

Sinh viên: Phan Phước Minh Hoàng – Nhóm 21 – MSSV: 111160106 – Lớp: Y16C

TẦM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BÀNG QUANG

A. Dàn ý:

1. Dịch tễ - yếu tố nguy cơ
2. Triệu chứng
3. Cận lâm sàng
4. Sơ đồ xử trí

B. Nội dung:

1. Dịch tễ - yếu tố nguy cơ:

Nam có nguy cơ cao mắc UTBQ trong đời cao gấp 3-4 lần nữ.

Khoảng 90% bệnh nhân từ 55 tuổi trở lên, tuổi được chẩn đoán trung bình là 73.

Nghề nghiệp phơi nhiễm một số dạng hóa chất: thuốc nhuộm benzene, amine vòng thơm, các dạng hóa chất công nghiệp.

Phơi nhiễm xạ vùng chậu: trong xạ trị vùng chậu, ví dụ như điều trị ung thư tuyến tiền liệt, ung thư trực tràng, ung thư cổ tử cung.

Thuốc: Cyclophosphamide, Pioglitazone, hóa trị liệu bằng thuốc alkyl hóa. (FDA đưa ra công bố năm 2011 về khả năng liên quan giữa thuốc Pioglitazone và nguy cơ ung thư bàng quang tăng lên. FDA yêu cầu nhà sản xuất điều chỉnh thuốc và tiến hành nghiên cứu 10 năm.)

Nhiễm trùng bàng quang mạn tính: *Schistosoma hematobium* (sán máng), đặt ống thông Foley kéo dài.

Tiền sử cá nhân - gia đình bị UTBQ: Yếu tố di truyền liên quan đến nguy cơ bị ung thư biểu mô chuyển tiếp (urothelial cancer). Hội chứng Lynch có nguy cơ mắc UTBQ trong đời từ 0,4 - 20%.

Hút thuốc lá là yếu tố phơi nhiễm quan trọng, chiếm tỷ lệ tới 50% dân số bệnh nhân.

Một số bệnh: Tiểu đường, béo phì, nhiễm HPV

Ăn lượng lớn thịt đỏ

2. Triệu chứng:

a. Bệnh sử:

Tiểu máu vi thể không triệu chứng: 1,3% có UTBQ

Tiểu máu đại thể: nguy cơ ác tính cao hơn, khoảng 20%

Triệu chứng tổng xuất nước tiểu: ví dụ tiểu nhiều lần, tiểu gấp, tiểu đêm, bí tiểu

Triệu chứng bế tắc như giảm hoặc tắc quãng dòng tiểu, tiểu khó, cảm giác tiểu không hết có thể biểu hiện khi khối u nằm gần cổ bàng quang hoặc cổ niệu quản.

Các bệnh nhân tiền triển có thể biểu hiện các dấu hiệu của di căn. Thường gặp di căn nhất ở các cơ quan hạch bạch huyết, xương, phổi, gan, phúc mạc.

b. Khám lâm sàng:

Không đáng kể trong chẩn đoán, chỉ xuất hiện khi bệnh đã tiến triển, di căn nhiều. Bệnh nhân có thể có dấu chạm thận (+) hoặc sờ thấy khối u bụng ở vị trí bàng quang.

3. Cận lâm sàng:

a. Khuyến cáo:

Bệnh nhân được ưu tiên xem xét các nguyên nhân khác gây tiểu máu trước khi tiến tới tìm kiếm chẩn đoán UTBQ.

Không có các khuyến cáo từ các tổ chức lớn trong việc tầm soát UTBQ không triệu chứng ở người lớn. Nguyên nhân là do các công cụ tầm soát hiện tại có giá trị tiên đoán dương thấp và thiếu các bằng chứng rằng điều trị sớm UTBQ có thể cải thiện kết cục lâu dài.

b. Các xét nghiệm

Tổng phân tích nước tiểu: một xét nghiệm nhanh hỗ trợ chẩn đoán có máu trong nước tiểu

Soi tươi cặn lắng nước tiểu: khẳng định có máu trong nước tiểu, đồng thời dự đoán nguyên nhân tại cầu thận hay ngoài cầu thận.

Chức năng thận: BUN và Creatinine huyết thanh. Xét nghiệm có thể giúp tìm kiếm nguyên nhân tại thận.

Nội soi bàng quang: có thể kết hợp sinh thiết, giải phẫu bệnh (TURBT - transurethral resection of the bladder tumor). Xét nghiệm này nên được tiến hành trên bệnh nhân tiểu máu đại thể hoặc bệnh nhân tiểu máu vi thể và từ 35 tuổi trở lên. Ngoài ra, bệnh nhân trẻ tuổi có các yếu tố nguy cơ cao vẫn được xem xét nội soi bàng quang. Kết quả sinh thiết - giải phẫu bệnh hỗ trợ chẩn đoán loại u, giai đoạn, điều trị và tiên lượng.

Các xét nghiệm sinh hóa đặc hiệu hơn được tiến hành, bao gồm cả alkaline phosphatase, chức năng gan, trong trường hợp nghi ngờ di căn.

Tế bào học: mẫu bệnh phẩm sử dụng nước tiểu, không khuyến cáo sử dụng thường quy trong đánh giá tiểu máu vi thể không triệu chứng vì có thể dẫn tới kết quả dương giả. Tuy nhiên, độ nhạy của xét nghiệm cao hơn 90% đối với UT biểu mô bàng quang grade cao. Xét nghiệm này quan trọng trong hỗ trợ đánh giá UTBQ ở bệnh nhân nguy cơ cao nhờ giá trị tiên đoán dương của nó.

Marker ung thư: không khuyến cáo vì thiếu bằng chứng lâm sàng về độ tin cậy

Các xét nghiệm hình ảnh học:

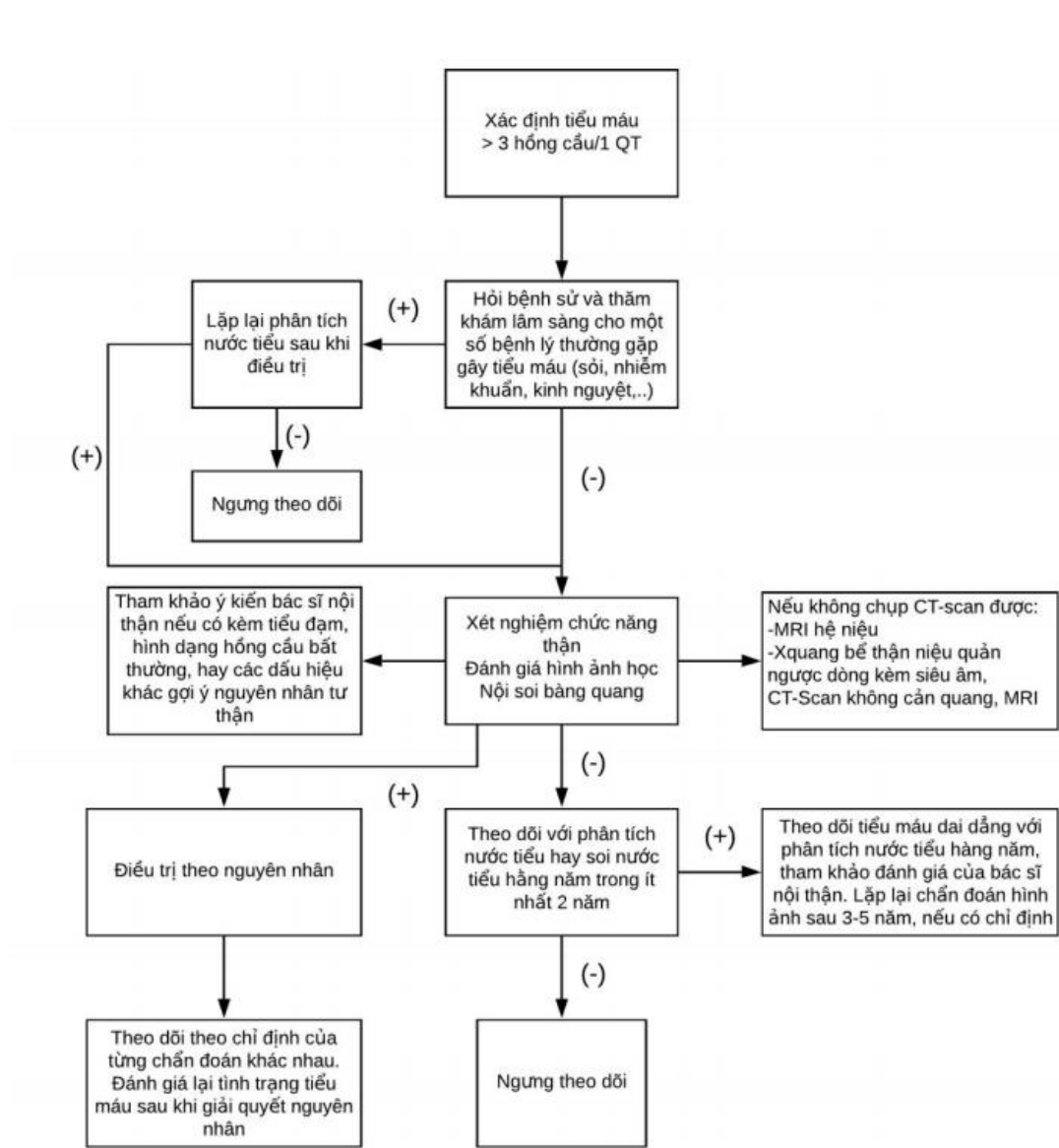
CT-scan kèm hoặc không kèm cản quang: Độ nhạy cao nhất 95% và độ đặc hiệu 92%. Giúp đánh giá u biểu mô đường tiết niệu trên, u thận. Nếu bệnh nhân có chống chỉ định với CT-scan, ví dụ như dị ứng thuốc cản quang, mang thai, suy thận, bệnh nhân có thể lựa chọn MRI hoặc siêu âm để thay thế.

Siêu âm có thể được thêm vào quy trình đánh giá nếu nghi ngờ có bệnh lý chủ mô thận. Siêu âm thận không được khuyến cáo thực hiện đơn lẻ vì độ nhạy thấp, có thể bỏ sót sang thương, hoặc dẫn tới nhiều xét nghiệm khác không cần thiết.

Trường hợp nghi ngờ di căn, CT-scan cho vùng ngực bụng nên được thực hiện.

4. Sơ đồ xử trí:

Sơ đồ 1: Quy trình tiếp cận bệnh nhân tiểu máu



(Nguồn: Davis R. et al (2016), Diagnosis, Evaluation and Follow-up of Asymptomatic Microhematuria (AMH) in Adults, America Urology Association (AUA) Guidelines - Dịch Tiếng Việt: BS. Thái Kinh Luân, PGS. TS. Ngô Xuân Thái (2020). Bài giảng Tiểu máu. Bộ môn Ngoại Nội Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh).

Sơ đồ 2: Quy trình chẩn đoán và xử trí tiểu máu vi thể không triệu chứng phát hiện tình cờ.

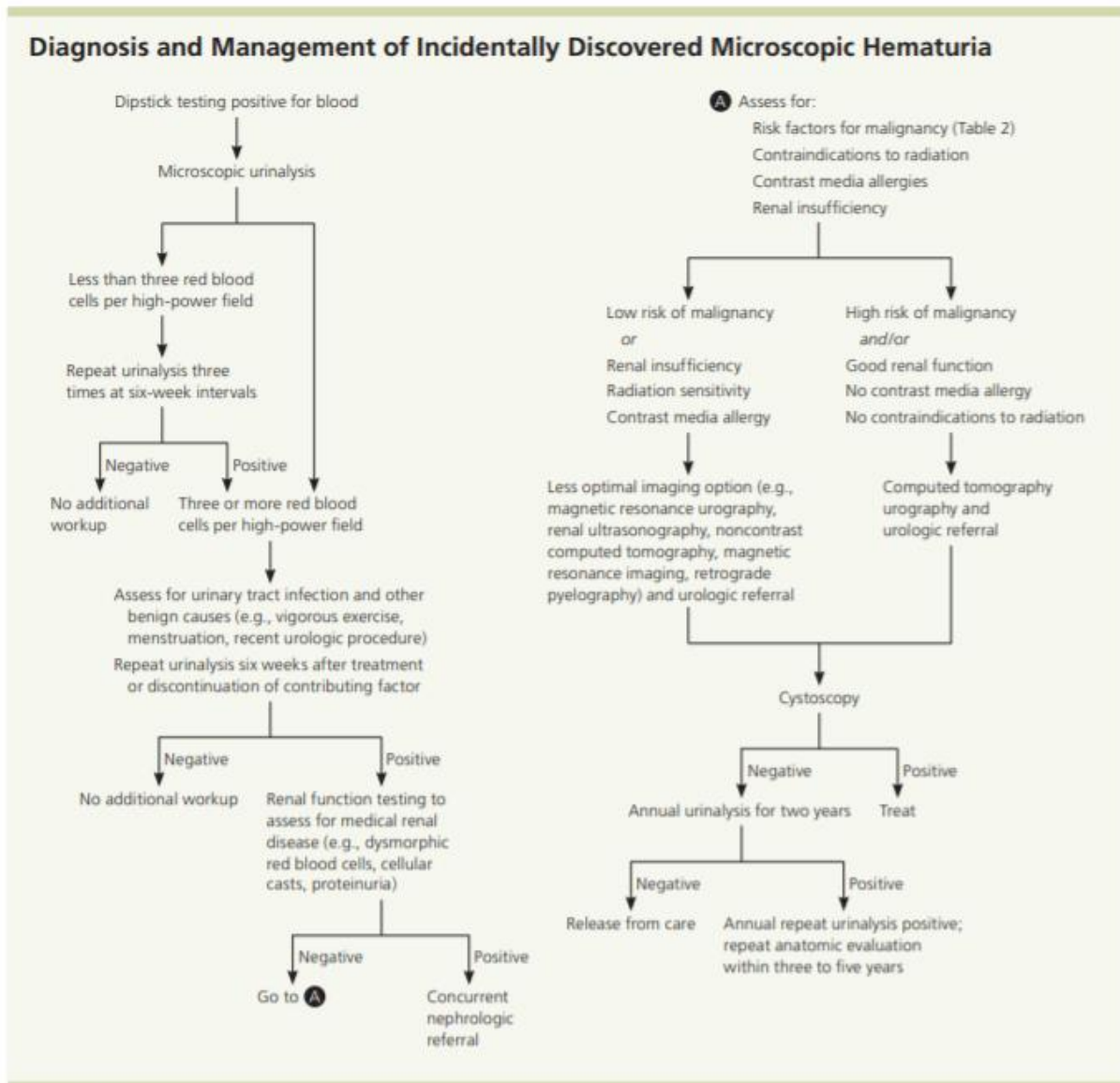


Figure 1. Algorithm for the diagnosis and management of incidentally discovered microscopic hematuria.

Reprinted with permission from Sharp VJ, Barnes KT, Erickson BA. Assessment of asymptomatic microscopic hematuria in adults. *Am Fam Physician.* 2013;88(11):748.

(Nguồn: Sharp VJ, Barnes KT, Erickson BA. Assessment of asymptomatic microscopic hematuria in adults. *Am Fam Physician.* 2013;88(11):748)

Tài liệu tham khảo:

1. BSCK1. Thái Kinh Luân, PGS. TS. Ngô Xuân Thái (2020). Bài giảng Tiểu máu. Bộ môn Ngoại Niệu, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Lenis, A. T., Lec, P. M., Chamie, K., & MSHS, M. (2020). Bladder Cancer. JAMA, 324(19), 1980. doi:10.1001/jama.2020.17598.
3. Sharp VJ, Barnes KT, Erickson BA. Assessment of asymptomatic microscopic hematuria in adults. Am Fam Physician. 2013;88(11):748.
4. Katharine C. DeGeorge, Harry R. Holt, Stephanie C. Hodges (2017) Am Fam Physician. Oct 15;96(8):507-514. PMID: 29094888.
5. FDA Drug Safety Communication: Updated drug labels for pioglitazone-containing medicines (2011).
6. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, et al. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women.JAMA. 2011;306(7):737-745. doi:10.1001/jama.2011.1142.
7. Shariat SF, Milowsky M, Droller MJ. Bladder cancer in the elderly. Urol Oncol. 2009;27(6):653 - doi:10.1016/j.urolonc.2009.07.020.
8. Huang D, Matin SF, Lawrentschuk N, Roupert M. Systematic review: an update on the spectrum of urological malignancies in Lynch syndrome. Bladder Cancer. 2018;4(3):261-268. doi:10.3233/BLC-180180.
9. Knight A, Askling J, Granath F, et al. Urinary bladder cancer in Wegener's granulomatosis: risks and relation to cyclophosphamide. Ann Rheum Dis. 2004;63(10):1307-1311. doi:10.1136/ard.2003.019125.
10. Warschkow R, Güller U, Cerny T, et al. Secondary malignancies after rectal cancer resection with and without radiation therapy: a propensity-adjusted, population-based SEER analysis. Radiother Oncol. 2017;123(1):139-146. doi: 10.1016/j.radonc.2017.02.007.

11. Abern MR, Dude AM, Tsivian M, Coogan CL. The characteristics of bladder cancer after radiotherapy for prostate cancer. *Urol Oncol.* 2013; 31(8):1628-1634. doi:10.1016/j.urolonc.2012.04.006.
12. Chaturvedi AK, Engels EA, Gilbert ES, et al. Second cancers among 104,760 survivors of cervical cancer: evaluation of long-term risk. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(21):1634-1643. doi:10.1093/jnci/djm201.