**UNG THƯ ỐNG HẬU MÔN**

**PGS. TS. Cung Thị Tuyết Anh**

**Mục tiêu bài giảng**

1. Học viên nêu được các yếu tố nguy cơ mắc bệnh ung thư ống hậu môn

2. Học viên kể được các tình huống lâm sàng của bệnh ung thư ống hậu môn

3. Học viên nêu được các phương tiện lâm sàng và cận lâm sàng giúp chẩn đoán vị trí bướu, giải phẫu bệnh và giai đoạn bệnh ung thư ống hậu môn

4. Học viên trình bày được nguyên tắc điều trị bệnh ung thư ống hậu môn

**1. DỊCH TỄ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ**

**1. 1. Dịch tễ**

Ung thư ống hậu môn là loại bệnh lý hiếm gặp, chiếm khoảng 1 – 2% ung thư ống tiêu hóa nói chung, và khoảng 2 – 4% ung thư đại trực tràng nói riêng. Xuất độ mới mắc hàng năm là 1/100.000 dân, đang có xu hướng tăng dần. Xuất độ này đặc biệt cao ở đối tượng đồng tính nam (35/100.000) và nam giới nhiễm HIV (75 – 135/100.000).

Nhìn chung, tỉ lệ mắc ở nữ cao hơn nam (2:1). Độ tuổi trung bình mắc bệnh 60 – 65 tuổi. Ở nhóm tuổi 20 - 49, ung thư ống hậu môn thường gặp ở nam hơn nữ, trong khi đó, tuổi trên 50, phụ nữ lại mắc bệnh nhiều hơn nam.

Tỉ lệ sống còn ít thay đổi trong 2 thập kỉ qua. Ở Hoa Kỳ, tỉ lệ sống còn 5 năm trong giai đoạn năm 1994 – 2000 là 60% ở nam và 78% ở nữ. Ở châu Âu, con số này dao động trong khoảng 44% (Bắc Âu) đến 66% (Trung Âu). Tỉ lệ sống còn 5 năm khi bướu còn khu trú tại chỗ là 80,1%, 60,7% đối với bệnh tiến triển tại vùng và 29,4% khi bệnh di căn xa.

**1.2 Yếu tố nguy cơ :**

***Hoạt động tình dục***

Nguy cơ đặc biệt cao ở nam giới có quan hệ đồng tính, và cao hơn nữa nếu kèm theo nhiễm HIV. Người ta nhận thấy rằng, tăng nguy cơ ung thư trong dân số này, bản chất do tăng tỉ lệ nhiễm HPV hơn là nhiễm HIV.

Những yếu tố liên quan chung cho cả nam và nữ là giao hợp qua ngã hậu môn, có nhiều bạn tình, tiền căn mục cóc vùng hậu môn - sinh dục. Đối với phụ nữ, nguy cơ tăng thêm khi có tiền căn tăng sản biểu mô âm hộ grad cao hay ung thư âm hộ, ung thư cổ tử cung.

***Nhiễm HPV (human papillomavirus)***

Carcinôm tế bào gai ống hậu môn, cũng như cổ tử cung, âm hộ, âm đạo, cùng có nguồn gốc chung từ nhiễm HPV. Trong khi tần suất nhiễm HPV cổ tử cung ở phụ nữ giảm dần sau tuổi 30 thì ở nam giới có quan hệ đồng tính , nhiễm HPV (không kèm HIV) lại duy trì ở mức cao và ổn định trong suốt cuộc đời.

Một vài type HPV có liên quan đến ung thư ống hậu môn và các sang thương tiền ung – nghịch sản trong biểu mô hậu môn (AIN, intra-epithelial neoplasia). HPV 16 là type có nguy cơ cao nhất, ít hơn đối với type 18, 31, 33, 34. Có 85% trường hợp ung thư ống hậu môn nhiễm HPV nguy cơ cao. Ung thư ống hậu môn có HPV (-) cũng tương tự như HPV(+) về lứa tuổi, độ biệt hóa và tiên lượng.

***Suy giảm miễn dịch và nhiễm HIV***

Suy giảm miễn dịch làm giảm khả năng loại thải HPV sau quan hệ tình dục. Những bệnh nhân ghép tạng có nguy cơ 10 – 100 lần mắc bệnh so với dân số chung. Sang thương tiền ung cao hơn ở nhóm HIV+, có liên quan đến số lượng CD4. Tuy nhiên, suy giảm miễn dịch do HIV chưa được chứng minh rõ ràng là yếu tố độc lập đối với mắc ung thư ống hậu môn.

Kể từ khi có thuốc kháng retrovirus, bệnh nhân HIV sống lâu hơn dẫn đến tăng nguy cơ suốt đời ung thư ống hậu môn. Mặc dù tần suất sarcôm Kaposi và lymphôm có phần giảm đi , tuy nhiên không có sự thay đổi đối với ung thư ống hậu môn.

***Hút thuốc lá***

Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ ung thư ống hậu môn gấp 4 lần.

**2. TẦM SOÁT, PHÒNG NGỪA**

Ung thư ống hậu môn thường khởi đầu bởi nghịch sản trong biểu mô hậu môn grad cao HGAIN (high-grade anal intra-epithelial neoplasia). Sang thương này tiến triển thành ung thư với tỉ lệ 1% mỗi năm. Suất độ HGAIN cao nhất ở nam giới có quan hệ đồng tính nhiễm HIV (44 – 52%), theo sau là đồng tính nam không nhiễm HIV (24%) và nữ giới HIV (+) (9%). Ngược lại, ước tính nguy cơ mắc bệnh chỉ có 1% ở nhóm phụ nữ HIV (-)

Không có nghiên cứu ngẫu nhiên nào cho thấy việc tầm soát giúp cải thiện tỉ lệ mắc bệnh. Tuy nhiên, một đồng thuận lớn cho rằng những đối tượng nguy cơ cao có thể được hưởng lợi từ tầm soát, bao gồm nam giới quan hệ đồng tính, phụ nữ HIV(-) có quan hệ qua ngã hậu môn, phụ nữ có bất thường xét nghiệm tế bào cổ tử cung, âm hộ, tiền căn có mụn cóc vùng hậu môn sinh dục.

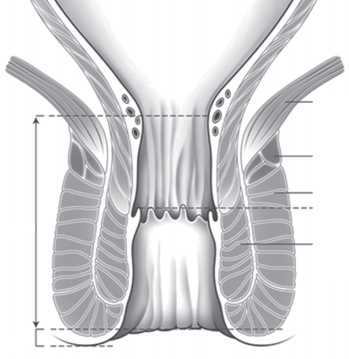
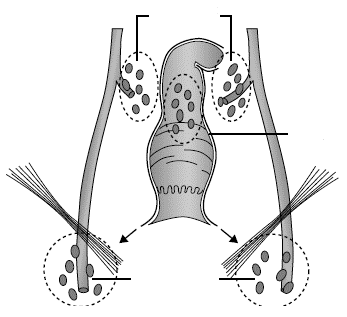
Các phương tiện tầm soát bao gồm khám trực tràng bằng ngón tay, PAP smear, soi hậu môn có độ phân giải cao, sinh thiết dựa trên những tiến bộ đạt được trong chương trình tầm soát ung thư cổ tử cung.

Chủng ngừa HPV: Vắcxin kháng HPV hiện phòng ngừa ung thư cổ tử cung. Một báo cáo gần đây cho thấy 80% ung thư ống hậu môn có thể tránh được với vắcxin tứ giá [Gardasil](http://www.cancer.gov/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=CDR0000661954&version=Patient&language=English)® (ngừa HPV type 6,11,16,18). Năm 2010, loại vắcxin này đã được FDA chuẩn nhận sử dụng nhằm ngăn ngừa ung thư hậu môn và các tổn thương tiền ung ở nam và nữ giới độ tuổi 9 – 26.

**3.GIẢI PHẪU**

Về giải phẫu học, ống hậu môn dài khoảng 3-4 cm, từ bờ ngoài hậu môn đến vòng nối hậu môn-trực tràng. Đường lược nằm trong ống hậu môn và phân ranh giới hai loại mô học: phía trên đường lược là kiểu niêm mạc của đại trực tràng, phía dưới đường lược là biểu mô gai. Ngay tại đường lược là biểu mô chuyển tiếp. Giới hạn của hậu môn là một rìa da cách quanh hậu môn 5 cm đường kính.

Hạch chậu trong



Cơ nâng

hậu môn

Hạch quanh trực tràng

Cơ thắt ngoài

Kênh hậu môn

Đường lược

Cơ thắt trong

Hạch bẹn

Da rìa hậu môn

5 cm

*Hình 2: Dẫn lưu bạch huyết ống hậu môn*

*Hình 1: Giải phẫu ống hậu môn*

Ung thư ống hậu môn có xu hướng diễn tiến tại chỗ tại vùng. Bướu phát triển vòng quanh chu vi hậu môn dẫn đến làm hẹp hậu môn. Xâm lấn cơ thắt hậu môn thường xảy ra sớm do lớp niêm mạc rất gần vị trí cơ thắt. Khi đó, bướu tiếp tục ăn lan vào hố ngồi trực tràng, vách chậu. Bướu có thể xâm lấn vào vách âm đạo (10%) ở nữ, thường gặp hơn so với xâm lấn vào tiền liệt tuyến ở nam. Dò hậu môn – âm đạo ít gặp (<5%).

Dẫn lưu lymphô: phần trên đường lược được dẫn lưu dọc theo bó mạch trĩ đến hạch cạnh trực tràng và hạch chậu trong; phần dưới đường lược và bờ ngoài hậu môn được dẫn lưu đến hạch bẹn. Di căn hạch vùng chiếm khoảng 30 – 40% lúc chẩn đoán, di căn xa theo đường máu ít hơn (<10%), thường là gan và phổi.

**4. GIẢI PHẪU BỆNH**

Carcinôm tế bào gai chiếm tỉ lệ cao nhất (75%). Ung thư da quanh hậu môn thường là carcinôm tế bào gai sừng hóa và biệt hóa tốt trong khi ở kênh hậu môn, phần lớn không sừng hóa và biệt hóa kém.

Carcinôm tuyến ít gặp hơn (20%). Còn lại là các loại bướu khác, bao gồm carcinôm tế bào nhỏ, melanôm, carcinôm tế bào đáy, lymphôm, sarcôm…

**5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

Khoảng ½ trường hợp có triệu chứng đi cầu ra máu. Đau hay cảm giác có khối cộm ở hậu môn chỉ chiếm 30%, dễ nhầm lẫn với trĩ, trong khi 20% không có triệu chứng đặc hiệu. Ung thư lan rộng phía trên kênh hậu môn vào trực tràng hoặc lan xuống da rìa hậu môn chiếm khoảng 30%.

Một số trường hợp, bệnh nhân đến khám khi đã sờ thấy hạch bẹn, thậm chí hạch bẹn lở loét ra da.

**6. CHẨN ĐOÁN**

**6.1 Lâm sàng**

Hỏi kỹ bệnh sử và khám thực thể. Lưu ý tiền căn nhiễm HIV, viêm đại tràng, hoặc xạ trị trước kia.

Khám hậu môn trực tràng: thấy bướu chồi sùi xuất phát từ ống hậu môn hoặc niêm mạc bên ngoài hậu môn, đánh giá trương lực cơ thắt hậu môn, khoảng cách từ bướu đến bờ hậu môn, vị trí bướu trong ống hậu môn theo chiều kim đồng hồ, sự thâm nhiễm quanh ống hậu môn, kích thước bướu, mức lan rộng lên phía trên. Nếu bướu ở rìa da hậu môn thì có thể diễn tiến như ung thư da, và được điều trị như ung thư da nếu như tổn thương không xâm lấn đến cơ vòng hậu môn, bướu có kích thước < 2 cm, biệt hóa vừa hoặc biệt hóa tốt.

Chú ý khám hạch bẹn hai bên. Bệnh nhân nữ cần được khám thêm phụ khoa kỹ lưỡng, ngoài đánh giá bướu ăn lan vách âm đạo còn nhằm phát hiện những sang thương đi kèm liên quan đến tình trạng nhiễm HPV.

**6.2 Cận lâm sàng**

Nội soi ống hậu môn và sinh thiết.

Công thức máu, thử test HIV, đếm CD4 nếu HIV(+). CD4 < 200/μl cần cân nhắc lựa chọn mô thức điều trị và liên quan đến tiên lượng xấu.

Nếu có hạch bẹn nghi ngờ di căn, nên làm FNA, tránh sinh thiết mở.

Siêu âm ngã hậu môn: có vai trò quan trọng trong đánh giá độ xâm lấn của bướu vào cơ vòng hậu môn với độ nhạy 100%, độ chính xác 67%. Đây cũng là phương tiện tốt đánh giá hạch quanh trực tràng.

MRI vùng chậu nhạy hơn CT-scan, cho thông tin về kích thước bướu, mức độ lan rộng của bướu, xâm lấn các cơ quan lân cận và hạch di căn.

PET- CT: có độ nhạy cao xác định hạch di căn cũng như chẩn đoán bướu, di căn xa. PET-CT có thể làm thay đổi giai đoạn 20% trường hợp với xu hướng tăng cao giai đoạn, dẫn đến 3- 5% trường hợp thay đổi kế hoạch điều trị. Đây là phương tiện không được chỉ định thường quy. Ngoài ra PET-CT cũng có thể đánh giá đáp ứng bướu sau điều trị.

Chụp X-quang phổi hoặc CT ngực, CT hoặc MRI bụng chậu: đánh giá di căn xa.

**6.3 Xếp giai đoạn theo AJCC 2010**

**Bướu nguyên phát (T)**

Tx: Bướu nguyên phát không thể đánh giá

T0: Không có chứng cứ về bướu nguyên phát

Tis: Carcinôm tại chỗ: Bệnh Bowen, tổn thương tế bào gai grad cao trong biểu mô-(high-grade squamous intraepithelial lesion - HSIL), ung thư trong biểu mô hậu môn độ II-III (anal intraepithelial neoplasia II–III - AIN II–III).

T1: Bướu có kích thước lớn nhất ≤ 2 cm.

T2: Bướu có kích thước lớn nhất > 2cm nhưng ≤ 5 cm

T3: Bướu có kích thước lớn nhất > 5 cm

T4: Bướu có kích thước bất kỳ nhưng có xâm lấn vào các cơ quan lân cận như: âm hộ, niệu đạo, bàng quang.

(\* Sự xâm lấn trực tiếp lên thành trực tràng, da quanh hậu môn, mô dưới da, cơ thắt hậu môn không được coi là T4)

**Hạch vùng (N)**

NX: Hạch vùng không thể đánh giá

N0: Không có hạch vùng bị di căn

N1: Di căn hạch cạnh trực tràng

N2: Di căn hạch chậu trong một bên hoặc/ và hạch bẹn

N3: Di căn hạch cạnh trực tràng và hạch bẹn và/hoặc hạch chậu trong hai bên và/ hoặc hạch bẹn

**Di căn xa (M)**

M0: Không di căn xa

M1: Có di căn xa

**Xếp giai đoạn /nhóm tiên lượng**

Giai đoạn 0: Tis N0 M0

Giai đoạn I: T1 N0 M0

Giai đoạn II: T2 N0 M0, T3 N0 M0

Giai đoạn IIIA: T1-T3 N1 M0, T4 N0 M0

Giai đoạn IIIB: T4 N1 M0, bất kỳ T N2 M0, bất kỳ T N3 M0

Giai đoạn IV: bất kỳ T bất kỳ N M1

**7. ĐIỀU TRỊ:**

Điều trị ung thư ống hậu môn phụ thuộc vào loại giải phẫu bệnh và giai đoạn. Carcinôm tuyến được điều trị tương tự như ung thư trực tràng đoạn thấp. Carcinôm tế bào gai - loại giải phẫu bệnh thường gặp nhất của ung thư ống hậu môn- có các đặc điểm điều trị riêng biệt được nói kĩ trong bài này.

**7.1. Hóa- xạ trị:**

Trước năm 1980, phẫu thuật Miles là điều trị tiêu chuẩn cho carcinôm tế bào gai ống hậu môn. Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát rất cao, tỉ lệ sống còn 5 năm cho tất cả các giai đoạn là 40 – 70%.

Đến năm 1974, tác giả Nigro và cộng sự công bố 3 trường hợp không phẫu thuật, bướu tan hoàn toàn sau hóa xạ trị đồng thời (xạ trị ngoài 30 Gy kết hợp với hóa trị 5-FU và Mitomycin). Điều này đánh dấu một bước ngoặt lớn trong điều trị ung thư ống hậu môn.

Kể từ đó, nhiều nghiên cứu theo đi theo hướng hóa xạ trị đồng thời. Kết quả cho thấy, tỉ lệ đáp ứng bướu hoàn toàn đạt đến 70% (64 – 86%), tỉ lệ sống còn toàn bộ 5 năm đạt 75% (66-92%), và bảo tồn được chức năng của hậu môn. Phẫu thuật chỉ mang tính chất điều trị tạm bợ. Hiện tại, hóa xạ trị đồng thời với 5-FU + Mitomycin trở thành phác đồ chuẩn trong điều trị loại bệnh lý này.

Từ hiệu quả đối với carcinôm tế bào gai ở các vị trí khác (đầu cổ, cổ tử cung…), các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đã nghiên cứu vai trò của Cisplatin như là một hóa chất thay thế Mitomycin. Cisplatin có hiệu quả tương tự Mitomycin về tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn và kiểm soát tại chỗ khi phối hợp với 5-FU và xạ trị. Phác đồ có Cisplatin ít bị độc tính tủy hơn. Hóa trị tiến hành trước hóa xạ trị đồng thời không cải thiện thêm về tỉ lệ tái phát và di căn xa, tỉ lệ phải mở hậu môn nhân tạo cao hơn. Thêm nữa, hóa trị củng cố sau hóa xạ trị đồng thời cũng không làm tăng thêm sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh.

Đánh giá đáp ứng sau hóa xạ trị đồng thời rất quan trọng và phải được thực hiện cẩn thận, bao gồm thăm khám trực tràng bằng ngón tay và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (CT, MRI vùng chậu, hoặc PET- CT). Bướu vẫn tiếp tục thoái triển từ 3 tháng trở đi sau khi hoàn tất điều trị. Do đó, chỉ nên cân nhắc sinh thiết bướu sau 8 – 12 tuần nếu như không có bằng chứng bệnh tiến triển hay tái phát sớm.

Xạ trị giảm nhẹ được xem xét cho các trường hợp bệnh đã di căn xa hoặc thể trạng kém, không chịu đựng nổi hóa xạ trị đồng thời.

Trường chiếu xạ trị bao gồm vùng chậu, trùm luôn tầng sinh môn với liều tối thiểu 45Gy (phân liều 1,8 Gy). Đối với T2 còn bướu sau 45 Gy, bướu T3, T4 hoặc N1, cần xạ tăng cường (boost) 9 – 14 Gy (phân liều 1,8 – 2Gy) vào bướu và hạch, nâng tổng liều lên 54 – 59 Gy. Đối với xạ trị tạm bợ, tổng liều vào bướu là 30Gy (phân liều 3Gy).

**7.2 Phẫu thuật**

Phẫu thuật chỉ đóng vai trò điều trị vớt vát (salvage surgery). Phẫu thuật Miles được thực hiện trong 30% trường hợp do bướu không đáp ứng hoặc bệnh tái phát, tiến triển sau hóa xạ trị đồng thời. Sống còn 5 năm dao động từ 39 – 64%. Yếu tố liên quan đến tiên lượng xấu sau phẫu thuật bao gồm, bệnh có di căn hạch lúc chẩn đoán và tổng liều xạ trị < 55Gy. Tỉ lệ biến chứng sau mổ khá cao, bao gồm chậm lành vết mổ, abces vùng chậu, thoát vị đáy chậu, tiểu không tự chủ…

Cắt rộng bướu tại chỗ chỉ sử dụng khi bướu < 2 cm ở vùng da rìa hậu môn (anal margin), mô học biệt hóa tốt, xâm lấn nông, không di căn hạch. Cắt rộng cần đảm bảo diện cắt không còn tế bào bướu. Không được dùng trong trường hợp cơ thắt bị xâm lấn hoặc bướu ăn lan > 40% vòng thành ống hậu môn (vì cắt rộng sẽ gây đi tiêu không tự chủ), do đó nên điều trị bằng hóa-xạ trị đồng thời.

Phương pháp này cũng không được áp dụng cho những bướu nằm trong kênh hậu môn (anal canal).

Cắt rộng tại chỗ cũng chỉ nên thực hiện cho các bệnh nhân có điều kiện tuân thủ việc tái khám theo dõi thường xuyên và cơ sở điều trị có đủ nhân lực và phương tiện để kiểm tra theo dõi định kỳ. Nếu bệnh nhân được chọn lựa kỹ, tỷ lệ kiểm soát bướu có thể đến 90%.

**7.3 Hóa trị :**

Chỉ định cho các trường hợp bệnh di căn xa với nền tảng phác đồ có Cisplatin. Sử dụng thuốc nhắm trúng đích (Cetuximab) đang được nghiên cứu.

**7.4. Điều trị bệnh nhân suy giảm miễn dịch**

Vì độc tính gia tăng khi phối hợp hóa xạ trị, do đó cần xem xét chỉnh liều hóa trị ở những bệnh nhân này. Nồng độ CD4 dưới 200/μl ở bệnh nhân nhiễm HIV có liên quan đến độc tính cao. Phần lớn các trường hợp có thể chịu đựng được hóa xạ trị đồng thời với điều kiện phải gia giảm liều và cần được theo dõi kỹ lưỡng. Sử dụng IMRT ( xạ trị điều biến cường độ) có thể đem lại lợi ích trên những đối tượng này.

**7.5 Khuyến cáo điều trị**

**Ung thư kênh hậu môn**

*Bệnh còn khu trú tại chỗ tại vùng*

Hóa xạ trị đồng thời với 5-FU+ Mytomycin.

Đánh giá đáp ứng sau 8 – 12 tuần khi kết thúc hóa xạ trị bằng khám trực tràng và các xét nghiệm hình ảnh:

- Bệnh tiến triển, có bằng chứng bằng sinh thiết bướu (+), nếu còn khu trú tại chỗ, tiến hành phẫu thuật Miles. Nếu bệnh có di căn xa, chuyển hóa trị.

- Bệnh đáp ứng hoàn toàn : theo dõi định kỳ.

- Nếu bệnh ổn định (không tiến triển) : đánh giá lại sau 4 tuần, nếu bệnh thoái triển hoặc không thay đổi: theo dõi định kỳ.

*Bệnh di căn xa*

Hóa trị với phác đồ có Cisplatin, cân nhắc xạ trị giảm nhẹ.

**Ung thư da quanh hậu môn**

Nếu là bướu T1N0, biệt hóa tốt: cắt rộng sang thương với diện cắt cách bướu ≥ 1 cm. có thể chỉ theo dõi sát, không cần điều trị hỗ trợ thêm.

Tất cả các trường hợp còn lại đều hóa-xạ trị đồng thời vào bướu nguyên phát và xạ phòng ngừa vào hạch vùng bẹn đối với bướu từ T2-4 và độ mô học biệt hóa kém.

Trường chiếu xạ sẽ bao gồm cả hạch chậu nếu ung thư ống hậu môn ăn lan lên trên đường lược

Một cách điều trị khác là cắt rộng bướu nguyên phát rồi xạ trị bổ túc hoặc hóa-xạ đồng thời bổ túc như vừa mô tả ở trên. Tổng liều 45 Gy ở các vùng hạch được xạ trị phòng ngừa và 60 Gy vào nền bướu và hạch di căn.

**Đối với carcinôm tuyến**

Tái phát tại chỗ và di căn xa cao hơn carcinôm tế bào gai nếu chỉ hóa-xạ trị đơn thuần. Do đó các tác giả khuyến cáo nên điều trị giống như ung thư trực tràng đoạn thấp, tức là hóa-xạ trị đồng thời hoặc trước, hoặc sau phẫu thuật cắt đoạn trực tràng hậu môn qua ngã bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles).

Tóm lại, ung thư ống hậu môn là bệnh hiếm. Nếu mô học là carcinôm tế bào gai thì nên điều trị bảo tồn cơ thắt bằng hóa-xạ trị đồng thời, vì loại này nhạy với xạ trị.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

*1. Nhận định nào sau đây không đúng khi nói về yếu tố nguy cơ của ung thư ống hậu môn:*

a. Liên quan chặt chẽ đến nhiễm HPV, chủ yếu là type 16.

b. Vắcxin kháng HPV ngừa ung thư cổ tử cung có thể phòng ngừa ung thư ống hậu môn.

c. Tỉ lệ bệnh gia tăng ở những đối tượng đồng tính luyến ái nam.

d. Nhờ có thuốc kháng HIV mà tỉ lệ ung thư ống hậu môn ở đối tượng nhiễm HIV đang giảm xuống.

*2. Chẩn đoán ung thư ống hậu môn:*

a. Triệu chứng thường gặp là đau rát hậu môn.

b. Ung thư nằm dưới đường lược thường di căn hạch bẹn.

c. Xếp hạng yếu tố bướu (T) dựa vào độ xâm lấn của bướu vào các lớp của thành hậu môn.

d. Mô học thường gặp là carcinôm tuyến.

*3. Điểm giống nhau giữa ung thư ống hậu môn và ung thư trực tràng đoạn thấp:*

a. Đi tiêu ra máu là triệu chứng thường gặp nhất.

b. Xếp hạng yếu tố bướu (T) dựa vào kích thước bướu.

c. Giải phẫu bệnh thường gặp là carcinôm tuyến.

d. Phẫu thuật Miles là lựa chọn điều trị đầu tiên cho tất cả các trường hợp giai đoạn sớm.

*3. Bệnh nhân nam, 58 tuổi, nhập viện vì đi tiêu ra máu. Khám trực tràng có bướu chồi sùi cách bờ hậu môn 2cm, giải phẫu bệnh: carcinôm tế bào gai grad 2. Xét nghiệm cho thấy, kích thước bướu 4cm, không thấy di căn hạch và di căn xa. Thể trạng bệnh nhân tốt, không bệnh lý kèm theo. Lựa chọn điều trị đầu tiên cho bệnh nhân này là :*

a. Phẫu thuật Miles.

b. Hóa trị đơn thuần

c. Hóa xạ trị đồng thời.

d. Xạ trị đơn thuần.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Abbas A, Yang G, Fakih MG (2010), “Management of Anal Cancer in 2010), [www.cancernetwork.com](http://www.cancernetwork.com)
2. Alberts SR, Citrin D, Bigan MR (2014), “Colon, Rectal and Anal Cancers”, [www.cancernetwork.com](http://www.cancernetwork.com)
3. Glynne-Jones R, Nilsson PJ, Aschele, et al (2014), “Anal cancer: ESMO- ESSO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up”, Annal of Oncology 25 (supplement 3) , iii10-iii20.
4. National Comprehesive Cancer Network (NCCN), “Anal cancer”, version1.2015, [www.nccn.org](http://www.nccn.org)