

UNG THƯ THỰC QUẢN

LÊ QUANG NGHĨA*

LÊ QUANG NHÂN**

MỤC TIÊU:

1. Biết định bệnh một trường hợp nuốt nghẹn.
2. Biết cách phân chia các đoạn thực quản.
3. Biết đánh giá độ lan rộng bằng các kỹ thuật hiện đại.
4. Biết chỉ định phẫu thuật cho từng vị trí ung thư.
5. Biết các phương pháp điều trị không tận gốc.
6. Biết các phương pháp điều trị ngoài phẫu thuật.

Ung thư thực quản là loại ung thư hay gặp và nằm trong danh sách 10 loại ung thư hàng đầu ở Việt Nam. Bệnh thấy ở người trên 50 tuổi. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ.

Xuất độ bệnh thay đổi tùy theo vùng địa dư, có thể do yếu tố môi trường và dinh dưỡng. Dự hậu rất xấu vì bệnh nhân thường đến bệnh viện rất trễ trong khi phương pháp điều trị chính là phẫu thuật lại là phẫu thuật nặng và phức tạp.

1. DỊCH TỄ HỌC.

A. TUỔI: bệnh ít khi thấy trước tuổi 40. Lứa tuổi hay mắc bệnh nằm trong nhóm 60-70.

B. PHÁI: phái nam mắc bệnh nhiều hơn phái nữ từ 2 đến 9 lần tùy theo vùng địa dư.

C. YẾU TỐ DI TRUYỀN: một số gia đình có khuynh hướng dễ mắc bệnh này hơn các gia đình khác. Tylosis palmaris et plantaris là hội chứng gồm hiện tượng tăng sừng hóa da lòng bàn tay, lòng bàn chân kèm theo các u nhú (papillomata) ở thực quản là một chứng bệnh di truyền theo tính trội ở nhiễm sắc thể thường (autosomal). 40-70% các bệnh nhân bị chứng này sẽ bị ung thư thực quản.

D. KHẨU PHẦN:

1) Rượu: là yếu tố gây bệnh quan trọng. Bệnh nhân thường là người nghiện rượu kèm nghiện thuốc lá.

2) Hợp chất có Nitrosamine: nhiều vùng ở Trung Quốc người ta dùng thức ăn có nhiều Silica và Nitrosamine trong thức ăn thì tỷ lệ dân trong vùng bị ung thư thực quản rất cao.

3) Suy dinh dưỡng: thiếu các chất vi lượng, chất khoáng và sinh tố A, sinh tố C là các yếu tố gây ung thư thực quản.

E. HÚT THUỐC LÁ:

Đặc biệt khi kèm với nghiện rượu làm gia tăng rất nhiều nguy cơ bị ung thư

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

thực quản. Ở Afghanistan người dân có thói quen dùng cần á phiện trong các tẩu thuốc lá cũng gây hậu quả sinh ung tương tự.

F.BỆNH LÝ THỰC QUẢN CÓ TỪ TRƯỚC:

1) Tình trạng viêm mãn.

Các tình trạng sau đây được xem là dễ gây ung thư thực quản :

a/Bỏnng thực quản do uống nhảm hóa chất: 5-30% các bệnh nhân này về sau sẽ bị ung thư thực quản.

b/Viêm thực quản trào ngược :1-5% sẽ sinh ung do tình trạng viêm mãn vì dịch vị.

c/Thực quản Barrett:là sự hiện diện của biểu mô trụ (columnar epithelium) ở 1/3 dưới thực quản. Tình trạng này hay gây viêm mạn tính, dị sản và dễ bị ung thư thực quản loại ung thư tuyến (adenocarcinoma)

d/Hội chứng Plummer-Vinson: gồm thiếu máu nhược sắc, viêm lưỡi thể teo, viêm thực quản kèm nuốt nghẹn. Bệnh thấy ở phụ nữ và tỷ lệ hóa ác là 10-16%.

e/Chiếu tia xạ thất từ trước.

2) Bất thường về cơ thể học.

a/Co thắt tâm vị:nếu để lâu 25 năm có 2-7% các bệnh nhân bị ung thư thực quản do đoạn trên thực quản bị ứ đọng viêm nhiễm mạn tính.

b/Vách ngăn thực quản (esophageal webs): các bất thường này hiếm khi gặp nhưng tỷ lệ hóa ác lên đến 20%.

c/Túi thừa thực quản trên cơ hoành (epiphrenic diverticula): loại này cũng dễ gây ra ung thư thực quản.

d/Ung thư thực quản còn đi kèm ung thư vùng hầu-họng.

II.GIẢI PHẪU HỌC.

Thực quản được chia ra 4 phần:

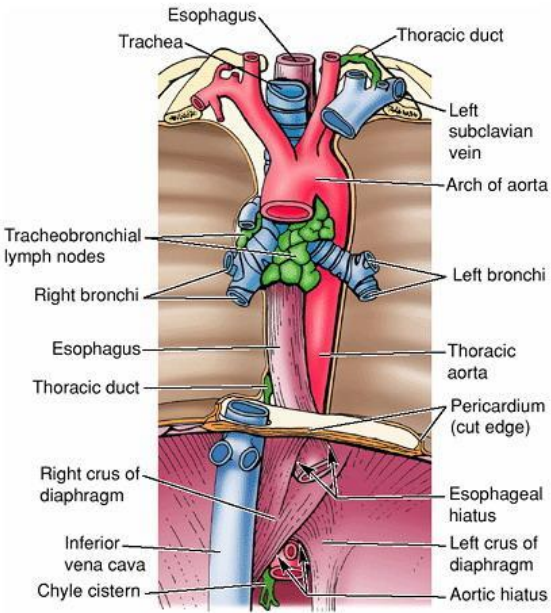
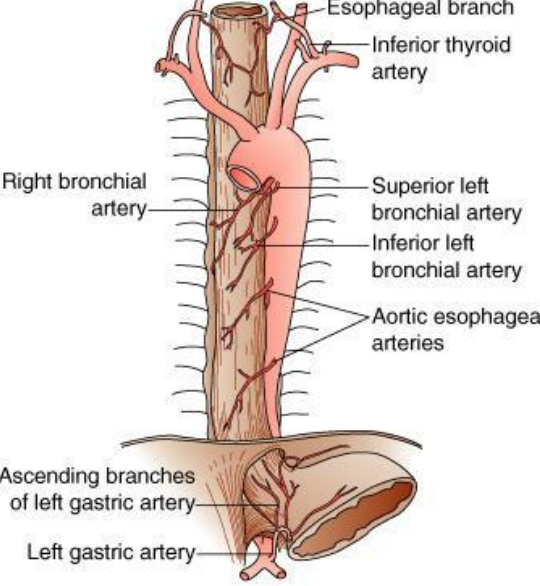
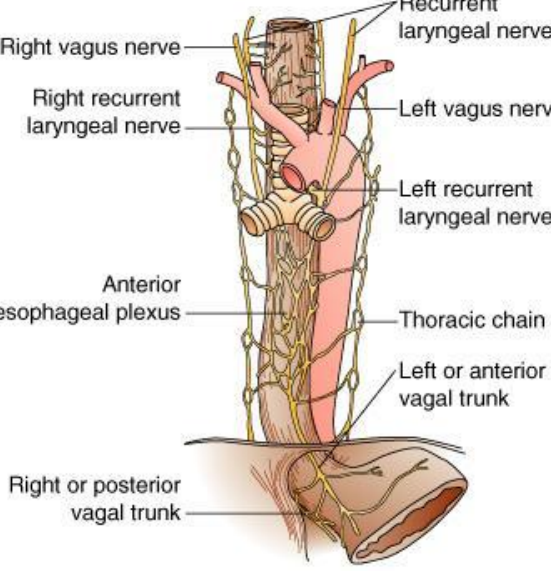
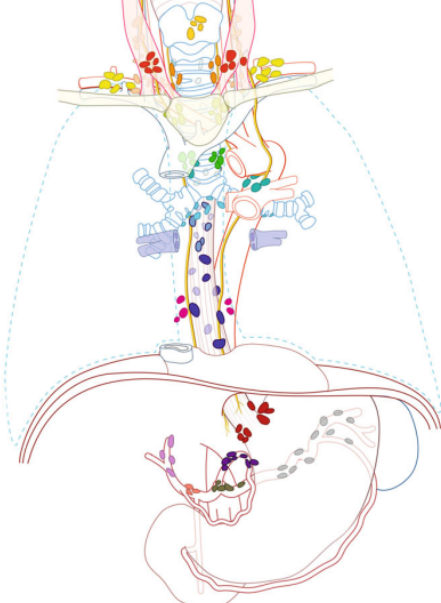
A.Thực quản cổ: khởi từ sụn nhẫn (cricoid cartilage) và chấm dứt ở 18 cm cách cung răng tức là ở khởi điểm vào lồng ngực.

B.Thực quản ngực lại được chia ra 3 phần nhỏ:

-1/3 trên: từ ngả vào ngực (thoracic inlet) đến chỗ khí quản chia đôi (cách cung răng 24 cm).

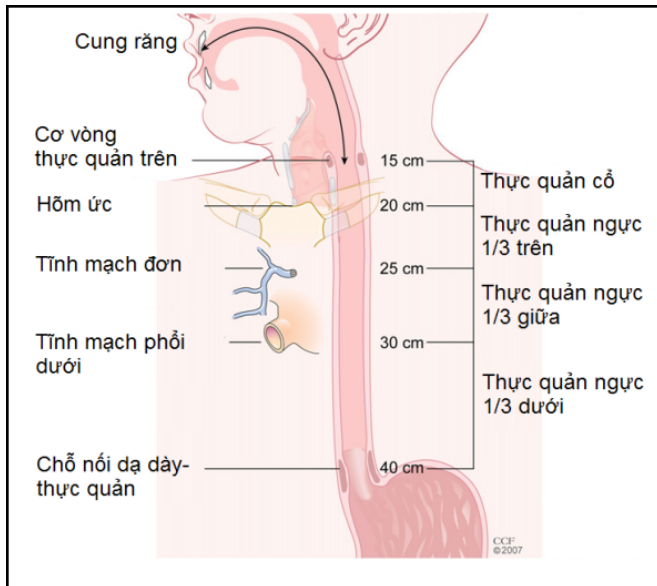
-1/3 giữa: chạy từ chỗ khí quản chia đôi xuống trung điểm của khoảng từ chỗ chia đôi xuống tâm vị (cách cung răng 32 cm).

-1/3 dưới: chạy từ điểm vừa nêu xuống đến tâm vị (cách cung răng 40 cm).

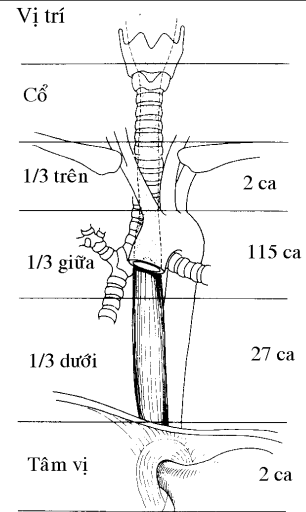
 Anterior view Labels: Esophagus, Trachea, Thoracic duct, Left subclavian vein, Arch of aorta, Tracheobronchial lymph nodes, Right bronchi, Esophagus, Thoracic duct, Right crus of diaphragm, Inferior vena cava, Chyle cistern, Thoracic aorta, Left bronchi, Pericardium (cut edge), Esophageal hiatus, Left crus of diaphragm, Aortic hiatus.	 Labels: Esophageal branch, Inferior thyroid artery, Right bronchial artery, Superior left bronchial artery, Inferior left bronchial artery, Aortic esophageal arteries, Ascending branches of left gastric artery, Left gastric artery. Copyright © 2004, Elsevier.
Hình 1. Giải phẫu học về thực quản.  Labels: Right vagus nerve, Right recurrent laryngeal nerve, Anterior esophageal plexus, Right or posterior vagal trunk, Recurrent laryngeal nerves, Left vagus nerve, Left recurrent laryngeal nerve, Thoracic chain, Left or anterior vagal trunk. Copyright © 2004, Elsevier.	Hình 2. Động mạch nuôi thực quản. 
Hình 3. Thần kinh của thực quản.	Hình 4. Di căn hạch trong ung thư thực quản.

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM



Hình 5. Phân đoạn thực quản.



Hình 6. Thống kê với 146 trường hợp.

III. GIẢI PHẪU BỆNH.

A. VỊ TRÍ UNG THƯ.

Có thể tóm tắt như bảng 1:

Bảng 1. Vị trí ung thư thực quản.

Vị trí	Tỷ lệ
ung thư 1/3 trên	10-20 %
ung thư 1/3 giữa	50 %
ung thư 1/3 dưới	30-40 %

Ung thư thực quản cổ hiếm gặp.

B. TẾ BÀO HỌC.

50-60% các trường hợp ung thư thực quản là cácxinôm dạng biểu bì (squamous cell carcinoma). Ung thư tuyến hay gặp ở thực quản Barrett. Các thể loại khác hiếm gặp hơn.

C. LAN TRUYỀN UNG THƯ.

Có 3 đường lan truyền :

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

-trực tiếp (lân cận),

-theo đường bạch mạch không tiên đoán được. Vì thế một số tác giả như Scanlon chủ trương dù ung thư nằm ở vị trí nào trên thực quản cũng nên cắt bỏ toàn bộ thực quản

-theo đường máu.

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

A. TRIỆU CHỨNG: triệu chứng của bệnh ung thư thực quản thường không rõ rệt.

1) Triệu chứng tại chỗ: triệu chứng thường thấy nhất là nuốt nghẹn (90%). Nuốt nghẹn tăng dần dần lúc đầu với thức ăn đặc sau đó đến thức ăn lỏng.

Lúc đầu cảm giác sớm nhất là khi nuốt thấy vướng sau đó xuất hiện nuốt nghẹn. Nuốt nghẹn dù mới có nhưng tổn thương thường không còn trị được tận gốc vì thực quản rất đàn hồi nên khi nuốt nghẹn xuất hiện thì bệnh tiến triển đã quá xa.

Đau ngực xuyên xói thậm chí ngay cả khi không ăn cho biết bướu đã lan rộng tại chỗ.

2) Các triệu chứng khác gồm: nuốt đau, ọc.

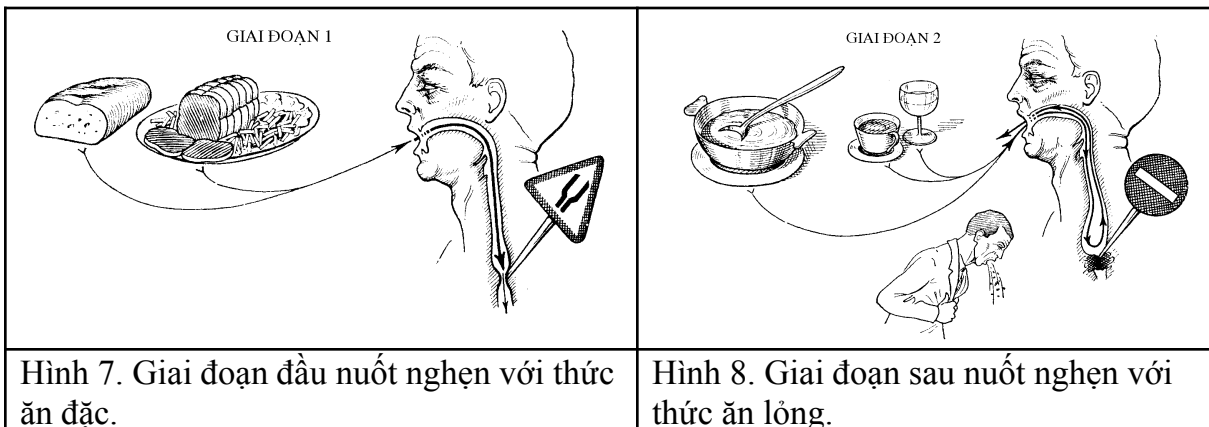
Có khi ung thư thực quản xuất hiện với các triệu chứng từ phổi (viêm phổi hay dò thực quản-khí phế quản). Khi bướu xâm lấn thần kinh quặt ngược gây ra khàn tiếng.

3) Triệu chứng toàn thân: sụt cân (90 %), sụt cân có khi rất nhiều đưa đến suy kiệt, tràn dịch màng phổi, nổi hạch cổ, gan to, bụng báng, hội chứng Horner (đồng tử co nhỏ, sụp mí mắt và giảm tiết mồ hôi).

B. TRIỆU CHỨNG CÂN UNG THƯ.

Ung thư thực quản có thể xuất hiện với một trong các chứng sau đây:

- Tăng canxi-huyết (hypercalcemia),
- Thiếu ACTH,
- Thiếu Gonadotropins.



*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

V. CẬN LÂM SÀNG.

Các xét nghiệm sau đây cần được thực hiện cho mọi bệnh nhân nghi ngờ bị ung thư thực quản:

A. THỬ MÁU.

- Công thức máu
- Men Transaminases
- Alkaline Phosphatase
- Albumin trong máu.

B. HÌNH ẢNH HỌC.

1) X quang thông thường :

- X Quang phổi
- X Quang thực quản có cản quang: chụp thực quản có barýt thường cho thấy tổn thương ung thư như một đoạn thực quản bị chít hẹp. Chỗ hẹp ngoằn ngoèo, nhám nhở. Tuy nhiên, khi bướu dạng loét nằm khu trú ở một phần vách của thực quản thì xét nghiệm này khó lòng phát hiện được thương tổn. Ung thư tâm vị lan lên thực quản cũng dễ gây nhầm lẫn với co thắt tâm vị.

2) Các xét nghiệm cao cấp :

Các xét nghiệm sau đây dùng để lượng giá mức độ lan rộng của bướu và xem còn khả năng phẫu thuật cắt bướu hay không:

- CT Scan ngực: là kỹ thuật tốt nhất.
- CT Scan bụng: để phát hiện hạch limphô và các nốt di căn qua gan.
- MRI: được áp dụng từ 1982 nhưng giá trị giới hạn.
- PET (Positron Emission Tomography): chụp PET giúp đánh giá tổng thể bệnh nhân tốt hơn các phương tiện hình ảnh quy ước. Chụp PET phát hiện các di căn xa ở các hạch xa, gan, phổi, xương, tuyến thượng thận và các cơ quan khác ở giai đoạn sớm, giúp tránh những quyết định can thiệp phẫu thuật không cần thiết. Vì vậy chụp PET mang lại thêm thông tin cho hình ảnh CT.

C. NỘI SOI.

1) Nội soi thực quản - dạ dày : với ống soi mềm cho phép nhìn thấy và sinh thiết tổn thương. Đây là phương pháp chính để định bệnh về mặt tế bào học. Cần nên sinh thiết 6 mẫu vì cácxinôm tế bào gai cũng như cácxinôm tế bào tuyến đều có khuynh hướng lan theo ngã dưới niêm vì thế dễ bị bỏ sót. Trong khi soi, nếu có bướu có thể dùng dụng cụ đặc biệt quét trên bướu để thử tế bào học.

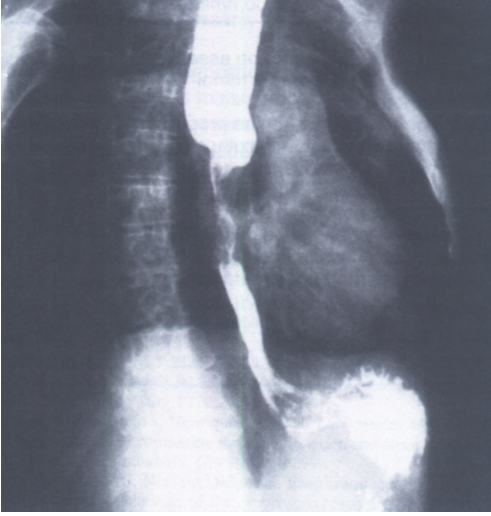
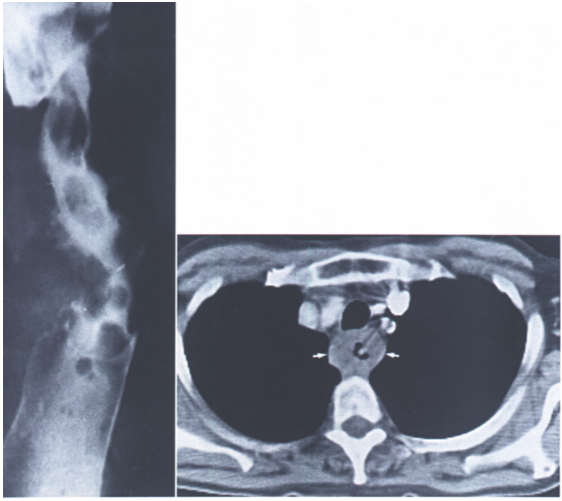
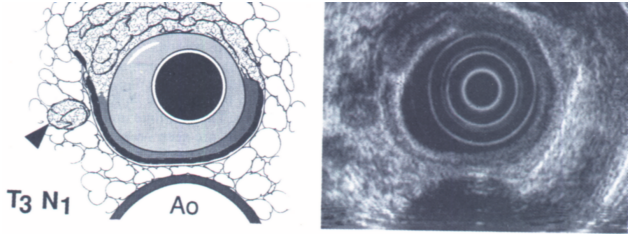
2) Siêu âm qua Nội soi (Endoscopic Ultrasonography): rất hữu hiệu trong việc đánh giá độ xâm lấn của ung thư ra khỏi thực quản và phát hiện các hạch di căn. Kỹ thuật này giúp phẫu thuật viên không phải mở ngực vô ích nữa khi bướu đã tiến triển xa.

Siêu âm qua nội soi đánh giá độ bướu xâm lấn tại chỗ chính xác hơn là CT Scan.

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

3) Nội soi khác: gồm soi phế quản nhằm xem có khả năng ung thư thực quản lan qua phế quản hoặc ung thư phổi đi kèm. Soi thanh quản xem tình trạng dây âm thanh.

	
Hình 9. X quang thực quản cản quang.	Hình 10. Nội soi thực quản.
	
Hình 11. CT thực quản.	Hình 12. Siêu âm qua nội soi.

VI.XẾP LOẠI STAGING.

Năm 1987, Hội Ung thư học của Mỹ(American Joint Committee on Cancer) phối hợp với Hiệp Hội chống Ung thư Quốc tế (Union Internationale Contre le Cancer) để thống nhất bảng phân loại Stages trong ung thư thực quản.

CÁCH XẾP LOẠI THEO TNM.

Có thể xếp loại theo TNM một cách chính xác:

Bảng 2. Phân loại TNM trong ung thư thực quản theo AJCC 8th

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

T (tumor): U nguyên phát

Tx	U không đánh giá được
T0	Không có bằng chứng của u
Tis	Nghịch sản nặng (HGD: High-grade dysplasia)
T1	U xâm lấn tấm đệm, cơ niêm hay lớp dưới niêm
T1a	U xâm lấn tấm đệm hay cơ niêm
T1b	U xâm lấn lớp dưới niêm
T2	U xâm lấn lớp cơ
T3	U xâm lấn lớp vỏ ngoài
T4	U xâm lấn các cấu trúc lân cận
T4a	U xâm lấn màng phổi, màng ngoài tim hay cơ hoành còn cắt được, phúc mạc
T4b	U xâm lấn các cấu trúc lân cận khác không cắt được (động mạch chủ, cột sống hay khí phế quản)

N (nodes): Hạch vùng

Nx	Hạch vùng 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	Di căn ≥ 7 hạch vùng

M (metastasis): Di căn xa

M0	Không có di căn xa
M1	Có di căn xa

G (histologic grade): Độ mô học

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

GX	Không đánh giá được độ mô học, xem nhóm giai đoạn như G1
G1	Biệt hóa tốt
G2	Biệt hóa trung bình
G3	Biệt hóa kém

Bảng 3. Giai đoạn ung thư thực quản theo AJCC 8th, dành cho carcinoma tế bào gai hoặc dạng mô học hỗn hợp.

Giai đoạn	T	N	M	Độ mô học	Vị trí u*
0	Tis (HGD)	N0	M0	X	Bất kỳ
IA	T1a	N0	M0	1,X	Bất kỳ
IB	T1a	N0	M0	2-3	Bất kỳ
	T1b	N0	M0	G1-3,X	Bất kỳ
	T2	N0	M0	1	Bất kỳ
IIA	T2	N0	M0	2-3, X	Bất kỳ
	T3	N0	M0	1-3	Dưới
	T3	N0	M0	1	Trên/Giữa
IIB	T3	N0	M0	2-3	Trên, giữa
	T3	N0	M0	X	Bất kỳ
	T3	N0	M0	Bất kỳ	Bất kỳ
	T1	N1	M0	Bất kỳ	Bất kỳ

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

Giai đoạn	T	N	M	Độ mô học	Vị trí u*
IIIA	T1	N2	M0	Bất kỳ	Bất kỳ
	T2	N2	M0	Bất kỳ	Bất kỳ
IIIB	T2	N2	M0	Bất kỳ	Bất kỳ
	T3	N1-N2	M0	Bất kỳ	Bất kỳ
	T4a	N0-N1	M0	Bất kỳ	Bất kỳ
IVA	T4a	N2	M0	Bất kỳ	Bất kỳ
	T4b	N0-N2	M0	Bất kỳ	Bất kỳ
	Bất kỳ	N3	M0	Bất kỳ	Bất kỳ
IVB	Bất kỳ	Bất kỳ	M1	Bất kỳ	Bất kỳ

VII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT.

Mặc dù nuốt nghẹn ở bệnh nhân nhiều tuổi thường là do ung thư thực quản nhưng thầy thuốc cũng cần lưu ý có thể nhầm lẫn với co thắt tâm vị, bồng thực quản do hóa chất, bệnh nhược cơ, bệnh cứng bì.

VIII. ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT.

Sau khi thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết như nội soi, sinh thiết và các xét nghiệm về hình ảnh học như CT, MRI (Magnetic Resonance Imaging), PET (Positron Emission Tomography) phẫu thuật viên có thể cân nhắc. Đối với bệnh nhân sức khỏe còn tốt còn khả năng chịu được cuộc mổ lớn thì phẫu thuật là cách điều trị hàng đầu. Trong các trường hợp thuận lợi thì phẫu thuật có thể giải quyết các trường hợp ung thư tế bào lát tầng (tế bào vảy) cũng như ung thư tế bào tuyến.

Tuy nhiên cho dù không còn sớm nhưng khi điều trị cắt thực quản với tính cách tạm mà thành công thì vẫn là cách giúp bệnh nhân thoải mái nhất so với các điều trị không phẫu thuật khác vì chúng ta có thể giúp 90% các bệnh nhân này ăn lại bằng miệng.

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

Tại các trung tâm chuyên môn có kinh nghiệm về phẫu thuật thì tỷ lệ tử vong do mổ trong vòng 30 ngày đầu là 5%. Tỷ lệ sống 5 năm sau cắt thực quản trừ căn là 20 - 35% và 5% khi cắt thực quản với y nghĩa cắt không trừ căn.

Nếu không có di căn hạch thì tỷ lệ sống 5 năm có thể lên đến 60%. Nếu có hạch rồi thì tỷ lệ này chỉ còn 10 - 20%.

A.UNG THƯ THỰC QUẢN CÒN CẮT BỎ ĐƯỢC.

Phẫu thuật là cách điều trị tốt nhất. Tuy nhiên, đa số các trường hợp khi bệnh nhân vào bệnh viện là bệnh đã diễn tiến xa. Chỉ có 50% là có thể phẫu thuật được.

Cameron khuyến cáo nên cắt bướu nếu được cho dù tỷ lệ mổ trừ căn không cao.

a/Chống chỉ định. Các trường hợp sau đây không nên mổ lớn.

- *Ung thư lan qua cơ quan kề bên như khí quản, cột sống hay mạch máu lớn.
- *Có di căn hạch cổ, hạch này dính chặt không còn di động.
- *Di căn nhiều nơi và thời gian sống sót không quá 6 tuần.
- *Có bệnh phổi nếu phẫu thuật tử vong sẽ rất cao.

Ghi chú : lớn tuổi tự yếu tố này không phải là lý do chống chỉ định phẫu thuật.

b/Các loại phẫu thuật. Nói chung có 5 loại và mỗi loại có đặc điểm riêng.

-**Phẫu thuật Sweet (mở ngực-bụng trái)** (hình 9,10,11). Đây là đường mổ tốt cho tổn thương nằm ở 1/3 dưới thực quản. Nhược điểm là không bóc tách hay nạo hạch lên cao được.

-**Phẫu thuật Lewis-Santý (mở ngực phải-mở bụng)** (hình 9,10,12). Đây là phẫu thuật được áp dụng nhiều nhất khi ung thư nằm ở 1/3 giữa thực quản ngực. Thông thường phẫu thuật viên mở bụng trước để thám sát, đánh giá tình trạng nội tạng và các hạch trong ổ bụng. Nếu còn mổ được, dạ dày sẽ được đưa lên nối trong lồng ngực bên phải. Việc nối bằng máy nối sẽ giúp đơn giản hóa phẫu thuật.

-**Cắt toàn bộ thực quản (mở ngực phải, cổ và bụng)**. Toàn bộ thực quản ngực được cắt bỏ. Ống dạ dày được đưa lên nối ở cổ để thay thế thực quản. Đây là cách chúng tôi chuộng nhất khi tổn thương là ung thư ở 1/3 giữa (hình 13,14).

-**Cắt thực quản không mở ngực**. Sau khi mở bụng và cổ, thực quản ngực được bóc tách mù (hình 15). Cách này không lấy rộng mô quanh thực quản đúng như nguyên tắc mổ ung thư. Tuy nhiên nhờ không mở ngực nên ít gây đau sau mổ. Phẫu thuật vừa nêu chỉ áp dụng khi bướu ở 1/3 trên hoặc 1/3 dưới của thực quản ngực và tình trạng bướu còn khu trú.

-**Cắt thực quản qua nội soi lồng ngực** : đã có nhiều báo cáo cho thấy kết quả tương đương với mổ mở nhưng ít xâm hại hơn. Sự xuất hiện của các máy khâu nối (stapler) giúp thực hiện các phẫu thuật này dễ dàng hơn ngày trước.

c)Ung thư thực quản cổ. Bướu thường xâm lấn các cơ quan kề bên nên phẫu thuật rất nặng nề và phức tạp.

d)Ung thư thực quản ngực. Riêng tổn thương ở 1/3 trên, phẫu thuật không có lợi bằng xạ trị.

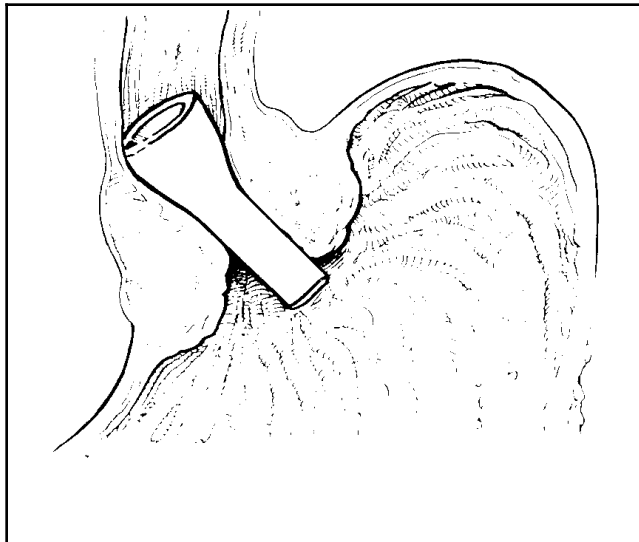
*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

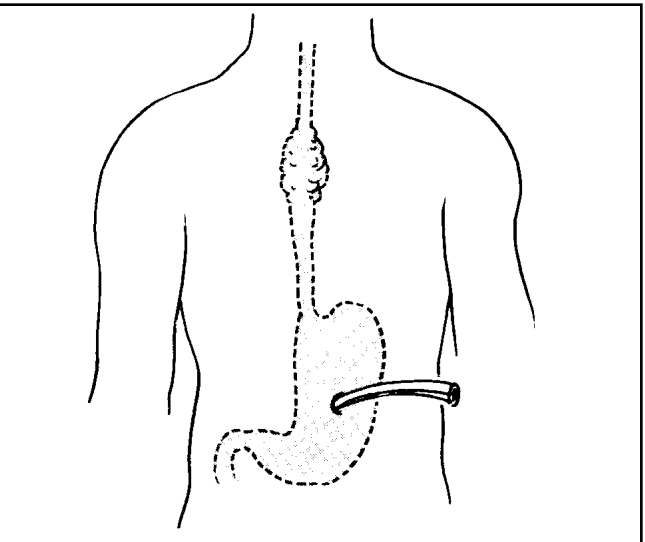
Đối với các đoạn khác của thực quản ngực, tùy theo tình huống, có thể áp dụng các phẫu thuật đã nêu.

Quan điểm nên nạo hạch trung thất và hạch ở bụng thường qui vẫn chưa được thống nhất do phẫu thuật quá nặng nề. Chỉ nên áp dụng khi chắc chắn không làm tăng tỷ lệ tử vong và biến chứng. Ở Nhật thì các tác giả nạo vét hạch cả 3 vùng thường quy.

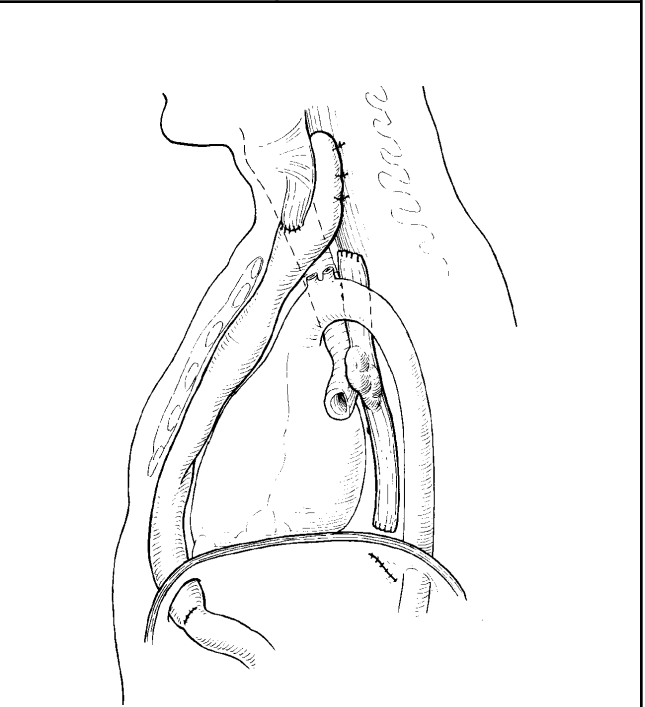
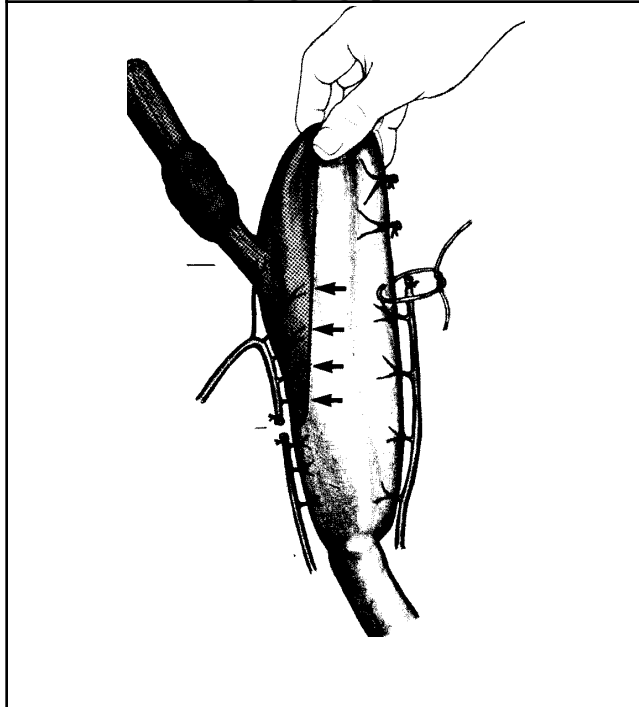
e/ Tử vong và Biến chứng. Tỷ lệ tử vong trong mổ ung thư thực quản thay đổi từ 1,4% đến 37,5%. Các biến chứng chính sau mổ cắt thực quản gồm: bực miệng nối, suy hô hấp, xuất huyết, nhiễm trùng, hoại tử cơ quan đưa lên thay thế thực quản.



Hình 13. Đặt ống ngang qua bướu.



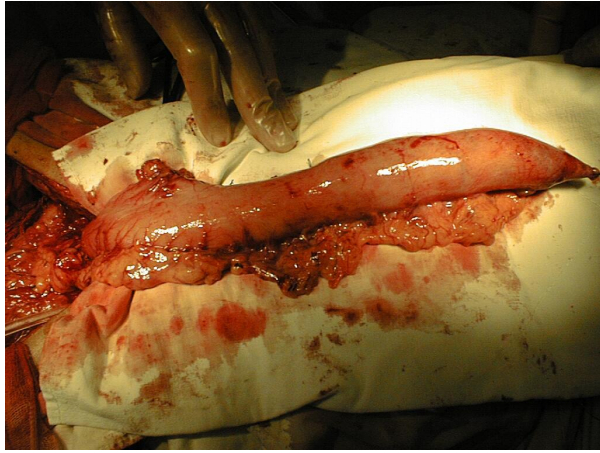
Hình 14. Mở dạ dày ra da nuôi ăn.



*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

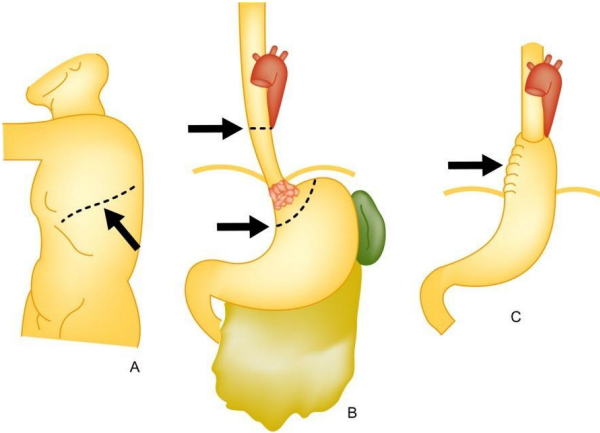
Hình 15. Tạo ống dạ dày để thay thế thực quản (kỹ thuật Akiyama).



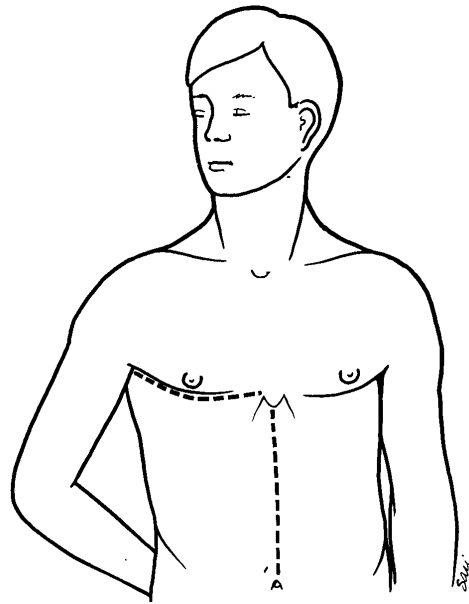
Hình 16. Thay thế thực quản bằng ống dạ dày (kỹ thuật Akiyama).



Hình 17. Thay thế thực quản bằng ống dạ dày (kỹ thuật Akiyama).



Hình 18. Thay thế thực quản bằng một đoạn đại tràng.

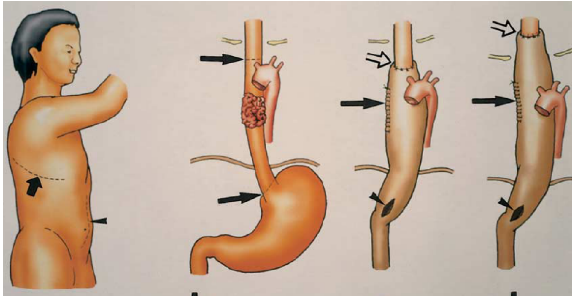


Hình 19. Phẫu thuật Sweet.

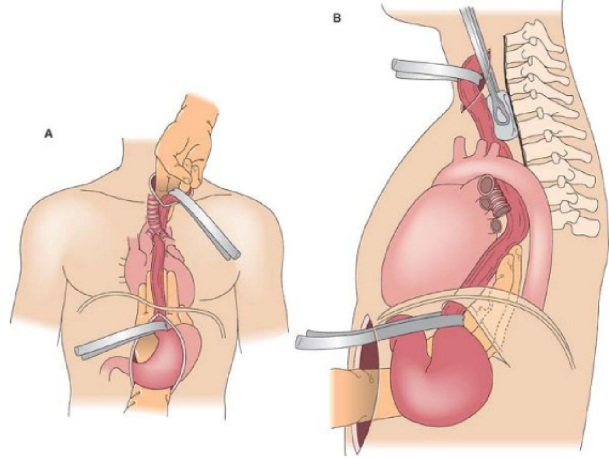
Hình 20. Phẫu thuật Ivor-Lewis.

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM



Hình 21. Phẫu thuật Ivor-Lewis.



Hình 22. Phẫu thuật Orringer (cắt thực quản không mở ngực).

B.UNG THƯ LAN RỘNG.

Các tình huống này thường rơi vào chống chỉ định mổ lớn và thực quản thường bị nghẹt hẳn. Có một số kỹ thuật được đề ra nhằm giải quyết vấn đề nuốt nghẹn nhưng không có phương pháp nào hoàn hảo.

TÓM LƯỢC VỀ CÁC PHẪU THUẬT.

Vị trí ung thư	Cắt bướu được	Không cắt được	Nên chọn nếu được
Thực quản cổ	+		Cắt rộng.Đưa đại tràng lên cổ
1/3 trên	không nên cắt bướu		Xạ trị . Bắc cầu bằng ống dạ dày hay đại tràng
1/3 giữa	+		Mở ngực phải,bụng và cổ trái.Cắt toàn bộ TQ.Thay thế bằng ống dạ dày hay đại tràng. <i>Phẫu thuật Lewis-Santý là chọn lựa thứ nhì</i>
1/3 giữa		+	Bắc cầu bằng ống dạ dày hay đại tràng
1/3 dưới	+		Cắt thực quản không mở ngực. <i>Phẫu thuật Sweet là chọn lựa thứ nhì</i>

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

1/3 dưới		+	Bắc cầu bằng ống dạ dày hay đại tràng
----------	--	---	---------------------------------------

a/Mở dạ dày ra da và mở thực quản cổ ra da: hai kỹ thuật này có nhiều bất tiện.

b/Bắc cầu (By-pass): trong một số trường hợp khi không cắt được khối u nhưng thể trạng bệnh nhân còn tốt phẫu thuật viên có thể dùng dạ dày hoặc đại tràng bắc thành cầu đi vòng qua bướu nhằm giúp cho bệnh nhân ăn lại bằng miệng. Cầu có thể đặt ngoài hay trong lồng ngực.

Tỷ lệ tử vong trong phẫu thuật bắc cầu thay đổi từ 7-42 %. Vì thế cần chọn bệnh nhân cẩn thận.

c/Đặt ống ngang qua bướu: ống nhằm giữ thông lòng thực quản (hình 19) và được chỉ định dùng khi thể trạng bệnh nhân quá kém không thể chịu đựng phẫu thuật lớn. Kỹ thuật này cũng hữu ích khi có rò thực quản-khi quản. Kỹ thuật ngày nay cho phép chế tạo các ống có thể không gây phản ứng không hư hại trong nhiều năm. Ống cũng có thể làm bằng kim loại và tự bung ra sau khi đặt xong với đường kính lòng trong là 10 - 15 mm. Sau 24 giờ thì ống bung ra tối đa. Tai biến có thể xảy ra là thủng thực quản và trào ngược dịch vị.

Các loại ống thông dụng là ống Celestin hoặc ống Mousseau. Theo Cameron tỷ lệ tử vong liên quan đến đặt ống lên đến 10-40%.

d/Nong thực quản: cần nong nhẹ nhàng và dần dần trong thời gian nhiều ngày hoặc nhiều tuần.

e/Laser liệu pháp: gần đây Laser loại Neodymium yttrium-aluminum-garnet (Nd-YAG) được dùng để giải quyết vấn đề nuốt nghẹn do ung thư thực quản.

Trên thực tế, trong các trường hợp này không nên thực hiện các kỹ thuật phức tạp. Mở thông dạ dày ra da nhằm nuôi ăn là cách hay được áp dụng.

IX. XẠ TRỊ.

Xạ trị là phương pháp điều trị có vai trò quan trọng trong điều trị ung thư thực quản, với chỉ định điều trị triệt để và chỉ định điều trị trước phẫu thuật. Xạ trị ngày nay cho phép thu nhỏ trường bức xạ, tập trung liều xạ trị vào thể tích cần chiếu xạ, giảm thiểu tối đa liều xạ trị vào các cơ quan trọng yếu, đặc biệt là phổi và tim.

X. HÓA TRỊ TÂN HỒ TRỢ.

Phác đồ docetaxel: được sử dụng ở hầu hết các bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày, thực quản dạ dày tiến triển và ung thư thực quản tế bào gai, bao gồm các phác đồ DCF (docetaxel-cisplatin-FU) hoặc DCX (docetaxel-cisplatin-capecitabine).

Hoá trị tân hỗ trợ kết hợp phẫu thuật triệt để là phương pháp điều trị chuẩn đối với ung thư thực quản giai đoạn II-III, trong đó hoá trị với cisplatin-5FU là

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

phác đồ được ưu tiên sử dụng. Khi kết hợp hoá trị, xạ trị hay phẫu thuật cần cân nhắc giữa lợi ích và độc tính điều trị trên bệnh nhân. Phác đồ hóa trị bao gồm 3 chu kỳ trước phẫu thuật, nghĩa là 3 đến 6 tháng sau khi bướu lan rộng tại chỗ giảm thể tích hoặc biến mất.

XI.LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH VÀ NHẢM TRÚNG ĐÍCH.

A. PDL1:

Pembrolizumab là một kháng thể đơn dòng, được dùng trong điều trị ung thư thực quản tiến triển có biểu hiện PD-L1 hoặc dMMR (mismatch repair deficient).

B. Kháng EGFR:

Là một kháng thể đơn dòng tác động lên thụ thể yếu tố tăng trưởng mô (EGFR), không phải là một điều trị chuẩn cho điều trị ung thư thực quản - dạ dày giai đoạn tiến triển.

C. Ức chế Her2:

Khuyến cáo sử dụng liệu pháp nhắm trúng đích ức chế Her-2 ở những bệnh nhân ung thư tế bào tuyến, có Her2(3+).

Gồm: Trastuzumab và Lapatinib: là một chất ức chế phân tử nhỏ đường uống, ức chế EGFR và HER2.

XII.TIÊN LƯỢNG.

Nói chung dự hậu của ung thư thực quản rất xấu bất kể Stage nào. Đa số bệnh nhân sẽ tử vong trong vòng 6-12 tháng. Tỷ lệ sống 5 năm chỉ có 6,2 % và hầu hết chết vì bướu tái phát.

Ở Mỹ tỷ lệ sống 5 năm chỉ có 6,2 % dù các tác giả cố gắng mổ tích cực. Tại Nhật Bản hiện nay có thể phát hiện ung thư trong giai đoạn còn sớm được thực hiện nên tỷ lệ sống 5 năm lên đến 34,6%.

Các yếu tố cho tiên lượng xấu là: bướu dài hơn 5 cm, bướu gây nghẹt và di căn xa lúc định ra bệnh.

XIII.TÓM LƯỢC VỀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN.

Không thể có một phác đồ cứng nhắc có thể áp dụng cho mọi bệnh nhân trong nhiều tình huống khác nhau. Điều trị ung thư thực quản phải là điều trị đa mô thức với dự phối hợp đồng bộ của nhà chuyên gia ung bướu, chuyên gia về xạ trị và phẫu thuật viên cũng như các chuyên gia khác về bảo vệ sức khỏe.

Cắt thực quản tạo hình ngay là cách tốt nhất cho bệnh nhân. Tuy nhiên, những năm gần đây do kết quả của hóa trị và xạ trị như điều trị chủ lực hay điều trị

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

hỗ trợ tốt nên vai trò của các phương pháp điều trị không phẫu thuật ngày một được đề cao hơn.

Chọn phương pháp điều trị phải xét các yếu tố như độ nguy hiểm, phẩm chất điều trị, phẩm chất cuộc sống của bệnh nhân, tỷ lệ tái phát và nhất là phương tiện mà trung tâm y tế sẵn có.

XIV.KẾT LUẬN.

Ung thư thực quản là loại ung thư có tiên lượng rất xấu. Ngày trước phẫu thuật là điều trị chính. Ngày nay hóa trị tân hỗ trợ giúp tăng kết quả điều trị rất nhiều. Xạ trị cũng quan trọng trong ung thư thực quản.

Nhờ các tiến bộ nói trên nên ngày nay đã có tỷ lệ sống còn 3 năm, 5 năm.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Tiên lượng của ung thư thực quản rất xấu vì:
 - A. Bệnh nhân suy dinh dưỡng
 - B. Bệnh nhân không chịu được cuộc mổ lớn
 - C. Bệnh nhân thường có bệnh tim-mạch kèm theo
 - D. Bệnh nhân đến bệnh viện trong tình trạng muộn
2. Tồn thương tiền ung thư thực quản là:
 - A. Co thắt tâm vị
 - B. Thiếu máu mạn tính
 - C. Viêm dạ dày
 - D. Loét tá tràng và viêm dạ dày
3. Yếu tố nguy cơ của ung thư thực quản là:
 - A. Nghiện rượu
 - B. Nghiện thuốc lá
 - C. Thiếu vitamin và chất vi lượng
 - D. Chất hóa học như silica và nitrosamine
4. Vị trí hay gặp của ung thư thực quản là:
 - A. 1/3 trên của thực quản
 - B. 1/3 giữa thực quản
 - C. 1/3 dưới thực quản
 - D. Hầu-họng
5. Triệu chứng thường gặp của ung thư thực quản là:
 - A. Ợ
 - B. Nuốt nghẹn với thức ăn đặc
 - C. Nuốt nghẹn với thức ăn lỏng
 - D. Đau ngực

ĐÁP ÁN: 1.D 2.A 3.D 4.B 5.B

Câu hỏi 1) Ung thư thực quản tiên lượng xấu vì:

- A. BV. Bình Dân thiếu điều trị đa mô thức
- B. Bệnh nhân đến trễ
- C. Thiếu theo dõi lâu dài

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM

- D. Câu A, B, C đều đúng
- Câu hỏi 2) Vị trí của Ung thư thực quản:
- A. ở cổ
 - B. 1/3 trên
 - C. 1/3 giữa
 - D. 1/3 dưới
- Câu hỏi 3) Yếu tố nguy cơ của ung thư thực quản:
- A. co thắt tâm vị
 - B. vách ngăn thực quản
 - C. túi thừa thực quản
 - D. cả 3 câu A, B, C đều đúng
- Câu hỏi 4) Các phương tiện định bệnh ung thư thực quản:
- A. nội soi thực quản
 - B. X Quang thực quản có barít
 - C. CT ngực
 - D. cả 3 câu A, B, C đều đúng
- Câu hỏi 5) Chống chỉ định mổ lớn trong ung thư thực quản:
- A. di căn hạch xa
 - B. lan qua khí quản
 - C. liệt thần kinh quặt ngược
 - D. cả 3 câu A, B, C đều đúng

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

- 1) Nguyễn Thị Minh Huệ (2023): Kết quả hóa trị tân hỗ trợ điều trị ung thư thực quản tiến xa tại chỗ. *Luận án. Đại học Y dược TPHCM*. 2
- 2) Nguyễn Đình Hồi (1991): Ung thư thực quản trong “Bệnh Học Ngoại khoa”. Tập I. Bộ Môn Ngoại. *Trường ĐH Y-Dược Tp.HCM*.
- 3) Đỗ Đức Vân (1993) : Ung thư thực quản trong “Bệnh Học Ngoại khoa”. Tập I. Bộ Môn Ngoại. *Trường ĐH Y Hà Nội*.
- 4) Lê Quang Nghĩa (2001): Ung thư thực quản. *Nhà Xuất bản Y Học*.
- 5) Akiyama H (1990): Surgery for Cancer of the Esophagus. *Williams & Wilkins*.
- 6) Rajaram R et al (2021): Esophagus in Townsend CM et al (eds): “Sabiston’ Textbook of Surgery”: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 21 th edition. pp. 1052. *Elsevier Saunders*.

*Lê Quang Nghĩa Đại Học Quốc Gia TPHCM

**Lê Quang Nhân BV Đại Học Y Dược TPHCM