

UNG THƯ QUANH BÓNG VATER

Sub by Team Đi Trễ - Tổ 09 - Y15B

Note: sub là chữ đỏ và highlight, ko biết Qui Qui làm sao đó thứ tự hơi bị sai nên Q đánh số thứ tự đầu trang nha!!!

2

DỊCH TỄ



- Tại Hoa Kỳ, 30.000 bệnh nhân/năm tử vong liên quan đến ung thư quanh bóng vater
- Ung thư đầu tụy chiếm hơn 95% trong K tụy thì adeno carcinoma là đa số
- Tỷ lệ gia tăng theo tuổi, nam nhiều hơn nữ
- Tại Chợ Rẫy, trong vòng 5 năm có 226 bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy, đa số là ung thư bóng vater
- Đái tháo đường làm tăng nguy cơ ung thư tụy
- Viêm tụy mạn cũng liên quan đến ung thư tụy

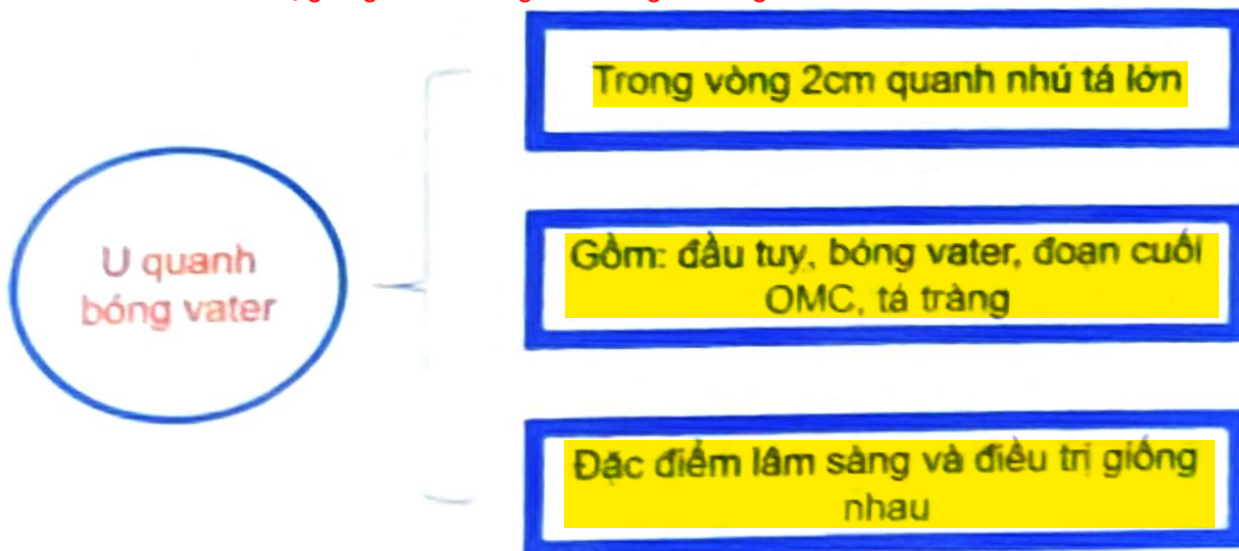
số ko cắt đc rất nhiều
Chỉ khoảng 10 -20% là
cắt đc, còn 70 -80% là
ko cắt đc (gỡ trễ)
Tuy nhiên, giờ kĩ thuật
phát triển, trình độ PTV
tốt hơn nên cắt được
nhiều hơn rồi

1

GIỚI THIỆU



Định nghĩa: lấy nhú vater làm tâm, xung quanh 2cm => tất cả đều gọi là u quanh bóng Vater
Bởi vì LS và điều trị giống nhau nên gom chung 4 thẳng đô 1 chỗ





Ung thư đầu tụy:

- Yếu tố di truyền
- Yếu tố môi trường: hút thuốc, béo phì, ĐTĐ, viêm tụy mạn...

Ung thư bóng vater và tá tràng:

- Thường gặp ở hội chứng đa polyp có tính di truyền: Peutz-Jeghers, Gardner...

HC đa polyp chung của đường TH suốt từ thực quản cho tới ống hậu môn

Ung thư đoạn cuối OMC:

- Hội chứng ruột kích thích, viêm xơ hoá đường mật, nang OMC và sỏi mật
nang OMC bỏ quên

5

CẬN LÂM SÀNG



CA 19-9

Tăng trong
75% trường
hợp u
quanh bóng
vater

Cũng tăng
trong các
bệnh lành
tính khác
bệnh tắc nghẽn
đg mật lành tính

Độ nhạy và
độ đặc hiệu
cao hơn
CEA
CEA: dấu chứng
K thông thường
của đường tiêu hóa

Vai trò chính
là theo dõi
và tiên
lượng
KO DÙNG ĐỂ CHẨN
ĐOÁN XÁC ĐỊNH

4

LÂM SÀNG



Triệu chứng

Tỷ lệ %

Vàng da

75

25% BN còn lại ko VD vì vị trí u ko đề vào OMC hoặc u chưa chèn ép OMC

Sụt cân

ko giải thích đc lí do => TS K

51

Đau bụng

ĐB mơ hồ vùng trên rốn và sau lưng, ko chẩn đoán đc, đã điều trị nhưng ko giảm => TS K

39

Nôn/buồn nôn

13

Ngứa

11

Sốt

3

Xuất huyết tiêu hoá

1

Ở đây có 1 cái hình (Q lười chụp): BN vàng da sậm, đến khám, da có nhiều vết gãi do ngứa => dấu hiệu tắc mật lâu ngày => chức năng gan đã bị ảnh hưởng (Albumin giảm, ...)
Tình trạng tắc mật < 1 tháng => CN gan chưa bị ảnh hưởng



Tắc mật lâu ngày

Tăng bilirubin và phosphatase kiềm

Tăng men gan

Kéo dài thời gian đông máu

Suy dinh dưỡng

Giảm albumin, pre-albumin máu, ion đồ, CTM

LS: đánh giá SDD sớm nhất và chính xác là xài pre - alb: phản ánh đúng hơn tình trạng SDD cũng như đáp ứng vs điều trị nâng dinh dưỡng lên sớm nhất

Bình thường: pre - albumin là 10 - 20 mg%, 1 BN vô pre - al có 5, sau 2w hồi sức dinh dưỡng lên 15 => mỡ đc rồi. (có thể lúc đó albumin vẫn chưa lên). Ngược lại, có những trường hợp albumin bth (4 - 5) nhưng pre- albumin có 8 => chưa đc mỡ

CẬN LÂM SÀNG



Siêu âm:

- Độ nhạy khoảng 25%
- dấu hiệu gián tiếp - Dẫn đường mật, nốt di căn gan, dịch báng
- Phát hiện u tụy không cao

PTC:

- Gần như không còn sử dụng chụp đường mật xuyên gan qua da



CT-Scan: là phương tiện chủ lực để chẩn đoán u quanh bóng vater

- **Độ nhạy trong u đầu tụy 90-95%**
- Có thể phân biệt được u dạng nang, hoặc u thần kinh
nội tiết khác ở tụy chứa dịch lỏng
- Phát hiện di căn hạch => đánh giá giai đoạn trước mổ
- Đánh giá khả năng phẫu thuật thông qua kích thước, bờ, độ xâm lấn của khối u

Nếu 1 khối u đã găm vào TM cửa thì ko còn khả năng PT nữa



CT-Scan:

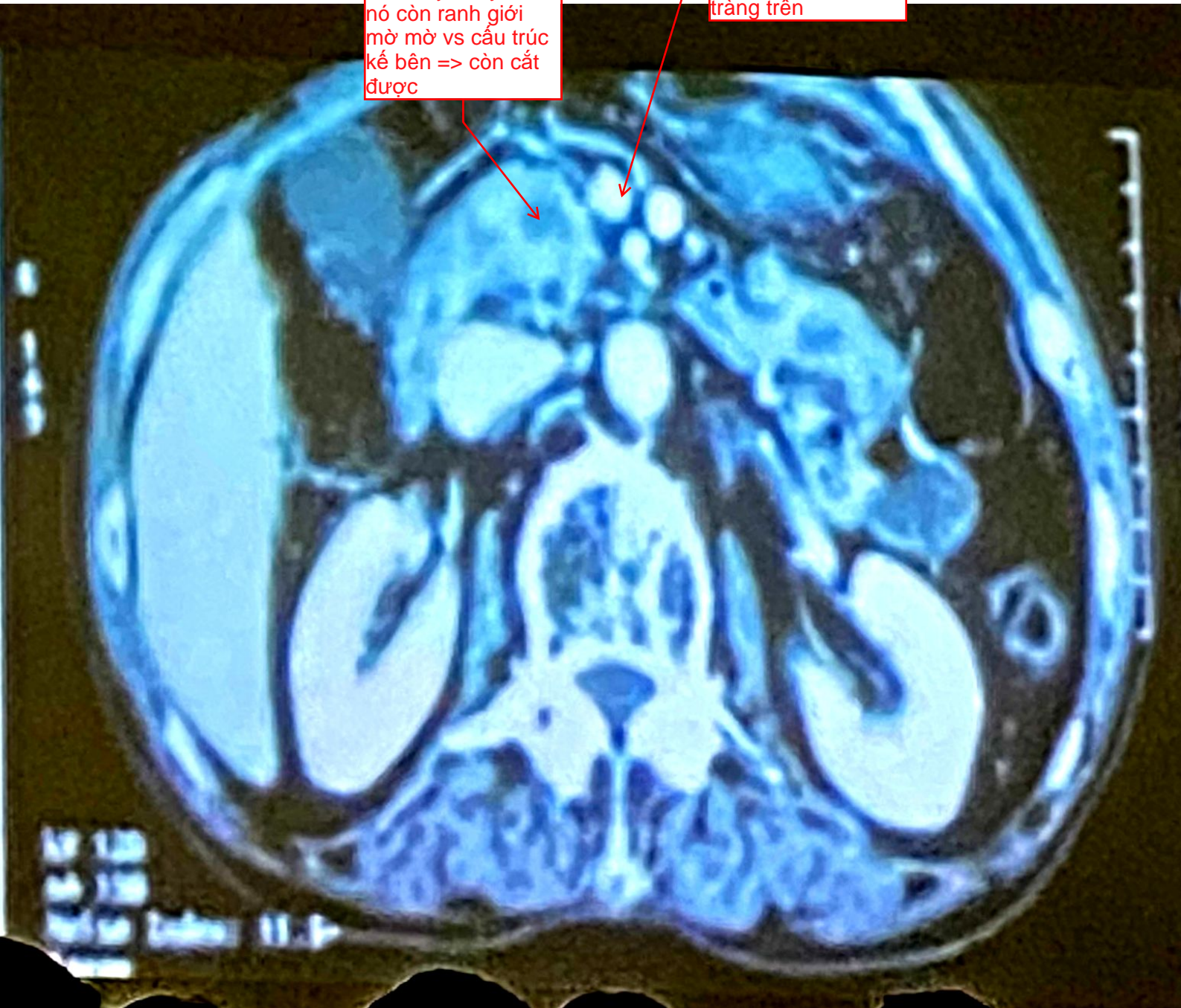
- U tủy có dạng khối không đồng nhất
- Giảm đậm độ so với mô xung quanh



Ở vị trí tương ứng với đầu tụy (Ko biết thầy chỉ chỗ nào) có 1 cái khối ko đồng nhất (chỗ trắng chỗ đen), bờ ko đều, ranh giới với các cấu trúc xung quanh cũng ko rõ

chắc K đầu tụy là khối này, thầy nói nó còn ranh giới mờ mờ vs cấu trúc kế bên => còn cắt được

2 cục trắng này là ĐM và TM mạc treo tràng trên



CẬN LÂM SÀNG

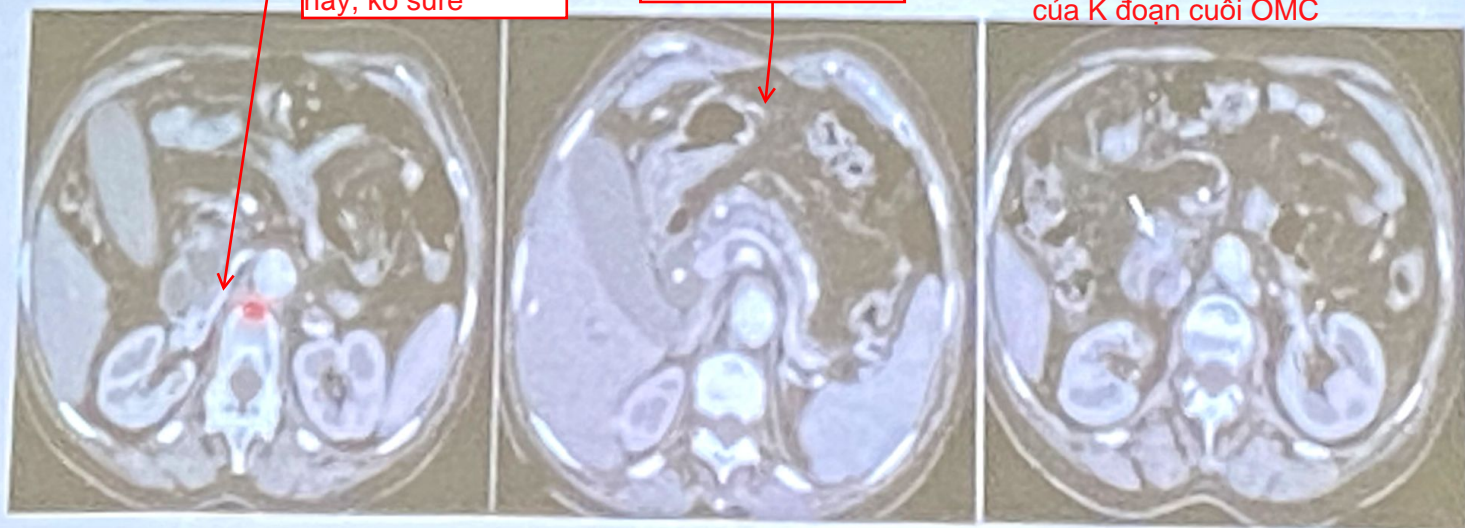


CT-Scan:

thầy kêu thấy OMC
dẫn, hình như là cái
này, ko sure

thầy kêu hình này
OMC mất tiêu

Hình này: mũi tên màu trắng là vị trí
của K đoạn cuối OMC



U đoạn cuối OMC

CẬN LÂM SÀNG



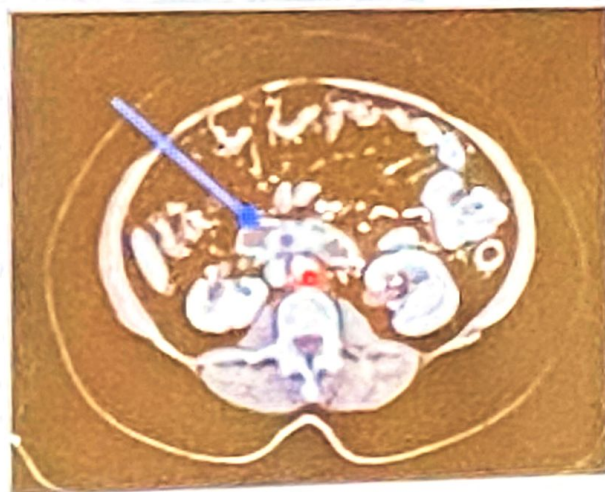
MRCP:

- Khảo sát cây đường mật, ống tụy và mạch máu liên quan
- Độ nhạy cao hơn so với CT-Scan
 - + khối u < 2cm thì MRCP tốt hơn CT
 - + với sự dày lên hay là bất thường của OMC thì MRCP tốt hơn CT
- Phân biệt viêm tụy mạn và ung thư tụy (hình ảnh ống tụy thông suốt)
 - ống tụy có tắc nghẽn ko? Tắc đoạn nào? Nguyên nhân tắc?
- Không xâm lấn so với ERCP
- Không thể thay thế ERCP trong chẩn đoán tế bào học
 - vì ko thể sinh thiết được



CT-Scan: đầu mũi tên: u nhú bóng vater gây đè vô OMC gây dẫn

- U bóng vater thường có hình ảnh chia thủy hay thâm nhiễm
- Hình ảnh ống đôi thường gấp



CẬN LÂM SÀNG



ERCP: Nội soi mật tụy ngược dòng

- Hữu ích khi có tắc nghẽn ống tụy nhưng không thấy u trên CT hoặc MRI => ERCP coi như vater có sỏi ko? thành tá tràng xung quanh nhú vater có thâm nhiễm cứng lên ko?
- Đặt stent giải áp đường mật
- Sinh thiết tế bào học khi có thể

PET-CT: dựa trên độ bắt glucose của tế bào để phát hiện sớm những ổ di căn

- Đánh giá giai đoạn
- Phát hiện di căn xa tốt hơn CT, MRI và EUS

Còn dùng để đánh giá u nguyên phát thì ko tốt

Thực tế rất ít dùng PET - CT ở gỡ chẩn đoán và điều trị, chỉ dùng sau mổ vài năm, hóa trị đánh giá toàn thân

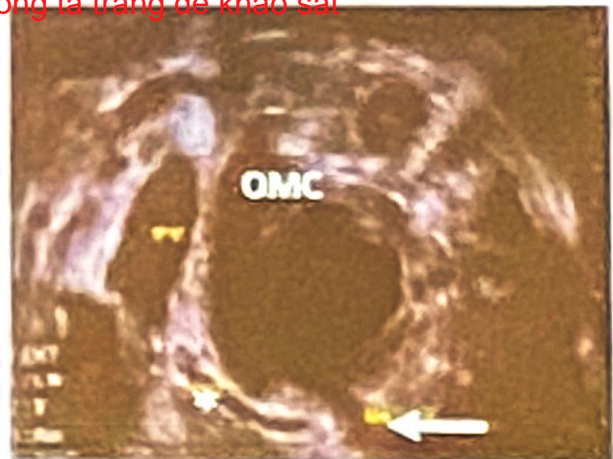
15

CẬN LÂM SÀNG



EUS: siêu âm qua lòng nội soi
dùng đầu dò siêu âm đưa qua miệng xuống tá tràng để khảo sát

- Đánh giá giai đoạn, xâm lấn, di căn hạch tốt hơn CT
- Có thể sinh thiết làm mô bệnh học trước mổ •
- Phụ thuộc người thực hiện



phải dc đào tạo bài bản

CD hạn chế do đòi hỏi người chỉ định phải có kiến thức

Đánh giá chính xác có hạch ko, u có xâm lấn cấu trúc mm xung quanh ntn => từ đó chọn kim sinh thiết
Tuy nhiên, ở VN chỉ có BV Chợ Rẫy có :))))))

NHƯNG: EUS là phương tiện chuẩn đoán u tụy số 1, hơn cả CT



Ung thư đầu tụy theo **AJCC 2016** Thầy kêu thầy cũng ko nhớ nổi, thầy toàn xài App. Nhưng vẫn phải học nhé!

Tis: ung thư tại chỗ (PanIN, IPMN, MCN)

T1: giới hạn trong tụy (T1a: $\leq 0,5\text{cm}$, T1b: u 0,5-1cm, T1c: u 1-2cm)

T2: giới hạn trong tụy, u 2-4cm

T3: u lớn hơn 4cm

T4: u xâm lấn động mạch thân tạng/MTTT/gan chung

N1: di căn 1 đến 3 hạch vùng

N2: di căn 4 hạch vùng trở lên



Ung thư đầu tủy theo **AJCC 2016**

Giai đoạn	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1, T2, T3	N1	M0
III	T1, T2	N2	M0
	T4	Bất kì N	M0
IV	Bất kì T	Bất kì N	M1

**NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ** thầy đọc y như slide

- Phẫu thuật cắt khối tá tụy kèm nạo hạch là phương pháp điều trị triệt để cho các khối u còn khả năng phẫu thuật.
- Điều trị đa mô thức cho các khối ung thư giáp biên: kết hợp hóa xạ trị tân bổ trợ trước phẫu thuật, phẫu thuật cắt khối tá tụy và hóa xạ trị hỗ trợ sau phẫu thuật.
- Điều trị giảm nhẹ cho các khối u không còn khả năng phẫu thuật và/hoặc di căn xa.



Chỉ định từng giai đoạn:

- GPB trước mổ K, còn cắt được: PT cắt khối tá tụy
- Chưa có GPB trước mổ: thám sát, cắt lạnh trong mổ
- U giáp biên: hoá xạ trị tân hỗ trợ, sau 4 – 6 tuần đánh giá lại
- Ung thư giai đoạn tiến xa: hoá trị hoặc giảm nhẹ CS giảm nhẹ, hóa xạ trị

chưa có GPB trc mổ, nhưng nghi ngờ u nhiều, có gây dẫn đg mật, gây tắc mật, gây VD => CĐ mổ thám sát + sinh thiết tức thì gửi GPB. Trong 30 - 45p GPB báo kết quả. Nếu kq là K thì cắt khối tá tụy. Nếu mẫu mô chưa đạt thì cắt lạnh tiếp. Nếu viêm tụy mạn thì nối tắt

Nhớ là u giáp biên KO MỔ LIÊN nhé - trắc nghiệm!!!!



Ung thư giáp biên: 1 bên là những u cắt dc, 1 bên là những u ko cắt dc chưa xác định là cắt được hay ko cắt dc => giáp biên

- Xâm lấn trên 50% bán kính tĩnh mạch, hoặc xuyên tắc một đoạn ngắn tĩnh mạch còn khả năng cắt nổi được.
- Xâm lấn dưới 180° động mạch mạc treo tràng trên
- Xâm lấn động mạch thân tạng hoặc gan chung nhưng không làm giãn cấu trúc mạch máu

Đây là định nghĩa mang tính chất lí thuyết

Thực tế muốn xác định cần phương tiện hình ảnh học dựng hình khối u và mm thật chính xác mới ra dc con số này => chỉ có những trung tâm lớn mới có



Hoá trị tân hỗ trợ:

- Folfirinox hoặc Gemcitabine nhớ tên
- Liều 30 Gray trong 2 tuần cái này là xạ trị
- Đánh giá lại sau 4 – 6 tuần

sau khi điều trị tân hỗ trợ đối với u giáp biên
=> sau 6w chụp lại CT để đánh giá:
+ Nếu u có dấu hiệu đáp ứng (CA19 -9 giảm, kích thước u nhỏ hơn, ranh giới với cấu trúc xung quanh rõ hơn CT cũ, số lượng hạch giảm, BN ăn uống được hơn) thì tiến hành phẫu thuật.
+ Nếu ko đáp ứng => chuyển sang hóa trị điều trị cho đủ 6m - 1y sau đó đánh giá lại

Hoá trị điều trị:

- 2 thuốc chính là Folfirinox và Gemcitabine
- Thời gian trung bình là 6 tháng

cần chuẩn bị cho BN và gia đình về mặt tinh thần đối với các tác dụng phụ của hóa trị (rụng tóc, ói, chán ăn, mệt mỏi, mất ngủ, suy sụp, mất lòng tin,) dẫn tới bỏ trị



Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật: mổ 8 tiếng lặn

thầy đọc slide

- Đánh giá khả năng phẫu thuật cắt được u trên hình ảnh học
- Đánh giá tổng trạng bệnh nhân: bệnh nhân trên 70 tuổi, dinh dưỡng kém, BMI cao (trên 25 kg/m^2) tăng nguy cơ rò tụy, albumin trước mổ dưới 4 g/dl liên quan biến chứng rò tụy.
- Bệnh mạn tính đi kèm
- Không khuyến cáo dẫn lưu đường mật thường quy: ERCP hoặc PTBD khi tắc mật dẫn đến rối loạn đông máu và viêm đường mật. Ưu tiên PTBD hơn ERCP khi giải áp đường mật trước mổ



Điều trị giảm nhẹ: rất quan trọng vì góp phần giảm đau

- Phong bế đám rối thần kinh tạng: tiêm 20ml ethanol 50% hoặc Saline dọc động mạch chủ bụng, ngay vị trí đám rối TK tạng
- Giải áp đường mật (ERCP đặt stent OMC, PTBD, nối mật-ruột)
- Nối vị tràng

giảm đau bằng thuốc: paracetamol => giảm đau hướng TK => giảm đau gây nghiện (dẫn xuất của cocain, morphine)

Dẫn xuất của morphine: 2 loại chế phẩm: 1 là dán vô da có tác dụng giảm đau 24 - 48h, 2 là chích/ uống giảm đau bằng giảm tình trạng tắc mật bằng cách:

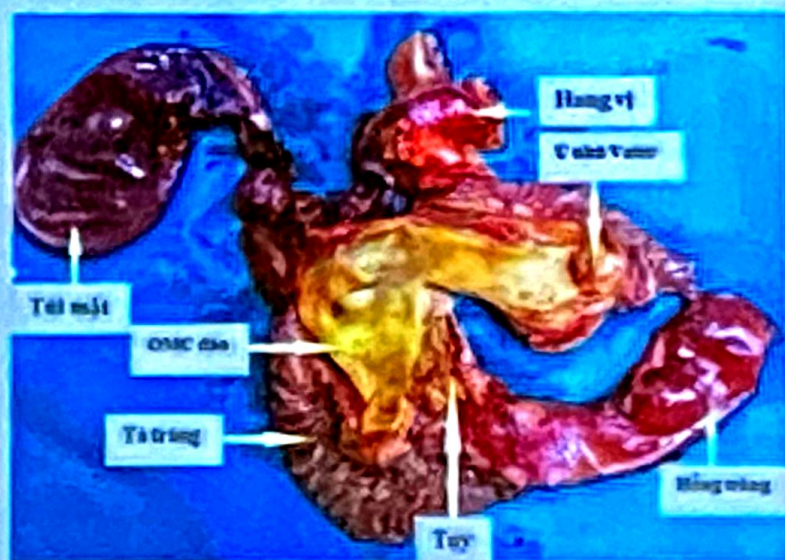
- + ERCP đặt ống nhựa vô thông mật xuống ruột để ko mất nước điện giải
- + PTBD (dẫn lưu đường mật ra ngoài): mỗi ngày sẽ mất 1 lượng mật trong đó có nước điện giải dinh dưỡng
- + Phẫu thuật nối mật - ruột, nối vị tràng (nhược: phải chịu 1 cuộc mổ, ưu: ko mất nước điện giải, ko ói)

**Phẫu thuật cắt khối tá tụy:**

yêu cầu kể được các bước này là được

- Cắt bỏ phần dưới dạ dày, phần đầu hồng tràng, cắt túi mật, ống gan chung, đầu tụy ngang mức bờ trái TMMTTT
- Tái lập lưu thông: tụy-hồng tràng, ống gan chung-hồng tràng, dạ dày-hồng tràng
- Có thể mổ mở, PTNS, PT robot

ĐIỀU TRỊ



Bệnh phẩm khối tá tụy^o



- cắt ngang ống gan chung, lấy bỏ luôn túi mật, OCM
- cắt ngang thân tụy, loại bỏ đi đầu tụy
- cắt ngang hang vị, loại bỏ đi nguyên khung tá tràng và đoạn đầu hồi tràng



- Đem quai hồi tràng lên tái lập lại:
- Đầu tiên là nối vô ống tụy
 - Sau đó nối vô ống mật
 - Đi xuống vòng lên nối vô dạ dày

có 3 vị trí có thể xảy ra biến chứng xì và chảy máu (2 biến chứng đáng sợ nhất)
vị trí đáng sợ nhất và hay xảy ra nhất là chỗ nối ruột non và tụy

A. U quanh bóng vater trước phẫu thuật

B. Tái lập lưu thông tiêu hoá sau khi cắt bỏ khối tá tụy

U KHÔNG CẮT ĐƯỢC: PHẪU THUẬT NỐI TẮT



Cắt ko đc thì nối tắt để cho:

- +Mật thay vì xuống tá tràng thì nó sẽ qua túi mật đi xuống ruột.
- +Thức ăn xuống tá tràng ko đc thì đem quai ruột lên nối vô dạ dày sau đó nối vô túi mật

A: miệng nối dạ dày - ruột

B: cũng quai ruột đó đi lên nối với túi mật

Hình 7: Phẫu thuật Warren (Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy)

A: Miệng nối vi- tràng bao gồm dạ dày và quai ruột đã làm xong miệng nối.

B: Miệng nối mật - ruột bao gồm túi mật và quai ruột đã khâu làm móc để nối.

C: Miệng nối Braun.

ĐIỀU TRỊ



Các biến chứng phẫu thuật cắt khối tá tụy:

Thầy liệt kê

- Rò tụy
- Chậm tổng xuất dạ dày
- Chảy máu sau phẫu thuật
- Áp xe trong ổ bụng
- Nhiễm trùng vết mổ
- Rò mật
- Rò đường trấp



Đái tháo đường sau phẫu thuật tụy:

- Định nghĩa: ĐTD xuất hiện sau phẫu thuật tụy
- Tỷ lệ 20 đến 50%
- Gọi là ĐTD type 3c
- Thường tiến triển trong vòng 2 năm sau phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị adenocarcinoma tuyến ống ở tụy
- Viêm tụy mạn trước phẫu thuật làm khó khăn trong điều chỉnh đường huyết sau phẫu thuật

BC muộn của PT là giảm chức năng ngoại tiết, nội tiết (giảm tiết insulin)



- Từ khi khởi phát ung thư đến khi xuất hiện triệu chứng là 10 năm
 - Nên tầm soát ở những người có yếu tố nguy cơ đánh giá BN có YTNC ko, có thì phải theo dõi ntn (do BS gia đình thực hiện)
 - Thường kết hợp EUS, CT, MRI hoặc ERCP nghi ngờ thì phải phối hợp nhiều phương tiện
 - Đa số nghiên cứu cho rằng nên tầm soát ở độ tuổi 40 – 50
 - Hoặc sớm hơn 10 năm so với độ tuổi trẻ nhất phát hiện ung thư
- tuy trong gia đình nếu trong gia đình có người K tụy ở tuổi 50 thì tất cả những người còn lại trong gđ phải tầm soát K tụy ở tuổi 40

GIẢI ĐÁP THẮC MẮC

1. Vai trò của CA19-9 trong tầm soát K quanh bóng vater?

Chỉ sử dụng trên BN có ytn (HTL, ĐTĐ, gia đình có người K tụy) thì trong bộ xét nghiệm định kì có thể làm CA 19-9

Lưu ý: nó chỉ có giá trị gợi ý, ko dùng để chẩn đoán

2. Tại sao phải cắt rộng như vậy?

vì đó là phẫu thuật triệt để: lấy u và các tạng xung quanh + nạo hạch

Có lựa chọn khoét u tại chỗ nhưng chỉ CD đối với 1 số BN đặc biệt: quá già, bệnh nền nặng (đây ko phải là mục tiêu Y6)



Thời gian sống sau phẫu thuật triệt để:

Loại tổn thương	5 năm	10 năm
Ung thư đầu tụy	15%	5 – 14%
Ung thư bóng vater	39%	25%
Ung thư đoạn cuối OMC	27%	21%
Ung thư tá tràng	59%	59%

tệ nhất là đầu tụy