**UNG THƯ QUANH BÓNG VATER**

* Ung thư đầu tụy 40%
* Ung thư tá tràng 20%
* Cholangiocarcinoma (bệnh ung thư đầu dưới cùng của mật) 20%
* Ung thư vùng bóng Vater 10%

**UNG THƯ TUỴ**

1. Đại cương

* Chiếm 85% trong các loại u quanh bóng Vater
* Nam hơn nữ 2 lần
* Tuổi trên 60
* YẾU TỐ THUẬN LỢI

Chủng tộc: da đen 30-40% hơn da trắng

Bệnh: đái đường, viêm tụy mạn

thiếu máu ác tính, xạ trị vùng bụng

An uống: đạm nhiều hơn rau

Thói quen: hút thuốc, Nitrosamine, uống rượu

* 90% ung thư tế bào ống tuyến
* 2/3 ở đầu tụy
* Biệt hóa kém đến trung bình
* Kích thước u đầu tụy thường nhỏ hơn thân và đuôi tuỵ
* Phát hiện muộn

20% giai đoạn I và II

35% giai đoạn III

45% giai đoạn VI

* Xâm lấn nhiều

70 – 90% thần kinh

50% tĩnh mạch

25% tá tràng

1. Chẩn đoán

|  |
| --- |
| **Lâm sàng**  **TCCN: Đau bụng, vàng da, sụt cân**  **Đau bụng**  70-89% có đau bụng  64% triệu chứng đầu  Đau lưng 🡺 xâm lấn (không mổ được)  Vị trí   * 46% thượng vị * 18% trên phải * 13% trên trái * 20 % hạ vị * ban đêm, nặng khi nằm, giảm khi ngồi →Cơ chế: Xâm lấn thần kinh   **Vàng da**  ¾ trường hợp, Tăng dần  Không nhiễm trùng, (bilirubin >10mg%)  **Sụt cân**: 75% trường hợp  **Triệu chứng khác:** Chán ăn, Rối loạn tiêu hóa, Nôn  - Đầu tụy:  Tắc mật 🡪 vàng da  Tắc tá tràng 🡪 ói mửa  Tắc ống tụy 🡪 viêm tụy  - Thân đuôi tụy:  Sụt cân + đau thượng vị (mơ hồ 🡪 rõ)    **TCTT:**   * Vàng da, Gan to * Túi mật to * Khối u thượng vị. * Hạch ngoại biên: Virchow, Sister Mary Joseph * Tăng áp lực tĩnh mạch cửa * Cổ chướng   **Triệu chứng khác**   * Mệt mỏi, suy yếu, ngứa (có trước vàng da), nôn ói. * Rối loạn tâm thần * Rối loạn tiêu hóa * Viêm tụy cấp * Viêm tụy mạn |
| **Cận lâm sàng**   * Công thức máu:   Thiếu máu  Bilirubin tăng, chủ yếu Bilirubin trực tiếp  Phosphatase kiềm tăng   * CEA(Carcinom Ebryonic Antigen: K ĐTràng), CA 19.9:   Phản ứng chéo, Hỗ trợ chẩn đoán, Theo dõi bệnh   * Kết hợp nhiều:   CA 19.9 và Serum DU PAN 2 Antigen.   * CA 19.9 (Cancer Antigen):   Độ chinh xác 80%, về bình thường sau 2w, 50% trường hợp   |  |  | | --- | --- | | Siêu âm | Phát hiện u >2cm  Nhạy 87% chuyên 74%  Nhược điểm  Khó phát hiện di căn hạch  Khó phát hiện xâm lấn mạch máu  Giá trị  ung thư đầu tụy  kém trong ung thư thân và đuôi | | Siêu âm qua nội soi  EUS | Kích thước nhỏ <2 cm  Phát hiện di căn hạch  Phát hiện di căn mạch máu  Phát hiện tính cắt được của u 95% | | Chụp X Quang khung tá tràng có cản quang | Giá trị 50 – 60% chẩn đoán đúng  Dấu hiệu  Khuyết bờ trong tá tràng và mất nếp niêm mạc  Hành tá tràng biến dạng  OMC bị chèn ép  Loét u thâm nhiễm  U lòng tá tràng | | CT scan | Độ nhạy 94%  U nhỏ 1cm  Chỗ teo, phù nề, dãn ống tụy  Phân biệt viêm tụy mạn 77%  Sử dụng cản quang  Ưu điểm  U cắt được không  Phân biệt viêm tụy mạn | | ERCP | Ưu điểm Thấy u trực tiếp  Sinh thiết  Độ nhạy 89%  Hình ảnh Tắc ống tụy  Chít hẹp ống tụy  Tạo hốc  Can thiệp : Đặt stent | | Chụp đường mật qua da | Trong trường hợp đường mật bị trít hẹp nặng  Vai trò Dẫn lưu: Bàn cãi  Hình ảnh  Chít hẹp  Vị trí tắc  Vị trí tắc mật | | Chụp động mạch cản quang | Vai trò Bàn cãi  Chụp cắt lớp có cản quang đánh giá được mạch máu.  Bất thường mạch máu vùng tụy  Ưu điểm  Không xâm lấn mạch máu 77%  Có xâm lấn 35%  thuyên tắc 0%  Hình ảnh: Nghèo mạch máu và Tân sinh mạch máu | | Sinh thiết tuỵ | Vai trò 82%  Không tử vong  Âm tính không loại trừ và Không dương tính giả | | Phương tiện khác | Xạ hình: Vai trò ngày càng giảm  MRI  PET : phát hiện u nhỏ khi CT hoặc MRI không phát hiện  Nội soi ổ bụng: đánh giá di căn ổ bụng, giúp sinh thiết u qua nội soi | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TMN** | | |
| **T** | **M** | **N** |
| T1 : Bướu còn nằm trong nhu mô tụy.  T2 : Bướu xâm lấn tá tràng, đường mật, mô quanh tụy.  T3 : Bướu lan tới dạ dày, đại tràng, lách, và các mạch máu lân cận. | N0 : Không có di căn hạch vùng.  N1 : Có di căn hạch vùng.  NX : Không thể đánh giá hạch vùng. | M0 : Không có di căn xa.  M1 : Có di căn xa. |
| * Giai đoạn T N M sống còn * Giai đoạn 1 T1,T2 N0 M0 20-40% * Giai đoạn 2 T3 N0 M0 10-25% * Giai đoạn 3 Mọi T N1 M0 10-15% * Giai đoạn 4 Mọi T Mọi N M1 0-8% | | |

I,II: cắt được.

- Dự hậu xấu: > 2cm, có N1, bờ cắt (+)

III, IV: thường không cắt được (di căn, xâm lấn)

- xâm lấn TM cửa, ĐM TM tràng trên

- CT: - xâm lấn ngòai bao, TK hạch x/q trục thân tạng-tràng trên

- xâm lấn d/c gan tá

Vai trò nội soi ổ bụng:

- 20-40% stage I,II: có di căn (gan, PM) 🡪 tránh mở bụng

- Townsend: K đầu tụy: không cần nội soi

K thân đuôi tụy: nên NS trước mổ

Chẩn đoán phân biệt:

* Viêm tụy mãn
* Viêm loét DD-TT
* K dạ dày
* K gan thùy trái
* K vùng quanh bóng Vater
* K đường mật
* Sỏi đường mật

DIỀU TRỊ UNG THƯ TỤY

|  |  |
| --- | --- |
| **K đầu tụy:** | **K thân đuôi tụy** |
| Cắt tá -tụy (Whipple): 2 lọai (tử vong, biến chứng #  bảo tồn môn vị: gastric emptying kéo dài hơn  không bảo tồn môn vị  Whipple mở rộng (Nhật):  nạo hạch rộng sau PM  Cắt tòan bộ tụy + mạch máu lớn ™  (Mỹ 🡪 không sống thêm)  Biến chứng:  Tử vong: 2-4%  Xì miệng nối, áp xe  Rò tụy: 15-20%, tự lành (DL tốt)  Rò mật: tự lành  Ứ đọng dạ dày: 15-40%, vài tuần – tháng  Tiểu đường  Giảm hấp thu🡪 tiêu phân mỡ: thường gặp  - Kết quả:  Sống 5 năm: 10-20%, chết trong 5 năm kế    Yếu tố ảnh hưởng:  Bờ cắt: (+) 6%, (-) 26%  Kích thước bướu  Di căn hạch: (+) 14%, (-) 36% | Phát hiện trễ (xâm lấn, di căn)🡪 chỉ 10% cắt được  Phẫu thuật: cắt lách+thân đuôi tụy  Biến chứng:  áp xe dưới hòanh (5-10%)  Rò tụy: 20%  Kết quả:  sống 5 năm thấp hơn K đầu tụy (8-14%) |
| **Phẫu thuật cắt toàn bộ tuỵ** |
| Khi u đa ổ hoặc tránh sót mô ung thư  BN phải được trị liệu bổ sung insulin ngoại sinh suốt đời |
| **Phẫu thuật tạm thời** |
| Khi u không thể cắt bỏ 🡪tắc mật ,tắc tá tràng/ hang vị  Phương pháp:  Tắc TT/hang vị 🡪 nối vị tràng  Tắc mật 🡪 nối túi mật- hỗng tràng |

**U ỐNG MẬT CHỦ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| K đường mật | Trong gan 10% | | |
| Ngoài gan 90% | U rốn gan (u Klatskin) 80% | |
| U ống mật chủ 20% | Đoạn giữa |
| Đoạn xa |

K đường mật ngoài gan:

- Vàng da tắc mật ngày càng tăng, không sốt, đau âm ỉ hạ sườn phải

- Có thể sờ thấy túi mật căng to, không đau

- Buồn nôn, nôn,ăn không ngon, sụt cân, mệt mỏi

- Gan to mềm, bờ tù, mật độ chắc

- Túi mật căng to (dấu Courvoisier)

- Thiếu máu, viêm tụy, tiêu phân mỡ (K quanh bóng Vater)

|  |  |
| --- | --- |
| Siêu âm | Đường mật trong và ngoài gan dãn + túi mật căng to 🡪 K OMC |
| CT scan bụng không và có cản quang | Đặc trưng bởi hình ảnh dãn đường mật trong và ngoài gan  - Khối trong lòng hay bao xquanh ống mật (40%)  - U dạng thâm nhiễm với hình ảnh tăng đậm độ ( 22%)  - Tình trạng gan, mạch máu chính,hạch lân cận, di căn xa🡪 đánh giá khả năng cắt u  \* Nhược điểm :  Khó phát hiện các tổn thương thâm nhiễm phát triển theo chiều dài ống mật hay các tổn thương dạng polyp trong lòng ống mật ( 22-25%) |
| ERCP | Đánh giá cấu trúc giải phẫu đường mật, vai trò trong u đoạn xa OMC  Kết hợp điều trị (đặt stent giải áp tạm )  Hình ảnh khuyết thuốc, cắt cụt  Biến chứng : VTC, Nhiễm trùng, thủng tá tràng, chảy máu |
| PTC | Đánh giá cấu trúc giải phẫu đường mật, vai trò trong u vùng rốn gan  Hình ảnh khuyết thuốc, cắt cụt  Biến chứng : chảy máu, rò mật, TKMP |
| MRCP | Không xâm lấn, an toàn  Có giá trị cao trong chẩn đoán. Đặc biệt giúp đánh giá sự xâm lấn của u vào các ống gan 🡪 hỗ trợ điều trị  Nhược điểm :  - Không thể kết hợp điều trị  - Khó phát hiện các trường hợp u hẹp ít hoặc xơ cứng |
| Sinh hoá máu | Bilirubin tăng rất cao (TT là chủ yếu)  AST, ALT tăng  ALP tang  Marker : CA19.9 , CEA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TX không đánh giá được  T0 không có bằng chứng  Tis tại chỗ  T1 giới hạn tại ống mật  T2 xâm lấn thành ống mật  T3 xấm lấn túi mât, tuỵ, tá tràng, hoặc các cơ quan khác nhưng không lien quan mạch máu  T4 mạch máu | NX không thể đánh giá  N0 không hạch vùng  N1 hạch gần | M0 không di căn  M1 di căn xa |

Stage T N M

0 Tis N0 M0

IA T1 N0 M0

IB T2 N0 M0

IIA T3 N0 M0

IIB T1 N1 M0

T2 N1 M0

T3 N1 M0

III T4 Any N M0

IV Any T Any N M1

Chống chỉ định PT triệt để

* Di căn ngoại vi 2 thùy gan
* Di căn ngoài gan
* Xâm lấn nhu mô 2 thùy gan
* Tắc ĐM gan chung
* Tắc thân TMC

Giải áp đương mật:

Vấn đề giải áp trước mổ thường được đặt ra khi:

* BN bị viêm đường mật
* BN bị suy thận
* BN mắc bệnh nội khoa, yếu, sdd,SGMD, không thể PT ngay
* Dự trù cắt phần lớn gan kèm u đường mật (phần gan lành tái tạo nhanh hơn nếu không ứ mật

PP:

PTC 🡪 đặt catheter dẫn lưu qua chỗ hẹp

ERCP 🡪 đặt stent qua chỗ hẹp

**U BÓNG VATER  
*UNG THƯ BIỂU MÔ BÓNG VATER***

Đại cương:

- Ung thư biểu mô-bóng Vater là một khối u ác tính hiếm gặp phát sinh trong vòng 2 cm đầu xa của ống mật chủ, nơi mà nó đi qua thành tá tràng và đổ vào nhú tá.

- Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) là loại mô học thường gặp nhất .

- Nguyên nhân:

* Nguyên nhân của bệnh chưa được hiểu rõ.
* Bệnh nhân polyp tuyến gia đình (FAP) có nguy cơ cao có các khối u lành tính và ác tính quanh bóng Vater.
* Có đến 50-90% bệnh nhân với FAP phát triển u tuyến tá tràng, chủ yếu tập trung trên hoặc xung quanh nhú lớn.

Triệu chứng thực thể:

- Dấu hiệu Courvoisier: vàng da không đau kết hợp với túi mật to có thể sờ thấy.

- Sốt.

- Gan to

- Viêm tụy cấp,viêm tắc tĩnh mạch.

- Sờ thấy khối vùng thượng vị,hạch thượng đòn.

Cận lâm sang:

**Xét nghiệm máu:**

-Thiếu máu

-Tăng bilirubin (trực tiếp)

-Tăng alkaline phosphatase

-Tăng ALT và AST khi tắc nghẽn mật lâu dài

*Elevation of AST is significantly more common in unresectable lesions (83%) than in resected lesions (22%)*

- Tăng amylase (30%)

- Rối loạn đông máu

***Xét nghiệm nước tiểu:***

-Có bilirubin trong nước tiểu

-Không có urobilinogen khi tắc mật hoàn

toàn

***Hình ảnh học:***

-Siêu âm bụng

-Siêu âm qua nội soi

-CT

-MRI,MRCP

**-ERCP**

-PTC

**K TÁ TRÀNG**

Yếu tôs nguy cơ

* Tiếp xúc các chất gây ung thư , phóng xạ.
* Hút thuốc lá.
* Đa polyp gia đình.
* Hc Gardner.
* Hc Lynch.
* Hc Muir-Torre.
* Puetz-Jeghers.
* Crohn.

Chia giai đoan

4 giai đoạn chính:

* I : khu trú ở tá tràng.
* II : lan đến các mô lân cận : mỡ , dây chằng , cơ , các hạch bạch huyết.
* III : lan đến các cơ quan lân cận : dạ dày , hồi tràng , hỗng tràng , đại tràng.
* IV : lan tràn khắp ổ bụng hay cho di căn xa , gan , phổi , tụy , xương.

Triêu chứng cơ năng

* Đau bụng.
* Buồn nôn , nôn.
* Sụt cân.
* Vàng da.
* Xuất huyết tiêu hóa mạn , thiếu máu.
* Khối u ¼ trên phải.

Cận lâm sang

* Nội soi DD-TT + ST
* Siêu âm qua nội soi
* X quang DD cản quang
* CT-scan

Điều trị

1. Phẫu thuật: là pp ưu tiên trong điều trị K tá tràng . Gồm :
   * Cắt bỏ toàn bộ khối tá tụy (Whipple).
   * Cắt tá tràng theo từng đoạn.

2. Xạ trị và hóa trị không có hiệu quả rõ rệt trong điều trị K tá tràng nhưng có thể kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân