

Báo cáo ca lâm sàng

UNG THƯ RUỘT THỪA XÂM LẤN THÀNH BỤNG: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI

Đỗ Duy Đạt¹, Nguyễn Văn Hưng², Phạm Quang Nhật¹, Hồ Lê Bảo¹

1. Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
2. Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia TP.HCM

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Hưng ✉ nvhung@uhsvnu.edu.vn

TÓM TẮT: Ung thư ruột thừa là bệnh lý hiếm gặp, thường được chẩn đoán muộn do triệu chứng không đặc hiệu. Chúng tôi báo cáo một trường hợp ung thư ruột thừa xâm lấn thành bụng để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi và chiến lược điều trị đa mô thức. Bệnh nhân nam 60 tuổi nhập viện vì đau âm ỉ hố chậu phải kéo dài 2 tháng, sụt 3kg. Chẩn đoán hình ảnh xác định khối u ruột thừa 6x8cm xâm lấn thành bụng và manh tràng, gây bán tắc ruột. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm nạo hạch D2. Kết quả giải phẫu bệnh xác nhận carcinom tuyến biệt hóa vừa, di căn 12/17 hạch và dịch phúc mạc (giai đoạn IVB). Hậu phẫu ổn định, bệnh nhân xuất viện sau 7 ngày và được chỉ định hóa trị bổ trợ. Sau 3 tuần theo dõi, tình trạng bệnh nhân ổn định. Ca lâm sàng này nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm và phẫu thuật triệt để, kết hợp với điều trị bổ trợ, trong việc cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân ung thư ruột thừa giai đoạn muộn.

Từ khóa: Ung thư ruột thừa, phẫu thuật nội soi, di căn phúc mạc, nạo hạch D2, giai đoạn IVB.

APPENDICEAL CANCER INVADING THE ABDOMINAL WALL: A CASE REPORT AND LAPAROSCOPIC SURGICAL MANAGEMENT

Do Duy Dat, Nguyen Van Hung, Pham Quang Nhat, Ho Le Bao

SUMMARY: Appendiceal cancer is a rare condition, often diagnosed late due to nonspecific symptoms. We report a case of appendiceal cancer invading the abdominal wall to evaluate the effectiveness of laparoscopic surgery and a multimodal treatment strategy. A 60-year-old male patient was admitted with persistent right iliac fossa pain for 2 months and a 3kg weight loss. Imaging confirmed a 6x8cm appendiceal tumor invading the abdominal wall and cecum, causing partial bowel obstruction. The patient underwent laparoscopic right hemicolectomy with D2 lymphadenectomy. Pathology confirmed moderately differentiated adenocarcinoma with metastases to 12/17 lymph nodes and peritoneal fluid (stage IVB). Postoperative recovery was uneventful, and the patient was discharged on day 7 with adjuvant chemotherapy scheduled. After 3 weeks of follow-up, the patient remained stable. This case highlights the importance of early diagnosis and radical surgery, combined with adjuvant therapy, in improving outcomes for patients with advanced-stage appendiceal cancer.

Keywords: Appendiceal cancer, laparoscopic surgery, peritoneal metastasis, D2 lymphadenectomy, stage IVB.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư ruột thừa là bệnh lý hiếm gặp với tỷ lệ chỉ 0,12-1,2 ca/triệu dân/năm [1] [2]. Đa số bệnh nhân được chẩn đoán tình cờ hoặc ở giai đoạn muộn do triệu chứng không đặc hiệu, thường bị nhầm với viêm ruột thừa cấp hoặc các bệnh lý tiêu hóa khác [5]. Việc báo cáo các ca bệnh hiếm gặp này cung cấp thông tin quý giá cho thực hành lâm sàng, đặc biệt khi thường không có đủ số lượng ca để tiến hành các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng.

Trường hợp này mô tả chi tiết một bệnh nhân ung thư ruột thừa xâm lấn thành bụng, được chẩn đoán trước mổ và điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi. Điều đáng chú ý là khối u đã xâm lấn thành bụng và đi căn hạch, phúc mạc nhưng vẫn được phẫu thuật triệt để với kết quả ban đầu khả quan, minh họa cho giá trị của phương pháp tiếp cận đa mô thức trong điều trị ung thư ruột thừa giai đoạn muộn.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 60 tuổi được chuyển đến khám vì đau âm ỉ vùng hố chậu phải kéo dài 2 tháng, tăng dần, kèm sụt cân 3kg. Tiền sử không ghi nhận bệnh lý tiêu hóa, gia đình không có người mắc ung thư đường tiêu hóa.

Khám lâm sàng phát hiện khối u vùng hố chậu phải kích thước 5x6cm, di động kém, ấn đau nhẹ không có dấu hiệu viêm phúc mạc. Xét nghiệm máu ghi nhận CRP tăng nhẹ (8 mg/L), CEA tăng nhẹ (5,94 ng/mL). Nội soi đại tràng thấy tổn thương đáy lồi vào lòng hồi manh tràng, bề mặt xơ cứng, gây hẹp lòng ruột. CT bụng có cản quang ghi nhận ruột thừa lớn (29mm), dài 56mm, thành dày không đồng nhất, thâm nhiễm mỡ xung quanh, nghi ngờ xâm lấn thành bụng và manh tràng, gây hẹp lỗ hồi manh tràng và giãn ruột non.

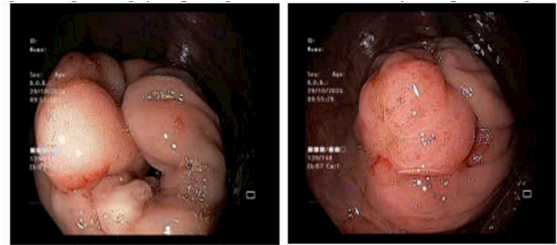
Chẩn đoán: Ung thư ruột thừa xâm lấn thành bụng, gây bán tắc ruột non, nghi ngờ di căn hạch vùng.

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, nạo hạch D2, nối hồi-đại tràng ngang. Trong mổ ghi nhận: khối u ruột thừa 6x8cm xâm lấn nhẹ thành bụng, đẩy lòng vào manh tràng; nhiều dịch vàng nâu trong ổ bụng; phúc mạc thành vùng chậu và mạc treo ruột có nhiều nốt nghi di căn.

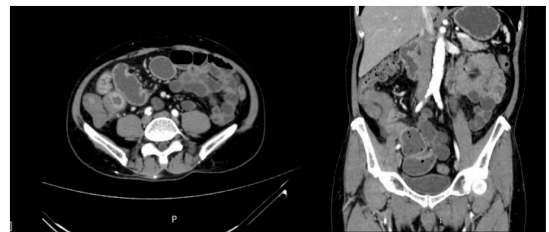
Quá trình phẫu thuật lấy bỏ hoàn toàn

khối u cùng đoạn hồi tràng 20cm và đại tràng phải 10cm, không làm vỡ u. Thời gian phẫu thuật 180 phút, lượng máu mất khoảng 20mL. Kết quả giải phẫu bệnh xác định carcinom tuyến biệt hóa vừa xâm lấn ra ngoài thanh mạc và thành bụng, 12/17 hạch di căn, dịch ổ bụng có tế bào ác tính - giai đoạn IVB (pT4bN2M1b).

Hậu phẫu suôn sẻ, bệnh nhân xuất viện ngày thứ 7, không có biến chứng. Tái khám sau 3 tuần ổn định, được chỉ định hóa trị bổ trợ.



Hình 1: Hình ảnh u ruột thừa khi nội soi đại tràng



Hình 2: Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang

3. BÀN LUẬN

Trường hợp này nổi bật bởi khả năng chẩn đoán trước mổ chính xác, là yếu tố quan trọng giúp lên kế hoạch phẫu thuật phù hợp. So với đa số các báo cáo trước đây nơi ung thư ruột thừa thường được chẩn đoán tình cờ sau mổ cắt ruột thừa [2] [5], ca bệnh này thể hiện giá trị của chẩn đoán hình ảnh hiện đại khi bệnh nhân có triệu chứng đau bụng kéo dài.

Chẩn đoán trước mổ được thực hiện thông qua sự kết hợp giữa CT bụng và nội soi đại tràng, phù hợp với khuyến cáo của Shaib và cộng sự (2017) [7]. Các triệu chứng mơ hồ của bệnh nhân như đau âm ỉ, sụt cân, là điển hình cho các báo cáo trước đây, minh họa cho thách thức trong chẩn đoán sớm bệnh lý này [5].

Về mặt điều trị, lựa chọn phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải phù hợp với đặc điểm u xâm lấn manh tràng và thành

bụng. Turaga và cộng sự (2013) đã khuyến cáo phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải với hạch D2 cho các trường hợp u ruột thừa xâm lấn để đảm bảo loại bỏ triệt để khối u và hạch di căn [9]. Kết quả giải phẫu bệnh với 12/17 hạch di căn chứng minh tính đúng đắn của chiến lược này.

Điểm đáng lưu ý là mặc dù ở giai đoạn muộn (IVB) với di căn phúc mạc được xác nhận qua tế bào học dịch ổ bụng, bệnh nhân vẫn được thực hiện phẫu thuật triệt để và hồi phục tốt. Điều này ủng hộ quan điểm của Sugarbaker (2016) về vai trò của phẫu thuật tích cực kết hợp điều trị hỗ trợ trong ung thư ruột thừa giai đoạn muộn [6]. Theo Chua và cộng sự (2012), kết hợp phẫu thuật và hóa trị có thể mang lại tỷ lệ sống 5 năm khoảng 50% ngay cả với di căn phúc mạc [10].

Sự hồi phục nhanh chóng sau mổ (xuất viện ngày thứ 7) cho thấy lợi ích của phẫu thuật nội soi trong ung thư ruột thừa, mặc dù đây là ca bệnh phức tạp. Phương pháp này đã được chứng minh là an toàn và hiệu quả trong các báo cáo gần đây, với lợi ích về giảm đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh và tỷ lệ biến chứng thấp [1][9].

4. KẾT LUẬN

Báo cáo trường hợp này nêu bật tầm quan trọng của chẩn đoán sớm và chiến lược phẫu thuật phù hợp trong ung thư ruột thừa xâm lấn. Phối hợp chẩn đoán hình ảnh hiện đại với phẫu thuật nội soi triệt để và điều trị hỗ trợ mang lại kết quả ban đầu khả quan dù ở giai đoạn IVB. Những trường hợp hiếm gặp như vậy cần được báo cáo để tăng cường hiểu biết về liệu pháp điều trị tối ưu cho ung thư ruột thừa, đặc biệt trong bối cảnh sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh được ghi nhận trong những năm gần đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Kelly, K. J. (2015). Management of Appendix Cancer. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 28(4), 247–255.

[2] Nguyễn Thị Nhân, Vũ Đăng Lưu, Triệu Văn Trường, & Vũ Thị Nhung. (2018). Ung thư biểu mô tuyến nhày của ruột thừa: Báo cáo một trường hợp hiếm gặp và tổng kết trên y văn. *Điện Quang Việt Nam*, 31, 112–116.

[3] Trần Quế Sơn, & Nguyễn Tuấn Thành. (2024). U nhày ruột thừa: Thông báo lâm sàng và tổng quan y văn. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 183(10), 412–418

[4] Marmor, S., Portschy, P. R., Tuttle, T. M., & Virnig, B. A. (2015). The rise in appendiceal cancer incidence: 2000–2009. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 19(4), 743–750.

[5] McCusker, M. E., Coté, T. R., Clegg, L. X., & Sobin, L. H. (2002). Primary malignant neoplasms of the appendix: A population-based study. *Cancer*, 94(12), 3307–3312.

[6] Sugarbaker, P. H. (2016). Management of peritoneal metastases of appendiceal origin. *Journal of Oncology Practice*, 12(10), 889–898.

[7] Shaib, W. L., Assi, R., Shamseddine, A., et al. (2017). Appendiceal mucinous neoplasms: Diagnosis and management. *The Oncologist*, 22(9), 1107–1116.

[8] Kim, S. H., Lim, H. K., Lee, W. J., et al. (2018). Primary malignant tumors of the appendix: CT findings with pathologic correlation. *Acta Radiologica*, 59(2), 222–230.

[9] Turaga, K. K., Pappas, S. G., & Gamblin, T. C. (2013). Right hemicolectomy for mucinous adenocarcinoma of the appendix: Just right or too much? *Annals of Surgical Oncology*, 20(4), 1063–1067.

[10] Chua, T. C., Moran, B. J., Sugarbaker, P. H., et al. (2012). Early- and long-term outcome data of patients with pseudomyxoma peritonei from appendiceal origin treated by a strategy of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 30(20), 2449–2456.