

Ung thư thực quản

SINH LÝ HỌC

PHÂN LOẠI THEO LỊCH SỬ

- ADENOCARCINOMA — 75% ở thực quản xa
- SQUAMOUS — phân bố đồng đều giữa phần trên, phần giữa và phần dưới của thực quản
- MELANOMA
- LEIOMYOSARCOMA
- LYMPHOMA
- CARCINOID

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

ĐỊA PHƯƠNG — khó nuốt (74%), đau đầu (17%),

chảy máu GI trên, đau thượng vị

VÙNG — khó thở, ho, khàn giọng, đau

(retrosternal, trở lại, RUQ)

METASTATIC — Nút virus, gan to,

tràn dịch màng phổi

TIỀM NĂNG - chán ăn, mệt mỏi, cân nặng

sự mất mát

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, AST, ALT, ALP, bilirubin, INR, PTT, albumin, lipase, CEA
- HÌNH ẢNH — X-quang, nuốt bari, CT ngực và Abd, nội soi Hoa Kỳ (tuyệt vời để chẩn đoán), PET quét (công việc trước phẫu thuật)
- BIOPSY — nội soi dạ dày ± nội soi ổ bụng

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN VÀ TIỂU SỬ

XÉT NGHIỆM (đối với Barrett thực quản) - người xem xét nội soi dạ dày sàng lọc ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ (tuổi ≥ 50 , nam, chủng tộc da trắng, GERD mãn tính > 5 năm, thoát vị gián đoạn, BMI cao hoặc trong ổ bụng phân phối chất béo, $\pm$ sử dụng thuốc lá, $\pm$ tiểu đêm ^ ux)

KHẢO SÁT (đối với Barrett) - giám sát nội soi với sinh thiết bốn góc trong q3–5 năm

(nếu không có loạn sản trên sinh thiết), q6–12 tháng (loạn sản cấp thấp), q3 tháng (loạn sản cấp cao mà không cần điều trị loại trừ)

TIẾN HÀNH THEO GIAI ĐOẠN — Sống sót tổng thể 5 năm

tỷ lệ ung thư tại chỗ, tiến triển tại chỗ và ung thư di căn lần lượt là 47%, 25% và 5%

CÁC YẾU TỐ CẤU TẠO NGHEO - giảm cân

> 10%, khó nuốt, khối u lớn, tuổi cao,

micrometastases bạch huyết

SỰ QUẢN LÝ

HỖ TRỢ DINH DƯỠNG — chuyên gia dinh dưỡng tham khảo ý kiến.

Cân nhắc cho ăn bổ sung nếu đáng kể

giảm cân, nhưng chỉ khi lợi ích lớn hơn

rủi ro. Giới thiệu chăm sóc giảm nhẹ cho các triệu chứng

sự quản lý

CÓ THỂ CẮT BỎ

- **KHÁNG SINH PHẪU THUẬT** (qua lồng ngực phải

phương pháp tiếp cận, phương pháp tiếp cận xuyên da) —surgery

chỉ đối với bệnh T1N0. Thêm tiền phẫu thuật

hóa trị (carboplatin hàng tuần + paclitaxel, hoặc cisplatin + 5- fluorouracil, 4140–5040

cGy) nếu bệnh T2-4 hoặc N +. Cắt bỏ nội soi là một giải pháp thay thế hợp lý cho phẫu thuật, đặc biệt đối với những người lớn tuổi, về mặt y tế

bệnh nhân không thể phẫu thuật

- **XÉT NGHIỆM HÓA HỌC ĐỊNH NGHĨA KHÔNG PHẪU THUẬT**—

carboplatin hàng tuần + paclitaxel, hoặc cisplatin hoặc

oxaliplatin + 5-fluorouracil, hoặc 5-fluorouracil + leucovorin + oxaliplatin + docetaxel (FLOT, cái này

phác đồ chỉ dành cho ung thư biểu mô tuyến), 4140-5040

cGy có thể là một giải pháp thay thế hợp lý cho phẫu thuật,

đặc biệt đối với những bệnh nhân có tế bào vảy

ung thư biểu mô, những người lớn tuổi, bệnh nhân không thể phẫu thuật được về mặt y tế và ung thư biểu mô thực quản cổ tử cung (cắt bỏ di_cult)

- ĐĂNG KÝ HOÁ HỌC VẬN HÀNH MỖI LẦN — epirubicin + cisplatin + 5-fluorouracil $\times$ 3 (ECF), tiếp theo là phẫu thuật cắt bỏ và sau đó là ECF $\times$ 3

tương tự như điều trị ung thư dạ dày nếu GE

liên quan đến đường giao nhau, trạng thái hiệu suất tốt,

và không khó thở.

- KẾT QUẢ NGAY LẬP TỨC THEO DÕI CỦA NGƯỜI BUỒI CHÍNH

CHEMORADIATION — nếu không thích hợp cho điều trị trước phẫu thuật

TIỀN TIẾN TẠI ĐỊA PHƯƠNG, KHÔNG THỂ BẢO VỆ

(T3–4N1, 65%, thời gian sống thêm trung bình 12–14 tháng)

- ADENOCARCINOMA — hóa xạ trị triệt để

hoặc hóa trị chu phẫu như trên. Vì

hóa trị trước phẫu thuật, FLOT $\times$ 4 tiếp theo là phẫu thuật cắt bỏ và sau đó FLOT $\times$ 4

là một chế độ thay thế

- SQUAMOUS CELL CARCINOMA — hóa xạ trị triệt để như trên. Cắt bỏ phẫu thuật giảm nhẹ

có thể được xem xét cho những bệnh nhân được chọn

(tăng cường kiểm soát cục bộ) mặc dù có mùi hôi

ung thư biểu mô tế bào rất nhạy cảm với hóa xạ trị, do đó có thể không cần phẫu thuật

KIM LOẠI, KHÔNG THỂ BẢO VỆ

• KIỂM TRA MUTATION — MSI, PD-L1, HER2 và NTRK

gen dung hợp gen

• HOÀN CẢNH CHỮA BỆNH

- DÒNG ĐẦU TIÊN — phác đồ tiêu chuẩn bao gồm carboplatin + paclitaxel, 5-[^] fluorouracil + leucovorin + oxaliplatin (FOLFOX),

5-[^] fluorouracil + leucovorin + irinotecan

(FOLFIRI), hoặc 5-[^] fluorouracil hoặc irinotecan

một mình. Ba chế độ thuốc, chẳng hạn như ECF,

docetaxel + cisplatin + 5-[^] fluorouracil

(DCF) và epirubicin + oxaliplatin +

capecitabine (EOX), có độc tính cao hơn

và nên được dành riêng cho bệnh nhân

bệnh nhân có tình trạng hoạt động tốt.

Đối với bệnh HER2 dương tính, trastuzumab

được thêm vào liệu pháp đầu tiên.

- DÒNG THỨ HAI — đối với ung thư biểu mô tuyến, taxane

± ramucirumab, FOLFIRI, irinotecan một mình.

Đối với ung thư biểu mô tế bào vảy, liệu pháp miễn dịch nếu mức độ biểu hiện PD-L1 bằng điểm dương tính kết hợp ≥ 10

- DÒNG THỨ BA — đối với ung thư biểu mô tuyến, liệu pháp miễn dịch nếu mức độ biểu hiện PD-L1 bằng điểm số dương tính kết hợp ≥ 1

- BỨC XẠ BẰNG PHÓNG XẠ — liệu pháp brachytherapy, bên ngoài

bức xạ chùm

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

- CÁC THỦ TỤC ĐẶT CỌC - nong và đặt stent nội mạc tử cung nếu tắc nghẽn, đèn chiếu,

Chèn ống G

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

THEO DÕI — không có chương trình giám sát đã thống nhất. Đánh giá lâm sàng 3 tháng một lần trong thời gian

năm đầu tiên, sau đó 6 tháng một lần, tổng cộng là 5

nhiều năm. Nội soi theo chỉ định lâm sàng