

## NHẬN XÉT QUA 37 TRƯỜNG HỢP UNG THƯ MỎM CỤT DẠ DÀY

PHẠM VĂN NAM, NGUYỄN CƯỜNG THỊNH, DIÊM ĐĂNG BÌNH  
Bệnh viện Trung ương quân đội 108

### TÓM TẮT

Ung thư mỏm cụt dạ dày được xác định khi ung thư xuất hiện ở mỏm dạ dày còn lại sau 5 năm cắt đoạn dạ dày điều trị loét lành tính. Ung thư mỏm cụt dạ dày là bệnh có tiên lượng xấu. Từ tháng 1/1987 – tháng 6/2010 có 37 bệnh nhân ung thư mỏm cụt dạ dày điều trị tại Khoa Ngoại tiêu hoá Bệnh viện 108, gồm 28 nam, 9 nữ, tuổi trung bình 51,5, dao động từ 38 – 88 tuổi. Thời gian sau mổ trung bình 20,5 năm, dao động từ 5 – 40 năm. Tất cả 37 bệnh nhân đều mổ theo Billroth II. Điều trị ngoại khoa 28 bệnh nhân, phẫu thuật triệt để 20 (68,9%) bệnh nhân, nối thực quản hồng tràng theo Roux en Y : 15, nối mỏm dạ dày hồng tràng theo Roux en Y :5, phẫu thuật tạm thời: 9 bệnh nhân. Nghiên cứu cho thấy nhưng bệnh nhân đã mổ cắt đoạn dạ dày điều trị loét lành tính cần phải nội soi theo dõi, đặc biệt những bệnh nhân mổ theo Billroth II 15 – 20 năm. Phẫu thuật triệt để điều trị ung thư mỏm cụt dạ dày có thể thực hiện được và là phương pháp hiệu quả trong điều trị ung thư mỏm cụt dạ dày.

**Từ khóa:** Ung thư mỏm cụt dạ dày.

### SUMMARY

Gastric cancer stump is defined as carcinoma that occurred in gastric stump, which had undergone partial gastrectomy for benign gastric disease 5 years before.

Gastric cancer stump is still termed as a poor prognosis disease. Thirty – seven gastric cancer stump patients underwent in Department of digestive surgery, 108 Hospital, 28 male and 9 female patients were involved in this series, where mean age was 51,5 years (range 38 – 88). The time duration between primary gastrectomy for benign gastric disease and occurrence of cancer gastric stump ranged from 5 to 40 years. All 37 patients underwent Billroth II reconstruction in the primary gastrectomy. 28 patients received surgery therapy, 20 patients received radical resection, Esophagus jejunum Roux en Y anastomosis:15,Gastric stump jejunum Roux en Y anastomosis: 5, palliative operation 8. The study demonstrated it is necessary for the patients who received partial gastrectomy for benign gastric to undergo endoscopy follow – up, especially for patients who underwent Billroyh II reconstruction procedure at 15 – 20 years. Radical resection for gastric cancer stump is possible and is effective way to treat the patients with gastric stump cancer.

**Keywords:** Gastric cancer stump

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư mồm cụt dạ dày (UTMCDD) được xác định khi ung thư xuất hiện ở mồm dạ dày còn lại sau cắt đoạn dạ dày điều trị loét lành tính từ 5 năm trở lên (Matsui và cộng sự, 2001). Hiện nay, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, UTMCDD vẫn là bệnh lý khó khăn trong phẫu thuật và có tiên lượng xấu. Chúng tôi xin nêu một số nhận xét qua những trường hợp UTMCDD điều trị tại Bệnh viện TWQĐ 108.

#### **BỆNH NHÂN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Bệnh nhân: Những bệnh nhân bị UTMCDD điều trị tại Khoa Ngoại Tiêu hoá Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 1/ 1987- tháng 6/2010.

Phương pháp: Hồi cứu hồ sơ, tìm hiểu về chẩn đoán bệnh và phương pháp mổ lần đầu, tuổi khi mổ, điều trị khi được chẩn đoán UTMCDD.

#### **KẾT QUẢ**

37 Bệnh nhân được chẩn đoán là UTMCDD từ 5 - 40 năm sau mổ, trung bình 20,5 năm trong đó có 28 nam, 9 nữ, tuổi đời từ 38-88, trung bình 51,5.

##### **1. Chẩn đoán khi mổ lần đầu:**

Loét tá tràng: 16 (43,2%)

Loét dạ dày: 21 (56,8%)

**2. Phương pháp mổ:** Tất cả 37 bệnh nhân được mổ theo phương pháp Billroth II

##### **3. Tuổi khi mổ lần đầu:**

Dưới 30: 11(29,7%)

Từ 31-50: 21(56,7%)

Trên 50: 5 (13,6%)

##### **4. Điều trị ngoại khoa**

29 bệnh nhân được mổ lại, trong đó có 15 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày, nối thực quản-hỗng tràng 1 lớp trước đại tràng ngang theo Roux-en Y; 5 BN cắt lại dạ dày, làm lại miệng nối theo Roux-en Y, 3 Bn nối vị tràng, 5 bệnh nhân mổ thông dạ dày.

8 bệnh nhân không mổ, do không còn chỉ định mổ hoặc bệnh nhân từ chối mổ.

#### **BÀN LUẬN**

Bệnh sinh của UTMCDD: nhiều tác giả cho rằng: trào ngược dịch hồng tràng là yếu tố quan trọng nhất (2,3,4,5). Szentleki.K (1990) nghiên cứu thực nghiệm trên chuột, thấy tỷ lệ UTMCDD cao hơn ở nhóm mổ có trào ngược dịch mật bắt buộc (tỷ lệ 50% sau phẫu thuật Billroth II, 28,5% sau phẫu thuật Billroth I); ở nhóm cắt đoạn dạ dày kèm theo phẫu thuật làm giảm sự trào ngược của hồng tràng Billroth II + Braun, Roux-Y, tỷ lệ UTMCDD thấp hơn một cách có ý nghĩa. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân đều mổ theo BillrothII, đây là kiểu mổ phổ biến tại cơ sở của chúng tôi trong nhiều năm qua.

Thống kê thấy có 16 (43,2%) BN loét tá tràng và 21 (56,8%)BN loét dạ dày trong chẩn đoán bệnh khi mổ lần đầu. Nhiều tác giả nhận xét tỷ lệ UTMCDD sau cắt đoạn dạ dày gặp ở bệnh nhân loét dạ dày cao hơn loét hành tá tràng [1,6,9], tuy nhiên, Kaare Liavaag cho rằng:Tổn thương ban đầu là loét tá tràng hay loét dạ dày không có ý nghĩa với nguy cơ gây UTMCDD [7]

Việc xác định tác nhân gây UTMCDD hiện vẫn còn là vấn đề khó và đang được bàn luận. Các tác giả

nghiên cứu về UTMCDD cho rằng cắt đoạn dạ dày gây giảm toan, vi khuẩn tại chỗ phát triển tạo điều kiện để các nitrit thức ăn tạo ra nitrosamines, là những chất được coi là có khả năng gây ung thư. Kuhara và cộng sự (2003) cho rằng; Nhiễm khuẩn Helicobacter pylori là yếu tố gây UTMCDD. Lorusso và cộng sự (2000) cho rằng cắt đoạn dạ dày gây những biến đổi của niêm mạc dạ dày: viêm teo niêm mạc, dị sản ruột, loạn sản,... thậm chí dẫn tới UTMCDD[3,4,5,6,7]

Tỷ lệ của UTMCDD sau cắt đoạn dạ dày theo các tác giả khác nhau cho những tỷ lệ khác nhau. Visite (1986) theo dõi 3470 bệnh nhân sau cắt đoạn dạ dày từ 25-45 năm. thấy 21% UTMCDD. Rutbstalnicoicz (1990) thấy 1,5%-2% sau 15 năm, 1,4%-4,4% sau 20 năm, 3%-5,7% sau 30 năm, tác giả kết luận: tỷ lệ UTMCDD tăng theo thời gian sống của bệnh nhân sau cắt đoạn dạ dày. Chúng tôi gặp 11 bệnh nhân bị UTMCDD sau mổ dạ dày lần đầu dưới 30 tuổi, phù hợp với nhận xét của các tác giả nước ngoài là cắt đoạn dạ dày tuổi càng trẻ thì nguy cơ UTMCDD càng cao. Luigigiareli thấy tỷ lệ này ở những bệnh nhân sau mổ trước 45 tuổi là 2,46%, sau 45 tuổi là 0,54% [2,3,4,7,8,9].

Hầu hết các tác giả cho rằng điều trị UTMCDD đang là một vấn đề khó khăn, nhiều BN đến viện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, chỉ làm được những phẫu thuật tạm thời, tỷ lệ thực hiện phẫu thuật triệt để thấp do u quá lớn hoặc xâm lấn và di căn nhiều nơi (hình 1) Kết quả nghiên cứu cho thấy 29 bệnh nhân được mổ lại, trong đó chỉ 15 bệnh nhân cắt toàn bộ mồm dạ dày còn lại, nối thực quản-hỗng tràng theo Roux- en Y (hình 2, hình 3) và 5 BN cắt lại dạ dày, làm lại miệng nối, 3 BN nối vị tràng, 6 bệnh nhân mổ thông dạ dày, 8 bệnh nhân không mổ, do không còn chỉ định mổ hoặc bệnh nhân từ chối mổ.

Tỷ lệ mổ triệt để qua nghiên cứu chỉ thực hiện được ở 15 (51.7%) BN, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với các tác giả nước ngoài, do việc chẩn đoán còn chậm. Tỷ lệ mổ triệt để cho BN UTMCDD của Chenli và cộng sự (2005) cũng như một số tác giả 50 □ 60% [3,5]

Chen và cộng sự (2005), cùng nhiều tác giả cho rằng trong phẫu thuật triệt để điều trị UTMCDD, ngoài việc cắt bỏ tổn thương u, phần mồm dạ dày còn lại, người ta cố gắng vét hạch khi quan sát thấy, các tác giả giới thiệu những vị trí thường thấy hạch di căn gồm quanh u và miệng nối, động mạch vị trái, vùng rốn lách [3].

Kunisaki và cộng sự (2002) nhận xét nhóm hạch di căn quanh động mạch chủ bụng, mạc nối lớn, bờ trên tụy nên được lấy triệt để [7], tuy nhiên chúng tôi nhận thấy cần dựa vào tổn thương cụ thể và tình trạng toàn thân của từng BN để lựa chọn phương pháp phẫu thuật hợp lý.

Chen và cộng sự (2005), cùng nhiều tác giả kết luận việc phát hiện sớm UTMCDD có ảnh hưởng rất lớn tới khả năng điều trị ngoại khoa triệt để, cũng như kết quả lâu dài của điều trị, các tác giả đề nghị nên kiểm tra nội soi thường xuyên trong theo dõi những BN đã mổ cắt đoạn dạ dày điều trị loét [3].

#### **KẾT LUẬN**

Điều trị ngoại khoa triệt để ung thư môm cụt dạ dày có thể thực hiện được và là phương pháp hiệu quả trong điều trị ung thư môm cụt dạ dày.

Những bệnh nhân đã mổ cắt đoạn dạ dày điều trị loét lành tính nên theo dõi nội soi, đặc biệt ở những bệnh nhân sau cắt đoạn dạ dày theo Billroth II 15 - 20 năm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Balfour. DC et al. Factor influencing the life expectancy of patient operated on gastric ulcer Ann, Surg, 1992,76,405-8.

2. Banki, GL. Cancer development in gastric stump after partial gastrectomy. Gastric pecancerosed Akademia Kiado Budapest 1977, 124-32

3. Chenli et al. Surgical management of gastric stump cancer: a report of 37 cases. J zhejiang Univ SCI 2005 6B (1): 38 □ 47.

4. Dahm. K. Werner. B. Das karzinem in operierten mager. Dasch. med. Woschr. 100 (1975)-1073-1078

5. Domellop L. S. et al. Late precanceruos changes and carcinoma of gastric stump after Billroth I resection. Am. J. Surg, 1976, 132, 26-31

6. Lacaine F, et al. Stomach cancer after partial gastrectomy for benign ulcer discare. A Critial anlysis of epidemiological reports Hepatogastroenterology, 1992, 39 (1)4-8.

7. Kaare Liavaag. Cancer development in gastric stump after partial gastrectomy for peptic ulcer. Annal of Surgery, 1962, 103 □ 106.

8. Kunisaki C et al. Lymph node dissection in surgical treatment for remnant cancer. Hepatogastroenterology, 49 (44): 580 □ 584.

9. Thorban S et al. Prognostic factors in surgical treatment for remnant cancer. Ann Surg, 231 (2), 49 (44): 188 □ 194.