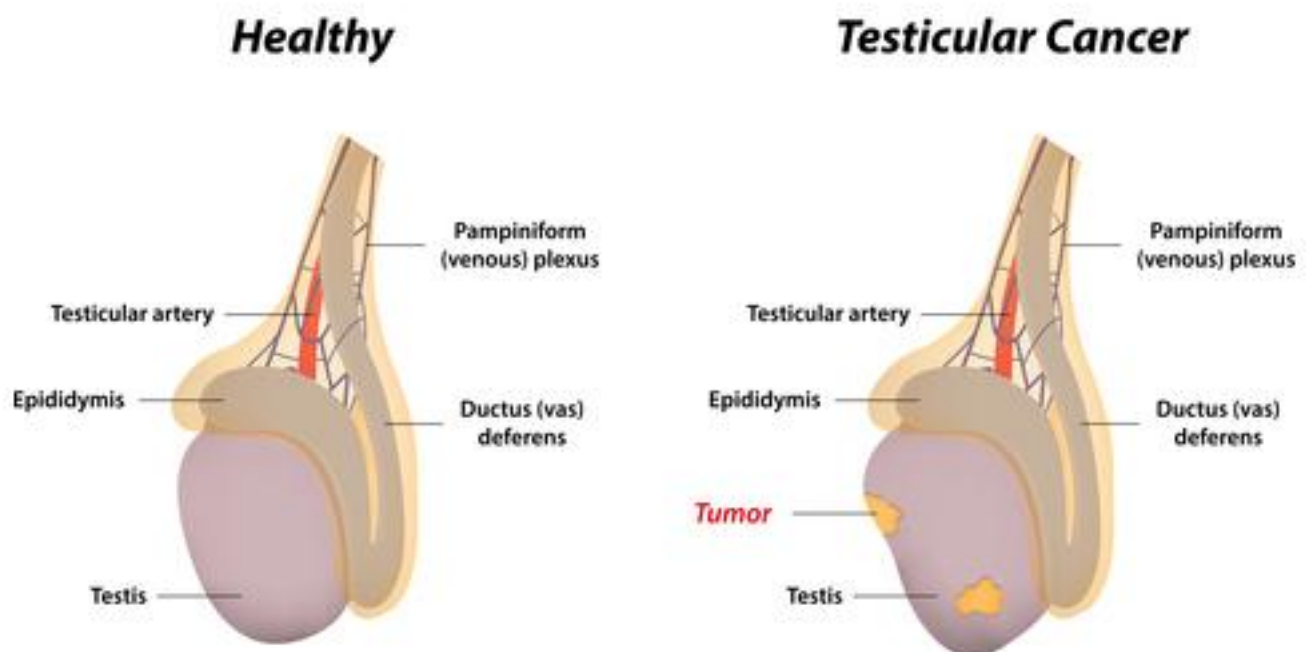


BS Nguyễn Quốc Việt - Khoa Ngoại TN-LN

I. ĐỊNH NGHĨA

U tinh hoàn là ung thư hiếm, chỉ chiếm 1 % tổng số bệnh ung thư ở nam nhưng là một bệnh nguy hiểm với đa số là u ác (90%) và thường phát sinh ở những người trẻ, ở lứa tuổi đang hoạt động sinh dục mạnh, từ 15-35 tuổi.

Testicular Cancer



II. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Hiện nay chưa rõ nguyên nhân u tinh hoàn. Tuy nhiên, có liên quan giữa u tinh hoàn và các di chứng tinh hoàn. Tinh hoàn nam có nguy cơ hóa ác gần 3-5 lần so với tinh hoàn trong bìu. Gần 7-10% u tinh hoàn phát hiện trên tinh hoàn nam, thường là seminoma. Theo tinh hoàn và tinh hoàn lớn sớm, mức dùng estrogen trong lúc mang thai, chứng thối và nhiễm trùng tinh hoàn cũng là những nguy cơ gây u tinh hoàn.

III. PHÂN LOẠI

Phân loại của Boden và Gibb (1951):

- Giai đoạn A: tumor thối khu trú trong tinh hoàn.
- Giai đoạn B: di căn hạch vùng
- Giai đoạn C: di căn hạch sau phúc mạc.

Phân loại cho u loai seminoma:

- Đ I: tumor thối khu trú trong tinh hoàn
- Đ II: di căn hạch sau phúc mạc (IIA khi hạch <2cm, IIB khi hạch >2cm).
- Đ III: khi có di căn hạch trên cơ hoành hoặc di căn cơ quan.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Bệnh thường diễn tiến âm thầm, khoảng 10% bệnh nhân không đau và không có hiệu quả đáng chú ý nào ngoài dấu hiệu duy nhất là có khối u cứng và không đau ở mót bên tinh hoàn.

- Khi khối u đã đủ kích thước để bệnh nhân cảm thấy có cảm giác nặng ở mót bên bìu, tinh hoàn bên bệnh hơi thấp hơn so với tinh hoàn bên lành. Do không đau nên bệnh nhân thường ít chú ý. Có khoảng 10% bệnh nhân đau tức ở tinh hoàn do nhồi máu hoặc xuất huyết bên trong. Tinh hoàn bên bệnh thường nặng hơn bình thường, xơ cứng, và kéo theo thừng tinh làm đau vùng bìu và vùng bìu dái.

- Khoảng 10% bệnh nhân đến khám do các triệu chứng của u di căn như: đau lưng do chèn ép các rễ thần kinh, tức ngực khó thở hoặc ho do di căn phổi, buồn nôn hoặc nôn do di căn tiêu hóa, đau xương, phù chi dưới...

- Thăm khám: cần khám cả hai bên tinh hoàn để so sánh, nên vẽ sơ đồ các bộ phận vùng bìu để mô tả.

2. Cận lâm sàng

2.1 Xét nghiệm máu: HCG (beta human chorionic gonadotropin) và AFP (alpha feto-proteine) và LDH (lactic acid dehydrogenase).

- Nặng ở AFP bình thường từ 3-30mg/l. AFP không tăng trong u seminoma, nặng tăng trong NSGCTs. Do đó, mót u tinh hoàn để chẩn đoán là seminoma mà AFP tăng thì phải coi như seminoma không thuần túy vì có nhân carcinoma ẩn bên trong.

- Lượng trung bình ở phái nam trưởng thành là 2-5mg/ml, lượng này tăng trong tất cả các u mầm sinh: 7% trong séminoma, 100% trong choriocarcinoma.

- Các chất đánh dấu sinh học có nhiều ưu điểm vì giúp xác định mức độ giai đoạn chính xác hơn, mức độ nguy hiểm của di căn sau khi đã cắt bỏ u chính, theo dõi và phát hiện sớm u tái phát

2.2 Chọn đoán hình ảnh

- Siêu âm giúp chọn đoán chính xác trong 75% các trường hợp. Hình ảnh u tinh hoàn là hình ảnh giúm âm. Ngoài ra giúp chọn đoán phân biệt với tràn dịch tinh mạc.

- Sau khi chọn đoán u tinh hoàn bệnh nhân quan trọng nhất là tìm các di căn, để định hướng phẫu thuật và các quan khác.

Để phát hiện hạch di căn có thể:

- Siêu âm bụng
- X quang phổi: thấy có hình bong bóng bay mờ nhạt hay hai phổi tràn dịch, hoặc

thấy hình ảnh trung thất giãn rộng.

- CTScan

Ung thư tinh hoàn

Viết bởi Biên tập viên

Thủ bút, 22 Tháng 9 2018 19:23 - Lần cập nhật cuối: Chủ nhật, 23 Tháng 9 2018 06:18

- MRI giúp rất nhiều trong việc phát hiện hạch quanh đường mạch chậu, các hạch trên cơ hoành, hạch gan gan và phổi.

4. Chẩn đoán phân biệt

Bù lún nhúng không đau : Tràn dịch tinh mạc, giang mai tinh hoàn, Lao mào tinh

Bù lún và đau: viêm tinh hoàn - mào tinh, xoắn tinh hoàn.

V. ĐIỀU TRỊ

Việc điều trị có nhiều thay đổi trong thời gian gần đây như hóa trị liệu. Phát hiện và điều trị sớm vẫn là vấn đề cần bàn.

Trước đây, u tinh hoàn có tiên lượng rất xấu, nhưng ngày nay nhiều tác giả đã đạt tỷ lệ khỏi trên 5 năm hơn 70%-95%.

Việc điều trị gồm 3 phương pháp:

- Cắt tinh hoàn và nạo hạch.

- Xạ trị.

- Hóa trị.

VI. TIỀN LỊCH NG

Tiền lệ ng u tinh hoàn rít ít ph thu c vào: kích th c, v trí và th i gian phát sinh c a u, v trí c a tinh hoàn. Tiền lệ ng c a u tinh hoàn ph thu c ch y u vào lo i t bào u: lo i seminoma có tiền lệ ng kh quan nh t, lo i choriocarcinoma có tiền lệ ng x u nh t.

Seminoma đi u tr b ng c t tinh hoàn và x tr có t l s ng 5 năm 98% đi i v i giai đo n I, 92-94% đi i v i giai đo n IIA. Seminoma giai đo n mu n h n đi u tr b ng c t tinh hoàn và hóa tr ban đ u có tiền lệ ng s ng 5 năm là 35-75%.

T l s ng 5 năm c aNSGCT giai đo n Ađ c đi u tr b ng c t tinh hoàn và n o h ch là 96-100%, giai đo n B đi u tr b ng hóa tr ph i h p ph u tr >90%. B nh nh n có h ch sau phúc m c l n có hóa tr ban đ u là 55-80%.

V i nh ng ti n b trong ch n đoán, tumor markers, đa hóa tr và hóa tr b tr sau ph u thu t đã giúp gi m t l t vong t 50% tr c 1970 còn d i 5% (Bosl và Motzer, 1997). Hóa tr có th gây vô tinh trong 2-3 năm. Có th l y tinh trùng c a b nh nh n g i ngân hàng tinh trùng đ th a m n c mu n có con sau này.

VII. D PHÒNG

M i nam gi i tr nên chú ý đ n hai tinh hoàn c a mình. Khi th y tinh hoàn to c n đ n g p nh n viên y t v u tinh hoàn tuy hi m nh ng rít ác tính.

Ph u thu t đ a tinh hoàn n xu ng bìu không làm thay đ i kh năng hóa ác c a tinh hoàn, nh ng cũng giúp theo dõi đ d dàng h n.

Tóm l i m t kh i u đ n đ c n m trong tinh hoàn thông th ng là m t ung th , c n ch n đoán phân bi t v i b nh lao th ng có kh i u ào tinh ho c b nh giang mai nh ng th ng rít hi m. Trong tr ng h p nghi ng c n theo dõi hàng tu n m c đ ti n tri n c a kh i u vùng tinh hoàn.

TÀI LI^oU THAM KH^oO

1. B^o môn Sinh lý Đ^oi H^oc Y D^o c TP.HCM (2002): “H^o sinh d^o c nam”, Sinh lý h^o c, t^op 2, NXB Y H^o c, tr. 13 5.
2. Jerome P.Richie, MD Graeme s.steele, MD (2008), “Neoplasms of the Testis”, Cambell-WashUrology, 9aed., Saunders.
3. Joseph^o c.^o Presti Jr. MD (2008), “Genital Tumors”, Smith’s General Urology, 17111^o ed., Mc Graw-Hill.
4. Ngô Gia Hy (1980), “U tinh hoàn”, N^ou h^o c t^op I, NXB Y H^o c, tr.244- 265. ’ ’
5. Nguy^on B^ou Tri^ou (2003), “Ung th^o tinh hoàn”, B^onh h^o c t^ot n^ou, NXB YH^o c, tr.509-516.
6. Nguy^on Quang Quy^on (2005), “C^o quan sinh d^o c nam”, Gi^oi ph^ou h^o c, t^op 2, NXB Y H^o c, .242-255.
7. Tr^on Văn Sáng (1998), “U tinh hoàn”, Bài gi^ong b^onh h^o c n^ou khoa, NXB Mũi Cà Mau, tr.264-278.