

UNG THƯ PHỔI

ThS BS Lê Nguyễn Quyền

Khoa Ngoại Lòng ngực-Mạch máu-Thần kinh

1. PHÂN LOẠI

Ung thư phổi thường được chia làm hai loại chính: ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi không phải tế bào nhỏ

Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ thường gặp hơn ung thư phổi tế bào nhỏ (khoảng 85%) loại này thường phát triển và di căn chậm hơn. Có ba loại ung thư không phải tế bào nhỏ chủ yếu: ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào lớn.

Ung thư phổi tế bào nhỏ ít gặp hơn chiếm 15% trong ung thư phổi. Loại ung thư này phát triển nhanh hơn và di căn sớm đến các cơ quan khác

2. DỊCH TỄ

Ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong do ung thư phổ biến nhất ở Mỹ (160.000 trường hợp mỗi năm) và trên toàn thế giới. Hơn 90% các trường hợp là có liên quan thuốc lá. Nguy cơ mắc ung thư vẫn cao ngay cả sau khi bỏ thuốc lá 20 đến 30 năm. Tiếp xúc với amiăng có sự liên kết chặt chẽ với u trung biểu mô (ung thư màng phổi) và các loại ung thư phổi, đặc biệt ở người hút thuốc. Tiếp xúc với chất phóng xạ cũng là yếu tố nguy cơ.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Ho: là triệu chứng thường thấy ở ung thư phổi
- Ho ra máu: khi thương tổn xâm lấn đến khí phế quản lớn
- Khó thở
- Đau ngực: có khoảng 30% những bệnh nhân ung thư phổi có xuất hiện triệu chứng đau vùng ngực
- Sốt thường là do khối gây ra tắc nghẽn phế quản dẫn đến tình trạng viêm nhiễm sau chỗ tắc, điều trị kháng sinh kém hiệu quả và dễ tái phát.
- Hội chứng Pancoast: u ở đỉnh phổi xâm lấn thần kinh gây các triệu chứng: đau vai, triệu chứng tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, hội chứng Horner.
- Hội chứng phù áo khoác (Hội chứng tĩnh mạch chủ trên): phù phần ngực trên, vai, cánh tay và mặt do u chèn ép vào tĩnh mạch chủ trên
- Triệu chứng cận u (paraneoplastic syndromes):
 - Hội chứng cận u bao gồm tăng canxi máu (thường là do tế bào vảy), hạ natri máu, hội chứng tiết hormon chống bài niệu không phù hợp (syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion) thường là do ung thư biểu mô tế bào nhỏ, và bệnh ký xương khớp liên quan đến tăng sinh ở phổi (hypertrophic pulmonary

osteoarthropathy) bao gồm: ngón tay dùi trống, đau khớp, sưng khớp

3.2.Cận lâm sàng

- X quang ngực có giá trị trong tầm soát, phát hiện u phổi. Các bệnh nhân có tiền sử hút thuốc và triệu chứng ở phổi nên được kiểm tra bằng X quang ngực hay tốt nhất là CT Scanner ngực
- Xét nghiệm tế bào trong đờm là một xét nghiệm đơn giản có thể có ích cho việc phát hiện ra ung thư.
- CT scanner có thể hiển thị hình ảnh mặt cắt ngang, độ phân giải cao hơn so với chụp X-quang thông thường, có thể xác định cấu trúc thương tổn nhỏ tốt hơn, tránh sự chồng chéo giữa các tổn thương với các cấu trúc xung quanh, có thể phát hiện những khu vực mà khi chụp X-quang thông thường không phát hiện được (như đỉnh phổi, cơ hoành, cạnh cột sống, sau tim, trung thất...), kiểm tra hạch di căn rốn phổi hay trung thất
- CT vùng bụng, vùng đầu giúp cho việc kiểm tra tình trạng ổ bệnh di căn và cũng là phương pháp quan trọng trong kiểm tra ung thư phổi.
- Chụp cộng hưởng từ (MRI): Dễ dàng phân biệt trung thất, mạch máu, rốn phổi với khối u và hạch. Tạo hình ảnh đa chiều có thể xác định tốt hơn mạch máu liên quan đến khối u.
- PET/ CT: Xác định sự thay đổi trong trao đổi chất của thương tổn. Nhưng kỹ thuật PET có thể cho kết quả âm tính giả đối với khối u trao đổi chất thấp, đối với tổ chức bệnh của viêm phổi, lao phổi, cũng có thể cho kết quả dương tính giả.
- Để chẩn đoán xác định ung thư phổi cần phải sinh thiết khối u phổi. Một số thủ thuật được thực hiện để có thể lấy được mẫu bệnh nhằm của u như nội soi phế quản chọc hút u bằng kim, sinh thiết u xuyên qua thành ngực, chọc dịch màng phổi tìm tế bào ung thư, mở lồng ngực sinh thiết u.

3.3.Chẩn đoán giai đoạn

3.3.1. Chẩn đoán giai đoạn trong ung thư phổi không phải tế bào nhỏ dựa vào hệ thống TNM

U NGUYÊN PHÁT (T)

T1: U có đường kính < 3cm

T2: U có đường kính > 3cm, cách carina > 2cm, xâm lấn màng phổi tạng

T3: U xâm lấn vào thành ngực, cơ hoành, màng phổi trung thất, cách carina < 2cm

T4: U xâm lấn trung thất (tim, mạch máu lớn, khí quản thực quản, thân đốt sống, carina) hoặc hiện diện tràn dịch màng phổi ác tính.

HẠCH VÙNG (N)

N0: Không có hạch vùng

N1: Di căn hạch quanh phế quản và hoặc rốn phổi cùng bên

N2: Di căn hạch trung thất cùng bên hoặc dưới carina

N3: Di căn đến hạch trung thất hay rốn phổi đối bên hoặc hạch trên đòn cùng bên.

DI CĂN XA (M)

M0: Không có di căn xa

M1: Có di căn xa, hiện diện ở vị trí đặc biệt (não)

Giai đoạn	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T1	N1	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
IIIB	Bất kỳ	N3	M0
	T	Bất kỳ N	M0
IV	T4	Bất kỳ N	M1
	Bất kỳ		
	T		

3.3.2. Chẩn đoán giai đoạn trong ung thư phổi tế bào nhỏ dựa vào hệ thống TNM

- Giai đoạn giới hạn: bao gồm giai đoạn I đến IIIB, không bao gồm những trường hợp T3-4.
- Giai đoạn lan rộng: bao gồm giai đoạn IV, các trường hợp di căn xa (M1), tràn dịch màng phổi ác tính.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh lý khác như:

- U loạn sản sụn ở phổi (Hamartoma): u thường có giới hạn rõ, không xâm lấn ra mô xung quanh, không cho di căn hạch ở rốn phổi, trung thất
- U lao: cần làm các xét nghiệm về lao để xác định chẩn đoán
- Ung thư phổi thứ phát: có hình ảnh “bong bóng bay” ở cả hai bên phổi, có thương tổn u nguyên phát.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Đối với ung thư không phải tế bào nhỏ

Giai đoạn I: Phẫu thuật là phương pháp điều trị thích hợp, có 70% cơ hội chữa bệnh.

Giai đoạn II: Phẫu thuật tiếp theo hóa trị hỗ trợ, 50% cơ hội chữa bệnh.

Giai đoạn III: Xạ trị và hóa trị liệu được kết hợp để điều trị, điều trị phẫu thuật áp dụng ở một số bệnh nhân được lựa chọn; có ít hơn 15% cơ hội chữa bệnh.

Giai đoạn IV: Hóa trị liệu hỗ trợ, không thể chữa được, 40% bệnh nhân sống được 1 năm.

Hóa trị trong trường hợp di căn sẽ cải thiện tỷ lệ sống và chất lượng cuộc sống. Sự kết hợp của cisplatin hoặc carboplatin và một tác nhân hóa trị liệu thứ hai là tiêu chuẩn cho các bệnh nhân có tổng trạng tốt

4.2. Đối với ung thư phổi tế bào nhỏ

Giai đoạn I đến IIIB (Giai đoạn giới hạn): hóa trị liệu (cisplatin và etoposide) kết hợp xạ trị. Khả năng chữa bệnh từ 10% đến 20%. Một số bệnh nhân trong giai đoạn này có thể có kết quả tốt khi áp dụng điều trị bằng phẫu thuật.

Giai đoạn IV (Giai đoạn lan rộng): Kết hợp hóa trị liệu cisplatin với etoposide hoặc irinotecan có tỷ lệ đáp ứng rất cao, nhưng tất cả các bệnh nhân tái phát. Tỷ lệ sống một năm là 30% từ thời điểm chẩn đoán.

Điều trị hỗ trợ

Chỉ áp dụng cho bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn không điều trị được bằng các phương pháp kể trên, bao gồm chăm sóc bệnh nhân, điều trị triệu chứng và làm giảm đau.