

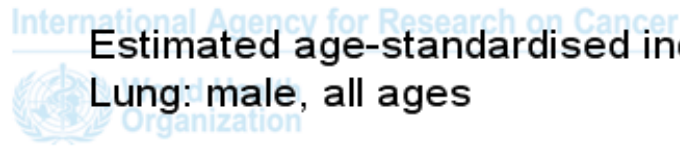
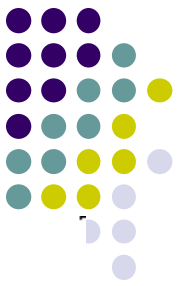
UNG THƯ PHỔI

Bài giảng lý thuyết Y4

Bs. Cung Thị Tuyết Anh

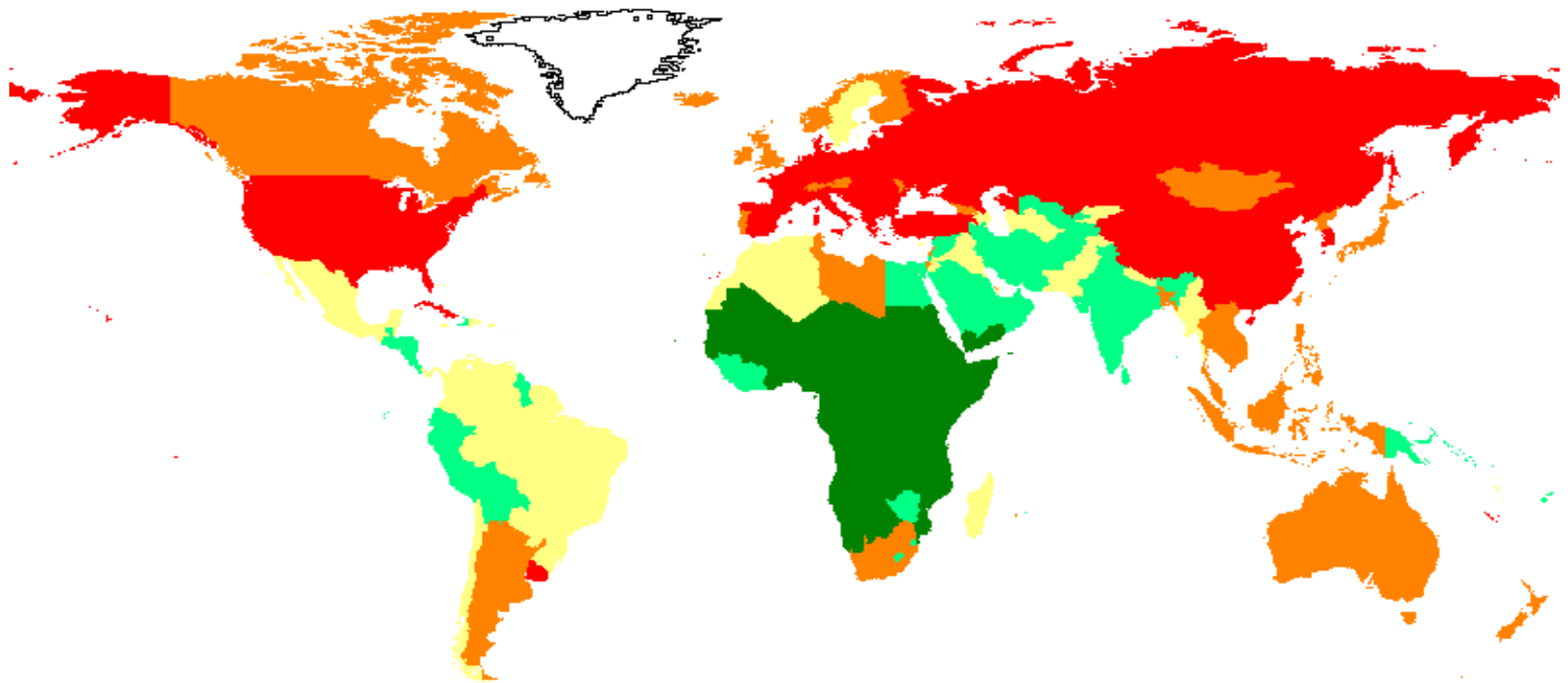


Xuất độ ung thư phổi²



Estimated age-standardised incidence rate per 100,000

Lung: male, all ages



■ < 5.1 ■ < 12.2 ■ < 25.6 ■ < 40.3 ■ < 80.9

Xuất độ và tử suất tăng không ngừng!



Việt Nam 2002

Nam

Nữ

- Tổng số/Xuất độ: 8089/ 29.6 2219/ 7.3
- Tổng số/Tử suất: 7480/ 27.4 2043/ 6.7

Việt nam 2008

- Tổng số/Xuất độ: 13152/ 37.6 7507/ 16.4
- Tổng số/Tử suất: 11070/ 31.6 6513/ 13.9

Là loại ung thư giết người nhiều nhất trên thế giới!

Xuất độ ở các nước đang phát triển ngày càng tăng



Nguyên nhân ung thư phổi

- Hút thuốc lá trực tiếp hoặc thụ động
 - Chất hắc ín trong khói thuốc chứa > 4000 chất độc hại, trong đó khoảng 70 chất sinh ung
- Nghề nghiệp, tiếp xúc với:
 - thạch miên (amiante/ asbestos)
 - Khí phóng xạ Radon
 - Hydrocarbon vòng thơm
 - Kim loại nặng (nickel, chrome)

Tử thiết tên sát nhân !



Giải phẫu bệnh ung thư phổi

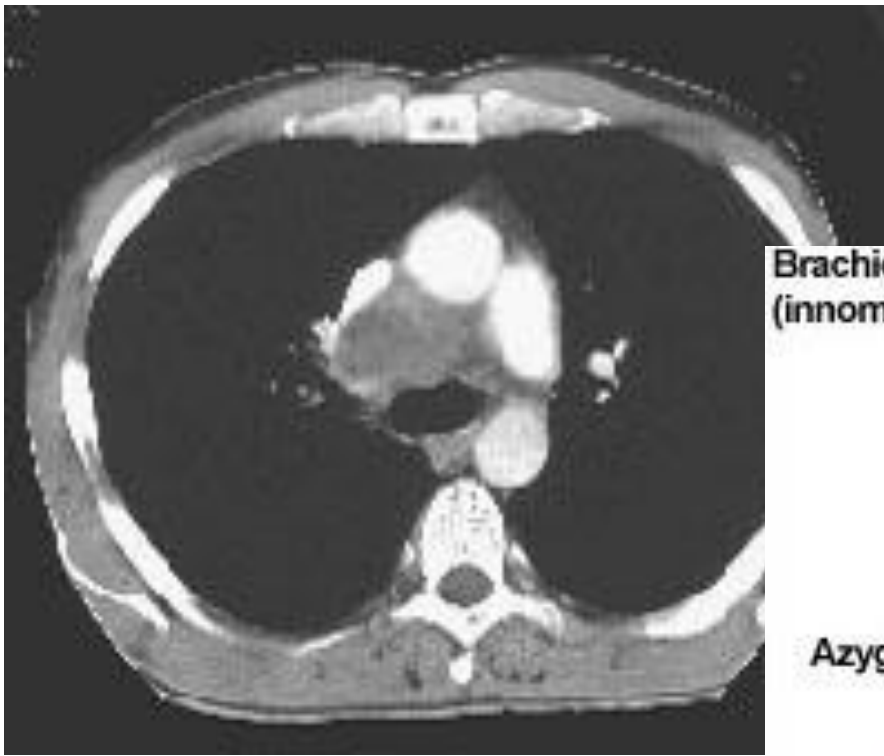


- **Ung thư tế bào nhỏ (20%)**, có nguồn gốc thần kinh-nội tiết
- **Ung thư không tế bào nhỏ (80%)**
 - Carcinôm tuyến
 - Carcinôm TB gai
 - Carcinôm tế bào lớn (không biệt hóa)
- Các loại ít gặp khác

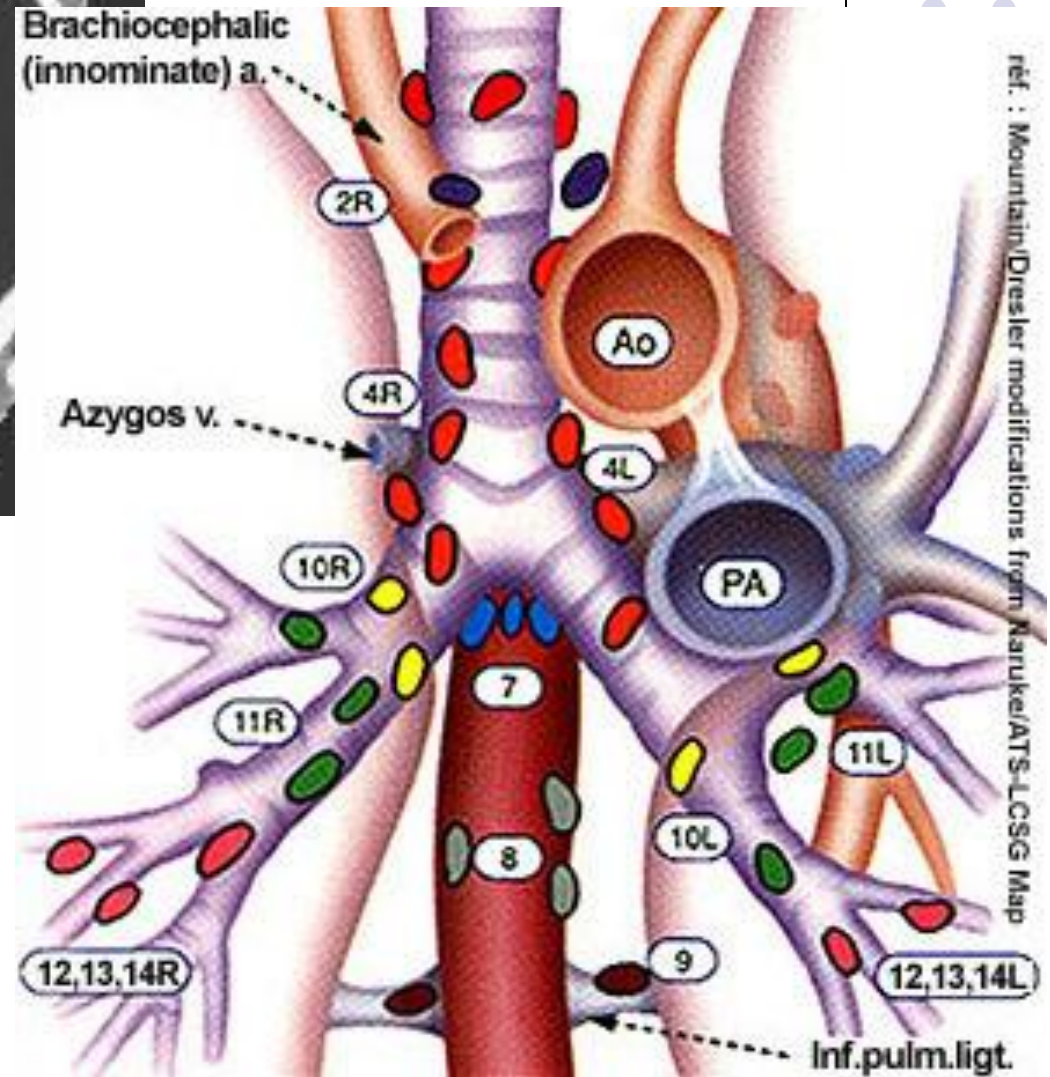
Diễn tiến tự nhiên UT phổi



- Xuất phát từ biểu mô phủ/ tuyến của phế quản
- Xâm lấn vào nhu mô phổi, lan rộng trong lòng PQ
- Xâm lấn vào các cơ quan lân cận: màng phổi, trung thất, thành ngực, cơ hoành ...
- Di căn hạch: cuống phổi, rốn phổi, trung thất, trên đòn
- Di căn xa: xương, gan, tuyến thượng thận, não; phổi đối bên (theo đường khí)



CT-Scan đánh giá vị
trí hạch di căn



Triệu chứng lâm sàng UT phổi



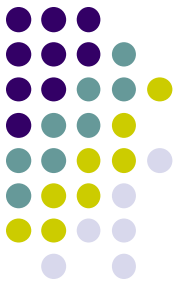
- Tùy vào vị trí tổn thương, mức độ lan rộng và tùy vị trí di căn. Đôi khi triệu chứng di căn xuất hiện trước khi phát hiện UT phổi.
- Có thể đi kèm hội chứng cận ung thư: triệu chứng nội tiết, thần kinh, huyết học, xương khớp ...
- Thường kèm các triệu chứng toàn thân: khó ở, sụt cân
- Có thể được phát hiện tình cờ qua chụp XQ ngực

Các triệu chứng của tổn thương tại chỗ-tại vùng



- Ho dai dẳng / Ho ra máu
- Thở rít / khó thở (hẹp lòng Pq, xẹp phổi; tràn dịch màng phổi / màng tim)
- Nhiễm trùng (viêm phổi / áp xe phổi)
- Đau ngực (xâm lấn thành ngực)
- Đau vai và cánh tay (Hc Pancoast: bướu đỉnh phổi, hủy xương sườn 1, chèn ép mạng TK cánh tay)
- Khàn tiếng (chèn ép TK X, nhánh hồi thanh quản)
- Phù áo khoác (hạch trung thất to, chèn ép TM chủ trên)
- Nổi hạch trên đòn

Dấu hiệu ngón tay dùi trống,
hay gặp trong UT phổi tế bào nhỏ

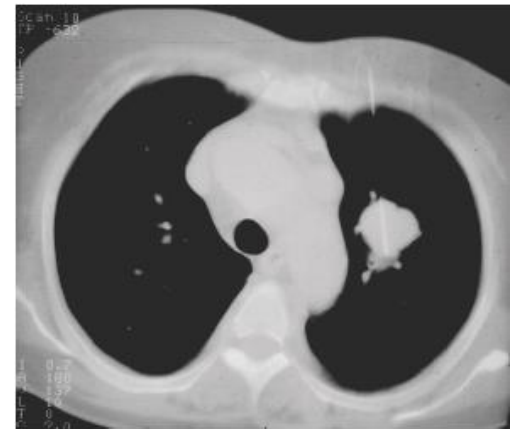


Chẩn đoán ung thư phổi

1- Chẩn đoán có “bướu” ở phổi:

Dựa trên:

- Khám lâm sàng
- XQ phổi
- CT-Scan ngực





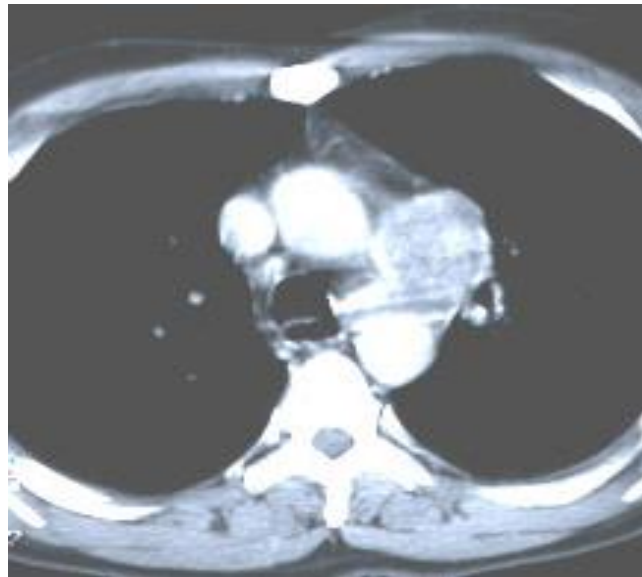
BN đau ngực, sốt, khạc ra mủ
>> viêm phổi không đáp ứng
điều trị

BN ho, khó thở thì hít vào
>> bướu xâm lấn khí quản

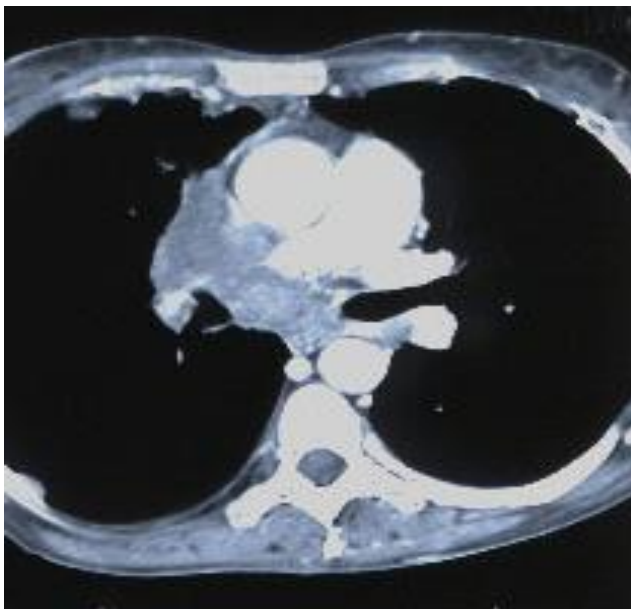




BN khàn tiếng:
bướu vùng trung
tâm, xâm lấn
TK hồi thanh
quản



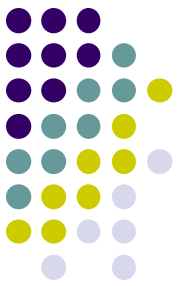
BN khó thở, XQ ngực phát
hiện tràn dịch màng phổi
2 bên



BN nuốt khó : bướu
xâm lấn trung thất
chèn ép thực quản



2- Chẩn đoán giải phẫu bệnh



LS, XQ, CT-Scan: Nghi ngờ UT phổi

■ Bướu ngoại biên

Chọn lựa

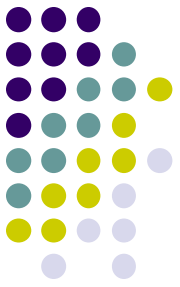
1. FNA qua da, hướng dẫn
= siêu âm / CT
2. Nội soi lồng ngực (sinh
thiết một phần bướu,
FNA)
3. Mở ngực thám sát

■ Bướu trung tâm/ Viêm phổi thùy không đáp ứng đtri/ Ho ra máu

Chọn lựa

1. XN tế bào ác tính/ đàm
2. Nội soi PQ (ST, chải rửa,
FNA)
3. Nội soi trung thất (ST)
4. Mở ngực thám sát

Cách tiếp cận bướu phổi để sinh thiết

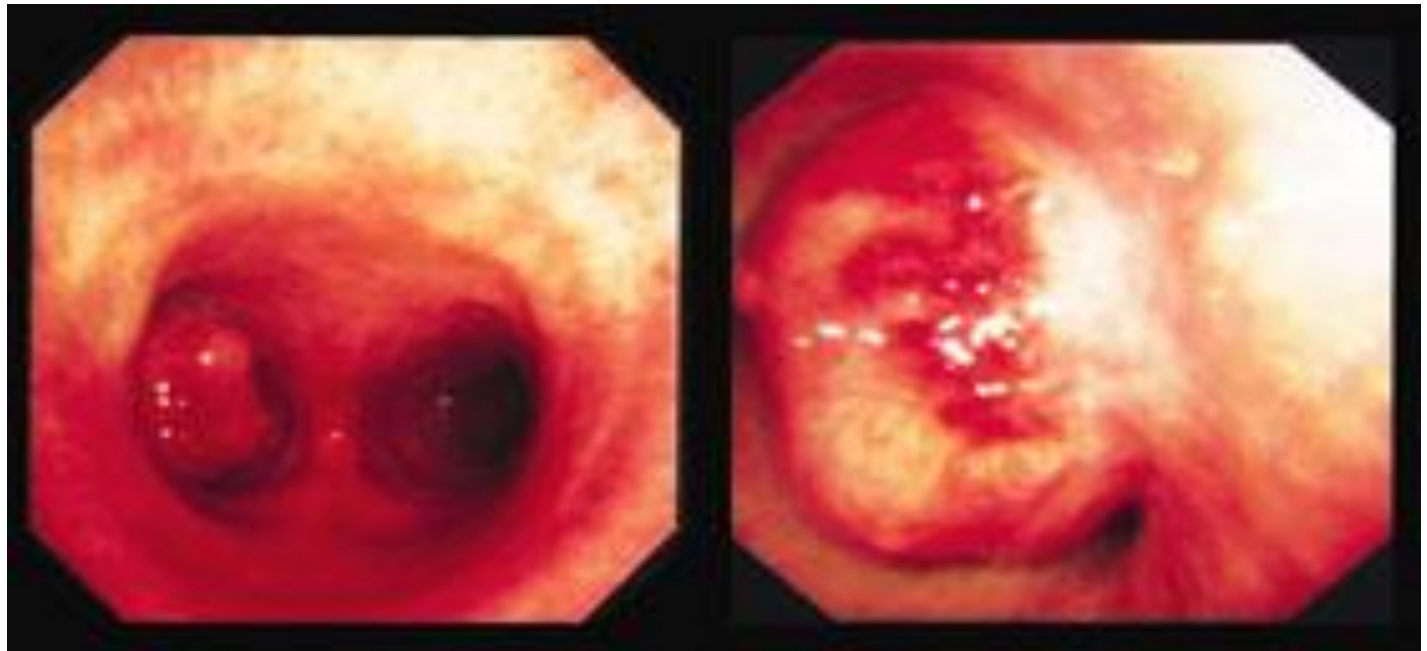


Chọc hút tế bào qua thành ngực
dưới hướng dẫn của CT



Nội soi phế quản bằng ống soi mềm

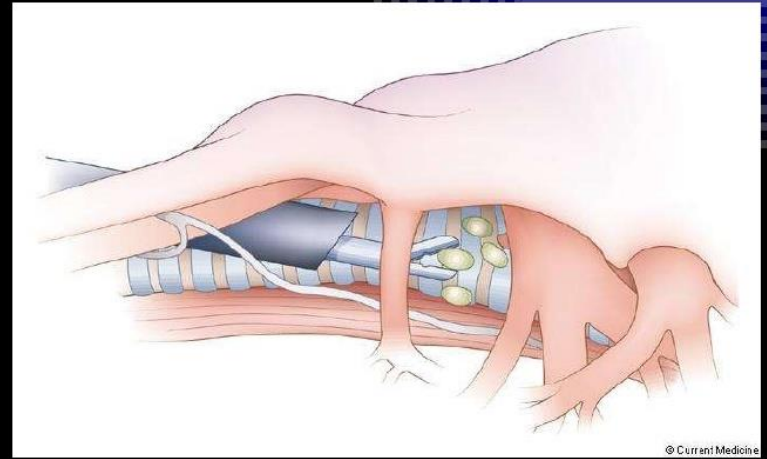
Hình
ảnh
bướu
qua
ống
nội soi
phế
quản



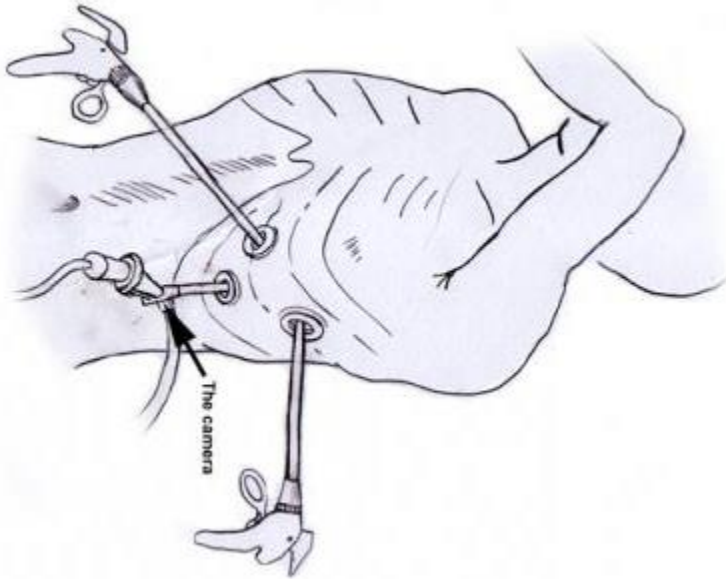
Nội soi trung thất



Mediastinoscopy



Nội soi lồng ngực (vào khoang màng phổi)

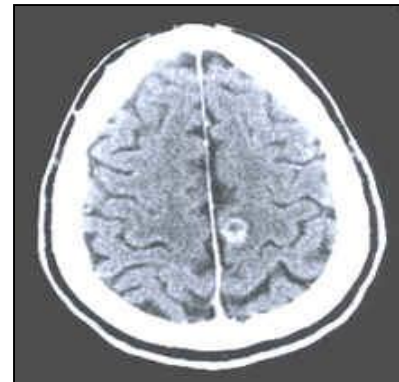


3- Chẩn đoán giai đoạn



Dựa trên:

- **Khám lâm sàng:** lồng ngực, hạch (hạch trên đòn, cổ, nách) và các vị trí ung thư phổi thường di căn (gan, xương, não, tuyến thượng thận)
- **Cận lâm sàng:**
 - siêu âm, CT-Scan bụng
 - CT-Scan hoặc MRI não
 - xạ hình xương
 - PET-Scan



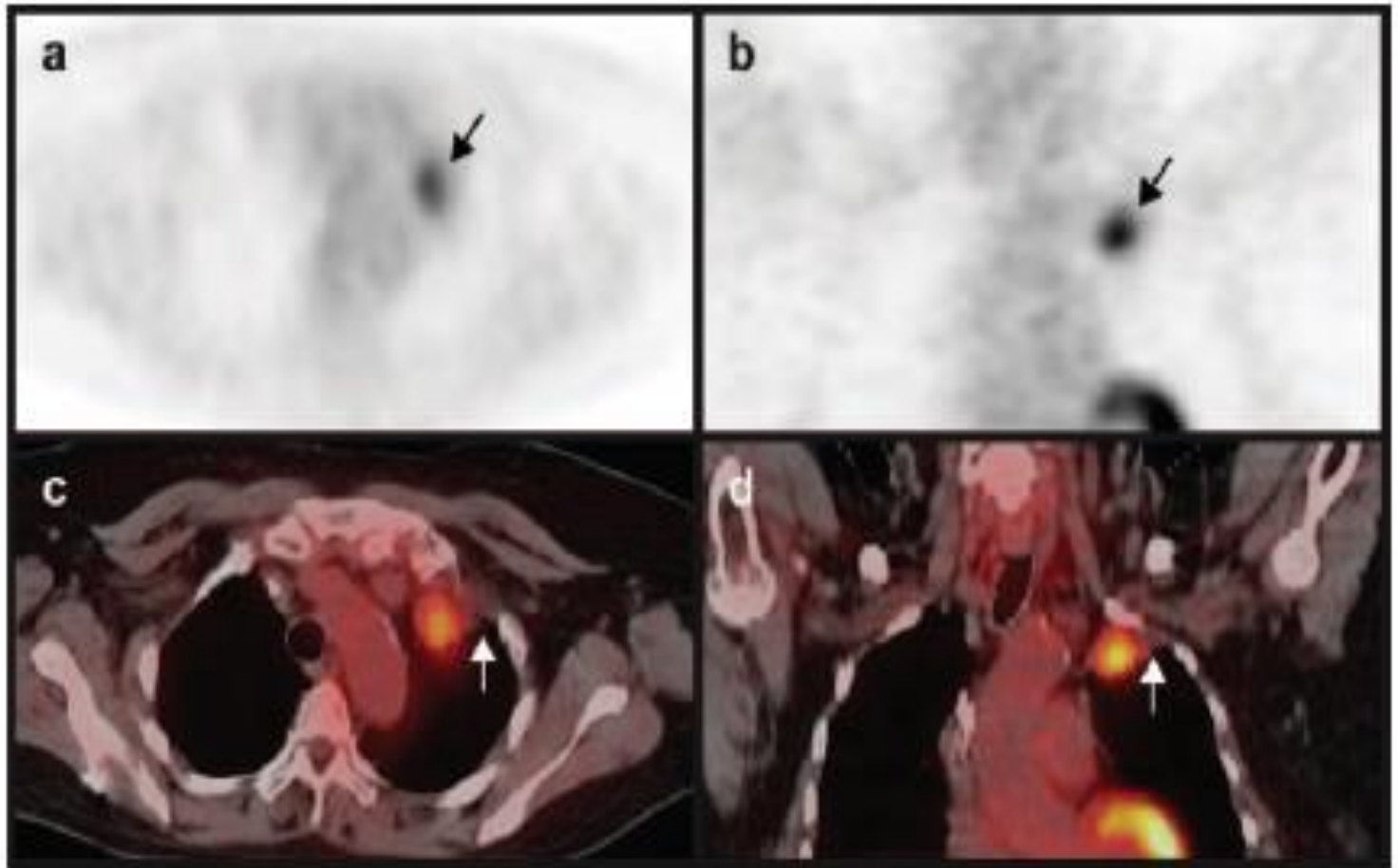
Hình ảnh PET (Positron Emission Tomography) Chụp cắt lớp phát xạ positron

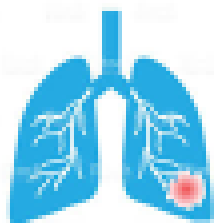


Pet-Scan

Với
glucose-
Fluor18

Pet-CT





Chỉ định điều trị UTPKTBN

IA	Có thể xạ trị định vị SBRT ở BN già yếu hoặc không thể PT		
IB			
IIA		Phẫu thuật	Hóa trị
IIB	Có thể hóa-xạ trị nếu BN có chống chỉ định PT hoặc có R2 sau mổ		
IIIA			
IIIB	Hóa-xạ trị		
IV	Hóa trị và/hoặc LP nhắm đích		



Liệu pháp nhắm đích

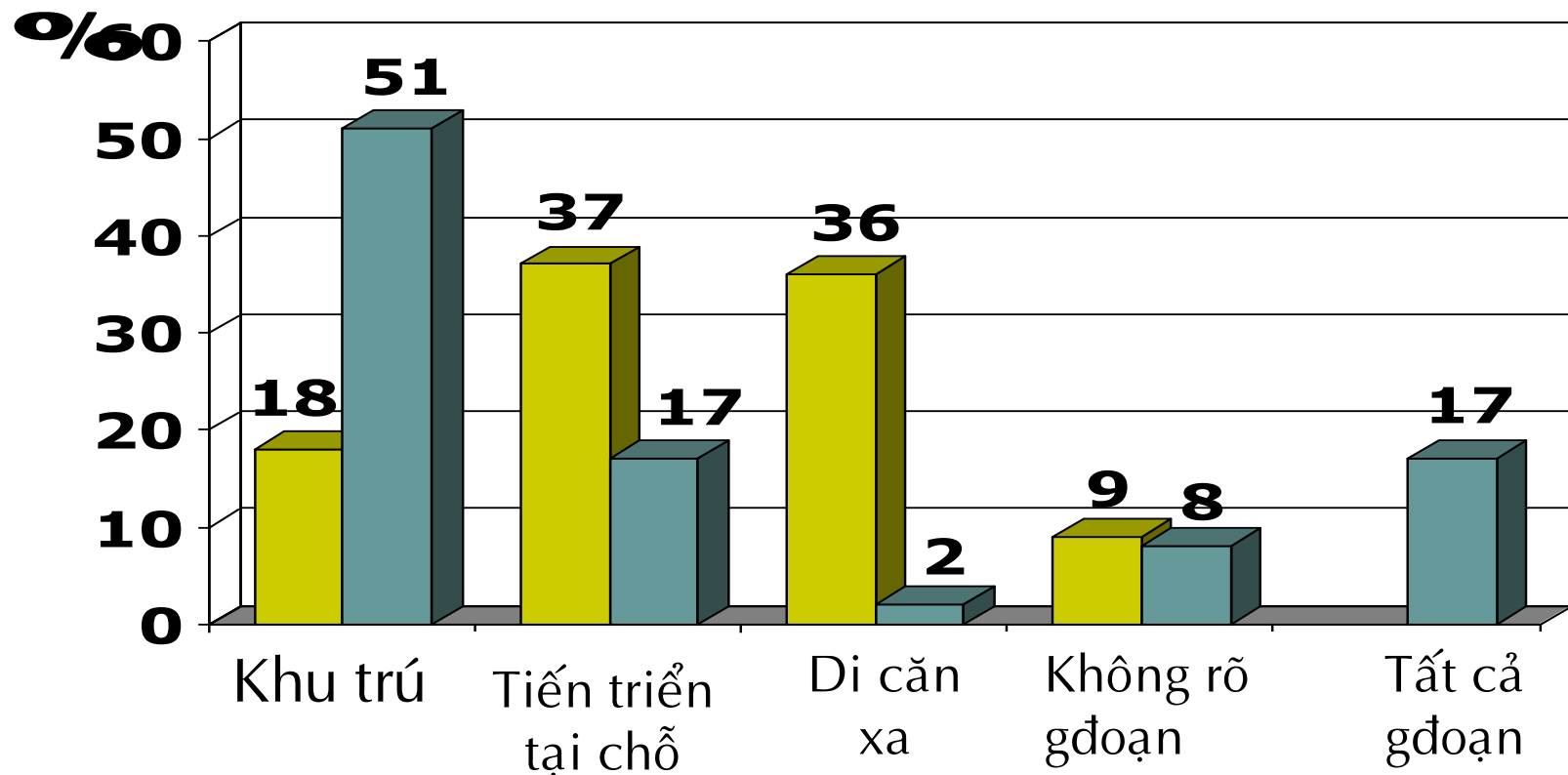
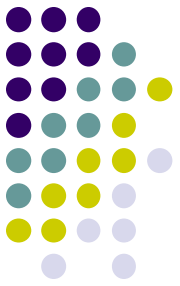
- UTPKTBN có những kiểu đột biến gen khác nhau, tạo ra những protein đặc hiệu, có nhiều trong tế bào bướu
- Những protein này thường là các yếu tố tăng trưởng, hoặc thụ thể của các yếu tố tăng trưởng , hoặc là các phân tử dẫn truyền tín hiệu tăng sinh TB, được coi là những đích phân tử để bào chế thuốc điều trị đặc hiệu.

Điều trị ung thư phổi TB nhỏ



- Diễn tiến di căn xa rất nhanh, tương đối nhạy với hóa trị
- Không mổ
- Hóa trị là chính (phác đồ có muối platine)
- + Xạ trị, nếu bướu còn khu trú trong lồng ngực
- + Xạ trị phòng ngừa vào toàn bộ não, nếu bướu đã đáp ứng hoàn toàn với hóa trị

UT phổi không tế bào nhỏ: tỷ lệ giai đoạn lúc chẩn đoán và tiên lượng sống còn 5 năm



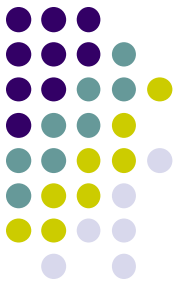
**Ries Cancer
Statistics**

Kết luận



- Ung thư phổi là một bệnh nặng, thường được phát hiện khi bệnh đã tiến triển, 80-85 % không còn mổ được, tiên lượng xấu
- Các biện pháp rà tìm và phát hiện sớm ở các đối tượng có nguy cơ cao không khả thi và ít hiệu quả
- Cách kiểm soát bệnh tốt nhất là phòng ngừa bằng cách không hút thuốc

Câu hỏi: Chọn đúng hoặc sai



1- 80% ung thư phổi là carcinôm tế bào nhỏ

Sai

2- Triệu chứng thường gặp nhất của ung thư phổi là ho và đau ngực

Đúng

3- Đối với bướu phổi vùng ngoại biên, có thể sinh thiết bướu bằng nội soi sinh thiết

Sai

4- Phương tiện đánh giá giai đoạn ung thư phổi tốt nhất là PET-CT

Đúng