

Ung th^o vú (p.4)

Vi^ot b^oi Biên t^op viên

Th^o năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - L^on c^op nh^ot cu^oi Ch^o nh^ot, 17 Tháng 11 2019 17:52

Bs Tr^on Qu^oc Chi^on - KHOA UNG B^o U -



PH^oN IV

VI. Ung th^o vú tái phát t^oi ch^o t^oi vùng^o

Tái phát t^oi ch^o t^oi vùng có th^o bi^ou hi^on v^oi u vú ho^oc t^oi t^o d^och núm vú sau đ^oi u tr^o b^o o t^on vú, phát ban ^o thành ng^oc, ho^oc các n^ot sau ph^o u thu^ot c^ot vú ho^oc s^o l^on lên c^oa các h^och nách, th^ong đ^on, ho^oc h^och vú trong.

Ung th^o vú có th^o tái phát t^oi ch^o sau đ^oi u tr^o b^o o t^on vú ho^oc sau ph^o u thu^ot c^ot vú. ^o nh^ong b^onh nhân đ^o c th^oc hi^on ph^o u thu^ot c^ot vú, tái phát th^ong x^oy ra trong vòng 3 năm đ^o u sau

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối: Thứ năm, 17 Tháng 11 2019 17:52

phẫu thuật, nhưng bệnh nhân thường hiếm khi được bảo tồn vú, khi nào có thể tái phát thì đi mất 20 năm sau phẫu thuật. Bệnh nhân thường hiếm khi được tái phát tại vùng thì cao hơn bệnh nhân không thường hiếm khi được tái phát, và có rìa mép cắt đường tính, đường mô học cao, và xâm nhập bạch mạch.

Khi bệnh nhân có ung thư vú cùng bên sau phẫu thuật bảo tồn vú, nó có thể hoặc là khi nào tái phát thì hoặc là ung thư vú nguyên phát lần hai. Phẫu thuật cắt vú được đề nghị cho bệnh nhân này. Xét nghiệm là hình ảnh bệnh lý của toàn bộ vú trước đó và bởi các chương trình khác của xét nghiệm. Điều trị hỗ trợ được đưa vào kích thích tố, tình trạng hormone, tình trạng thụ thể nội tiết, tình trạng Her2/neu và các đặc tính khi nào khác, và các nguyên lý điều trị sau đó giúp đỡ bệnh nhân đưa tiên đoán về việc ung thư vú giai đoạn sớm. Một nghiên cứu như (IBCSG 27-02, BIG 1-02, NSABP B-37) đã cho thấy rằng hóa trị liệu và phẫu thuật xâm lấn sâu cho bệnh nhân có tái phát tại chỗ và tại vùng.

Khi bệnh nhân tái phát thành ngực sau phẫu thuật cắt vú, 20% đến 30% bệnh nhân có tình trạng bệnh di căn tại cùng thời điểm. Bệnh nhân có tái phát thành ngực được đề nghị, việc cắt thành ngực với độ dày dày đặc có thể làm giảm nguy cơ tái phát, cũng như phẫu thuật còn, và ngay cả với phẫu thuật điều trị tái phát. Bệnh nhân có hạch âm tính tại thời điểm có nguy cơ tái phát và bệnh nhân có thời gian sống còn bệnh không tiến triển hơn 24 tháng trước khi tái phát thành ngực thì có tiên lượng tốt hơn với các phẫu thuật cũng như phẫu thuật thành ngực và phẫu thuật điều trị hỗ trợ. Điều trị nội tiết hoặc thay đổi liệu pháp nội tiết cũng có thể được cân nhắc để tái phát thành ngực có ER +.

VII. Ung thư vú di căn.

Các vị trí di căn thường gặp nhất của ung thư vú là phổi, gan, và xương. Ung thư vú di căn không thể điều trị tái phát căn ngoại trừ một số phần trăm rất nhỏ bệnh nhân, bệnh nhân chuyển hóa trị, chuyển hóa trị nội tiết nhân, và có thể vẫn còn thuyên giảm trong thời gian dài không thể được chẩn đoán được, có thể thời gian sống còn toàn bộ trung bình về việc ung thư vú di căn từ 2 đến 3 năm, mặc dù với sự ra đời của các liệu pháp điều trị mới hơn, thời gian sống còn đã được kéo dài, đặc biệt đối với ung thư vú có ER+. Bệnh nhân có di căn xương hoặc di căn hạch thường có thời gian sống còn kéo dài hơn bệnh nhân có di căn tại. Việc điều trị nhằm mục đích để kiểm soát ung thư, giảm nguy cơ tái phát, cũng như phẫu thuật nội tiết sống, và kéo dài thời gian sống còn. Việc lựa chọn điều trị cho bệnh nhân này phụ thuộc vào tình

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối: Thứ năm, 17 Tháng 11 2019 17:52

trình bày các thông tin về tình trạng HER2, vị trí và phạm vi của bệnh, vị trí của trục trục đó, cũng như các triệu chứng và bệnh lý kèm theo của bệnh nhân.

A. Điều trị tối ưu

1. Phẫu thuật.

Đối với bệnh nhân di căn đến hạch/ hạch bạch huyết, gan, não, và xương, các báo cáo và các nghiên cứu hồi cứu đã gợi ý thời gian sống còn được cải thiện với phẫu thuật cắt bỏ; tuy nhiên, dữ liệu về bệnh nhân không được chẩn đoán, và không có dữ liệu xác thực. Bệnh nhân này phải được lựa chọn một cách cẩn thận đưa vào trình bày phẫu thuật, không nên phẫu thuật lúc có khối u nguyên phát, khả năng đột biến rìa mép cắt âm tính, phạm vi di căn, trình bày và bệnh lý kèm.

Đối với bệnh nhân biểu hiện tình trạng di căn tại thời điểm chẩn đoán, hầu hết các bác sĩ ung thư thường không khuyến nghị phẫu thuật cắt bỏ vú nguyên phát. Phẫu thuật được thực hiện nhằm để làm giảm một số triệu chứng có liên quan đến nguyên phát. Các nghiên cứu hồi cứu đã gợi ý thời gian sống còn được cải thiện với việc cắt bỏ khối u nguyên phát ở bệnh nhân có tình trạng bệnh di căn, nhưng vẫn còn tranh luận. ECOG 2108 là một thử nghiệm tiến cứu đang được thực hiện để đánh giá vai trò của việc điều trị sơ bộ tối ưu đối với khối u còn nguyên vẹn ở bệnh nhân có tình trạng bệnh di căn.

Chèn ép tủy sống do di căn là một cấp cứu y khoa và có các kết quả được cải thiện với việc phẫu thuật hoặc tia xạ theo đó là xạ trị khi so sánh với xạ trị và steroid đơn.

Đột biến và nhập nội phòng cho các xương dài khi có hơn 50% với xương bị phá hủy được thực hiện để phòng ngừa gãy xương, mà có thể dẫn đến chấn thương cuối cùng sống thọ và giảm thời gian sống còn.

2. Xạ trị.

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối: Chủ nhật, 17 Tháng 11 2019 17:52

Xạ trị đồng vị phóng xạ dùng để làm giảm khối u chèn ép và có thể giúp giảm đau ở khối u bành trướng di căn xương và di căn thành ngực. Một vài bệnh nhân có thể có hạch bạch huyết trung thất và rốn phổi hoặc di căn phổi gây ra tình trạng tắc nghẽn phế quản dẫn đến xẹp thùy phổi hoặc viêm phổi sau tắc nghẽn, và có thể có ích với việc xạ trị giảm khối u chèn ép. Với các trường hợp này, khối u bành trướng có chèn ép tiểu phế quản, và không phải là ung thư nguyên phát của phổi thu nhận tinh, xạ trị đồng vị phóng xạ dùng để làm giảm khối u tình trạng chèn ép tiểu phế quản.

Khối u bành trướng di căn não không thể phẫu thuật được, xạ trị toàn não (WBRT= whole-brain radiation therapy) cho thấy giúp cải thiện triệu chứng và cải thiện sống còn trung bình toàn bộ từ 4-6 tháng. Xạ phẫu đồng vị phóng xạ khối u bành trướng di căn não hiện chỉ có vị trí không thể với tới được, kết hợp xạ trị não tăng cường, và khối u bành trướng tái phát sau xạ trị toàn não. Bệnh nhân di căn não có HER2+, lapatinib, một tác nhân ức chế kinase, khi kết hợp với capecitabine đã cho thấy có hiệu quả.

Đồng vị phóng xạ chèn ép hạch bạch huyết ^{89}Sr và ^{153}Sm có thể đồng vị phóng xạ dùng để làm giảm khối u triệu chứng đau xương do di căn xương nhồi u vị trí.

B. Điều trị hormone.

Điều trị nội tiết đồng vị khuếch tán như là điều trị bổ sung một số khối u bành trướng có thể thuyên giảm tiến triển, nếu di căn xương, mô mềm, hoặc di căn tạng không có triệu chứng. Hóa trị đồng vị khuếch tán như khối u bành trướng có tình trạng thuyên giảm nội tiết âm tính hoặc di căn tạng có triệu chứng. Trastuzumab, pertuzumab, lapatinib, hoặc TDM-1 là những lựa chọn bổ sung nếu khi nào có sự biểu hiện quá mức HER2.

1. Điều trị nội tiết.

Khối u bành trướng tiến triển mãn kinh, các sự lựa chọn bao gồm tamoxifen (\pm các chế phẩm LHRH) và phẫu thuật cắt buồng trứng (\pm AI). AI không steroid (anastrozole hoặc letrozole) thường đồng vị phóng xạ dùng như là liệu pháp nội tiết bổ sung một cho phụ nữ hậu mãn kinh. Các lựa chọn tiếp theo bao gồm AI steroid (exemestane), tamoxifen, fulvestran, và megestrol acetate. Exemestane kết hợp với everolimus (Anfinitor), một tác nhân ức chế chèn ép mTOR, đã cho thấy sự cải thiện về thời

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối: Thứ năm, 17 Tháng 11 2019 17:52

gian sống còn bệnh không tiến triển (10.6 tháng với liệu pháp kết hợp so với 4.1 tháng với exemestane đơn độc) ở phụ nữ hormone mãn kinh kháng AI có ung thư vú tiến xa ER+HER2= kháng Als không steroid, đơn độc với FDA chấp thuận cho việc sử dụng liệu pháp kết hợp này ở những bệnh nhân kháng AI. Estradiol 2mg ba lần một ngày là một sự lựa chọn những bệnh nhân có tình trạng kháng AI mức độ nhẹ, mức độ ức chế hormone tổng hợp estrogen thì không rõ.

Khi khởi đầu tiến triển bằng qua một tác nhân nội tiết, việc điều trị nội tiết thêm nữa được khuyến nghị kéo dài ở bệnh nhân di căn tiến không có triệu chứng hormone không có tình trạng bệnh tiến triển nhanh. Các tác nhân liệu pháp nội tiết bậc hai và bậc ba được chọn lựa ở các nhóm thuốc khác. Với một liệu pháp nội tiết tiếp theo, thời gian đáp ứng và thời gian đến khi bệnh tiến triển sẽ giảm. Hóa trị nên được bắt đầu khi tình trạng bệnh trở nặng kháng với liệu pháp nội tiết, khi đó phải cân nhắc thời gian và bệnh lý kèm theo của bệnh nhân.

2. Hóa trị.

Mức độ hóa trị kết hợp có liên quan đến thời gian đáp ứng tốt hơn, thời gian đến khi bệnh tiến triển tốt hơn, nó không cho thấy việc cải thiện sống còn toàn bộ và có liên quan với tác dụng phụ nhiều hơn khi so sánh với liệu pháp tác nhân đơn độc thuần túy. Vì vậy, liệu pháp thuần túy với tác nhân đơn độc thường được khuyến nghị cho bệnh nhân di căn tiến triển nhanh.

Anthracyclines (doxorubicin, liposomal doxorubicin, epirubicin, mitoxantrone) và taxanes (paclitaxel, docetaxel, nab paclitaxel) là hai nhóm thuốc có hiệu quả nhất trong lịch sử ung thư vú. Mức độ các thuốc này thường được sử dụng trong bệnh nhân điều trị bệnh, chúng cũng có thể được sử dụng khi bệnh tái phát, đặc biệt nếu có khó khăn về mặt tâm tính tại lúc hoàn tất việc điều trị bệnh. Khi anthracycline được sử dụng, liposomal doxorubicin được khuyến nghị vì nó có đặc tính trên tim thấp hơn và có hiệu quả tương đương trong bệnh nhân di căn. Capecitabine, một tác nhân đường uống, thường được sử dụng khi bệnh tái phát hormone tiến triển sau anthracycline và taxane. Các thuốc có hiệu quả khác bao gồm cytoxan, methotrexate, vinorelbine, eribulin, gemcitabine, etoposide đường uống và platinum (carboplatin và cisplatin). Danh sách các phác đồ hóa trị được liệt kê trong bảng 13-3.

Xấp xỉ 25% ung thư vú di căn có sự biểu hiện quá mức HER2. Việc kết hợp hóa trị với trastuzumab cho thấy có liên quan với thời gian đáp ứng cao hơn, thời gian đến khi bệnh tiến triển dài hơn, và cải thiện sống còn toàn bộ có ý nghĩa thống kê. Pertuzumab (Perjeta) kết hợp với trastuzumab và taxane đã cho thấy sự cải thiện sống còn bệnh không tiến triển (18.5 so với 12.4 tháng) và sống còn toàn bộ hơn là trastuzumab kết hợp với taxane, và vì vậy đã được FDA

Ung thư vú (p.4)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 8 2019 18:03 - Lần cập nhật cuối: Chủ nhật, 17 Tháng 11 2019 17:52

chế độ thu nhận thuốc là liệu pháp điều trị bổ sung cho ung thư vú di căn có HER2+. Lapatinib (Tykerb) là một tác nhân ức chế tyrosine kinase kép khóa cả HER1 và HER2. Nó đã được FDA chấp thuận trong việc kết hợp với capecitabine để điều trị cho bệnh nhân ung thư vú di căn có HER2+ đã được điều trị trước đó với anthracycline, taxane, và trastuzumab. Bệnh nhân di căn não có HER2+, việc kết hợp này cũng cho thấy có hiệu quả. Dữ liệu từ thử nghiệm EMILIA đã cho thấy rằng T-DM1 (Kadcyla), trastuzumab kết hợp với tác nhân gây độc tế bào mertansine (DM1), đã cải thiện thời gian sống còn là 5.8 tháng với khả năng dung nạp tốt hơn khi so sánh với việc kết hợp giữa lapatinib và capecitabine, dẫn đến việc FDA chấp thuận sử dụng T-DM1 cho bệnh nhân ung thư vú di căn có HER2+ đã được điều trị trước đó với trastuzumab và taxane. Các liệu pháp điều trị tiếp theo cho ung thư vú có HER2+ bao gồm sự chuyển đổi hóa trị thay thế, và trastuzumab nên được sử dụng cho đến khi bệnh tiến triển. Việc sử dụng trastuzumab kết hợp với các anthracycline cho thấy có liên quan với độc tính trên tim nghiêm trọng ở trên 27% bệnh nhân, và vì vậy không nên kết hợp với các anthracycline. Các lựa chọn khác bao gồm sự kết hợp giữa lapatinib và trastuzumab. Các phác đồ thường được sử dụng để điều trị ung thư vú di căn có HER2+ được liệt kê trong bảng 13-4. Nhóm bệnh nhân ung thư vú HER2+ có ER+, với sự lồng ghép thuốc, việc kết hợp liệu pháp nội tiết với việc có hay không trastuzumab cũng có thể được chấp nhận. Việc kết hợp letrozole và lapatinib cũng đã được chấp nhận như là điều trị bổ sung cho ung thư vú di căn có ER+HER2+.

Bảng 13-4. Ung thư vú di căn có biểu hiện quá mức HER2

Phác đồ	Liều
Pertuzumab + trastuzumab + docetaxel (hoặc paclitaxel) mỗi 21 ngày	Pertuzumab 840mg truyền tĩnh mạch ngày 1 tiếp sau đó 420mg truyền tĩnh mạch Trastuzumab 8mg/kg truyền tĩnh mạch tiếp sau đó 6mg/kg truyền tĩnh mạch Docetaxel 75-100mg/m ² truyền tĩnh mạch ngày 1 hoặc paclitaxel 80mg/m ² ngày 1 hàng tuần
T-DM1 (Ado-trastuzumab emtansine) mỗi 21 ngày	T-DM1 3.6mg/kg truyền tĩnh mạch ngày 1
Lapatinib + capecitabine mỗi 21 ngày	Lapatinib 1.250mg uống mỗi ngày từ ngày 1-21 Capecitabine 1.000mg/m ² uống hai lần mỗi ngày từ ngày 1-14
Trastuzumab + lapatinib	Lapatinib 1.000mg uống mỗi ngày Trastuzumab

Các phác đồ khác có chứa Trastuzumab