm mới)

Phương pháp cắt dạ dày	Mức độ nạo hạch		
	D1	D1 +	D2
Toàn bộ	1 - 7	D1 _ 8a, 9, 11p	D1 _ 8a, 9, 11p, 11d, 12a
Bán phần dưới	1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7	D1 _ 8a, 9	D1 _ 8a, 9, 11p, 12a
Bán phần trên	1, 2, 3a, 4sa, 4sb, 7	D1 _ 8a, 9, 11p	Không

Chỉ định nạo hạch

Nạo hạch D1

bướu giai đoạn T1a mà không đủ tiêu chuẩn thực hiện EMR hoặc ESD

bướu giai đoạn cT1bN0 và mô học có biệt hóa và kích thước bướu $\leq 1,5$ cm.

Nạo hạch D1 +

bướu giai đoạn cT1N0 và có nhiều hơn các tiêu chuẩn trên

Nạo hạch D2

bướu giai đoạn T2 – T4 mà còn khả năng cắt bỏ được, cũng như giai đoạn cT1N+.

Nếu nghi ngờ di căn hạch >>> nạo hạch D2

Nạo hạch là D2 (thường vậy, khi nghi ngờ), D1 và D1+ thường ở giai đoạn sớm phải có bằng chứng

Cắt bán phần dưới dạ dày, nạo hạch D2

Chỉ định

U ở 1/3 dưới dạ dày

U ở 1/3 giữa dạ dày và khoảng cách từ bờ trên U đến tâm vị ≥ 6 cm

Không di căn hạch nhóm 1, 2

Kỹ thuật

Lấy toàn bộ MNL từ đại tràng góc gan đến góc lách

Nạo hạch nhóm 1,3,4sb,4d,5,6,7,8a,8p,9,11d,12a (p,b??)

Nối vị tràng theo Billroth 1, 2, Roux en Y

Cắt toàn bộ dạ dày, nạo hạch D2

Chỉ định

U ở 1/3 trên dạ dày

U ở 1/3 giữa dạ dày và khoảng cách từ bờ trên U đến tâm vị ≤ 6 cm

Có di căn hạch nhóm 1, 2

Kỹ thuật

Lấy toàn bộ MNL và thắt hết các mạch máu vị ngấn sát lách

Nạo hạch nhóm 1,2,3,4,sa,4sb,4d,5,6,7,8a,8p,9,10,11d,p,12a

Nối thực quản – hỗng tràng theo Roux en Y

Cắt dạ dày làm sạch

Chỉ định

U gây biến chứng nhưng không thể cắt dạ dày triệt để được

Kỹ thuật

Không nạo hạch

Có thể cắt MNL hoặc không

Cắt dạ dày kèm khối U

Nổi vị tràng

Chỉ định

U ở 1/3 dưới dạ dày kèm hẹp môn vị mà không thể cắt triệt để được

Kỹ thuật

Nổi hồng tràng cách góc Treitz # 20 cm với mặt trước thân vị
Kiểu nổi φ

Mở hồng tràng nuôi ăn

Chỉ định

U ở 1/3 giữa và 1/3 trên dạ dày mà không thể cắt triệt để được

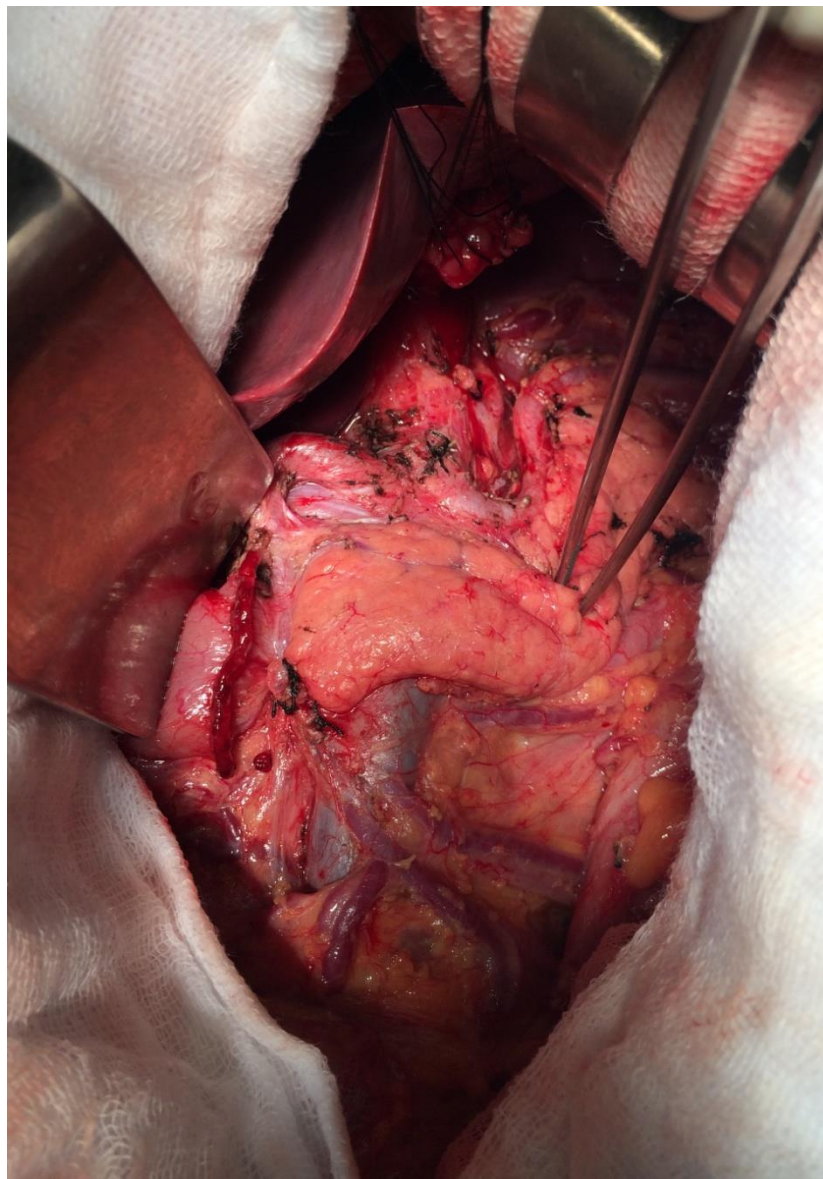
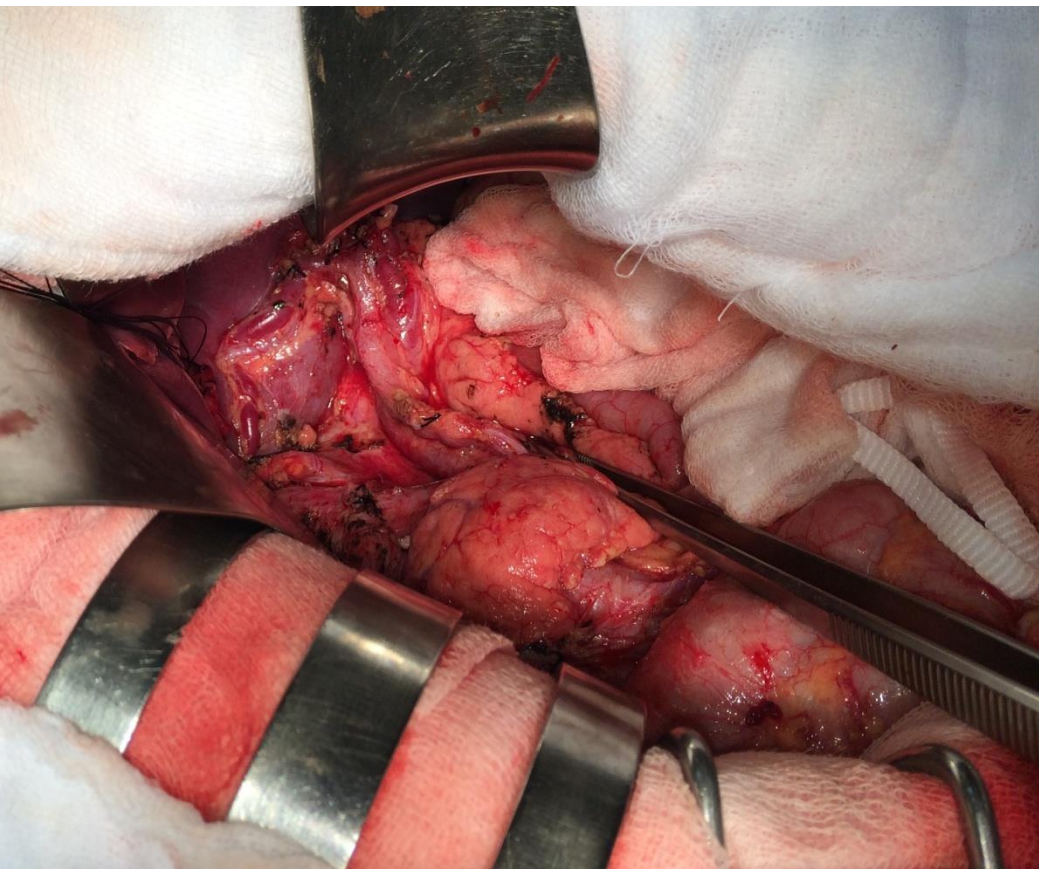
Bệnh nhân không thể ăn uống được

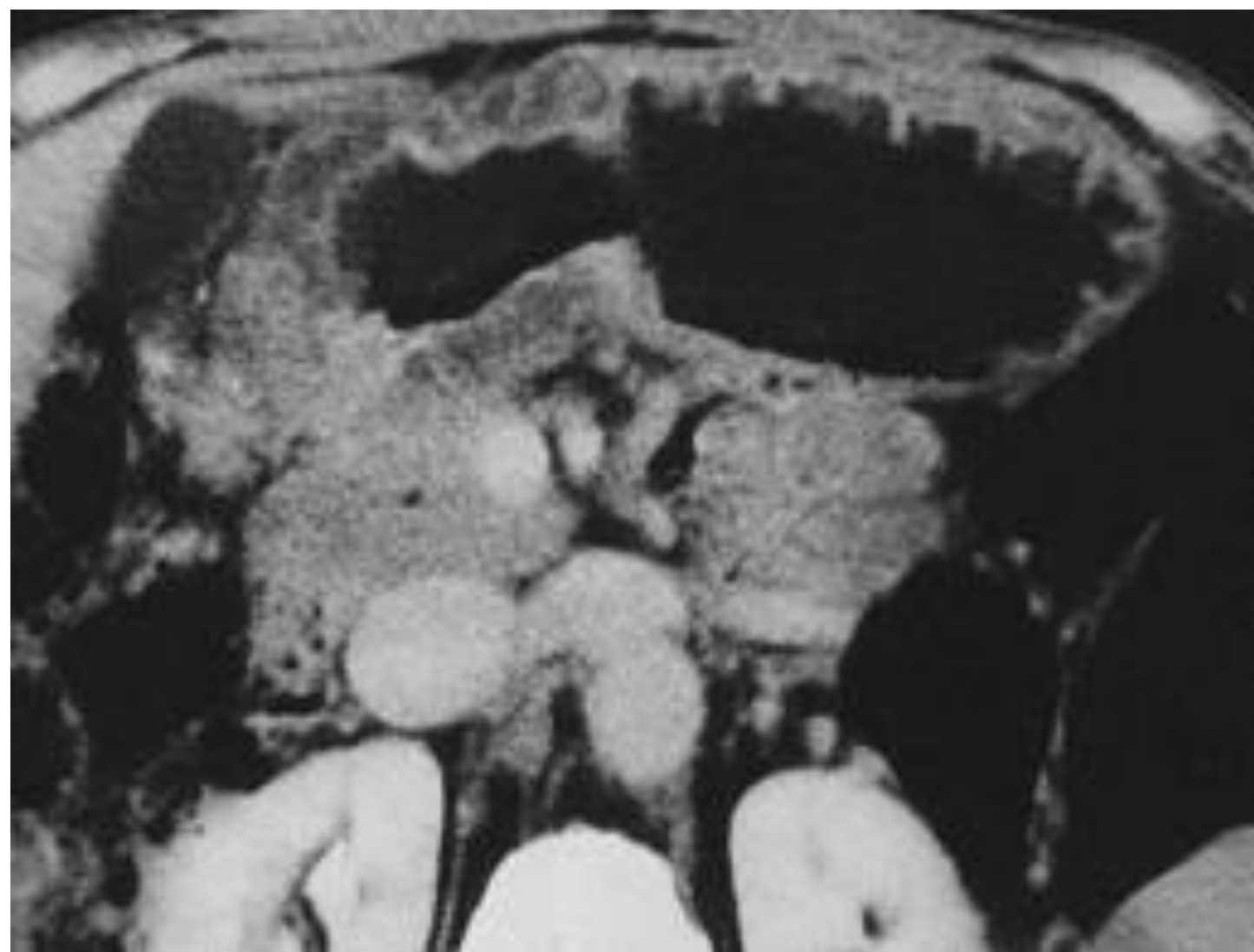
KỸ THUẬT

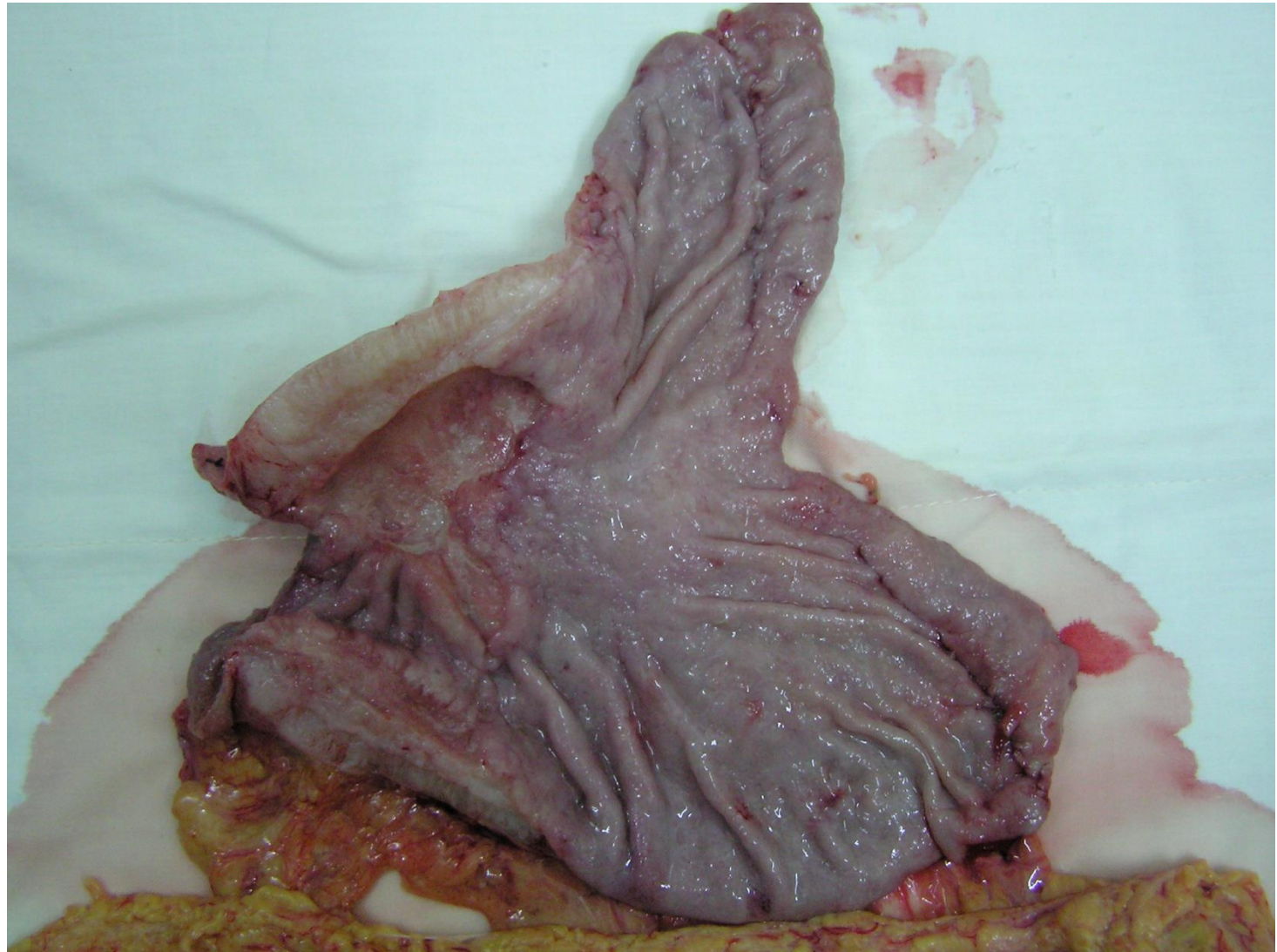
Mở hồng tràng nuôi ăn theo kiểu Witzel hay kiểu Roux en Y





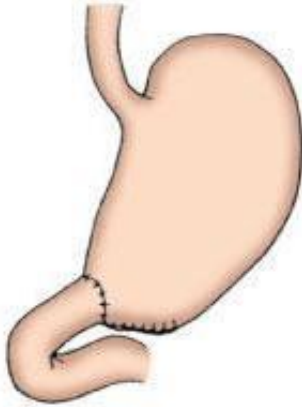




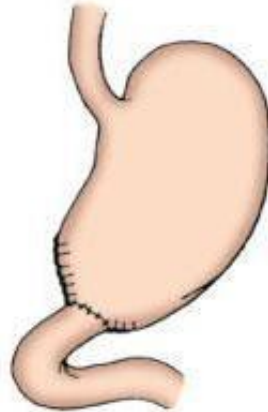


Biết thôi, sâu
rồi, cho biết
khái niệm thôi

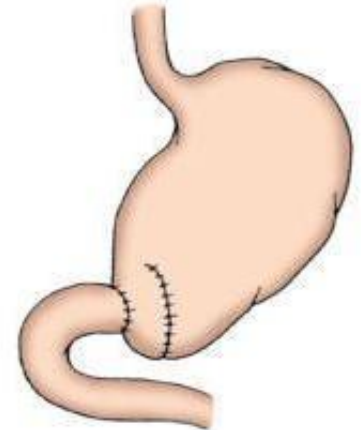
Billroth I – các biến thể



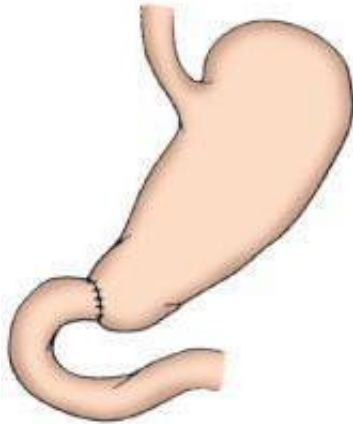
Classic Billroth I 1881



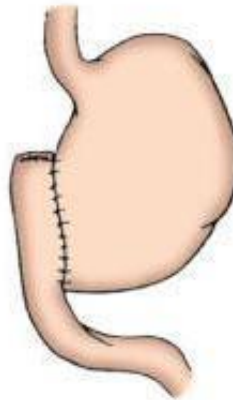
Standard Billroth I



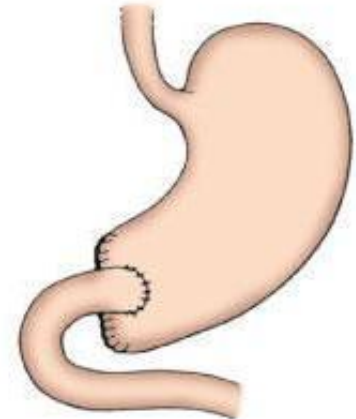
Kocher 1891



Shoemaker 1911

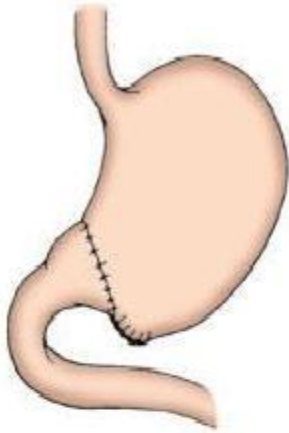


von Haberer 1922
Finney 1923

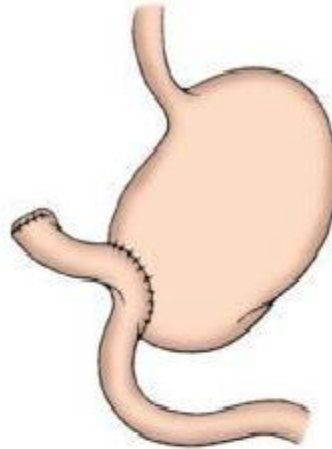


Kutscha-Lissberg 1925

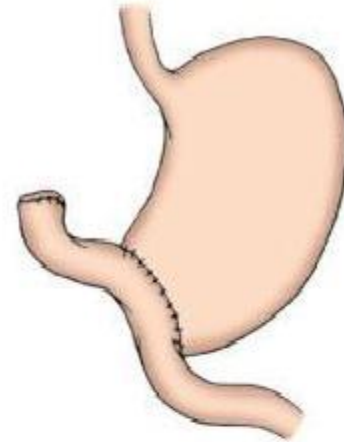
Billroth I – các biến thể



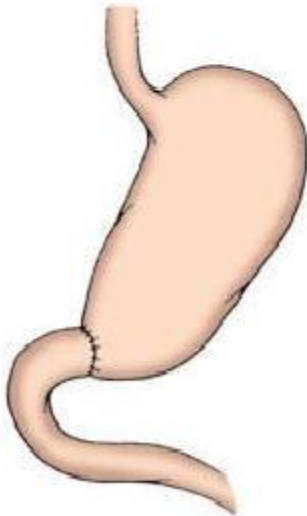
Horsley 1926



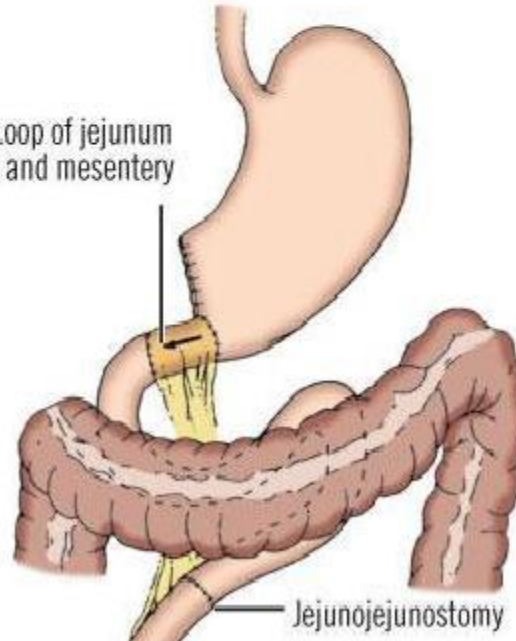
Winkelbauer 1927



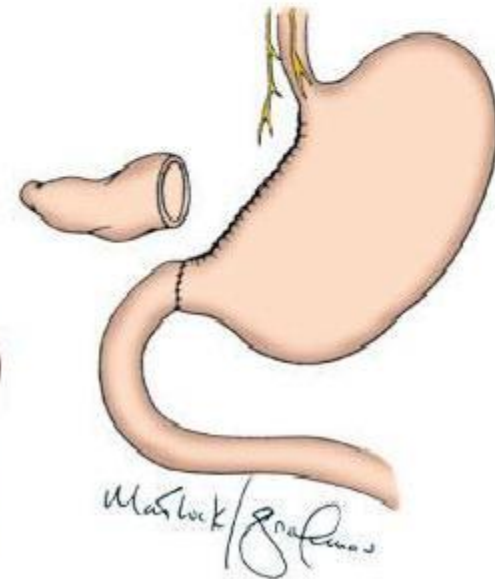
Leriche 1927



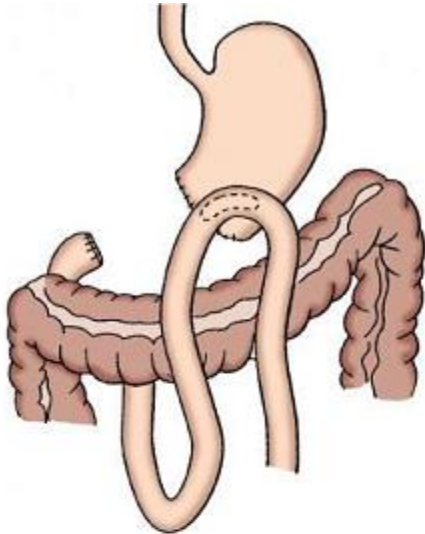
Loop of jejunum
and mesentery



Jejunostomy



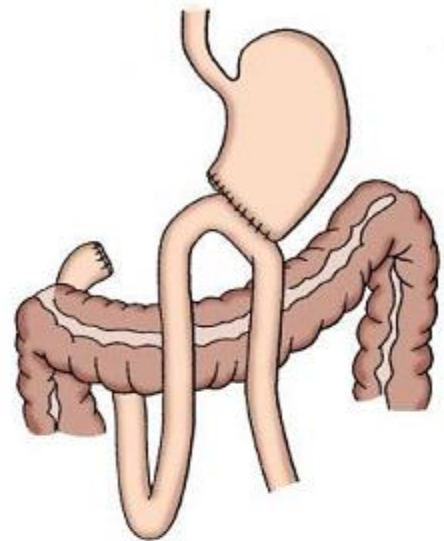
Billroth II – các biến thể



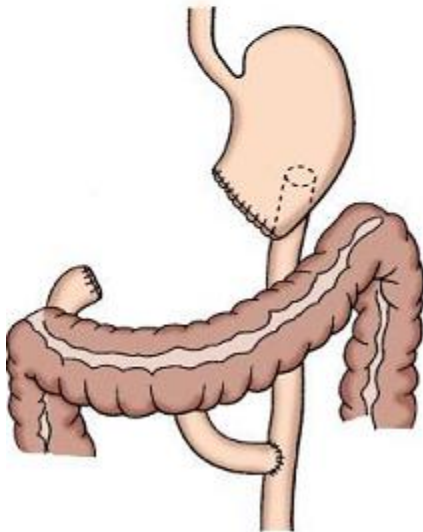
Billroth II 1885



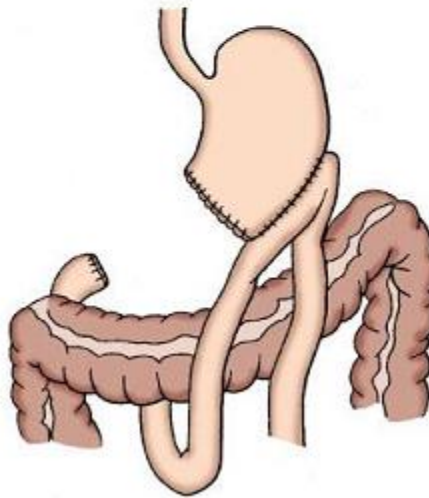
Kronlein 1888



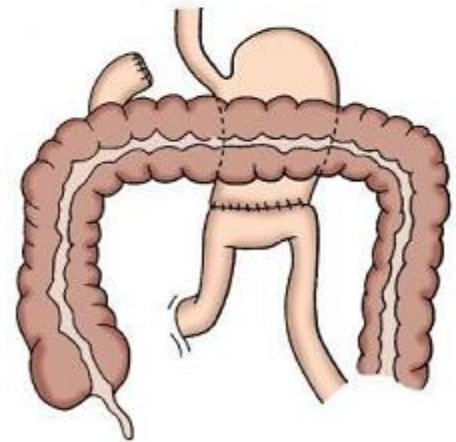
von Eiselsberg 1889



Roux 1895

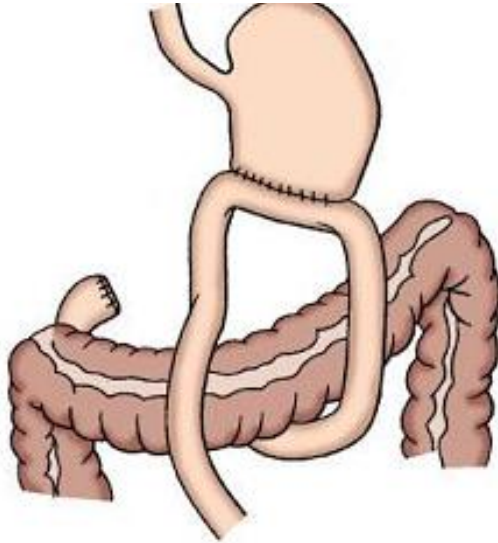


Mikulicz 1897



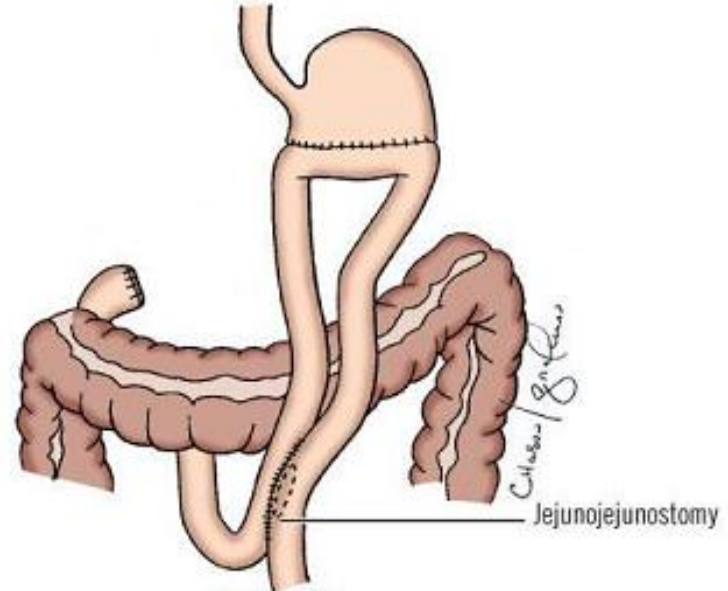
Polya 1911

Billroth II – các biến thể



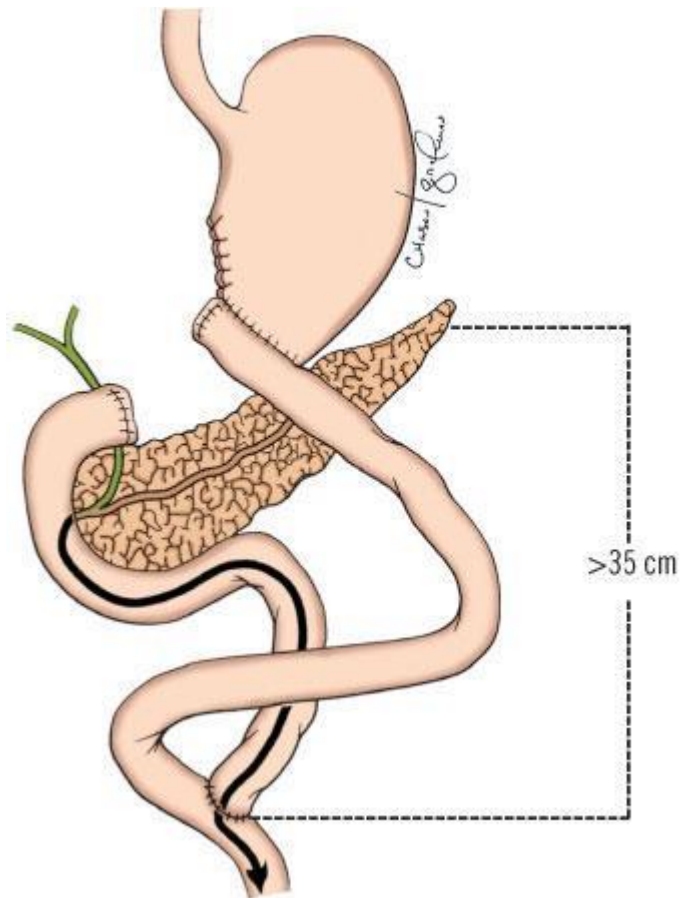
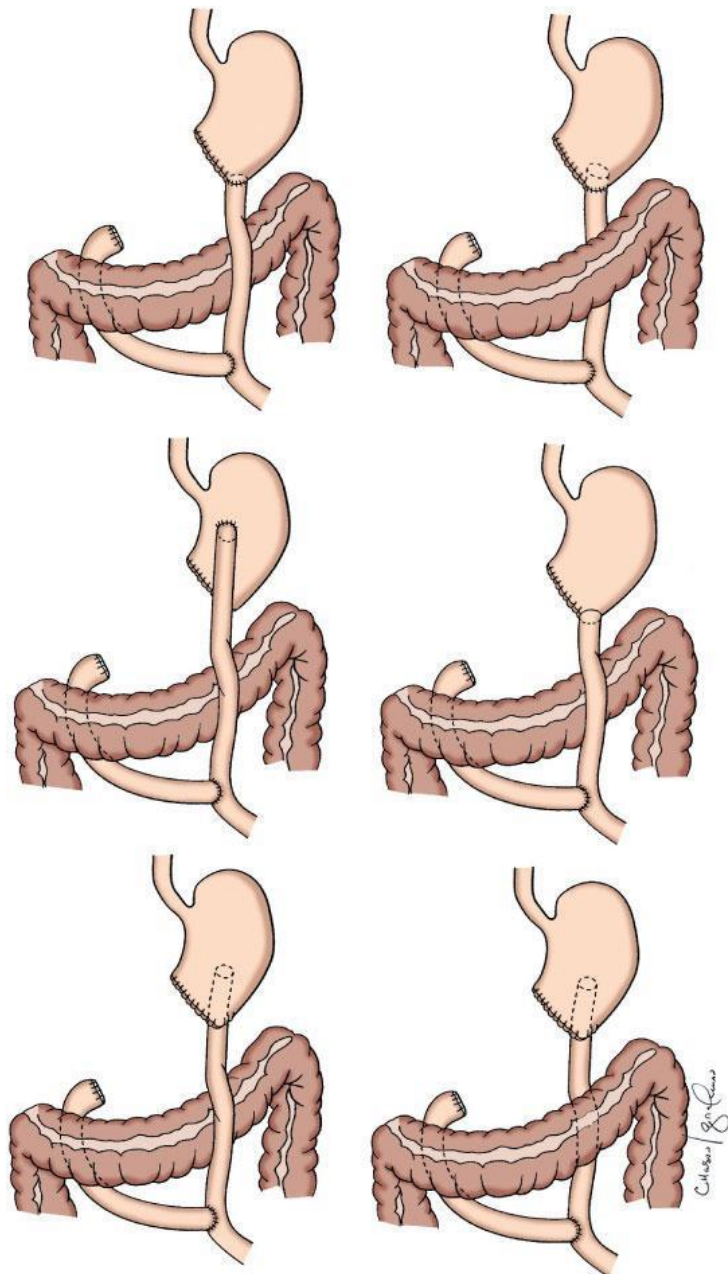
Moynihan 1923

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

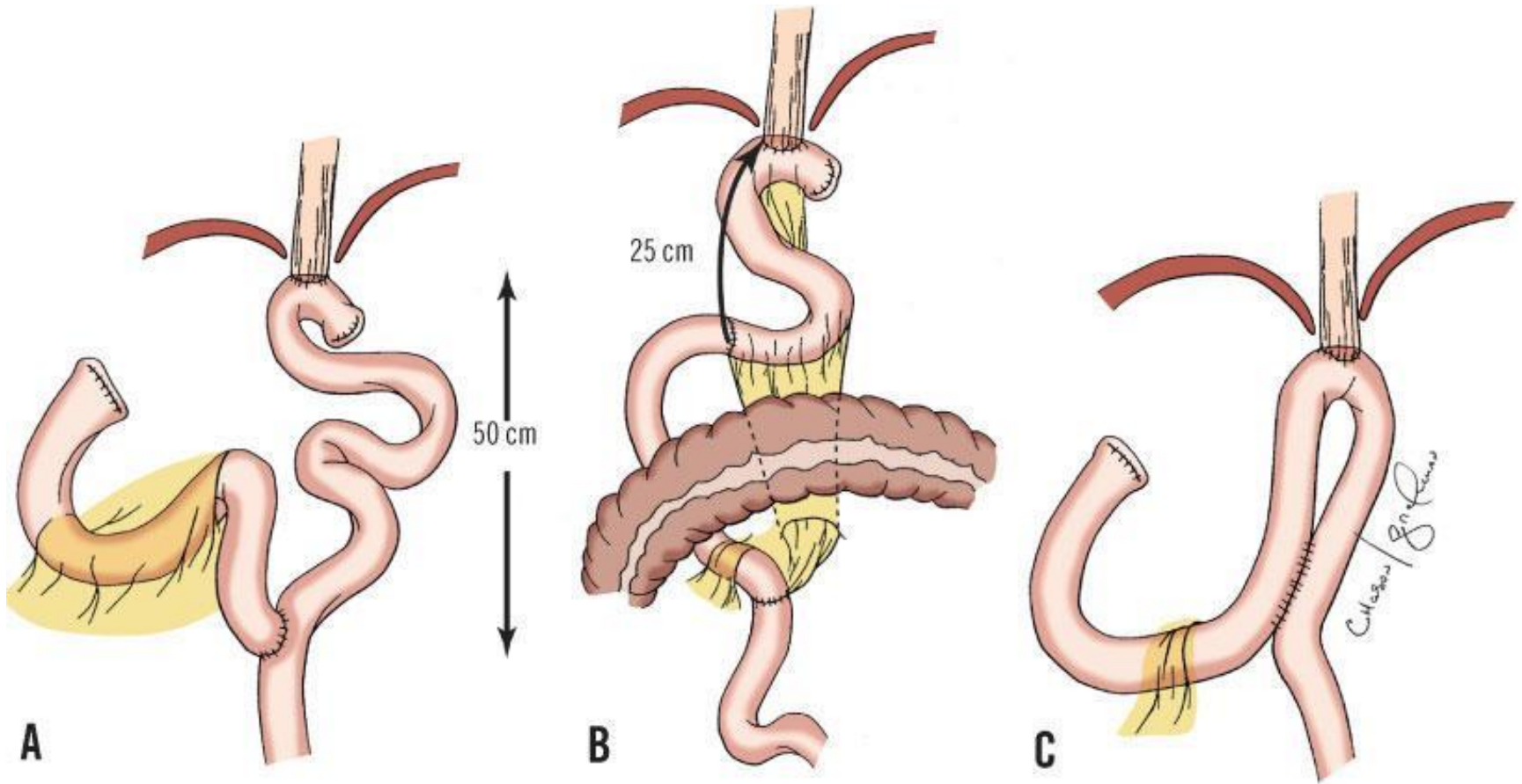


Balfour 1924

Billroth II Roux en Y – các biến thể

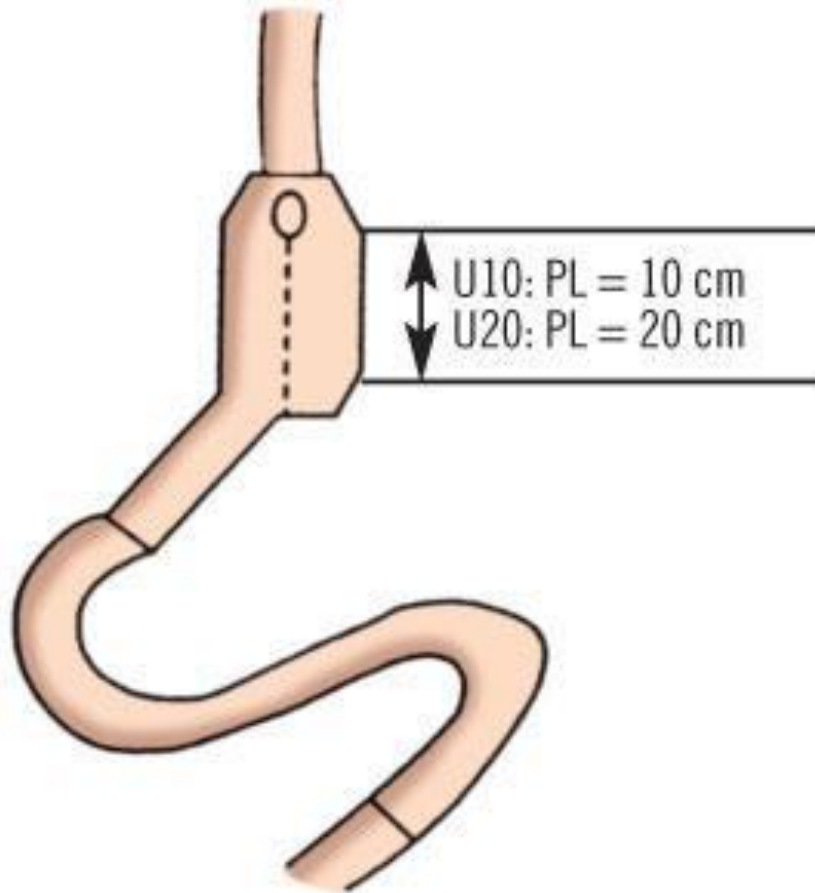


Tái lập lưu thông ruột sau cắt toàn bộ dạ dày



- A Roux-en-Y
- B Quai hổng tràng xen vào Henley
- C Omega

Tái lập lưu thông ruột sau cắt toàn bộ dạ dày



UIm Pouch

Biến chứng cắt dạ dày

Sớm

- Xì miệng nổi
- Xì mồm tá tràng
- Chảy máu

Sau cắt dd, thì dd không còn nữa thì thường thiếu hụt dinh dưỡng, thiếu các khoáng chất, vi sinh tố như B12, sắt, canxi; do đó phải bù những cái này

Sau mổ, các chất tiêu hóa chất xơ không có, nên ăn nhiều chất xơ nhiều quá dễ tắc ruột (tắc ruột do bã thức ăn

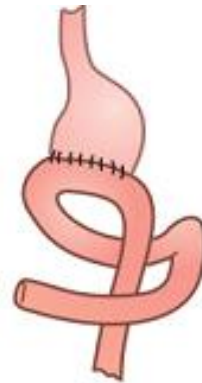
Trễ

- Reduced capacity
- No dumping or diarrhea
- Nutritional deficiency: Vit B12 supplementation

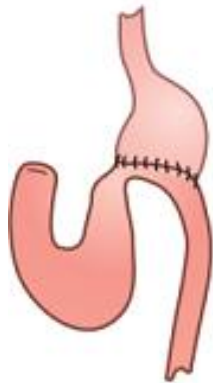
Các biến chứng



Kinking and
angulation



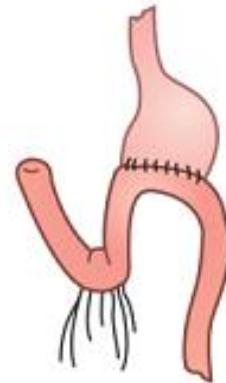
Internal
herniation behind
efferent limb



Stenosis of
gastrojejunal
anastomosis



Redundant
twisted afferent
limb (volvulus)



Adhesions
involving
afferent limb

Biến chứng sớm

- o Chảy máu: chảy máu miệng nổi, xuất huyết nội
- o Viêm tụy cấp
- o Tổn thương đường mật
- o Viêm phúc mạc/áp-xe tồn lưu
- o Hội chứng ứ đọng dạ dày

Hội chứng dumping

Thầy bảo cho biết
thôi, về đọc thêm

Xảy ra sau tất cả các phẫu thuật dạ dày, nhưng thường nhất là sau phẫu thuật nối vị tràng hay Billroth II (50-60% BN được cắt dạ dày BII có hội chứng Dumping sau mổ). Nguyên nhân là do miệng nối dạ dày quá rộng hay phần dạ dày còn lại quá ít.

Hội chứng dumping **sớm**: xuất hiện 10-30 phút sau ăn, bao gồm các triệu chứng tiêu hoá (đầy tức thượng vị, đau quặn bụng, nôn mửa, tiêu chảy) và các triệu chứng vận mạch (mạch nhanh, đánh trống ngực, xanh tái, đổ mồ hôi, hoa mắt, mờ mắt, đỏ bừng mặt).

Hội chứng dumping **muộn** (ít phổ biến hơn): xuất hiện 2-3 giờ sau ăn, bao gồm các triệu chứng: mạch nhanh, đổ mồ hôi, run rẩy, lơ mơ.

Hội chứng dumping

Triệu chứng có thể xuất hiện với mức độ nhẹ hay nặng, thông thường sẽ giảm dần và thoái lui trong hầu hết các trường hợp.

Điều trị nội khoa: tránh ăn đường, giảm khẩu phần carbohydrate và hạn chế uống nước trong khi ăn. Sandostatin có thể được chỉ định nếu những thay đổi trong chế độ ăn uống không làm cải thiện triệu chứng.

Khoảng 1% các trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa cần điều trị bằng phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật:

- o Nối vị tràng theo phương pháp Roux-en-Y là phẫu thuật được lựa chọn trước tiên.

- o Đảo chiều một đoạn hồi tràng 10-20 cm

Hội chứng quai đến

Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II.

Cơ chế: ứ đọng hay tắc nghẽn ở quai đến, cấp tính hay mãn tính.

Triệu chứng đặc hiệu là đau bụng và nôn ra dịch mật, sau nôn thì đỡ đau.

Chẩn đoán xác định bằng quang vị: trên phim thấy quai đến dẫn to.

Điều trị bằng phẫu thuật: chuyển phẫu thuật Billroth II thành phẫu thuật nối vị tràng theo phương pháp Roux-en-Y

Hội chứng quai đi

Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II.

Nguyên nhân: thoát vị nội qua lỗ mạc treo ruột, dính ruột, lồng miệng nối vị tràng.

Điều trị ngoại khoa, tùy theo nguyên nhân mà xử trí

Viêm dạ dày do trào ngược dịch mật

Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II.

Triệu chứng: đau rát bỏng vùng thượng vị, nôn bất chợt, nôn dịch mật, sau khi nôn thì không bớt đau.

Chẩn đoán cận lâm sàng:

- o HIDA scan: dịch mật trào ngược lên dạ dày

- o Xét nghiệm acid mật trong dịch vị

- o Nội soi dạ dày: niêm mạc dạ dày đỏ, viêm đỏ và có nhiều sang thương loét chợt.

Điều trị bắt đầu bằng nội khoa với thuốc kháng thụ thể H₂, cholestyramine, metoclopramide.

Không đáp ứng với điều trị nội khoa nên điều trị bằng phẫu thuật.

Các rối loạn về chuyển hoá

- o Thiếu máu: do thiếu sắt, vitamine B12 hay folate.
- o Giảm hấp thu mỡ, dẫn đến tiêu phân mỡ và thiếu hụt các vitamin tan trong mỡ.
- o Chứng rỗng xương do giảm hấp thu can-xi

Hóa trị tân hỗ trợ là hóa trị trước phẫu thuật

Hóa trị hỗ trợ là hóa trị sau phẫu thuật

Ví dụ trường hợp hạch to, đường kính trên 3 cm đa số người ta hóa trị trước, hoặc nghi ngờ di căn hạch nhóm này (chả biết slide có ko chứ sub mù vầy ai biết =))) thì người ta hóa trị trước mổ

Hóa trị hỗ trợ (sau mổ): dùng thêm hóa trị để giảm tái phát một số tế bào còn lại (vì tế bào vi thể đâu thấy được)

Các điểm cần lưu ý

Chẩn đoán giai đoạn CT scan bụng

Giải phẫu bệnh HER 2 >>> điều trị trúng đích

Điều trị chuẩn cắt dạ dày, nạo hạch D2

Phẫu thuật nội soi

Ung thư dạ dày giai đoạn sớm EMR hoặc ESD

Cải thiện tiên lượng sống

CHẨN ĐOÁN SỚM

PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ + HÓA TRỊ HỖ TRỢ SAU MỔ

Lưu ý những gì:

- Muốn chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng gợi ý, chúng ta đi nội soi dạ dày và sinh thiết
- Chẩn đoán giai đoạn sử dụng CT-scan bụng không sửa soạn

Nếu nội soi k ra thì tùy theo nhu cầu mà nội soi lại, kết hợp với CT (không có công thức rõ nên học trên ls nha)

- Dùng HER2 để hỗ trợ điều trị nhắm trúng đích
- Điều trị chuẩn: phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch
- Ung thư giai đoạn sớm: EMR hoặc ESD
- Muốn cải thiện thì
 - Chẩn đoán sớm để điều trị
 - Phẫu thuật triệt để + hóa trị hỗ trợ

Slide thầy thiếu cái slide vk Hp

Hp không phải là nguyên nhân, chỉ là nguy cơ thôi, nên BN có Hp thì phải làm sao? Không nói gì hết =)) cho đi soi dạ dày, nếu soi dd có K thì bà bị K dd, còn nếu soi thấy thương tổn nghi ngờ thì nói bà có thương tổn nghi ngờ phải làm đến nơi đến chốn, soi thấy bth thì nói bà có vk Hp, hiện tại không bị gì hết, vui lòng uống thuốc đúng phác đồ, để khỏi loét, viêm dạ dày, khỏi K (nhiều lắm nghe không rõ)

Trả lời những câu hỏi

Nếu nội soi thấy ổ loét nhỏ, GPB âm tính, mà CT thấy thành dày (thương tổn trên 1 cm là CT thấy rồi, hạch 6-7mm cũng đã thấy rồi) thì chúng ta chẩn đoán mạnh mẽ hơn

Trả lời câu hỏi các bạn

Nghe th Vinh nói HER2: (thầy ko sửa nghĩ đúng)

Âm tính là 0 và 1+

Nghi ngờ là 2+

Dương tính 3+

Thầy said: dương tính thì điều trị, nghi ngờ thì cần nhắc thôi do liệu pháp nhắm trúng đích chưa hiệu quả 100% và nó mắc tiền quá

Nội soi thấy k, sinh thiết ko ra K đến 40% trong lần đầu tiên, do không phải nội soi là lành tính mà loại trừ

Do đó nguyên tắc thấy ổ loét, thương tổn dạ dày > 2 cm thì ta phải dùng mọi biện pháp cho đến khi nào ra, cho đến khi nào mọi biện pháp đều không ra (sinh thiết lần 2,3 không ra, CT ko thấy gì hết) thì chúng ta có quyền điều trị thử; **đừng kết luận là bình thường** (nhớ câu này)

Nội soi thấy bất cứ 1 cái gì nghi ngờ, ổ loét xiu xiu cũng sinh thiết, u sùi xiu cũng sinh thiết; không sinh thiết là lỗi của chúng ta; thấy biến đổi chút là sinh thiết ngay (đánh lăm còn hơn bỏ sót)