

# CA LÂM SÀNG UNG THƯ VÚ – CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ

## GIỚI THIỆU – LÝ DO:

Chẩn đoán ung thư vú thường khó khăn

Các phương tiện chẩn đoán đều có hạn chế riêng

Ca lâm sàng này sẽ giúp sinh viên hiểu được giá trị của các phương tiện từ đó biết cách vận dụng trong chẩn đoán giúp không bỏ sót ung thư cũng như chẩn đoán lâm

## MỤC TIÊU:

1. Cách tiếp cận một trường hợp ung thư vú tiến triển
2. Phân tích được giá trị chẩn đoán của các phương tiện trong chẩn đoán ung thư vú
3. Phân tích được các thể sinh học của ung thư vú
4. Hiểu được vai trò của các mô thức điều trị chính trong ung thư vú

## CA LÂM SÀNG:

- Bà T., 39 tuổi. Cách nhập viện 12 tháng, BN tự sờ thấy khối bướu vú phải, không đau, không tiết dịch núm vú, không đi kèm các triệu chứng khác
  - Tiền căn:
    - PARA 2002, có kinh năm 13 tuổi, kinh nguyệt đều
    - Gia đình không có người bị bệnh ung thư
  - Khám lâm sàng:
    - Vú phải, hướng 10h, CNV 2 cm, bướu 6\*6 cm, sượng, xâm nhiễm da, da cam (+), co rút núm vú,
    - Hạch nách phải 3 cm, chắc, di động kém
    - Hạch cổ + trên đòn không sờ chạm
    - Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường
  - Siêu âm: bướu vú phải vị trí 11h, cách núm vú 3cm, có sang thương echo kém, giới hạn không rõ, bờ gai, kích thước 41\*14mm, có vi vôi hóa bên trong, tăng sinh mạch máu. Xung quanh có vài cấu trúc tương tự, kích thước 10-12mm. Hạch nách phải nhóm I, II có khối hạch echo kém, mất rốn hạch, kt=10-26 mm.
- Vú trái không thấy bướu đặc và nang. Hạch nách phải không thấy hạch bệnh lý.
- Kết luận: Ung thư vú phải, di căn hạch nách phải
- Nhũ ảnh: vú phải BIRADS IV, vú trái BIRADS I

- FNA: tăng sản không điển hình biểu mô OTV
- X Quang ngực trong giới hạn bình thường

## CÁC VẤN ĐỀ CẦN GIẢI QUYẾT TRONG CA NÀY:

1. Bệnh sử và khám lâm sàng cần chú ý gì?
2. Cần làm thêm xét nghiệm gì trên bệnh nhân này
3. Chẩn đoán xác định?
4. Ý nghĩa kết quả hóa mô miễn dịch?
5. Có thể áp dụng những mô thức điều trị nào trên bệnh nhân này

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đỗ Thùy Giang, Ung thư vú, Ung bướu học lâm sàng quyển 2: Ung bướu cơ quan. Nhà xuất bản Đại học quốc gia 2020
2. Michael S Sabel. Clinical manifestations, differential diagnosis, and clinical evaluation of a palpable breast mass. Uptodate 2020
3. Alphonse Taghian. Patient education: Locally advanced and inflammatory breast cancer (Beyond the Basics). Uptodate 2020  
<https://www.uptodate.com/contents/locally-advanced-and-inflammatory-breast-cancer-beyond-the-basics>
4. Medscape. Breast Cancer Workup  
<https://emedicine.medscape.com/article/1947145-workup#c1>

1.

Lâm sàng : nghi ác tính

Nhũ ảnh : khó nhìn quờ, BN 39t còn trong độ tuổi hd tình dục, nên nhũ ảnh kém nhạy ??? wtf

Siêu âm : thấy có dấu ác.

FNA : ra dạng k điển hình => Chưa thể nói K được, làm core

Vì giai đoạn trễ (LS thấy đủ thứ ác : da cam, lan ra da...) nên cần tầm soát di căn xa.

2. Làm thêm :

Core biopsy

hoặc cao hơn Phẫu thuật sinh thiết mở (mà đau lắm).

PET CT : đánh giá di căn toàn thân, làm khi mà nghi di căn toàn thân (lúc đó bỏ CT ngực bụng chậu, bỏ xạ hình xương).

MRI dzú : (coi lại chỉ định) trường hợp này để coi đáp ứng điều trị của hóa trị (trước và sau) => Là option tùy chọn, nếu cho hóa trị.

3. T4N2Mx

4. ER PR (-) là tiên lượng xấu, nhưng đáp ứng hóa trị tốt.

HER2 dương là tiên lượng xấu, nhưng đáp ứng tốt vs hóa trị và trúng đích.

5. Điều trị :

- Hóa trị trước.

- Mổ : chỉ có thể đoạn nhũ và nạo hạch. (đã di căn nên k sinh thiết hạch lymphatic).

Vì thường ở giai đoạn sớm, sau khi hóa trị có thể sinh thiết hạch lymphatic, còn gd trễ, dính tùm lum thì k thể sinh thiết sau hóa trị đâu nhé (Hóa trị tiền phẫu hay hậu phẫu k liên quan tỉ lệ sống còn, nhưng làm trước mổ thì giúp mổ dễ hơn, và tiên lượng bệnh - Ex như sau hóa trị tan hết mấy cái hạch, thì tiên lượng tốt hơn)

Một số vấn đề cần giải quyết

+ Bất tương hợp giữa TB học (FNA) và hình ảnh học, ls

+ Cần : xác định di căn xa & hóa mô miễn dịch.