

1

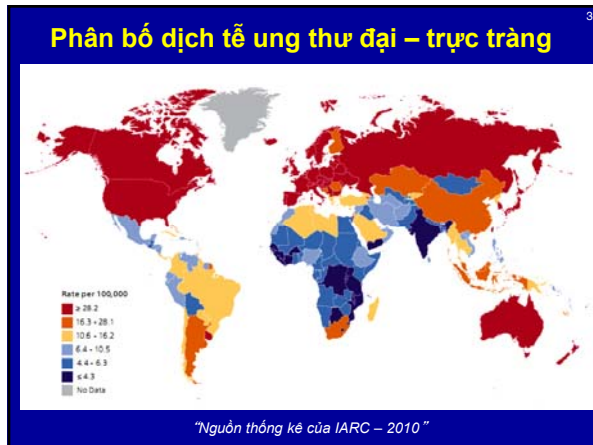
CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI - TRỰC TRÀNG

PGS.TS.BS HUỖNH QUYẾT THẮNG

23/11/2013

2

TỔNG QUAN



4

10 ung thư thường gặp tại Hà Nội 2001 – 2004

Nguyễn Bá Đức & Cs

Vị trí	XĐCT	Vị trí	XĐCT		
1	Phổi	39,8	1	Vú	29,7
2	Dạ dày	30,3	2	Dạ dày	15,0
3	Gan	19,8	3	Phổi	10,5
4	Đại trực tràng	13,9	4	Đại trực tràng	10,1
5	Thực quản	9,8	5	Cổ tử cung	9,5
6	Vòm hầu	7,8	6	Tuyến giáp	5,6
7	Lymphôm	7,2	7	Buồng trứng	4,7
8	Máu	4,7	8	Gan	4,5
9	Bàng quang	3,5	9	Lymphôm	4,0
10	Hạ hầu	3,2	10	Máu	3,4

5

10 loại ung thư thường gặp tại TP.HCM 2003-2004

Nguyễn Chân Hng & Cs

Vị trí	XĐCT	Vị trí	XĐCT		
1	Phổi	27,6	1	Vú	19,4
2	Gan	25,2	2	Cổ tử cung	15,8
3	Đại-trực tràng	15,2	3	Phổi	11,4
4	Dạ dày	14,0	4	Đại-trực tràng	8,3
5	Thanh quản	4,5	5	Gan	5,9
6	Lymphôm KH	4,4	6	Dạ dày	5,4
7	Vòm hầu	4,2	7	Buồng trứng	4,2
8	Thực quản	3,9	8	Tuyến giáp	3,9
9	Tiền liệt tuyến	3,7	9	Lymphôm KH	3,0
10	Da	2,8	10	Da	2,9

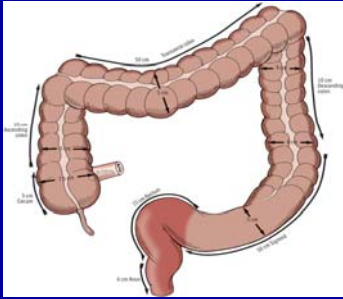
6

10 loại ung thư thường gặp tại Cần Thơ 2008-2009

Huỳnh Quyết Thắng & Cs

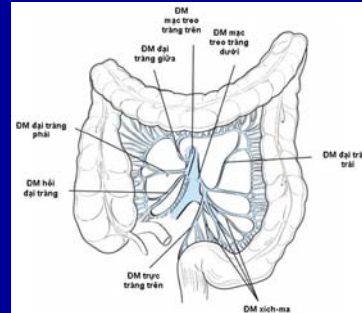
Vị trí	XĐCT	Vị trí	XĐCT		
1	Gan	18,1	1	Vú	21,0
2	Đại trực tràng	17,7	2	Cổ tử cung	17,7
3	Phổi	16,0	3	Đại trực tràng	11,0
4	Dạ dày	11,6	4	Gan	8,0
5	Da	6,6	5	Phổi	7,5
6	Tiền liệt tuyến	5,9	6	Da	6,7
7	Máu	5,2	7	Tuyến giáp	6,2
8	Lymphôm KH	4,6	8	Dạ dày	5,3
9	Dương vật	3,3	9	Buồng trứng	5,1
10	Vòm hầu	2,9	10	Máu	4,3

GIẢI PHẪU HỌC



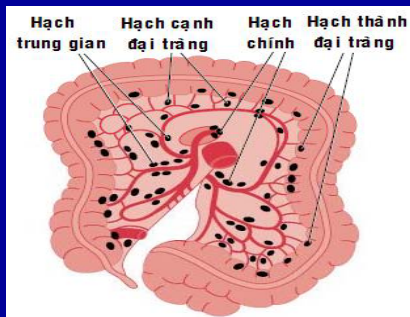
Các đoạn đại - trực tràng

CÁC ĐỘNG MẠCH CỦA ĐẠI TRÀNG



"Nguồn: Schwartz's Principles of Surgery"

CÁC NHÓM HẠCH CỦA ĐẠI TRÀNG



"Nguồn: Cancer Medicine"

YẾU TỐ NGUY CƠ

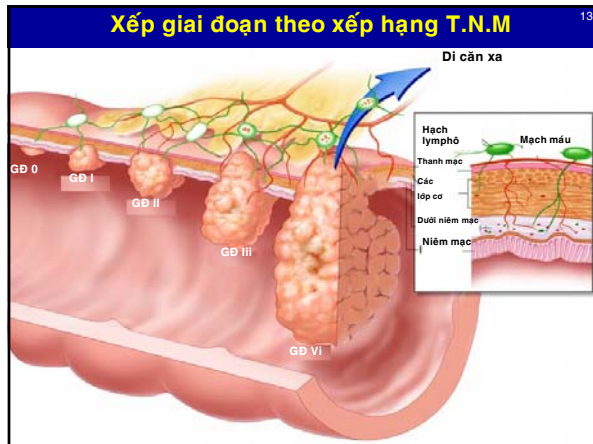
- ❖ **Yếu tố môi trường:**
 - Chế độ ăn nhiều thịt, mỡ, ít chất xơ
 - Ít vận động
 - Béo phì
 - Tiểu đường
 - Thuốc lá
 - Tiếp xúc phóng xạ
 - Nghề nghiệp (tiếp xúc asbestos)
 - Uống nhiều rượu
- ❖ Viêm loét đại tràng, bệnh Crohn (1-2%)
- ❖ Tiền sử gia đình K ĐTT (20%)
- ❖ Hội chứng đa polyp tuyến gia đình (FAP)
- ❖ K ĐTT di truyền không đa polyp (HNPCC).

CHẨN ĐOÁN

- ❖ **Lâm sàng**
Triệu chứng cơ năng và thực thể
- ❖ **Cận lâm sàng**
Soi đại tràng
X quang đại tràng cản quang
Siêu âm bụng, X quang phổi, CT-Scan, CEA ...
MRI, PET-CT...
- ❖ **Giải phẫu bệnh**
Carcinôm tuyến chiếm tỉ lệ 80-85%, nhầy 10%, TB nhẵn, TB vảy, TB nhỏ.
- ❖ **Xét nghiệm sinh học: KRAS, BRAF, NRAS, PI3KCA...**

Hệ thống xếp hạng lâm sàng TNM (2009)

T - Bướu nguyên phát	
TX	Bướu nguyên phát không thể đánh giá
T0	Không xác định có bướu nguyên phát
Tis	Carcinôm tại chỗ: trong lớp niêm mạc hay xâm lấn lớp cơ niêm
T1	Bướu xâm lấn lớp dưới niêm mạc
T2	Bướu xâm lấn lớp cơ
T3	Bướu xâm lấn xuyên qua lớp cơ vào lớp dưới thanh mạc hay vào mô quanh đại tràng hay mô quanh trực tràng không có phúc mạc bao phủ.
T4a	Bướu xâm lấn làm thủng phúc mạc tạng
T4b	Bướu xâm lấn trực tiếp vào các cơ quan lân cận
N - Hạch lymphô vùng	
NX	Hạch lymphô không thể đánh giá
N0	Không di căn hạch lymphô
N1(a, b)	Di căn từ 1 đến 3 hạch lymphô (1 hạch, 2-3 hạch)
N2(a, b)	Di căn từ 4 hạch lymphô trở lên (4-6 hạch, >6 hạch)
M - Di căn xa	
MX	Di căn xa không thể đánh giá.
M0	Không có di căn xa.
M1(a, b)	Di căn xa (1 cơ quan, >1 cơ quan hoặc gieo rắc phúc mạc)
Phân loại bệnh học pTNM	
Tiêu chuẩn xếp hạng pT, pN, và pM tương ứng với tiêu chuẩn xếp hạng T, N, và M. Số lượng hạch lymphô vùng được xét nghiệm mô học phải từ 12 hạch lymphô trở lên.	



TNM, 2009

Giai đoạn	T	N	M	MAC
0	Tis	N0	M0	-
I	T1, T2	N0	M0	A, B1
IIA	T3	N0	M0	B2
IIB	T4a	N0	M0	B2
IIC	T4b	N0	M0	B3
IIIA	T1, T2	N1	M0	C1
IIIB	T1	N2a	M0	C1
	T3, T4a	N1	M0	C2
	T2, T3	N2a	M0	C1, C2
	T1, T2	N2b	M0	C1
IIIC	T4a	N2a	M0	C2
	T3, T4a	N2b	M0	C2
	T4b	N1, N2	M0	C3
IVA	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1a	-
IVB	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1b	-

- ### Các yếu tố tiên lượng
- ❖ Giai đoạn bệnh
 - ❖ Độ mô học
 - ❖ Tổng số hạch
 - ❖ Các yếu tố tiên lượng khác
 - Tắc hoặc thủng ruột
 - Dạng bướu
 - Rìa diện cắt
 - Xâm nhiễm mạch máu hoặc mạch bạch huyết
 - Nồng độ CEA...

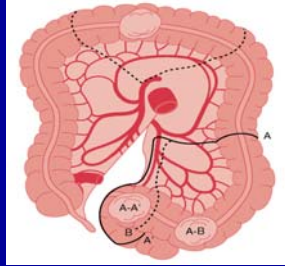
- ### Điều trị
- #### Các mô thức điều trị chính
- ❖ Phẫu trị
 - ❖ Hóa trị
 - ❖ Xạ trị

PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

- ### NGUYÊN TẮC MỔ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG
- ❖ Lấy trọn bướu
 - ❖ Kèm mạch máu + hạch bạch huyết
 - ❖ Kèm cấu trúc kế bên (mạch nối lớn): en bloc
 - ❖ Nếu không PT tận gốc được: cắt tạm
 - ❖ Cần thám sát toàn bộ khung đại tràng
-

KỸ THUẬT MỔ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

- ❖ Cắt đại tràng phải
- ❖ Cắt đại tràng trái
- ❖ Cắt đại tràng ngang
- ❖ Cắt đại tràng sigma
- ❖ Phẫu thuật Hartmann



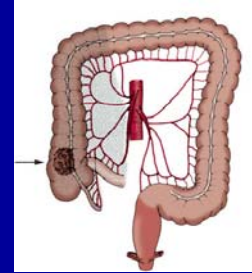
CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI

❖ Chỉ định:

- Ung thư manh tràng
- Ung thư đại tràng lên

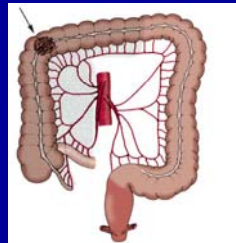
❖ Kỹ thuật:

- Cột mạch máu trước
- Cần thận trọng thấy rõ niệu quản phải và tá tràng
- Có thể cắt mọi bướu
- Thay gắng trước khi đóng bụng



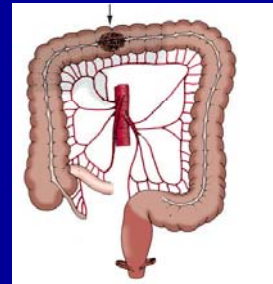
CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI MỞ RỘNG

- ❖ Ung thư đại tràng lên
- ❖ Ung thư đại tràng góc gan
- ❖ Ung thư lan qua cơ quan kề bên



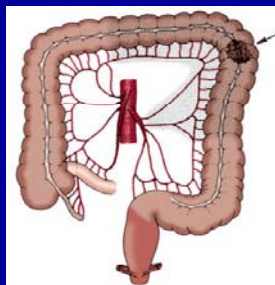
CẮT ĐẠI TRÀNG NGANG

- ❖ Ung thư đoạn giữa đại tràng ngang
- ❖ Ung thư đại tràng góc gan
- ❖ Ung thư đại tràng góc lách



CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG TRÁI

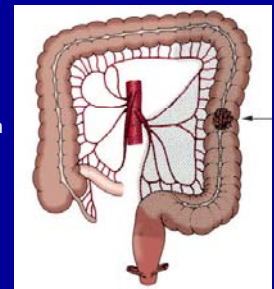
- ❖ Ung thư đại tràng góc lách
- ❖ Ung thư đại tràng xuống



CẮT ĐẠI TRÀNG TRÁI

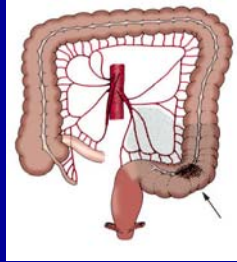
❖ Kỹ thuật:

- Lấy trọn bướu đại tràng xuống
- Kèm mạch máu + hạch bạch huyết
- Kèm cấu trúc kề bên (mạc nối lớn): en bloc
- Cần thám sát toàn bộ khung đại tràng



CẮT ĐẠI TRÀNG SIGMA

- ❖ Ung thư đại tràng sigma



PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG

NGUYÊN TẮC MỔ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

- ❖ Lấy trọn bướu
- ❖ Kèm mạch máu + hạch bạch huyết
- ❖ Kèm cấu trúc kế bên
- ❖ Khác biệt do giải phẫu học

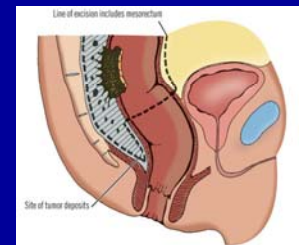
CẮT TRƯỚC

❖Chỉ định:

- Ung thư đại tràng sigma
- Ung thư phần trên trực tràng

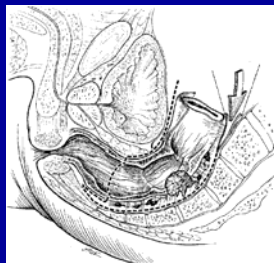
❖Kỹ thuật:

- Nối tay hay Stapler
- Mô lành
- Tuổi máu tốt
- Không căng
- Đủ kín (hơi, dịch)



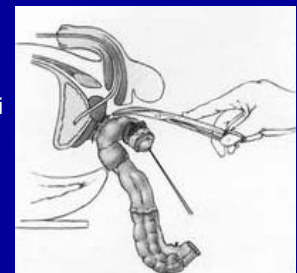
TOTAL MESORECTAL EXCISION (TME)

- ❖ Do Heald đề xuất (1982)
- ❖ Cổ điển: tái phát tại chỗ 25-40%
- ❖ Cắt trọn mạc treo trực tràng tốt hơn
- ❖ Giảm tái phát tại chỗ và tăng thời gian sống thêm



PHẪU THUẬT MILES

Ung thư trực tràng dưới

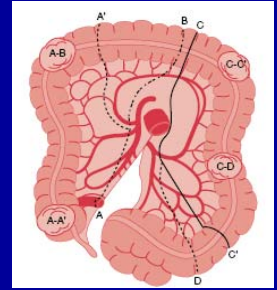


Y HỌC CHỨNG CỐ PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI - TRỰC TRÀNG

31

BỜ MỨC AN TOÀN UTĐT

- **Lý tưởng:** cắt đại tràng kèm mạc treo tại nguyên ủy của mạch máu nuôi đầu tiên thành nguyên khối.
- **Diện cắt** cách bướu ≥ 5 cm, chiều dài đoạn hồi tràng bị cắt không ảnh hưởng đến tái phát.
- **Bệnh di truyền không đa polyp** → cắt toàn bộ ĐT
- **Bệnh viêm loét đại trực tràng** → cắt toàn bộ ĐTT



32

NẠO HẠCH

- Bệnh phẩm ≥ 12 hạch để chẩn đoán N (-).
- Không lấy đủ hạch → yếu tố nguy cơ tương đối cao và là yếu tố xem xét điều trị hỗ trợ.

Lý do:

- Bn N(-) 0 có hạch thử GPB → thời gian sống thêm (TGST) 37%
 - 1- 5 hạch → TGST 50%
 - > 5 hạch → TGST 61%
- Tepper → khảo sát ít nhất 12 hạch (chính xác 90%)

33

CẮT ĐẠI TRÀNG QUA NGÃ NỘI SOI Ổ BỤNG

Thuận lợi: đường mổ ngắn, thời gian nằm viện ngắn, hoạt động ruột sớm, nhờ phóng đại hình ảnh nên giúp bóc tách cắt toàn bộ mạc treo trực tràng dễ dàng.

Bất lợi: diện cắt, nạo hạch không đủ, nguy cơ gieo rắc tế bào ung thư tại chân ống trocar, kích thích mẫu lấy ra và khâu nối ruột

Có thể khi: PTV nhiều kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi
Không dính ổ bụng
Không phải giai đoạn tiến xa
Không chỉ định trong K tắc ruột hay thủng

34

BỜ MỨC AN TOÀN PT UNG THƯ TRỰC TRÀNG

- Diện cắt đầu dưới cách bướu ≥ 2 cm
- Trong UTTT dưới chấp nhận diện cắt đầu dưới cách bướu ≥ 1 cm ngoại trừ bướu bulky, mô học biệt hóa kém hay bướu xâm nhiễm mạch máu thần kinh.

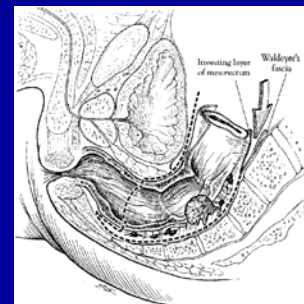
Lý do:

- Lan tràn trong thành ruột ngoài 1 cm hiếm (4 – 10%)
- Lan tràn ngoài 1 cm thường kết hợp bướu tiến triển hay mô học biệt hóa kém và liên quan đến TL xấu, không cải thiện nếu diện cắt xa hơn.

35

CẮT TOÀN BỘ MẠC TREQ TRỰC TRÀNG (TME)

Tách trước xương cùng dưới quan sát trực tiếp, đảm bảo sự toàn vẹn của lớp cân mạc, lấy trọn bướu, mô mỡ, bạch huyết, mạch máu trong mạc treo ít nhất 4-5 cm dưới bướu, bảo tồn thần kinh hạ vị.



36

CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO TRỰC TRÀNG (TME)

Lý do TME:

- Tỷ lệ tái phát và thất bại tại mạc treo nhiều hơn tại miệng nối.
- Lan tràn trong mạc treo thường cách bướu từ 2 - 4 cm và là dấu hiệu nguy hiểm đến tiên lượng.
- Giảm tỷ lệ tái phát và giảm biến chứng niệu dục dù không làm tăng thời gian sống thêm.

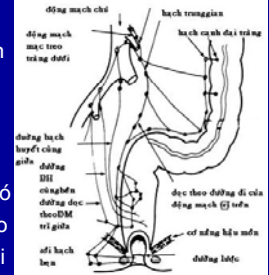
Kỹ thuật mổ đóng vai trò quan trọng

NẠO HẠCH CHẬU NGOÀI MỔ RỘNG TRONG UNG THƯ TRỰC TRÀNG

- Khi không có bằng chứng di căn hạch chậu thì không nên nạo hạch chậu.

Lý do:

- Hạch chậu di căn liên quan đến tiên lượng nhưng chưa có nghiên cứu nào chứng tỏ nạo hạch chậu phòng ngừa có lợi



HOÁ TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

CÁC CHỈ ĐỊNH HÓA TRỊ

+ HOA TRỊ HỖ TRỢ

- GD III
- GD II Nguy cơ cao:
 - T3-4, Tắt ruột, bướu vỡ,
 - Diện cắt (+), <3 cm
 - Grad 3-4, XL mạch máu.
 - Không đánh giá đúng mức hạch



CÁC CHỈ ĐỊNH HÓA TRỊ (tt)

+ HÓA TRỊ TÂN HỖ TRỢ:

- GD II,III
- Bướu dính, chưa PT được.

+ HÓA TRỊ TẠM BỘ:

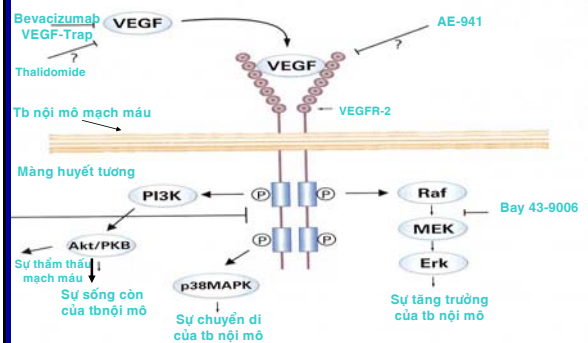
- GD IV
- Tái phát, di căn.

+ HÓA TRỊ KHÁC:

- Hoá-xạ đồng thời.

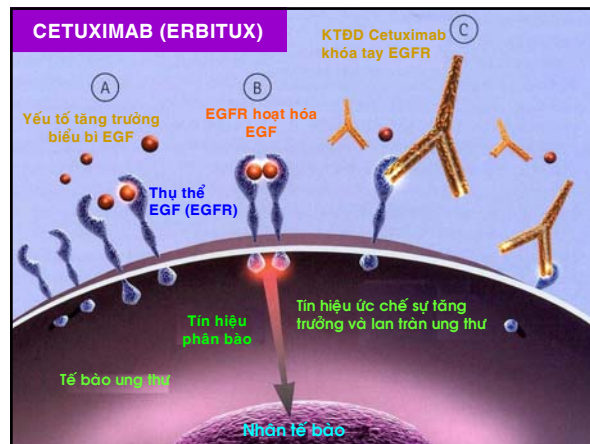
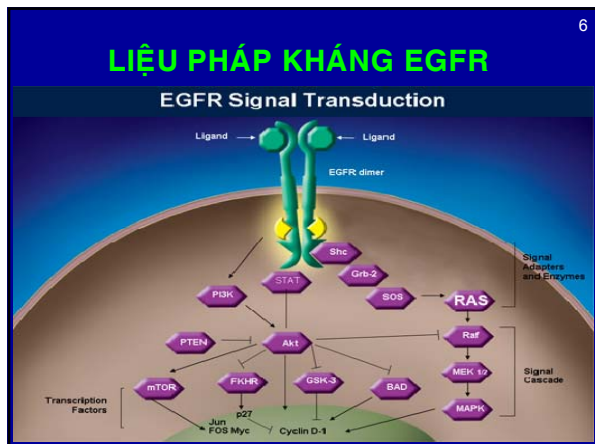


LIỆU PHÁP NHẮM ĐÍCH VEGF



(Brian I.Rini và Eric J.Small, JCO 23, 2005)

Cơ chế hoạt động của các thuốc nhắm đích VEGF



- ## CÁC PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ UTĐTT
- ☞ 5FU/ LV
 - ☞ Capecitabine
 - ☞ Các PD có Oxaliplatin: FOLFOX 4,6,m6,7,m7, XELOX
 - ☞ Các PD có Irinotecan: FOLFIRI, XELIRI, IROX
 - ☞ Các phác đồ có Bevacizumab
 - ☞ Các phác đồ có Cetuximab, Panitumumab
 - ☞ Afibercef, Regorafenib

- ## HÓA TRỊ HỖ TRỢ
- Giai đoạn II NC cao
-Giai đoạn III
1. FOLFOX 4, CK 2 tuần, 12 chu kỳ
 2. CAPECITABINE, CK 3 tuần, 8 chu kỳ
 3. FU/FA, chu kỳ 4 tuần, 6 chu kỳ
-

- ## HÓA TRỊ TÂN HỖ TRỢ
- Giai đoạn II, III dính
1. FOLFOX 4, CK 2 tuần, 4 chu kỳ.
 2. FOLFIRI, CK 2 tuần, 4 chu kỳ
 3. Hóa xạ đồng thời.
- Sau 2 tháng, đánh giá khả năng phẫu thuật, sau đó hóa trị đủ liều.
-

- ## HÓA TRỊ TẠM BỘ
- Giai đoạn IV.
- | | |
|-------------|-----------------------------|
| 1. FOLFOX 4 | 5. IROX |
| 2. FOLFIRI | 6. CAPE |
| 3. XELOX | 7. FU/FA |
| 4. XELIRI | 8. Đơn chất: Oxa, Iri, Cape |
- BEVACIZUMAB,
CETUXIMAB, PANITUMUMAB
AFLIBERCEF, REGORAFENIB**

5

HÓA TRỊ TÂN HỒ TRỢ & TẠM BỘ

FOLFOX, CAPECITABINE, FU/FA
FOLFIRI Chu kỳ 2 tuần, 12 chu kỳ.



Phác đồ	Thuốc	HL(mg/m2) Đường SD	Thời gian
FOLFIRI	5-FU Acid folinic Irinotecan	1000 TTMLT 300 TM 180 TTM	N1-2 N1-2 N1, CK 14

5

HÓA TRỊ TÂN HỒ TRỢ & TẠM BỘ

XELOX, XELIRI: CK 3 tuần, 6 Chu kỳ.

Phác đồ	Thuốc	HL(mg/m2) Đường SD	Thời gian
XELOX	Xeloda Oxaliplatin	2.000 Uống 130 TTM	N1-14 N1
XELIRI	Xeloda Irinotecan	2.000 Uống 250mg/m2 TTM	N1-14 N1

6

HÓA TRỊ TẠM BỘ (đơn chất)

IRINOTECAN, Chu kỳ 3 tuần.
OXALIPLATIN, Chu kỳ 3 tuần

Tên thuốc	Hàm lượng	Đường dùng	Thời gian
Irinotecan	350mg/m2	TTM	N1
Oxaliplatin	130mg/m2	TTM	N1

6

HÓA TRỊ TÂN HỒ TRỢ VÀ TẠM BỘ + TRÙNG ĐÍCH

BEVACIZUMAB + HÓA TRỊ:
(FOLFOX4, XELOX, FOLFIRI, XELIRI, CAPE,FU/FA)



Tên thuốc	Hàm lượng	Đường dùng	Thời gian
Bevacizumab	7.5mg/m2 (5-10)	TTM	N1

6

HÓA TRỊ TÂN HỒ TRỢ VÀ TẠM BỘ

CETUCIMAB+ hóa trị
(FOLFOX4, XELOX, FOLFIRI, XELIRI,CAPE,FU/FA)



Tên thuốc	Hàm lượng	Đường dùng	Thời gian
Cetuximab	400mg/m2 W1 250mg/m2W2-	TTM	N1,Weekly
Panitumumab			

4

CHỈ ĐỊNH XẠ TRỊ

-K Trục tràng giữa và thấp:
+ T3-4, N0
+ T bất kỳ, N(+)
Xạ 45-50 Gy, chia 22-25 phân liều.

KẾT LUẬN

- Sự phát triển của khoa học nền tảng: Hình ảnh học, Sinh học phân tử, Tế bào học...
- Nhiều kỹ thuật phát minh mới trong chẩn đoán, đánh giá giai đoạn bệnh.
- Các kỹ thuật ngoại khoa tiên tiến: Phẫu thuật nội soi.
- Những phương thức điều trị mới mẻ như: điều trị đích, dựa trên trúc diện sinh học của ung thư

Đã thật sự làm thay đổi diện mạo của loại bệnh ác tính phổ biến này.



Xin chân thành cảm ơn