

như tăng bán kính đường tròn nhằm tìm ra sự khác biệt so với các chủng tộc khác ở khu vực châu Á.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này ghi nhận sự hiện diện của thần kinh chẩm lớn tại vị trí đi ra da ở tất cả các trường hợp. Trong các dạng thần kinh, thì dạng 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,8%. Độ dài từ ụ chẩm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh ra da trên đường giữa là $30,5 \pm 10,8$ (mm). Độ dài từ ụ chẩm ngoài đến hình chiếu của điểm thần kinh ra da trên đường tham chiếu 1 là $20,2 \pm 8,3$ (mm). Về vị trí thần kinh ra da so với đường tròn trên đường tham chiếu 2, kết quả ghi nhận 54,5% nằm trong đường tròn và 50% tại vị trí góc phần tư dưới ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stovner LJ.** Epidemiology of headache in Europe. *European Journal of Neurology* 2006;13:333-45.
2. **Buse D.** Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
3. **Choi I, Jeon SR.** Neuralgias of the Head: Occipital Neuralgia. *J Korean Med Sci*. 2016;31(4):479-88.
4. **Greher M, Moriggi B, Curatolo M, Kirchmair L, Eichenberger U.** Sonographic visualization and ultrasound-guided blockade of the greater occipital nerve: a comparison of two selective techniques confirmed by anatomical dissection. *Br J Anaesth*. 2010;104(5):637-42.
5. **Natsis K, Baraliakos X, Appell HJ, Tsikaras P, Gigis I, Koebke J.** The course of the greater occipital nerve in the suboccipital region: a proposal for setting landmarks for local anesthesia in patients with occipital neuralgia. *Clin Anat*. 2006;19(4):332-6.
6. **Tubbs RS, Watanabe K, Loukas M, Cohen-Gadol AA.** The intramuscular course of the greater occipital nerve: novel findings with potential implications for operative interventions and occipital neuralgia. *Surg Neurol Int*. 2014;5:155.
7. **Kariya K, Usui Y, Higashi N, Nakamoto T, Shimbori H, Terada S, et al.** Anatomical basis for simultaneous block of greater and third occipital nerves, with an ultrasound-guided technique. *J Anesth*. 2018;32(4):483-92.
8. **Won HJ, Ji HJ, Song JK, Kim YD, Won HS.** Topographical study of the trapezius muscle, greater occipital nerve, and occipital artery for facilitating blockade of the greater occipital nerve. *PLoS One*. 2018;13(8):e0202448.
9. **Huanmanop T, Issara I, Agthong S, Chentanez V.** Evaluation of the greater occipital nerve location regarding its relation to intermastoid and external occipital protuberance to mastoid process lines. *Folia Morphol (Warsz)*. 2021;80(3):533-41.
10. **Laine G, Jecko V, Wavasseur T, Gimbert E, Vignes JR, Liguoro D.** Anatomy of the Greater Occipital Nerve Implications in Posterior Fossa Approaches. *Research Square*. 2021.

TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH NÁCH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TIỂU THỤY TUYẾN VÚ XÂM NHẬP

Phạm Hồng Khoa¹, Đinh Hữu Tâm²

TÓM TẮT

Mục đích: Để nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng đối với UTV nói chung và ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập (UTBMTTXN) nói riêng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 167 bệnh nhân UTBMTTXM, đã được phẫu thuật điều trị cắt vú tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ di căn hạch trong nhóm nghiên cứu 63,5% trong đó nhóm dưới tip đa hình có tỷ lệ di căn hạch nách cao nhất với 82,9%. Các yếu tố như độ mô học, thụ thể nội tiết, kích thước u có mối

liên quan đến tình trạng di căn hạch nách trong ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập. **Kết luận:** Di căn hạch nách trong ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập hay gặp, u càng lớn thì tỷ lệ di căn hạch càng cao. Di căn hạch nách còn có liên quan đến tình trạng thụ thể nội tiết và độ mô học của khối u.

Từ khóa: ung thư vú, di căn hạch nách, ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập.

SUMMARY

AXILLARY LYMPH NODE METASTASIS STATUS IN INVASIVE LOBULAR BREAST CANCER

Objective: To improve the quality of diagnosis, treatment, and prognosis for breast cancer in general and invasive lobular carcinoma (ILC) in particular. **Subjects and Methods:** We conducted a retrospective descriptive study on 167 ILC patients who underwent a mastectomy at K Hospital from January 2019 to July 2023. **Results:** The rate of axillary lymph node metastasis were 63.5%. The type accounted for the highest rate with the polymorphic,

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Khoa

Email: phamhongkhoa1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

accounting for 82.9%. Several factors such as histological grades, hormone receptors, and tumor size are associated with axillary lymph node metastasis in ILC. **Conclusion:** Axillary lymph node metastasis in ILC is common; the larger the tumor, the higher the rate of lymph node metastasis. Axillary lymph node metastasis is also related to hormone receptor status and tumor grading.

Keywords: breast cancer, axillary lymph node metastasis, invasive lobular carcinoma of the breast

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di căn hạch nách là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất trong ung thư vú (UTV), hạch di căn càng nhiều thì càng tăng nguy cơ tái phát và giảm thời gian sống thêm toàn bộ [1]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa các đặc điểm của khối u nguyên phát và khả năng di căn hạch bạch huyết khu vực. Tuổi, vị trí u, kích thước loại mô học, độ mô học, tình trạng xâm nhập mạch và thần kinh, sự bộc lộ ER, PR, Her-2/neu... được chỉ ra có nhiều khả năng liên quan đến mức độ di căn hạch trong UTV. Ung thư biểu mô tiểu thùy tuyến vú xâm nhập (UTBMTTXN) chiếm từ 5-15% các loại ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập (UTBMXN), đứng thứ hai chỉ sau UTBMXN tít không đặc biệt (UTBMXN-NST).

Do có các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bệnh học tương đối khác với loại UTBMXN-NST, nên mặc dù phần lớn UTBMTTXN có tiên lượng tốt hơn so với tít này, nó thường được chẩn đoán và phát hiện ở giai đoạn muộn khi kích thước u đã lớn và đã có tình trạng di căn hạch. Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn lâm sàng, để nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng đối với UTV nói chung và UTBMTTXN nói riêng, chúng tôi tiến hành đề tài để đánh giá: *"Tình trạng di căn hạch nách qua nghiên cứu 167 bệnh nhân ung thư BMTTXN của vú"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 167 bệnh nhân ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập của vú đã được phẫu thuật điều trị cắt vú tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Các trường hợp được chọn vào nghiên cứu phải có các tiêu chuẩn sau:

- Có chẩn đoán xác định bằng MBH là UTBM tiểu thùy tuyến vú xâm nhập.
- Được phẫu thuật cắt bỏ khối u vú, vét hạch nách triệt căn cải biên hoặc phẫu thuật bảo tồn
- Khối u nguyên phát không được điều trị hóa xạ bổ trợ tiền phẫu
- Có hồ sơ bệnh án cung cấp đầy đủ thông

tin cần thiết cho nghiên cứu: họ tên, tuổi, địa chỉ, mã điều trị, số điện thoại.

- Có mô tả hình ảnh đại thể của mô u.
- Có tiêu bản nhuộm H-E u và hạch, có khối nắn đủ tiêu chuẩn nhuộm HMMD.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.
- Ung thư vú tái phát hoặc di căn từ nơi khác đến.
- Ung thư vú tại chỗ.
- Bệnh nhân ung thư vú là nam giới.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Các bước tiến hành
- Các bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTTXN từ 01/2019 đến 09/2023

- Tra cứu hồ sơ bệnh án thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu.

- Tìm lại tiêu bản HE, HMMD và khối nắn.
- Cắt nhuộm lại những trường hợp tiêu bản xấu, tiêu bản bị thất lạc hoặc không còn đủ điều kiện để chẩn đoán từ block lưu trữ.

2.3. Xử lý số liệu

- Các trường hợp nghiên cứu được ghi nhận đầy đủ thông tin và mã hóa dữ liệu.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Sử dụng kiểm định Chi-square để phân tích sự khác biệt giữa các biến định tính, kiểm định Fisher được sử dụng trong các nhóm định tính khi có nhiều hơn 20% ô có tần số mong đợi nhỏ hơn 5, với $p < 0,05$ là có ý nghĩa về mặt thống kê.

Sử dụng kiểm định Anova và Kruskal Wallis để phân tích so sánh trung bình giữa các biến định lượng, chọn $p < 0,05$ là có ý nghĩa về mặt thống kê.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm MBH và HMMD 167 trường hợp UTBM tiểu thùy xâm nhập của vú chúng tôi thu được các kết quả như sau:

3.1. Tình trạng di căn hạch nách của các dưới tít trong UTBMTTXN

Bảng 3.1. Tình trạng di căn hạch nách của các dưới tít

Dưới tít	Di căn hạch nách		Tổng
	Có	Không	
Kinh điển	55 58,5%	39 41,5%	94 100%
Đa hình	34 82,9%	7 17,1%	41 100%
Đặc	8 61,5%	5 38,5%	13 100%
Nang	6 42,9%	8 57,1%	14 100%
Ổng nhỏ -	3	2	5

tiểu thùy	60,0%	40,0%	100%
Tổng	105 63,5%	61 36,5%	167 100%

Tình trạng di căn hạch nách là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong ung thư vú giai đoạn sớm. Kết quả các nghiên cứu trước đây đang gây tranh cãi liên quan đến tình trạng di căn hạch giữa UTBMCTXN và UTBMXN-NST. Nhiều nghiên cứu cho rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch giữa hai nhóm u chủ yếu của UTBMXN này [2]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ di căn hạch của UTBMCTXN cao hơn. Ngược lại, cũng có một số tác giả báo cáo tỷ lệ di căn hạch của UTBMCTXN thấp hơn UTBMXN-NST. Nghiên cứu của tác giả Danzinger S (2023) đưa ra kết luận rằng có sự tăng nguy cơ về di căn hạch nách giai đoạn muộn (giai đoạn pN2/3) ở bệnh nhân UTBMCTXN [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân không di căn hạch chiếm 36,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng di căn hạch chiếm 63,5%, trong đó: di căn từ 1-3 hạch có 61/167 trường hợp, chiếm 36,5%; di căn >3 hạch có 45/167 trường hợp chiếm 27,0 %. Nhóm dưới tip đa hình có tỷ lệ di căn hạch nách cao nhất với 82,9%, đứng thứ hai là tip đặc chiếm 61,5%. Các dưới tip còn lại có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn, dưới tip kinh điển 58,5%, dưới tip ống nhỏ tiểu thùy 60%, dưới tip nang có tỷ lệ di căn hạch thấp nhất với 42,9%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt giữa tỷ lệ di căn hạch nách giữa các dưới tip của UTBMCTXN với $p < 0,05$. Tỷ lệ di căn hạch của dưới tip đa hình chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,9%, dưới tip nang có tỷ lệ di căn hạch thấp nhất với 42,9%. Các dưới tip còn lại có tỷ lệ di căn hạch gần tương đương nhau, tỷ lệ di căn hạch của dưới tip kinh điển, dưới tip đặc và dưới tip ống nhỏ tiểu thùy lần lượt là: 58,5%, 61,5% và 60,0% (Bảng 3.1).

Tác giả Ohashi (2017) cho tỷ lệ di căn của dưới tip đa hình là 54,5%, cao hơn nhóm còn lại chỉ với 18,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [4]. Tác giả Iorfida M (2012) cho tỷ lệ di căn hạch giảm dần theo thứ tự dưới tip đa hình, dưới tip đặc, dưới tip nang và dưới tip kinh điển lần lượt là 54,3%, 50,9%, 41,3%, 37,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [5].

Mặc dù không có đặc điểm lâm sàng riêng biệt để phân biệt UTBMCTXN dưới tip đa hình với các loại ung thư vú khác. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng UTBMCTXN dưới tip đa hình có tiên lượng kém, có tỷ lệ cao di căn hạch và di căn xa hơn so với các dưới tip khác của UTBMCTXN [4].

3.2. Tình trạng di căn hạch nách theo các đặc điểm hóa mô miễn dịch và độ mô học trong UTBTXN

Bảng 3.2. Tình trạng di căn hạch nách theo các đặc điểm HMMD và độ mô học

Đặc điểm HMMD và ĐMH		Di căn hạch nách		P
		Có	Không	
Her-2/neu	Âm tính	56(38,9%)	88(61,1%)	0,113
	Dương tính	5(21,7%)	18(78,3%)	
Typ lòng ống	A	36(54,5%)	30(45,5%)	0,053
	Khác	70(69,3%)	31(30,7%)	
Nội tiết	ER và PR (-)	17(85%)	3(15%)	0,033
	ER và/hoặc PR (+)	89(60,5%)	58(39,5%)	
Ki67	Ki67 ≤ 20%	54(59,3%)	37(40,7%)	0,225
	Ki67 > 20%	22(47,8%)	24(52,2%)	
Độ mô học	Độ 1	9(45%)	11(55%)	0,019
	Độ 2	70(61,4%)	44(38,6%)	
	Độ 3	27(81,8%)	6(18,2%)	
Kích thước u	u ≤ 2cm	27(43,5%)	35(56,5%)	< 0,005
	2cm < u < 5cm	69(74,2%)	24(25,8%)	
	U ≥ 5cm	10(83,3%)	2(16,7%)	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ di căn hạch ở nhóm Her-2/neu (-) là 38,9% cao hơn nhóm (+) chiếm 21,7%, cũng tương tự như vậy tip không phải lòng ống A có tỷ lệ di căn hạch là 69,3% cao hơn tip lòng ống A chiếm 54,5%, tuy nhiên sự khác biệt ở đây không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Trong nghiên cứu này yếu tố nội tiết ER(+) và hoặc PR(+) thì tỷ lệ di căn hạch có sự khác biệt giữa hai nhóm, tương tự như vậy ở nhóm có độ mô học càng cao, kích thước u càng lớn thì tỷ lệ hạch di căn tỷ lệ thuận với độ mô học và kích thước u, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. So sánh với các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ di căn hạch nách.

của UTBMCTXN tương đối khác nhau giữa các tác giả. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả đều cho tỷ lệ UTBMCTXN có di căn hạch cao hơn nhóm không di căn. Tác giả Zengel B và cs (2015) cho tỷ lệ di căn hạch là 56,3%; tác giả Duraker và cs (2020) có 160/263 trường hợp UTBMCTXN di căn hạch chiếm 60,8% [2;6]. Tác giả Nguyễn Thị Quỳnh (2021) nghiên cứu về tình trạng di căn hạch nách của các ung thư tuyến vú thể đặc biệt ghi nhận tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân UTBMCTXN cao nhất so với các thể khác với 38/78 trường hợp chiếm 48,7% [7].

Tuy nhiên cũng có các nghiên cứu cho kết quả khác với chúng tôi khi tỷ lệ nhóm di căn hạch thấp hơn nhóm không di căn hạch. Nghiên

cứu của Danzinger S và cs (2023) cho tỷ lệ di căn hạch là 88/288 trường hợp chiếm 30,6%, trong đó nhóm di căn từ 1-3 hạch chiếm 18,8%, nhóm > 3 hạch chiếm thấp hơn với 11,8% [3]. Tác giả Hengqiang Zhao và cs (2020) phân tích 16.433 bệnh nhân UTBMTTXN thu thập từ dữ liệu Chương trình Giám sát, Dịch tễ và Kết quả cuối cùng (SEER) cho tỷ lệ di căn hạch là 33,6%, trong đó nhóm di căn từ 1-3 hạch chiếm chủ yếu với 21,7%, nhóm >3 hạch chiếm 11,9%. Asturka và cộng sự (2011) trong nghiên cứu của mình đã chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa độ mô học, tình trạng bộc lộ ER và PR và khả năng di căn hạch.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ di căn hạch nách 63,5%, trong đó nhóm dưới tip đa hình có tỷ lệ di căn hạch nách cao nhất với 82,9%, đứng thứ hai là tip đặc chiếm 61,5%. Các dưới tip còn lại có tỷ lệ di căn hạch nách thấp hơn, dưới tip kinh điển 58,5%, dưới tip ống nhỏ tiểu thùy 60%, dưới tip nang có tỷ lệ di căn hạch thấp nhất với 42,9%.

- Các yếu tố như kích thước u, độ mô học, thụ thể nội tiết có mối liên quan đến tình trạng di căn hạch nách trong ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eleftherios P Mamounas, Stewart J Anderson, James J Dignam, Harry D Bear, Thomas B Julian, Charles E Geyer Jr, Alphonse Taghian, D Lawrence Wickerham, Norman Wolmark: Predictors of locoregional recurrence after neoadjuvant chemotherapy:

results from combined analysis of National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18 and B-27. J Clin Oncol. 2012 Nov 10;30(32):3960-6. doi: 10.1200/JCO.2011.40.8369. Epub 2012 Oct 1.

2. Zengel B, Yararbas U, Duran A, et al. Comparison of the clinicopathological features of invasive ductal, invasive lobular, and mixed (invasive ductal + invasive lobular) carcinoma of the breast. Breast cancer (Tokyo, Japan). Jul 2015;22(4):374-81. doi:10.1007/s12282-013-0489-8
3. Danzinger S, Pöckl K, Kronawetter G, et al. Axillary lymph node status and invasive lobular breast cancer: Analysis of the Clinical Tumor Register of the AGO Austria. Wiener klinische Wochenschrift. Sep 2023;135(17-18):463-471. doi:10.1007/s00508-023-02162-y.
4. Ohashi R, Matsubara M, Watarai Y, et al. Pleomorphic lobular carcinoma of the breast: a comparison of cytopathological features with other lobular carcinoma variants. Cytopathology : official journal of the British Society for Clinical Cytology. Apr 2017;28(2):122-130. doi:10.1111/cyt.12362
5. Iorfida M, Maiorano E, Orvieto E, et al. Invasive lobular breast cancer: subtypes and outcome. Breast Cancer Res Treat. Jun 2012;133(2): 713-23. doi:10.1007/s10549-012-2002-z.
6. Duraker N, Hot S, Akan A, Nayir P. A Comparison of the Clinicopathological Features, Metastasis Sites and Survival Outcomes of Invasive Lobular, Invasive Ductal and Mixed Invasive Ductal and Lobular Breast Carcinoma. European journal of breast health. Jan 2020;16(1):22-31. doi:10.5152/ejbh.2019.5004
7. Nguyễn Thị Quỳnh. Đặc điểm di căn hạch nách ung thư biểu mô tuyến vú thể đặc biệt. 2021.

NGHIÊN CỨU ĐỘT BIẾN XÓA ĐOẠN GEN LMP1-EBV TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Vũ Hải Linh¹, Nguyễn Hữu Quốc²,
Nguyễn Hoàng Việt², Lê Hạ Long Hải²

TÓM TẮT²¹

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) hiện đang là loại ung thư dẫn đầu cả về tỷ lệ mắc và tử vong tại Việt Nam. Các nghiên cứu gần đây đều chỉ ra rằng EBV (Epstein-Barr virus) có liên quan đến quá trình phát sinh u và tiên lượng xấu hơn ở những bệnh nhân

HCC. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: xác định tỷ lệ đột biến xóa đoạn 30bp gen LMP1, một loại gen gây ung thư quan trọng của virus EBV và mối tương quan giữa gen LMP1 với một số đặc điểm cận lâm sàng trên bệnh nhân HCC. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang thực hiện trên 173 mẫu mô sinh thiết của bệnh nhân HCC tại Bệnh viện K3, Tân Triều và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đột biến xóa đoạn gen được phát hiện bằng kỹ thuật PCR. **Kết quả:** Nghiên cứu phát hiện 36/173 (21%) mẫu mô HCC dương tính với gen LMP1; trong đó tỷ lệ đột biến mất đoạn gen LMP1 chiếm 18/36 (50%). Ngoài ra, nghiên cứu còn phát hiện mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HBV và đột biến xóa đoạn gen LMP1 ($p=0,018$), nồng độ các chỉ số AFP, AST ở bệnh nhân HCC có đột biến xóa đoạn gen LMP1 cao hơn nhóm

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025