

Bs Nguyễn Thị Hồng Vy -

1. Tổng quan lâm sàng và di sản gia đình

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

Tại Mỹ, tỷ lệ mắc bệnh 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 bệnh 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 bệnh 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 bệnh được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn tiến triển và có kết quả xấu hơn về 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 biệt hóa của tế bào.

- Các phân tích phân tử đã chỉ 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.

- Bất kỳ tiêu chí của tăng bác sĩ và bệnh nhân nhằm đánh giá nguy cơ cao thì có 4 hoạt động khuyến nghị có thể được thực hiện và có thể thực hiện đồng thời: (1) tăng cường giám sát, (2) thay đổi thói quen sống, (3) chỉ định liệu pháp 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 hướng dẫn tầm soát như vẫn còn gây tranh cãi và đang tranh luận, thì các guidelines đều thống nhất với 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 nhũ ảnh 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 nhũ ảnh 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 nhũ ảnh ở những phụ nữ nguy cơ mắc ung thư vú cao hơn 20%.

- Viêm hóa và mô thể mô mềm là những chỉ điểm chính cho sinh thiết vú sau chụp nhũ ảnh, bắt đầu những nhũ ảnh có đặc tính cao nhất là những khối u 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 thể 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, cứng, bờ không đều.

- Các phương pháp chẩn đoán bao gồm sinh thiết lõi dẹt siêu âm hoặc đo nh vú lập thể, chụp cắt lớp vi mô kim nh, 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 tại chỗ (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 nhận biết 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 tại chỗ (ductal carcinoma in situ - DCIS) luôn được phát hiện ở giai đoạn sớm của bệnh như vậy, nó chỉ mô phỏng hơn sự ca carcinoma tại chỗ 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) - đặc biệt là phần mãn kinh nên được xem xét sau phẫu thuật cắt phần tủy tại chỗ và xạ trị 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 ho c d u hi u c th ho c 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 t trong ung thư vú h ch âm tính, th th n i t 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 bản 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 lnh 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 lnh 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.
- Đối 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 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 t, và/ ho c 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.
- Nếu bệnh nhân không thể phẫu thuật hoặc ung thư vú thể 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 với 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 thấy lợi ích sống còn của hóa trị bổ trợ và điều trị nội tiết tiên tiến sau 15 năm theo dõi.
- Thách thức lớn nhất đối với quy trình 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 và quản lý.

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 vú 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 sinh học thường 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 thường 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, hóa trị toàn thân sống cho những 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 sống 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.

Tình 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

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