

phiên bản mới nhất EP15A3 đã được phát hành vào tháng 9 năm 2014.³ Do chỉ cần thực hiện một thực nghiệm duy nhất để đạt hai mục đích là đánh giá độ chụm và độ đúng, phiên bản mới nhất EP15A3 giúp người dùng tiết kiệm nhiều thời gian hơn so với các phiên bản trước. Nghiên cứu này tiến hành áp dụng hướng dẫn EP15A3 nhằm xác nhận độ chụm và độ đúng trên xét nghiệm GALT để góp phần trong chẩn đoán bệnh Galactosemia bằng kit thử và hệ thống máy của Perkin Elmer.

Kết quả bảng 3 cho thấy hệ số biến thiên của độ chụm đều chấp nhận được. Độ chụm ước tính của QC1 là 17,18% nhỏ hơn độ chụm công bố của NSX là 23,2%. Tương tự ở mức QC2, độ chụm ước tính là 10,24% nhỏ hơn 16,6%. Trong trường hợp này, không cần tính giới hạn xác nhận cho độ chụm (UVL). Tuy nhiên, khi CV của PXN lớn hơn CV NSX công bố, cần tính giới hạn xác nhận và so sánh CV của PXN với giới hạn này. Nếu CV PXN nhỏ hơn giới hạn xác nhận, độ chụm của phương pháp được đánh giá là chấp nhận được. Việc sử dụng UVL đã được CLSI khuyến cáo để tránh cho các PXN phải loại bỏ kết quả thực nghiệm đánh giá độ chụm một cách không thích hợp do xác suất lớn hơn 5% CV PXN lớn hơn CV NSX. Thực nghiệm đánh giá độ đúng sử dụng kết quả thu được của chính thực nghiệm đánh giá độ chụm: phân tích mẫu QC hai mức nồng độ lặp lại 5 lần trong mỗi lần chạy cho ít nhất 5 lần chạy với mỗi mức. Độ đúng được đánh giá qua giá trị trung bình quan sát, khoảng xác nhận. Theo hướng dẫn EP15A3 của CLSI, nếu giá trị trung bình nằm trong khoảng xác nhận thì độ đúng được xác nhận (hay độ lệch được chấp nhận). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các giá trị trung bình của các mức nồng độ QC đều nằm trong khoảng xác nhận tương ứng (bảng 4). Như vậy, kỹ thuật xét

nhệm GALT trong mẫu máu thắm khô được xác nhận về độ đúng.

Về đánh giá độ đúng trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng mẫu QC làm vật liệu nghiên cứu, với đại lượng tính toán là khoảng xác nhận đối với từng mức QC khác nhau. Việc sử dụng giá trị trung bình của các mẫu QC mà NSX cung cấp để tính toán khoảng xác nhận là hạn chế của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Độ chụm và độ đúng của xét nghiệm GALT thực hiện bằng bộ kit Neonatal trên hệ thống phân tích Victor2D của hãng Perkin Elmer được xác nhận thỏa mãn theo yêu cầu của tiêu chuẩn EP15A3 của CLSI, xét nghiệm có thể thực hiện để cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân tại phòng xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Westgard J. (2008). Basic Method Validation. 3rd, Westgard QC, Inc., 221–240.
2. International Organization for Standardization (ISO) (2022), Medical laboratories — Requirements for quality and competence.
3. Carey R.N. (2014), User verification of precision and estimation of bias: approved guideline, Clinical and Laboratory Standards Institute, Wayne, Penn.
4. Muhammet Topbaş (2023) Development, optimization and validation of LC-MS/MS method for the determination of DBS GALT enzyme activity. Analytical Biochemistry, Volume 678, 115284. ISSN 0003-2697.
5. Welling L; Galactosemia Network (GalNet). International Clinical Guideline for the Management of Classical Galactosemia: Diagnosis, Treatment, and Follow-up. 2017. Accessed 3-24-22.
6. Minh N.T.B., Long P.T., Khôi L.M., et al. (2021). Nghiên cứu khảo sát tỉ lệ bất thường của xét nghiệm sàng lọc sơ sinh tại Bệnh viện Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh.

TỈ LỆ CÁC TYPE PHÂN TỬ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ Ở NỮ GIỚI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Mạnh Hà¹, Đinh Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT²⁸

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hà
 Email: hatm@tbump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 9.5.2024
 Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024
 Ngày duyệt bài: 25.7.2024

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các type phân tử ung thư biểu mô tuyến vú ở nữ giới điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành trên 52 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú được khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** Type lòng ống A (34,6%): hay gặp, u kích thước nhỏ, bộc lộ ER, PR cao, bộc lộ HER2 và Ki67 thấp, 34,6% được điều trị nội tiết. Type lòng ống B (30,8%): so với lòng ống A thì bộc lộ ER thấp hơn.

Type HER2 (25%): kích thước u lớn hơn và tỷ lệ di căn hạch cao hơn so với type lòng ống, bộc lộ Ki67 ở mức cao. Type dạng ống (9,6%): tỷ lệ thấp, hay gặp ở phụ nữ có kinh nguyệt và rối loạn, kích thước u lớn; mất bộc lộ ER, PR và HER2.

Từ khóa: Ung thư vú, tít phân tử

SUMMARY

A REVIEW THE RATE OF MOLECULAR TYPES OF BREAST CARCINOMA IN WOMAN TREATED AT THAIBINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To determine the rate of molecular types of breast carcinoma in women treated at Thai Binh General Hospital. **Methods:** cross-sectional descriptive study. The study was conducted on 52 breast carcinoma patients treated at Thai Binh General Hospital. **Results:** Tubular type A (34.6%): common, small tumor, high ER, high PR, low HER2 and Ki67 expression. Tubular type B (30.8%): Compared with lumen A, lower ER. Type HER2 (25%): larger tumor size and higher rate of lymph node metastasis than tubular type, expressing Ki67 at high levels. Baseline type (9.6%): low rate, common in women with menstrual disorders, large tumor size; loss of expression of ER, PR and HER2.

Keywords: breast carcinoma; molecular types.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú có thể xuất phát từ các tế bào biểu mô hoặc liên kết của vú, trong đó ung thư có nguồn gốc biểu mô còn được gọi là ung thư biểu mô (UTBM) tuyến vú là loại thường gặp nhất. Nhiều thập kỷ qua, chẩn đoán giải phẫu bệnh kinh điển được cho là "tiêu chuẩn vàng" để phân loại các type mô bệnh học (MBH), nhằm chẩn đoán chính xác về hình thái học của khối u, cung cấp những thông tin quan trọng cho điều trị và tiên lượng bệnh. Tuy nhiên trên thực tế, bệnh nhân UTBM tuyến vú mặc dù có cùng đặc điểm MBH và giai đoạn nhưng các biểu hiện lâm sàng, tiến triển và đáp ứng với liệu pháp điều trị hoàn toàn khác nhau. Nhiều nghiên cứu cho thấy UTBM tuyến vú có thể phân type phân tử bằng nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMD) tương tự như phân tích gen. Các type phân tử này có kết quả lâm sàng, mức độ đáp ứng với điều trị hỗ trợ và tỷ lệ di căn, tái phát khác nhau [1],[2]. Như vậy, phân type phân tử giúp xác định chính xác các nhóm bệnh nhân cần được điều trị hỗ trợ và cung cấp thông tin dự báo tiên lượng bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ các type phân tử UTBM tuyến vú ở nữ giới điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 52 bệnh nhân UTBM tuyến vú được khám và điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện đa khoa tỉnh

Thái Bình từ 01/01/2021 đến hết 31/5/2022.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- + Được chẩn đoán và điều trị UTBM tuyến vú.
- + Có đầy đủ tiêu bản MBH thường quy đảm bảo chất lượng.
- + Có kết quả HMMD ít nhất 4 dấu ấn: ER, PR, HER2, Ki 67.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Chúng tôi chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu. Số bệnh nhân trong nghiên cứu là 52.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.3.1. Thu thập thông tin

- Thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu.
- Nhận định kết quả MBH khối ung thư vú dưới kính hiển vi quang học và định type MBH (theo phân loại của WHO năm 2019).
- Xét nghiệm HMMD (có chỉ định ít nhất 4 dấu ấn ER, PR, HER2, Ki67), nhận định kết quả và phân type phân tử theo phân loại của St Gallen, năm 2015.

2.3.2. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

- Kỹ thuật làm tiêu bản MBH thường quy;
- Kỹ thuật cắt, nhuộm tiêu bản HMMD.

2.4. Các chỉ số, biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

- Các chỉ số chung: tuổi, tình trạng kinh nguyệt
- Đặc điểm vị trí, kích thước u.
- Đặc điểm MBH: phân loại type MBH theo WHO năm 2019.
- Đặc điểm HMMD: 04 dấu ấn (ER, PR, HER2, Ki67) và phân type phân tử theo phân loại St Gallen, năm 2015.

2.5. Xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Vị trí các khối ung thư biểu mô tuyến vú

Vị trí u	n	%
1/4 trên ngoài	24	46,2
1/4 trên trong	16	30,8
1/4 dưới trong	6	11,5
1/4 dưới ngoài	5	9,6
núm vú	1	1,9
Tổng	52	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, ung thư vú hay gặp ở 1/4 trên ngoài chiếm 46,2%, sau đó là 1/4 trên trong chiếm 30,8%, ít gặp 1/4 dưới trong (chiếm 11,5%) và 1/4 dưới ngoài (chiếm

9,6%), chỉ 1/52 trường hợp gặp tại núm vú (chiếm 1,9%).

Bảng 3.2. Kích thước khối UTBM tuyến vú

Kích thước	n	%
< 2cm	27	51,9
2 - 5cm	20	38,5
> 5cm	5	9,6
Tổng	52	100

Nhận xét: Phần lớn khối ung thư có kích thước dưới 5cm (chiếm 90,4%), trong đó 27 bệnh nhân có khối u kích thước dưới 2cm (chiếm 51,9%), 20 bệnh nhân có khối u kích thước từ 2 - 5cm chiếm (38,5%), khối u có kích thước > 5cm chỉ chiếm 9,6%.

Bảng 3.3. Phân bố các type MBH UTBM tuyến vú

Type mô bệnh học	n	%
UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt	42	80,8
UTBM tiểu thùy xâm nhập	6	11,5

Bảng 3.5. Phân bố type phân tử theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Type phân tử										Tổng số	
	Lòng ống A		Lòng ống B				HER2		Dạng đáy			
	n	%	HER2(-)		HER2(+)		n	%	n	%	n	%
<40	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,5	0	0,0	2	3,8
40-49	2	11,1	0	0,0	1	8,3	3	23,0	2	40,0	8	15,4
50-59	9	50,0	1	25,0	6	50,0	3	23,0	3	60,0	22	42,3
60-69	6	33,3	2	50,0	4	33,4	2	15,5	0	0,0	14	26,9
≥ 70	1	5,6	1	25,0	1	8,3	3	23,0	0	0,0	6	11,5
Tổng	18	100	4	100	12	100	13	100	5	100	52	100

Nhận xét: Type lòng ống A và type lòng ống B phân bố chủ yếu ở nhóm tuổi từ 50 - 59. Type dạng đáy chỉ gặp ở nhóm tuổi 40 - 59, không có trường hợp nào trên 60 tuổi hoặc dưới 40 tuổi. Riêng type HER2 phân bố khá đều ở các nhóm tuổi.

Bảng 3.6. Phân bố type phân tử theo tình trạng kinh nguyệt

Kinh nguyệt	Type phân tử										Tổng số	
	Lòng ống A		Lòng ống B				HER2		Dạng đáy			
	n	%	HER2(-)		HER2(+)		n	%	n	%	n	%
Chưa có	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Có và đều	2	11,1	0	0,0	0	0,0	4	30,8	1	20,0	7	13,5
Có và RL	5	27,8	1	25,0	4	33,3	3	23,0	3	60,0	16	30,8
Mãn kinh	11	61,1	3	75,0	8	66,7	6	46,2	1	20,0	29	55,7
Tổng	18	100	4	100	12	100	13	100	5	100	52	100

Nhận xét: Hầu hết các type phân tử phân bố ở những phụ nữ mãn kinh và giảm dần ở các nhóm khác, riêng type dạng đáy gặp nhiều ở nhóm có kinh nguyệt nhưng rối loạn.

Bảng 3.7. Phân bố type phân tử theo vị trí u

Vị trí u	Type phân tử										Tổng số	
	Lòng ống A		Lòng ống B				HER2		Dạng đáy			
	n	%	HER2(-)		HER2(+)		n	%	n	%	n	%
Bên phải	11	61,1	1	25,0	5	41,7	6	46,2	3	60,0	26	50,0
Bên trái	7	38,9	3	75,0	6	50,0	7	53,8	2	40,0	25	48,1
Cả hai bên	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	1,9
Tổng	18	100	4	100	12	100	13	100	5	100	52	100

UTBM thể nhầy	4	7,7
Tổng	52	100

Nhận xét: Kết quả trên cho thấy: UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt (UTBM thể ống xâm nhập) là loại chủ yếu gặp trong nghiên cứu chiếm 80,8%, UTBM tiểu thùy xâm nhập và thể nhầy lần lượt chiếm 11,5 % và 7,7%.

Bảng 3.4. Phân bố các type phân tử UTBM tuyến vú

Type phân tử	n	%	
Lòng ống A	18	34,6	
Lòng ống B	HER2(-)	4	7,7
	HER2(+)	12	23,1
HER2	13	25,0	
Dạng đáy	5	9,6	
Tổng	52	100	

Nhận xét: Trong nghiên cứu type lòng ống A chiếm tỷ lệ cao nhất 34,6%, sau đó đến type lòng ống B chiếm 30,8%, type HER2 chiếm 25,0%, thấp nhất là type dạng đáy chiếm 9,6%.

Nhận xét: Tỷ lệ type lòng ống A và type dạng đáy ở bên phải nhiều hơn bên trái, ngược lại ở type lòng ống B và type HER2 gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải và chỉ có duy nhất một trường hợp gặp khối u cả hai bên vú và đều thuộc type lòng ống B có HER(+).

Bảng 3.8. Phân bố type phân tử theo vị trí mốc giải phẫu

Vị trí giải phẫu	Type phân tử										Tổng số	
	Lòng ống A		Lòng ống B				HER2		Dạng đáy			
			HER2(-)		HER2(+)							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1/4 trên ngoài	12	66,6	1	25,0	5	41,6	5	38,4	1	20,0	24	46,2
1/4 trên trong	5	27,8	2	50,0	3	25,0	3	23,1	3	40,0	16	30,8
1/4 dưới ngoài	0	0,0	0	0,0	2	16,7	3	23,1	0	0,0	5	9,6
1/4 dưới trong	1	5,6	1	25,0	2	16,7	1	7,7	1	20,0	6	11,5
Núm vú	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	1,9
Tổng	18	100	4	100	12	100	13	100	5	100	52	100

Nhận xét: Type lòng ống A và type HER2 phân bố chủ yếu ở vị trí 1/4 trên ngoài, type lòng ống B có HER2(-) và type dạng đáy hay gặp ở vị trí 1/4 trên trong, gặp duy nhất 1 trường hợp có u ở núm vú thuộc type HER2.

Bảng 3.9. Phân bố type phân tử theo kích thước u

Kích thước u	Type phân tử										Tổng số	
	Lòng ống A		Lòng ống B				HER2		Dạng đáy			
			HER2(-)		HER2(+)							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 2cm	14	77,8	2	50,0	9	75,0	2	15,4	0	0,0	27	51,9
2 – 5cm	4	22,2	1	25,0	3	25,0	9	69,2	3	60,0	20	38,5
> 5cm	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	15,4	2	40,0	5	9,6
Tổng	18	100	4	100	12	100	13	100	5	100	52	100

Nhận xét: Đa số các type phân tử phân bố ở nhóm u có kích thước < 2cm: type lòng ống A chiếm 77,8%, type lòng ống B có HER2(-) chiếm 50%, type lòng ống B có HER2 (+) chiếm 75%. Type HER2 hay gặp ở nhóm có kích thước từ 2 - 5cm chiếm 69,2%; type dạng đáy chiếm 60%, sau đó là nhóm > 5cm chiếm 40% và không có trường hợp nào < 2cm.

Bảng 3.10. Phân bố type phân tử theo type MBH

Mô bệnh học	Type phân tử										Tổng số	
	Lòng ống A		Lòng ống B				HER2		Dạng đáy			
			HER2(-)		HER2(+)							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UTBM XN không phải LDB	18	100	4	100	10	83,3	10	76,9	0	0,0	42	80,8
UTBM tiểu thùy XN	0	0,0	0	0,0	2	16,7	2	15,4	2	40,0	6	11,5
UTBM thể nhầy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	3	60,0	4	7,7
Tổng	18	100	4	100	12	100	13	100	5	100	52	100

Nhận xét: Phần lớn các type phân tử phân bố ở thể xâm nhập không phải loại đặc biệt trong đó type lòng ống A chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là type phân tử có HER2(+), có 4 trường hợp UTBM thể nhầy thuộc type HER2 và dạng đáy, 6 trường hợp thể tiểu thùy xâm nhập đều thuộc type có HER (+) và type dạng đáy.

V. BÀN LUẬN

Ung thư vú có thể gặp ở bên phải hoặc trái, một số trường hợp có thể xảy ra ở 2 bên. Khi chia vú thành các vùng nhỏ theo mốc giải phẫu ở bảng 3.1 và bảng 3.8, chúng tôi nhận thấy rằng ung thư vú hay gặp ở 1/4 trên ngoài chiếm 46,2%, sau đó là 1/4 trên trong chiếm 30,8%, ít

gặp 1/4 dưới trong (chiếm 11,5%) và 1/4 dưới ngoài (chiếm 9,6%), chỉ 1/52 trường hợp gặp tại núm vú chiếm 1,9%. Type lòng ống A và type HER2 phân bố chủ yếu ở vị trí 1/4 trên ngoài, type lòng ống B có HER2 (-) và type dạng đáy hay gặp ở vị trí 1/4 trên trong, gặp duy nhất 1 trường hợp có u ở núm vú thuộc type HER2. Nghiên cứu của Kroman và cộng sự (2003) đánh giá sự ảnh hưởng của vị trí u tới tiên lượng ung thư vú, các tác giả nhận thấy ung thư vú ở trên ngoài chiếm đa số là 53,5%, tiếp đến là vị trí trên trong (18,1%) và dưới ngoài là 13,8%, thứ 4 là vị trí trung tâm: 7,9%. Các u ở dưới trong ít gặp chiếm 6,7% [6].

Trong bảng 3.2 và 3.9 chúng tôi thấy phần

lớn khối ung thư có kích thước dưới 5cm (chiếm 90,4%), trong đó 27 bệnh nhân có khối u kích thước dưới 2cm (chiếm 51,9%), 20 bệnh nhân có khối u kích thước từ 2 - 5cm chiếm (38,5%), khối u có kích thước > 5cm chỉ chiếm 9,6%. Kết quả này của chúng tôi cũng giống kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chủ [3]. Khi nghiên cứu về sự phân bố các type phân tử theo kích thước u chúng tôi thấy đa số các type phân tử phân bố ở nhóm u có kích thước < 2cm như: type lòng ống A chiếm 77,8%, type lòng ống B có HER2(-) chiếm 50%, type lòng ống B có HER2 (+) chiếm 75%. Type HER2 hay gặp ở nhóm có kích thước từ 2 - 5cm chiếm 69,2%; type dạng đáy chiếm 60%, sau đó là nhóm > 5cm chiếm 40% và không có trường hợp nào < 2cm.

Type mô bệnh học: UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt (UTBM thể ống xâm nhập) là loại chủ yếu gặp trong nghiên cứu chiếm 80,8%, UTBM tiểu thùy xâm nhập và thể nhầy lần lượt chiếm 11,5 % và 7,7%. Trong nghiên cứu phần lớn các type phân tử phân bố ở thể xâm nhập không phải loại đặc biệt trong đó type lòng ống A chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là type phân tử có HER2 (+), có 4 trường hợp UTBM thể nhầy thuộc type HER2 và dạng đáy, 6 trường hợp thể tiểu thùy xâm nhập đều thuộc type có HER (+) và type dạng đáy. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chủ cũng cho kết quả tương tự: UBM xâm nhập không phải loại đặc biệt chiếm tỷ lệ cao nhất 70,1%, sau đó là thể tiểu thùy xâm nhập chiếm 18,4%; thể nhầy 2,8%; vi nhú xâm nhập 2,0%; thể tủy, tế bào nhân, dị sản đều chiếm 1,2% [3].

Type phân tử: Sử dụng bảng phân loại phân tử tại hội nghị St. Gallen năm 2015 theo các tiêu chuẩn HMMMD chúng tôi phân type phân tử của 52 bệnh nhân ung thư vú (bảng 3.6) cho thấy type lòng ống A chiếm tỷ lệ cao nhất 34,6%, sau đó đến type lòng ống B là 30,8%, type HER2 chiếm 25,0%, thấp nhất là type dạng đáy chiếm 9,6%. Theo nghiên cứu của Cheang và cộng sự (2008) phân type phân tử 4.046 ung thư vú bằng nhuộm HMMMD với 5 dấu ấn ER, PR, HER2, EGFR, CK5/6, type lòng ống chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,9%, type dạng đáy là 15,8%, type HER2 là 5,5% và type lòng ống lai HER2 chiếm 6,4% [2].

Type lòng ống: Type lòng ống A là loại biệt hóa cao nhất, gặp trong 34,6%, gồm UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt và UTBM thể nhầy. Mặc dù phần lớn type lòng ống A là type xâm nhập loại không đặc biệt, song nhóm này cũng có nhiều type MBH đặc biệt với tiên lượng tốt, như type ống nhỏ, nhầy, mắt sàng. Kết quả

nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định này, type lòng ống B chiếm 30,8%, bao gồm cả type lòng ống B có HER2(-) và lòng ống B có HER2(+). Type lòng ống A có sự bộc lộ gen ER cao hơn so với type B. Chỉ số tăng sinh nhân Ki67 mức độ thấp, type lòng ống chiếm tỷ lệ cao nhất và type lòng ống A cao hơn lòng ống B (54,5% và 36,4%).

Type HER2 gặp 25% type HER2 có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ nên không đủ để đánh giá chính xác tỷ lệ trên một quần thể. Hầu hết type HER2 thuộc thể ống và thể tiểu thùy xâm nhập, chỉ số Ki67 mức độ cao 45,4%. Đặc trưng lâm sàng: type HER2 hay gặp vú trái, ¼ trên ngoài và có kích thước chủ yếu trong khoảng 2 - 5 cm, tỷ lệ di căn hạch cao hơn so với type lòng ống nhưng thấp hơn so với type dạng đáy. Chúng tôi không thấy sự kết hợp giữa type HER2 với tuổi.

Typ bộ ba âm tính hay là type dạng đáy chiếm 9,6% và đều là ung thư thể ống xâm nhập không phải loại đặc biệt. Chỉ số tăng sinh nhân Ki67 mức độ trung bình, mất bộc lộ ER, PR và HER2. Đặc trưng lâm sàng: theo Carey và cộng sự, type u này chiếm tỷ lệ 20% và thường gặp ở phụ nữ Mỹ - Phi tiền mãn kinh (39%) hơn so với các phụ nữ Mỹ - Phi sau mãn kinh (14%) hoặc phụ nữ ở mọi lứa tuổi không phải người Mỹ - Phi (16%, p=0,0001) [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, type này chủ yếu gặp ở phụ nữ có kinh nguyệt và rối loạn, độ tuổi 50 - 59 tuổi với kích thước u thường lớn.

V. KẾT LUẬN

- Type lòng ống A (34,6%): hay gặp, u kích thước nhỏ, ít di căn, bộc lộ ER, PR cao, bộc lộ HER2 và Ki67 thấp, 34,6% được điều trị nội tiết.

- Type lòng ống B (30,8%): so với lòng ống A thì bộc lộ ER thấp hơn, xu hướng di căn hạch cao hơn.

- Type HER2 (25%): kích thước u lớn hơn so với type lòng ống, bộc lộ Ki67 ở mức cao.

- Type dạng đáy (9,6%): tỷ lệ thấp, hay gặp ở phụ nữ có kinh nguyệt và rối loạn, kích thước u lớn; mất bộc lộ ER, PR và HER2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spitale A, Mazzla P, Soldini D, et al (2009). Breast cancer classification according to immunohistochemical markers: clinicopathologic features and short-term survival analysis in a population-based study from the South of Switzerland. *Annals of Oncology*, 20, 628-35.
2. Cheang M.C, Chia S.K Voduc D., et al (2009). Ki67 index, HER2 status, and prognosis of patients with luminal B breast cancer. *J Natl Cancer Inst*, 101, 736-50.

3. **Nguyễn Văn Chủ** (2016). Nghiên cứu áp dụng phân loại phân tử ung thư biểu mô tuyến vú bằng phương pháp hóa mô miễn dịch. Luận án tiến sĩ y học.
4. **Tạ Văn Tờ** (2004). Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Phạm Hồng Khoa, Nguyễn Văn Đình, Lê Hồng Quang** (2014). Kết quả kỹ thuật nhuộm màu sinh thiết hạch cửa trong điều trị ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn sớm tại Bệnh viện K. Tạp chí ung thư học Việt Nam, 2, 543-49.
6. **Kroman N, Wohlfart J, Henning T, et al** (2003). Influence of tumor location on breast cancer prognosis. *Int. J. Cancer*, 105, 542-45.
7. **Phạm Tiến Lực** (2011). Nghiên cứu một số đặc điểm mô bệnh học và áp dụng phân loại phân tử của ung thư biểu mô tuyến vú theo phương pháp hóa mô miễn dịch, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Carey L.A, Perou C.M, Livasy C.A. et al** (2006). Race, breast cancer subtypes, and survival in the Carolina Breast Cancer Study. *JAMA*, 295(21), 2492-502.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY KIỂU DUỖI Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP NẮN KÍN XUYÊN ĐỈNH KIRSCHNER QUA DA DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐÔNG ANH

Đoàn Anh Tuấn¹, Ngô Văn Hải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy trên lồi cầu (TLC) xương cánh tay là một chấn thương thường gặp ở trẻ em. Gãy TLC được chia làm 2 loại theo cơ chế chấn thương là gãy gấp và gãy duỗi, trong đó gãy duỗi là phổ biến và chiếm tới 97,7%. Hầu hết gãy độ III theo Gartland có tổn thương nặng nề, phương pháp điều trị kiểu gãy này được phẫu thuật và cố định bằng xuyên đỉnh Kirschner qua da dưới màn tăng sáng. **Mục tiêu:** Đánh giá điều trị gãy kín TLC xương cánh tay kiểu duỗi ở trẻ em bằng phương pháp nắn kín xuyên đỉnh qua da dưới màn tăng sáng tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả trên 62 bệnh nhân có gãy kín TLC xương cánh tay kiểu duỗi ở trẻ em độ III theo Gartland và điều trị bằng phương pháp nắn kín xuyên đỉnh qua da dưới màn tăng sáng tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh 01/2021 đến 01/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 7,21±2,18 (4-15), chủ yếu 7-10 tuổi (54,84%). Tỷ lệ nam/ nữ: 2,1/1. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nắn kín, không trường hợp nào phải phẫu thuật mở nắn chỉnh. Di lệch thứ phát sau xuyên Kirschner có 2 trường hợp. Có 1 ca liệt trụ sau xuyên đỉnh chéo và phục hồi hoàn toàn sau 2 tháng theo dõi. Kết quả lâm sàng tốt có 46 bệnh nhân, khá 11 bệnh nhân (91,9% tốt và khá), 5 trường hợp kết quả trung bình. **Kết luận:** Kỹ thuật này rất hiệu quả và là lựa chọn an toàn trong điều trị gãy trên lồi cầu xương cánh tay độ III ở trẻ em. Phương pháp này mang lại nhiều kết quả tốt đẹp cho bệnh nhân: Không bị mổ mở, không mất máu, xương gãy được nắn về đúng vị trí giải phẫu. **Từ khóa:** gãy trên lồi cầu xương

cánh tay ở trẻ em.

SUMMARY

RESULT OF PEDIATRIC SUPRACONDYLE HUMERUS CLOSED FRACTURE-EXTENSION TYPE BY USING CLOSED REDUCTION – PERCUTANEOUS KIRSCHNER WIRING ON FLUOROSCOPY

Introduction: Supracondylar humerus fractures are common injuries in the pediatric population. Supracondylar fracture are divided into types according to the mechanism of injury: flexion fractures and extension fractures, of extension fractures are common and account for 97,7%. The most severe, type III injuries are severely damaged, and this type of fractures are treated with surgery and fixed with percutaneous pinning on fluoroscopy. **Objective:** To evaluate the surgical treatment results of pediatric supracondylar humerus closed fractures-extension type by using closed reduction – percutaneous Kirschner wiring on fluoroscopy at Dong Anh General hospital. **Methods:** The retrospective, prospective descriptive study was conducted on 62 patients with pediatric supracondylar humerus closed fractures-extension Gartland type III with by using closed reduction – percutaneous Kirschner wiring on fluoroscopy at Dong Anh General hospital from January 2021 to January 2024. **Results:** Mean age: 7,21±2,18 (4-15), mainly 7-10 tuổi (54,84%). Male/female: 2.1/1. All operations were performed in a closed manner, no cases required open reduction. Loss of reduction after K-wire fixation was identified in 2 patients. There were two iatrogenic ulna nerves with crossed pins and full recovery after the 2-month follow-up. The clinical outcomes were excellent in 46 patients, good in 11 patients (91,9% excellent or good), fair in 5 patients. **Conclusion:** This technique is an effective and safe option to treat type III supracondylar humerus fractures in children. The

¹Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Anh Tuấn

Email: datuansp@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.204

Ngày duyệt bài: 24.7.2024