

## UNG BƯỚU K GIÁP

### K tuyến giáp

#### 1. Carcinoma biệt hóa tốt (thường là dạng nhú, nang)

- $\leq 1.5$  cm và nguy cơ thấp: cắt 1 thùy + LP kích tổ đề nèn Thyroxin sau mổ, ko iod (nhớ là có dấu = 1.5 cm nha, thì có 1 dấu, lừa vcl :v)
- $> 1.5$  cm hoặc nguy cơ cao ( $> 45t$ , bướu  $> 4cm$  aka T3, xâm lấn vỏ bao giáp hoặc di căn xa) - BHYT: có thêm tiền căn xạ trị vùng cổ, di căn hạch cổ hoặc tái phát  
=> cắt toàn phần/gần toàn phần tuyến giáp + iod 131 + LP kích tổ đề nèn
- hạch cổ sờ thấy trên lâm sàng hay siêu âm nghi ngờ ác tính hoặc trong lúc mổ nghi ngờ hạch di căn => cắt lạnh hạch  
Còn theo Slide thì nạo hạch
  - Nhóm 2,3,4,5: có hạch nghi di căn là nạo tất cả từ 2-5 luôn
  - Nhóm VI:
    - khi nghi hạch ác tính/LS
    - bướu T3T4 => Nạo phòng ngừa (hình như chỉ định này ko xài, đánh đề thấy ko đúng lắm)
- T3: bướu  $> 4$  cm hoặc xâm lấn ít
- T4: bướu lan khỏi vỏ bao và ra các cơ quan lân cận
- Xạ trị ngoài nếu ko PT được (Trong ung thư tuyến giáp biệt hóa chỉ định xạ trị là rất hạn chế bởi ít nhạy xạ trị)
- Hóa trị ko có vai trò trong dạng biệt hóa tốt

	NCCN 2010	ATA 2009	LATS 2009	BTA 2007	ETA 2006
Nạo hạch nhóm VI	N (+): + N (-): cân nhắc	N (+): + N (-): T1T4, PTV kinh nghiệm	N (+): + N (-): T3, T4	N (+): + N (-): T $> 4$ cm, nguy cơ cao	N (+): + N (-): có thể
Nạo hạch nhóm 2, 3, 4, 5	N (+): + N (-): -	N (+): + N (-): -	N (+): + N (-): -	N (+): + N (-): -	Không đề cập

- Carcinoma dạng tủy - MTC (tăng calcitonin và CEA trong dạng di truyền)
  - Thử calcitonin khi nghi ngờ.  $< 10pg/mL$  loại trừ MTC
  - Điều trị
    - Cắt giáp toàn phần cho mọi trường hợp (xạ trị nếu ko cắt được)
    - Nạo hạch
      - 1 bên nếu bướu  $> 1cm$
      - 2 bên nếu do di truyền
    - Xạ trị sau mổ nếu nguy cơ tái phát cao (lớn tuổi, bướu to, bướu xâm lấn khỏi tuyến giáp và phẫu thuật lần đầu không đủ rộng)
    - Ko xài iod
- Carcinoma ko biệt hóa (có thể bắt nguồn từ carcinôm dạng nang, diễn tiến chậm trong các bệnh nhân ở vùng phình giáp dịch tể thiếu iod.) => loại này xạ trị gần như bắt buộc
  - Cắt giáp toàn phần và nạo hạch cổ phòng ngừa nếu bướu còn khu trú + hóa xạ trị ngoài hỗ trợ sau mổ
  - hóa xạ trị trong các trường hợp bệnh tiến xa (hay sd do BN thường tới muộn)

## BYT 2020

### 1. Thể biệt hóa tốt (nhú, nang)

- **Cắt u giáp** (Xạ trị nếu ko cắt được)
    - **Cắt toàn bộ tuyến giáp nếu:**
      - ☐ Tiền sử xạ trị vùng cổ
      - ☐ U giai đoạn T3,4 (> 4cm hoặc xâm lấn vỏ bao ra ngoài tuyến giáp)
      - ☐ Có tổn thương thùy đối bên
      - ☐ Có di căn hạch cổ
      - ☐ Có di căn xa
      - ☐ Ung thư tuyến giáp tái phát
    - Cắt thùy giáp + eo nếu không thỏa các yếu tố trên
  - **Nạo hạch:** tùy:
    - cNo (ko di căn hạch): nạo nhóm VI nếu u T3, T4
    - cN1: Vết hạch cổ nhóm hạch có bằng chứng di căn (LS, SA, cắt lạnh trong mổ)
  - **Iod:** cho ung thư thể biệt hóa (nhú, nang) nguy cơ cao như đa ổ, u T3, T4, di căn hạch, di căn xa và có nồng độ Tg cao sau phẫu thuật cắt giáp toàn bộ
  - **Hóa trị ko có giá trị.**
- ### 2. Thể tùy:
- **Cắt toàn bộ tuyến giáp cho mọi trường hợp (xạ trị nếu ko cắt được)**
  - **Nạo hạch cổ:**
    - ☐ Nhóm cN0: Vết hạch cổ nhóm VI dự phòng. Vết hạch cảnh dự phòng còn đang tranh cãi.
    - ☐ Nhóm cN1: Vết hạch cổ nhóm hạch có bằng chứng di căn.
  - Xạ trị sau mổ, iod và hóa trị **không có vai trò**
- ### 3. Thể không biệt hóa
- **Bướu còn khu trú:** Cắt giáp toàn phần + nạo hạch cổ phòng ngừa + hóa xạ trị ngoài hỗ trợ sau mổ
  - **Bệnh tiến xa (hay sd do BN thường tới muộn):** hóa xạ trị

## Theo dõi sau điều trị K biệt hóa tốt

- Thyroglobulin (Tg) + TgAb
  - Tg
    - Sen cao trong theo dõi bệnh (chỉ có 1% BN tái phát)
    - Spe ko cao: Tg tăng không nhất thiết chỉ trong tái phát/ di căn xa
    - **Tg/ ức chế TSH (Tg>2ng/mL):** có độ đặc hiệu cao bệnh tái phát hay di căn
    - Tg/ kích thích TSH: tiêu chuẩn vàng trong theo dõi bệnh  
Tg tăng x10 lần Tg/ TSH bình thường
  - Tg Ab tăng lại: gợi ý tái phát
- SA: khi:
  - Chỉ định:
    - 6 12 tháng sau PT
    - Khi Tg tăng
- WBS:
  - Thực hiện thường qui mỗi 6-12 tháng sau khi diệt giáp hoàn tất
  - Các yếu tố cần bỏ qua WBS:
    - + TgAb (
    - + XN Tg đủ nhạy
    - + WBS sau I 131
    - + Bn ít nguy cơ di căn
- PET:
  - Chỉ định: khi bất tương hợp Tg và WBS

CLL:

1. SA:

- Thường quy. đầu tay,
- giúp khảo sát u giáp, di căn hạch, hướng dẫn FNA..
- Đặc điểm FTC: echo dày, bờ dày, halo (+), ít vi vôi hóa
- SA đàn hồi: sd khi FNA không chẩn đoán được

2. CT, MRI:

- Chỉ định
  - đánh giá giai đoạn
  - Nghi bướu giáp thông

3. FDP PET/CT:

- Chỉ định chọn lọc
- FDG (+): chỉ định FNA bất chấp siêu âm
- Không dùng để phân biệt lành ác

4. Xạ hình tuyến giáp: khi nghi bướu giáp thông, TSH thấp, nghi mô giáp lạc chỗ

5. FNA:

- Chỉ định:
  - Hạt giáp > 1cm
  - Nguy cơ cao, nghi ngờ trên SA
- Không nên làm nếu < 5mm vì kém chính xác
- Quản lý
  - Ác tính, nghi ngờ ác tính => PT
  - Lành tính:
    - PT nếu chèn ép, hạt giáp độc, thăm mỷ hoặc FNA lành tính nhưng SA nghi ngờ
    - Theo dõi LS + SA mỗi 6-12m => Tiến triển, có TCLS thì FNA lần 2
    - Uống PX nếu tiền căn PT, hạt giáp độc, đa hạt, nguy cơ PT cao
  - Không phân định lành ác: không cần FNA lần 2
    - < 4cm: cắt lạnh
    - > 4 cm: cắt TG toàn phần/gần toàn phần

6. Hóa mô MD: chỉ định khi FNA không xác định lành/ác

- Sen Spe 90%. Nếu kết quả ra không xác định thì cắt lạnh/cắt thùy giáp toàn phần
- TSH: TSH tăng là YT dự đoán ác tính độc lập
- Calcitonin:
  - thường quy để chẩn đoán K dạng tủy (bắt buộc nếu có tiền căn gia đình)
  - < 10 pg/mL loại trừ MTC

K CTC

## K CTC:

- **Hướng Điều trị:**
  1. **Tis:** khoét chóp (có thể cắt TC ko nạo hạch nếu BN lớn tuổi ko mong con)
  2. **IA** (vi thể và sâu  $\leq 5\text{mm}$ , rộng  $\leq 7\text{mm}$ ) : cắt TC đơn giản (có thể chọn khoét chóp cho IA1 nếu BN trẻ mong con)
  3. **IB, IIa:** PT Wertheim Meigs (có thể xạ trị tiền phẫu) + hóa xạ hỗ trợ nếu diện cắt hoặc GPB hạch (+) hoặc xâm lấn mạch máu
  4. **IIb-IVa:** hóa xạ trị  $\pm$  đoạn chậu (nếu còn khu trú vùng chậu)
  5. **IVb:** hóa trị giảm nhẹ, nâng đỡ
- **PT WethHeims Meigs:**
  - cắt TC toàn phần + 1/3-1/2 trên âm đạo + cắt rộng chu cung + cắt rộng mô cạnh âm đạo + nạo hạch chậu 2 bên
  - Việc có lấy thêm hai phần phụ hay không còn tùy thuộc vào điều kiện tuổi tác, tình trạng quan sát được trong lúc mổ.
- **Hóa trị**
  - Hóa trị triệu chứng trong tái phát, di căn xa
  - Hóa trị hỗ trợ: Ib, IIa
  - điều trị phối hợp với phẫu thuật hoặc xạ trị (hóa trị tân hỗ trợ, hoá trị hỗ trợ, hóa trị đồng thời xạ trị) trong các trường hợp bệnh tiến xa tại chỗ

### BYT 2020

- Tis (Loạn sản, ung thư tại chỗ) => đốt lạnh, đốt laser, cắt vòng (LEEP), khoét chóp cổ tử cung, cắt tử cung toàn bộ.
- PT
  - Khoét chóp: IA1, phụ nữ trẻ, mong muốn sinh con.
  - *Phẫu thuật Wertheim Meigs*: I, IIa
- Xạ trị:
  - Triệt căn đơn thuần: O, I, IIa, IIB => là xạ trị ngoài + xạ trị trong
  - Xạ trị tiền phẫu: Ib, IIA (Phẫu thuật được thực hiện 4 –6 tuần sau khi hoàn tất xạ trị)
  - Xạ trị hậu phẫu: kết quả mô bệnh học của hạch, diện cắt dây chằng rộng, âm đạo dương tính
- Hóa trị:
  - Tiền phẫu: IIB
  - Hóa chất hậu phẫu: kết quả mô bệnh học ở hạch, diện cắt dây chằng rộng, âm đạo dương tính (kết hợp với xạ trị)
  - Hóa chất kết hợp với xạ trị: giai đoạn IIB, III, IV.
  - Trường hợp giai đoạn IB2, IIA nếu bệnh nhân từ chối phẫu thuật có thể cân nhắc hóa chất kết hợp với xạ trị.
- 3.3. Điều trị trong các trường hợp u xâm lấn rộng, di căn xa
  - U xâm lấn bàng quang, trực tràng: nếu còn khả năng phẫu thuật thì phẫu thuật vét dây chậu trước, sau, toàn bộ + điều trị hóa xạ trị; nếu không còn khả năng phẫu thuật thì điều trị hóa xạ trị.
  - Khối u lan rộng chèn ép gây suy thận, chảy máu: xạ trị triệu chứng liều 30-50Gy; nếu hết suy thận và chảy máu thì xem xét khả năng điều trị hóa trị.
  - Khối u xâm lấn di căn xương: dùng thuốc chống hủy xương: zoledronic acid, pamidronat... kết hợp xạ trị giảm đau (xạ ngoài: 8Gy/1 lần hoặc 4,25Gy x 4 buổi hoặc 3Gy x 10 buổi hoặc 2Gy x 20 buổi) vào vùng tổn thương di căn xương gây đau hoặc xạ trong giảm đau bằng  $^{32}\text{P}$ .
  - Khối u di căn não: xạ phẫu (bằng dao gamma, Cyberknife...) có thể kết hợp với xạ trị gia tốc toàn não.

## Lưu ý

- **Diễn tiến:**
  - **Tại chỗ**
    - Xuống dưới đến túi cùng, âm đạo: **thường gặp nhất.**
    - Xâm lấn qua hai bên đến chu cung và vách chậu: **nguy hiểm nhất**, có thể siết chặt niệu quản gây thận ứ nước, vô niệu, suy thận và tử vong.
    - Xâm lấn ra trước vào bàng quang và ra sau vào trực tràng: **gặp ở giai đoạn muộn** vì vách bàng quang âm đạo và vách âm đạo trực tràng rất chắc chắn
  - Di căn hạch: thường nhất là hạch chậu ngoài và trong
  - Di căn xa ít gặp.

## K VÚ

Tuyền vú trong ung bướu: SA + FNA là best :v. Tuy nhiên LS ko thấy tổn thương, thấy qua SA/nhũ ảnh thì ko làm FNA mà sinh thiết lõi. **SA được chọn vì nhũ ảnh sẽ hạn chế ở người trẻ có mô vú dày (bộ môn lấy mốc 40t)**

Nhưng nếu khám LS + SA ko thấy,

**Khi ko có sự tương xứng LS, CDHA và FNA thì phải chỉ định sinh thiết lõi, đặc biệt khi có chỉ định đoạn nhũ hoặc hóa trị tân hỗ trợ. Nếu vẫn ko tương hợp thì sinh thiết bướu**

**FNA cũng ko phân biệt được xâm lấn vs tại chỗ => Phải sinh thiết lõi**

Sân: chủ yếu là nhũ ảnh, sinh thiết thì sinh thiết lõi (FNA chủ yếu cho dạng nang, nghi lành tính)

UTD:

- Ultrasound is not typically used in the routine screening for breast cancer
- Ultrasonography is commonly used for diagnostic follow-up of an abnormality seen on screening mammography to clarify features of a potential lesion
- 1 số chỉ định của SA:
  - characterize solid masses as either benign or malignant
  - identify a **cystic mass**: The presence of an intracystic mass should prompt a fine needle aspiration (FNA) or core biopsy of the mass
  - To further characterize a lesion when a mass detected on clinical breast examination cannot be seen clearly on mammogram (often in women with dense breasts)
  - To determine whether a mammographically suspicious lesion can be visualized and therefore sampled by US-guided biopsy.
- Breast US is often added to the initial diagnostic evaluation for women with a suspected breast cancer if there is a palpable mass or a density is seen on mammogram.

Điều trị:

- **GD 0: Tis:**
    - LCIS: chụp nhũ ảnh hằng năm + khám vú mỗi 6m ± Tamoxifen
    - DCIS: PT bảo tồn ko nạo hạch + xạ trị toàn thể (nhưng nếu đa ổ hoặc lan rộng thì PT đoạn nhũ)
  - **I-II ( $T \leq 3$ , N0-1, Mo):** T3 là bướu > 5 cm nhưng chưa ăn lan tới thành ngực/da thể hiện bằng dấu da cam, loét..., N1 là di căn tới các hạch nách, di động, ko dính; chứ dính hoặc di căn hạch vú, hạch dưới đòn thì  $\geq$  N2 rồi
- => **Phẫu thuật đoạn nhũ hoặc PT bảo tồn kèm xạ trị toàn thể vú ± nạo hạch (đồng thời xét các chỉ định sau mổ)**

◦ **Chọn PP phẫu thuật: đa số là đoạn nhũ**

• **PT bảo tồn + xạ trị toàn thể vú: khi ko có bất kỳ yếu tố CCD:**

- bướu lớn (chắc lấy mốc > 2cm, do lúc đánh đề có 1 câu 3cm thì chọn đoạn nhũ)
- diện cắt không an toàn
- bướu đa trung tâm/dạng lan tỏa
- phụ nữ có thai

• **PT đoạn nhũ nếu có trong các yếu tố trên**

- **Nạo hạch: khi**
  - LS sờ thấy hạch - ko cần nghi ác tính - khác với K giáp cần nghi K : VD khám sờ thấy hạch mà SA hạch viêm => Vẫn nạo hạch nha
  - Ko sờ thấy hạch trên LS => Sinh thiết lạnh lúc mổ hạch lách gác
    - (+): nạo
    - (-): ko nạo
- **Điều trị sau mổ**
  - Nội tiết: khi có ER, PR (+)
  - Liệu pháp trung đích sinh học - trastuzumab => Khi HER2 biểu hiện quá mức (aka ERBB2)
  - **Hóa trị sau mổ:** khi bướu > 1cm ( $\geq$  T1c) hoặc di căn hạch ( $\geq$  N1)
  - **Xạ trị sau đoạn nhũ:**
    - hạch nách di căn  $\geq$  3 hạch
    - hạch di căn vỡ vỏ bao
    - bướu xâm lấn cân cơ ngực lớn
    - diện cắt còn tế bào ung thư.
- **III (T3N1 hoặc T4 hoặc  $\geq$  N2 nhưng chưa di căn xa): hóa trị tân hũ, sau đó đánh giá khả năng PT**
  - **Đoạn nhũ nếu (cũng giống ở trên thôi)**
    - Di căn > 3 hạch
    - Bướu sau hóa trị > 2cm
    - Đa ổ và xâm lấn mạch máu
  - => Ko có thì có thể PT bảo tồn + xạ
  - Xét chỉ định nạo hạch: tương tự gđ I, II
  - Xạ trị sau mổ: luôn được chỉ định
  - Riêng K vú dạng viêm: hóa trị tân hũ, sau đó PT đoạn nhũ + nạo hạch + xạ trị sau mổ (ko bảo tồn vì diễn tiến nhanh)
- **IV: di căn xa: hóa, xạ, điều trị nội tiết nâng đỡ nếu có chỉ định**
- **Tái phát:**
  - Sau PT bảo tồn => PT đoạn nhũ
  - Sau PT đoạn nhũ => PT cắt rộng (nếu ko cắt được thì hóa trị trước để dễ hơn)
  - Chỉ tái phát hạch nách, ko di căn => nạo hạch nách
  - Xạ trị khi ko PT được. Hóa trị ít vai trò

Key đúc kết từ đánh đề :v

- **LS không sờ thấy tổn thương --> sinh thiết lõi**
- **LS sờ thấy tổn thương mà phát hiện qua SA/nhũ ảnh=> FNA**
- **1 lưu ý khác là FNA ko phân biệt thể xâm lấn và tại chỗ được**

When lesions are palpable, clinically directed biopsies are often the most efficient.

Fine-needle aspiration (FNA) is the biopsy of choice, but if it is not available or reliable at an institution, percutaneous core biopsy can easily be substituted

FNA chủ yếu có vai trò trong các trường hợp nang vú, các tổn thương ít nghi là ung thư. Lý do là FNA ko thể phân biệt K xâm lấn và K tại chỗ => nếu ra ác phải tiếp tục sinh thiết lõi

Siêu âm tuyến vú giúp phân biệt mô mỡ, mô tuyến vú, nang và bướu đặc. Ung thư vú thường cho hình ảnh echo kém, giới hạn không rõ, đôi khi có tăng sinh mạch máu.

#### MRI

- Tầm soát ở người có nguy cơ cao
- ung thư vú tiềm ẩn, đa ổ, di căn hạch nách chưa rõ nguyên phát với **nhũ ảnh bình thường**.
- các trường hợp có đặt túi đọng vú
- hướng dẫn sinh thiết khi không thấy tổn thương trên nhũ ảnh hoặc siêu âm vú.
- khi chẩn đoán phân biệt tái phát với sẹo mổ, theo dõi tác dụng của hóa trị,
- Chẩn đoán giai đoạn trước mổ