

Bs Nguyễn Thị Hồng Vy -

1. Tổng quan lâm sàng và tiền sử

Ung thư vú là bệnh ung thư được chẩn đoán phổ biến nhất ở nữ giới Mỹ, với tính toán khoảng 268670 ca ung thư biểu mô vú xâm nhập mới, 63960 ca ung thư biểu mô tại chỗ và 41400 số ca tử vong năm 2018.

Tại Mỹ, tỷ lệ mắc mới theo tuổi của ung thư vú gia tăng theo tuổi, nguy cơ mắc ung thư vú suốt đời là 1/8, ở khoảng 40-49 tuổi, khoảng 1/203 phụ nữ sẽ được chẩn đoán ung thư vú, ở khoảng 60-69 tuổi, tỷ lệ này là 1/28

Tỷ lệ mắc mới gia tăng khoảng 1% mỗi năm, tỷ lệ tử vong hiện đang được duy trì ổn định, trong khi tỷ lệ giảm dần hàng năm được ghi nhận.

Tỷ lệ mắc ung thư vú giảm mạnh hàng năm đầu thế kỷ 21 nhờ vào việc ứng dụng liệu pháp hormone thay thế sau mãn kinh, tỷ lệ mắc mới duy trì ổn định.

Tuổi, tiền sử gia đình, phơi nhiễm hormone buồng trứng nội ngoại sinh có ảnh hưởng lớn đến nguy cơ và được kết hợp vào mô hình tiên đoán nguy cơ cá nhân về ung thư vú; chế độ ăn, rượu, và các yếu tố khác đóng vai trò ít hơn.

Nguy cơ mắc Phi được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn tiến triển và có kết quả xấu hơn cả thời gian sống còn.

Các đột biến di truyền trong BRCA1, BRCA2, PTEN, TP53, STK11, ATM, CHEK2, PALB2, và các gen khác có thể gia tăng tỷ lệ ung thư vú; các bệnh nhân có tiền sử bệnh thân họ gia đình ung thư vú di truyền cần được giới thiệu đánh giá gen.



2. Sinh học và các nguy cơ

- Sự biểu hiện của các receptor estrogen và progesterone trong nhân đóng vai trò quan trọng trong sự biệt hóa và phát triển của biểu mô vú bình thường và đáp ứng của tế bào ung thư vú đối với liệu pháp hormone.

- ERBB2 (thường gọi là phát triển biểu mô ng 2 (Her-2) là một phân tử tín hiệu tăng trưởng trên bề mặt tế bào vú bình thường, nó biểu hiện thái quá ở khoảng 20% các khối u ung thư vú, đóng góp vào sự tăng trưởng tế bào và sự bất ổn định của bộ gen.

- Các phân tích phân tử đã cho ra ít nhất bốn phân nhóm của ung thư vú, bao gồm type cổ điển, 2 luminal types, và 2 type giàu Her-2.

- BRCA1 và BRCA2 là các gen ức chế khối u, đóng vai trò quan trọng trong tái tổ hợp đồng đẳng để sửa chữa DNA thông qua tái tổ hợp tương đồng (homologous recombination repair- HRR); những đột biến di truyền ở những gen này và những gen HRR khác liên quan đến việc tăng nguy cơ ung thư vú.

- Một số tiêu chí của ung thư bác sĩ và bệnh nhân nên đánh giá nguy cơ cao thì có 4 hoạt động khi thì có thể được thực hiện và có thể thực hiện được thì: (1) tăng cường giám sát, (2) thay đổi thói quen sống, (3) chiến lược phòng ngừa bằng hóa chất, (4) phẫu thuật cắt bỏ vú và buồng trứng dự phòng.

3. Tầm soát và chẩn đoán

- Mặc dù các khuyến cáo hàng đầu về tầm soát vú vẫn còn gây tranh cãi và đang tranh luận, thì các guidelines đầu tiên về tầm soát vú ý nghĩa sống còn khi bắt đầu tầm soát từ 40 tuổi. Guideline của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (American Cancer Society - ACS) khuyến cáo bắt đầu chụp quang tuyến vú hàng năm từ 45 tuổi, chuyển sang tầm soát 2 năm/lần vào 55 tuổi và bắt đầu tầm soát từ 40-44 tuổi. Thông tin, hiệp hội XQuang Hoa Kỳ (American College of Radiology) khuyến cáo chụp vú từ năm 40 tuổi. Hướng dẫn tầm soát ung thư vú của Ủy ban y tế dự phòng Hoa Kỳ (US Preventive Services Task Force - USPSTF) 2016 khuyến cáo nên chụp vú từ 2 năm/lần cho phụ nữ từ 50-74 tuổi và tiếp cận cá nhân hóa đối với phụ nữ từ 40-49 tuổi. ACS cũng khuyến cáo nên thêm MRI vú sau chụp vú từ 2 năm/lần nếu nguy cơ mắc ung thư vú cao hơn 20%.

- Viêm hóa và mô sẹo mô vú là những chỉ điểm chính cho sinh thiết vú sau chụp vú từ 2 năm/lần, bắt đầu những năm có đặc tính cao nhất là những người có viêm hóa đi kèm.

- Những bệnh nhân có triệu chứng tại vú hoặc các bất thường có thể sờ thấy được, kết hợp với những phương thức hình ảnh khác như siêu âm, MRI vú có thể để chẩn đoán mô từ vùng nghi ngờ, đánh giá phần còn lại của những tổn thương và vú đối bên.

- Các khối u vú ác tính thường không mọc mầm, cũng không di.

- Các phương pháp chẩn đoán bao gồm sinh thiết lõi dẹt siêu âm hoặc đo nh vú bằng siêu âm, chụp cắt lớp vi mô, và sinh thiết cắt bỏ, có hoặc không có dây đo nh vú.

4. Quản lý bệnh không xâm nhập

- Carcinoma ti thể u thùy tế bào (Lobular carcinoma in situ - LCIS) là tình trạng không sờ thấy được, nó được phát hiện với một chế độ khác cho sinh thiết, nó là một chế độ nguy cơ của ung thư vú xâm nhập sau này. Bệnh thường đa hình hình mô phỏng của LCIS được nghĩ có nhiều biểu hiện lâm sàng và được xem là một dấu hiệu báo trước của ung thư ti thể u thùy xâm lấn hơn là một marker nguy cơ ung thư vú.

- Quản lý LCIS chuyển sang theo dõi sau sinh thiết hơn là phẫu thuật cắt vú, ngày càng nhiều bệnh nhân cho thấy tamoxifen nên được xem xét sử dụng như một cách tiếp cận phòng ngừa.

Không giống LCIS, carcinoma ống tủy tế bào vú (ductal carcinoma in situ - DCIS) luôn được phát hiện ở giai đoạn sớm của bệnh, nó chỉ mô phỏng hơn là sự ca carcinoma tế bào ống được chẩn đoán ngày càng nhiều.

- DCIS nhiều khả năng khu trú tại vùng của vú, vì thế phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật vú bảo tồn. Tamoxifen hoặc Als (thuốc ức chế Aromatase) - điều trị nội tiết tố nên được xem xét sau phẫu thuật cắt bỏ phần tủy tế bào vú và xét nghiệm để làm giảm nguy cơ ung thư vú cùng bên hoặc đối bên, nó có thể xâm nhập hoặc không.

5. Quản lý bệnh ung thư vú giai đoạn sớm

- Bệnh nhân cần được khám lâm sàng và khai thác tiền sử đầy đủ.

- Như 2 bên được cho t c b nh nhân, và hình nh vú khác (siêu âm, MRI) nên được cá nhân hóa; các nghiên cứu hình nh tiên tiến khuyến cáo để đánh giá các triu chng hoc du hiu c th hoc nhng b nh tiến triển t i ch.
- Các yếu tố tiên l ng b nh bao g m: kích th c kh i u b nh lý, bi u hi n th th hormon, tình trng HER2, h ch mạch, phân nhóm mô b nh h c và đ bi t hóa kh i u.
- Các xét nghi m t p h p bi u hi n đa gen được phát triển thành nhng tiên l ng b nh.
- Xét nghi m tính đi m tái phát 21 gen để đoán l i ích t hóa tr b tr k t h p li u pháp n i t i t trong ung thư vú h ch âm tính, th th n i t i t d ng và đang được đánh giá s d ng trong b nh h ch d ng tính.
- Theo y ban Ung thư Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancer – AJCC) phiên b n th 7 xem xét vi c s d ng ch n đoán hình nh nâng cao và các k thu t gi i ph u b nh, nh sinh th i t h ch l ính gác và hóa mi n d ch, s l ng h ch liên quan cũng được xem là m t y u tố tiên l ng b nh.
- L p b n đ h ch l ính gác hi n nay được xem là tiêu chu n chăm sóc b nh nhân ung thư vú giai đo n s m vì nó chính xác h n và ít t n th ng h n bóc h ch mạch.
- Đ i v i b nh nhân ung thư vú giai đo n I và II, b o t n vú (bao g m ph u thu t vú b o t n k t h p x tr sau đó) và ph u thu t c t toàn b vú đ n gi n là các l a ch n đi u tr chính; ph n l n b nh nhân được t i p c n b o t n vú.
- Li u pháp b tr v i thu c đ c t bào, li u pháp n i t i t, và/ hoc li u pháp kháng Her-2 được khuyến cáo d a trên giai đo n b nh và đ c tr ng mô b nh h c.

Tổng quan ung thư vú

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 6, 17 Tháng 5 2023 18:57 - Lần cập nhật cuối Thứ 6, 17 Tháng 5 2023 19:06

- Điều trị đa mô thức được khuyến cáo ở bệnh nhân bệnh tiến triển tái phát, lần đầu tiên với liệu pháp toàn thân, phẫu thuật, xạ trị phần lớn dựa vào khả năng phẫu thuật của bệnh nguyên phát.
- Nhóm phụ nữ không thể phẫu thuật hoặc ung thư vú thùy viêm, hóa trị tân bổ trợ được khuyến cáo, theo sau bởi phẫu thuật, xạ trị và điều trị nội tiết nếu phù hợp. Bệnh nhân Her-2 dương tính nên được điều trị liệu pháp kháng Her-2. Điều trị nội tiết trước có thể là lựa chọn cho những bệnh nhân thể tiến triển.
- Her-2 là một marker để đoán có ý nghĩa và việc xác định chính xác bệnh nhân giai đoạn T1bN0 và mức độ liên quan Her-2 dương tính nên được xem xét điều trị bổ trợ với phác đồ trastuzumab nếu cần.
- Biện pháp nội tiết tố estrogen và/hoặc progesteron là marker để đoán cho đáp ứng nội tiết.
- Kết quả của nghiên cứu phân tích tổng hợp nội tiết tố được thực hiện bởi nhóm các nhà thực nghiệm lâm sàng ung thư vú giai đoạn sớm (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group -EBCTCG) cho rằng lợi ích sống còn của hóa trị bổ trợ và điều trị nội tiết tiên tiến trì hoãn sau 15 năm theo dõi.
- Thách thức lớn nhất quy tụ bao gồm việc xác định các thông số sinh học giúp dự đoán chính xác hơn về tiến triển tự nhiên của bệnh và đáp ứng điều trị hỗ trợ, điều trị tiên tiến hoặc hỗ trợ.

6. Quản lý bệnh tái phát tái phát

- Tái phát tái phát là một khái niệm tái phát toàn thân trong hầu hết các trường hợp, một ngoại lệ có thể tái phát tái phát ở bên vú đã được điều trị trước.
- Chế độ phẫu thuật cắt bỏ có thể được thực hiện trong một số trường hợp, nhưng nó thường được kết hợp với

xử trí tại chỗ và/hoặc diu trị toàn thân.

7. Quản lý bệnh di căn

- Mặc dù một phần nhỏ bệnh nhân ung thư vú giai đoạn di căn đợt đầu có thời gian sống còn bệnh không tiến triển dài, nhưng giai đoạn này chủ yếu là không diu trị khỏi và chủ yếu là diu trị chăm sóc giảm nhẹ.

- Có nhu cầu phân loại pháp diu trị toàn thân, tại chỗ và chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân ung thư vú di căn. Phương thuật nguyên phát có thể được chuyển đổi cho một số bệnh nhân giai đoạn IV được lựa chọn.

- Lựa chọn liệu pháp nội tiết, đặc biệt bảo vệ sức khỏe sinh học thông qua được đưa vào khoảng thời gian bệnh không tiến triển, tình trạng ung thư, Her-2, có hoặc không có di căn nội tiết, chế độ tình trạng hoạt động, tuổi, liệu pháp toàn thân trước đó.

- Tiếp cận diu trị ung thư vú di căn thông qua bao gồm các liệu pháp nội tiết tiếp nhau cho đến khi bệnh tiến triển hoặc không dung nạp nội tiết tính cần thu.

- Bệnh nhân với thụ thể nội tiết dương, Her-2 âm tính nên được xem xét diu trị nội tiết nội, hóa trị toàn thân sẵn sàng cho bệnh nhân có triệu chứng nặng hoặc tiến triển ung thư cần can thiệp.

- Thuốc kháng Her-2, như trastuzumab, lapatinib, pertuzumab và ado-trastuzumab emtansine làm thay đổi tiến triển tự nhiên của bệnh nhân ung thư vú di căn Her-2 dương tính.

- Diu trị bisphosphonates or denosumab được chuyển đổi giảm thiểu biến chứng xương ở bệnh nhân di căn xương.

Nguồn: Abellofs.Clinical.Oncology.6th.Edition