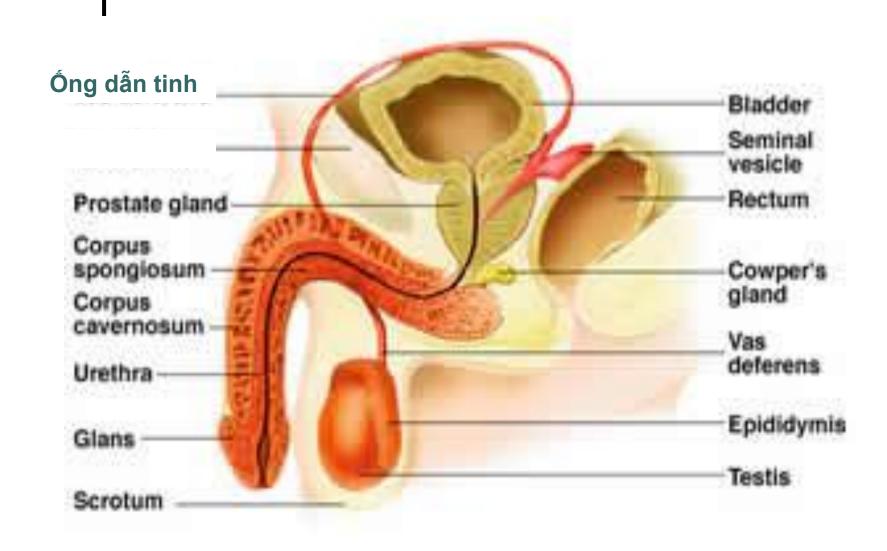
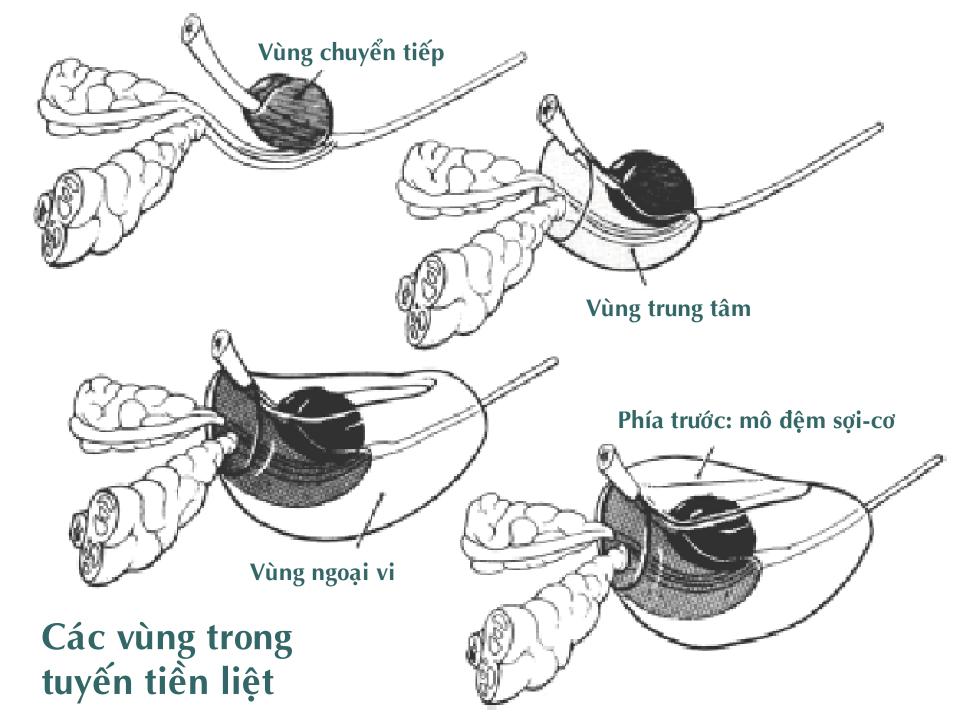
# Ung thư tuyến tiền liệt

**Bi giảng lì thuyết Y4**Bs Cung Thị Tuyết Anh

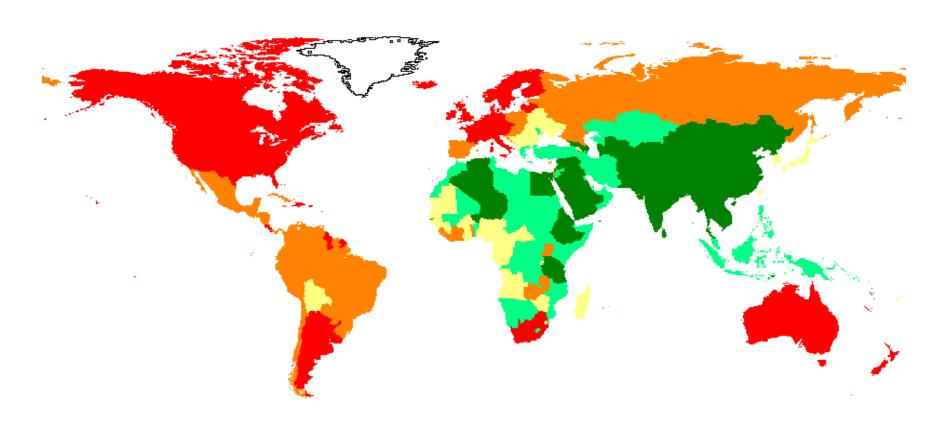
## Giải phẫu bộ phận sinh dục nam





## Xuất độ UT tuyến tiền liệt

Estimated age-standardised incidence rate per 100,000 Prostate, all ages



# Xuất độ UT tuyến tiền liệt

o Hoa kỳ (2012): 233159 ca mới (XĐ: 98,2; TS: 9.8)

Việt Nam (2012): 1275 ca mới (XĐ: 3.4; TS: 2.5)

UT của người lớn tuổi: > 60 tuổi, xuất độ tăng vọt

# Các yếu tố nguy cơ

- o Tuổi cao
- o Chế độ ăn nhiều chất béo
- o Hút thuốc lá
- o Tăng sinh TTL lành tính
- O Ở Hoa Kỳ, người Mỹ gốc Phi có xuất độ cao hơn

# Giải phẫu bện UT tuyến tiền liệt

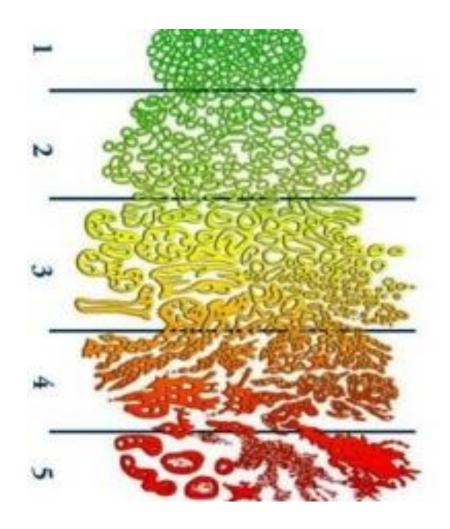
- o 75% bướu ở vùng ngoại vi của tuyến
- o Bướu thường có nhiều ổ

o 95% là carcinôm tuyến (adenocarcinoma)

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

## Độ mô học: thang điểm Gleason

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



# Diễn tiến tự nhiên của UT tuyến tiền liệt

- o Bướu tại TTL
- o Xâm lấn các túi tinh, đáy bàng quang, niệu đạo
- O Di căn hạch: hạch bịt, hạch quanh bàng quang, hạch hạ vị, hạch trước xương thiêng, hạch cạnh đại động mạch
- o Di căn xa: xương (85%), thể tạo xương
  - Phổi, gan

# Dấu hiệu sinh học bướu

PSA (Prostate Specific Antigen): Kháng nguyên
 đặc hiệu của TTL, tăng cao trong UT TTL

o Bình thường PSA < 4 ng/ml</p>

O Dùng trong tầm soát UT TLT, chẩn đoán, đánh giá đáp ứng điều trị, theo dõi tái phát, di căn

# Chẩn đoán UT tuyến tiền liệt

- O UT TTL giai đoạn sớm:
  - Thường không triệu chứng
  - Phát hiện qua tầm soát định kỳ PSA/máu

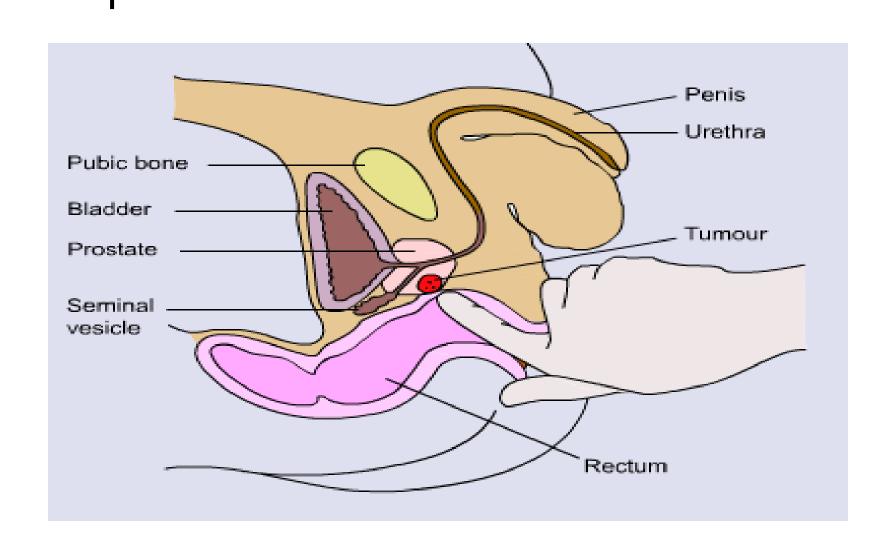
- Khi có triệu chứng:
  - Thường bệnh đã tiến triển tại chỗ, tại vùng hoặc di căn

## Chẩn đoán UT tuyến tiền liệt

### Tình huống lâm sàng

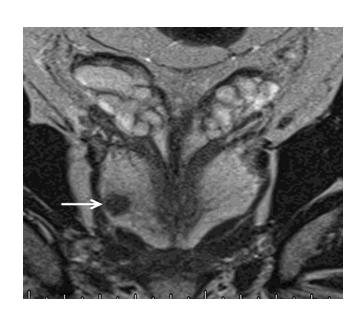
- o Rối loạn thói quen đi tiểu (tiểu khó, tiểu rắt, tiểu máu, tiểu đêm nhiều lần...)
- o Phát hiện tình cờ bướu TTL (khi siêu âm bụng chậu, khi thăm trực tràng vì một lý do khác)
- o Đến khám vì triệu chứng của di căn xa: đau/ gãy xương bệnh lý; chèn ép tủy (yếu liệt hai chân)...
- Khám trực tràng bằng ngón tay:
  - Có thể sờ thấy TTL to , chắc / cứng, mất rãnh giữa, lổn nhôn
  - Không sờ chạm bướu nếu bướu ở vùng trung tâm

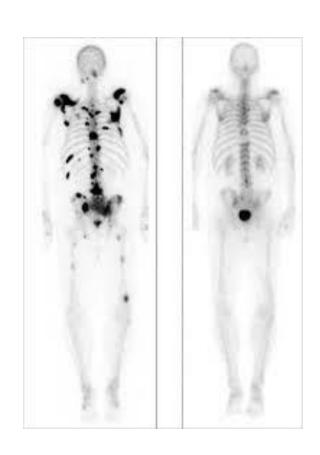
## Thăm trực tràng bằng ngón tay



### Cận lâm sàng

- o PSA/ máu thường tăng
  - o Siểu âm qua ngã trực tràng (TRUS)
  - o CT/ MRI bụng chậu
  - o X-quang phổi, xạ hình xương





## Chẩn đoán giải phẫu bệnh

Sinh thiết bướu (có sự trợ giúp của siêu âm trong lòng trực tràng – TRUS )

- o ST bằng kim qua ngã trực tràng (+TRUS)
- o ST bằng kim qua ngã tầng sinh môn
- ST bằng cắt đốt qua nội soi bàng quang-niệu đạo (tình huống nhập cấp cứu vì bí tiểu cấp)
- o ST nhiều vị trí (≥ 6) của TLT để chẩn đoán gpb và độ mô học

# • • Sinh thiết tuyến tiền liệt



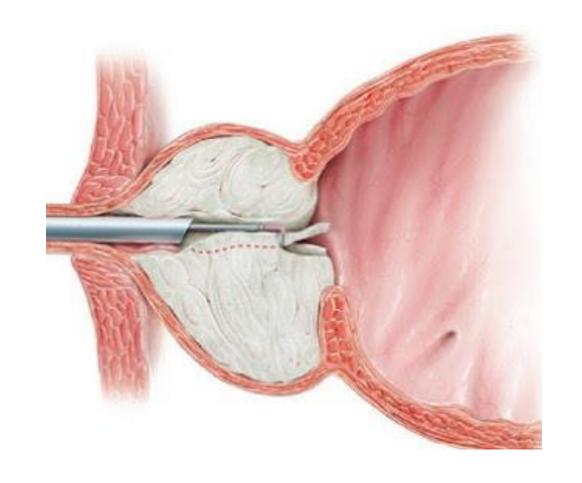
Đầu dò siêu âm có gắn kim sinh thiết

## Cắt đốt qua ngã nội soi niệu đạo

#### **TURP**

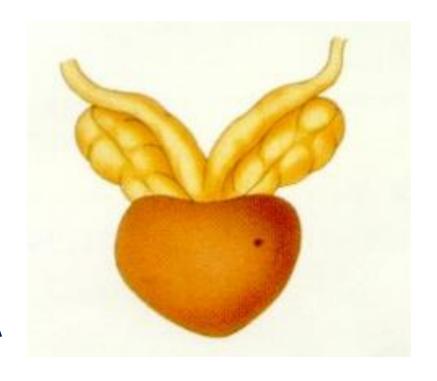
(Transurethral resection of the prostate)

Dùng để thông đường tiểu khi bướu TTL làm bí tiểu, đồng thời sinh thiết bướu



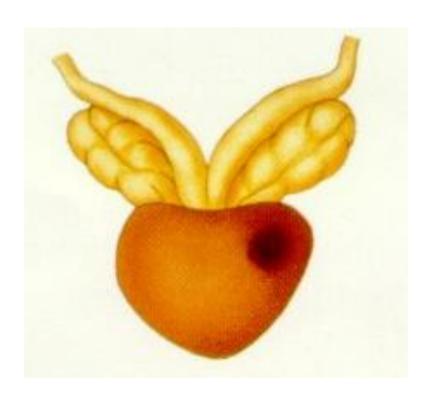
### **T1**

- T1a: 1 nhân vi thể
- T1b: nhiều nhân vi thể
  (Phát hiện tình cờ qua cắt đốt TTL ngã nội soi)
- T1c : Sinh thiết TTL do PSA tăng



### **T2**

- o Nhân khu trú trong tuyến
  - T2a: xlấn < 1/2 của 1 thùy</li>
  - T2b: xlấn > 1/2 của 1 thùy
  - T2c: nhân ở 2 thùy



#### **T3**

Xâm lấn tại chỗ

T3a: xâm lấn vỏ bao

• T3b: xâm lấn túi tinh



### **T4**

Xâm lấn cổ bàng quang, cơ thắt ngoài HM, trực tràng hoặc vách chậu

- o N
- o NO: Không hạch di căn
- o N1: Hạch chậu di căn

### M

o M0: Không di căn xa

o M1: có di căn xa







## Điều trị UT tuyến tiền liệt

Tùy vào nguy cơ tái phát, tình trạng sức khỏe và thời gian kỳ vọng sống thêm của BN

- Nguy cơ thấp: (T1 hay T2a) và Gleason ≤ 6 và (PSA<10ng/ml).</li>
- Nguy cơ trung bình: (T2b hay T2c) hoặc Gleason = 7 hoặc PSA 10-20 ng/ml.
- Nguy cơ cao: T3a hoặc Gleason từ 8-10 hoặc PSA>20ng/ml.
- o Nguy cơ rất cao: ≥ T3b hoặc N1

# • • • Điều trị UT tuyến tiền liệt

### Nguy cơ thấp

- o Ước lượng sống < 10 năm
  - Theo dõi PSA, điều trị triệu chứng

- o Ước lượng sống > 10 năm
  - Theo dõi PSA mỗi 6 tháng
  - Xạ trị ngoài hoặc xạ trị áp sát
  - Cắt TTL tận gốc +/- nạo hạch chậu

## Nguy cơ trung bình

- Uớc lượng sống < 10 năm</li>
  - Theo dõi tích cực
  - Xạ trị triệt để + điều trị nội tiết ngắn hạn (6 tháng)
- o Ước lượng sống > 10 năm
  - Cắt TTL tận gốc + nạo hạch chậu
  - Xạ trị triệt để + liệu pháp nội tiết ngắn hạn

### Nguy cơ cao

- o Xa trị+ liệu pháp nội tiết dài hạn (2-3 năm)
- Cắt TTL tận gốc + nạo hạch chậu (nếu bướu nhỏ)
  +/- xạ trị bổ túc

#### UT TTL đã di căn xa

- o Nội tiết + Biphosphonates (nếu di căn xương)
  - Cắt 2 tinh hoàn bằng phẫu thuật
  - Úc chế chức năng tinh hoàn bằng thuốc
  - Thuốc kháng androgen

# • • • Kết luận

- O UT TTL là bệnh của nam giới lớn tuổi, tiến triển chậm, đa số BN tử vong vì các bệnh khác
- O Có thể tầm soát phát hiện sớm bằng thăm trực tràng và đo PSA định kỳ nhưng chi phí/lợi ích chưa thuyết phục.
- O Việc điều trị cần được cân nhắc cho từng trường hợp để cuộc sống còn lại của BN được thoải mái nhất

# • • Câu hỏi

## Những đặc điểm nào sau đây không phù hợp với UT TTL?

- o A- Thường gặp ở người lớn tuổi
- o B- Bệnh thường diễn tiến chậm
- o C- Bệnh thường di căn lên phổi
- o D- Bướu thường đa ổ

