

HỌC PHẦN TỐT NGHIỆP

HỆ HÔ HẤP

UNG THƯ PHỔI



ThS. BS. Phan Đỗ Phương Thảo
Bộ môn Ung thư – ĐHYD Tp.HCM

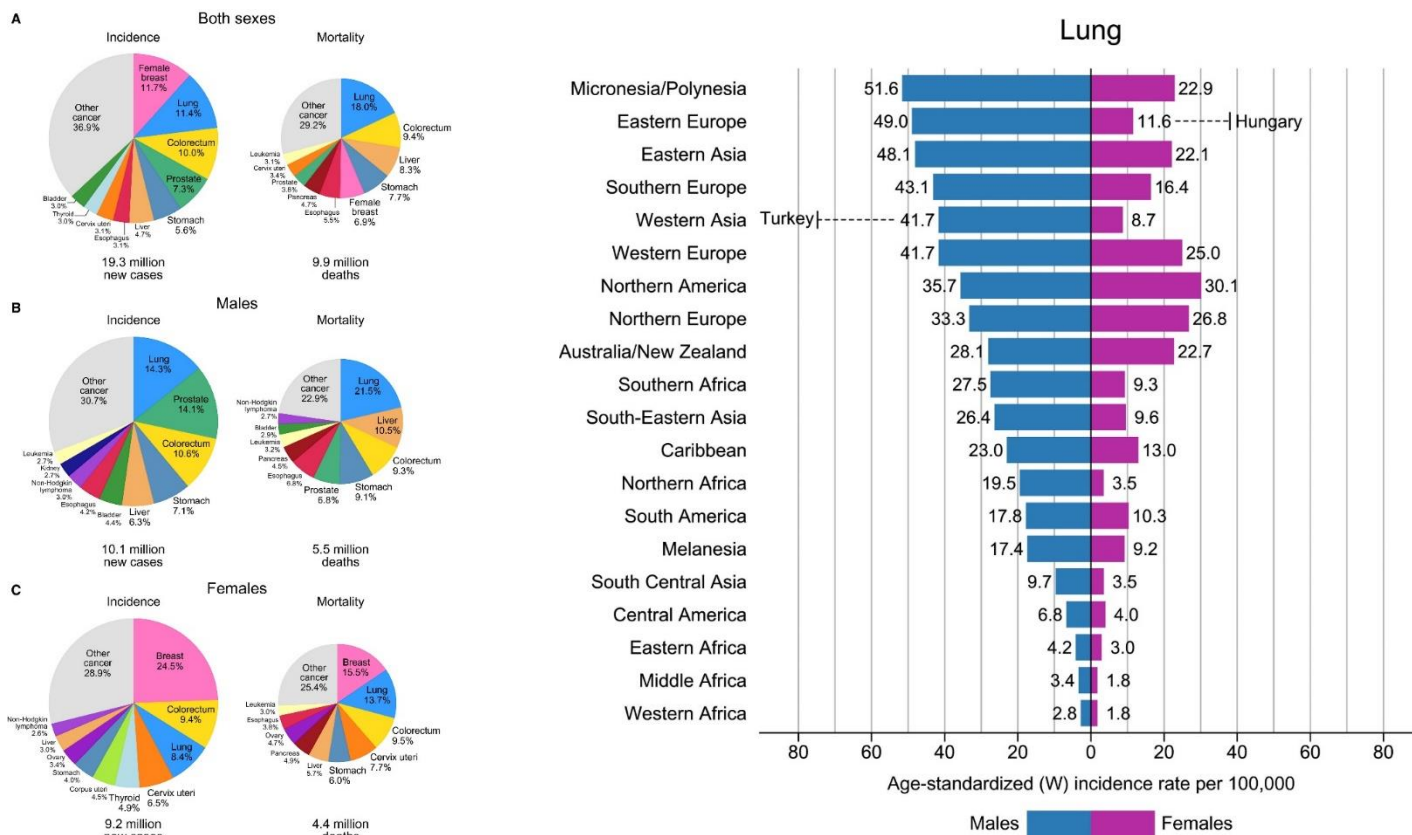


Tổng quan

2

- Ung thư phổi thường gặp, # 1,8 triệu ca mới mắc/năm (12,9%), # 1,59 triệu ca tử vong/năm (19,4%), 58% ở các nước đang phát triển. Việt Nam: thường gặp, 70% TH ở giai đoạn tiến xa
- 2 loại: UTPTBN (10-15%) và UTPKTBN (80-85%): carcinôm tuyến (50-60%), carcinôm tế bào vảy (20-25%), carcinôm tế bào lớn (10-15%), khác (carcinoid)
- Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, cần hỏi bệnh và thăm khám tiếp cận chẩn đoán sớm khi nghĩ đến bệnh

Tổng quan



<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21660>

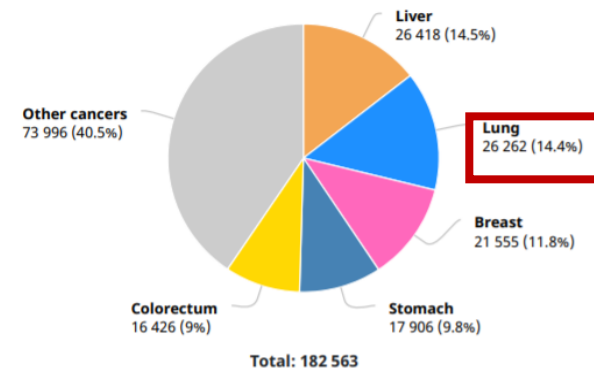
Ung thư phổi ở Việt Nam



Viet Nam

Source: Globocan 2020

Number of new cases in 2020, both sexes, all ages



26 262

Incidence

23 797

Mortality

Ung thư phổi:

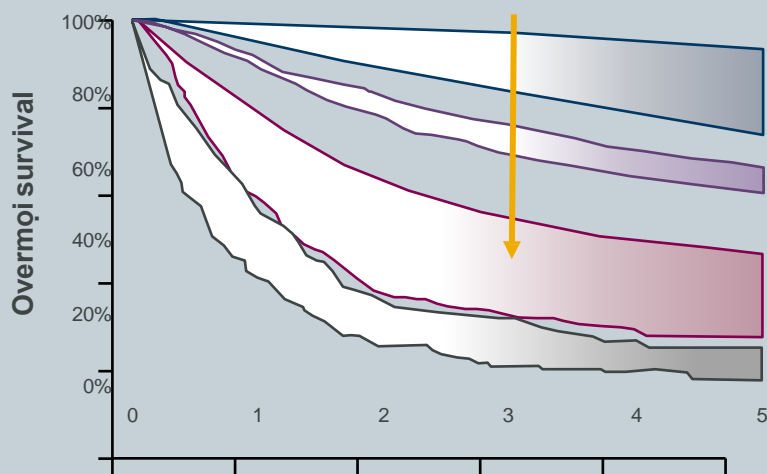
- thứ 2 về tỷ lệ mới mắc
- thứ 2 về tỷ lệ tử vong

*GlobalCAN 2020

UTP là bệnh ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến ung thư trên thế giới



Tỷ lệ sống sót sau 5 năm của NSCLC theo giai đoạn khi chẩn đoán¹



Giai đoạn I

Giai đoạn II

Giai đoạn III

Giai đoạn IV

5-year survival¹

68–92%

53–60%

1–36%
3

<1–10%

% tại thời điểm
chẩn đoán^a

26%

9%

25%

40%

Years

Ung thư phổi là nguyên nhân gây ra số ca tử vong do ung thư lớn nhất (hơn 1,7 triệu người / năm) trên toàn thế giới³

Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 5 năm của bệnh ung thư phổi là 18% và thay đổi theo giai đoạn² NSCLC chiếm 84% tổng số ca ung thư phổi⁴

Khoảng 30% bệnh nhân UTPKTBN được chẩn đoán ở giai đoạn phẫu thuật được⁵⁻⁷

Adapted from Global Data. 2016.

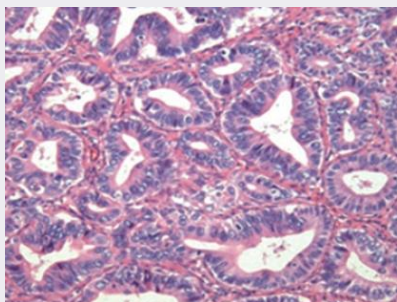
^aDiagnosis statistics based on 7 major market countries (EU5, US, and Japan).

EU-5 = European Union Five (France, Germany, Italy, Spain, and United Kingdom); NSCLC = non-small cell lung cancer; US = United States.

1. Deslypere G et al. *Ther Adv Med Oncol.* 2018;10:1-11. 2. GlobalData.EpiCast Report Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) – Epidemiology Forecast đến 2025. Accessed February 5, 2021. 3. World Health Organization. Cancer. 2018. Accessed February 21, 2021. 4. American Cancer Society. Key Statistics for Lung Cancer. Accessed February 5, 2021. 5. Datta D et al. *Chest.* 2003;123:2096-2103. 6. Le Chevalier et al. *Ann Oncol.* 2010;21:vii196-vii198. 7. Cagle PT et al. *Arch Pathol Lab Med.* 2013;137:1191-1198.

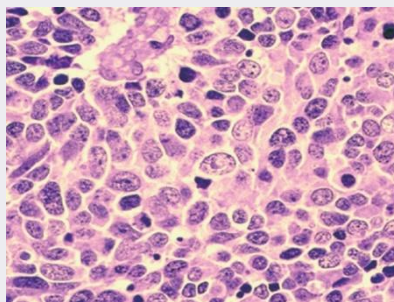
Mô học UTPKTBN

- Mô học được xác định bởi bác sĩ giải phẫu bệnh cho biết phương án điều trị cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa¹⁻⁵



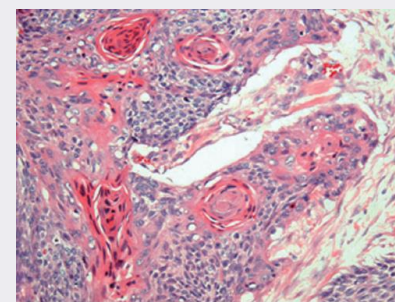
Adenocarcinoma

- Khối u thường ở ngoại vi
- Nguồn gốc từ tế bào chế tiết, và có cấu trúc dạng tuyến có thể nhận biết được
- Có xu hướng chậm phát triển
- Thường do hút thuốc lá. Nhưng lại là dạng phổ biến nhất ở các BN không hút thuốc
- Phổ biến hơn ở BN châu Á



Large Cell Carcinoma

- Khối u thường ở ngoại vi
- Gồm các tế bào lớn (tế bào đáy và tế bào sáng) với nhân lớn
- Không có bằng chứng biệt hóa vảy hay tuyến
- Xu hướng phát triển và lan tràn nhanh



Squamous Cell Carcinoma

- Khối u thường ở trung tâm
- Gồm các tế bào biểu mô vảy (tế bào gai) thường có dạng phẳng, vảy và lót mặt trong đường dẫn khí
- Các tế bào vảy ung thư ở bề mặt không xâm nhập sâu vào mô bên dưới
- Hầu hết các trường hợp đều do hút thuốc lá

Phân tích các yếu tố nguy cơ

7

- Hút thuốc lá: > 85% UTP là do HTL, thời gian hút và số lượng hút làm tăng nguy cơ UTP

Calculate your pack years
20 cigarettes = 1 pack

X

Number of years
smoked

Average number of
packs smoked per day

=

Pack-years

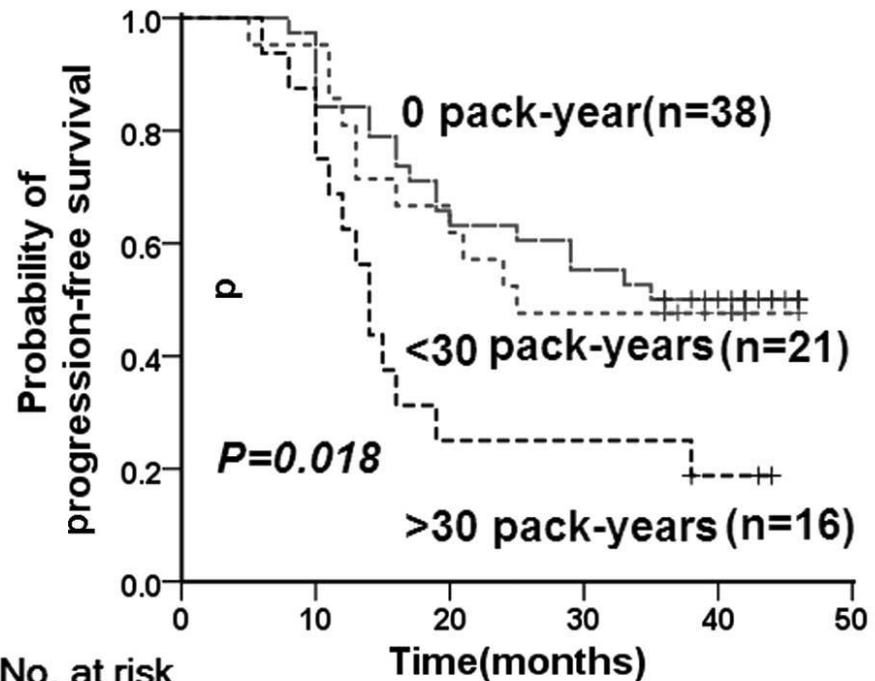


Figure: Kaplan-Meier progression-free survival (PFS) curves according to smoking status (cigarette smoking: 0, <30 and ≥ 30 pack-years).

Bảng 1: Yếu tố nguy cơ UTP (Tầm soát UTP theo NCCN)

Hút thuốc lá

Tiếp xúc với Radon

Tiếp xúc với Abestos và tác nhân sinh ung khác: Arsenic, Beryllium, Cadmium, Chromium, Nickel

Tiền sử ung thư

Tiền sử gia đình bị UTP

Tiền sử bị COPD và bệnh xơ phổi

Khuyến cáo phát hiện sớm UTP theo NCCN

Nguy cơ		Yếu tố nguy cơ	Tầm soát
Cao	Nhóm 1	<ul style="list-style-type: none">• 55-77 tuổi• ≥ 30 gói - năm và không ngưng trong vòng 15 năm• Đang HTL	Khuyến cáo TS hàng năm
	Nhóm 2	<ul style="list-style-type: none">• ≤ 50 tuổi• ≥ 20 gói - năm• Yếu tố nguy cơ khác	Khuyến cáo TS hàng năm
Trung bình		<ul style="list-style-type: none">• ≤ 50 tuổi• ≥ 20 gói - năm• Không YTNC khác	Không
Thấp		<ul style="list-style-type: none">• ≤ 49 tuổi và / hoặc• ≤ 19 gói - năm	Không

LDCT (Low-dose computed tomography test)

được khuyến cáo là một phần của sàng lọc UTP

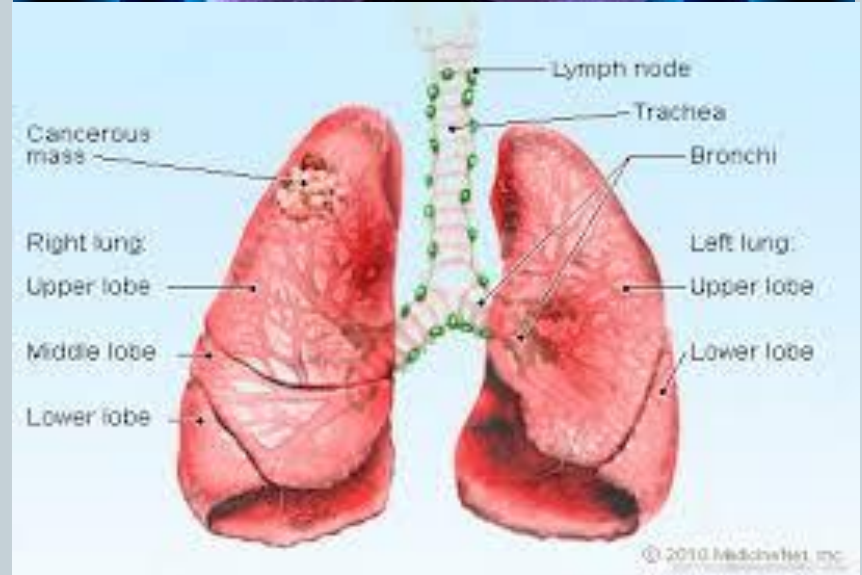
10



Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng

11

- Triệu chứng LS tùy:
 - kích thước
 - vị trí
 - mức độ xâm lấn của bướu
 - các vị trí di căn xa (não, xương, tuyến thượng thận, gan...)



Bệnh cảnh lâm sàng thường gặp

12

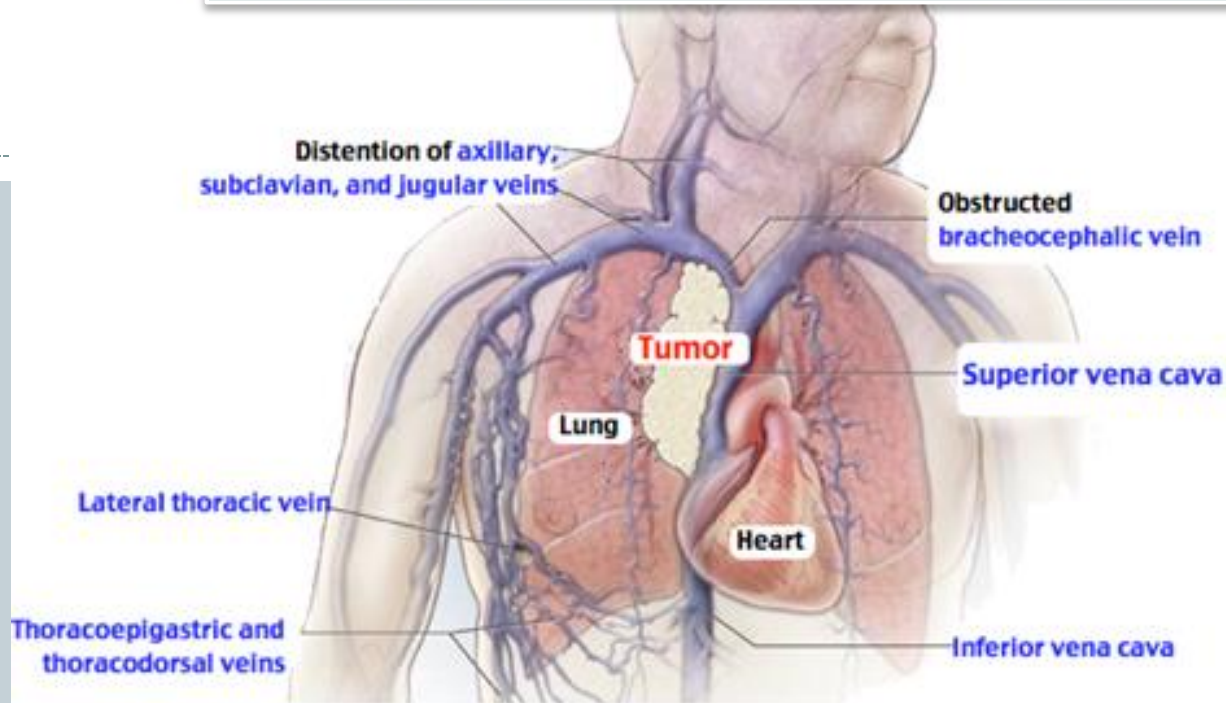
- Ho, khó thở, ho ra máu: thường gặp
- Bướu ở vị trí trung tâm (tùy mức độ chèn ép cuống phổi): ho khan, ho đàm kéo dài, ho ra máu, đau ngực tăng dần, khó thở, thở rít, xẹp phổi, khí phế thũng (chèn ép hoàn toàn), **viêm phổi do ung thư** (tắc nghẽn phế quản)
- Bướu ở vị trí ngoại biên: đau ngực kiểu màng phổi, ho, khó thở, viêm phổi

Bệnh cảnh lâm sàng thường gặp

13

- Bướu phát triển tại chỗ xâm lấn các cấu trúc lân cận:
 - ✓ Màng ngoài tim: TDMNT, suy tim (P)
 - ✓ Màng phổi: TDMP gây đau ngực kiểu MP, khó thở
 - ✓ \$ chèn ép TM chủ trên: khó thở, phù áo khoác, tuần hoàn bàng hệ ở ngực
 - ✓ Chèn ép thực quản: nuốt nghẹn

Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên



Causes

- Bronchogenic carcinoma
- Small cell lung cancer
- Squamous cell lung cancer
- Lymphoma

Clinical

- Facial and upper extremity edema
- Shortness of breath
- Headache, Chest pain
- Facial plethora, distended neck and chest veins

Bệnh cảnh lâm sàng thường gặp

15

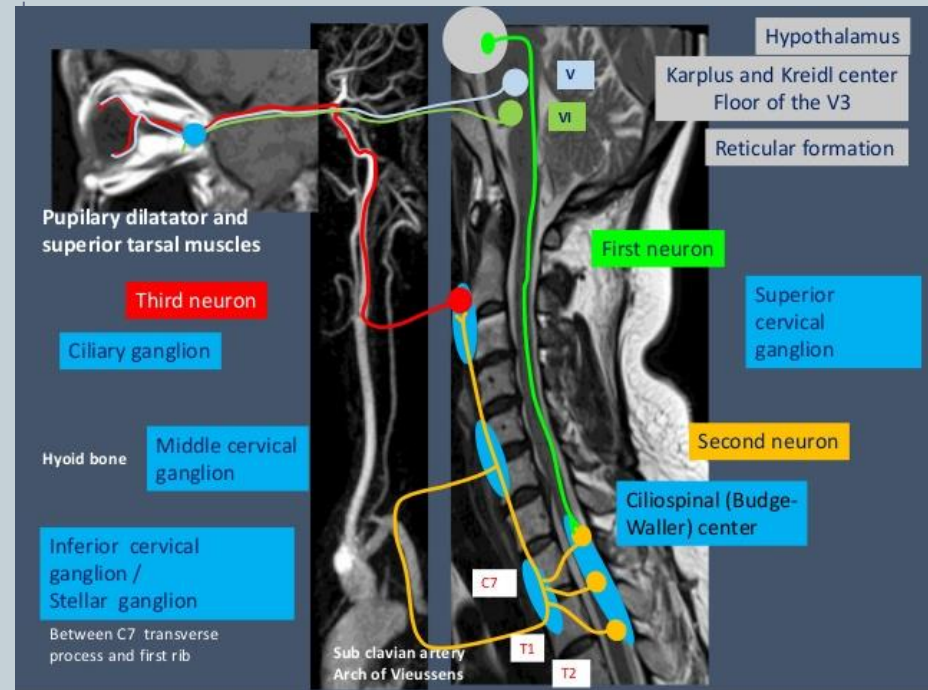
- ✓ Liệt thần kinh ngược thanh quản: khàn tiếng
- ✓ \$ Pancoast Tobias (bướu vùng đỉnh phổi, xâm lấn lồng ngực và đám rối TK cánh tay): đau đỉnh ngực - vai lan cánh tay kèm dị cảm vùng da chi phối bởi đốt ống C7-T1
- ✓ \$ Claude Bernard Horner (xâm lấn hạch sao TK giao cảm): sụp mi cùng bên tổn thương, co đồng tử, mắt thụt vào trong hốc mắt, không bài tiết mồ hôi cùng bên

\$ Claude Bernard Horner (xâm lấn hạch sao TK giao cảm)

Claude Bernard-Horner's syndrome

- miosis (→ anisocoria)
- ptosis
- anhidrosis
- enophthalmus

disturbance of cervical sympathetic system



Bệnh cảnh lâm sàng thường gặp

17

- \$ cận ung (UTPTBN - bướu TK nội tiết): phì đại xương khớp, tăng calci máu, ngón tay dùi trống, rối loạn đông máu, các biểu hiện ở da, thần kinh, nội tiết, thận và hệ cơ (\$ Cushing, \$ tăng tiết ADH không thích hợp SIAHD) có thể gặp trong UTP loại tế bào nhỏ thần kinh - nội tiết

Bệnh cảnh lâm sàng muộn

18

- Di căn theo đường bạch huyết: hạch trung thất, hạch cạnh khí quản, hạch cạnh ĐMC, hạch nách, hạch trên đòn, hạch cổ

Bệnh cảnh lâm sàng muộn

19

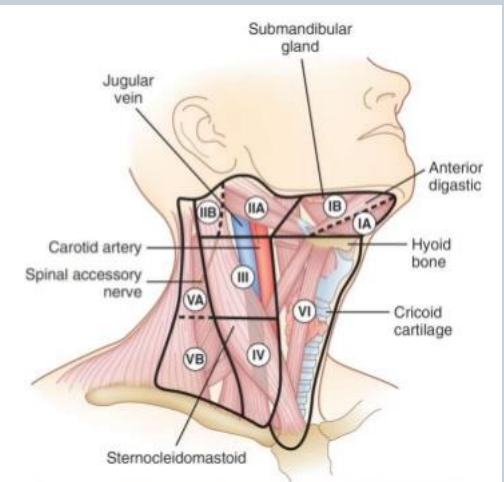
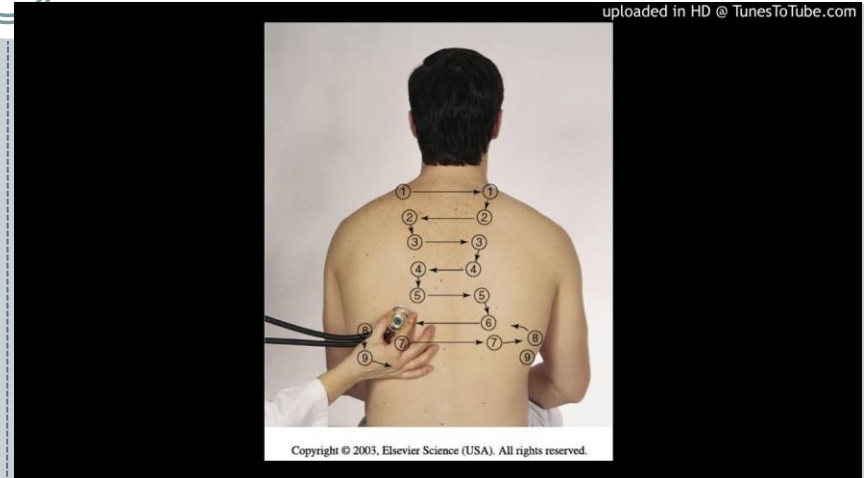
- Di căn đường máu: não, xương, tuyến thượng thận, gan
- ✓ Não: \$ tăng áp lực nội sọ, dấu TK định vị, rối loạn nhận thức, lú lẫn, động kinh, giảm vận động / cảm giác
- ✓ Xương: đau nhức xương (tăng khi cử động, mang vật nặng, thường về đêm), gãy xương bệnh lý, \$ tăng canxi máu, \$ chèn ép tủy
- ✓ Tuyến thượng thận: đau hạ sườn
- ✓ Gan: gan to, \$ Suy tế bào gan và \$ tăng áp lực TMC (ít gặp)

Khám lâm sàng

20

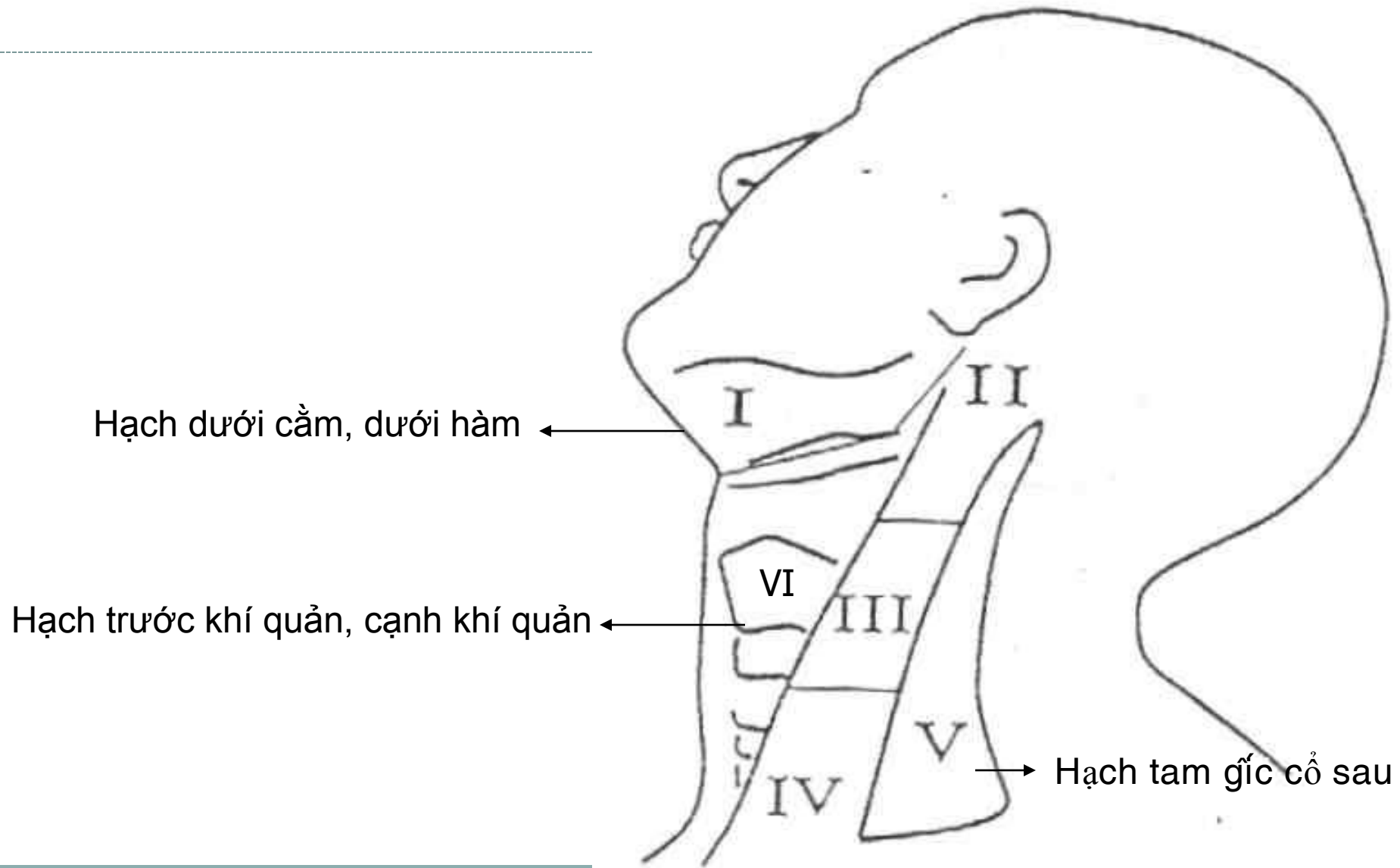
BN tỉnh tiếp xúc tốt,
ECOG. Sinh hiệu. Da
niêm

- Khám bướu
- Khám hạch
- Khám toàn thân



Phương tiện chẩn đoán nào nên được dùng?

Khám hạch cổ



Sờ hạch cổ

22



Hạch dưới hàm



Hạch dưới cằm



Hạch cổ dọc cơ ức đòn chũm



Hạch trên đòn

Khám lâm sàng hạch

23

- Kích thước:
Nhìn chung, không có ý nghĩa nếu $< 2\text{cm}$
Hạch trên đòn: có ý nghĩa nếu $> 1\text{cm}$
- Mật độ:
 - mềm (không có ý nghĩa), chắc (lymphôm), cứng (di căn hoặc viêm hạt)
 - căng (viêm nhiễm) hay không căng (di căn)
- Trẻ em 2-12 tuổi thường có hạch viêm ở cổ do nhiễm siêu vi

Các hạch bệnh lý

24



Hạch lao



Hạch lymphôm

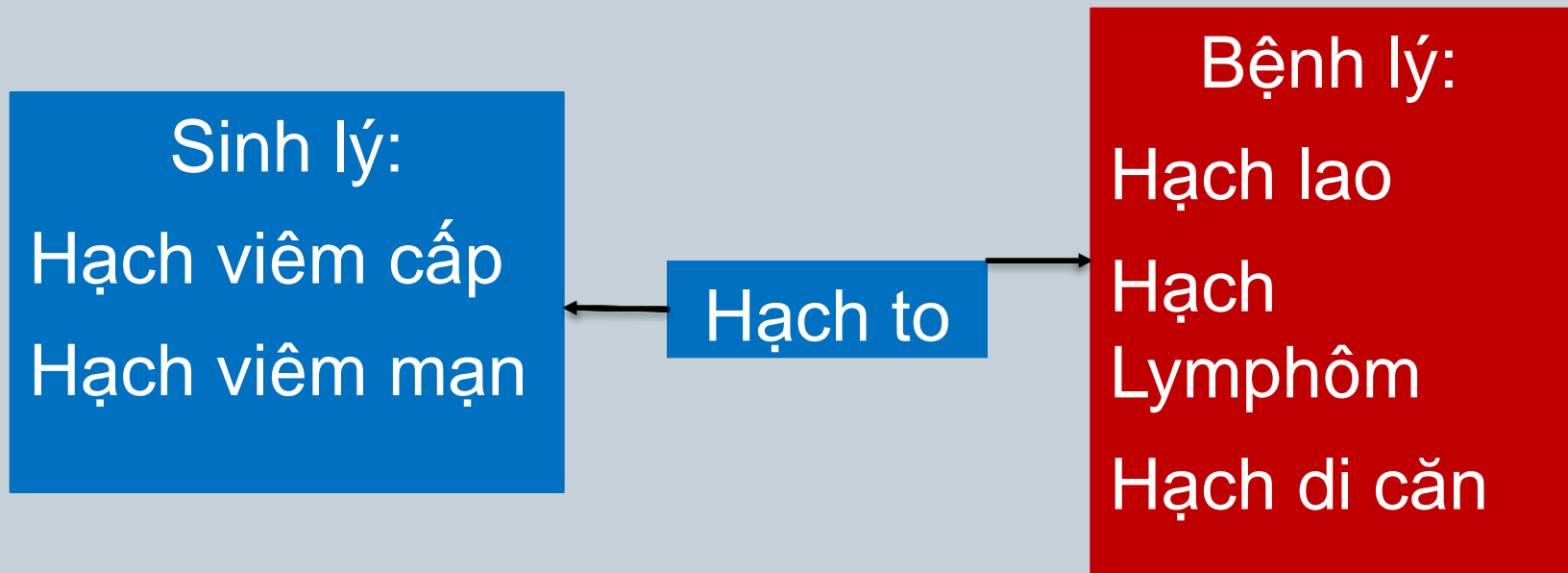


Hạch di căn

Tiếp cận chẩn đoán

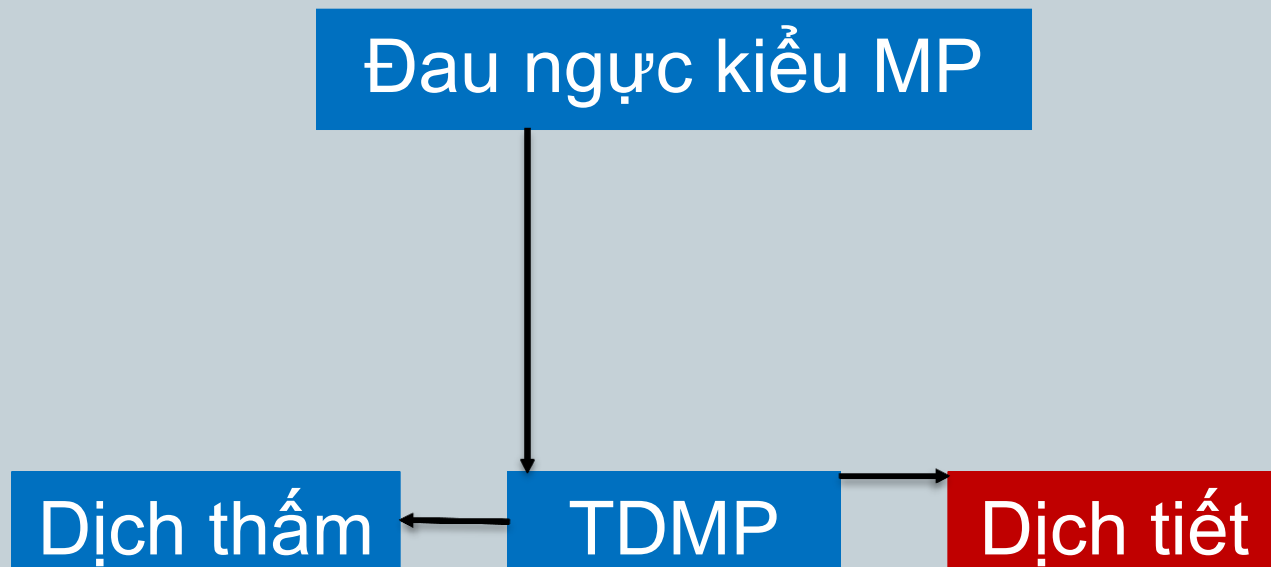
25

Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng



Tiếp cận chẩn đoán

26



Chẩn đoán phân biệt dịch thấm và dịch tiết

27

	Tỷ trọng	Protein	LDH	Protein (dịch MP / máu)	LDH (dịch MP / máu)	PH
Dịch thấm	<1,016	<3g/dl	<200U/L	<0,5	<0,6	7,4-7,55
Dịch tiết	>1,016	>3g/dl	>200U/L	>0,5	>0,6	7,3-7,45

Chẩn đoán phân biệt dịch thấm và dịch tiết

Dịch thấm	Dịch tiết
Suy tim sung huyết (>90%) Xơ gan có báng bụng Hội chứng thận hư Phù niêm (myxedema) Xẹp phổi (cấp tính) Viêm màng ngoài tim co thắt Chèn ép tĩnh mạch chủ trên Thuyên tắc phổi	Viêm phổi (tràn dịch phản ứng) Ung thư Thuyên tắc phổi Nhiễm trùng (vi khuẩn, vi rút, nấm, ký sinh trùng, Rickettsial) Lao phổi Asbestos Hội chứng Meigs Bệnh lý tụy Tăng Urê máu Xẹp phổi (mạn tính) Sarcoidosis Dị ứng thuốc ...

Các nguyên nhân gây TDMP dịch tiết

29

- Viêm phổi
- Lao phổi
- Ung bướu
- Khác:
 - Khám lâm sàng
 - Phương tiện hình ảnh
 - Xét nghiệm sinh hóa
 - Giải phẫu bệnh

Phương tiện hình ảnh

30

Phương tiện đầu tay:.....mục đích → Kết quả

Phương tiện tiếp theo bao gồm:.....mục đích →
Kết quả

Xét nghiệm sinh hóa

31

Xét nghiệm công thức máu:.....mục đích → Kết quả

Xét nghiệm chức năng gan, thận:....mục đích → Kết quả

Các dấu hiệu sinh học của bướu (tumor biomarkers) nếu có

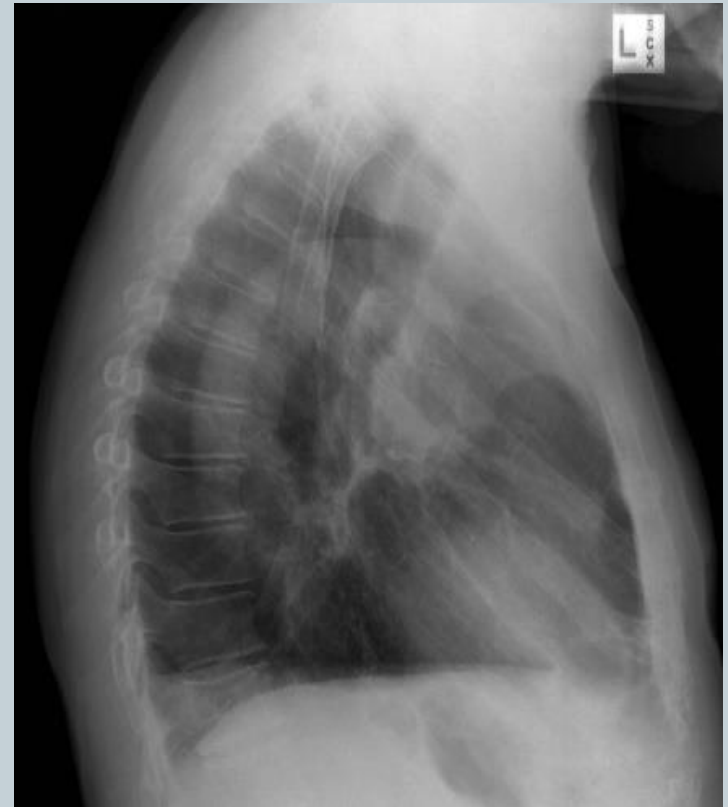
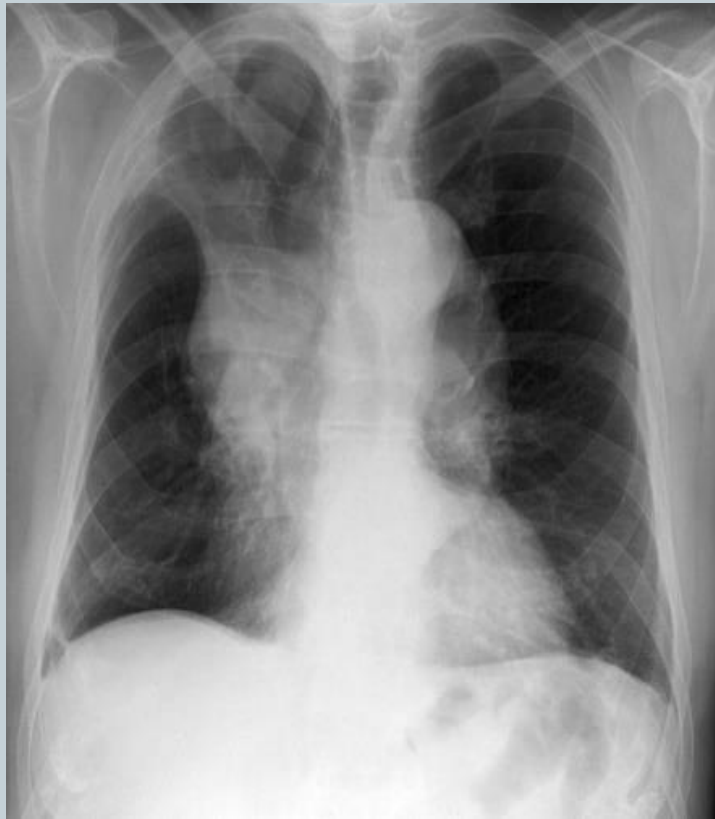
Phương tiện hình ảnh học



✓ X quang ngực :

- Bướu vùng trung tâm: sang thương vùng rốn phổi \pm xẹp phổi, khí phế thũng, hạch rốn phổi
- Bướu ngoại biên: sang thương nốt mờ, hình sao (GĐ sớm), hình tròn với bờ gai
- Quan sát tổn thương 2 bên phổi, xương, màng phổi, khí quản

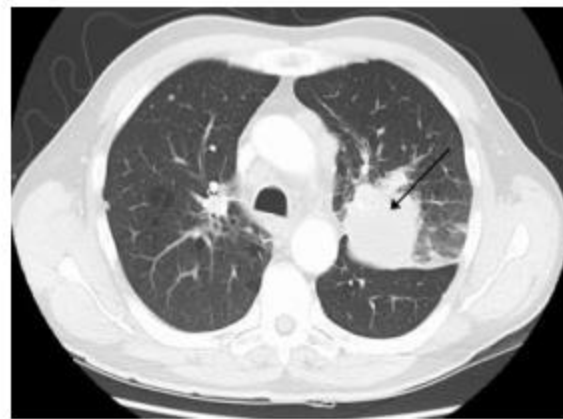
X-quang ngực: “golden S sign”



X-Quang ngực



Phương tiện hình ảnh học

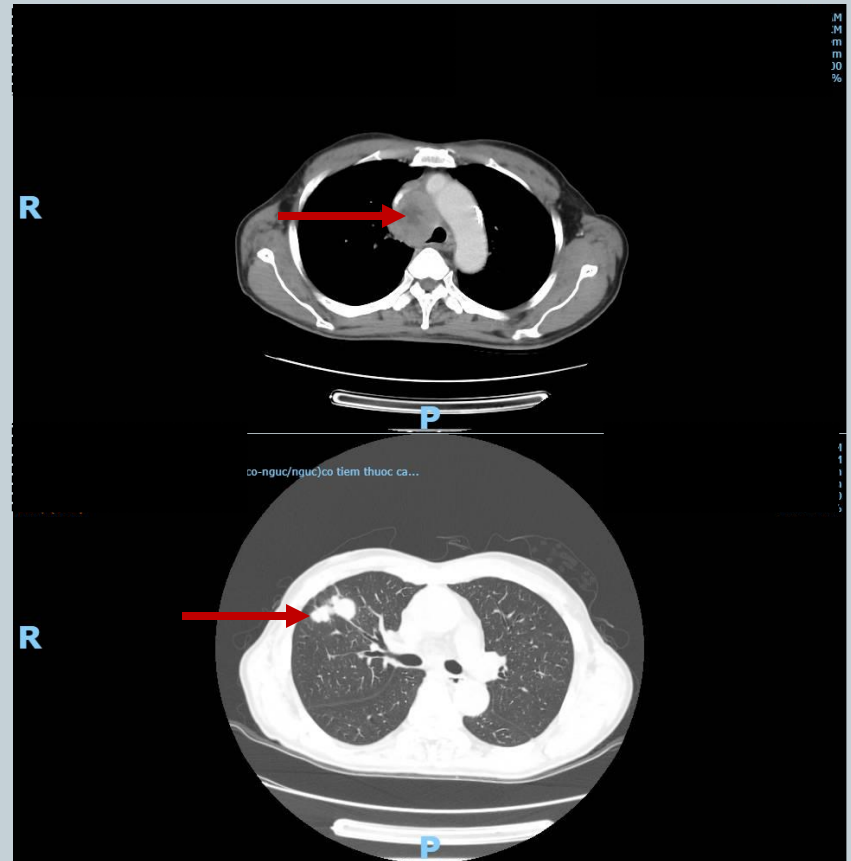


Hình ảnh điển hình của ung thư phổi trên X-quang và CT ngực

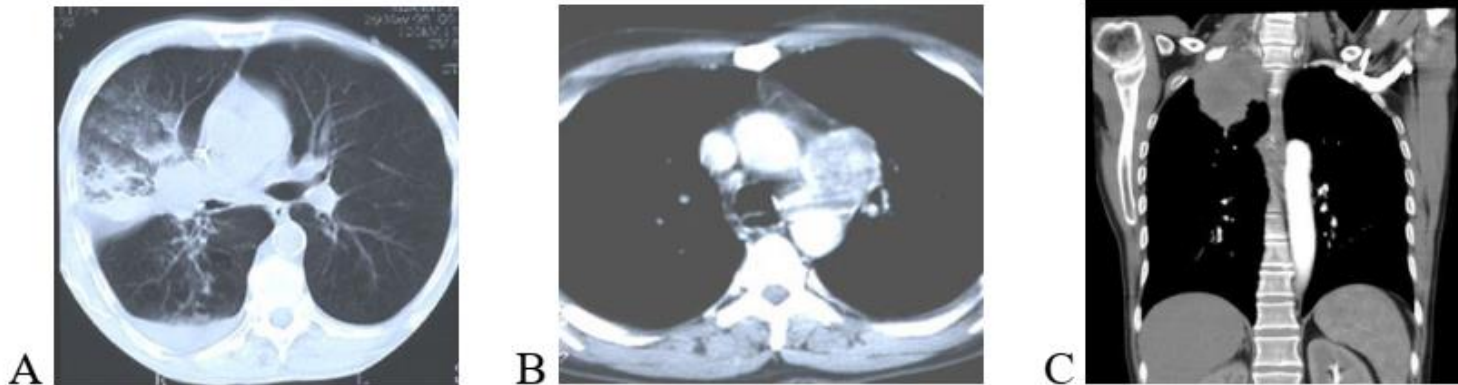
CT-Scan lồng ngực

36

- ✓ Độ nhạy và độ đặc hiệu # 60%, dương tính giả # 20-30%
- ✓ Đánh giá bướu, hạch trung thất, hạch rốn phổi ($\varnothing > 1\text{cm}$ nghi ngờ ác tính), hạch cổ, di căn gan, vùng não.



CT-Scan lồng ngực



Hình 5. Các tình huống phát hiện ung thư phổi không điển hình:

A- Bệnh nhân sốt, ho, khạc đàm có mủ. B- Bệnh nhân khàn tiếng do bướu chèn ép thần kinh quặt ngược ở trung thất. C- Bệnh nhân đau nhiều ở vai phải do bướu vùng đỉnh phổi xâm lấn chèn ép mạng thần kinh cánh tay và hủy xương sườn 1 (Bướu Pancoast).

MRI phổi

38

- ✓ Độ nhạy và độ đặc hiệu \approx CT-Scan
- ✓ Tốt hơn trong đánh giá bướu quanh đốt sống, thành ngực, trung thất, mạch máu, đánh giá xâm lấn mô mềm thành ngực, di căn não

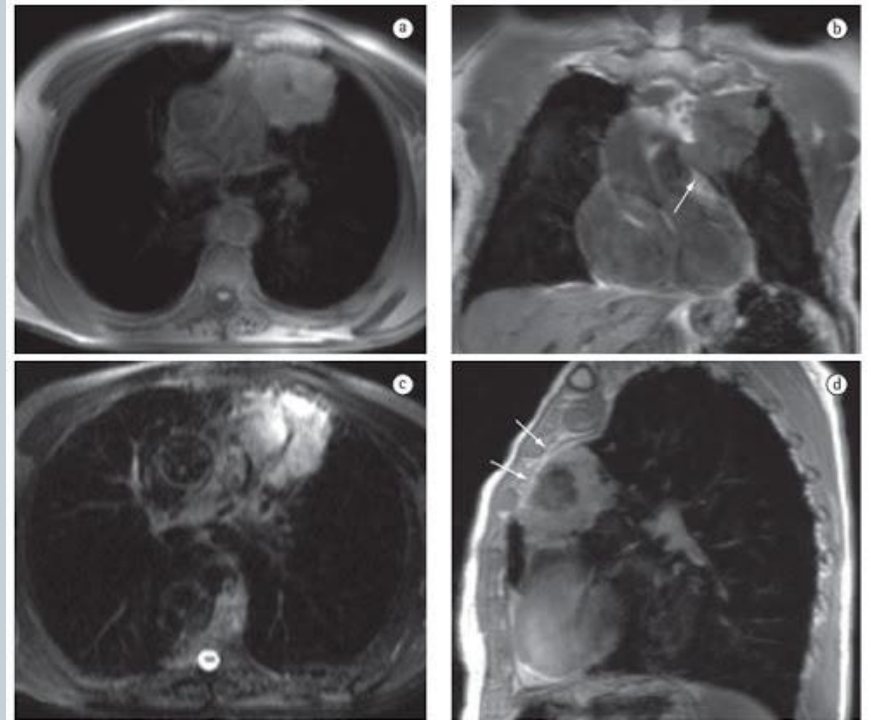
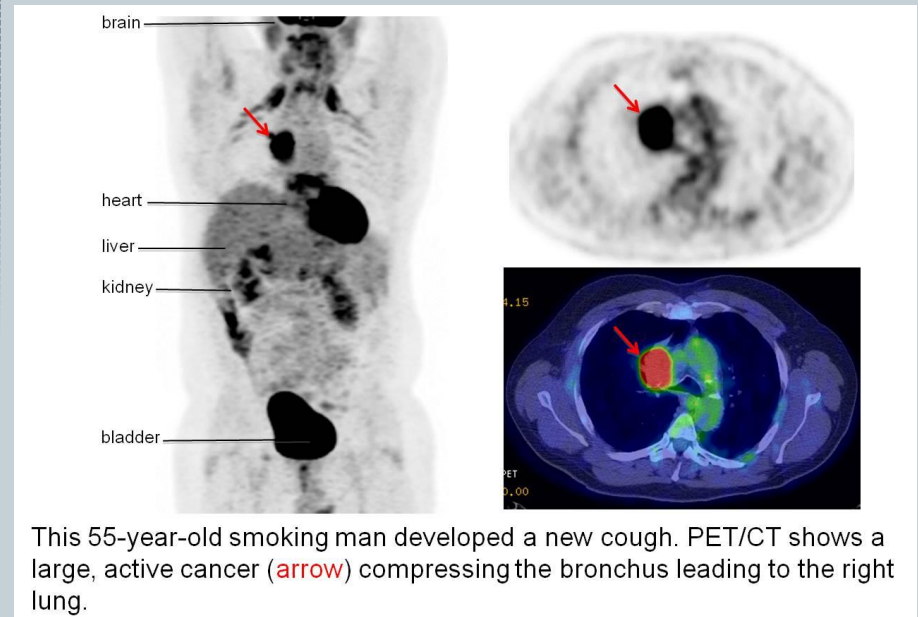


Figure 1 – Magnetic resonance images showing pulmonary epidermoid carcinoma of the lung as a paramediastinal lesion. Axial T1-weighted image (a), coronal T1-weighted image (b), axial T2-weighted image (c), and sagittal T1-weighted image after the administration of a paramagnetic contrast agent (d). The mass is irregular and heterogeneous, hypointensity on T1-weighted images and hyperintensity on T2-weighted images predominating. The mass also presents heterogeneous contrast enhancement, with a hypointense central area of necrosis. Note mediastinal fat invasion at the aortopulmonary window (arrow in B) and a wide surface of contact with the anterior chest wall, although without direct signs of invasion (arrows in d).

PET - Scan

39

- ✓ Độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn CT-Scan trong đánh giá hạch trung thất, đánh giá độ lan tràn của bệnh
- ✓ Độ nhạy: 96%
- ✓ Độ đặc hiệu: 75%
- ✓ Giá trị tiên đoán dương và âm: 90%



Sinh thiết - GPB

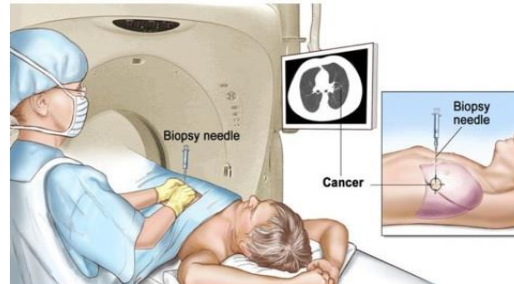


- ✓ Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán: sinh thiết bướu nguyên phát → GPB
- ✓ Trường hợp khó thở do TDMP lượng nhiều: ưu tiên chọc dò DMP để điều trị (giảm khó thở) và chẩn đoán (sinh hóa, tế bào học ác tính, PCR lao)

Sinh thiết - GPB

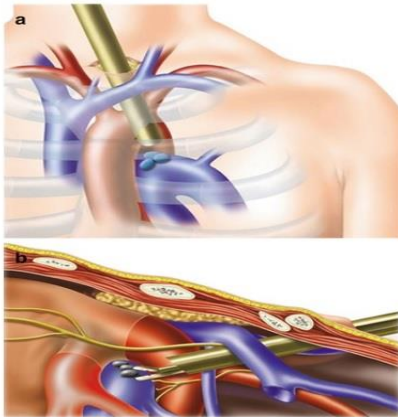


Mở ngực thám sát



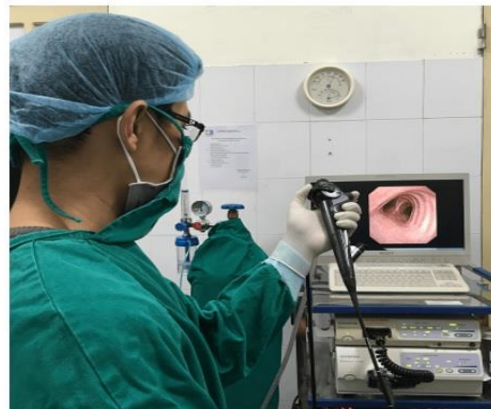
Phương tiện 2

Sinh thiết lõi kim xuyên thành ngực (core biopsy) dưới hướng dẫn của CT-Scan



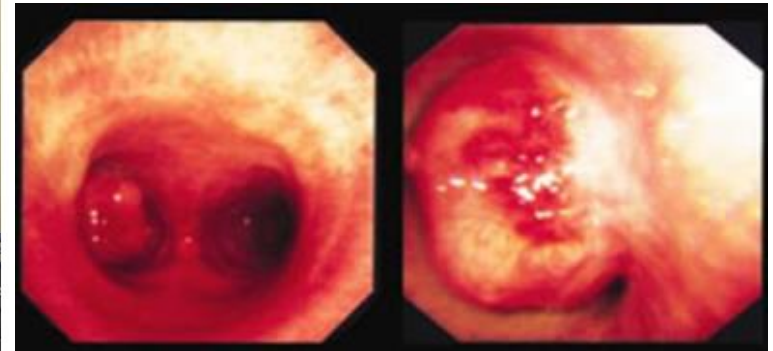
Phương tiện 3

Nội soi trung thất:
ST bướu trung tâm,
hạch trung thất

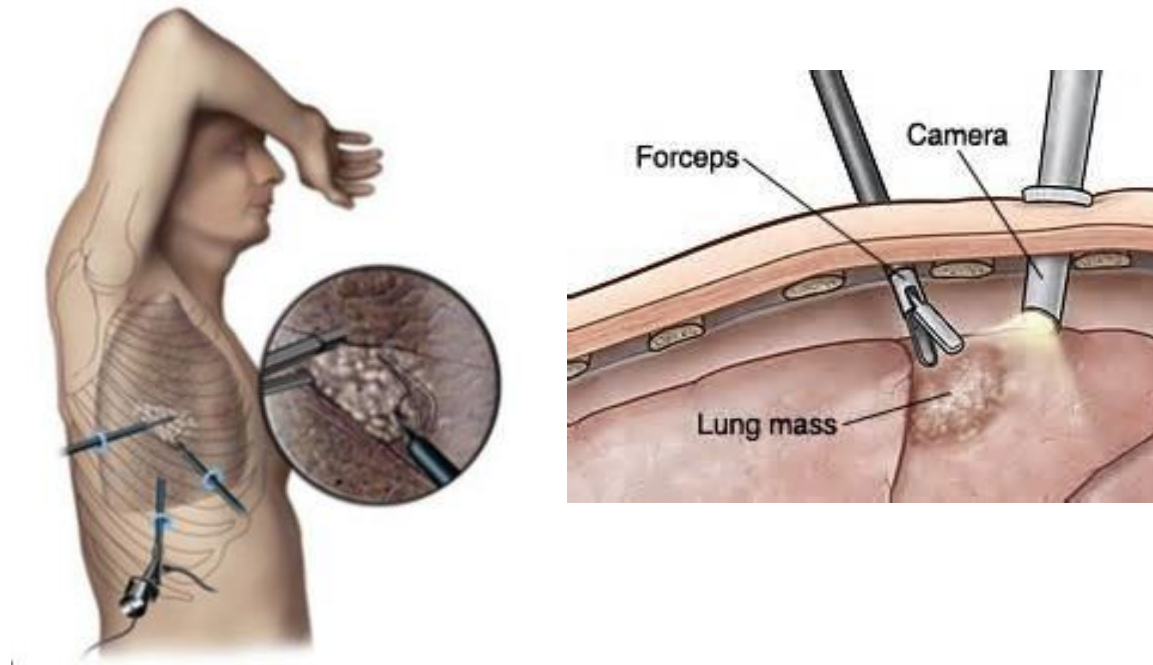


Phương tiện 4

Nội soi phế quản bằng ống soi mềm:
ST hoặc chải rửa phế quản

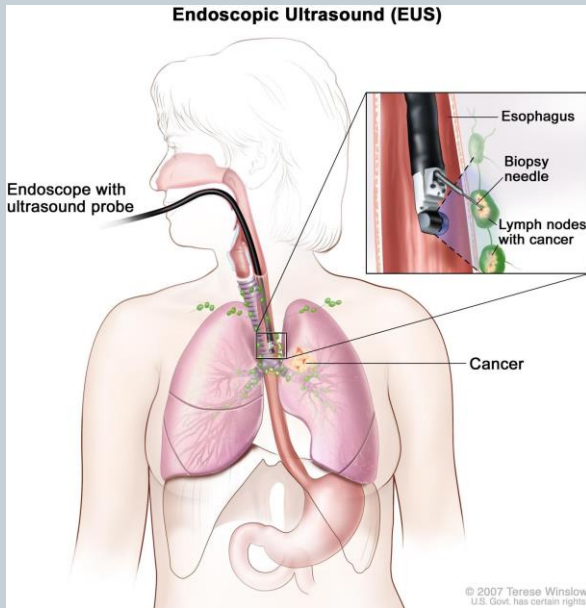


Sinh thiết - GPB



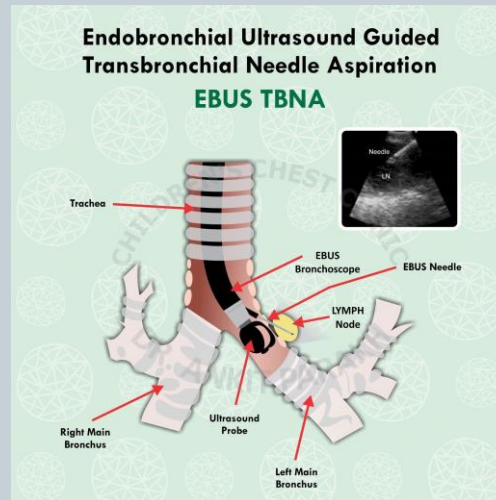
VATS (Video assisted thoracoscopic surgery) – Phẫu thuật nội soi lồng ngực (vào khoang màng phổi): Sinh thiết bướu

Giá trị của sinh thiết hạch trung thất



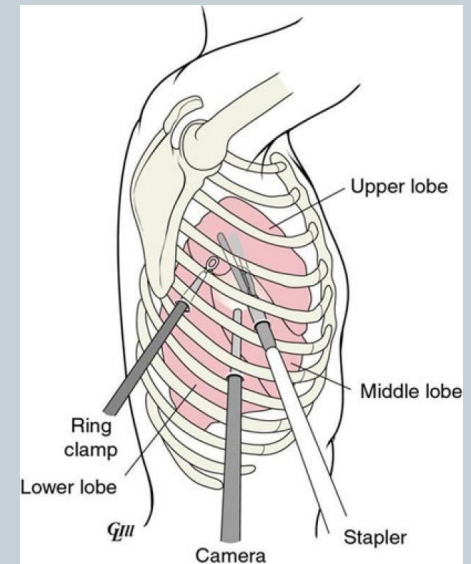
EUS

- Độ chính xác: 83%- 97%
- Độ nhạy: 84%- 92%



EBUS-TBNA

- Độ chính xác: 81,2%
- Độ nhạy: 55,1%



VATS

FDG PET/CT chẩn đoán di căn hạch trung thất

- Độ nhạy 58% –94%
- Độ đặc hiệu 76–96%





Role of FDG PET/CT in the Eighth Edition of TNM Staging of Non–Small Cell Lung Cancer

Asha Kandathil, MD
Fernando U. Kay, MD
Yasmeen M. Butt, MD
Jason W. Wachsmann, MD
Rathan M. Subramaniam, MD, PhD,
MPH

Abbreviations: FDG = fluorine 18 fluorodeoxyglucose, IASLC = International Association for the Study of Lung Cancer, NCCN = National Comprehensive Cancer Network, NSCLC = non–small cell lung carcinoma

RadioGraphics 2018; 38:2134–2149

<https://doi.org/10.1148/rgr.2018180060>

Content Codes:    

From the Departments of Radiology (A.K., F.U.K., J.W.W., R.M.S.) and Pathology (Y.M.B.), University of Texas Southwestern Medical Center, 5323 Harry Hines Blvd, Dallas, TX 75390-9316. Presented as an education exhibit at the 2017 RSNA Annual Meeting. Received March 9, 2018; revision requested April 20 and received May 10; accepted May 14. For this journal-based SA-CME activity, the author R.M.S. has provided disclosures (see end of article); all other authors, the editor, and the reviewers have disclosed no relevant relationships. **Address correspondence** to A.K. (e-mail: asha.kandathil@utsouthwestern.edu).

©RSNA, 2018

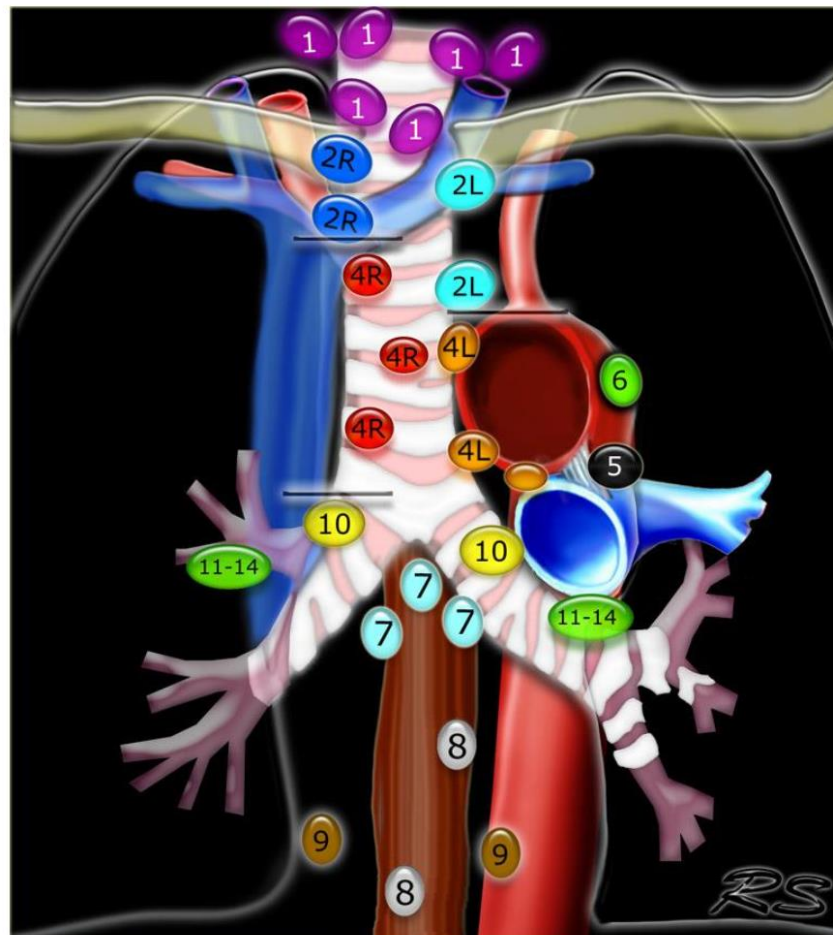
SA-CME LEARNING OBJECTIVES

Lung cancer is the leading cause of cancer-related mortality in the United States, and accurate staging plays a vital role in determining prognosis and treatment. The recently revised eighth edition of the TNM staging system for lung cancer defines new T and M descriptors and updates stage groupings on the basis of substantial differences in survival. There are new T descriptors that are based on the findings at histopathologic examination, and T descriptors are reassigned on the basis of tumor size and extent. No changes were made to the N descriptors in the eighth edition of the TNM staging of lung cancer, because the four N categories that are based on the location of the diseased nodes can be used to consistently predict prognosis. The eighth edition includes a new M1b descriptor for patients with a single extrathoracic metastatic lesion in a single organ (M1b), because they have better survival and different treatment options, compared with those with multiple extrathoracic lesions (M1c). Examination with fluorine 18 fluorodeoxyglucose (FDG) PET/CT is the standard of care and is an integral part of the clinical staging of patients with lung cancer. To provide the treating physicians with accurate staging information, radiologists and nuclear medicine physicians should be aware of the updated classification system and should be cognizant of the site-specific strengths and limitations of FDG PET/CT. In this article, the eighth edition of the TNM staging system is reviewed, as well as the role of FDG PET/CT in the staging of non–small cell lung carcinoma.

©RSNA, 2018 • radiographics.rsna.org

Sinh thiết hạch trung thất

- II: EBUS-TBNA, nội soi trung thất
- III: EBUS-TBNA, nội soi trung thất
- IV: EBUS-TBNA, EUS-FNA, nội soi trung thất
- V: VATS, EUS-FNA

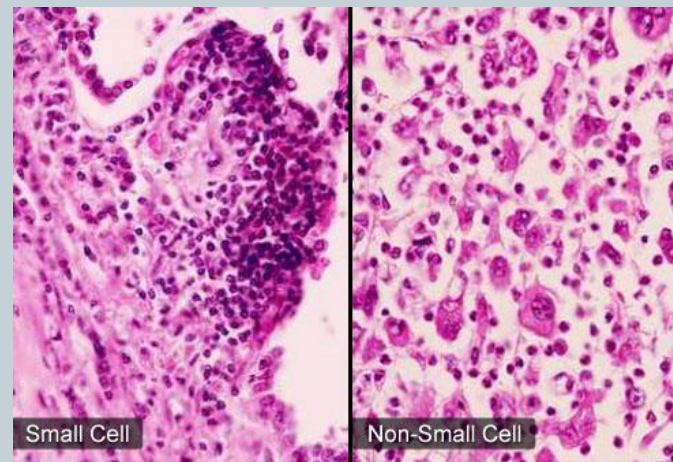


GPB

46

✓ GPB:

- Tế bào nhỏ (small cell carcinoma)
- Không tế bào nhỏ: carcinôm tuyến (adenocarcinoma), carcinôm tế bào vảy (squamous cell carcinoma), carcinôm tế bào lớn, khác (carcinoid)

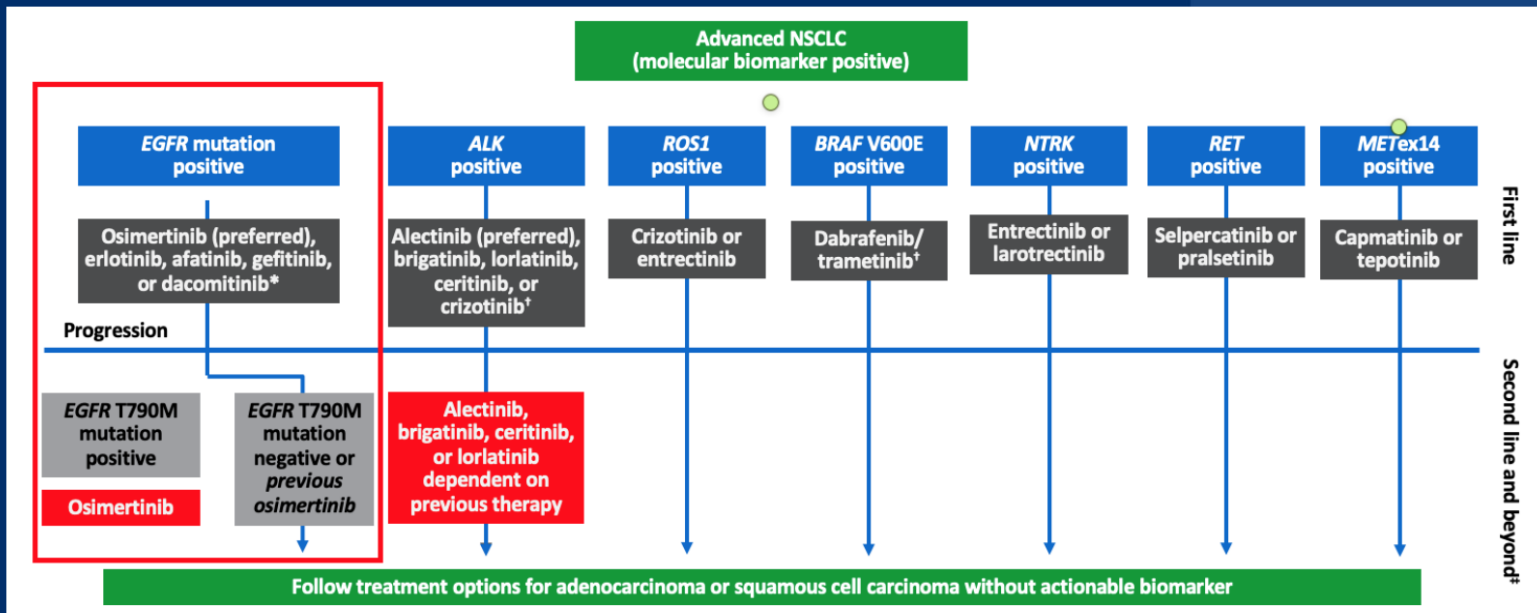


Xét nghiệm SHPT / UTPKTBN

47

- Driver: Đột biến gen EGFR, tái sắp xếp ALK, ROS1, KRAS, BRAF, NTRK, RET, MET
- PDL1

Current Treatment Paradigm for Molecular Biomarker–Positive Advanced NSCLC



*Afatinib, dacomitinib, erlotinib (alone or in combination with ramucirumab), gefitinib, osimertinib approved for *EGFR* exon 19del, exon 21 L858R; afatinib for *EGFR* G719X, S768I, L861Q. †Or as second-line after CT. ‡In May 2021, amivantamab and mobocertinib were FDA approved for second-line treatment of *EGFR*ex20ins+ and sotorasib for *KRAS* G12C+ adv NSCLC, respectively.

Các dấu hiệu sinh học của bướu

49

- Không có giá trị $\Delta(+)$, dùng để đánh giá đáp ứng điều trị và diễn tiến bệnh
- NSE: UTPTBN
- Cyfra 21-1, CEA: UTP carcinôm tuyến
- SCC: UTP tế bào vảy

Xét nghiệm sinh hóa

50

- Cận lâm sàng khác
 - ✓ Đánh giá chức năng phổi: FEV1 \pm DLCO (carbon monoxide diffusion capacity) $\geq 40\%$ và không tăng thán khí, không tăng áp phổi (phẫu thuật mở ngực)
 - FEV1 (thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu) trước mổ $\geq 2L$ (cắt phổi), $\geq 1L$ (cắt thùy), $\geq 0,6L$ (cắt phân thùy)
 - FVC (dung tích sống gắng sức) trước mổ $\geq 1,7L$
 - ✓ Sinh hóa: chức năng gan, thận, ion đồ, canxi máu
→ đánh giá di căn xa và \$ cận ung

Chẩn đoán xác định, giai đoạn

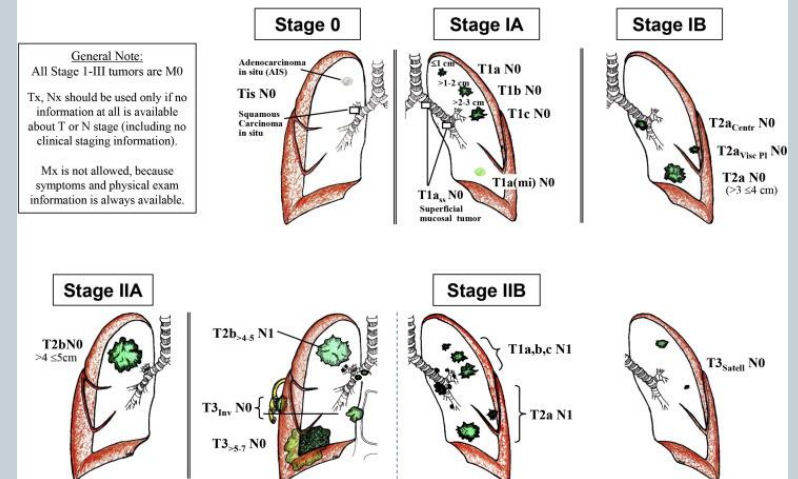
51

TNM 8th - Primary tumor characteristics

T_x	Tumor in sputum/bronchial washings but not be assessed in imaging or bronchoscopy
T₀	No evidence of tumor
T_{is}	Carcinoma in situ
T₁	≤ 3 cm surrounded by lung/visceral pleura, not involving main bronchus
T_{1a(mi)}	Minimally invasive carcinoma
T_{1a}	≤ 1 cm
T_{1b}	> 1 to ≤ 2 cm
T_{1c}	> 2 to ≤ 3 cm
T₂	> 3 to ≤ 5 cm or involvement of main bronchus without carina, regardless of distance from carina or invasion visceral pleural or atelectasis or post obstructive pneumonitis extending to hilum
T_{2a}	>3 to ≤4cm
T_{2b}	>4 to ≤5cm
T₃	>5 to ≤7cm in greatest dimension or tumor of any size that involves chest wall, pericardium, phrenic nerve or satellite nodules in the same lobe
T₄	> 7cm in greatest dimension or any tumor with invasion of mediastinum, diaphragm , heart, great vessels, recurrent laryngeal nerve, carina, trachea, oesophagus, spine or separate tumor in different lobe of ipsilateral lung
N₁	Ipsilateral peribronchial and/or hilar nodes and intrapulmonary nodes
N₂	Ipsilateral mediastinal and/or subcarinal nodes
N₃	Contralateral mediastinal or hilar; ipsilateral/contralateral scalene/supraclavicular
M₁	Distant metastasis
M_{1a}	Tumor in contralateral lung or pleural/pericardial nodule/malignant effusion
M_{1b}	Single extrathoracic metastasis, including single non-regional lymphnode
M_{1c}	Multiple extrathoracic metastases in one or more organs

T/M	Subcategory	N0	N1	N2	N3
T1	T1a	IA1	IIB	IIIA	IIIB
	T1b	IA2	IIB	IIIA	IIIB
	T1c	IA3	IIB	IIIA	IIIB
T2	T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB
	T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T3	T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4	T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
M1	M1a	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1b	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1c	IVB	IVB	IVB	IVB

Lung Cancer Stage Classification (8th Edition)



Kết luận



- Thường gặp, thường phát hiện bệnh ở giai đoạn tiến xa, bệnh cảnh lâm sàng đa dạng
- Yếu tố nguy cơ cao: Hút thuốc lá ≥ 30 gói - năm
- Bệnh sử và khám lâm sàng gợi ý chẩn đoán
- Chẩn đoán xác định dựa vào GPB
- Xét nghiệm SHPT trong UTPKTBN: đột biến gen EGFR, tái sắp xếp ALK, PD-L1

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN !

53

