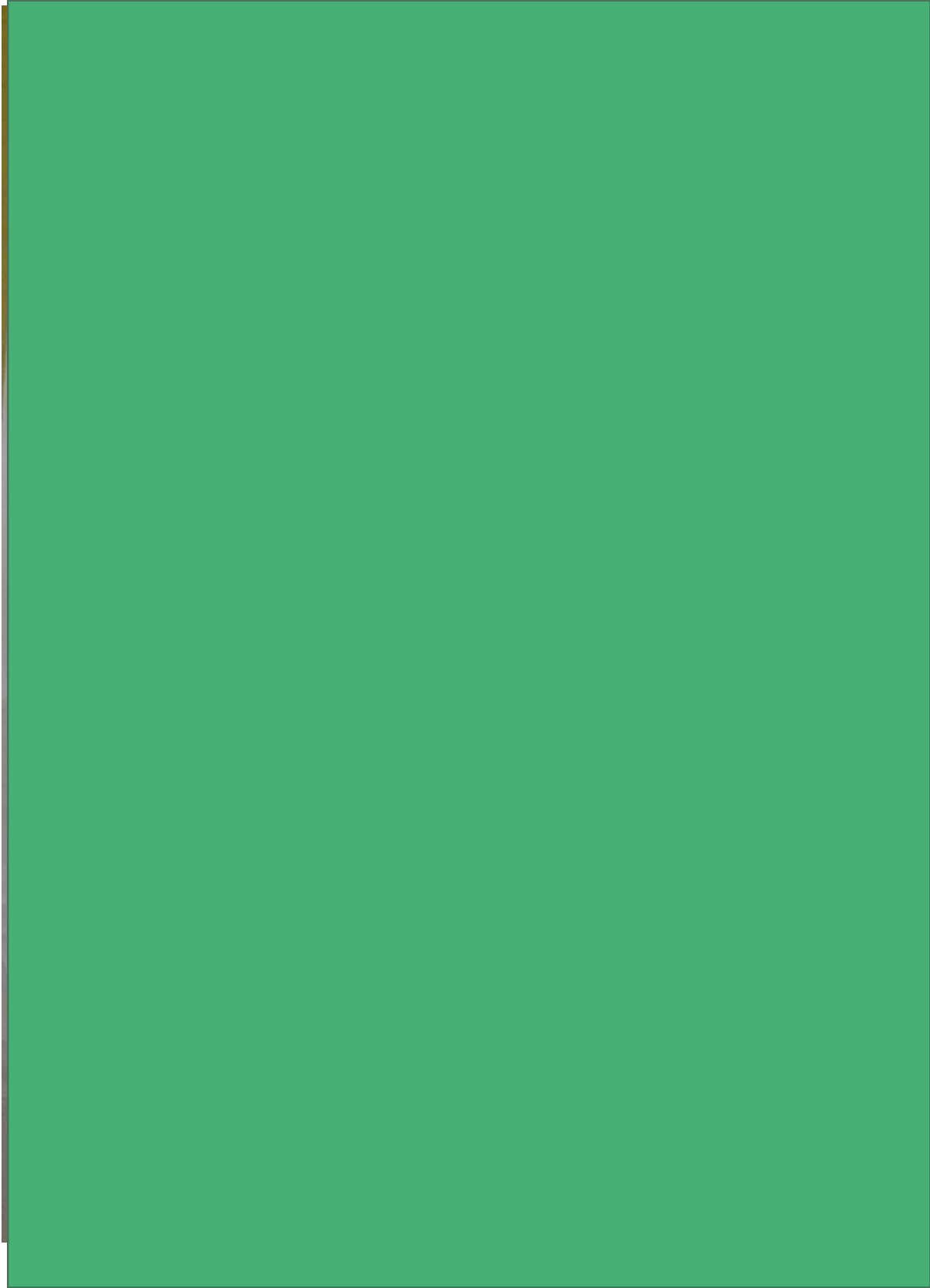


Đại học Y dược TP.Hồ Chí Minh Khoa Y		ĐỀ THI LÝ THUYẾT UNG THƯ (LẦN 2) Đối tượng: SINH VIÊN Y4 ĐA KHOA Ngày thi: 20/7/2016 Thời gian làm bài : 45 phút (Đề thi gồm có 70 câu hỏi)	
MÃ ĐỀ 0 0 2			
- Họ tên sinh viên:.....		Giám thị 1	Giám thị 2
- Số báo danh:.....			



**KHÔNG THẤY CHUP CÂU 13 - 17**

18. Diễn tiến tự nhiên của ung thư cổ tử cung

- ☒ A. Lan xuống âm đạo là thường gặp nhất nhưng khó đánh giá bằng khám lâm sàng
- ☐ B. Lan qua chu cung có nguy cơ gây thận ứ nước và suy thận
- C. Xâm lấn trực tràng thường gặp do cổ tử cung rất gần với trực tràng
- D. Xâm lấn bàng quang có thể gây vô niệu
- E. Tất cả các câu trên đúng

Chọn B hoặc C  
C đúng hơn á :D

vách BQ, trực tràng chắc chắn, chỉ xâm lấn dc trong giai đoạn muộn

19. Tình huống thường gặp nhất của ung thư cổ tử cung xâm lấn trên lâm sàng là:

- A. Không có triệu chứng và được phát hiện qua xét nghiệm tầm soát định kỳ
- ☒ B. Xuất huyết âm đạo bất thường
- C. Huyết trắng kéo dài
- D. Đau nhức vùng hạ vị
- E. Tiểu khó, tiểu buốt, tiểu máu

D. Tăng huyết áp > 5 năm

E. Câu A và B đúng

25. Khám lâm sàng ung thư cổ tử cung: **ko bik B hay E**

A. Khám bằng mô vẹt giúp đánh giá xâm lấn lên thân tử cung

☒ B. Khám chu cung bằng 2 tay: tay trong âm đạo và tay trên thành bụng

☒ C. Có thể phát hiện dò bàng quang- âm đạo

D. Chỉ có thể đánh giá chu cung dưới gây mê

☒ E. Câu B và C đúng

26. Tân sinh trong biểu mô cổ tử cung độ 1 (CIN1) có nguy cơ diễn tiến thành ung thư cổ tử cung xâm lấn sau 10 năm:

A. 5%

☒ B. 10%

C. 15%

D. 20%

E. 25%

B đúng hơn

Chu cung là phần nằm giữa thành sau âm đạo và trực tràng, khám đề nhóm 2 trong âm đạo ngón 3 trong trực tràng, miết qua lại xem trơn láng ko

Khám bằng tay: đánh giá các tổn thương của âm hộ, âm đạo, túi cùng, cổ tử cung, thân tử cung, vách âm đạo-trực tràng, chu cung và sự xâm lấn vùng chậu.

32. Mục đích của việc xét nghiệm ER, PR, HER-2/neu trong ung thư vú nhằm:

- A. Phân loại bướu dưới góc độ sinh học phân tử
- B. Giúp chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp
- C. Giúp đánh giá tiên lượng bệnh
- ☒ D. Tất cả các câu đều đúng
- E. Chỉ có A, C đúng

33. Một phụ nữ 59 tuổi, mãn kinh 8 năm, đến bác sĩ khám vì sờ thấy một khối trong vú phải khoảng 3 tháng nay. Không tiền căn bệnh lý vú trước đó, bệnh nhân đang dùng thuốc điều trị cao huyết áp và ổn định. Khám lâm sàng sờ thấy một khối 1,5 cm, chắc, giới hạn không rõ, 1/4 dưới ngoài vú phải vị trí 8 giờ, cách núm vú 4 cm, ít di động trong mô vú và di động tốt so với thành ngực, không dính da. Siêu âm nghi ngờ sang thương thay đổi sợi bọc khu trú vú phải vị trí 8 giờ. Bệnh nhân được chọc FNA dưới hướng dẫn siêu âm tương ứng vị trí này với kết quả là tổn thương lành tính. Bước xử trí tiếp theo thích hợp trên bệnh nhân này?

- A. Chụp MRI vú 2 bên.
- ☒ B. Chụp nhũ ảnh 2 bên
- C. Sinh thiết trọn sang thương
- ☒ D. Sinh thiết lõi kim sang thương
- E. Chụp CT scan ngực

hok bik



Sinh thiết trọn sang thương

Không tương hợp lâm sàng và FNA => sinh thiết lõi (bà này 59 tuổi khám ls thấy dính, giới hạn k rõ nữa) mà không biết có nên sinh thiết trọn luôn không.

u nè:

n rún phổi thì  
sinh thiết

n thành ngực  
FNA

41. Carcinôm tuyến giáp dạng nhú, chọn câu đúng:

- A. Chiếm 20-30% các trường hợp ung thư tuyến giáp mới mắc
- B. Cắt giáp toàn phần là phẫu thuật chọn lựa ngay cả khi bướu nhỏ <1cm.
- ☒ C. Rất nhiều trường hợp có tính đa ổ trên vị thể
- D. Hiếm khi cho di căn hạch cổ ở những bệnh nhân dưới 15 tuổi
- E. Là bệnh có tiên lượng xấu trong ung thư đầu cổ

42. Loại ung thư nào sau đây ít cho di căn xương nhất?

- A. Ung thư tuyến tiền liệt
- B. Ung thư phổi
- ☒ C. Ung thư tuyến giáp
- D. Ung thư vú
- E. Ung thư dạ dày

C hoặc D

43. Bệnh nhân nữ, 35 tuổi khám sức khỏe định kỳ phát hiện một nhân giáp thùy trái; không có tiền căn xạ trị và gia đình không ai bị ung thư giáp. Siêu âm cổ phát hiện nhân giáp thùy trái 2cm, echo kém, vi vôi hóa và hạch cổ nhóm III (T) 0.8 cm nghi viêm. Xét nghiệm máu TSH, FT3, FT4 bình thường. Xét nghiệm cần làm tiếp:

- A. CT-scan vùng cổ có cản quang
- ☒ B. FNA nhân giáp
- C. Xạ hình tuyến giáp
- D. Câu A và B đúng
- E. Câu A,B,C đúng

44. Chẩn đoán lâm sàng: Carcinôm tuyến giáp dạng nhú thùy (T). Xếp giai đoạn bệnh trên bệnh nhân này?

- ☒ A. Giai đoạn I
- B. Giai đoạn II
- C. Giai đoạn III
- D. Giai đoạn IV
- E. Tất cả đều sai

TNM tùy tuổi

Dưới 55 tuổi chỉ có 2 giai đoạn: M1 là GD 2 còn M0 là GD 1

Trên 55 tuổi: dưới 4 cm trong tg là GD 1, GD 3 là xâm lấn ra tới mô mềm  
GD 4 là di căn xa, còn lại GD 2

45. Điều trị cho bệnh nhân trên: < 1 cm mới cắt thùy, thấy hạch di căn là nạo, ko nạo phòng ngừa

- A. Cắt giáp toàn phần, nạo hạch cổ trái
- B. Cắt giáp toàn phần
- C. Cắt giáp toàn phần nạo hạch cổ hai bên
- D. Cắt trọn thùy trái, nạo hạch cổ trái
- ☒ E. Cắt trọn thùy trái

anh chị note tầm bậy

46. Human papilloma virus (HPV) có thể gây ra các ung thư sau, ngoại trừ:

- A. Ung thư khẩu hầu
- B. Ung thư cổ tử cung
- C. Ung thư âm hộ
- ☒ D. Ung thư thanh quản
- E. Ung thư dương vật

D. hiếm khi K thanh  
quản do HPV

40. Bệnh nhân nam, 42 tuổi, được chẩn đoán carcinôm tuyến giáp không biệt hóa. Siêu âm có hạch cổ (P) 1 cm nghi ngờ di căn. Các xét nghiệm khác chưa phát hiện di căn xa. Xếp giai đoạn trên bệnh nhân này, chọn câu đúng:

- A. Cần xác định giải phẫu bệnh của hạch cổ mới xếp giai đoạn được
- B. Cần biết thêm thông tin về kích thước bướu giáp
- C. Cần biết thêm thông tin bướu có xâm lấn dây thần kinh quặt ngược hay chưa
- ☒ D. Đã đủ dữ kiện xếp giai đoạn IV cho bệnh nhân
- E. Câu A và B đúng

K giáp không biệt hóa là  
GD IV hết



Thẻ nhũ nang thì chia <55, >55  
Thẻ tùy thì k phân theo tuổi, Gd1: T1N0, Gd2: Từ T2-3, Gd 3: N+, Gd4: T4  
Thẻ k biệt hóa: Gd 4

51. Tiêm vắc xin ngừa HPV hiện tại có thể phòng ngừa được

- A. 95 – 100%
- B. Trên 90%
- C. Trên 80%
- ☒ D. Trên 70%
- E. Tất cả sai

Nhị giá, tứ giá: trên 70%  
Cuur giá: trên 90%

VN năm 2017 không có cửu giá ==))

52. Loại ung thư tuyến giáp nào không xuất phát từ tế bào nang giáp?

- A. Carcinôm tuyến giáp dạng nhú
- B. Carcinôm tuyến giáp dạng nang
- ☒ C. Carcinôm tuyến giáp dạng tùy
- D. Carcinôm tuyến giáp không biệt hóa
- E. Carcinôm tuyến giáp dạng nhú biến thể nang

53. Khi khai thác tiền căn bệnh lý ung thư tuyến giáp cần lưu ý các vấn đề sau

- A. Tiền căn có tiếp xúc với phơi nhiễm phóng xạ trước đây hay không
- B. Tiền căn gia đình có ai mắc bệnh ung thư tuyến giáp trước đó hay không
- C. Bệnh nhân có tiền sử bệnh ung thư tuyến vú trước đó hay không
- ☒ D. Câu A và B đúng
- E. Tất cả các câu đều đúng.

Thẻ tùy (mọi lứa tuổi)

Giai đoạn I:	T <sub>1</sub>	N <sub>0</sub>
Giai đoạn II:	T <sub>2,3</sub>	N <sub>0</sub>
Giai đoạn III:	T <sub>1-3</sub>	N <sub>1a</sub>
Giai đoạn IV <sub>a</sub>	T <sub>4a</sub>	Bất kỳ N
	T <sub>1-3</sub>	N <sub>1b</sub>
Giai đoạn IV <sub>b</sub>	T <sub>4b</sub>	Bất kỳ N
Giai đoạn IV <sub>c</sub>	Bất kỳ T	Bất kỳ N

Thẻ không biệt hóa (tất cả ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa đều phân loại ở giai đoạn IV)

Giai đoạn IV <sub>a</sub>	T <sub>1-3a</sub>	Bất kỳ N	M <sub>0</sub>
Giai đoạn IV <sub>b</sub>	T <sub>1-3a</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3b</sub>	Bất kỳ N	M <sub>0</sub>
	T <sub>4</sub>	Bất kỳ N	M <sub>0</sub>
Giai đoạn IV <sub>c</sub>	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M <sub>1</sub>

Thẻ không biệt hóa (tất cả ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa đều phân loại ở giai đoạn IV)



58. Yếu tố tiên lượng xấu trong ung thư vú, ngoại trừ:

- A. Tuổi trẻ
- B. Còn kinh nguyệt
- ☒ C. Thụ thể ER, PR dương tính
- D. Biểu hiện quá mức thụ thể HER2
- E. Tất cả đều sai

10.2 Các yếu tố cần xem xét trước khi điều trị

- Bệnh còn tại chỗ tại vùng (M0) hay đã di căn xa (M1)
- Phân nhóm sinh học: HER2 (+), thụ thể nội tiết (+), hay tam âm (triple negative)
- Các yếu tố tiên lượng bệnh
- Tình trạng kinh nguyệt

59. Giải phẫu bệnh ung thư vú, chọn câu SAI

- A. Carcinôm ống tuyến vú thường gặp hơn carcinôm tiểu thùy
- ☒ B. Carcinôm tiểu thùy tại chỗ có thể theo dõi không cần điều trị
- C. Carcinôm tuyến vú có thể cho di căn hạch thượng đòn
- ☒ D. Giải phẫu bệnh ung thư vú không cần xác định loại trước khi điều trị
- E. Carcinôm tại chỗ khi tế bào bướu chưa vượt qua màng đáy.

60. Biểu hiện nào sau đây cho biết sự hiện diện của ung thư vú giai đoạn IV:

- A. Thay đổi viêm trong tuyến vú
- B. Di căn hạch trên đòn cùng bên
- C. Bướu xâm lấn lan đến cơ ngực
- D. Bướu xâm nhiễm núm vú
- ☒ E. Tất cả đều sai

61. Các yếu tố làm tăng nguy cơ phát triển ung thư vú, ngoại trừ:

- A. Có kinh sớm hoặc mãn kinh muộn
- B. Không sinh con
- C. Tuổi > 30 lúc mang thai đầu tiên
- ☒ D. Sảy thai ở 3 tháng đầu hay 3 tháng giữa thai kỳ
- E. Tiền căn xạ trị vùng ngực

62. Ung thư vú, chọn câu SAI

- A. Là ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ tính chung trên toàn thế giới.
- B. Thường gặp ở những nước công nghiệp phát triển hơn những nước đang phát triển
- ☒ C. Khó phát hiện sớm do không có triệu chứng lâm sàng
- D. Có liên quan đến yếu tố gia đình.
- E. Tình huống thường gặp nhất là sờ thấy một khối trong vú.

63. Nhận định nào không đúng về ung thư vú

- A. Thường xuất hiện ở ¼ trên ngoài của vú
- ☒ B. Di căn hạch nách đối bên được xem là di căn xa
- ☒ C. Đau nhói da khi bướu xâm lấn vào mạch bạch huyết dưới da vú đau da cam
- D. Di căn hạch trung thất được xem là di căn xa
- E. Cơ quan di căn xa thường gặp nhất là xương

 VERIFIED

Phan van  
B,D



## CÂU 2 :

### Di căn

Sarcôm thường di căn theo đường máu và rất ít di căn hạch. Thường nhất là di căn phổi. Sarcôm đường tiêu hóa và phụ khoa có thể di căn gan. Vùng sau phúc mạc có thể là nơi di căn của sarcôm vùng chi. Những vị trí khác như xương, mô dưới da và não ít bị di căn và chỉ di căn sau khi phổi bị di căn.

-những loại sarcôm có thể di căn hạch

Sarcôm cơ vân ✓

Sarcôm hoạt mạc ✓

Sarcôm tế bào dạng biểu mô ✓

-Những loại sarcôm hiếm khi di căn (thường có tiên lượng tốt)

Sarcôm mỡ

Sarcôm sợi

Bướu mô bào sợi ác

Sarcôm sợi bì lành

Sarcôm kaposi, nếu không liên quan đến bệnh AIDS

## CÂU 3 :

**Tầm soát** (theo khuyến cáo của Hiệp hội chống ung thư Hoa Kỳ)

\* Đối với người ở độ tuổi trung niên  $\geq 50$  tuổi, không triệu chứng, không tiền căn gia đình: nội soi khung đại tràng 1 lần/10 năm hoặc tìm máu ẩn trong phân/ mỗi năm + nội soi đại tràng sigma mỗi 5 năm hoặc chụp cản quang kép khung đại tràng mỗi 5 năm.

\* Đối với người có tiền căn viêm đại tràng: nội soi khung đại tràng mỗi 1-2 năm bắt đầu từ năm thứ 8 kể từ khi có triệu chứng viêm toàn bộ khung đại tràng và bắt đầu từ năm thứ 15 kể từ khi có triệu chứng viêm đại tràng trái.

\* Đối với người có tiền căn gia đình có người bị ung thư đại trực tràng [nhưng không thuộc loại đa-pôlyp-tuyến gia đình (FAP - Familial Adenomatous Polyposis) hoặc loại ung thư đại tràng thể di truyền-không-đa-pôlyp (HNPCC- Hereditary Non-Polyposis Colon Cancer)] : nội soi khung đại tràng 1-5 năm/ một lần, bắt đầu từ tuổi 40 hoặc sớm hơn 10 tuổi so với tuổi của người mắc bệnh trẻ nhất trong gia đình.

\* Đối với những gia đình có đa pôlyp tuyến đại tràng (FAP), nguy cơ ung thư đại trực tràng là 100% từ tuổi 50 trở đi: nên xét nghiệm gen APC, tầm soát từ rất sớm, cắt toàn bộ đại tràng hoặc cắt đại tràng-hậu môn khi có xuất hiện pôlyp.

\* Đối với những gia đình thuộc loại ung thư đại trực tràng thể-di truyền-không-đa- pôlyp (HNPCC): nội soi khung đại tràng 1-2 năm/ một lần, bắt đầu từ tuổi 20-25 hoặc sớm hơn 10 tuổi so với tuổi của người mắc bệnh trẻ nhất trong gia đình

## CÂU 7 : BẠN NÀO CÓ SÁCH TRA GIÚP NHÉ !

## CÂU 9 :

### II- Bệnh học

**Carcinôm tuyến:** xuất độ loại này tăng nhanh ở các nước Âu-Mỹ, hiện nay vào khoảng 60-80% các trường hợp mới mắc so với 10-15% ở thời điểm 10 năm trước đây.

Carcinôm tuyến thường gặp ở đàn ông da trắng, liên quan đến thực quản Barrett, chứng trào ngược dịch vị, và thoát vị cơ hoành.

Vị trí: **75% ở 1/3 dưới** thực quản, 25% ở 1/3 trên và giữa.

**Carcinôm tế bào gai:** liên quan đến thuốc lá, rượu, hoặc tiền sử đã từng bị ung thư vùng đầu và cổ.

Vị trí: **50% ở 1/3 giữa** thực quản và 50% ở 1/3 dưới.

Ở Việt nam, ung thư thực quản thường gặp ở 1/3 giữa (50%), 25% ở 1/3 trên và 25% ở 1/3 dưới. Carcinôm tế bào gai chiếm ưu thế.

CÂU 10 :

Tuổi trung vị lúc chẩn đoán là 65.

Tỷ lệ nam/ nữ = 1.5:1.

Ung thư dạ dày liên quan đến chế độ **ăn ít rau trái tươi, ít sinh tố.**

Thực phẩm được **lưu trữ bằng tủ lạnh hoặc tủ đông giúp người ta có điều kiện ăn thực phẩm tươi hơn, giảm tiêu thụ các chất sinh ung như nitrate, nitrite** có trong thực phẩm chế biến dạng muối (thịt muối, cá mặn... để ngăn ngừa nhiễm vi sinh vi nấm), giảm tiếp xúc hydrocarbon vòng trong thực phẩm xông khói. **Nhờ vậy xuất độ ung thư dạ dày tại các nước phát triển đã giảm** từ thập niên 1930 cho tới nay.

Các yếu tố sinh ung vừa nêu thường liên quan đến vị trí ung thư dạ dày đoạn bờ cong nhỏ hoặc hang vị. Vài thập niên trở lại đây có sự gia tăng tỷ lệ ung thư ở đoạn phình vị và tâm vị, liên quan đến vấn đề trào ngược dịch vị và thực quản Barrett.

Vi khuẩn *Helicobacter pylori* được báo cáo là có liên quan đến nguy cơ ung thư dạ dày tuy nhiên việc làm sạch nhiễm loại vi khuẩn này cũng chưa cho thấy làm giảm nguy cơ mắc bệnh.

CÂU 11 :

## 6- Chẩn đoán

Việc chẩn đoán bệnh ung thư bao gồm chẩn đoán vị trí bướu, chẩn đoán bản chất mô học của bướu và chẩn đoán giai đoạn bệnh. Để chẩn đoán các nội dung này thầy thuốc vận dụng các phương tiện lâm sàng (khai thác bệnh sử, tiền căn, khám thực thể) và cận lâm sàng (hình ảnh học, dấu hiệu sinh học AFP/ huyết thanh, giải phẫu bệnh) đã trình bày ở trên.

**Để chẩn đoán xác định**, bằng chứng giải phẫu bệnh (là carcinôm tế bào gan) của mẫu mô sinh thiết là tiêu chuẩn chính xác nhất. Tuy nhiên, nếu siêu âm, CT-scan hoặc MRI chẩn đoán là bướu gan cộng với xét nghiệm AFP/ huyết thanh > 400 ng/ml (ng, nanogram =  $10^{-9}$  g), cũng có giá trị chẩn đoán xác định là carcinôm tế bào gan. (Bình thường AFP có nồng độ từ 10-20 ng/ml).

CÂU 18, CÂU 19 : KO RÕ

CÂU 26 :

Diễn tiến thanh ung thư xâm lấn sau 10 năm :

CIN1 : 10%    60% thoái triển

CIN3 : 30%    25% thoái triển

## CÂU 28 :

Tóm lại: ung thư thực quản là một thử thách cho các nhà điều trị vì bệnh thường đã lan rộng khi được chẩn đoán, phẫu thuật khó khăn do vị trí thực quản nằm sâu trong lồng ngực. Bên cạnh đó, thể trạng bệnh nhân thường suy nhược do dinh dưỡng kém vì nuốt nghẹn kéo dài. Hóa trị khó được dung nạp tốt do chức năng gan của bệnh nhân mau suy giảm vì tiền căn uống rượu nhiều. Xạ trị khó khăn nếu bướu lan rộng, độc tính do xạ trên phổi, tim, tủy sống, sẽ là những yếu tố cản trở việc điều trị với liều xạ triệt để. Bằng các biện pháp phòng ngừa như không hút thuốc, hạn chế uống rượu, hạn chế thực phẩm chế biến, điều trị sớm chứng trào ngược thực quản, sinh hoạt điều độ, tránh stress, có thể làm giảm đáng kể nguy cơ ung thư thực quản.

Khó trị, vì: giai đoạn thường tiến triển tại chỗ, tại vùng; phẫu thuật khó khăn, dễ biến chứng, thể trạng BN thường kém vì suy dinh dưỡng

## CÂU 30 :

Carcinôm thể ruột: thường gặp ở bệnh nhân trên 40 tuổi, diễn tiến tương đối chậm. Carcinôm thể lan tỏa: thường ở bệnh nhân trẻ, diễn tiến dữ dội hơn.

TRA MẠNG thấy thể ruột có liên quan đến vi khuẩn Hp

Trong khối u tủy ruột, các tế bào gắn kết nhau, có xu hướng sắp xếp thành ống tuyến giống như các UT biểu mô tuyến đường tiêu hóa khác (biệt hóa cao), ngược lại đối với tủy lan tỏa các tế bào u thiếu sự gắn kết, không tạo ống tuyến, xâm lấn mạnh vào tổ chức xung quanh (không biệt hóa).

## CÂU 35 :

2- Chẩn đoán bản chất mô học của bướu (giải phẫu bệnh)

Để biết được bản chất mô học của bướu trước khi điều trị, người thầy thuốc cần cân nhắc các phương pháp thủ thuật tiếp cận bướu nhằm có thể sinh thiết được mô bướu một cách hiệu quả và an toàn. Trên nguyên tắc, các bướu nằm ở vùng trung tâm gần rốn phổi, có thể tiếp cận qua **nội soi phế quản-sinh thiết**. Các bướu nằm ở ngoại vi, sát thành ngực có thể được **sinh thiết bằng kim** (chọc hút bằng kim nhỏ hoặc sinh thiết lõi kim) xuyên qua da, dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc CT-Scan. Ngoài ra có thể dùng phương pháp nội soi lồng ngực (tức làm xẹp một bên phổi, nội soi khoang màng phổi và sinh thiết bướu). Khi không thể có được bệnh phẩm từ các thủ thuật này, mới tiến hành mổ ngực thám sát.

## CÂU 36 : ?

- Hội chứng Pancoast, gồm bướu đỉnh phổi, xâm lấn gây hủy xương sườn số 1 và chèn ép mạng thần kinh cánh tay.

## CÂU 38 :

### 1. Dịch tễ

Ung thư dương vật hiếm gặp ở các nước châu Âu và Bắc Mỹ (<1% các ung thư của nam) nhưng có tỷ lệ từ 10-20% các loại ung thư ở nam giới châu Phi, châu Á và Nam Mỹ. Ở Việt Nam, ung thư dương vật có xuất độ 1/ 100 000 nam.

Yếu tố nguy cơ

Da quy đầu hẹp bẩm sinh, da quy đầu dài, vệ sinh tại chỗ kém, nhiễm HPV týp 16, 18. Bệnh rất hiếm gặp ở các dân tộc có tục cắt da quy đầu cho trẻ sơ sinh (người Do Thái, người Hồi giáo).

## 2. Bệnh học

95% là carcinôm tế bào gai; các loại khác hiếm gặp, trong đó có mêlanôm ác, lymphôm, carcinôm tế bào đáy, sarcôm Kaposi.

Da dương vật cho dẫn lưu lymphô về hạch bẹn nông hai bên; vùng quy đầu dẫn lưu về hạch bẹn và hạch chậu hai bên; mô thân dương vật dẫn lưu về hạch bẹn sâu, hạch chậu hai bên. Dù hạch bẹn hai bên không sờ chạm trên lâm sàng, tỷ lệ hạch bẹn bị di căn khi nạo hạch có thể lên đến 20%.

CÂU 39 :

- 75% bướu ở vùng ngoại vi của tuyến

Bướu thường có nhiều ổ

- 95% là carcinôm tuyến (adenocarcinoma)

- **Độ mô học Gleason** (độ biệt hóa thành tuyến + tế bào không điển hình + nhân bất thường): càng cao, tiên lượng càng xấu

Tổng số điểm Gleason = tổng số điểm của 2 kiểu mô chiếm ưu thế trong khối bướu

CÂU 44 :

Carcinôm dạng nhú hoặc nang **dưới 45 tuổi**

Giai đoạn I : bất kì M,N, M0

Giai đoạn II : M1

CÂU 50 :

Carcinôm không biệt hoá( tất cả các trường hợp là giai đoạn IV)

CÂU 57

### Tiên lượng

Các yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát tại chỗ gồm: diện cắt (+); bệnh nhân > 50 tuổi; bướu nằm sâu; các loại bướu liên quan đến sarcôm sợi, gồm cả bệnh sợi, bướu ác vỏ bao thần kinh ngoại biên.

Các yếu tố nguy cơ của di căn xa gồm: grad mô học (sau 5 năm, tỷ lệ di căn xa của sarcôm mô mềm grad thấp là 10%, của grad cao là 50%); bướu kích thước lớn; nằm sâu; sarcôm cơ trơn, bướu ác vỏ bao thần kinh ngoại biên; chỉ số Ki-67 cao.

CÂU 58:

Tiên lượng xấu:

- Bệnh nhân trẻ, còn kinh

- Có hạch di căn:  $\geq 4$  hạch
- Bướu to, Grad mô học: cao
- **Thụ thể ER,PR: âm tính**
- Xâm lấn BH-MM
- Một số yếu tố sinh học: thụ thể YTTT (Her-2/neu), sự tăng trưởng tb,

CÂU 68:

**Kháng nguyên đặc hiệu cho tiền liệt tuyến (PSA: Prostate Specific Antigen):** là một enzym glycoprotein được sản xuất bởi cả mô TTL bình thường và mô bướu. PSA tăng trong hầu hết những trường hợp ung thư TTL. PSA huyết thanh được sử dụng để chẩn đoán bệnh, xác định mức độ lan rộng của bệnh, đánh giá đáp ứng điều trị, theo dõi sự tái phát và di căn. Vai trò của PSA trong việc tầm soát bệnh hiện còn nhiều bàn cãi. Khi làm xét nghiệm PSA/ huyết thanh để tầm soát bệnh, nguy cơ ung thư TTL được ghi nhận như sau:

- PSA < 4 ng/mL: "bình thường"
- 4 - 10 ng/mL: nguy cơ ung thư là 20 - 30%
- 10 - 20 ng/mL: nguy cơ ung thư là 50 - 75%
- Trên 20 ng/mL: nguy cơ ung thư đến 90%