

Ung th_o vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 24 Tháng 9 2019 10:54

Bs Trần Quốc Chí n - Khoa Ung b_o u

Dịch từ: The Washington Manual of Oncology, Third Edition



PH_o N IV

VI. Ung th_o vú tái phát tại chỗ tại vùng

Tái phát tại chỗ tại vùng có thể biểu hiện với u vú hoặc nốt da ch_o núm vú sau điều trị bảo tồn vú, phát ban thành ngực, hoặc các nốt sau phẫu thuật vú hoặc sưng lên của các hạch nách, th_ong đ_on, hoặc hạch vú trong.

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối: Thứ ba, 24 Tháng 9 2019 10:54

Ung thư vú có thể tái phát tại chỗ sau phẫu thuật bảo tồn vú hoặc sau phẫu thuật cắt vú. Những bệnh nhân được tái phát thành công xảy ra trong vòng 3 năm đầu sau phẫu thuật, những bệnh nhân bệnh nhân tái phát tại chỗ sau phẫu thuật, khi có thể tái phát tại chỗ 20 năm sau phẫu thuật. Những bệnh nhân tái phát tại chỗ, thường tái phát tại vùng thì cao hơn những bệnh nhân không tái phát tại chỗ, và có rìa mép cắt đường tính, đường mô học cao, và xâm nhập bạch mô ch.

Khi bệnh nhân có ung thư vú cùng bên sau phẫu thuật bảo tồn vú, nó có thể hoặc là khi tái phát tại chỗ hoặc là ung thư vú nguyên phát lần hai. Phẫu thuật cắt vú được đề nghị cho những bệnh nhân này. Xạ trị là hiện chế độ điều trị toàn bộ vú trước đó và bởi các chứng chỉ khác của xạ trị. Điều trị hormone được đưa vào kích thích, tình trạng hormone, tình trạng thụ thể nội tiết, tình trạng Her2/neu và các đặc tính khi khác, và các nguyên lý điều trị sau đó giúp những bệnh nhân tiên đoán điều trị ung thư vú giai đoạn sớm. Một nghiên cứu nhỏ (IBCSG 27-02, BIG 1-02, NSABP B-37) đã cho thấy rằng hóa trị cũng nên kết hợp lâm sàng cho những bệnh nhân có tái phát tại chỗ và tại vùng.

Khi bệnh nhân tái phát thành công sau phẫu thuật cắt vú, 20% đến 30% bệnh nhân có tình trạng bệnh di căn tại cùng thời điểm. Những bệnh nhân có tái phát thành công đến đến, vì cắt thành công và độ dày dày độ có thể làm giảm nguy cơ tái phát, cũng nên còn, và ngay cả với kết quả điều trị triệt căn. Những bệnh nhân có hạch âm tính tại thời điểm có nguy cơ và những bệnh nhân có thời gian sống còn bệnh không tiến triển hơn 24 tháng trước khi tái phát thành công thì có tiên lượng tốt hơn với các kết quả điều trị bệnh tái phát thành công và điều trị hormone. Điều trị nội tiết hoặc thay đổi liệu pháp nội tiết cũng có thể được cân nhắc điều trị tái phát thành công có ER +.

VII. Ung thư vú di căn.

Các vị trí di căn thường gặp nhất của ung thư vú là phổi, gan, và xương. Ung thư vú di căn không thể điều trị triệt căn ngoại trừ một số phần trăm rất nhỏ bệnh nhân, những bệnh nhân chuyển hóa trị, nhũn hóa trị nhũn tác nhân, và có thể vẫn còn thuyên giảm trong thời gian dài không thể ước đoán được, có thời gian sống còn toàn bộ trung bình điều trị ung thư vú di căn từ 2 đến 3 năm, mặc dù với sự ra đời của các liệu pháp điều trị mới hơn, thời gian sống còn đã

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối: Thứ ba, 24 Tháng 9 2019 10:54

Đường kéo dài, đường biệt đái và ung thư vú có ER+. Nhóm bệnh nhân có di căn xương hoặc di căn hạch bạch huyết có thời gian sống còn kéo dài hơn nhóm bệnh nhân có di căn tủy. Việc điều trị nhắm mục đích để kiểm soát ung thư, giảm nhẹ triệu chứng, cải thiện chất lượng sống, và kéo dài thời gian sống còn. Việc lựa chọn điều trị cho nhóm bệnh nhân này phụ thuộc vào tình trạng thụ thể nội tiết, tình trạng HER2, vị trí và phạm vi của bệnh, việc điều trị trước đó, cũng như thể trạng và bệnh lý kèm theo của bệnh nhân.

A. Điều trị tối ưu

1. Phụ thuộc.

Đối với nhóm bệnh nhân di căn đến đầu/ hạch bạch huyết, gan, não, và xương đau, các báo cáo và các nghiên cứu hồi cứu đã gợi ý thời gian sống còn được cải thiện với phụ thuộc cột sống; tuy nhiên, dữ liệu về bệnh nhân không được chẩn đoán trước, và không có dữ liệu xác thực. Nhóm bệnh nhân này phải được lựa chọn một cách cẩn thận đưa vào tình trạng bệnh phụ thuộc, không nên không bệnh khi có khiếm khuyết nguyên phát, khả năng đột biến rìa mép cột âm tính, phạm vi di căn, thể trạng và bệnh lý kèm.

Đối với nhóm bệnh nhân biểu hiện tình trạng di căn tại thời điểm chẩn đoán, hầu hết các bác sĩ ung thư trước không khuyến nghị phụ thuộc cột sống nguyên phát. Phụ thuộc được thực hiện nhằm để làm giảm nhẹ các triệu chứng có liên quan đến nguyên phát. Các nghiên cứu hồi cứu đã gợi ý thời gian sống còn được cải thiện với việc cột sống khiếm khuyết nguyên phát đối với nhóm bệnh nhân có tình trạng bệnh di căn, nhưng vẫn còn tranh luận. ECOG 2108 là một thử nghiệm tiền cứu đang được thực hiện để đánh giá vai trò của việc điều trị sớm tối ưu để cải thiện khiếm khuyết nguyên phát đối với nhóm bệnh nhân có tình trạng bệnh di căn.

Chèn ép tủy sống do di căn là một cấp cứu y khoa và có các kết quả được cải thiện với việc phụ thuộc thần kinh giảm ép tủy sống tiếp theo đó là xạ trị khi so sánh với xạ trị và steroid đơn.

Đột biến và nhập nội phòng cho các xương dài khi có hơn 50% với xương bị phá hủy được thực hiện để phòng ngừa gãy xương, mà có thể dẫn đến chất lượng sống thấp và giảm thời gian sống còn.

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 24 Tháng 9 2019 10:54

2. Xạ trị.

Xạ trị đồng vị phóng xạ làm giảm khối u chèn ép và có thể giúp giảm đau ở bệnh nhân di căn xương và di căn thành não. Một vài bệnh nhân có thể có hạch bạch huyết trung thất và ở rốn phổi hoặc di căn phổi gây ra tình trạng tắc nghẽn phế quản dẫn đến xẹp thùy phổi hoặc viêm phổi sau tắc nghẽn, và có thể có ích với việc xạ trị giảm khối u chèn ép. Với các trường hợp này, bệnh nhân bệnh nhân có chèn ép tủy sống, và không phải là ung thư viên đái vọt phổi thu thập thần kinh, xạ trị đồng vị phóng xạ làm giảm khối u tình trạng chèn ép tủy.

Bệnh nhân bệnh nhân di căn não không thể phẫu thuật đồng vị, xạ trị toàn não (WBRT= whole-brain radiation therapy) cho thấy giúp cải thiện triệu chứng và cải thiện sống còn trung bình toàn bộ từ 4-6 tháng. Xạ phẫu đồng vị phóng xạ bệnh nhân di căn não hơn chỉ với trí không thể với tia đồng vị, kết hợp xạ trị não tăng cường, và bệnh nhân bệnh nhân tái phát sau xạ trị toàn não. Bệnh nhân bệnh nhân di căn não có HER2+, lapatinib, một tác nhân ức chế kinase, khi kết hợp với capecitabine đã cho thấy có hiệu quả.

Đồng vị phóng xạ chèn ép hạch bạch huyết ^{89}Sr và ^{153}Sm có thể đồng vị phóng xạ làm giảm khối u triệu chứng đau xương do di căn xương nhồi u với trí.

B. Điều trị hormone.

Điều trị nội tiết đồng vị khuếch tán nội là điều trị bằng nội tiết bệnh nhân bệnh nhân có thể thụt nội tiết đồng vị tính, nội tiết di căn xương, mô mềm, hoặc di căn tủy não không có triệu chứng. Hóa trị đồng vị khuếch tán nội bệnh nhân bệnh nhân có tình trạng thụt nội tiết âm tính hoặc di căn tủy não có triệu chứng. Trastuzumab, pertuzumab, lapatinib, hoặc TDM-1 là nội tiết nội tiết bổ sung nội tiết nội tiết có sự biểu hiện quá mức HER2.

1. Điều trị nội tiết.

Bệnh nhân bệnh nhân mãn kinh, các sự nội tiết bao gồm tamoxifen (\pm các chế độ nội tiết LHRH)

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối: Thứ ba, 24 Tháng 9 2019 10:54

và pho thu t c t bu ng tr ng (\pm AI). AI không steroid (anastrozole hoặc letrozole) th ng đ c s đ ng nh là li u pháp n i ti t b c m t cho ph n h u m n kinh. Các l a ch n ti p theo bao g m AI steroid (exemestane), tamoxifen, fulvestran, và megestrol acetate. Exemestane k t h p v i everolimus (Anfinitor), m t tác nh n c ch ch ng mTOR, đã cho th y s c i thi n v th i gian s ng còn b nh không ti n tri n (10.6 tháng v i li u pháp k t h p so v i 4.1 tháng v i exemestane đ n đ c) p ph n h u m n kinh kháng AI có ung th vú ti n xa ER+HER2= kháng Als không steroid, đ n đ n v i c FDA ch p thu n cho v i c s đ ng li u pháp k t h p này p nh ng b nh nh n kháng AI. Estradiol 2mg ba l n m t ngày là m t s l a ch n p nh ng b nh nh n có tình tr ng kháng AI m c ph i, m c dù c ch ho t đ ng c a estrogen thì không rõ.

Khi kh i u ti n tri n b n g qua m t tác nh n i ti t, v i c đ i u tr n i ti t th m n a đ c khuy n ngh kéo dài p b nh nh n di căn t ng không có tri u ch ng ho c không có tình tr ng b nh ti n tri n nhanh. Các tác nh li u pháp n i ti t b c hai và b c ba đ c ch n l a p các nh m thu c khác. V i m i li u pháp n i ti t ti p theo, t l đ p ng và th i gian đ n khi b nh ti n tri n s t gi m. Hóa tr n nên đ c b t đ u khi tình tr ng b nh r t c c tr n nên kháng v i li u pháp n i ti t, khi đó ph i cân nh c th tr ng và b nh lý kèm theo c a b nh nh n.

2. Hóa tr .

M c dù hóa tr k t h p có liên quan đ n t l đ p ng t t h n, th i gian đ n khi b nh ti n tri n t t h n, nó không cho th y v i c c i thi n s ng còn toàn b và có liên quan v i tác đ ng ph nhi u h n khi so sánh v i li u pháp tác nh đ n đ c tu n t . V i v y, li u pháp tu n t v i tác nh đ n đ c th ng đ c đ ngh ngo i tr b i c nh di căn t ng ti n tri n nhanh.

Anthracyclines (doxorubicin, liposomal doxorubicin, epirubicin, mitoxantrone) và taxanes (paclitaxel, docetaxel, nab paclitaxel) là hai nh m thu c có hi u qu nh t ch ng l i ung th vú. M c dù các thu c này th ng đ c s đ ng trong b i c nh đ i u tr b tr , chúng cũng có th đ c s đ ng l i khi b nh tái phát, đ c bi t n u có kho ng ngh h n m t năm tính t lúc hoàn t t v i c đ i u tr b tr . Khi anthracycline đ c s đ ng, liposomal doxorubicin đ c đ ngh v i nó có đ c tính trên tim th p h n và có hi u qu t ng đ ng trong b i c nh di căn. Capecitabine, m t tác nh đ ng u ng, th ng đ c s đ ng khi b nh tái phát ho c ti n tri n sau anthracycline và taxane. Các thu c có hi u qu khác bao g m cytoxan, methotrexate, vinorelbine, eribulin, gemcitabine, etoposide đ ng u ng và platinum (carboplatin và cisplatin). Danh sách các ph c đ hóa tr đ c li t kê trong b ng 13-3.

X p x 25% ung th vú di căn có s bi u l quá m c HER2. V i c k t h p hóa tr v i

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 24 Tháng 9 2019 10:54

trastuzumab cho thấy có liên quan với tỉ lệ đáp ứng cao hơn, thời gian sống khi bệnh tiến triển dài hơn, và cải thiện sống còn toàn bộ có ý nghĩa thống kê. Pertuzumab (Perjeta) kết hợp với trastuzumab và taxane đã cho thấy sự cải thiện sống còn bệnh không tiến triển (18.5 so với 12.4 tháng) và sống còn toàn bộ hơn là trastuzumab kết hợp với taxane, và vì vậy đã được FDA chấp thuận như là liệu pháp đầu tiên bước đầu tiên cho ung thư vú di căn có HER2+. Lapatinib (Tykerb) là một tác nhân ức chế tyrosine kinase kép khóa cả HER1 và HER2. Nó đã được FDA chấp thuận trong việc kết hợp với capecitabine để điều trị cho bệnh nhân ung thư vú di căn có HER2+ đã được điều trị trước đó với anthracycline, taxane, và trastuzumab. Bệnh nhân bệnh nhân di căn não có HER2+, việc kết hợp này cũng cho thấy có hiệu quả. Dữ liệu từ thử nghiệm EMILIA đã cho thấy rằng T-DM1 (Kadcyla), trastuzumab kết hợp với tác nhân gây đột biến bào mertsansine (DM1), đã cải thiện thời gian sống còn là 5.8 tháng với khả năng dung nạp tốt hơn khi so sánh với việc kết hợp giữa lapatinib và capecitabine, dẫn đến việc FDA chấp thuận sử dụng T-DM1 bệnh nhân bệnh nhân ung thư vú di căn có HER2+ đã được điều trị trước đó với trastuzumab và taxane. Các liệu pháp đầu tiên tiếp theo cho ung thư vú có HER2+ bao gồm sự chuyển đổi hóa trị thay thế, và trastuzumab nên được sử dụng cho bệnh nhân khi bệnh tiến triển. Việc sử dụng trastuzumab kết hợp với các anthracycline cho thấy có liên quan với đặc tính trên tim nghiêm trọng ở trên 27% bệnh nhân, và vì vậy không nên kết hợp với các anthracycline. Các lựa chọn khác bao gồm sự kết hợp giữa lapatinib và trastuzumab. Các phác đồ thường được sử dụng để điều trị ung thư vú di căn có HER2+ được liệt kê trong bảng 13-4. Nhóm bệnh nhân ung thư vú HER2+ có ER+, với sự lồng ghép, việc kết hợp liệu pháp nội tiết với việc có hay không trastuzumab cũng có thể được chấp thuận. Việc kết hợp letrozole và lapatinib cũng đã được chấp thuận như là điều trị bước đầu tiên cho ung thư vú di căn có ER+HER2+.

Bảng 13-4. Ung thư vú di căn có biểu hiện quá mức HER2

Phác đồ	Liều
Pertuzumab + trastuzumab + docetaxel (hoặc paclitaxel) mỗi 21 ngày	Pertuzumab 840mg truyền tĩnh mạch ngày 1 tiếp sau đó 420mg truyền tĩnh mạch Trastuzumab 8mg/kg truyền tĩnh mạch tiếp sau đó 6mg/kg truyền tĩnh mạch Docetaxel 75-100mg/m ² truyền tĩnh mạch ngày 1 hoặc paclitaxel 80mg/m ² ngày 1 hàng tuần
T-DM1 (Ado-trastuzumab emtansine) mỗi 21 ngày	T-DM1 3.6mg/kg truyền tĩnh mạch ngày 1
Lapatinib + capecitabine mỗi 21 ngày	Lapatinib 1.250mg uống mỗi ngày từ ngày 1-21 Capecitabine 1.000mg/m ² uống hai lần mỗi ngày từ ngày 1-14
Trastuzumab + lapatinib	Lapatinib 1.000mg uống mỗi ngày Trastuzumab

Các phác đồ khác có ch^o Trastuzumab