

Bs Nguyễn Hòng Phúc –

I. DẠCH TÓM TẮT

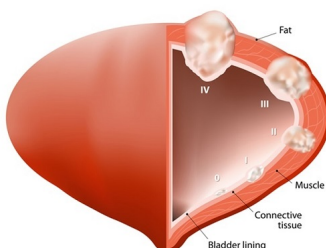
Việt Nam có 72.570 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh ung thư bàng quang vào năm 2013 và 15.210 người chết vì căn bệnh này ở Hoa Kỳ và hơn 385.000 người được chẩn đoán mắc bệnh ung thư bàng quang mỗi năm trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc 2 giới là nam: nữ là 3: 1, với tỷ lệ xu hướng tăng cao nhất trong những năm 70 của cuộc đời làm cho ung thư bàng quang trở thành ung thư được chẩn đoán phổ biến thứ tư và thứ tám ở nam và nữ.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Hút thuốc lá: Hút thuốc là nguyên nhân phổ biến nhất của ung thư bàng quang, với những người hút thuốc có nguy cơ mắc ung thư bàng quang cao gấp đôi so với những người không hút thuốc. Hút thuốc giới thích hút thuốc lá tổng hợp ung thư bàng quang ở cả hai giới, với rủi ro dân số là 50% ở nam và 52% ở nữ. Có mối liên quan giữa thời gian và số lượng hút thuốc lá và sự phát triển của ung thư bàng quang trong các mô hình chuyển tiếp và vảy.

Phối nhi mô nghi ngờ: Phối nhi mô nghi ngờ đối với các chất gây ung thư hóa học có liên quan đến việc tăng nguy cơ ung thư bàng quang. Công nhân tiếp xúc với arylamines trong ngành công nghiệp nhuộm, sơn, cao su và da có nguy cơ cao hơn.

STAGES OF BLADDER CANCER



Ung thư bàng quang

Viết bởi Biên tập viên

Thư bày, 01 Tháng 8 2020 14:23 - Lần cập nhật cuối Thư bày, 01 Tháng 8 2020 14:32

Thuốc giảm đau: Việc lạm dụng thuốc giảm đau, đặc biệt là phenacetin, có liên quan đến việc tăng nguy cơ ung thư đường tiêu hóa, đặc biệt là khung chậu trên.

Rối loạn liên quan đến điều trị: Điều trị trước bằng xạ trị vùng chậu và cyclophosphamide làm tăng nguy cơ ung thư đường tiêu hóa.

Ung thư đường tiêu hóa không do di truyền (HNPCC) hoặc hội chứng Lynch, một đột biến gen trội trội phát hiện các gen sửa chữa không phù hợp, chuyển là MSH2 thay vì MSH1, làm tăng nguy cơ ung thư biểu mô đường tiêu hóa và thận. Các cá nhân với HNPCC phát triển khối u đường tiêu hóa trên đường tiêu hóa trên và vị trí khác tính gần như bằng so với dân số nói chung.

Các thiazolidinediones như pioglitazone và rosiglitazone được cho là điều trị hai cá nhân đái tháo đường type 2 có liên quan đến việc tăng nguy cơ ung thư bàng quang. Vào tháng 6 năm 2011, Cơ quan Quản lý Thuốc phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) cảnh báo rằng việc sử dụng pioglitazone (Actos) trong hơn 1 năm có thể liên quan đến việc tăng nguy cơ ung thư bàng quang.

Nồng độ ung thư bệnh asen: Các nghiên cứu dịch tễ học cung cấp bằng chứng chắc chắn về nguy cơ gây ung thư của asen ăn vào và mối liên quan của nó với ung thư bàng quang.

Axit aristolochic, có thể được tìm thấy trong các phụ gia thuốc thảo dược Trung Quốc như Fangchi, có liên quan đến ung thư biểu mô đường tiêu hóa đặc biệt là khối u đường tiêu hóa trên. Các cá nhân phát triển các khối u liên quan đến axit aristolochic có xu hướng trẻ hơn và nữ.

III. SINH LÝ BỆNH

Phân loại các khối u ung thư biểu mô tiêu hóa bắt nguồn từ bàng quang.

Ung thư bàng quang

Viết bởi Biên tập viên

Thư bày, 01 Tháng 8 2020 14:23 - Lần cập nhật cuối Thư bày, 01 Tháng 8 2020 14:32

Ung thư biểu mô đường niệu trên bao gồm ung thư thận, niệu quản và niệu đạo, ít phổ biến hơn và chiếm 5% đến 10% trong tất cả các ung thư biểu mô tiết niệu.

Ung thư biểu mô tiết niệu còn được gọi là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp (TCC) chiếm 90% đến 95% tất cả các khối u bàng quang ở Hoa Kỳ. Các mô hình ung thư bàng quang khác bao gồm 5% SCC, 1 đến 2% ung thư biểu mô tuyến và gần 1% khối u tế bào nhú. Các khối u tiết niệu thường có mô hình phân biệt các mô hình khác nhau bao gồm ung thư biểu mô tiết niệu và vảy, sarcomatoid, adenocarcinoma và / hoặc các tiêu phôi vi mô lẫn nhau.

Ung thư biểu mô tại chỗ (CIS) là các khối u phát triển xu hướng tiến triển dần dần lan tỏa ở niệu quản ở bệnh nhân có khối u bàng quang không xâm lấn cơ bắp. CIS làm tăng nguy cơ mắc bệnh xâm lấn và tái phát sau đó, cho dù nó xảy ra một mình hoặc liên quan đến các khối u bàng quang không xâm lấn cơ bắp.

Bệnh nhân có khối u đường tiết niệu trên có tỷ lệ mắc ung thư bàng quang đồng bộ hoặc metachronous từ 20% đến 40%. Bệnh nhân ung thư bàng quang có khoảng 1% đến 4% tỷ lệ khối u đường tiết niệu trên đồng bộ hoặc di căn.

IV. TRIỆU CHẨN LÂM SÀNG

Tiêu máu không đau hoặc vi thể không đau xảy ra ở khoảng 85% bệnh nhân và các triệu chứng khó chịu ở bàng quang được thấy ở 20% bệnh nhân.

Bệnh nhân bị bệnh xâm lấn có thể bị đau sườn do tắc nghẽn niệu quản.

Các triệu chứng khác như sút cân, đau lưng hoặc đau xương có thể xuất hiện ở những bệnh nhân mắc bệnh tiến triển.

V. TÓM SOÁT UNG THƯ

Tiêu máu là triệu chứng thông thường gặp nhất của bệnh nhân ung thư bàng quang. Các nghiên cứu đánh giá vai trò của sàng lọc ung thư bàng quang đã kiểm tra tỉ lệ ích của xét nghiệm Hemastix® thông thường. Tuy nhiên, vì mức độ triệu chứng tiêu máu sẽ không được hiểu, bệnh nhân xét nghiệm mức độ tính với tiêu máu cần phải trải qua các xét nghiệm tiếp theo để xác định nguyên nhân của nó. Các phương pháp sàng lọc không xâm lấn khác đã được sử dụng, như tế bào học nước tiểu hoặc các dấu hiệu dựa trên nồng độ của các dấu hiệu như protein ma trận hạt nhân 22, kháng nguyên khối u bàng quang, cytokeratins và nhiều loại khác có độ nhạy và độ đặc hiệu rất thấp. Do đó, chẩn đoán xác định bệnh có thể được thiết lập bằng nội soi bàng quang và sinh thiết.

VI. CHẨN ĐOÁN VÀ LÀM VIỆC CHẨN ĐOÁN

Việc chẩn đoán bệnh nhân nghi ngờ mắc ung thư bàng quang nên bắt đầu bằng nội soi bàng quang và tế bào học nước tiểu.

Nếu phát hiện khối u bàng quang, bệnh nhân phải tiến hành phẫu thuật cắt bỏ khối u bàng quang (TURBT) để điều trị toàn bộ khối u nguyên phát. Việc cắt bỏ khối u bàng quang nên bao gồm các mô trong mô vật để đánh giá độ sâu của sự xâm lấn khối u. TURBT được thực hiện với sự kiểm soát độ dày gây mê (EUA).

EUA là một phần quan trọng của giai đoạn lâm sàng, cho phép phát hiện ung thư bàng quang tiến triển của bệnh bằng cách đánh giá sự xâm lấn vào các cấu trúc lân cận, mô ruột ngoài cổ tử cung và mô ruột sang bên bàng quang hoặc vùng chậu.

Các vùng trên cũng nên được đánh giá bằng chụp cắt lớp vi tính (CT), nội soi niệu quản, pyelogram ngược, pyelography tĩnh mạch (IVP) hoặc chụp niệu quản MR. Những bệnh nhân có tế bào học độ tính và nội soi bàng quang bình thường, điều độ bất thường là phải điều tra độ các vùng trên. Khi CIS được phát hiện, niệu sinh thiết ngẫu nhiên có thể được thực hiện để đánh giá mức độ liên quan.

Những bệnh nhân có khối u cao và / hoặc xâm lấn nên đánh giá X quang bàng quang CT bàng quang và xạ quang chậu hoặc MRI của bàng quang và xạ quang chậu và CT ngực để đánh giá sự liên quan của hạch

Ung thư bàng quang

Viết bởi Biên tập viên

Thủ bệnh, 01 Tháng 8 2020 14:23 - Lần cập nhật cuối: Thủ bệnh, 01 Tháng 8 2020 14:32

Chỉ định huyết sắc tố, bệnh đái tháo đường trên và di căn xa.

Giá trị của FDG / PET CT cho giai đoạn ban đầu và đang được nghiên cứu nhưng dường như là một sự bổ sung tốt (không thay thế) cho hình ảnh giải phẫu với CT hoặc MRI để phân giải cao.

Nên xem hình xquang với ^{99m}Tc cho bệnh nhân có mức độ phosphatase kiềm trong máu cao hoặc đau xương.

VII. PHÂN LOẠI KHAI U VÀ GIAI ĐOẠN UNG THƯ

Giai đoạn ung thư bàng quang (Bảng 15.1) là tiền đề để lập quan trọng nhất

biện cho sự tiến triển và sự sống còn (OS).

1. Chọn đoán TNM

T (u nguyên phát)

Tx Không xác định được u nguyên phát

T0 Không có dấu hiệu u nguyên phát

Ta Ung thư biểu mô nhú không xâm lấn

Ung thử sàng quang

Viết bởi Biên tập viên

Thủ bộ y, 01 Tháng 8 2020 14:23 - Lần cập nhật cuối Thủ bộ y, 01 Tháng 8 2020 14:32

Tis Ung thử tại chỗ

T1 U xâm lấn lớp dưới niêm mạc

T2 U xâm lấn c

T2a U xâm lấn 1/2 trong lớp c

T2b U xâm lấn ra 1/2 ngoài lớp c

T3 U xâm lấn lớp mô quanh bàng quang

T3a U xâm lấn lớp mô quanh bàng quang (vì thế)

T3b U xâm lấn lớp mô quanh bàng quang (đi thế)

T4 U xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo, thành chậu hông hoặc thành bụng

T4a U xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo

T4b U xâm lấn thành chậu hông hoặc thành bụng.

N (hạch vùng):

Ung th₀ bàng quang

Vi₀t b₀i Biên t₀p viên

Th₀ b₀y, 01 Tháng 8 2020 14:23 - L₀n c₀p nh₀t cu₀i Th₀ b₀y, 01 Tháng 8 2020 14:32

Nx Không xác đ₀nh đ₀ c h₀ch vùng

N0 Không có di căn h₀ch vùng

N1 Di căn 1 h₀ch vùng đ₀n đ₀c trong khung ch₀u (h₀ch h₀ v₀, h₀ch ch₀u trong,

h₀ch ch₀u ngoài, h₀ch h₀ b₀t).

N2 Di căn nhi₀u h₀ch vùng khung ch₀u (h₀ch h₀ v₀, h₀ch ch₀u trong, h₀ch h₀ b₀t).

N3 Di căn h₀ch ch₀u chung

343

M (di căn xa):

Mx Không xác đ₀nh đ₀ c di căn xa

M0 Không có di căn xa

M1 Có di căn xa.

Ung th₀ bàng quang

Vi₀t b₀i Biên t₀p viên

Th₀ b₀y, 01 Tháng 8 2020 14:23 - L₀n c₀p nh₀t cu₀i Th₀ b₀y, 01 Tháng 8 2020 14:32

2. Ch₀n đoán giai đo₀n

Giai đo₀n T N M

Oa Ta N0 M0

Ois Tis N0 M0

I T1 N0 M0

II T2a, 2b N0 M0

III T3a, 3b, 4a N0 M0

IV Tb₀t k₀ N1,2,3 M0

Tb₀t k₀ Nb₀t k₀ M1

T4b N0 M0

Ung th₀ bàng quang đ₀ợc phân lo₀i là xâm l₀n c₀ không xâm l₀n, xâm l₀n c₀ và di căn.

Ung th₀ bàng quang xâm l₀n c₀ b₀p không ph₀i là kh₀i u ch₀ liên quan đ₀n niêm m₀c (Ta) ho₀c đ₀ợc i niêm m₀c (T1) và CIS ph₀ng (Tis) và chi₀m 70% ung th₀ bàng quang. Trong s₀ các

Ung thư bàng quang

Vị trí bài Biên tập viên

Thủ bài, 01 Tháng 8 2020 14:23 - Lần cập nhật cuối Thủ bài, 01 Tháng 8 2020 14:32

Bệnh ung thư bàng quang không xâm lấn cấp, khoảng 60% là khối u, 30% là T1 và 10% là CIS. Hầu hết các bệnh ung thư bàng quang xâm lấn cấp không tái phát trong vòng 6 đến 12 tháng với cùng mức giai đoạn, nhưng 10% đến 15% bệnh nhân có thể bệnh xâm lấn hoặc di căn. Các khối u cấp thấp (cấp 1 hoặc 2, đến đến) và giai đoạn thấp hơn (Ta) có thể tái phát và tiên tri thấp hơn so với bệnh có nguy cơ cao (T1, CIS, cấp 3 hoặc đa tiêu).

Ung thư bàng quang xâm lấn cấp là những khối u xâm lấn vào cấp (T2), mô quanh bàng quang (T3) hoặc cấp trực lân cận (T4a). Bệnh nhân bệnh bệnh xâm lấn cấp có 50% khả năng di căn xa và thời điểm chẩn đoán.

Các khối u xâm lấn cấp xâm lấn vào bàng quang hoặc xương chậu và được cấp độ nh hoặc không di căn trong EUA được coi là khối u T4b và được phân loại là bệnh di căn không thể phát hiện được.

Trong bệnh di căn, các vị trí di căn thông thường là các hạch bạch huyết vùng chậu, gan, phổi, xương, tuyến thượng thận và ruột. Cấp độ khối u là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong các khối u xâm lấn cấp không liên quan đến nguy cơ tái phát và tiên tri. Phân loại phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1973 (WHO) sử dụng chế độ nh cho u nhú và loại 1, 2, 3 TCC. Một phân loại phân loại sử dụng đã được công bố vào năm 2004 bởi WHO đã thêm một loại mới cho một khối u với tiên lượng được biết đến; u nhú tiết niệu có tiên lượng ác tính thấp. Các chế độ nh cũng được thay đổi từ ung thư biểu mô tuyến 1, 2 và 3 thành ung thư biểu mô tuyến niệu cấp thấp và cao. Các tiên đoán được 2 hiện được phân loại là khối u thấp hoặc cao. Phân loại của WHO năm 2004 có khả năng nâng cao ý nghĩa tiên lượng của các phân loại bệnh lý của các khối u tiết niệu không xâm lấn cấp.

VIII. TIÊN LƯỢNG.

Các yếu tố tiên lượng chính là giai đoạn khối u và thời điểm chẩn đoán và mức độ biệt hóa khối u.

Tỷ lệ sống sót sau năm năm đối với bệnh nhân ung thư bàng quang không xâm lấn, xâm lấn cấp và di căn là 95%, 50% và 6%. Hầu hết hành trung bình đối với ung thư bàng quang xâm lấn cấp không phải là 10 năm, với một lịch sử tự nhiên được đặc trưng bởi sự tái phát của khối u xâm lấn cấp không có cấp độ hoặc tiên tri thành bệnh xâm lấn cấp. Các khối u không xâm lấn cấp

không tái phát trong 60% đến 70% trường hợp; khoảng một phần ba bệnh nhân này đến một giai đoạn hoặc cấp cao hơn. Sự thay đổi đáng kể trong hướng hành xử ra khỏi bệnh nhân ung thư được nghiên cứu di căn trở lại qua đường tiểu tiện tay bàng quang hóa trị. Để dự đoán hướng hành xử tiếp theo của bệnh nhân này, Trung tâm Ung thư Memorial Sloan-Kettering (MSKCC) đã phát triển một mô hình tiên lượng sử dụng hai yếu tố nguy cơ tiên nghiệm (gan, phổi, hoặc xương). Dựa trên mô hình nhóm rủi ro tiên lượng MSKCC, bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ có thời gian sống trung bình là 33 tháng; 1 yếu tố rủi ro, 13,4 tháng; và 2 yếu tố rủi ro, 9,3 tháng ($P = 0,0001$). Hiện tại có một mô hình mới được MSKCC sử dụng để bao gồm bệnh nhân tiên nghiệm bao gồm di căn tiên nghiệm, tình trạng hiện tại, albumin và hemoglobin. Mô hình tiên lượng bệnh nhân mới này cho bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến di căn có thể đáng kể về mặt thống kê để dự đoán hướng hành xử bệnh nhân mắc bệnh di căn so với mô hình hai biến trước đây. Mô hình tiên lượng có thể dự đoán xác suất sống sót ở hướng hành 1-, 2- và 5 năm và trung bình ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến di căn.

IX. ĐIỀU TRỊ

1. Ung thư bàng quang không xâm lấn cấp

TURBT vẫn là nền tảng điều trị cho bệnh ung thư không xâm lấn cấp, tức là ung thư bàng quang Ta, T1 và Tis. Một TURBT thường có thể được thực hiện cho các khối u cao cấp. Ngoài việc quan sát sau TURBT, liệu pháp tiêm tĩnh mạch có thể được sử dụng. Cần theo dõi chặt chẽ đối với các khối u có nguy cơ cao (cao cấp Ta, CIS và cao cấp T1) với tư cách bảo vệ ngăn ngừa và soi bàng quang mỗi 3 đến 6 tháng trong 2 năm đầu và khoảng thời gian theo dõi dài hơn sau 2 năm khi thích hợp.

Điều trị hóa chất nội bàng quang chủ yếu được sử dụng như một thủ tục bước đầu hoặc điều trị dự phòng sau TURBT để giảm thiểu tái phát bệnh và / hoặc tiên tri. Hóa trị trong tĩnh mạch được sử dụng cho bệnh có nguy cơ thấp (Ta và T1 thấp) và trực khuẩn trong liệu pháp Calmette-Guerin (BCG) được khuyến cáo cho bệnh có nguy cơ cao (Ta cấp cao, CIS và T1 cao cấp). Hóa trị trong tĩnh mạch: Các tác nhân hóa trị liệu được sử dụng để tiêm vào tĩnh mạch bao gồm thiotepa, doxorubicin, epirubicin và mitomycin C. Dữ liệu cho thấy các tác nhân hóa trị liệu trong tĩnh mạch hiện có hiệu quả tương đương nhưng khác nhau về đặc tính. Mặc dù không có liệu pháp nào có lợi ích trên tiêu chuẩn hóa nào được xác định là sự phân phối tối ưu cho hóa trị liệu trong tĩnh mạch, một phân tích tổng hợp cho thấy một liệu pháp hóa trị được điều chỉnh làm giảm 39% nguy cơ tái phát. Bệnh nhân có khối u như đến đến mức độ thấp được khuyến cáo để điều trị. Do đó, ngoài việc quan sát sau TURBT, một lựa chọn cho tiên nghiệm Ta ở giai đoạn lâm sàng cấp độ thấp sử dụng các thuốc hóa trị liệu trong tĩnh mạch trong vòng 24 giờ sau TURBT.

Mitomycin C là hóa trị thặng đ c s đ ng nh t. Li u pháp mi n đ ch v i BCG đã cho th y nh ng l i ích lâm sàng có ý nghĩa th ng kê, bao g m gây ra đáp ng hoàn toàn (CR) trong CIS (70% đ n 75%) và gi m t l tái phát . Ta cao c p c a T1 (20% đ n 57%), nh ng đã cho th y không gi m nh t quán trong t n tri n kh i u. B o trì BCG đã đ c ch ng minh là làm gi m tái phát, nh ng th i gian và li u t i u không đ c xác đ nh. M t c m ng th hai c a li u pháp BCG có th đ c đ a ra, sau 3 tháng theo dõi, đ i v i các kh i u tái phát / dai đ ng đáp ng v i đi u tr b ng đ ng tính m ch ban đ u. Không quá hai khóa h c c m ng liên ti p nên đ c đ a ra. N u b nh tái phát sau hai l n gây BCG liên ti p, thì nên c t bàng quang. Valrubicin tiêm tĩnh m ch đ c FDA ch p thu n cho b nh nhân ch u l a BCG t ch i ho c không dung n p đ c c t bàng quang. Các tác nhân khác đ c s đ ng trong dân s này bao g m gemcitabine và đi u tr b ng BCG và interferon α -2b.

Ch đ nh c t bàng quang tri t căn s m bao g m CIS ch u l a BC ho c t n th ng cao c p tái phát sau li u pháp mi n đ ch BCG. Các t n th ng T1 và CIS cao c p có xu h ng t n tri n và th m chí di căn. Các ng c viên không ph u thu t có th theo đ u i m t th nghi m lâm sàng v i các li u pháp thay th bao g m c hóa tr .

2. Ung thư bàng quang xâm l n c

Ph u thu t c t bàng quang c p tính v i bóc tách h ch hai bên và c t ni u qu n xa là li u pháp tiêu chu n cho ung th bàng quang xâm l n c . Nam gi i, ph u thu t liên quan đ n vi c c t b tuy n t n li t, túi tinh và ni u đ o g n. Ph n , nó liên quan đ n vi c lo i b ni u đ o, t cung, ng đ n tr ng, thành âm đ o tr c và fascia xung quanh.

Đi u tr c t t a b ng hóa tr , x tr và TURBT: Hóa tr đ t khoát là m t ph ng pháp thay th cho ph u thu t c t bàng quang tri t đ v i m c tiêu b o t n bàng quang. Hai ph ng pháp ph bi n nh t bao g m các giao th c đ c phát tri n t i B nh vi n Đa khoa Mass (MGH), Đ i h c Paris và Đ i h c Erlangen. Các b nh nhân giao th c MGH và Đ i h c Paris tr i qua TURBT hoàn ch nh, sau đó dùng li u đi u tr hóa tr li u; các b nh nhân sau đó đ c đánh giá đáp ng. Ch nh ng b nh nhân đ t đ c CR sau đó tr i qua hóa tr li u c ng c đ b o t n bàng quang, trong khi nh ng b nh nhân không đ t đ c CR đ c gi i thi u đ c t bàng quang tri t đ v i m c đích ch a b nh. Trong giao th c c a Đ i h c Erlangen, b nh nhân đ c đi u tr hóa tr li u li u đ y đ tr c và sau đó đ c đánh giá đáp ng đi u tr ; b nh nhân không đ t đ c CR sau đó đ c ph u thu t c t nang tri t đ . Cisplatin là ch t phát x ph bi n nh t đ c s đ ng trong li u pháp đi u tr ; tuy nhiên, cisplatin không lý t ng, vì nhi u b nh nhân ung th bàng quang đ c ch đ nh x tr đã làm suy gi m ch c năng th n ho c tình tr ng ho t đ ng kém. S k t h p gi a fluorouracil và mitomycin C là l a ch n thay th t t cho nh ng b nh nhân không ph i là ng c viên cisplatin. B nh nhân m c b nh đa tiêu, CIS ho c hydronephrosis

không phải là bằng chứng viên lý thuyết cho phép pháp điều trị dứt điểm bằng liệu pháp điều trị. Hóa trị kết hợp với xạ trị cần thiết đáng kể kiểm soát ung thư bàng quang tại địa phương, so với xạ trị đơn thuần, mà không tăng đáng kể các tác dụng phụ.

Hóa trị liệu dựa trên cisplatin trở nên cần thiết khi điều trị dứt điểm giúp cải thiện khả năng sống sót bệnh nhân ung thư bàng quang với bệnh T24 T4a. Kết quả nghiên cứu thành công của Hội đồng nghiên cứu y tế (MRC) và Tổ chức châu Âu về điều trị và chăm sóc bệnh ung thư. Một lợi ích tiềm năng còn tiếp tục đã được nhìn thấy trong một thử nghiệm Intergrup của Hoa Kỳ (SWOG-8710) hóa trị với phác đồ methotrexate, vinblastine, doxorubicin và cisplatin (MVAC). Một phân tích tổng hợp của hơn 3.000 bệnh nhân ung thư bàng quang bằng ung thư bàng quang xâm lấn cục bộ đã được điều trị bằng hóa trị dựa trên Cisplatin cũng cho thấy lợi ích sống sót là 6% và giảm 14% nguy cơ tử vong sau 5 năm hóa trị liệu dựa trên cisplatin khi điều trị dứt điểm. Ở Hoa Kỳ, gemcitabine và cisplatin (GC) thường được sử dụng trong hóa trị thay vì MVAC hoặc CMV. GC thường được ưu tiên với MVAC trong giai đoạn di căn nhưng chưa được nghiên cứu trong một thử nghiệm ngẫu nhiên trong hóa trị bệnh. Các phương pháp điều trị ngoại khoa cho bệnh nhân không thể điều trị khi tiến triển của cisplatin vẫn đang được nghiên cứu. Không có dữ liệu hỗ trợ cho việc điều trị hóa trị không dựa trên Cisplatin như kết hợp carboplatin.

Dữ liệu hóa trị bệnh cho hóa trị liệu dựa trên cisplatin ít hợp đồng hơn, và điều này không nên được sử dụng như là một thay thế cho hóa trị tân dược. Tuy nhiên, có những bệnh nhân được hưởng lợi từ hóa trị liệu dựa trên cisplatin, bao gồm cả những bệnh nhân không được hóa trị liệu tân hóa và một số bệnh nhân rớt trong phác đồ thu thập chất bàng quang tri thức. Thuyết không may, bệnh nhân ung thư bàng quang thường là người già và có xu hướng mắc nhiều bệnh đi kèm; do đó, việc cung cấp hóa trị bệnh cho những bệnh nhân này sau khi chất bàng quang tri thức có thể là một thách thức.

3. Điều trị ung thư bàng quang di căn

Điều trị đầu tay: MVAC, MVAC được điều chỉnh liều (ddMVAC) và hóa trị liệu là tiêu chuẩn của phác đồ hóa trị liệu chăm sóc cho ung thư biểu mô tuyến di căn. MVAC là một trong những chế độ hóa trị tích cực nhất trong điều trị ung thư bàng quang di căn, với tỷ lệ đáp ứng khoảng 40% đến 72%. Tuy nhiên, đặc tính liên quan đến chất này hơn chất sử dụng rõ ràng.

GC đã được chứng minh là tương đương với MVAC trong điều trị và thời gian điều trị thất bại và tỷ lệ đáp ứng, nhưng ít độc hơn MVAC.

Một nghiên cứu ngẫu nhiên trong bệnh di căn của MVAC tiêu chuẩn so với ddMVAC cho thấy bệnh cách loại ngày 15 và 22 của methotrexate và vinblastine, chất này có thể được hoàn thành nhanh hơn, ít độc tính hơn và kết quả tốt hơn.

Một nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát với ddMVAC so với ddGC cho thấy cả hai chế độ đều tương đương nhau về hiệu quả hành và thời gian sống không tiến triển, với hiệu quả tính toán trong nhóm ddGC. Tuy nhiên, nghiên cứu này tạm dừng ngẫu nhiên sớm do tích lũy kém.

Phác đồ kết hợp hóa trị ba liên hợp paclitaxel, cisplatin và gemcitabine (PCG) có thể có phần tăng lên, nhưng tác động của chúng đối với sự sống còn chưa rõ ràng (xem Bảng 15.2). Khi so sánh với GC tiêu chuẩn, nhóm PCG có giảm bệnh do sốt cao hơn (13,2% so với 4,3%; $P < 0,001$). Không có dữ liệu cho thấy carboplatin có thể được thay thế một cách hiệu quả cho cisplatin. Trừ khi nó đóng cửa sớm do tích lũy kém, một nghiên cứu ECOG giai đoạn 3 so sánh MVAC với carboplatin và paclitaxel đã chứng minh sự khác biệt đáng kể về một thời kỳ hiệu quả hành trung bình 15,4 tháng đối với nhánh MVAC so với 13,8 tháng đối với cánh tay carboplatin và paclitaxel ($P = 0,6$) với hiệu quả tính toán cánh tay paclitaxel carboplatin. Do đó, cần thay thế carboplatin cho cisplatin nếu bệnh nhân được coi là không phù hợp với cisplatin.

4. Cisplatin

Bệnh nhân có thể được coi là không thích hợp với cisplatin nếu họ có một trong những điều sau đây: tình trạng hoạt động kém, suy thận, giảm thính lực, bệnh thận kinh hoặc suy tim độ III

Những bệnh nhân không dùng cisplatin, một nghiên cứu ngẫu nhiên pha 2/3 đã kiểm tra gemcitabine và carboplatin so với M-CAVI (methotrexate, carboplatin và vinblastine). Hiệu quả hành trung bình là 9,3 tháng trong nhóm gemcitabine và carboplatin so với 8,1 tháng trong nhóm MCAVI ($P = 0,64$). Độc tính nghiêm trọng đã được quan sát thấy ở 9,3% cánh tay gemcitabine và carboplatin so với 21,2% của M-CAVI. Những kết quả này đã chứng minh rằng không có sự khác biệt giữa hai chế độ trên carboplatin liên quan đến kết quả sống sót; tuy nhiên, có độc tính nghiêm trọng hơn liên quan đến chế độ M-CAVI.

5. Hóa trị bậc 2

Hoa Kỳ không có liệu pháp nào được FDA chấp thuận cho bệnh nhân ung thư bàng quang sau khi họ tiến triển từ hóa trị liệu tùy chọn đầu tiên dựa trên cisplatin hoặc carboplatin.

Ở châu Âu, vinflunine được chấp thuận là điều trị bậc hai cho bệnh nhân ung thư bàng quang di căn dựa trên nghiên cứu ngẫu nhiên giai đoạn 3 với vinflunine compared với chăm sóc hỗ trợ tối thiểu (BSC) so với BSC được chấp thuận. Trong dân số có ý định điều trị, HDH không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,287$); tuy nhiên, phân tích cox đa biến được điều chỉnh cho các yếu tố tiên lượng đã cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với vinflunine compared với BSC so với BSC được chấp thuận. Thời gian hành trung bình cho vinflunine compared với BSC là 6,9 tháng so với thời gian hành trung bình cho riêng BSC là 4,3 tháng ($P = 0,040$).

Tất cả đáp ứng với hóa trị liệu điều trị bậc 2 thấp, dao động từ 5% đến 20%. Các thuốc thường được sử dụng bao gồm các thuốc được chỉ định hoặc pemetrexed.

Tài liệu tham khảo:

1. Bladder Cancer – Daniel Morgensztern, Bruce Roth – The Washington Manual of Oncology.
2. Bladder Cancer – Andrea B. Apolo and William L. Dahut.