

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

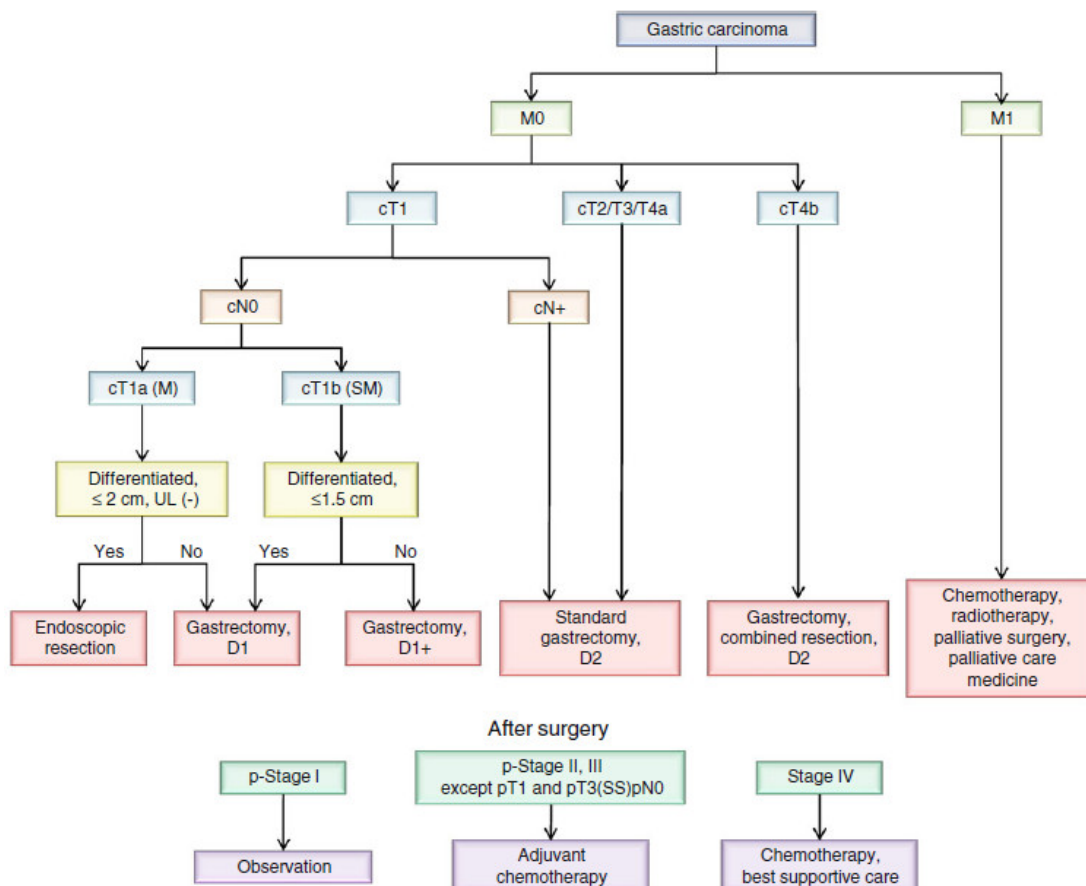
Mô tả tình trạng bướu (T/N/M và giai đoạn) trong hướng dẫn điều trị này dựa theo phân loại hợp nhất của 3 tổ chức UICC (the Union Internationale Contre le Cancer), AJCC (the American Joint Committee on Cancer), JGCA (Japanese Gastric Cancer Association) được áp dụng 2010.

1. Các loại điều trị

Điều trị ung thư dạ dày dựa trên hướng dẫn của JGCA

Các loại điều trị bao gồm:

- Cắt niêm mạc dạ dày qua nội soi
- Cắt dạ dày nội soi
- Cắt bướu tại chỗ
- Hóa trị tân hỗ trợ
- Hóa trị hỗ trợ
- Phẫu thuật cắt giảm khối u



2. Phẫu thuật

2.1 Định nghĩa các loại phẫu thuật

a) Phẫu thuật tiết căn

- **Cắt dạ dày tiêu chuẩn:** Là loại phẫu thuật chính nhằm mục đích cắt bỏ tiết căn, với cắt bỏ ít nhất 2/3 dạ dày kèm nạo hạch D2.

- **Cắt dạ dày không tiêu chuẩn:** Là loại phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng có hoặc không có kèm nạo hạch tùy theo đặc tính của bướu.

- **Cắt dạ dày biến đổi:** Cắt dạ dày mở rộng có/không có nạo hạch ít hơn so với cắt dạ dày tiêu chuẩn.

- Cắt dạ dày mở rộng

(1) Cắt dạ dày kèm cắt cơ quan kế cận di căn. (2) Cắt dạ dày kèm nạo hạch mở rộng (>D2).

b) Cắt dạ dày không tiết căn

- Phẫu thuật giảm nhẹ

Thực hiện trong cấp cứu trong trường hợp ung thư tiến triển di căn gây xuất huyết, hẹp môn vị. Phẫu thuật giảm nhẹ nhằm làm thuyên giảm triệu chứng, được đề nghị cho ung thư dạ dày giai đoạn IV. Phẫu thuật cắt giảm hoặc nối vị tràng được lựa chọn tùy thuộc khả năng cắt được u nguyên phát và/hoặc những yếu tố nguy cơ của phẫu thuật.

- Phẫu thuật cắt giảm

Vai trò của cắt dạ dày chưa rõ ràng ở những bệnh nhân ung thư dạ dày tiến triển có di căn mà không cắt được nhưng chưa có triệu chứng cấp cứu như chảy máu, hẹp môn vị. Cắt giảm nhằm kéo dài sự sống hoặc trì hoãn xuất hiện triệu chứng trong quá trình diễn tiến của bệnh.

2.2 Mở rộng cắt dạ dày

a) Các loại cắt dạ dày

- Cắt toàn bộ dạ dày
- Cắt bán phần xa dạ dày
- Cắt bán phần trên dạ dày (cắt cực trên)
- Cắt đoạn dạ dày
- Cắt tại chỗ
- Không cắt (nối tắc, mở dạ dày, mở hồng tràng)

b) Quyết định loại cắt dạ dày

- Bờ cắt

Phải đảm bảo bờ cắt hiệu quả khi quyết định đường cắt dạ dày khi cắt ý định phẫu thuật tiết căn. Thường bờ cắt trên dạ dày ít nhất là 5cm. Tốt nhất nên có cắt sinh thiết lạnh. Với những

u xâm lấn thực quản, bờ cắt trên 5cm là không cần thiết nhưng nên có sinh thiết lạnh để đảm bảo bờ cắt sạch.

Những sang thương T1, bờ cắt trên chỉ cần 2cm. Khi bờ cắt trên không rõ ràng thì nên đánh dấu trước mổ qua nội soi bằng clip.

- **Chọn lựa loại phẫu thuật**

Cắt dạ dày tiêu chuẩn, toàn phần hoặc bán phần dưới, khi chẩn đoán trước mổ xác định có hạch di căn (cN+) hoặc u từ T2-T4a. Cắt bán phần xa khi bờ cắt trên được đảm bảo sạch. Xâm lấn tụy đòi hỏi phải cắt lách tụy kèm cắt dạ dày toàn bộ. Cắt dạ dày toàn bộ kèm cắt lách được xem xét cho những u dọc bờ cong lớn hoặc di căn dọc theo hạch 4sb. Với những ung thư ở cực trên chỗ nối thực quản dạ dày nên xem xét cắt thực quản.

Với những ung thư giai đoạn sớm cT1cN0, cắt dạ dày biến đổi có thể thực hiện như sau tùy theo vị trí u:

- Cắt dạ dày bảo tồn môn vị (PPG: pylorus-preserving gastrectomy) thực hiện cho những u ở 1/3 giữa dạ dày với bờ xa của u còn cách môn vị ít nhất 4cm.
- Cắt bán phần trên dạ dày: cho những u ở phần trên, ít nhất còn hơn 1/2 phần xa dạ dày được bảo tồn.

Cắt đoạn và cắt tại chỗ vẫn còn trong giai đoạn xem xét.

2.3 Nạo hạch

a) *Mở rộng nạo hạch*

Mở rộng nạo hạch được định nghĩa theo loại phẫu thuật cắt dạ dày được chỉ định. Khi thực hiện nạo hạch không theo tiêu chuẩn mức độ D (hoặc hạch nằm ngoài mức độ nạo theo tiêu chuẩn D hoặc khi hạch không được nạo vét đủ theo tiêu chuẩn D), thì cần phải ghi nhận đặc biệt, thí dụ như: D1 (+N0.8a), D2 (-N0.10).

- **Cắt toàn bộ dạ dày**

D0: nạo hạch \leq D1

D1: Nos. 1-7

D1+: D1 + Nos. 8a, 9, 11p

D2: D1 + Nos. 8a, 9, 11p, 11d, 12a, 10

- Với những u xâm lấn thực quản:

D1+ bao gồm No. 110

D2 bao gồm Nos. 19, 20, 110, và 111

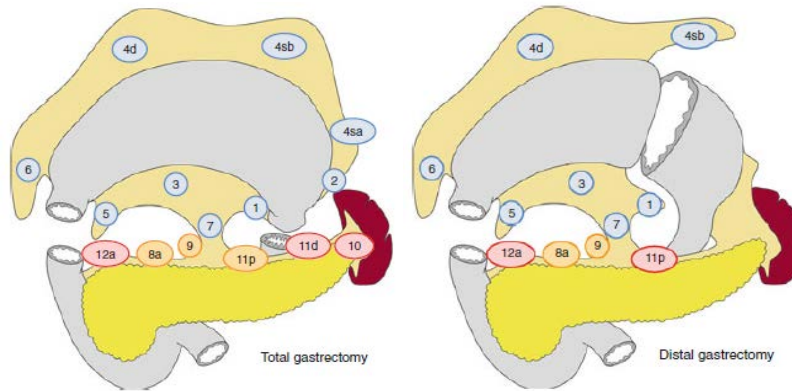
- **Cắt bán phần dưới dạ dày**

D0: nạo hạch \leq D1

D1: Nos. 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7

D1+: D1 + Nos. 8a, 9

D2: D1 + Nos. 8a, 9, 11p, 12a



- **Cắt dạ dày bảo tồn môn vị**

D0: nạo hạch ≤ D1

D1: Nos. 1, 3, 4sb, 4d, 6, 7

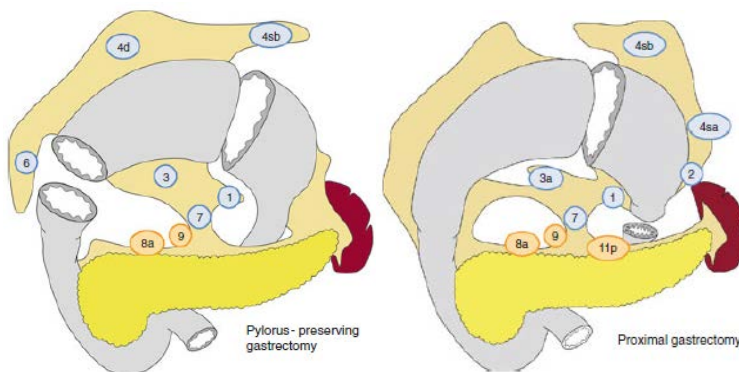
D1+: D1 + Nos. 8a, 9

- **Cắt bán phần trên dạ dày**

D0: nạo hạch ≤ D1

D1: Nos. 1, 2, 3a, 4sa, 4sb, 7

D1+: D1 + Nos. 8a, 9, 11p



b) **Chỉ định nạo hạch**

Về nguyên tắc, nạo hạch D1 hoặc D1+ được chỉ định cho cT1N0, và D2 được chỉ định cho cN+ hoặc cT2-T4. Bởi vì chẩn đoán hạch di căn trước và trong mổ vẫn chưa rõ ràng, nạo hạch D2 nên được thực hiện bất kỳ khi nào hạch liên quan có nghi ngờ di căn.

- **Nạo hạch D1**

Được chỉ định cho bướu T1a không phù hợp với chỉ định cắt niêm mạc qua nội soi (EMR) hoặc cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD), và cho những bướu cT1bN0 có mô học là loại biệt hóa và $d \leq 1,5\text{cm}$.

- **Nạo hạch D1+**

Được chỉ định cho những sang thương > cT1N0.

- **Nạo hạch D2**

Được chỉ định cho bướu T2-T4, cũng như là cT1N+. Vai trò của cắt lách để lấy đi hoàn toàn N0.10 và 11 thì vẫn còn tranh cãi và chờ kết quả cuối cùng của nghiên cứu lâm sàng có đối chứng (JCOG0110). Trong thời gian này, làm sạch hoàn toàn N0.10 nên xem xét cho những bướu T2-T4 nằm ở phần trên bờ cong lớn.

- **Nạo hạch D2+**

Được xem là cắt dạ không tiêu chuẩn, được thảo luận:

- Nạo hạch quanh động mạch chủ vẫn còn tranh luận, nghiên cứu.
- Nạo hạch 14v chỉ có lợi khi N0.6 di căn rõ ràng.
- Nạo hạch 13 có thể là một lựa chọn khi bướu xâm lấn tá tràng.
- 2.4.Vấn đề khác

a) *Bảo tồn thần kinh X*

Bảo tồn nhánh gan của thần kinh X trước và hoặc nhánh tạng của thần kinh X sau góp phần cải thiện chất lượng sống sau cắt dạ dày như làm giảm hình thành sỏi mật, tiêu chảy, và/hoặc sụt cân. Trong cắt dạ dày bảo tồn môn vị, nhánh gan nên được bảo tồn để duy trì chức năng môn vị.

b) *Cắt mạc nối lớn*

Được quy định cho cắt dạ dày tiêu chuẩn với $u \geq T3$. Với những bướu T1/T2. Mạc nối lớn có thể được bảo tồn ≥ 3 cm từ cung vị mạc nối.

c) *Cắt túi mạc nối*

Có thể thực hiện cho những bướu xâm lấn thanh mạc nằm ở mặt sau dạ dày nhằm lấy hết những bướu vi thể rải xuống mạc nối bé. Tuy nhiên, chưa có bằng chứng nào chứng minh cắt túi mạc nối làm giảm tái phát phúc mạc hoặc tái phát tại chỗ.

d) *Cắt cơ quan kế cận bị xâm lấn*

Nên được cắt đi nếu có thể để đảm bảo cắt triệt căn R0.

e) *Phẫu thuật nội soi*

Được chỉ định cho những sang thương sớm. Những sang thương ở giai đoạn tiến triển vẫn còn đang nghiên cứu đối chứng.

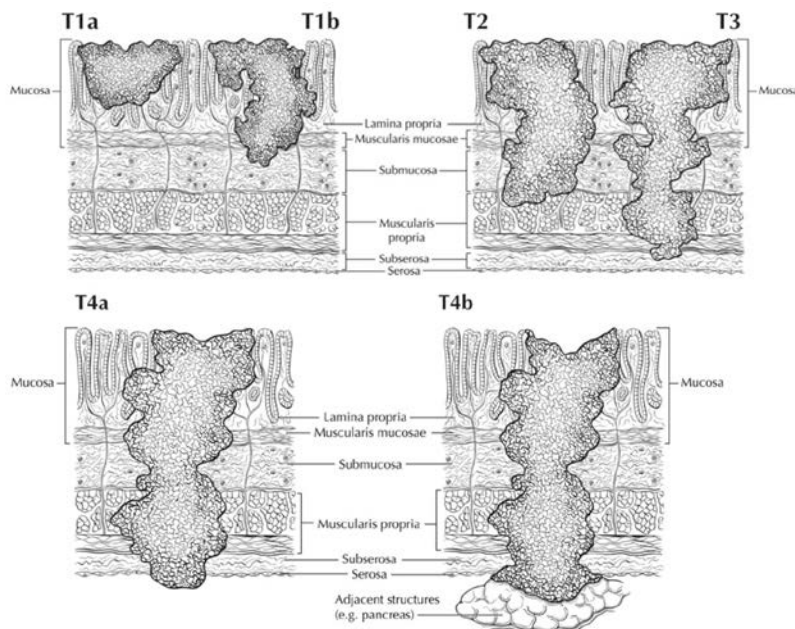
3.Giai đoạn

Kể từ 2010, cả 3 tổ chức UICC (the Union Internationale Contre le Cancer), AJCC (the American Joint Committee on Cancer), JGCA (Japanese Gastric Cancer Association) đã thống nhất áp dụng phân loại giai đoạn ung thư dạ dày.

3.1.Theo chiều sâu

- TX: không đánh giá được u nguyên phát
- T0: không có dữ kiện của u nguyên phát
- Tis: K biểu mô tại chỗ, chưa xâm lấn màng đáy

- T1: u lấn lớp mô đệm, cơ niêm, hoặc dưới nm
 - T1a: u xâm lấn lớp mô đệm hoặc cơ niêm (M)
 - T1b: u xâm lấn lớp dưới niêm (SM)
- T2: u xâm lấn lớp cơ riêng *
- T3: u lấn vào lớp mô liên kết dưới thanh mạc mà không xâm lấn phúc mạc tạng hoặc cấu trúc kế cận**,***
- T4: u lấn thanh mạc (PM tạng) or cấu trúc kế cận**,***
 - T4a: u xâm lấn thanh mạc (phúc mạc tạng) (SE)
 - T4b: u xâm lấn cấu trúc lân cận (SI)

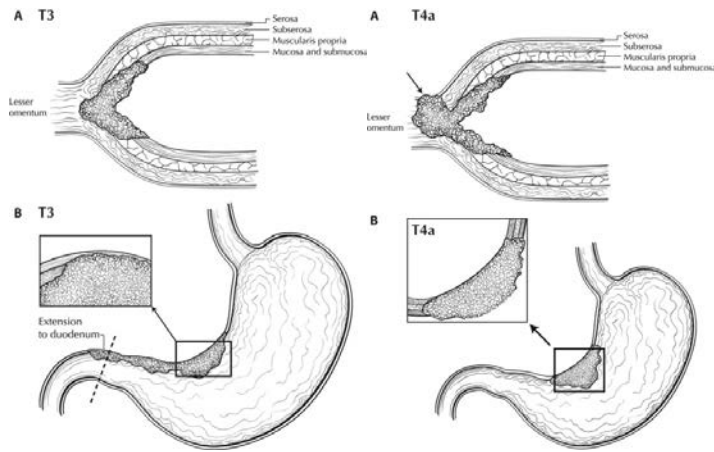


Hình 3: Xâm lấn của u theo chiều sâu từ T1-4

SM được chia thành:

- ✓ SM1 hoặc T1b1 (bướu xâm lấn 0,5mm vào cơ niêm)
- ✓ SM2 hoặc T1b2 (bướu xâm lấn >0,5m vào trong lớp cơ niêm)

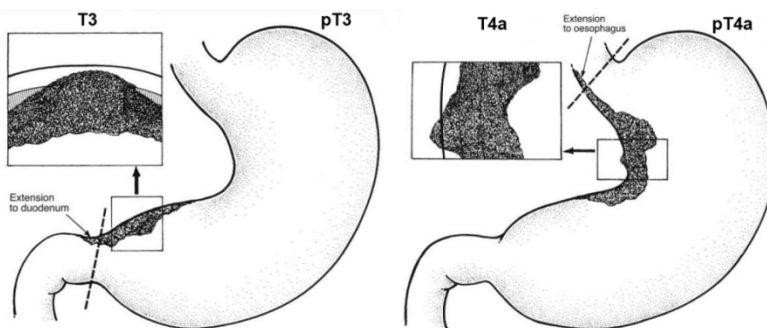
* u xâm lấn lớp cơ riêng (T2) nhưng lan qua DC vị gan hoặc vị kết, hoặc vào mạc nối lớn, bé mà không ăn qua PM tạng che phủ các cấu trúc này → T3. Nếu ăn xuyên qua PM tạng che các DC DD hoặc mạc nối → T4



Hình 4: Hình thức chuyển giai đoạn theo mức độ xâm lấn

** cấu trúc kế cận DD: lách, ĐT ngang, gan, cơ hoành, tụy, thành bụng, tuyến TT, thận, RN, và sau PM. Xâm lấn thanh mạc nhưng không dính đến mạc nối lớn, bé → T4a. Xâm lấn mạc treo đại tràng ngang không phải là T4b trừ khi ăn lan đến mm đại tràng hoặc ăn lan ra phía sau mạc treo đại tràng ngang

*** ăn trong vào lòng tới tá tràng hoặc TQ được xếp loại theo chiều sâu của u ăn lan to nhất trong bất kỳ vị trí nào của TT, TQ, và DD



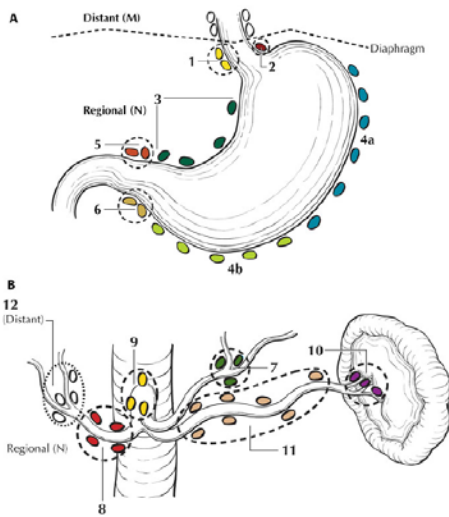
Hình 5: Hình ăn lan theo chiều sâu vào trong lòng ống tiêu hóa

3.2. Hạch vùng

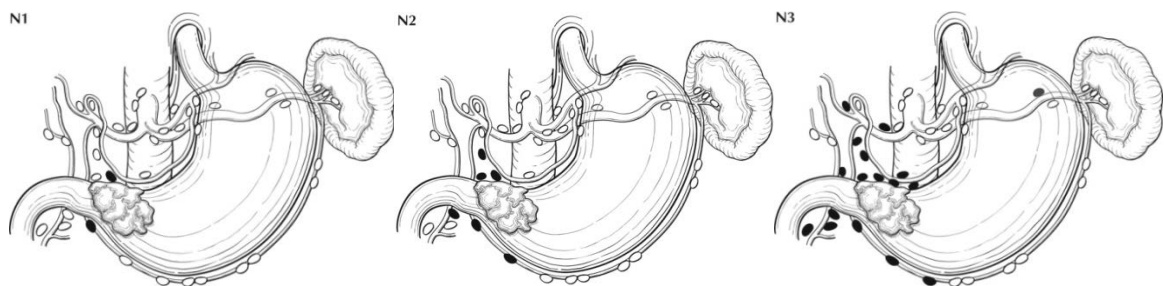
Dựa vào số hạch bị di căn trên vi thể

- NX: không đánh giá được
- N0: không có di căn hạch vùng*
- N1: di căn 1 – 2 hạch vùng
- N2: di căn 3 – 6 hạch vùng
- N3: ≥ 7 hạch vùng
 - N3a: 7-15 hạch vùng
 - N3b: ≥ 16 hạch vùng

* pN0 nên được dùng nếu tất cả hạch vùng được kiểm tra âm tính, bất chấp tổng số được lấy đi và xét nghiệm



Hình 6: Các vùng hạch của dạ dày



Hình 7: Di căn theo hạch vùng

3.3. Di căn xa

- M0: không có di căn xa
- M1: có di căn xa

Bảng 2: Phân chia giai đoạn và chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày nội soi của ung thư dạ dày

Anatomic Stage/Prognostic Groups

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1	N0	M0
Stage IB	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
Stage IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
Stage IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
Stage IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
Stage IIIB	T4b	N0	M0
	T4b	N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
Stage IIIC	T4b	N2	M0
	T4b	N3	M0
	T4a	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Ajcc Cancer Staging Atlas (2012). Stomach (2ed). 147-157.*
2. *David W. McFadden, Patrick Mannal (2013). Adenocarcinoma of the stomach, duodenum, and small intestine. In Shackelford's Surgery of the Alimentary tract. 7thed.*
3. *Marc S. Levine (2010). Upper gastrointestinal series in the diagnosis of gastric cancer. In Gastric Cancer. 62-82.*
4. *David M. Mahvi and Seth B. Krantz (2012). Stomach. Gastric Cancer. In Sabiston textbook of surgery. Chap 49, 19th ed, 1204-1222.*
5. *Japanese Gastric Cancer Association (2011). Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010 (ver. 3). Gastric Cancer. 14: 113-123.*