

U tuyến ức và ung thư biểu mô tuyến ức

## SINH LÝ HỌC

### PHÂN LOẠI THEO LỊCH SỬ

- CHÍNH TẢ
- NEUROENDOCRINE
- TẾ BÀO GERM
- LYMPHOID
- STROMAL

### ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

VỊ TRÍ — khó thở, ho, đau ngực,  
khàn tiếng, khó nuốt, tĩnh mạch chủ trên  
sự cản trở

### METASTATIC

TIỀM NĂNG - giảm cân, chán ăn, mệt mỏi

PARANEOPLASTIC — bệnh nhược cơ (30–50%,

nhìn đôi, chứng tật, khó nuốt, suy nhược, mệt mỏi), nguyên chất

bất sản tế bào đỏ (5–15%), bất sản tế bào trắng tinh khiết, giảm tiểu cầu, hạ đường  
huyết (tái phát

nhiễm trùng, tiêu chảy), bệnh thấp khớp, và

bệnh nội tiết. Lưu ý rằng sự thuyên giảm của u tuyến ức không nhất thiết phải tương quan với việc cải thiện hội chứng paraneoplastic

## ĐIỀU TRA

### NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, glucose, AST, ALT, ALP, bili
- HÌNH ẢNH — X-quang, CT ngực
- BIOPSY

## CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

BIOPSY — nên tránh sinh thiết phẫu thuật nếu u tuyến ức có thể cắt lại được nghi ngờ rất nhiều dựa trên về các đặc điểm lâm sàng và X quang. Sinh thiết có thể có u tuyến ức nên tránh xuyên màng phổi cách tiếp cận

## SỰ QUẢN LÝ

GIAI ĐOẠN I, II, III (bệnh có thể cắt được) - cắt bỏ (thường bao gồm nhu mô phổi lân cận và màng ngoài tim) ± phần hỗ trợ

xạ trị ± (tân) hóa trị hỗ trợ

(cisplatin + doxorubicin + cyclophosphamide

[ưu tiên cho u tuyến ức], carboplatin + paclitaxel [ưu tiên cho ung thư biểu mô tuyến ức], cisplatin + etoposide)

GIAI ĐOẠN IV (bệnh không thể chữa khỏi) —cơ bản

bức xạ ± hóa trị liệu giảm nhẹ (cisplatin + doxorubicin + cyclophosphamide [ưu tiên

đối với thymoma], carboplatin + paclitaxel [ưu tiên

đối với ung thư biểu mô tuyến ức], cisplatin + etoposide).

Chuyển tuyến chăm sóc giảm nhẹ nếu cần chăm sóc hỗ trợ

## CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

CHỈ ĐỊNH CHO RADIOTHERAPY — tại địa phương

bệnh tiến triển hoặc di căn không thể chữa khỏi,

bệnh còn sót lại sau khi cắt bỏ, và hoàn thành

cắt bỏ u tuyến ức hoặc u tuyến ức xâm lấn

ung thư biểu mô