K quanh vater

Nhiều nhất là K đầu tụy 🡪 K đoạn xa OMC 🡪 K vater 🡪 K tá tràng

SA 🡪 CT 🡪 MRI 🡪 nội soi dạ dày ống nghiêng. Ở BV GĐ ko làm nội soi ống nghiêng riêng lẻ, chỉ làm khi có ERCP

# Chẩn đoán

#### Chẩn đoán bằng hình ảnh học

* Khi kết quả CT-scan là mổ đc, thì
  + Nếu u Vater, u tá tràng thì cho nội soi ống nghiêng để sinh thiết. Rồi mổ sau
  + Nếu là u tụy, u đoạn cuối OMC thì sẽ nội soi thám sát. U còn cắt đc thì whipple; ko cắt đc thì bấm sinh thiết thôi.
* Khi CT-scan nói ko mổ đc, thì ERCP để đặt stent dẫn lưu đường mật, sẵn sinh thiết luôn (nhưng K tụy ko sinh thiết bằng cách này đc)

#### Hình ảnh ko chẩn đoán đc

* CT ko rõ thì ERCP chẩn đoán, sinh thiết. K tụy ko sinh thiết đc thì tìm hạch ngoại biên. Ko có hạch luôn thì nội soi thám sát, sinh thiết lạnh, 30p sau có kết quả thì mổ luôn.
* Muốn sinh thiết lạnh thì phải báo trước với giải phẫu bệnh; do GPB làm sinh thiết lạnh buổi sáng nên ta phải mổ sớm

# Điều trị

#### Vitamin K1

Tắc mật 2 tuần là phải xài vitamin K1 2 ống/ngày tiêm bắp sâu, đến khi nào giải quyết đc tắc mật thì thôi

#### Dẫn lưu đường mật

* Bili bình thường là 0.8-1.2. Bili >15 là phải dẫn lưu xuống <10. Do >15 tăng nguy cơ hủy hoại tế bào gan, <10 an toàn cho gây mê
* Thường phải dẫn lưu 2 tuần – 1 tháng mới đạt mục tiêu

(trong slide ghi >20 mg/dl vẫn an toàn cho phẫu thuật, và ko nên đặt stent quá 2 tuần???)

* Phương pháp
* ERCP: stent rất mắc. Stent kim loại ít tắc hơn stent nhựa
* PTBD: ống gan > 10 mm
* Pezzer

Dẫn lưu ngoài lâu dài gây mất dịch mật

* Chọn lựa
* 1 BN dẫn lưu trong thời gian chờ Whipple: chọn dẫn lưu ngoài vì rẻ. Còn sang thì stent nhựa
* 1 BN ko whipple đc, phải dẫn lưu đến khi chết
* Nếu tiên lượng sống >6 tháng: phẫu thuật nối mật ruột
* Sống <6 tháng, đặt stent kim loại. Khi BN ko đủ tiền đặt stent, thì có thể đặt dẫn lưu ngoài, sau đó khuyên BN uống dịch mật

1 BN vàng da tăng dần trong 2 tuần, ngứa, phân bạc màu. Có thể U dạ dày, u Klatskin, u đại tràng ngang…K vater và K đầu tụy xâm lấn tá tràng, thường bị thiếu máu do thức ăn đi qua, cạ vào, gây XHTH. K quanh vater vẫn có thể sốt do viêm quanh u hay tắc mật gây nhiễm trùng (sốt trên nên vàng da lâu dài trước đó). K vater: dễ bị nhiễm trùng hơn do thức ăn qua lại, cạ vào; K đầu tụy ít nhiễm trùng

Đối với 1 BN phải PTBD suốt đời, thì sau 1 tháng, bili giảm 75% thì coi như hiệu quả

K tụy

# ĐẠI CƯƠNG

* Đa số K từ ngoại tiết: carcinoma tuyến tế bào ống tụy, chủ yếu ở đầu tụy và móc tụy, biệt hóa kém đến trung bình. Phát hiện muộn, xâm lấn nhiều
* U đầu tụy thường nhỏ hơn thân và đuôi tụy (vì nó gây vàng da nên phát hiện sớm hơn thôi !!!)
* Đau thượng vị lệch phải lan sau lưng, ban đêm, tăng khi nằm, giảm khi ngồi. Đau do xâm lấn
* Nguy cơ: hút thuốc lá, uống rượu, ăn nhiều đạm hơn rau, ĐTĐ, viêm tụy mạn. ĐTĐ vừa làm tăng nguy cơ K tụy, vừa có thể là biểu hiện sớm của K tụy (ĐTĐ mới phát hiện, khó kiểm soát đường huyết)
* Tis : The tumor is confined to the top layers of pancreatic duct cells

T1 : Bướu dưới 2 cm

T2 : Bướu trên 2 cm còn nằm trong nhu mô tụy.

T3 : Bướu xâm lấn tá tràng, đường mật, mô quanh tụy.

T4 : 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.

M0 : Không có di căn xa. M1 : Có di căn xa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | T | N | M |
| Giai đoạn 0 | Tis |  |  |
| Giai đoạn 1a | T1 |  |  |
| Giai đoạn 1b | T2 |  |  |
| Giai đoạn 2a | T3 |  |  |
| Giai đoạn 2b | T1-3 | N1 |  |
| Giai đoạn 3 | T4 | Any N |  |
| Giai đoạn 4 |  |  | M1 |

# CHẨN ĐOÁN

SA 🡪 CT-scan 🡪 nội soi ổ bụng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Thấy u | Xấm lấn | Ưu điểm | Nhược điểm |
| SA | >2 cm | Tại chỗ | Tầm soát bệnh vàng da | Chủ quan người đọc  Hơi trong đường tiêu hóa |
| SA qua nội soi | <2 cm | Hạch vùng và mạch máu 🡪 Đánh giá tính cắt được của u | Hướng dẫn sinh thiết | * 100% phát hiện u trong khoảng 3 cm, còn khảo sát > 4 cm là thua * Ko phân biệt được viêm tụy mạn * Ko phân biệt được hạch viêm hay di căn |
| CT | <1 cm | Thấy hết 🡪 u cắt đc hay ko | Phân biệt viêm tụy mạn 77% |  |
| Nội soi ổ bụng |  | Phát hiện 40% xâm lấn ngoài tụy mà CT ko thấy |  |  |

MRI : không hơn CT

PET: Khả năng phân biệt u lành và u ác. Dương giả còn cao.

CA 19.9: sau cắt u về bình thường sau 2 tuần

# PHẪU THUẬT

Chỉ định phẫu thuật triệt để: giai đoạn I, II

- Tổng trạng bệnh nhân cho phép.

- Không xâm lấn mạch máu (diên cắt R0, hoặc R1 có hóa trị tân hỗ trợ).

Hóa trị tân hỗ trợ chỉ khoảng 15% đáp ứng

Đánh giá hình ảnh trước mổ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Cắt đc (R0) | Ranh giới (R1) | Tiến triển (R2) |
| ĐMMTTT |  | Dính | Xâm lấn |
| Thân tạng |  | Dính | Xâm lấn |
| Gan chung |  |  |  |
| TMMTTT |  | Dính nối đc | Dính ko nối đc |

R0 bờ cắt không còn u

R1 bờ cắt còn u vi thể

R2 bờ cắt còn u đại thể

Chỉ định phẫu thuật nối tắt (mật ruột, vị tràng): giai đoạn III, IV

#### Phẫu thuật triệt để

Khi mổ mục đích chính để lại tụy là duy trì chức năng nội tiết, tránh tiểu đường. nếu cột ống tụy thì bị thiếu men tiêu hóa, có thể bù dễ bằng đường uống nên không quá quan trọng; tuy nhiên nếu nối ống tụy được thì vẫn nối

* U đầu tụy: u nhỏ xa tá tràng: có thể chỉ cắt đầu tụy; nhưng xử lý rất phức tạp nên Whipple hết đi
* U đầu tụy lan thân và đuôi tụy: cắt hết tụy (gây tiểu đường khó trị; hi vọng có mô tụy lạc chỗ ở nơi khác)
* U thân, đuôi tụy: Cắt thân đuôi tụy.
* Nạo hạch: tụy, tĩnh mạch cửa, môn vị

Hạch tụy: động-tĩnh mạch mạc treo tràng trên, đm thân tạng, vị tá, hạch dọc đm lách

#### Phẫu thuật nối tắt

* Nối mật ruột
* Dùng cho BN có tiên lượng sống >6 tháng (đã giải thích ở trên)
* Có thể nối ống mật chủ hoặc túi mật với hỗng tràng; ko nối với tá tràng do K làm tắc tá tràng. Dùng túi mật để nối dễ hơn (do dãn lớn, nằm nông hơn). Do bn cũng ko sống lâu nên dùng túi mật tiện hơn, nhưng ống túi mật phải ko bị tắc.
* Nếu bn chưa bị tắc tá tràng, nhưng bị tắc mật phải nối mật ruột, thì trong phẫu thuật nối vị tràng luôn (do sau này nếu K làm tắc tá tràng thì mổ lại rất khó; bn đã suy kiệt)
* Nối vị tràng: tránh hội chứng quai đến: nối 2 quai hỗng tràng với nhau bằng miệng nối Braunn, ngoài ra còn tránh trào ngược thức ăn. Nối hỗng tràng trước đại tràng ngang để tránh ứ đọng

# HỖ TRỢ

Gemcitabine 6 chu kỳ có cải thiện DFS. 5-FU (20%) và xạ trị

Hiện nay: Gemcitabine kết hợp nab paclitaxel hay elortinib. FOLFIRINOX (5-FU, Irinotecan, oxaliplatin)

# Yếu tố tiên lượng

Độ biệt hóa

Độ lớn u >3 cm

Di căn hạch

Tế bào ung thư ở diện cắt.

Whipple

Tủy: mở bụng ra ko thấy: phải mở dây chằng vị đại tràng, sau đó kéo dạ dày lên, kéo đại tràng xuống 🡪 vào hậu cung mạc nối

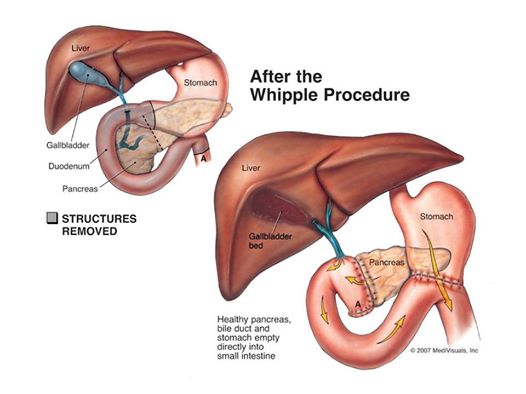
Phân biệt tụy với các mô màu vàng khác trong bụng:

- Mỡ (trong mạc treo, mạc nối): màu vàng trong, không dễ chảy máu # tụy màu vàng ngà, dễ chảy máu

- Tuyến thượng thận

Móc tụy có mạch máu nuôi riêng, khó mổ

Tụy dính vào thành sau ổ bụng bởi mạc dính, muốn tách ra dùng thủ thuật Kocher: rạch mạc treo D2 tá tràng vào thành sau (rạch quá bờ của TM chủ dưới), bóc cả khổi tá tụy ra



Cắt 4 vị trí, dùng 3 miệng nối

Ba thì mổ chính

Đánh giá khả năng cắt u

Cắt khối tá tụy

Nối lại.

# 1. Đánh giá khả năng cắt u

Thám sát đánh giá di căn

Bộc lộ vùng tuỵ

Mở dây chằng vị đại tràng

Hạ góc gan

Kocher

Phẫu tích OMC và các động mạch

Phẫu tích OMC: Phẫu tích OMC thường dễ: do ống dãn to, không nhiễm trùng, ko dính

Phẫu tích mạch máu (TM cửa) và cắt động mạch vị tá

Tách tĩnh mạch cửa khòi tụy

# 2. Cắt khối tá tụy

Cắt dạ dày ở hang vị

Cắt túi mật ngay chỗ đổ của ống túi mật và cắt OMC cách u 2cm

Cắt tụy ngang mức tĩnh mạch cửa: Sau cắt phải sinh thiết mặt cắt liền

Cắt quai hỗng tràng đầu tiên: cách góc Treitz 10-20cm

# 3. Khâu nối

* Nối tụy hỗng tràng:
* Miệng nối dễ xì nhất trong 3 miệng nối (gót chân Achi).
* Ống tụy thường nhỏ (<=3mm). Trong u thường ống tụy dãn ra 5-8mm. Nếu phẫu thuật: ống tụy > 5mm là dễ khâu; < 5mm khó khâu (khi đó có thể cắt vát ống tụy). Nếu ống tụy nhỏ quá, ko thấy có thể chùm cả đầu tụy vào đường tiêu hóa
* Nối tụy dạ dày: dạ dày dày hơn, khi nối vùi sâu được hơn, ít xì hơn; nhưng nối vào hỗng tràng đúng sinh lý hơn
* OMC - hỗng tràng.
* Vị tràng

# Biến chứng

* Chảy máu sau mổ
* Sớm là trước 5 ngày, muộn là sau 6 ngày.
* Trong ổ bụng: từ ĐM vị tá, gây bệnh ảnh xuất huyết nội. Tùy mức độ, có thể can thiệp nội mạch hay mổ bụng
* Trong ống tiêu hòa: từ miệng nối tụy > miệng nối vị tràng. Nội soi ống tiêu hóa để cầm máu
* Điều trị bảo tồn trước Thất bại sẽ mổ.
* Xì miệng nối tụy 20%
  + Liên quan: kích thước ống tụy, mô tụy. Mô tụy mềm và kích thước dưới 3mm rò cao

Nối ống tụy niêm mạc ruột ít rò hơn nối mặt cắt tụy tiêu hóa.

Nối tụy vào dạ dày ít rò hơn

* + Amylase dịch dẫn lưu vào ngày HP3 sẽ >3 lần giới hạn trên
  + Gây VPM khu trú, toàn thể, áp xe tồn lưu
* Chậm thoát lưu dạ dày 15%
* Bảo tồn môn vị cao hơn qui ước.
* Nguyên nhân do cắt nhánh môn vị của dây TK X.
* Dùng Erythromycin, nối hỗng – hỗng tràng.

1 case sốt liên tục sau mổ, ngày HP3 thì bụng đề kháng, siêu âm có ổ tụ dịch, dẫn lưu dịch vàng trong. Nghĩ xi tụy nên đi mổ. Mổ ra thấy ổ dịch đó là máu nên là hoại tử tụy, ko phải xì