

Ung thư thận

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

MALIGNANCY

- CARCINOMA TẾ BÀO TẾ BÀO (RCC) (80–85%)
 - TẾ BÀO RÕ RÀNG (75–85%) - ống lượn gần
 - PAPILLARY / CHROMOPHILIC (12–14%) - ống lượn gần
 - CHROMOPHOBIC (4–6%) - ô xen kẽ của

ống thu vỏ não

- ONCOCYTIC (2–4%) - ô xen kẽ của

ống thu vỏ não

- Ống góp phần tuỷ (1%) - ống góp tuỷ

- CARCINOMA UROTHELIAL (15–20%) - thường phát sinh

từ bể thận

- LYMPHOMA

- SARCOMA

- RENINOMA - thường phát sinh từ các tế bào cầu thận. Hầu hết là lành tính. Có thể tiết ra renin

- HEMANGIOPERICYTOMAS — thường tiết ra renin.

Có thể là ác tính

- TÓM TẮT PHIM — u nguyên bào thận. Chủ yếu là trong

bọn trẻ

ANGIOMYOLIPOMA — mật độ chất béo đặc biệt

trên CT; liên kết với bệnh xơ cứng củ; nhẹ

ONCOCYTOMA — một khối rắn đồng nhất, được nội quy tốt với một vết sẹo ở giữa; thường lành tính (tiềm năng di căn thấp)

VIÊM XOANG THẬN - biến thể của viêm thận bể thận mãn tính

SINH LÝ HỌC

CÁC YẾU TỐ RỦI RO

- CÁ NHÂN — tuổi tác, béo phì
- MÔI TRƯỜNG — hút thuốc (2 ×), phenacetin
- LỊCH SỬ GIA ĐÌNH — những người thân được phát hiện
- HỘI CHỨNG TỪ NGŨ — von Hippel-Lindau

hội chứng, ung thư biểu mô tế bào thận nhú di truyền, hội chứng Birt-Hogg-Dubé, củ

phức hợp xơ cứng, bệnh leiomyomatosis di truyền

& RCC, bệnh thận đa nang chiếm ưu thế trên NST thường

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LOCOREGIONAL — bộ ba cổ điển của ^ đau mắt cá chân,

tiểu máu, và khối ở bụng. Các triệu chứng khác

bao gồm giãn tĩnh mạch thừng tinh (trái > phải do tắc nghẽn

của tĩnh mạch tinh hoàn), cổ trướng và phù chân (nếu có dính tĩnh mạch chủ). Hai phần ba thận

khối u được tìm thấy một cách tình cờ

METASTATIC — khó thở, đau xương, vàng da

TIỀM NĂNG - sốt, giảm cân,

chán ăn, mệt mỏi

HỘI CHỨNG PHÂN TỬ - tăng huyết áp (40%, do tiết renin), tăng calci huyết (5%), đa hồng cầu (5%, do tiết EPO),

thiếu máu, tăng tiểu cầu, AA amyloidosis, gan

rối loạn chức năng (hội chứng Stauaer, không có gan di căn)

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC với đường kính (số lượng bạch cầu trung tính),

lytes, urê, Cr, AST, ALT, ALP, bilirubin, LDH, phân tích nước tiểu (tiểu máu, protein niệu)

- NGHIÊN CỨU URINE - nếu nghi ngờ ung thư biểu mô (ví dụ: khối trung tâm)

- HÌNH ẢNH — Chụp X quang, Chụp X-quang Hoa Kỳ, CT hoặc MRI bụng / xương chậu

với thuốc cản quang (hữu ích nhất), CT ngực (nếu nghi ngờ), chụp xương (nếu nghi ngờ), MRI não (nếu

khả nghi)

- NEPHRECTOMY / BIOPSY — sinh thiết thường không cần thiết trước khi phẫu thuật cho thận đơn độc khối lượng vì độ mảnh thấp và tiềm năng gieo hạt. Cắt thận là cả hai chẩn đoán và điều trị. Có thể xem xét sinh thiết nếu nghi ngờ căn nguyên không phải RCC (ví dụ: ung thư hạch, di căn) hoặc bệnh nhân không phải là ứng cử viên phẫu thuật

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN VÀ TIỂU SỬ

TIẾN HÀNH THEO GIAI ĐOẠN — Sống sót tổng thể 5 năm tỷ lệ ung thư biểu mô tế bào thận tại chỗ, tiến triển tại chỗ và di căn là 93%, 70% và 12%,

tương ứng

CÁC YẾU TỐ SỞ HỮU PHỤ THUỘC — giai đoạn

III-IV, độ mô học 3–4, hiệu suất ECOG

trạng thái ≥ 1

TẾ BÀO TẾ BÀO KIM LOẠI QUỐC TẾ

TIÊU THỤ CƠ SỞ DỮ LIỆU CARCINOMA

(IMDC) TIÊU CHÍ — khoảng thời gian từ khi chẩn đoán đến

điều trị trên giới hạn bình thường, hemoglobin trên

giới hạn bình thường, canxi > giới hạn trên bình thường. Rủi ro

mô hình được sử dụng để hướng dẫn điều trị trong RCC di căn

SỰ QUẢN LÝ

GIAI ĐOẠN I (T1a) - cắt bỏ trực tràng; kỹ thuật cắt bỏ (ví dụ: áp lạnh, cắt bỏ bằng tần số vô tuyến); giám sát tích cực

GIAI ĐOẠN I (T1b) - cắt bỏ trực tràng; giám sát tích cực ở một số bệnh nhân được chọn

GIAI ĐOẠN II — tiếp theo là phẫu thuật cắt bỏ thận
giám sát

GIAI ĐOẠN III - cắt thận sau đó là theo dõi; có thể xem xét sunitinib hỗ trợ

GIAI ĐOẠN IV — điều trị giảm nhẹ trong hầu hết các trường hợp

- PHẪU THUẬT — cắt thận nhân tạo tế bào trong

chọn bệnh nhân (ví dụ: trạng thái hiệu suất ECOG

0–1, không có di căn não). Cắt bỏ di căn trong

chọn bệnh nhân mắc bệnh u xơ tử cung

- TRỊ LIỆU HỆ THỐNG — liệu pháp đầu tiên có thể

bao gồm yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu

chất ức chế (ví dụ: sunitinib, pazopanib, axitinib,

cabozantinib) và / hoặc trạm kiểm soát miễn dịch

chất ức chế (ví dụ: ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab). Việc lựa chọn các tác nhân và sự kết hợp được hướng dẫn bởi nhóm rủi ro (xem tiêu chí IMDC

ở trên). Hóa trị thường không hiệu quả trong

xóa ô RCC

BỨC XẠ — kiểm soát chảy máu, đau hoặc xương

di căn

- PALLIATIVE CARE — giới thiệu cho những bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc hỗ trợ

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

BỆNH VON HIPPEL – LINDAU — một bệnh gia đình

hội chứng ung thư do đột biến của VHL

gen. Phổ bệnh bao gồm ung thư biểu mô tế bào thận (loại tế bào rõ ràng, 40%) và u nang, tuyến tụy

ung thư và u nang, pheochromocytomas,

u nguyên bào máu của tiểu não và cột sống

dây, và u mạch máu võng mạc. HIF1 α được hydroxyl hóa trong điều kiện không độc hại, sau đó được tạo ra bởi phức hợp protein VHL và bị phá hủy.

Tích tụ HIF1 α xảy ra khi thiếu oxy

điều kiện hoặc protein VHL đột biến, sau đó

Dị phân hóa với HIF1 β và kích hoạt phiên mã của các gen khác nhau như

VEGF. Phát triển liệu pháp nhắm mục tiêu cho thận

ung thư biểu mô tế bào được hỗ trợ bởi sự hiểu biết của chúng tôi

của con đường VHL – HIF1 α – VEGF