

DI CĂN NIỆU QUẢN TỪ UNG THƯ DẠ DÀY

TRỊNH HỒNG SON, NGUYỄN HÀM HỘI

ĐẶT VẤN ĐỀ

Di căn đến niệu quản từ các ung thư khác lần đầu tiên được nói đến 1909[4]. Cho đến năm 1911, Schlagintweit mới báo cáo trường hợp đầu tiên di căn vào niệu quản từ ung thư dạ dày[5]. Tắc nghẽn niệu quản do ung thư nơi khác đến có thể chia làm 3 dạng. Thứ nhất đến qua phúc mạc, hạch bạch huyết, thường trong giai đoạn ung thư tiến triển. Thứ 2 phần ứng xơ gây nên bởi tế bào ung thư xâm lấn vùng xung quanh niệu quản nhưng không phải xâm lấn trực tiếp vào niệu quản. Thứ 3 dạng di căn xa hay còn gọi di căn thực sự đến niệu quản từ vị trí u nguyên phát qua hệ bạch huyết hay mạch máu. Năm 1931 MacKenzie, Ratner đưa ra tiêu chuẩn để chẩn đoán ung thư niệu quản thực sự do di căn từ xa đến: “ Tế bào ung thư di căn ở niệu quản luôn luôn tìm thấy ở mạch máu và hệ bạch huyết của niệu quản”[1]. Đến năm 1941 Presman, Ehrlich đã thay đổi tiêu chuẩn này và đã được chấp nhận rộng rãi cho đến ngày hôm nay : “Sự có mặt tế bào ác tính ở niệu quản kết hợp với không có khối u ở xung quanh niệu quản” [2].

Chúng tôi thông báo trường hợp lâm sàng thể hiếm gặp: ung thư dạ dày di căn niệu quản phải mà triệu chứng chủ yếu nằm ở hệ tiểu niệu.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân Vương Xuân T, nam, 51 tuổi, địa chỉ Quốc Oai, Hà Nội. Tiền sử không có gì đặc biệt. Đau thắt lưng phải hơn một tháng, gầy sút, kém ăn, không đái máu. Đã khám bệnh viện Thanh Nhàn, Bệnh viện Hà Đông rồi chuyển tới khoa tiết niệu bệnh viện Việt Đức. Nhập viện khoa 1C ngày 13/02/2009, mổ ngày 14/02/2009, ra viện ngày 25/02/2009.

Lâm sàng: Thể trạng gầy, da xanh nhợt, không thấy hạch ngoại vi, mạch 64 ck/1phút, huyết áp 130/70 mmHg, nhịp thở 18 lần/ 1phút, cân nặng 46kg. Bụng mềm, không có tuần hoàn bàng hệ, không sờ thấy u cục, 2 thận không to. Các bộ phận khác không thấy gì đặc biệt.

Cận lâm sàng: Công thức máu bạch cầu, tiểu cầu bình thường, hồng cầu hơi thấp 3,62 G/l, HST 92g/l.

Sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu không có bất thường. Chất chỉ điểm khối u CEA, AFP bình thường, CA19-9 cao 264,56U/ml. Siêu âm thấy đài bể thận phải giãn đường kính trước sau 18mm, niệu quản đoạn trên giãn 5mm, thành dày, không có sỏi hay máu cục, niệu quản sát bàng quang không giãn. Thận, niệu quản trái bình thường. Các bộ phận khác bình thường. Chụp CT : hình ảnh ứ nước thận, niệu quản phải, lòng niệu quản dưới chỗ nối đài bể thận niệu quản gần 10cm bắt đầu xuất hiện tỷ trọng tổ chức kéo dài 6,5cm. Chức năng thận trái bình thường. Kết luận ứ nước thận phải, theo dõi do u đường bài xuất. Nội soi dạ dày thấy loét sùi hang vị, sinh thiết kết quả ung thư biểu mô tuyến tế bào nhân. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày, nhiều khả năng do di căn phúc mạc gây chèn ép xâm nhiễm vào niệu quản phải. Chỉ định mổ cắt đoạn dạ dày, nạo vét hạch, cắt thận và niệu quản phải. Bệnh nhân được mổ 14/02/2009. Mở bụng đường trắng giữa trên và dưới rốn; ổ bụng khô, phúc mạc vòm hoành, thành bụng nhẵn, Douglas có một nhân trắng ngà đường kính 2mm phía bên trái. Dạ dày có khối vùng hang vị đã ăn ra thanh mạc, nhiều hạch ổ bụng, nhóm 7, 8, 9, 11, 12, 16 to, cứng. Thận phải giãn nhẹ, nhu mô thận còn dày, niệu quản đoạn nối 1/3 trên đến 1/3 giữa cứng chắc, lòng niệu quản tắc hoàn toàn từ trong. Thận trái bình thường. Chẩn đoán trong mổ: Ung thư dạ dày di căn hạch, niệu quản phải. Mổ cắt 4/5 dạ dày nạo vét hạch D3, cắt toàn bộ thận, niệu quản phải, nạo vét hạch kỹ sau phúc mạc. Bệnh nhân hậu phẫu ổn định, nước tiểu bình thường. Sau 11 ngày ra viện.

Kết quả giải phẫu bệnh: dạ dày bờ cong lớn có u sùi loét 6 x 5 cm, xuất phát từ niêm mạc, xâm lấn phá hủy ra đến thanh mạc, vi thể ung thư biểu mô tế bào nhân. Thận niệu quản phải trên vi thể có tổ chức ung thư dạng biểu mô tuyến và tế bào chế nhầy hình nhân. Tế bào ung thư có tìm thấy cả trong nhu mô thận phải. Tất cả các nhóm hạch sinh thiết 7, 8, 9, 11, 12, 16 đều có tế bào ung thư. Nhân di căn Douglas

cũng có tế bào ung thư như trên. Mảnh sinh thiết phức tạp trước niệu quản không có tế bào ung thư.

Hiện tại bệnh nhân đang được điều trị hóa chất tại bệnh viện K theo phác đồ EOX (Epirubicin, Oxaliplatin, Xeloda).

BÀN LUẬN

Tắc nghẽn niệu quản trong ung thư dạ dày có thể gây nên bởi 3 nguyên nhân: xâm lấn trực tiếp niệu quản, chèn ép niệu quản, hay di căn từ xa đến. Từ sau thông báo đầu tiên năm 1911 về ung thư dạ dày di căn đến niệu quản đã có nhiều thông báo khác về bệnh này. Tuy nhiên di căn xa đến niệu quản thực sự hay do lan trực tiếp từ khối u qua các mô xung quanh niệu quản là câu hỏi lớn nhất. MacKenzie, Ratner đưa ra tiêu chuẩn để chẩn đoán ung thư niệu quản thực sự do di căn từ xa đến: “ Tế bào ung thư ở niệu quản luôn luôn tìm thấy ở mạch và hệ bạch huyết của niệu quản đó”[1]. Presman, Ehrlich đã thay đổi tiêu chuẩn này và đã được chấp nhận rộng rãi cho đến ngày hôm nay: “ Sự có mặt tế bào ác tính ở niệu quản kết hợp với không có khối u ở xung quanh niệu quản” [2]. Trường hợp chúng tôi nếu theo MacKenzie, Ratner tế bào ung thư đã tìm thấy ở hạch quanh dọc niệu quản phải. Về mặt đại thể lúc mổ, phức tạp trước niệu quản hẳn, không thấy khối u nào xung quanh, chỉ có một nhân nhỏ ở Douglas nhưng phía bên trái. Trong lòng niệu quản bít tắc hoàn toàn bởi tổ chức u. Vì thế ở cả nhu mô thận, niệu quản, bạch mạc mạc sau phức tạp đều có tế bào ung thư. Phức tạp trước niệu quản không có tế bào ác tính. Như vậy theo tiêu chuẩn của Presman, Ehrlich bệnh nhân của chúng tôi có di căn xa từ dạ dày đến niệu quản mà không phải do xâm lấn từ ngoài vào.

Theo tiêu chuẩn của Presman, Ehrlich, cho đến năm 2000 mới có 27 trường hợp thực sự có di căn xa đến niệu quản được thông báo ở Nhật Bản[3], [6]. Thống kê của các tác giả này cho biết: tuổi trung bình 52, nam nữ tương đương nhau, 12/ 27 trường hợp có cả ở 2 niệu quản. Có những trường hợp tái phát ở niệu quản còn lại sau khi đã cắt bỏ thận niệu quản bên kia. Triệu chứng phổ biến là đau thắt lưng, mạng sườn, bụng chiếm 81%. Nguyên nhân đường như do ứ nước thận, không thấy biểu hiện ở tổn thương nguyên phát ở dạ dày. Thiếu niệu, vô niệu 4/27 bệnh nhân, không có đái máu đại thể. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi cũng phù hợp với những thống kê ở trên: bệnh nhân nam, 51 tuổi, tổn thương niệu quản một bên. Xuất hiện đau tức vùng thắt lưng phải 1 tháng, không đau thượng vị, không có bí đái, đái khó và đái máu. Trên các xét nghiệm cận lâm sàng chỉ ra nguyên nhân gây tắc niệu quản có cùng tỷ trọng với tổ chức chứ không phải sỏi hay nguyên nhân cơ giới ở ngoài đề vào. Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh thấy rằng hầu hết thuộc ung thư biểu mô kém biệt hóa, tế bào nhẵn và bệnh nhân của chúng tôi cũng có giải phẫu bệnh tương tự. Đây là một loại ung thư có tiên lượng rất kém. Hầu hết chết trong vòng một năm từ lúc xuất hiện triệu chứng, chưa thấy có bệnh nhân nào sống trên 2 năm [6].

Để chẩn đoán trước mổ ung thư dạ dày di căn thực sự đến niệu quản rất khó, chẩn đoán này được

đặt ra khi đã loại trừ các chẩn đoán khác. Cũng các tác giả trên cho biết: có đến 13 bệnh nhân chẩn đoán được khi đã có giải phẫu bệnh sau mổ, 8 bệnh nhân mổ xác, chỉ có 2 bệnh nhân chẩn đoán trước phẫu thuật, 4 bệnh nhân còn lại chỉ được đặt ra như một chẩn đoán phân biệt. Trường hợp chúng tôi lúc mổ cũng phân vân không rõ ung thư dạ dày di căn niệu quản hay tồn tại cả 2 bệnh ung thư dạ dày và ung thư niệu quản cùng một lúc. Bởi vì niệu quản phải trong lòng là tổ chức ung thư bít tắc nhưng ở ngoài không thấy tổ chức u xâm lấn. Chẩn đoán xác định được đặt ra khi đã có giải phẫu bệnh.

Với những trường hợp nguyên nhân tắc nghẽn ở niệu quản nghi ngờ có ung thư, việc làm xét nghiệm để loại trừ ung thư từ nơi khác đến rất cần thiết, trong đó có soi dạ dày. Khi phát hiện ung thư dạ dày di căn niệu quản, hay nghi ngờ ung thư dạ dày di căn niệu quản, theo chúng tôi vẫn chỉ định mổ khi toàn thân bệnh nhân cho phép. Sau mổ phải khám bệnh nhân định kỳ, theo dõi ung thư tái phát, đặc biệt niệu quản còn lại. Bệnh nhân Yutaka Shimoyama thông báo tái phát niệu quản còn lại sau 7 tháng. Chúng tôi chưa thấy tài liệu nào nói lên hiệu quả điều trị hóa chất với những trường hợp này. Tuy nhiên với những tiến bộ gần đây, hóa chất đã đáp ứng tốt hơn ở bệnh nhân ung thư dạ dày. Bệnh nhân chúng tôi sau mổ đã xuất hiện 2 hạch ở thượng đòn, cứng trước khi điều trị hóa chất. Sau 2 đợt điều trị hóa chất theo phác đồ EOX (Epirubicin, Oxaliplatin, Xeloda) chu kỳ 21 ngày tại viện K, hiện nay hạch đã mềm và nhỏ hơn. Bệnh nhân vẫn ăn uống bình thường, không sụt cân, đi tiểu số lượng bình thường, xét nghiệm cận lâm sàng chức năng thận bình thường.

KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày di căn niệu quản rất hiếm gặp trên lâm sàng, triệu chứng đau mạng sườn với dấu hiệu do ứ nước thận niệu quản. Vì thế thường là dạng ung thư biểu mô kém biệt hóa và tế bào nhẵn. Y văn cho thấy bệnh có tiên lượng tồi dù có được phẫu thuật và hoá trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MacKenzie DW, Ratner M. Metastatic growths in the ureter. A report of three cases and a brief review of the literature. *Can Med Assoc J* 1931; 25: 265-70.
2. Presman D, Ehrlich L. Metastatic tumor of the ureter. *J Urol* 1948; 59: 312-25
3. Jikibi M, Kawasaki T, Dobashi Y, Kikuchi M. A case of metastasis of gastric cancer to the right ureter. *Prog Dig Endosc* 1995; 46: 160-1.
4. Stow B. Fibrolymphosarcomata of both ureters metastatic to a primary lymphosarcoma of the anterior mediastinum of thymus origin. *Ann Surg* 1909; 50: 901-6.
5. Schlagintweit F. Metastatische Karzinose der ureteren mit Anurie bei gleichzeitiger Nephritis. *Z Urologie* 1911; 5 : 665-71.
6. Yutaka Shimoyama, Masakazu Ohashi, Naoko Hashiguchi, Masami Ishihara, Michio Sakata, Akihiko Tamura, Yutaka Asato, Kenichi Saitoh and Miwako Mukai. Gastric cancer recognized by metastasis to the ureter. *Gastric cancer* (2000) 3: 102-105.