Ung thư hành tá tràng

Bs. Trương Công Thành

Pk. Tiêu hóa

I . Bệnh án

- Hành chánh:
  - Quách C. Đ., Nam, 37 tuổi
  - Phú Túc, Định Quán, Đồng Nai
- LDKB:
  - Đau thượng vị
- Tiền sử:
  - Bản thân và gia đình không gì lạ
- Bệnh sử:
  - > 1 tháng, đau thượng vị, ăn đau→ khám TQ, phát hiện Loét hành tá tràng, uống thuốc 1 tháng, có giảm đau, nhưng chưa hết. Sau ngừng thuốc 10 ngày→ khám Tiêu hóa, TTYK Medic. Không sốt, không ói, không sụt ký, tiêu tiểu bình thường.

Khám:

- Tỉnh, tiếp xúc tốt
- M: 98 l/ph, HA: 139/98 mmHg,
- CC: 168 cm, CN: 68 kg
- Da niêm hồng
- Hạch ngoại biên không sờ chạm
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú
- Các cq khác chưa phát hiện bất thường

NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)[1]	*		
WBC	**7.80**		(4.0-10.0)10^9/L
% Neu	**60.0**		(40 - 74 %)
% Lym	**29.4**		(19 - 48 %)
% Mono	**6.6**		(3 - 9 %)
% Eos	**3.5**		(0 - 7 %)
% Baso	**0.5**		(0 - 1.5 %)
# Neu	**4.67**		(1.7 – 7.0) 10^9/L
# Lym	**2.28**		(1.0 – 4.0) 10^9/L
# Mono	**0.51**		(0.1 – 1.0) 10^9/L
# Eos	**0.27**		(0 – 0.5) 10^9/L
# Baso	**0.04**		(0 – 0.2) 10^9/L
RBC	**5.28**		(3.80 - 5.60)10^12/L
Hb	**12.2**		(12 - 18 g/dL)
Hct	**37.7**		(35 - 52 %)
MCV		***71.4 L***	(80 - 97 fL)
MCH		***23.2 L***	(26 - 32 pg)
MCHC	**32.4**		(31 - 36 g/dL)
RDW		***17.8 H***	(11.0 - 15.7%)
PLT	**306**		(130 - 400)10^9/L
MPV	**7.8**		(6.30 - 12.0 fL)

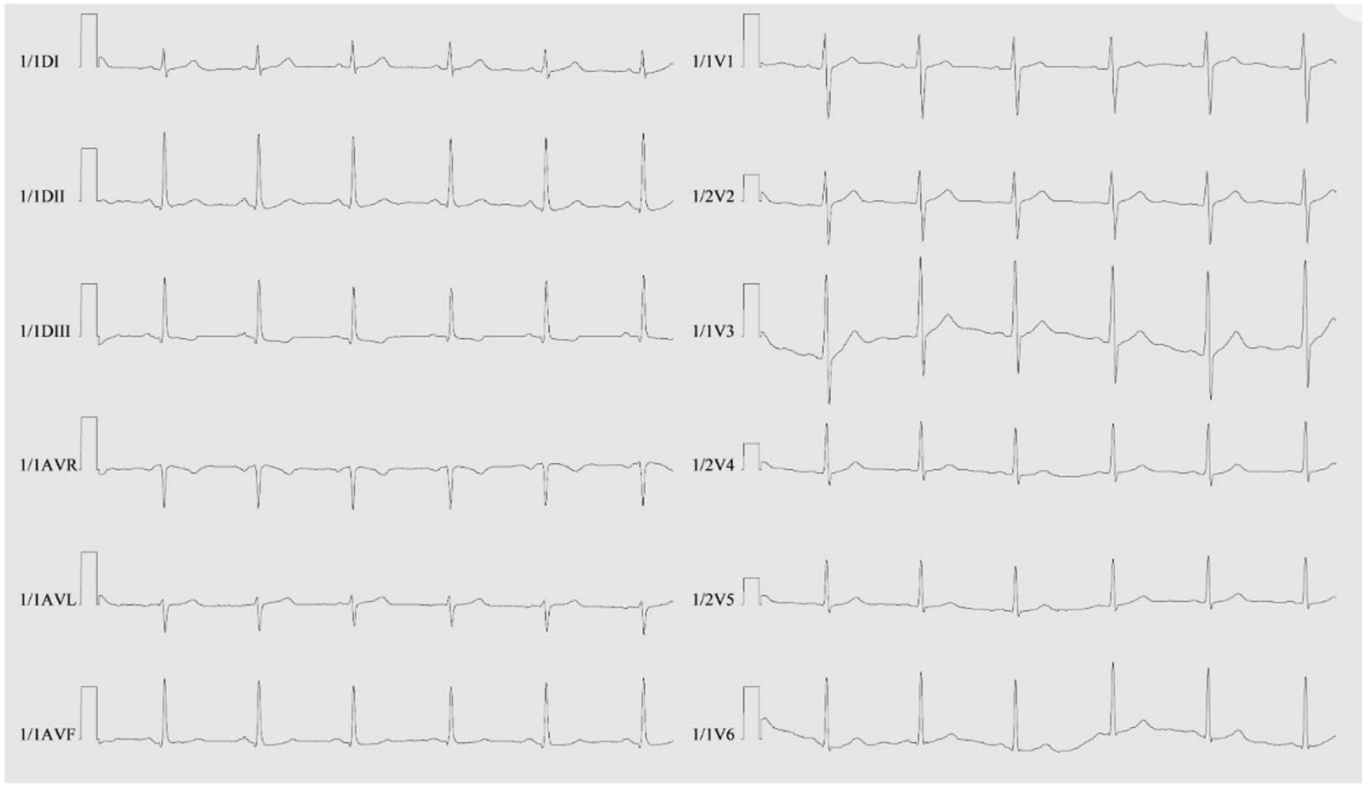
URINARY ANALYSIS:	*	
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*	
Glucose	**NEG**	(mmol/L)
Bilirubin	**NEG**	(µmol/L)
Ketone	**NEG**	(mmol/L)
Spe-Gravity	**1.028**	(1.005-1.030)
Blood	**NEG**	(NEGATIVE)
pH	**6.0**	(4.6-8.0)
Protein	**NEG**	(g/L)
Urobilinogen	**NEG**	(µmol/L)
Nitrite	**NEG**	(NEGATIVE)
Leucocytes	**NEG**	(NEGATIVE)
Color	**Yellow**	
Clarity	**Clear**	
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):	**.**	(particles/µL)
Red Blood Cells	**3**	(0 - 15)
Leucocytes	**14**	(0 - 15)
Calcium oxalate monohydrate	**0**	(0 - 6)
Calcium oxalate dihydrate	**0**	(0 - 6)
Amor.Phosphate	**0**	(0 - 6)
Uric acid	**0**	(0 - 6)
Casts	**0**	(0 - 6)
Epithelial Cells	**1**	(0 - 10)
Bacteria	**5**	(0 - 130)

III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

Glucose (mmol/L) (FPG)[1]	***6.39 H***	(3.90 - 5.90 mmol/L)
Glucose (mg/dL)	***115.0 H***	(70 - 106 mg/dL)
GGT[1]	***62.27 H***	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)
SGOT (AST)[1]	**20.10**	(< 35 U/L)
SGPT (ALT)[1]	**19.09**	(3 - 30 U/L)
Uric Acid/Serum[1]	**6.34**	(M : 3.4-7.0; F : 2.4-5.7mg/dL)
hs CRP	***5.87 H***	(≤ 3 mg/L)
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*	
Creatinin/Serum[2]	**1.01**	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)
eGFR (CKD-EPI)	**95**	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)
LDL Cholesterol[2]	**2.76**	(< 3.60 mmol/L)
HDL Cholesterol[2]	***0.858 L***	(≥ 0.90 mmol/L)
Triglycerides[1]	**1.46**	(0.5 - 2.30 mmol/L)
Cholesterol, Total[1]	**4.40**	(2.6 - 5.2 mmol/L)

IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY

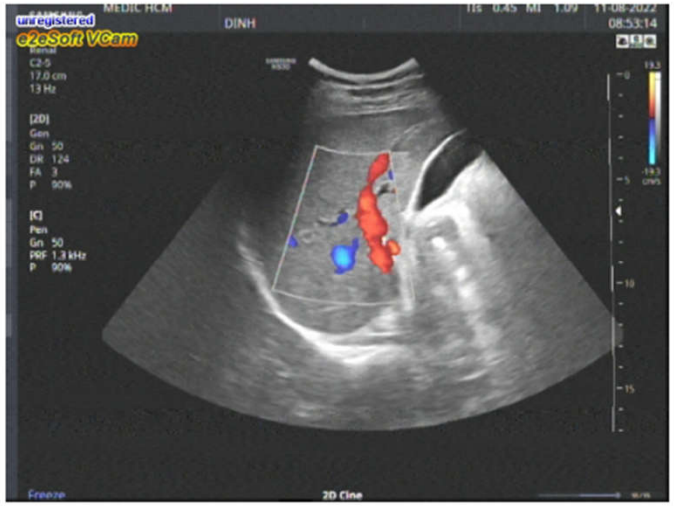
HBsAg (Định tính, qualitative)[1]	**NEG S/CO 0.340**	(Index <1; S/Co <1)
Anti HBs (Định lượng,quantitative)[2]	***177.7 H***	(≥ 10 mUI/mL)
Anti HCV (Định tính, qualitative)[1]	**NEG S/CO 0.190**	(S/Co < 1; Index < 1)

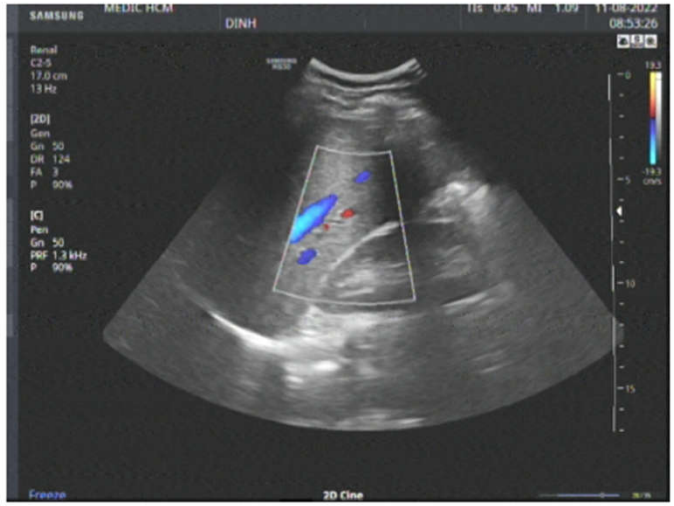


- Sóng T dẹt ở DIII, thấp ở V5,6
- Theo dõi: tăng gánh thất trái

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

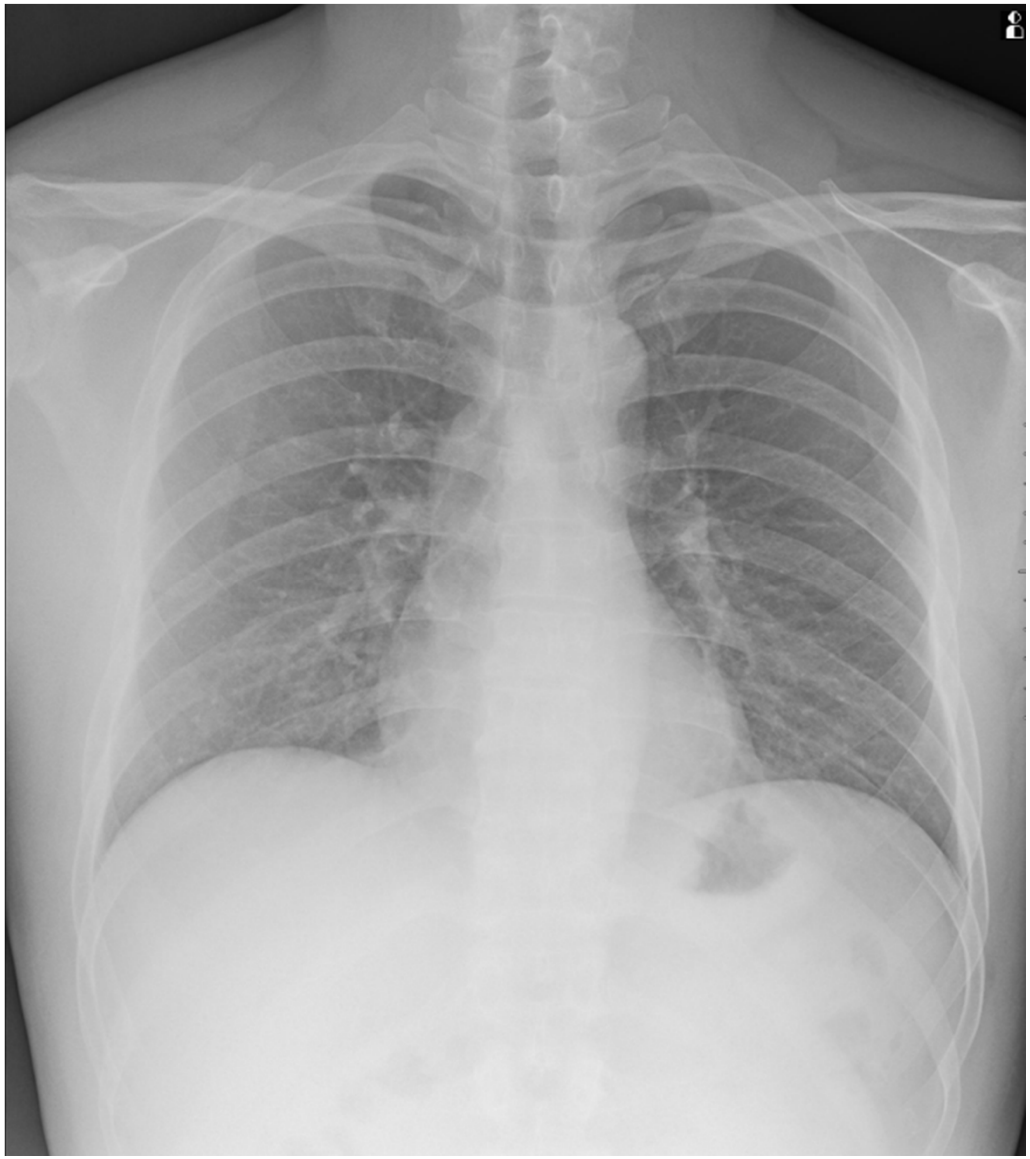
- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không dãn. Ống mật chủ không sỏi, không dãn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.- BÀNG QUANG: không sỏi
-TIỀN LIỆT TUYẾN: không to
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.





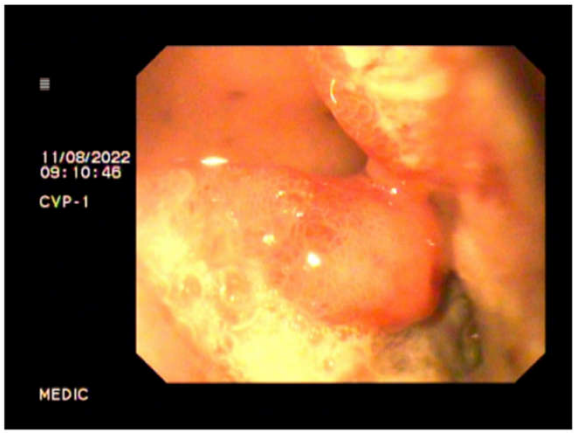
KẾT LUẬN : **SIÊU ÂM BỤNG CHƯA THẤY BẤT THƯỜNG**

- Xq ngực thẳng chưa phát hiện hình ảnh bất thường



VÙNG KHẢO SÁT : NS DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

1. Thực quản: niêm mạc bình thường, không hẹp, không bướu.
2. Đường Z cách cung răng : 40 cm.
3. Dạ dày:
- Tâm vị : bình thường
- Phình vị : bình thường
- Thân dạ dày : bình thường
- Hang vị : bình thường
- Tiền môn vị : bình thường
- Môn vị : tròn đều, không hẹp
- Bờ cong nhỏ : bình thường
- Bờ cong lớn : bình thường
4. Hành tá tràng : CÓ 1 Ổ LOÉT Ở MẶT SAU D # 1,5cm, ĐÁY SÂU, CÓ GIẢ MẠC (PHOTO)



KẾT LUẬN : **LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG (FORREST III)**

Đề nghị : **NỘI SOI LẠI SAU ĐIỀU TRỊ**

NHẬP VIỆN NẾU ĐAU BỤNG NHIỀU

Chẩn đoán: LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG

THUỐC ĐIỀU TRỊ: (Gồm 3 loại thuốc)

1. **Sopezid 40** *(Esomeprazol 40mg)* **60 Viên**
   *Ngày uống **02** lần, lần **01** viên **(trước ăn)***
2. **Nadebo** *(Rebamipid 100mg)* **90 Viên**
   *Ngày uống **03** lần, lần **01** viên **(trước ăn)***
3. **Ipec-plus** *(sắt, kẽm, folic acid)* **60 Viên**
   *Ngày uống **02** lần, lần **01** viên **(sau ăn)***

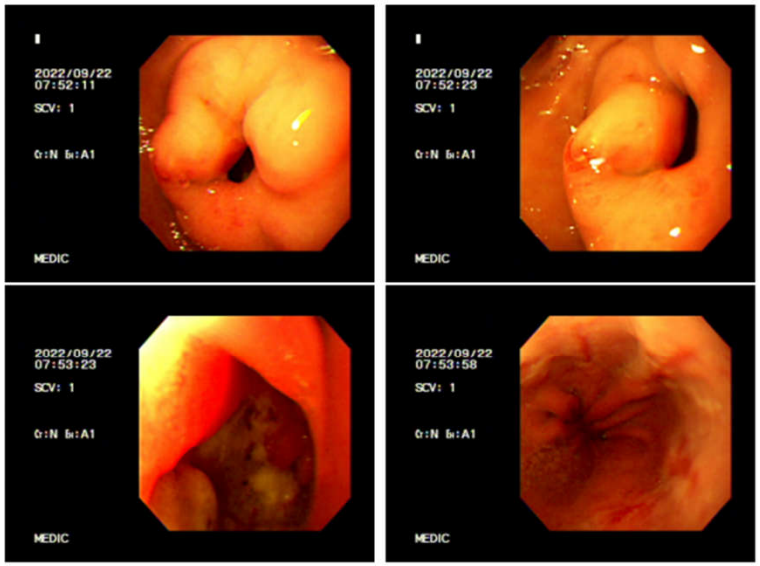
LỜI DẶN BS
TÁI KHÁM KHI GẦN HẾT THUỐC HAY KHI CÓ TRIỆU CHỨNG BẤT THƯỜNG

Tp.HCM, ngày 11/08/2022 - 09:53
Bác sĩ điều trị

- NSDD lần 2:

VÙNG KHẢO SÁT : NS DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

1. Thực quản: VIÊM TRÀO NGƯỢC (LA - A)
2. Đường Z cách cung răng : 40cm.
3. Dạ dày: Ứ ĐỌNG ÍT DỊCH ĐỤC
- Tâm vị : bình thường
- Phình vị : bình thường
- Thân dạ dày : bình thường
- Hang vị : bình thường
- Tiền môn vị : bình thường
- Môn vị : PHÙ NỀ , BIẾN DẠNG
4. Hành tá tràng : NIÊM MẠC VIÊM LOÉT, HƠI SẦN SÙI



KẾT LUẬN : **VIÊM THỰC QUẢN TRÀO NGƯỢC**
THEO DÕI LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG GÂY BÁN HẸP ĐƯỜNG THOÁT DẠ DÀY

Đề nghị : **XIN KẾT HỢP LÂM SÀNG + CẬN LÂM SÀNG KHÁC ĐỂ BỔ SUNG CHẨN ĐOÁN**
NỘI SOI LẠI SAU ĐIỀU TRỊ + SINH THIẾT NẾU CẦN

I. SINH HỌC PHÂN TỬ - MOLECULAR BIOLOGY

Test H.Pylori C13 (Breath test)	**NEG 1.0/1000**	(NEG < 4/1000)

: **CT VÙNG BỤNG** **Tiêm chất tương phản**

: ** KỸ THUẬT:

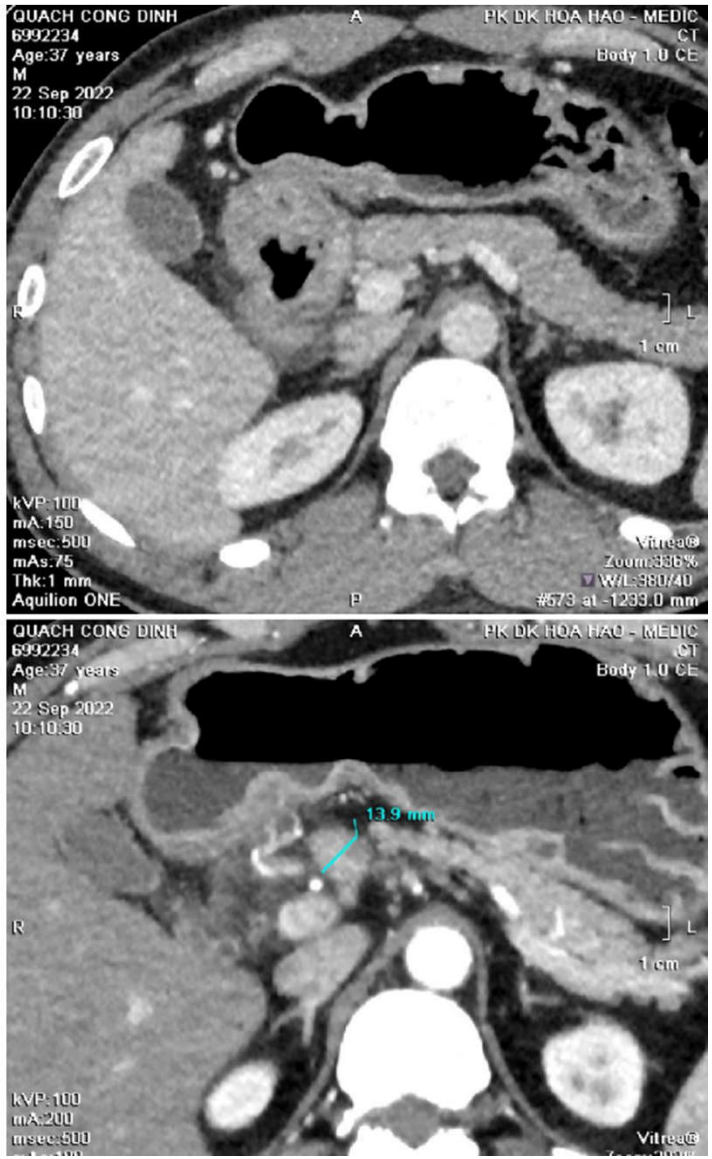
Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 1mm với máy MSCT Aquilion, không và có tiêm thuốc cản quang.

** KẾT QUẢ:

Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan.
Đường mật trong và ngoài gan không dãn. Túi mật không to, thành mỏng, không thấy sỏi cản quang.
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.
Thương tổn dày thành hành tá tràng có tạo ổ loét, xóa mờ mô mỡ xung quanh. Thương tổn bắt thuốc cản quang lớp niêm và dưới niêm.
Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước.
Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.
Vài hạch cạnh đầu tụy và hệ thân tạng, lớn nhất #14mm, hạch tròn. Các hạch bắt thuốc cản quang mạnh.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

*** KẾT LUẬN:

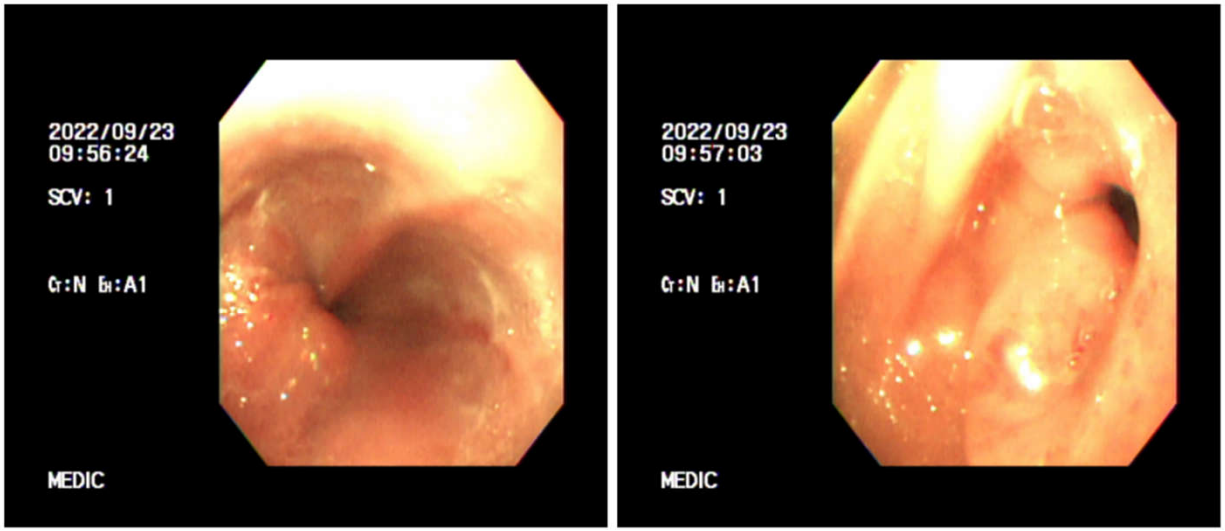
THEO DƠI Ổ LOÉT HANH TA TRANG XÂM LẤN XUNG QUANH CÓ KHẢ NĂNG K + DI CĂN HẠCH.
CĐPB: VIÊM LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG



- Hội chẩn phòng nội soi làm sinh thiết chỗ sần sùi ở hành tá tràng

VÙNG KHẢO SÁT : NS DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

1. Thực quản: VIÊM TRÀO NGƯỢC (LA - A) (PHOTO 1)
2. Đường Z cách cung răng : 40cm.
3. Dạ dày:
- Tâm vị : bình thường
- Phình vị : bình thường
- Thân dạ dày : bình thường
- Hang vị : bình thường
- Tiền môn vị : bình thường
- Môn vị : PHÙ NỀ , BIẾN DẠNG
4. Hành tá tràng : NIÊM MẠC VIÊM LOÉT, HƠI SẦN SÙI (PHOTO 2)+ SINH THIẾT



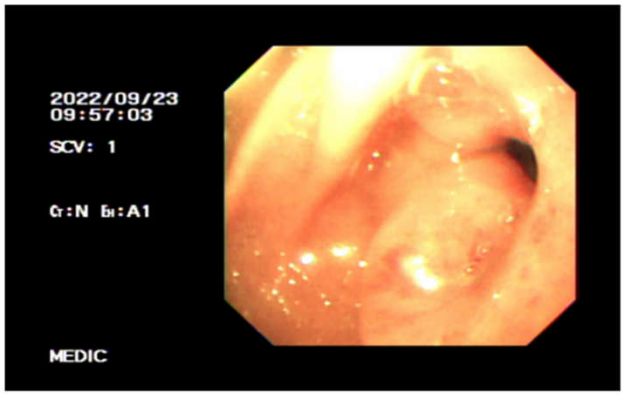
KẾT LUẬN : VIÊM THỰC QUẢN TRÀO NGƯỢC
THEO DÕI LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG GÂY BÁN HẸP ĐƯỜNG THOÁT DẠ DÀY

Đề nghị : NHỚ LẤY KẾT QUẢ GPBL THEO HẸN

- GPB:

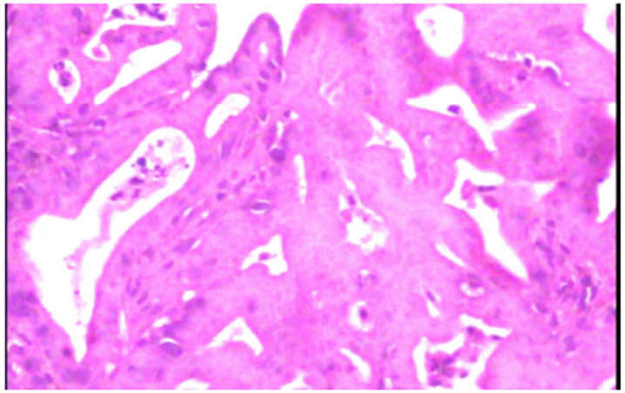
Lâm sàng : Theo dõi loét hành tá tràng gây bán hẹp đường thoát dạ dày
Hành tá tràng: Niêm mạc viêm loét, hơi sần sùi

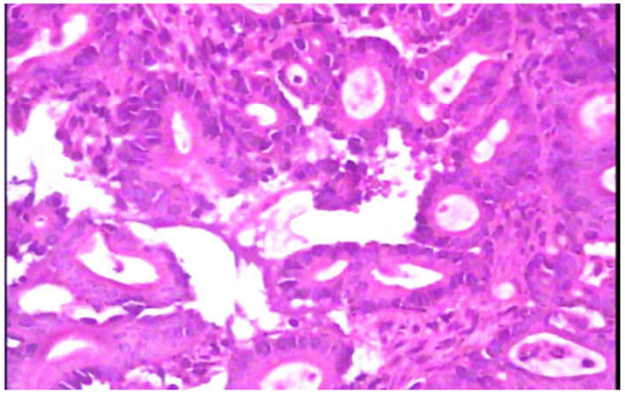
GPB ĐẠI THỂ : 2 Mô 0.2-0.3 cm



GPB Vi Thể :

Gồm các tế bào dị dạng, nhân quái, nhân tăng sắc. Các tế bào này họp thành dạng ống tuyến không rõ rệt. Mô đệm có phản ứng viêm. Mẫu thử chỉ thấy mô dạ dày



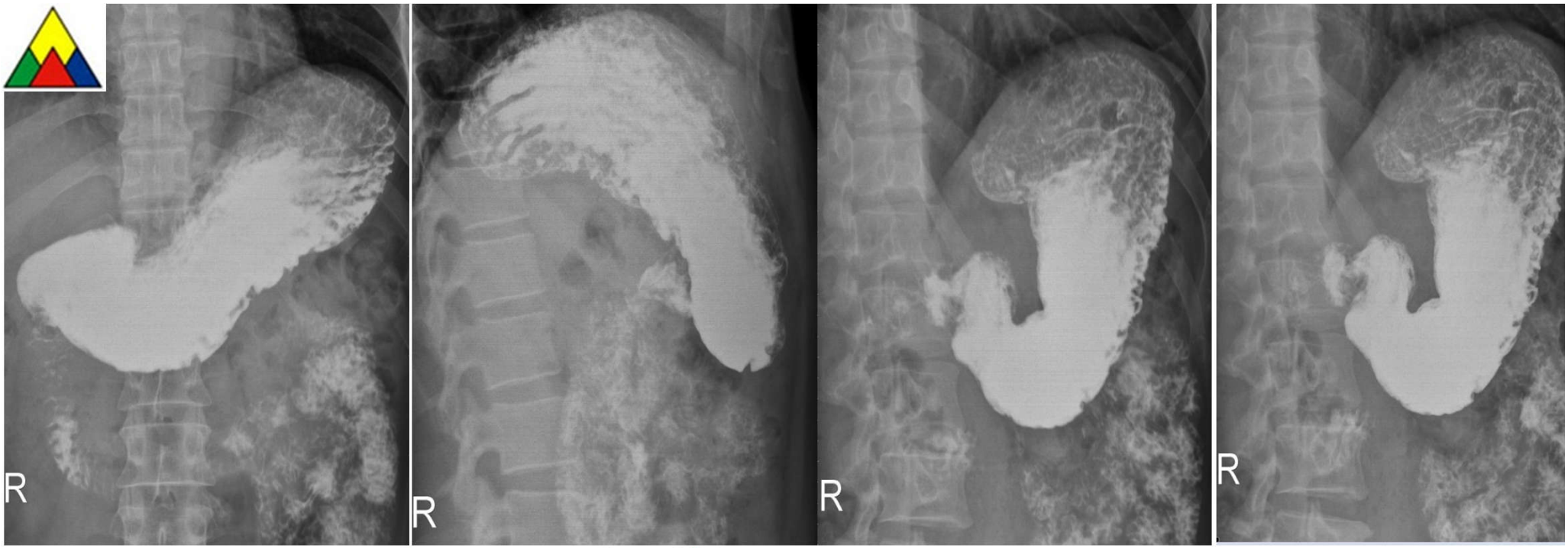


KẾT LUẬN : CARCINÔM TUYẾN, BIỆT HÓA VỪA

- Dấu ấn ung thư:

I. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY

C.E.A[1]	**2.46**	(< 5 ng/mL)
β2 Microglobulin (Siemens)	**1189**	(< 2164 µg/L)
C.A 19-9 (Siemens)[1]	**10.28**	(< 31 U/mL)



- Xq dạ dày tá tràng:

XQ Dạ Dày CQ Baryte [In Giấy]

Dạ dày	:	bao tử tá tràng không có ảnh khuyết/đọng thuốc tương phản
Dạng & kích thước	:	Không có ảnh bất thường
Vị trí	:	Không có ảnh bất thường
Nhu động	:	barium qua tiểu tràng bình thường
Nếp niêm mạc	:	bao tử & tá tràng dày nhẹ.
Trương lực	:	Không có ảnh bất thường
Hình bất thường	:	Không có ảnh bất thường
Cấu trúc cạnh DD	:	Không có ảnh bất thường

Cảm nghĩ : **Td viêm dạ dày tá tràng (Gastroduodenitis).**

- Chẩn đoán: K hành tá tràng di căn hạch

- Xử trí: chuyển BV. Bình dân

II. Bàn luận:

- K ruột non: 2% ống tiêu hóa
- K tá tràng chiếm ½ K ruột non
- K tá tràng thường xảy ra ở D2 > D3/D4
- K hành tá tràng thường hiếm xảy ra.

Hatzaras I, et al. Small-bowel tumors: epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the connecticut tumor registry. Arch Surg. 2007;**142**:229–235

Các yếu tố nguy cơ gây K tá tràng (thường tương quan yếu):

- Hút thuốc, uống rượu, cà phê [1]
- Ăn bánh mì, mì ống, thịt đỏ, ít ăn rau trái cây [2]
- Bệnh lý: đa polyp gia đình, polyp tá tràng [3]

(1)Negri E. Int J Cancer. (1999)
(2)Neugut AI. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. (1998)
(3)Yao T. Gastroenterology. (1977)

Chẩn đoán K tá tràng:

- Lâm sàng: thường trễ do triệu chứng không đặc hiệu, thường nhất là đau thương vị, buồn nôn, nôn, mệt, sụt ký
- Siêu âm bụng: phương tiện đầu tay, có thể nhanh chóng hướng dẫn chẩn đoán, giới hạn nếu u nhỏ
- Nội soi dạ dày –tá tràng: kết hợp sinh thiết để chẩn đoán xác định
- Chụp dạ dày- tá tràng có baryte: khảo sát tắc ruột, thâm nhiễm cứng
- CT-san bụng: đánh giá giai đoạn, đánh giá trước phẫu thuật

Cloyd, J. M., George, E., & Visser, B. C. (2016).

Giải phẫu bệnh:

- Nhuộm hóa mô miễn dịch có 4 subtypes(1)
- Phát hiện(2): VEGF (91%), EGFR (71%), Her2 (ít)

Histopathologic subtypes of duodenal adenocarcinoma

Phenotype	Histological characteristics	Histologically similar	Immunophenotype markers	Prognosis
Intestinal	Tubular/cribiforming glands lined by columnar neoplastic cells	Colonic adenocarcinoma	MUC2, CD10, CDX2	+
Gastric	Tubular/papillary proliferation with foveolar or pyloric-type differentiation	Gastric adenocarcinoma	MUC5AC, MUC6	-
Pancreaticobiliary	Simple glands of cuboidal/columnar cells with rounded pleomorphic nuclei; prominent desmoplastic stroma	Pancreatic and Extrahepatic bile duct adenocarcinoma	MUC1	-
Indeterminate	Poor differentiation	None	MUC1	-

(1) Ushiku T, Arnason T. (2014)
(2)Overman MJ, (2010)

7th edition of the American Joint Committee on Cancer's staging system for small bowel adenocarcinoma

Primary tumor (T)	Regional lymph nodes (N)	Distant metastases (M)
Tx - Primary tumor cannot be assessed	Nx - Regional lymph nodes cannot be assessed	Mx - Distant metastases not assessed
Tis - Carcinoma *in situ*	N0 - No regional node metastasis	M0 - Distant metastases not present
T1a - Tumor invades lamina propria	N1 - Metastasis in 1-3 regional nodes	M1 - Distant metastases present
T1b - Tumor invades submucosa	N2 - Metastasis in 4 or more regional nodes	
T2 - Tumor invades muscularis propria	Stage grouping	
T3 - Tumor invades into the subserosa	Stage 0 / Tis / N0 / M0	
	Stage I / T1-T2 / N0 / M0	
T4 - Tumor perforates visceral peritoneum; or invades pancreas/bile duct	Stage IIA / T3 / N0 / M0	
	Stage IIB / T4 / N0 / M0	
	Stage IIIA / Any T / N1 / M0	
	Stage IIIB / Any T / N2 / M0	
	Stage IV / Any T / Any N / M1	

Cloyd, J. M., George, E., & Visser, B. C. (2016).

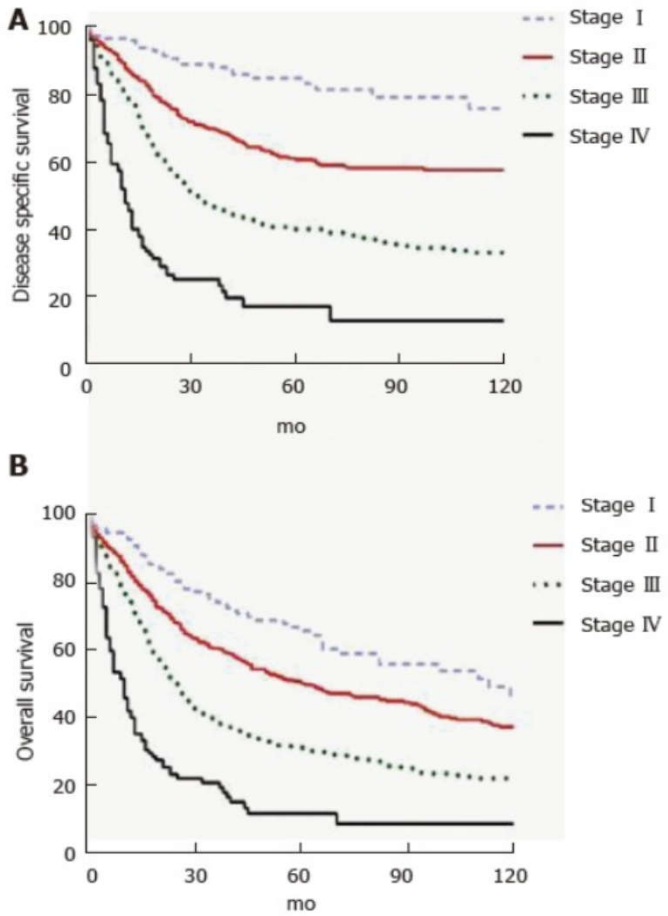
Điều trị: tùy theo vị trí giải phẫu và giai đoạn của khối u[1,2]

- Phẫu thuật :
  - Triệt để: cắt u+ nạo vét hạch
  - Giảm nhẹ: nối dạ dày- hổng tràng
- Hóa trị:
  - Flourouracil, Gemcitabine, Oxaliplatin,…
  - Trúng đích: Bevacizumab→ VEGF; Elortinib→ EGFR, …
  - Liệu pháp miễn dịch: Pembrolizumab
- Hóa xạ

(1)Nakagawa, K., Sho, M., Fujishiro, M. et al. (2022).

(2)Hirao, M., Komori (2017).

- Tiên lượng



Stage-based disease free (A) and overall (B) survival for patients undergoing surgery for duodenal cancer based on seer data. Used with

Cloyd JM. Ann Surg Oncol. 2015

III. Bài học:

- Ung thư hành tá tràng hiếm nhưng vẫn có thể gặp
- Cẩn trọng với ổ loét hành tá tràng sần sùi lâu lành
- Hội chẩn sinh thiết sớm
- Có nhiều bước tiến trong hóa trị, trong đó hóa trị trúng đích đòi hỏi phát hiện đột biến VEGF, EGFR,…

Tài liệu tham khảo:

- Hatzaras I, Palesty JA, Abir F, Sullivan P, Kozol RA, Dudrick SJ, Longo WE. Small-bowel tumors: epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the connecticut tumor registry. Arch Surg. 2007;**142**:229–235
- Negri E, Bosetti C, La Vecchia C, Fioretti F, Conti E, Franceschi S. Risk factors for adenocarcinoma of the small intestine. Int J Cancer. 1999;82:171–174
- Neugut AI, Jacobson JS, Suh S, Mukherjee R, Arber N. The epidemiology of cancer of the small bowel. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 1998;7:243–251.
- Yao T, Ida M, Ohsato K, Watanabe H, Omae T. Duodenal lesions in familial polyposis of the colon. Gastroenterology. 1977;73:1086–1092
- Cloyd, J. M., George, E., & Visser, B. C. (2016). Duodenal adenocarcinoma: Advances in diagnosis and surgical management. World Journal of Gastrointestinal Surgery, 8(3), 212-221. https://doi.org/10.4240/wjgs.v8.i3.212
- Overman MJ, Pozadzides J, Kopetz S, Wen S, Abbruzzese JL, Wolff RA, Wang H. Immunophenotype and molecular characterisation of adenocarcinoma of the small intestine. Br J Cancer. 2010;102:144–150
- Ushiku T, Arnason T, Fukayama M, Lauwers GY. Extra-ampullary duodenal adenocarcinoma. Am J Surg Pathol. 2014;38:1484–1493.
- Donisi, G., Capretti, G., Cortese, N. et al. Immune infiltrating cells in duodenal cancers. J Transl Med 18, 340 (2020). https://doi.org/10.1186/s12967-020-02508-4
- Nakagawa, K., Sho, M., Fujishiro, M. et al. Clinical practice guidelines for duodenal cancer 2021. J Gastroenterol 57, 927–941 (2022). https://doi.org/10.1007/s00535-022-01919-y
- Cloyd JM, Norton JA, Visser BC, Poultsides GA. Does the extent of resection impact survival for duodenal adenocarcinoma? Analysis of 1,611 cases. Ann Surg Oncol. 2015;22:573–580

Chân thành cảm ơn sự theo dõi!