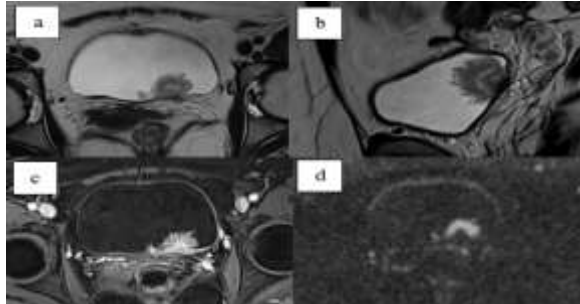


Giá trị chẩn đoán của từng chuỗi xung trong nghiên cứu của chúng tôi cũng được so sánh. Chuỗi xung T2W giúp đánh giá tốt các cấu trúc giải phẫu, DCE giúp phát hiện các tổn thương nhỏ hơn 5mm, đánh giá động học ngấm thuốc phân biệt khối u và cơ thành bàng quang. Chuỗi xung DWI lại hạn chế đánh giá các tổn thương nhỏ do độ phân giải chưa cao.

V. KẾT LUẬN

CHT đa tham số phối hợp các chuỗi xung T2W, DWI, DCE có giá trị cao trong dự đoán mức độ xâm lấn của UTBQ và có thể được sử dụng để hướng dẫn việc ra quyết định và quản lý lâm sàng, đặc biệt khi được sử dụng kết hợp với thang điểm VI-RADS. Theo nghiên cứu chúng tôi, ngưỡng VI-RADS ≥ 4 là tiêu chuẩn tối ưu để đánh giá xâm lấn cơ ở bệnh nhân UTBQ với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

VI. HÌNH ẢNH MINH HOẠ



Hình 1. Bệnh nhân nữ 58 tuổi. Hai u ở thành sau bàng quang và tam giác bàng quang có kết quả GPB chưa xâm lấn cơ (ID 26144797)

Hình T2W (a,b) khối u đường kính lớn nhất 8mm không có cuống và 24mm có cuống, chưa thấy mất liên tục lớp cơ thành bàng quang

(xếp lần lượt SC1 và SC2). Hình DCE (c) thấy hai u ngấm thuốc mạnh sau tiêm, khối u lớn có cuống ngấm mạnh, chưa thấy mất liên tục lớp cơ (xếp lần lượt CE1 và CE 2). Hình DWI (c) hai khối u tăng tín hiệu mạnh, khối lớn có cuống giảm tín hiệu, chưa thấy mất liên tục lớp cơ (xếp lần lượt DW1 và DW2). Điểm VI-RADS tổng thể lần lượt là 1 và 2 tương ứng với ít khả năng xâm lấn cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Minh Hoàn** (2014), Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán ung thư bàng quang, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Trọng Dũng và cs** (2022), "Nghiên cứu giá trị của thang điểm VI-RADS trong đánh giá ung thư bàng quang xâm lấn cơ trên cộng hưởng từ 1.5 Tesla", Tạp chí y học Việt Nam.
3. **Nguyễn Quang Toàn** (2018), Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán giai đoạn T ung thư bàng quang, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Nicola, R. et al.** (2022), "VI-RADS score system - A primer for urologists", Int Braz J Urol. 48(4), tr. 609-622.
5. **Panebianco, Valeria et al.** (2018), "Multiparametric magnetic resonance imaging for bladder cancer: development of VI-RADS (Vesical Imaging-Reporting And Data System)", European urology. 74(3), tr. 294-306.
6. **Sung, H. et al.** (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin. 71(3), tr. 209-249.
7. **Wang, Ziyong et al.** (2020), "Evaluation of the value of the VI-RADS scoring system in assessing muscle infiltration by bladder cancer", Cancer Imaging. 20(1), tr. 26.
8. **Ueno, Yoshiko et al.** (2019), "Diagnostic accuracy and interobserver agreement for the vesical imaging-reporting and data system for muscle-invasive bladder cancer: a multireader validation study", European urology. 76(1), tr. 54-56.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ THỂ DỊ SẢN

**Nguyễn Thu Hương¹, Trần Thị Huệ¹,
Bùi Thị Phương Thảo¹, Đặng Thái Tôn¹**

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản (Metaplastic Breast Carcinoma – MBC) là thể mô học hiếm gặp,

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hệ Thống Y Tế Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hương

Email: huongnt202@vinmec.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

chiếm dưới 1% ung thư vú xâm nhập, đặc trưng bởi sự hiện diện đồng thời thành phần biểu mô và dị sản trung mô. Chúng tôi báo cáo bệnh nhân nữ 33 tuổi, phát hiện khối vú phai lớn nhanh, siêu âm và MRI ghi nhận tổn thương hỗn hợp âm, trung tâm hoại tử, ngấm thuốc dạng viên. Sinh thiết xác định MBC, bộ ba âm tính với chỉ số Ki-67 cao (60%). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ, hạch cửa âm tính (pT3N0) và điều trị hóa chất hỗ trợ nhưng tái phát tại chỗ sớm trong quá trình hóa trị. Ca bệnh minh họa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học điển hình của MBC, đồng thời cho thấy thể bệnh này có tiên lượng

xấu và đáp ứng kém với hóa chất, nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán chính xác, theo dõi sát sau điều trị và cân nhắc các chiến lược toàn thân mới.

Từ khóa: Ung thư vú, ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản, chẩn đoán hình ảnh

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF METAPLASTIC BREAST CARCINOMA

Metaplastic breast carcinoma (MBC) is a rare histological subtype, accounting for less than 1% of invasive breast cancers, characterized by the coexistence of epithelial and mesenchymal components. We report the case of a 33-year-old female who presented with a rapidly enlarging right breast mass; ultrasound and MRI revealed a heterogeneous lesion with central necrosis and rim enhancement. Core needle biopsy confirmed MBC, triple-negative with a high Ki-67 index (60%). The patient underwent total mastectomy with negative sentinel nodes (pT3N0) and received adjuvant chemotherapy, but developed early local recurrence during treatment. This case illustrates the typical clinical and imaging features of MBC, while highlighting its poor prognosis and limited response to chemotherapy, emphasizing the importance of accurate diagnosis, close follow-up after surgery, and consideration of novel systemic treatment strategies.

Keywords: Breast cancer, metaplastic breast carcinoma, diagnostic imaging

I. GIỚI THIỆU

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ, chiếm khoảng 25% tổng số các trường hợp ung thư nữ giới trên toàn thế giới (1). Trong đó, ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản (Metaplastic Breast Carcinoma – MBC) là một thể mô học hiếm gặp, ước tính chiếm dưới 1% trong tất cả các ung thư vú xâm nhập (2). Đặc điểm nổi bật của MBC là sự kết hợp giữa thành phần biểu mô ác tính với các thành phần dị sản trung mô (như tế bào hình thoi, tế bào gai, hoặc dị sản sụn – xương) (3).

Do tính chất hiếm gặp, dữ liệu về dịch tễ, đặc điểm hình ảnh và hiệu quả điều trị MBC còn hạn chế. Các nghiên cứu trước đây cho thấy MBC thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, có kích thước khối u lớn, ít di căn hạch nhưng tiên lượng nhìn chung xấu hơn so với ung thư biểu mô tuyến vú thể ống xâm nhập thông thường (3–5). Hơn nữa, MBC thường biểu hiện kiểu hình “bộ ba âm tính” (triple negative), do đó ít lựa chọn điều trị và thường đáp ứng kém với hóa chất.

Trong bối cảnh tại Việt Nam, báo cáo về MBC còn rất hiếm. Vì vậy, chúng tôi trình bày một trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản nhằm góp phần cung cấp thêm dữ liệu lâm

sàng và hình ảnh học, đồng thời thảo luận những đặc điểm đặc thù của thể bệnh này.

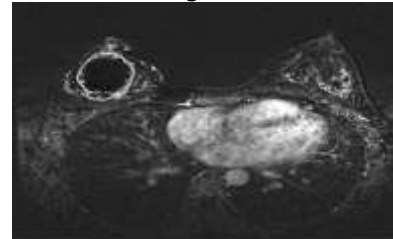
II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 33 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không có yếu tố gia đình ung thư vú hay ung thư buồng trứng. Tháng 4/2024, bệnh nhân tự sờ thấy khối vùng vú phải tăng kích thước nhanh. Siêu âm tuyến vú hai bên phát hiện khối hỗn hợp âm vú phải, kích thước lớn, hình không đều, bờ không rõ ràng, có tăng âm thành sau (Hình 1). Sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm cho kết quả: ung thư biểu mô xâm nhập, độ mô học 3, ER âm tính, PR âm tính, HER2 âm tính, Ki-67 60%.



Hình 1: Siêu âm tuyến vú

Bệnh nhân được chụp MRI tuyến vú và PET/CT để đánh giá giai đoạn. MRI vú ghi nhận khối u vú phải kích thước lớn, trung tâm hoại tử, ngấm thuốc dạng viền, không thấy hạch bất thường (Hình 2). PET/CT không phát hiện di căn xa. Chẩn đoán lâm sàng: T3N0M0.



Hình 2. Cộng hưởng từ tuyến vú

Ngày 07/06/2024, bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú phải và sinh thiết hạch cửa. Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản, kích thước 6 × 6 × 4 cm, diện cắt âm tính, không di căn hạch (0/2), giai đoạn pT3N0. Hóa mô miễn dịch sau mổ: ER âm tính, PR âm tính, HER2 âm tính, được xếp vào nhóm ung thư vú bộ ba âm tính (Triple Negative Breast Cancer).

Sau mổ, hội đồng đa chuyên khoa quyết định điều trị hóa chất bổ trợ với 4 chu kỳ AC (doxorubicin + cyclophosphamide) tiếp theo Paclitaxel hàng tuần. Tuy nhiên, ngay trong quá trình truyền Paclitaxel chu kỳ thứ hai, khám lâm sàng phát hiện khối tái phát tại thành ngực phải, đúng vị trí sẹo mổ. Siêu âm ghi nhận nhiều khối hỗn hợp âm, hình tròn hoặc bầu dục, bờ đều, có

vùng hoại tử trung tâm, hình thái tương tự khối u nguyên phát (Hình 3). Sinh thiết xác nhận chẩn đoán: ung thư biểu mô tuyến vú tái phát tại thành ngực.



Hình 3. Siêu âm thành ngực phải

III. BÀN LUẬN

Phần lớn các khối u lành tính và ác tính của vú đều có nguồn gốc từ biểu mô tuyến. Tuy nhiên, trong một tỷ lệ nhỏ các khối u ác tính, biểu mô tuyến có thể trải qua quá trình chuyển sản, dẫn đến sự biệt hóa thành các thành phần trung mô không thuộc biểu mô tuyến. Ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản (Metaplastic Breast Carcinoma – MBC) là một thể hiếm gặp, chiếm dưới 1% tổng số ung thư vú xâm nhập (4,5). Đặc điểm chung của MBC là độ ác tính cao, thường âm tính với thụ thể nội tiết và HER2, do đó phần lớn được xếp vào nhóm ung thư vú bộ ba âm tính (triple negative breast cancer – TNBC).

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2012, ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản (MBC) được xếp thành một nhóm mô học riêng biệt. Bệnh thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi 40–50. Do đặc tính phát triển nhanh, các khối u thường có kích thước lớn ngay tại thời điểm chẩn đoán, với đường kính dao động từ 1–20 cm; trong đó, kích thước dưới 4 cm được coi là yếu tố tiên lượng thuận lợi (6). Một số báo cáo ghi nhận MBC có thể phát sinh từ các tổn thương lành tính trước đó như u tuyến xơ hoặc u dạng lá ác tính. Về đặc điểm di căn, tỷ lệ di căn hạch nách của MBC chỉ khoảng 25–30%, thấp hơn so với ung thư biểu mô tuyến vú thể ống xâm nhập (7). Tuy nhiên, ngược lại, nguy cơ di căn xa ở nhóm bệnh nhân này lại cao hơn, góp phần lý giải tiên lượng xấu của thể bệnh.

Trên nhũ ảnh, ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản thường xuất hiện dưới dạng khối giới hạn rõ, tỷ trọng cao, hiếm khi có vi vôi hóa (8). Trên siêu âm, tổn thương thường biểu hiện hồi âm hỗn hợp, dạng thùy nhẹ, hỗn hợp thành phần đặc và nang, phản ánh tình trạng hoại tử và thoái hóa nang trên mô bệnh học; hiện tượng tăng âm phía sau khá phổ biến. MRI vú có giá trị cao trong các trường hợp khó chẩn đoán bằng phương pháp thông thường, nhờ độ nhạy và độ

đặc hiệu vượt trội. Trên MRI, khối u thường có hình tròn hoặc thùy, ranh giới tương đối đều, tín hiệu đồng hoặc giảm trên T1W, nhưng tăng tín hiệu trên T2W do hoại tử hoặc thoái hóa nang, sau tiêm các khối u có xu hướng ngấm thuốc không đều, ngấm dạng viền.

Nhìn chung, hình ảnh trên nhũ ảnh, siêu âm và MRI của MBC có thể chồng lấn với ung thư biểu mô ống xâm nhập hoặc một số tổn thương lành tính, gây khó khăn cho chẩn đoán. Do đó, việc kết hợp đặc điểm hình ảnh với bối cảnh lâm sàng và mô bệnh học có ý nghĩa quan trọng trong nhận diện chính xác thể bệnh.

Trong ca bệnh này, bệnh nhân trẻ tuổi, khối u có kích thước lớn, độ mô học cao, biểu hiện bộ ba âm tính và chỉ số tăng sinh Ki-67 cao (60%). Đây đều là những yếu tố nguy cơ liên quan đến tiên lượng xấu và tỷ lệ tái phát cao. Đặc biệt, điểm đáng chú ý là bệnh nhân tái phát tại thành ngực chỉ sau 2 chu kỳ Paclitaxel trong giai đoạn điều trị hóa chất hỗ trợ. Điều này phản ánh tính kháng hóa chất mạnh của thể bệnh này. Trong y văn, mặc dù hóa trị vẫn được chỉ định cho MBC/TNBC, nhưng hiệu quả thường hạn chế, tỷ lệ đáp ứng thấp hơn so với các thể ung thư vú khác (9).

Một số báo cáo gần đây gợi ý rằng liệu pháp miễn dịch (anti-PD-1/PD-L1) hoặc thuốc nhắm trúng đích mới có thể mang lại lợi ích tiềm năng cho nhóm bệnh nhân TNBC/MBC, đặc biệt khi xuất hiện tái phát sớm hoặc kháng hóa trị (9,10). Vai trò của xạ trị hỗ trợ tại thành ngực sau phẫu thuật cũng cần được cân nhắc, nhất là ở bệnh nhân có nguy cơ cao tái phát tại chỗ.

Ca bệnh này minh họa một tình huống lâm sàng hiếm gặp nhưng có giá trị thực tiễn: ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản, bộ ba âm tính, tái phát tại chỗ rất sớm trong khi đang điều trị hóa chất hỗ trợ chuẩn. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc nhận diện sớm thể bệnh, theo dõi sát sau mổ, cũng như xem xét các chiến lược điều trị toàn thân mới ngoài hóa trị kinh điển để cải thiện tiên lượng.

IV. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản là thể bệnh hiếm gặp, thường mang kiểu hình bộ ba âm tính, tiên lượng xấu và đáp ứng kém với hóa chất. Ca bệnh cho thấy khối u lớn, độ ác tính cao, tái phát sớm sau mổ, nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán mô bệnh học chính xác, theo dõi sát sau điều trị và cân nhắc các liệu pháp toàn thân mới để cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang Y, Ji Y, Liu S, Li J, Wu J, Jin Q, et al.

- Global burden of female breast cancer: new estimates in 2022, temporal trend and future projections up to 2050 based on the latest release from GLOBOCAN. *Journal of the National Cancer Center*. 2025 Jun 1;5(3):287–96.
2. **Thapa B, Arobelidze S, Clark BA, Xuefei J, Daw H, Cheng YC, et al.** Metaplastic Breast Cancer: Characteristics and Survival Outcomes. *Cureus*. 14(8):e28551.
 3. **El Zein D, Hughes M, Kumar S, Peng X, Oyasiji T, Jabbour H, et al.** Metaplastic Carcinoma of the Breast is More Aggressive than Triple-Negative Breast Cancer: A study from a Single Institution and Review of Literature. *Clin Breast Cancer*. 2017 Aug;17(5):382–91.
 4. **Fayaz S, Demian GA, Eissa HES, Amanguno H, Abuzalouf S.** Metaplastic breast carcinoma: Analysis of 31 cases from a single institute. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*. 2017 Sep 1;29(3):141–5.
 5. **Alhaidary AA, Arabi H, Elessawy M, Alkushi A.** Metaplastic breast carcinoma: an overview of the radio-pathologic features in retrospective cohort tertiary hospital. *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 2022 Apr 15;53(1):92.
 6. **Oberman HA.** Metaplastic carcinoma of the breast. A clinicopathologic study of 29 patients. *Am J Surg Pathol*. 1987 Dec;11(12):918–29.
 7. **Carter MR, Hornick JL, Lester S, Fletcher CDM.** Spindle cell (sarcomatoid) carcinoma of the breast: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 29 cases. *Am J Surg Pathol*. 2006 Mar;30(3):300–9.
 8. **Choi BB, Shu KS.** Metaplastic carcinoma of the breast: multimodality imaging and histopathologic assessment. *Acta Radiol*. 2012 Feb 1;53(1):5–11.
 9. **Shah DR, Tseng WH, Martinez SR.** Treatment Options for Metaplastic Breast Cancer. *ISRN Oncol*. 2012 Jun 21;2012:706162.
 10. **Al-Mahmood S, Sapiezynski J, Garbuzenko OB, Minko T.** Metastatic and triple-negative breast cancer: challenges and treatment options. *Drug Deliv Transl Res*. 2018;8(5):1483–507.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHI BỊ ĐỘNG KINH TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI PHÒNG

Nguyễn Văn Trung¹, Nguyễn Văn Trọng¹, Trần Thị Khánh Ninh¹,
Nguyễn Thị An¹, Đinh Dương Tùng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc và một số yếu tố liên quan ở trẻ động kinh tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng. **Đối tượng:** 86 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh và điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng từ 01/6/2024 đến 30/04/2025. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trẻ bị động kinh chiếm 63,95% là nam, tuổi từ trên 10 tuổi là 58,14% với độ tuổi trung bình là $9,54 \pm 4,44$ và 68,6% trẻ sống ở ngoại thành. Động kinh toàn thể chiếm 53,3%. Theo thang đo Morisky-8, tại thời điểm 1 tháng và 2 tháng điều trị, nhóm có mức độ tuân thủ cao chiếm tỷ lệ lớn nhất (45,35%). Tại thời điểm 3 tháng, tỷ lệ tuân thủ cao tăng nhẹ, đạt mức 47,67%. Hành vi tuân thủ sai lệch phổ biến nhất là thỉnh thoảng quên uống thuốc và khó khăn khi nhớ uống thuốc đầy đủ. Phân tích tại 3 thời điểm, các yếu tố có mối liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc gồm: tuổi từ trên 10, sử dụng hai thuốc so với một thuốc, không có tiền sử gia đình động kinh, không chậm phát triển tinh thần và ngôn ngữ. **Kết luận:** Mức độ tuân thủ điều trị cao chiếm tỷ lệ lớn; hành vi phổ biến nhất là thỉnh thoảng quên uống thuốc và cảm thấy khó khăn khi uống thuốc đầy đủ. Mức độ tuân thủ cao có liên quan đến tuổi từ trên 10 tuổi, sử dụng hai thuốc chống

động kinh, gia đình không có tiền sử động kinh, không chậm phát triển tinh thần và ngôn ngữ.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, động kinh, trẻ em

SUMMARY

MEDICATION ADHERENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PEDIATRIC EPILEPSY PATIENTS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the status of medication adherence and associated factors among children with epilepsy at Hai Phong Children's Hospital. **Subjects:** A total of 86 patients diagnosed with epilepsy and treated at Hai Phong Children's Hospital from June 1, 2024 to April 30, 2025. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Among the children with epilepsy, 63.95% were male; 58.14% were older than 10 years, with a mean age of 9.54 ± 4.44 years; and 68.6% resided in suburban areas. Generalized epilepsy accounted for 53.3% of cases. According to the Morisky-8 scale, at one and two months of treatment, the group with high adherence represented the largest proportion (45.35%). By the third month, the rate of high adherence increased slightly to 47.67%. The most common non-adherent behaviors were occasionally forgetting to take medication and having difficulty remembering to take all prescribed doses. Across the three time points, factors associated with higher adherence included: age over 10 years, use of two antiepileptic drugs compared with one, absence of family history of epilepsy, and absence of developmental or language delay. **Conclusion:** A high

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trung

Email: nvtrung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025