ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA UNG THƯ ĐẠI TRÀNG-TRỰC TRÀNG

1. Định nghĩa

Ung thư đại-trực tràng là ung thư phổ biến thường gặp, tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ ba, chiếm hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Trong đó, trực tràng là vị trí thường gặp nhất trên khung đại tràng khoảng 43% Hầu hết ung thư đại trực tràng (93%) xuất phát từ một polyp tuyến của đại tràng. Yếu tố góp phần gây ung thư đại trực tràng: chế độ ăn uống ít chất bã, nhiều thịt, mỡ động vật và cholesterol, tuổi >40, Polyp tuyến đại tràng, Di truyền, Bệnh viêm loét đại tràng, Crohn.

Điều trị chủ yếu là phẫu thuật. Các phương pháp khác chỉ bổ túc.

Ung thư đại trực tràng là một trong số ít bệnh lý ác tính có khả năng chữa lành bệnh và có thể phòng ngừa được. Vì thế số lượng phát hiện bệnh ngày càng tăng hơn 1 triệu ca phát hiện do chủ động tầm soát các đối tượng có nguy cơ cao và điều trị triệt để polyp đại tràng bằng cắt qua nội soi đại tràng. Tỷ lệ tử vong do ung thư đại trực tràng hàng năm giảm dần.

2. Chẩn đoán

❖ Biểu hiện triệu chứng:

- Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào vị trí khối U đại tràng U đại tràng P thường biểu hiện thiếu máu do xuất huyết rỉ rả và tiêu lỏng phân màu đen. U đại tràng T và U xích ma Trực tràng thường biểu hiện táo bón đi cầu phân nhầy máu và dạng U vòng nhẫn gây bệnh cảnh tắc ruột thấp.
- Thiếu máu nhược sắt.
- Bệnh nhân phát hiện khi đi cầu nhầy-máu (60%)
- Thay đổi thói quen đi cầu (43%). và có rối loạn tiêu hóa như táo bón, tiêu chảy hoặc xen kẽ táo bón và tiêu chảy. Đi cầu ra máu hoặc đàm nhớt, đi cầu nhiều lần trong ngày hoặc phân dẹt nhỏ.
- Tiêu phân có máu dễ lầm với bệnh trĩ.

Các triệu chứng khác: Đau thốn hậu môn, Tiêu không tự chủ, Tiêu không hết phân, Tiểu gắt buốt, do khối u xâm lấn.

Lâm sàng có thể bao gồm:

- Bệnh sớm: phát hiện không đặc hiệu (mệt mỏi, giảm cân) hoặc không có gì cả
- Bệnh tiến triển: Muộn hơn U lớn gây biến chứng: đau bụng vùng chậu (5%) - tắc ruột (9%), có phản ứng phúc mạc thủng bướu, chảy máu trực tràng lượng nhiều, khối u bụng sờ thấy, gan to, báng bụng.

Khám bụng phát hiện khối u dọc theo khung đại tràng

Khi Bác sĩ thăm khám trực tràng: phát hiện khối u trực tràng ở đoạn thấp.

Đánh giá tương đối mức độ U xâm lấn vào cơ quan lân cận

Đánh giá chức năng cơ thắt

Đánh giá khả năng bảo tồn cơ thắt

❖ **Cận lâm sàng:** Xét nghiệm máu làm CEA, CA19.9 (carcinoembryonic antigen (CEA), cancer antigen (CA) 19-9); được làm Siêu âm bụng, XQ phổi, X-quang đại tràng với Barium, Nội soi đại trực tràng là tiêu chuẩn vàng để xác định chẩn đoán chính xác, sinh thiết xác định tính chất khối u,.

❖ **Siêu âm:** được chỉ định để phát hiện di căn gan. Hình ảnh di căn gan trên siêu âm là các khối echo dày rãi rác trong nhu mô gan.

❖ **X-quang đại tràng với Barium**: Hình ảnh Khối nhô vào lòng đại tràng với đường bờ không đều, Lòng đại tràng bị hẹp lại

❖ **Nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết**: Thấy trực tràng có U, sinh thiết làm Giải Phẫu Bệnh để biết lành tính hay ác tính. Chẩn đoán giải phẫu bệnh: đa số là ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma), các loại sarcom khác ít gặp: leiomyosarcoma, lympho-sarcoma…

❖ **Cận lậm sàng được làm để đánh giá giai đoạn bệnh**, U xâm lấn và đã di căn hay chưa:

MSCT (hoặc MRI): Đánh giá giai đoạn ung thư đại tràng, phát hiện ung thư tái phát hay di căn

Siêu âm trực tràng qua ngã trực tràng: Hiện nay là phương pháp được chọn lựa để đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng (độ chính xác 72-94%) và đánh giá di căn hạch vùng (độ chính xác 73-86%).

MRI: Có giá trị tương đương hay cao hơn siêu âm qua ngả trực tràng trong việc đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng và đánh giá di căn hạch vùng.

PET Làm sau phẫu thuật, để có thể phân biệt ung thư tái phát, di căn xa, hay sẹo xơ tại vùng miệng nối.

2.1. Chẩn đoán sự xâm lấn và di căn

a) Xâm lấn tại chỗ

- Mất tính di động của khối u: chứng tỏ khối u xâm nhiễm mô chung quanh.
- Xâm lấn gây rò các tạng lân cận khối u.
- Các phương pháp cận lâm sàng để chẩn đoán sự xâm lấn của khối u: siêu âm bụng, siêu âm qua nội soi trực tràng, chụp cắt lớp vùng chậu, soi bàng quang , soi dạ dày…

b) Di căn

- *Hạch*: hạch bẹn, hạch thượng đòn (Troisier), hạch vùng đại trực tràng.
- *Gan*: to, lổn nhổn, cứng. Siêu âm bụng, chụp cắt lớp để xác định chẩn đoán.
- *Phổi*: X quang phổi cho hình ảnh di căn là những bóng mờ tròn như bong bóng bay ở 2 phế trường.
- *Não*: chụp cắt lớp sọ não phát hiện khối u ung thư di căn.

- *Xương*: hình ảnh hủy xương của di căn xương cột cống hoặc xương chậu thường gặp.

2.2. Chẩn đoán giai đoạn

Hiện nay có hai cách xếp hạng giai đoạn ung thư đại trực tràng được dùng nhiều nhất tùy theo sự xâm lấn của tế bào ung thư:

a) Theo Dukes

Xếp hạng được tác giả Dukes mô tả năm 1932, sau đó được cải biên bởi tác giả Astler, Coller và nhiều tác giả khác. Xếp hạng theo Dukes đã được sửa đổi:

- Giai đoạn A: ung thư khu trú thành trực tràng ở lớp niêm mạc và lớp dưới niêm
- Giai đoạn B: ung thư xâm lấn lớp cơ, lớp thanh mạc, chưa di căn hạch
- Giai đoạn C: di căn hạch vùng
- Giai đoạn D: di căn xa

b) Theo TNM

❖ **T** (Tumor)

T_X U nguyên phát không thể đánh giá được vì có mô tả về mức độ khối u, vì thông tin không đầy đủ

Tis U tại chỗ còn trong lớp biểu mô

T_1 U xâm lấn lớp dưới niêm mạc

T_2 U xâm lấn lớp cơ

T_3 U xâm lấn lớp thanh mạc hoặc phúc mạc nhưng không dính bất kỳ cơ quan lân cận hoặc các mô

T_4 U xâm lấn phúc mạc tạng và các cơ quan hay cấu trúc khác

T_4b Ung thư đã phát triển xuyên qua thanh mạc của đại tràng và xâm nhập các mô lân cận hoặc các bộ phận

❖ **N** (Nodule)

N_X Hạch không đánh giá được

N_0 Không có hạch di căn

N_1 Di căn vào 1-3 hạch mạc treo vùng

N1a - tế bào ung thư được tìm thấy trong 1 hạch bạch huyết gần đó

N1b - tế bào ung thư được tìm thấy trong 2-3 hạch bạch huyết gần đó

N_2 a Di căn 4 -6 hạch mạc treo vùng

N_2 b Di căn hơn 7 hạch dọc theo đường đi của thân mạch máu

❖ **M** (Metastasis)

M_X Di căn xa không đánh giá được

M_0 Không có di căn xa

M_1 a Ung thư đã lan rộng đến 1 cơ quan xa, hoặc thiết lập các hạch bạch huyết xa

M1b Ung thư đã lan rộng đến hơn 1 cơ quan xa xôi hoặc thiết lập các hạch bạch huyết xa hoặc đã

lan tràn đến các phần xa của phúc mạc

Giai đoạn theo TNM

Giai đoạn	Thương tổn	T	N	M	Tương ứng giai đoạn theo Dukes
0	Nông (in situ)	Tis	N_0	M_0	-
I	Khu trú	T_1 hay T_2	N_0	M_0	A
IIA	Xâm lấn	T3	N0	M0	B1
IIB		T4a	N0	M0	B2
IIC		T4B	N0	M0	B3
IIIA	Tới hạch vùng	T1-2	N1	M0	C1
IIIB		T3-4	N1	M0	C2
IIIC		T1-4	N2	M0	C3

3. Điều trị ngoại khoa

Điều trị ung thư đại trực tràng chủ yếu là phẫu thuật kết hợp hóa trị.

3.1 Về phẫu thuật

a) *Đại tràng* được chia 2 phần

- *Đại tràng phải*: từ manh tràng đến nửa phải đại tràng ngang.
- *Đại tràng trái*: từ nửa trái đại tràng ngang đến chỗ nối đại tràng chậu hông và trực tràng.

b) *Trực tràng* có 2 cách chia

- *Chia 2 phần*: trực tràng trong ổ bụng và trực tràng ngoài ổ bụng. Nếp phúc mạc chậu ngăn 2 phần ở cách bờ hậu môn 7-9cm.
- *Chia 3 phần*:
    - 1/3 dưới: 0-5cm cách bờ hậu môn
    - 1/3 giữa: 6-10cm cách bờ hậu môn
    - 1/3 trên: 11-15cm cách bờ hậu môn

3.2. Động mạch và tĩnh mạch của đại trực tràng

a) *Đại tràng phải*

Được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng trên (các nhánh động mạch hồi-manh-trùng tràng, động mạch đại tràng phải, động mạch đại tràng giữa) và theo hệ tĩnh mạch mạc treo tràng trên về tĩnh mạch cửa.

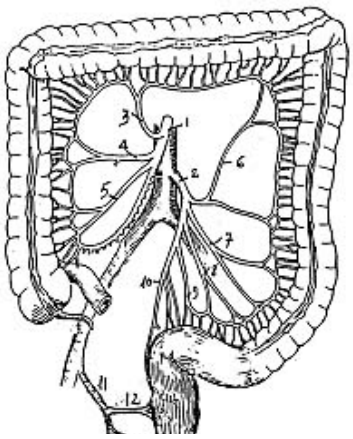
b) Đại tràng trái

Được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng dưới (các nhánh động mạch đại tràng trái, động mạch đại tràng chậu hông) và theo hệ tĩnh mạch mạc treo tràng dưới về tĩnh mạch cửa

c) Trực tràng

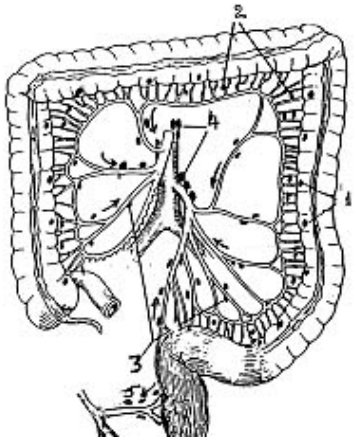
- 1/3 trên: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng trên (trĩ trên), là nhánh cuối của động mạch mạc treo tràng dưới và dẫn máu theo tĩnh mạch trực tràng trên, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới về tĩnh mạch cửa (Hình 1).
- 1/3 giữa: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng giữa (trĩ giữa) từ nhánh của động mạch hạ vị (hay chậu trong).
- 1/3 dưới: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng dưới (trĩ dưới) từ nhánh động mạch thẹn, một nhánh của động mạch hạ vị.
- 2/3 dưới của trực tràng máu được dẫn theo tĩnh mạch hạ vị về hệ tĩnh mạch chủ dưới.

3.3.Hệ bạch huyết



Hình 1. Động mạch nuôi dưỡng đại trực tràng

1. Động mạch mạc treo tràng trên, 2. ĐM mạc treo tràng dưới, 3. ĐM đại tràng giữa, 4. ĐM đại tràng trái, 5. ĐM hồi manh đại tràng, 6. ĐM đại tràng trái, 7,8,9. Các ĐM đại tràng chậu hông, 10. ĐM trực tràng trên, 11. ĐM hạ vị, 12. ĐM trực tràng giữa, 13. ĐM trực tràng dưới



Hình 2. Hệ bạch huyết của đại tràng

1. Hạch thành đại tràng, 2. Hạch cạnh đại tràng 3. Hạch trung gian của đại tràng, 4. Hạch chính của đại tràng, 5. Hạch hạ vị, 6. Hạch bẹn

Các chuỗi hạch bạch huyết dọc theo các hệ mạch máu của đại trực tràng (Hình 2).

- *Chuỗi hạch bạch huyết mạc treo tràng trên*: dẫn lưu các hạch bạch huyết của đại tràng phải.
- *Chuỗi hạch bạch huyết mạc treo tràng dưới*: dẫn lưu các hạch bạch huyết của đại tràng trái và phần trên của trực tràng.
- *Chuỗi hạch bạch huyết hạ vị*: dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần giữa trực tràng.

- *Chuỗi hạch bạch huyết vùng bẹn*: dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần thấp trực tràng.

3.4 Mục đích và nguyên tắc điều trị ngoại khoa

a) Cắt rộng rãi đoạn ruột có khối u tôn trọng bờ an toàn trên dưới khối u, mạc treo đại trực tràng, hạch vùng và các tạng lân cận bị xâm lấn (nếu được).

- Đối với ung thư đại tràng: cắt trên và dưới khối u ít nhất là 5cm.
- Đối với ung thư trực tràng: cắt trên u ít nhất 5cm nhưng cắt dưới khối u ít nhất > 2cm (theo tác giả William 1984).

b) Tôn trọng kỹ thuật cắt cách ly không đụng u (No-touch isolation technic of resection)

Do Turnbull RB đề xuất năm 1967, cắt các nhánh động tĩnh mạch của đại tràng tại góc và 2 đầu ruột trước khi cắt mạc treo và khối u.

c) Chuẩn bị tốt đại tràng để nối ngay sau khi cắt, lập lại lưu thông tiêu hóa của ruột. Chuẩn bị đại tràng thật sạch để cho việc khâu nối đạt kết quả tốt tránh biến chứng bục xì miệng nối sau mổ. Thường áp dụng các biện pháp sau đây:

Làm sạch lòng đại tràng bằng

- Chế độ ăn lỏng dần trước mổ: trước mổ 3 ngày cho bệnh nhân ăn nhẹ; cháo, súp (trước mổ 3 ngày), sữa (trước mổ 2 ngày), nước đường (trước mổ 1 ngày).
- Kèm thụt tháo liên tiếp 3 ngày trước mổ, phải thụt tháo thật sạch đến nước trong.
- Hoặc chỉ dùng Fortrans (PEG 4000-Polyéthylène 4000), thuốc dạng bột pha với nước uống để làm sạch lòng đại tràng. Cho bệnh nhân uống 3 gói, mỗi gói pha với 1 lít nước, uống trong vòng 1 ngày trước mổ, mà không cần thụt tháo. Nhưng không được dùng cho các trường hợp có biến chứng dọa thủng đại tràng hoặc trường hợp tắc ruột .
- Rửa ruột có thể dùng PEG hay Fleet. Nhiều NC cho thấy dùng Fleet tốt hơn nhờ uống 1 lượng chất lỏng nhỏ (70ml) so với PEG (> 2lít).

Khử trùng đường ruột

Có thể dùng các loại kháng sinh đường ruột kết hợp với diệt vi trùng. Kháng sinh: uống thì erythromycin (1g) và neomycin (1g) 3 lần 1 ngày trước ngày mổ. Chích kháng sinh phòng ngừa 1 liều 30 phút trước mổ, 4 giờ sau chích liều thứ 2. kháng sinh là cephalo II hay III, kết hợp với metronidazol hay clindamycin để diệt vi trùng hiếm khí….. Tuy nhiên hiện nay chỉ cần chuẩn bị sạch đại tràng là đủ.

3.5 Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật triệt để (hay triệt căn), tạm bợ, mở rộng và làm sạch tùy vào các yếu tố:

- Giai đoạn của ung thư
- Độ xâm lấn của ung thư
- Mức độ di căn
- Thể trạng của bệnh nhân

a) Phẫu thuật triệt để hay triệt căn

Đây là phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi khối u theo nguyên tắc ung thư: cắt bỏ đoạn ruột mang khối u

đảm bảo bờ an toàn của 2 đầu ruột cắt, nạo lấy hết các hạch mạc treo vùng và cắt tận gốc các mạch máu nuôi dưỡng. Phẫu thuật được chỉ định cho:

- Những bệnh nhân có thể trạng còn tốt.
- Ung thư ở giai đoạn chưa di căn xa (A, B, C theo xếp hạng của Dukes hoặc giai đoạn 0, I, II, III theo TNM).
- Ung thư còn khu trú ở thành ruột chưa xâm lấn các tạng chung quanh hoặc có xâm lấn nhưng còn khả năng cắt bỏ được.

b) Phẫu thuật mở rộng

Đây là phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi triệt để, kết hợp cắt bỏ các cơ quan lân cận bị xâm lấn và cắt bỏ một phần hay toàn bộ các cơ quan di căn.

- Thể trạng bệnh nhân cho phép một phẫu thuật lớn.
- Ung thư xâm lấn vào các tạng lân cận hoặc di căn mà còn có thể cắt bỏ được.

c) Phẫu thuật làm sạch

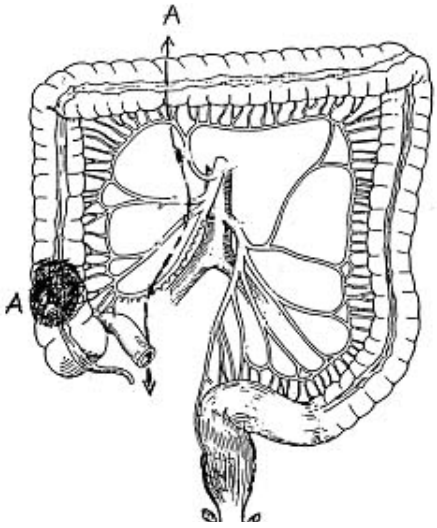
Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng trực tràng có khối u với mục đích làm sạch để tránh các biến chứng nhiễm trùng, tắc ruột, vỡ khối u hoặc trong các trường hợp di căn mà không thể lấy được hết.

d) Phẫu thuật tạm bợ

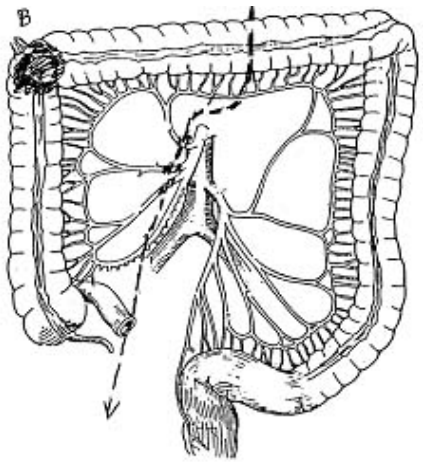
Thường thực hiện các phương pháp sau:

- Nối tắt đoạn ruột trên với đoạn ruột dưới khối u.
- Hậu môn nhân tạo trên dòng: đưa ruột trước khối u ra ngoài ổ bụng làm hậu môn nhân tạo.

Chỉ định cho các trường hợp:



Hình 3. Cắt đại tràng phải do ung thư đại tràng lên



Hình 4. Cắt đại tràng phải do ung thư đại tràng góc gan

Giai đoạn trễ của ung thư, không phẫu thuật triệt để được: giai đoạn D (Dukes) hay giai đoạn IV (theo TNM), thể trạng bệnh nhân quá kém không thể chịu đựng được cuộc mổ lớn.

3.6 Các phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng

a) Điều trị ung thư đại tràng chưa biến chứng

Triệt để

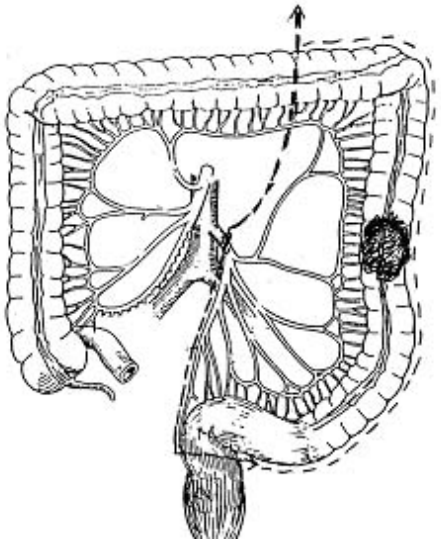
❖ **Cắt đại tràng phải**

Chỉ định

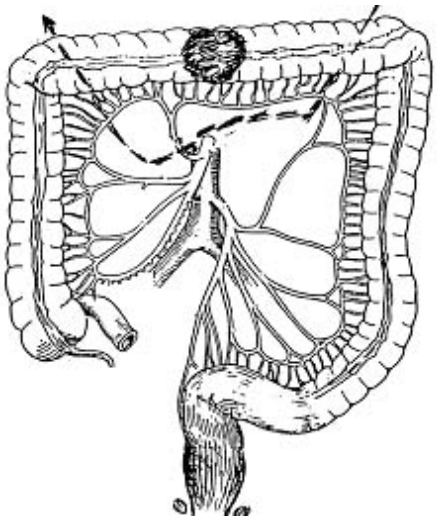
Các khối u ung thư ở đại tràng phải: manh tràng, đại tràng lên, góc gan, đoạn đại tràng ngang bên phải cách góc gan 0-5cm.

Kỹ thuật

- Cắt toàn bộ đại tràng phải thành một khối: gồm 20cm cuối của hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên, góc gan và 1/3 hoặc 1/2 bên phải của đại tràng ngang tùy vị trí của khối u.
- Cắt mạc treo đại tràng phải với mạch máu và hạch mạc treo.



Hình 5. Cắt đại tràng trái do ung thư đại tràng xuống



Hình 6. Cắt đại tràng ngang do ung thư đại tràng ngang

- Lập lại lưu thông ruột: nối hồi tràng với đại tràng ngang (Hình 3 và 4).

Tai biến phẫu thuật

Trong phẫu thuật cắt đại tràng phải, khi bóc tách mạc Told dính vào sau với tá tràng, niệu quản phải và tĩnh mạch chủ dưới nhất là trường hợp khối u to và xâm lấn dễ gây tổn thương các cơ quan này:

- Rách tá tràng
- Tổn thương niệu quản phải: đứt niệu quản phải hoặc khâu thắt niệu quản phải
- Rách tĩnh mạch chủ dưới.

Biến chứng sau mổ

- Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.
- Viêm khoang tế bào sau phúc mạc.

- *Tiêu lỏng*: thật ra đây không phải là biến chứng mà là hậu quả sau cắt đại tràng phải do cắt bỏ phần hấp thu nước của đại tràng phải. Tiêu lỏng thường xảy ra trong vài tuần lễ đầu sau mổ.

❖ **Cắt đại tràng trái**

Chỉ định

Các khối u ung thư ở đại tràng trái: đại tràng ngang bên trái cách góc lách 0-5cm, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, phần đầu của đại tràng chậu hông.

Kỹ thuật

- Cắt đại tràng trái thành một khối từ 1/2 đại tràng ngang bên trái, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, phần đầu của đại tràng chậu hông.
- Cắt bỏ mạc treo đại tràng trái với mạch máu, hạch vùng.
- Lập lại lưu thông ruột, nối đại tràng ngang với đại tràng chậu hông (Hình 5).

Tai biến phẫu thuật

- Vỡ lách.
- Tổn thương niệu quản trái: đứt hoặc khâu thắt niệu quản trái.

Biến chứng sau mổ

- Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.
- Viêm khoang tế bào sau phúc mạc.

❖ **Cắt đại tràng ngang**

Chỉ định

Khối u ung thư ở đoạn giữa của đại tràng ngang.

Kỹ thuật

- Cắt đoạn đại tràng ngang.
- Cắt mạc treo đại tràng ngang, động tĩnh mạch đại tràng giữa và hạch mạc treo vùng.
- Lập lại lưu thông ruột: nối hai đầu đại tràng ngang phải và trái (Hình 6).

Tai biến phẫu thuật

Tổn thương tá tràng, tụy hiếm xảy ra.

Biến chứng sau mổ

Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.

❖ **Cắt đại tràng chậu hông**

Chỉ định

Khối u ung thư ở đoạn đại tràng chậu hông.

Kỹ thuật

- Cắt đoạn đại tràng chậu hông trên và dưới khối u ít nhất 5cm.
- Cắt mạc treo đại tràng chậu hông và lấy hạch mạc treo vùng.

Lập lại lưu thông ruột, nối hai đầu đại tràng xuống và trực tràng (Hình 7).

Tai biến phẫu thuật

Tổn thương niệu quản trái, động tĩnh mạch hạ vị.

Biến chứng sau mổ

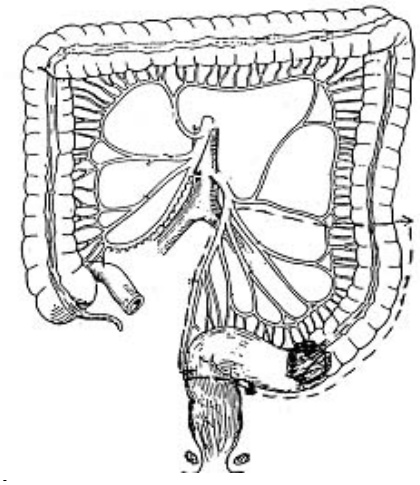
Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.

Tạm bợ

- **Phẫu thuật làm sạch**

Cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u, chỉ cần trên và dưới khối u 5cm, mà không cần cắt rộng rãi.

- **Nối tắt đoạn trên và dưới khối u**



Hình 7. Cắt đoạn đại tràng chậu hông

Nối hồi tràng-đại tràng ngang bên-bên cho các ung thư ở đại tràng phải mà không cắt được; nối đại tràng ngang-đại tràng chậu hông bên-bên cho các ung thư ở đại tràng trái mà không cắt được.

- **Hậu môn nhân tạo** trên dòng

Cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng

Năm 1990, kỹ thuật cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng được áp dụng ở một số nước. Tuy nhiên kỹ thuật này chưa phổ biến và còn hạn chế. Vài năm gần đây, một số bệnh viện trong nước đã bắt đầu áp dụng kỹ thuật này, chỉ định thực hiện ở các trường hợp ung thư đại tràng ở giai đoạn sớm và khu trú.

3.6.2.Điều trị ung thư đại tràng có biến chứng

Tắc ruột

Trong trường hợp tắc ruột do ung thư đại tràng, điều trị phải giải quyết: tắc ruột và bệnh lý ung thư. Do đó, nếu tình trạng bệnh nhân cho phép phẫu thuật triệt để cắt đại tràng, có nối ngay hay không tùy tình trạng của đại tràng.

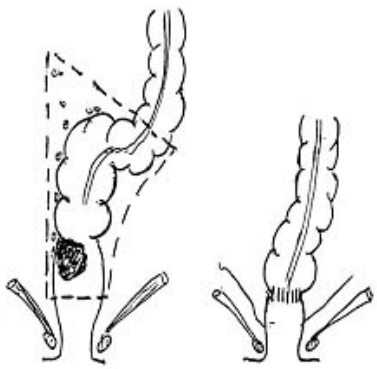
- Trong tắc ruột do ung thư đại tràng phải, thường có thể nối ngay, nhưng tắc ruột do u ở đại tràng trái thì hạn chế nối ngay vì thường dễ bục, chỉ nối khi thực hiện phương pháp tưới rửa đại tràng thật tốt trong mổ.
- Khi không có điều kiện cắt đại tràng trong cấp cứu thì đưa đại tràng trước khối u làm hậu môn nhân tạo tạm và cắt bỏ đại tràng thì sau vài tuần lễ. Nhưng đa số trường hợp tắc ruột, ung thư ở giai đoạn muộn, nên hầu hết chỉ thực hiện phẫu thuật tạm bợ.

Viêm phúc mạc do vỡ khối u hay vỡ đại tràng trên khối u vào ổ bụng

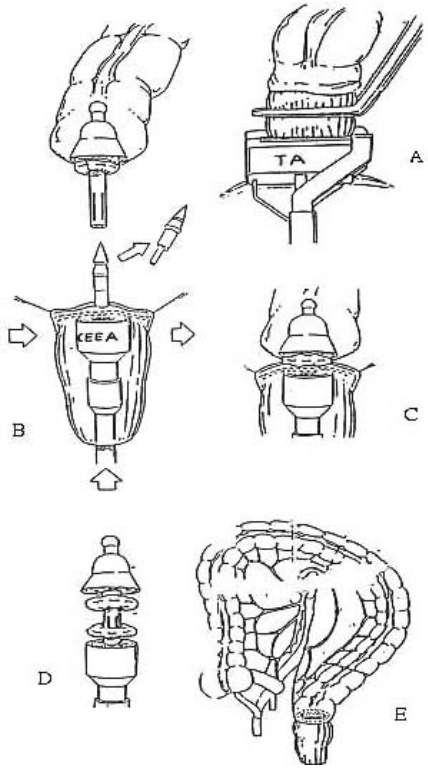
- Cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u vỡ và không được nối ngay mà làm hậu môn nhân tạo tạm sẽ phục hồi lại sau vài tháng.
- Hoặc đưa chỗ vỡ của đại tràng trước khối u ra làm hậu môn nhân tạo tạm và phẫu thuật triệt để ở thì 2 sau vài tuần nếu giai đoạn ung thư còn cho phép cắt được.

Áp xe thành bụng do khối u vỡ ra thành bụng

- Rạch tháo mủ tại chỗ áp xe.
- Phẫu thuật triệt để cắt đại tràng thì 2 nếu còn cắt được. Trường hợp không còn cắt bỏ được khối u triệt để thì nối tắt hay làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn trên dòng.



Hình 8. Cắt đoạn đại trực tràng và nối đại trực tràng bằng tay



Hình 9. A, B, C, D, E: Cắt đoạn đại trực tràng và
nối đại trực tràng bằng máy khâu

Rò các cơ quan lân cận

- *Rò đại tràng-bàng quang*: thực hiện hậu môn nhân tạo trên dòng, sau đó sẽ phẫu thuật mở rộng cắt đại tràng và bàng quang. Phẫu thuật ít thực hiện vì thường có di căn xa.
- *Rò đại tràng-dạ dày*: cắt đại tràng ngang và dạ dày nếu còn khả năng cắt được.
- *Rò đại tràng-ruột non*: cắt đại tràng và đoạn ruột non bị rò.

Xuất huyết tiêu hóa dưới nặng do u đại tràng

Cắt bỏ đại tràng có khối u trong cấp cứu để cầm máu.

3.7 Các phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng

a) Điều trị ung thư trực tràng chưa biến chứng

Triệt để

❖ **Cắt trực tràng giữ lại cơ vòng hậu môn**

Phẫu thuật cắt đại tràng-trực tràng trước và nối ngay.

Chỉ định

Các khối u ở đoạn trên và giữa của trực tràng, cách bờ hậu môn trên 6cm.

Kỹ thuật

Cắt bỏ đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng có khối u và nối đại tràng-trực tràng bằng tay (Hình 8) hay bằng máy (staplers). Nhờ những tiến bộ về máy khâu nối, các khối u ở thấp có thể

được cắt bỏ và nối lại được mà khâu nối tay không thể thực hiện. Người ta dùng máy cắt TA để cắt trực tràng đoạn thấp và nối tận-tận bằng máy khâu nối EEA (Hình 9).

❖ **Phẫu thuật Hartmann**

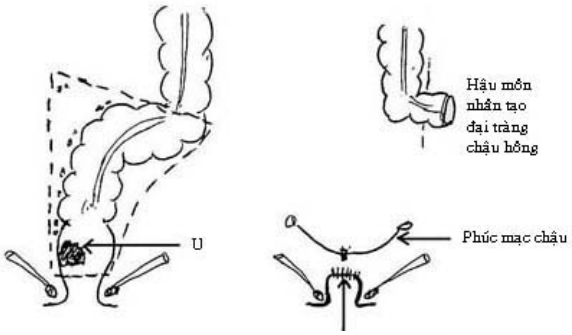
Phẫu thuật được Hartmann thực hiện năm 1921.

Chỉ định

Các khối u nằm ở đoạn trực tràng giữa mà không thể khâu nối được. Hiện phẫu thuật này ít áp dụng khi có máy khâu nối. Thường áp dụng trong cấp cứu và bệnh nhân thể trạng kém.

Kỹ thuật

Cắt đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng. Đóng mõm trực tràng dưới lại và đưa đầu trên đại tràng chậu hông ra hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo (Hình 10).



Hình 10. Phẫu thuật Hartmann

Ưu điểm

Phẫu thuật còn giữ lại cơ vòng hậu môn và không sợ biến chứng bục xì sau mổ, tỷ lệ tử vong ít.

Khuyết điểm

Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời mặc dù hậu môn thật còn giữ lại và trực tràng vẫn còn bài tiết ra chất nhày của đoạn trực tràng còn lại.

❖ **Phẫu thuật kéo tuột (Pull-through)** của Babcock Bacon và các kỹ thuật cải biên

Phẫu thuật này được hai tác giả Babcock và Bacon thực hiện năm 1956 và được cải biên về sau.

Chỉ định

- Các khối u ở đoạn trực tràng thấp cách bờ hậu môn 3-6cm.
- Ung thư ở giai đoạn sớm (Dukes A, B) và kích thước khối u <2cm.
- Không xâm lấn cơ vòng hậu môn.

Kỹ thuật

Cắt bỏ toàn bộ trực tràng, kéo tuột đại tràng chậu hông qua lỗ hậu môn và nối đại tràng với hậu môn theo ngả tầng sinh môn (Hình 11).

Ưu điểm

Cắt bỏ khối u và tạo lập lưu thông tiêu hóa bảo đảm chức năng sinh lý của hậu môn.

Khuyết điểm

Phẫu thuật khó vì u ở thấp, biến chứng bục miệng nối và ung thư tái phát tại chỗ.

❖ **Các loại phẫu thuật khác**

- *Phẫu thuật Kraske*: cắt bỏ khối u nhỏ ở thành sau trực tràng qua ngả sau xuyên xương cùng.
- *Phẫu thuật cắt u xuyên qua lỗ hậu mô*n: ít được dùng vì tỷ lệ tái phát cao.

❖ **Cắt trực tràng lấy cả cơ vòng hậu môn**

Phẫu thuật cắt cụt trực tràng theo 2 ngả bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles): phẫu thuật này được tác giả Miles thực hiện năm 1908.

Chỉ định

Các khối u ở đoạn thấp của trực tràng (1/3 dưới) cách bờ hậu môn < 6cm có xâm lấn cơ vòng hậu môn và các khối u to ở 1/3 giữa trực tràng khả năng cắt được mà không thực hiện phẫu thuật bảo tồn cơ vòng hậu môn được.

Kỹ thuật

Cắt bỏ phần dưới của đại tràng chậu hông và toàn bộ trực tràng, các cơ vòng hậu môn, cơ nâng hậu môn, lấy luôn hậu môn với 2 kíp mổ: ngả bụng và tầng sinh môn. Đưa đại tràng chậu hông trên ra ngoài ổ bụng ở hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn (Hình 12).

Ưu điểm

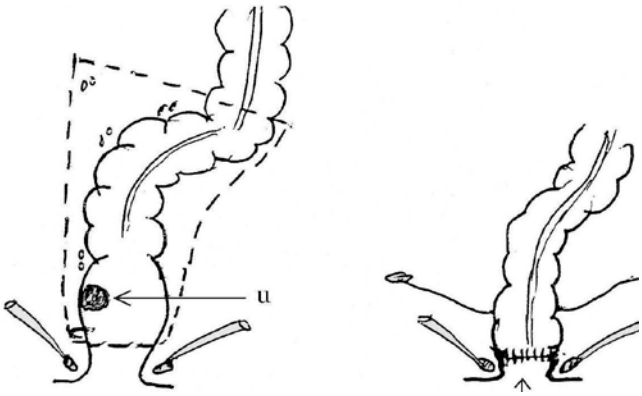
- Cắt bỏ rộng rãi triệt để lấy hết khối u ung thư và hạch vùng.
- Kết hợp cắt bỏ rộng rãi các cơ quan xâm lấn vùng chậu: tử cung và âm đạo hoặc bàng quang. Tuy nhiên các phẫu thuật mở rộng này thường rất nặng: đoạn chậu sau hay đoạn chậu toàn phần.

Khuyết điểm

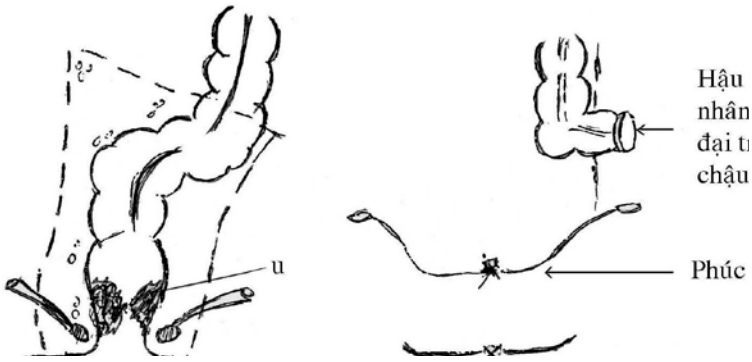
- Phẫu thuật nặng, nhiều tai biến trong mổ và biến chứng hậu phẫu.
- Tai biến chảy máu trước xương cùng hay gặp nhất và các tổn thương niệu quản, bàng quang và niệu đạo (nam) và âm đạo (nữ).
- Biến chứng nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn thường kéo dài.
- Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

Tạm bợ

Thường làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng chậu hông hoặc đại tràng ngang tùy vào sự tiến triển và xâm lấn của ung thư.



Hình 11. Phẫu thuật Pull-Through



Hình 12. Phẫu thuật Miles

b) Điều trị ung thư trực tràng có biến chứng

Tắc ruột

Thường bệnh nhân trong tình trạng nặng vàvị trí khối u ở thấp nên phẫu thuật tốt nhất là đưa đại tràng chậu hông ở trên ra làm hậu môn nhân tạo để giải quyết tắc ruột. Đánh giá:

- Ung thư ở giai đoạn còn cắt bỏ được sẽ can thiệp phẫu thuật triệt để thì 2 sau vài tuần lễ có chuẩn bị đại tràng và bệnh nhân được hồi sức tốt.
- Ung thư không còn khả năng phẫu thuật triệt để được sẽ để hậu môn nhân tạo này vĩnh viễn.

Viêm phúc mạc

Chỗ vỡ là khối u ở đoạn trực tràng trong ổ bụng hoặc có trường hợp u ở đoạn trực tràng ngoài ổ bụng, nhưng gây vỡ trực tràng phía trên khối u trong ổ bụng. Nguyên tắc là đưa đại tràng chậu hông trên chỗ vỡ ra làm hậu môn nhân tạo và khâu lại chỗ thủng hoặc phải cắt bỏ khối u bị thủng theo phương pháp Hartmann. Thường biến chứng này rất nặng và tỷ lệ tử vong cao. Phẫu thuật triệt để sẽ can thiệp thì 2.

Rò vào cơ quan lân cận

Rò trực tràng-âm đạo ở nữ và rò trực tràng-bàng quang ở nam. Thường phẫu thuật 2 thì:

- *Thì 1*: Làm hậu môn nhân tạo trên dòng ở đại tràng chậu hông.
- *Thì 2*: Phẫu thuật triệt để cắt rộng cả trực tràng và cơ quan bị rò (tử cung, phần phụ và âm đạo hoặc bàng quang).

4.Theo dõi sau mổ và tiên lượng

Sau mổ ung thư đại trực tràng cần phải theo dõi các biến chứng sớm của phẫu thuật và theo dõi lâu dài: sự tái phát và di căn.

4.1.Theo dõi các biến chứng sau mổ

- Chảy máu sau mổ.
- Bục xì miệng nối.
- Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tầng sinh môn (trong phẫu thuật Miles).
- Các biến chứng của hậu môn nhân tạo.
- Các biến chứng đường tiết niệu.
- Các biến chứng tim mạch, hô hấp nhất là ở các bệnh nhân lớn tuổi.

4.2.Tái phát

Mặc dù mổ triệt để cắt rộng, nhưng vẫn có một số trường hợp ung thư tái phát tại chỗ hoặc di căn.

- Thường tái phát ở miệng nối gây hẹp miệng nối.
- Tái phát ở mõm trực tràng còn lại sau phẫu thuật Hartmann.
- Tái phát ở tầng sinh môn và vùng chậu sau phẫu thuật Miles.
- Tái phát ở lỗ hậu môn nhân tạo.
- Tái phát ở vết mổ bụng.

Hiện nay, người ta theo dõi sự gia tăng của kháng nguyên ung thư phôi CEA (Carcino-embryonic Antigen) sau mổ để phát hiện sớm sự tái phát của ung thư đại trực tràng trước khi có các dấu hiệu lâm sàng. Nhờ đó, có thể can thiệp phẫu thuật lại sớm.

4.3.Di căn

Thường di căn gan và di căn ổ bụng hay phúc mạc là nhiều nhất, kế đến là phổi, ít khi gặp di căn não và xương.

5.Điều trị ung thư tái phát và di căn

5.1.Tái phát

Ung thư đại trực tràng tái phát nếu còn khả năng cắt bỏ lại được vẫn có chỉ định can thiệp phẫu thuật, nhưng thường số bệnh nhân được phẫu thuật lại hiếm. Đa số điều trị bổ túc bằng hóa trị kết hợp thuốc miễn dịch (hoặc xạ trị cho trường hợp ung thư trực tràng). Ngày nay một số tác giả dùng xạ trị trước mổ, trong mổ và sau mổ cho các ung thư trực tràng được mổ lần đầu và xạ trị cho các trường hợp ung thư trực tràng tái phát.

5.2.Di căn

Khi ung thư đã di căn thường thể trạng bệnh nhân rất yếu kém, đa số tác giả không can thiệp phẫu thuật, chỉ điều trị bổ túc với hóa chất hoặc kết hợp với miễn dịch. Một số tác giả đã điều trị cắt bỏ một phần gan hoặc phổi bị ung thư di căn nếu ung thư nguyên phát tại chỗ ở đại trực tràng không tái phát, nhưng kết quả chưa khả quan nhiều và chỉ định còn cân nhắc. Hóa trị bổ trợ ở Giai đoạn I không ích lợi gì, ở Giai đoạn II, ích lợi chưa rõ, ở Giai đoạn III, ích lợi rõ, tăng tỉ lệ sống từ 50% lên 65% với 6 chu kỳ hóa trị SFU+ Acide folinique Leucovorin.

Hóa chất thường được dùng là 5FU (5-Fluoro Uracil) kết hợp với các thuốc Acide folinique... để điều trị bổ túc.

✦ **Kết hợp 5FU với Acide Folinique**

Theo Machover 1986, dùng liều lượng lớn trong thời gian ngắn.

- *5FU*: truyền tĩnh mạch trong 4 giờ 400mg/m^2 da cơ thể/ngày x 5 ngày.
- *Acide Folinique*: truyền tĩnh mạch trong 1-2 giờ 200mg/m^2 da cơ thể/ngày x 5 ngày

Một tháng sau nhắc lại liều trên và dùng trong 6 tháng, cách 1 tháng 1 đợt.

Sử dụng hóa trị cần chú ý đến các tác dụng phụ và phải có chỉ định cụ thể. Chỉ hóa trị cho ung thư ở giai đoạn C và D hay giai đoạn III và IV .

6.Kết quả và tiên lượng

6.1.Kết quả

Tỷ lệ tử vong sau mổ:

- *Ung thư đại tràng*: 3-5% khi chưa có biến chứng và 20-30% khi có biến chứng.
- *Ung thư trực tràng*: 1-13% tùy theo tác giả.

6.2.Tiên lượng

Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng phải theo dõi thời gian sống thêm sau điều trị 5 năm. Tiên lượng của ung thư đại trực tràng thường tốt hơn các ung thư khác ở đường tiêu hóa.

- Ung thư đại trực tràng: tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 40-55% và tùy theo các giai đoạn:
  - A 70-85%
  - B 50-60%
  - C 25-45%
  - D 0-6%
- Ung thư trực tràng: tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 50-60% và tùy theo các giai đoạn:
  - A 80%
  - B 55-65%
  - C 25-45%
  - D 0-5%

(Theo Francois Yves, 1991).

Có 4 giai đoạn: giai đoạn I thì có T1 và T2, chưa có hạch di căn, phẫu thuật đúng, 90% BN

sống qua 5 năm; giai đoạn II thì chia IIa (T3) và IIb (T4), chưa di căn hạch, phẫu thuật đúng, 75% BN sống qua 5 năm; giai đoạn III, đã có di căn hạch, chia ra IIIa (T1-T2, N1-M0), IIIb (T3-T4, N1,M0) và IIIc (T bất kỳ, N2, M0), phẫu thuật đúng, 50% BN sống qua 5 năm; IV: đa số phẫu thuật tam bợ để chữa các biến chứng. Chỉ có < 5% BN sống qua 5 năm. Để đánh giá phẫu thuật cần phải xem mặt cắt: mặt cắt không còn bướu là R0, còn sót bướu trên vi thể là R1, còn bướu trên đại thể là R2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Helena R. Chang, Kirby I. Bland. Tumor of the colon. In Maingot's abdominal operations 1997: 1281-308.*
2. *Ira J. Kodney. Rectal cancer in Maingot's Abdominal operations 1997: 1455-501.*
3. *Townsend: Colon and Rectum – Neoplasia- Sabiston Textbook of Surgery, 19th ed .*