

UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAI NGUYÊN PHÁT CỦA VÚ: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1,2}, Phạm Quang Thông³,
Phạm Thị Như Diễm¹, Lưu Đức Tùng¹, Bùi Phương Quỳnh¹

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tế bào gai được biết là khối u ác tính thường gặp ở da và các cơ quan được phủ bởi biểu mô gai, nhưng là thực thể hiếm gặp trong mô vú. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ, 55 tuổi, nhập viện vì khối u ở vú lớn nhanh lèm ẫn đau. Khám lâm sàng và siêu âm hướng tới tổn thương nang vú nhiễm trùng. Bệnh nhân được cắt bỏ khối u, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát của vú, không liên quan tới da vú và núm vú. Khảo sát các cơ quan khác không phát hiện bất thường. Ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát của vú được cho rằng có thể xuất nguồn từ tổn thương viêm mạn tính ở vú, áp xe vú hoặc mô vú chuyển sản. Do đó, thực hiện xét nghiệm mô bệnh học ở các bất thường lành tính ở vú là cần thiết.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gai ở vú, khối u vú dạng nang

SUMMARY

PRIMARY SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE BREAST: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Squamous cell carcinoma is known as a malignant tumor of the skin and other organs surrounded by squamous cells, but it is a rare entity in the breast. We report a fifty-five-year-old female patient, who presented with a rapidly growing, painful breast mass. The clinical and ultrasound showed that there was an infection well-circumscribed cyst lesion. The lesion was excised, and the pathological diagnosis was primary squamous cell carcinoma of the breast, with no involvement with the breast and nipple skin. No abnormality in other organs was found. Primary squamous cell carcinoma of the breast may be derived from chronic inflammation of the breast, breast abscess, or normal breast tissue through metaplasia. Therefore, it is necessary to do a pathological examination of all benign abnormalities in the breast.

Keywords: squamous cell carcinoma, breast cyst

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát ở vú là khối u ác tính hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 0,1% ung thư ở vú⁽¹⁾. Nguồn gốc và cơ chế sinh

bệnh học của khối u này chưa được hiểu rõ. Để chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát ở vú cần phải loại trừ di căn từ các vị trí khác đến vú và tế bào gai ác tính phải chiếm hơn 90% khối u⁽²⁾. Ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú không biểu hiện thụ thể nội tiết tương tự như ung thư tuyến vú tam âm và không đáp ứng với điều trị nội tiết thông thường⁽³⁾. Như hiểu biết của chúng tôi, chỉ có một trường hợp ung thư tế bào gai thuần túy nguyên phát ở vú tại Việt Nam⁽⁴⁾. Bởi vì xuất độ hiếm gặp, khối u thường chỉ được báo cáo ca lẻ tẻ, nên phác đồ điều trị không thống nhất và hiệu quả vẫn chưa rõ ràng. Tiên lượng của bệnh nhân có ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú được báo cáo thường xấu hơn so với ung thư biểu mô tuyến vú thông thường và phụ thuộc vào độ mô học của khối u⁽⁵⁾.

Y đức: Bài báo đã được sự đồng ý của bệnh nhân.

II. BÁO CÁO CA

Bệnh nhân nữ, 55 tuổi đến khám tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương vì một khối u nang kèm đau ở vú phải. Bệnh nhân không có tiền căn bệnh lý hoặc chấn thương vú trước đây, không có tiền căn ung thư các cơ quan khác. Thăm khám lâm sàng cho thấy tổn thương vị trí ¼ dưới ngoài, dạng nang, di động, sờ chạm đau, da trên vú và núm vú không có tổn thương, các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Bệnh nhân được làm siêu âm vú, vùng ¼ dưới ngoài vú phải có tổn thương dạng nang, kích thước 24x30mm, bờ đều, giới hạn rõ với xung quanh, bên trong có hồi âm, các ống tuyến vú không dẫn (Hình 1), nghi nhiều nang vú nhiễm trùng, vú trái bình thường.



Hình 1: Hình ảnh siêu âm vú: tổn thương dạng nang (mũi tên), kích thước 24x30mm, bờ đều,

¹Trường Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Như Diễm

Email: nhudiem234@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2022

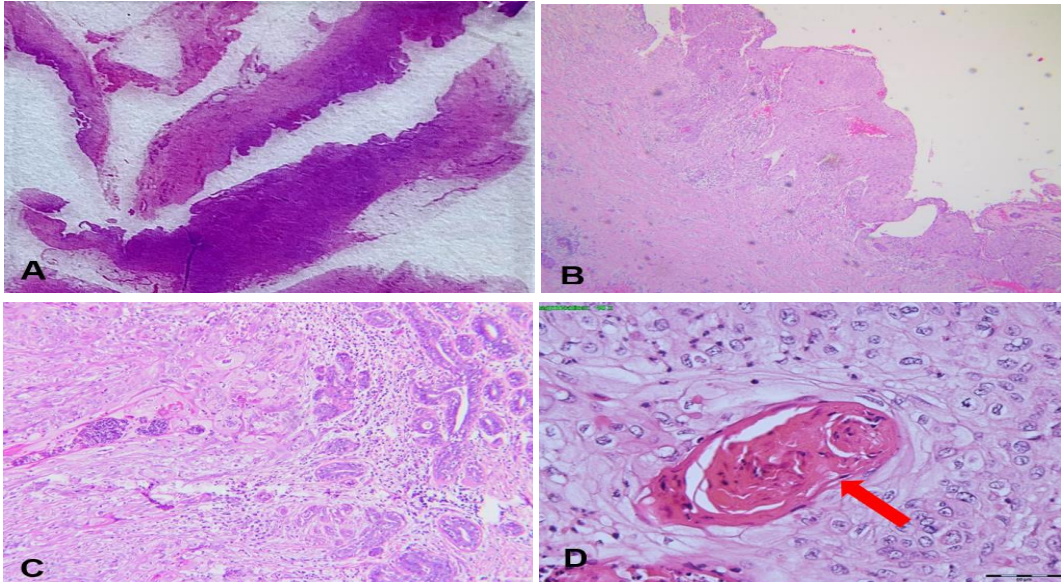
Ngày phản biện khoa học: 24.7.2022

Ngày duyệt bài: 2.8.2022

giới hạn rõ với xung quanh, bên trong có hồi âm, các ống tuyến vú không dẫn.

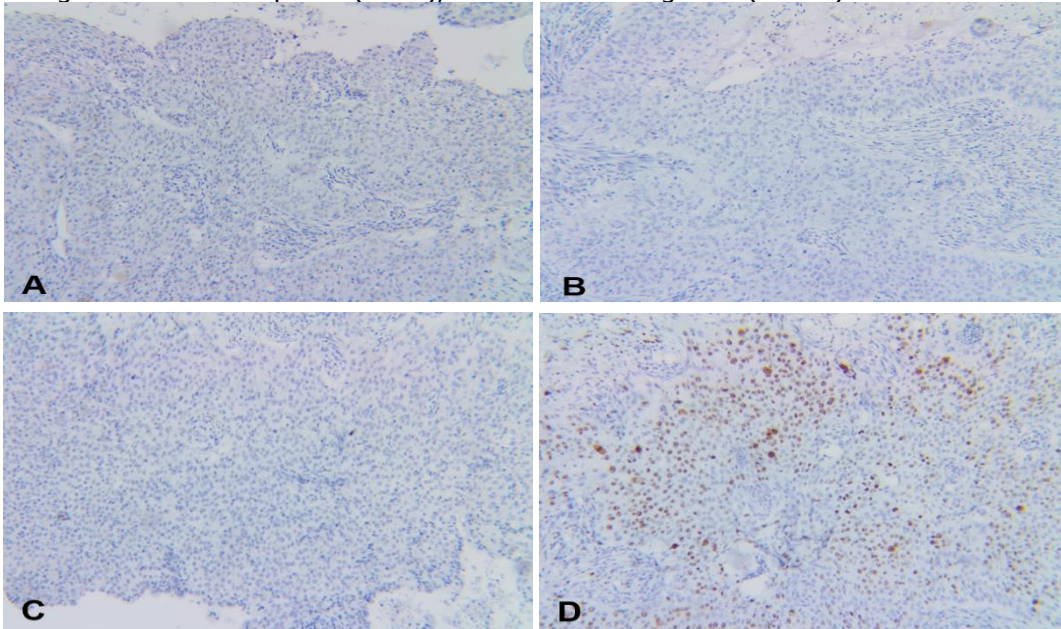
Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh và phẫu thuật cắt bỏ tổn thương. Đại thể cho thấy tổn thương dạng nang có kích thước 60x60mm, vách dày, bên trong chứa dịch lợn cợn giống hoại tử, khối u được lấy mẫu toàn bộ. Về vi thể, khối u có

dạng nang (Hình 2.A), lót vách nang toàn bộ là hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gai, biệt hóa vừa (Hình 2.B) với các đám tế bào nhân lớn, đa diện, dị dạng, màng nhân không đều, hạt nhân rõ, bào tương nhiều, nhiều phân bào, hiện diện các cầu sừng (Hình 2.D). Các đám tế bào u này xâm nhiễm mô vú bình thường xung quanh (Hình 2.C).



Hình 2: (A) Mẫu mô dạng nang (HE x1). (B) Mô u lót vách nang (HE x40). (C) Mô u xâm nhập mô tuyến vú bình thường xung quanh (HE x100). (D) đám tế bào nhân lớn, đa diện, dị dạng, màng nhân không đều, hạt nhân rõ, bào tương nhiều, hiện diện cầu sừng (mũi tên) (HE x400).

Hóa mô miễn dịch cho thấy tế bào u âm tính với estrogen (ER), progesteron (PR) và Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2), chỉ số Ki67 khoảng 50% (Hình 3).



Hình 3: Hóa mô miễn dịch: Tế bào u âm tính với (A) ER, (B) PR, (C) HER2. (D) Chỉ số Ki67 50% (D)

Sau đó bệnh nhân được chụp CT-scan, không thấy bất kì tổn thương ở cơ quan khác. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ vú phải kèm nạo hạch nách phải. Chẩn đoán giải phẫu bệnh cuối cùng là ung thư biểu mô tế bào gai, biệt hóa vừa nguyên phát của vú. Không liên quan đến da, núm vú và cơ vân, không di căn hạch nách phải.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú là khối u có độ ác cao và hầu hết xảy ra ở phụ nữ sau mãn kinh. Các trường hợp được báo cáo có độ tuổi trung bình là 50.5 tuổi, xuất hiện muộn hơn so với ung thư biểu mô tuyến vú thông thường⁽⁶⁾. Một số tác giả cho rằng có hai giả thuyết về nguồn gốc của ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú⁽⁵⁾:

- Khối u có thể xuất nguồn từ tình trạng viêm mạn tính của vú và áp xe vú
- Khối u này cùng tồn tại với các loại bệnh lý vú khác, và có nguồn gốc từ mô vú bình thường chuyển sản gai.

Chen Z. và cộng sự⁽⁵⁾ báo cáo rằng hầu hết các bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú có tổn thương được nhận diện dưới siêu âm là khối dạng nang với thành dày mỏng không đều và thường được chẩn đoán nhầm là nang vú hoặc áp xe vú. Bệnh nhân của chúng tôi đến khám với khối ở vú ấn đau nhiều, siêu âm cũng cho thấy tổn thương dạng nang. Chẩn đoán lâm sàng ban đầu là nang vú nhiễm trùng. Bệnh nhân không được làm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ. Khối u được chẩn đoán xác định là carcinôm tế bào gai nguyên phát ở vú nhờ giải phẫu bệnh sau cắt bỏ tổn thương. Sau đó, bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật cắt bỏ vú kèm nạo hạch nách phải. Qua đó cho thấy, việc thực hiện các thủ thuật ít xâm lấn nên được chỉ định đối với các tổn thương ở vú để loại trừ ác tính, đặc biệt là ở những bệnh nhân lớn tuổi, nhằm giảm thiểu số lần phẫu thuật có thể tránh được cho bệnh nhân.

Để chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú, khối u cần phải thỏa các điều kiện sau⁽⁷⁻¹¹⁾:

- Bệnh phẩm sau mổ phải được khảo sát đầy đủ, và ung thư tế bào gai phải chiếm hơn 90% khối u, bao gồm cả cả phần chuyển dạng tế bào hình thoi.
- Khối u không xuất phát từ da vú hoặc núm vú.
- Bệnh nhân cần được kiểm tra chụp cắt lớp vi tính tổng quát (CT) hoặc chụp cắt lớp phát xạ (PET)/CT trước khi phẫu thuật để loại trừ các

khối u từ phổi, đầu và cổ hoặc cổ tử cung di căn đến vú.

Bệnh nhân của chúng tôi thỏa các tiêu chuẩn này và được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú. Ung thư tế bào gai di căn đến vú từ các cơ quan khác như phổi, da thường gặp hơn nguyên phát tại vú, do đó, cần phải loại trừ ung thư di căn trước khi chẩn đoán nguyên phát tại vú.

Hóa mô miễn dịch của ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát ở vú cho thấy khối u âm tính với ER, PR, HER2 như trong ung thư tuyến vú tam âm^(3,5,12), tương tự với bệnh nhân của chúng tôi. Các tác giả này cho rằng bởi vì khối u thường xảy ra ở độ tuổi sau mãn kinh nên lượng nội tiết sụt giảm dẫn đến mô u không biểu hiện các thụ thể nội tiết⁽⁵⁾. Do đó, khối u này thường không đáp ứng với điều trị nội tiết thông thường. Chiến lược điều trị đối với ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú đến nay vẫn chưa rõ ràng và còn đang trong quá trình nghiên cứu. Nghiên cứu của Aparicio và cộng sự⁽¹³⁾ cho thấy khối u không đáp ứng với hóa trị liệu thông thường như trong ung thư biểu mô ống tuyến vú. Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị quan trọng và đầu tay đối với mọi loại ung thư vú.

Bởi vì rất ít trường hợp được báo cáo, tiên lượng đối với bệnh nhân mắc ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú có số liệu rất hạn chế. Hầu hết các báo cáo cho rằng khối u này có độ ác cao, tiên lượng xấu hơn nếu khối u có độ biệt hóa kém. Bệnh nhân của chúng tôi đã được phẫu thuật, khối u cho thấy mô học có độ biệt hóa tốt và đang được theo dõi thêm.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát của vú là khối u ác tính hiếm gặp và có tiên lượng xấu hơn ung thư biểu mô tuyến vú thông thường. Lâm sàng thường không đặc hiệu và dễ nhầm với các tổn thương lành tính của vú. Chẩn đoán cần được xác định bằng giải phẫu bệnh và cần thiết phải loại trừ trường hợp di căn từ nơi khác đến vú. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong ung thư vú. Tuy nhiên, đối với bệnh nhân có ung thư biểu mô tế bào gai nguyên phát tại vú, cần thêm nhiều dữ liệu và nghiên cứu để xây dựng phác đồ điều trị cũng như xác định vai trò của hóa xạ trị và điều trị nội tiết trong bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta C, Malani AK, Weigand RT, Rangineni G (2006). Pure primary squamous cell carcinoma

- of the breast: a rare presentation and clinicopathologic comparison with usual ductal carcinoma of the breast. *Pathol Res Pract.*202(6):465-469.
2. **Hennessy BT, Krishnamurthy S, Giordano S, et al. (2005).** Squamous cell carcinoma of the breast. *J Clin Oncol.*23(31):7827-7835.
 3. **Behranwala KA, Nasiri N, Abdullah N, Trott PA, Gui GP (2003).** Squamous cell carcinoma of the breast: clinico-pathologic implications and outcome. *Eur J Surg Oncol.*29(4):386-389.
 4. **Hứa Thị Ngọc Hà, Nguyễn Văn Thái, Bùi Chí Việt, Nguyễn Hữu Hòa, Dương Thị Thủy Vy, Nguyễn Sào Trung, Phan Thanh Hải.** Báo cáo một trường hợp carcinôm tế bào gai ở vú, *Tạp chí Y Dược Học - Trường Đại học Y Dược Huế* (2016), Số đặc biệt, tr: 183-189
 5. **Chen Z, An N, Zhang L, Cui H, Jiang Y, Zhang Y (2022).** Clinicopathological and therapeutic analysis of primary breast squamous cell carcinoma. *Gland Surg.*11(1):125-135.
 6. **Siegelmann-Danieli N, Murphy TJ, Meschter SC, Stein ME, Prichard J (2005).** Primary pure squamous cell carcinoma of the breast. *Clin Breast Cancer.*6(3):270-272.
 7. **Dejager D, Redlich PN, Dayer AM, Davis HL, Komorowski RA (1995).** Primary squamous cell carcinoma of the breast: sensitivity to cisplatinum-based chemotherapy. *J Surg Oncol.*59(3):199-203.
 8. **Ribeiro-Silva A, Luzzatto F, Chang D, Zucoloto S (2001).** Limitations of fine-needle aspiration cytology to diagnose metaplastic carcinoma of the breast. *Pathol Oncol Res.*7(4):298-300.
 9. **Prasad N, Prasad P (1988).** A case of pure primary squamous cell carcinoma of the breast diagnosed by fine needle aspiration biopsy. *Indian J Pathol Microbiol.*31(2):71-72.
 10. **Gupta S, Usha (1982).** Primary squamous cell carcinoma of the breast arising within an abscess. *J Indian Med Assoc.*79(1-2):12-13.
 11. **Cappellani A, Di Vita M, Zanghi A, et al. (2004).** A pure primary squamous cell breast carcinoma presenting as a breast abscess: case report and review of literature. *Ann Ital Chir.*75(2):259-262; discussion 262-253.
 12. **Bouchalova K, Cizkova M, Cwiertka K, Trojanec R, Hajduch M (2009).** Triple negative breast cancer--current status and prospective targeted treatment based on HER1 (EGFR), TOP2A and C-MYC gene assessment. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.*153(1):13-17.
 13. **Aparicio I, Martinez A, Hernandez G, Hardisson D, De Santiago J (2008).** Squamous cell carcinoma of the breast. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*137(2):222-226.

CHI PHÍ TỰ CHI TRẢ CỦA NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ ARV THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ TẠI 6 CƠ SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2020

Vũ Hoàng Anh¹, Nguyễn Văn Hà²

Từ khóa: Chi phí tự chi trả, HIV/AIDS, ARV và bảo hiểm y tế.

SUMMARY OUT-OF-POCKET EXPENSES FOR HIV/AIDS PATIENTS ARV TREATMENT PAYING HEALTH INSURANCE AT 6 HEALTH FACILITIES IN HCMC IN 2020

Treatment with antiretroviral (ARV) drugs should be continued and lifelong for people living with HIV/AIDS. Despite the availability of supportive treatment through health insurance and funding, HIV patients in Vietnam must bear the burden of out-of-pocket costs for opportunistic infections. In 2020, a cross-sectional study was conducted at six health facilities in Ho Chi Minh City with the goal of determining the out-of-pocket costs of ART patients. According to the findings, the average out-of-pocket expense for each patient's HIV/AIDS-related outpatient visits is VND 185,000 per year. The average annual payment for HIV-related inpatient care and treatment is VND 37,000. Patients who use health insurance for ARV/HIV treatment do not have to bear "catastrophic" costs.

Keywords: Out-of-pocket expenses, HIV/AIDS, ARV and health insurance.

TÓM TẮT

Với người bệnh HIV/AIDS, điều trị bằng thuốc kháng retrovirus (ARV) cần liên tục và suốt đời. Mặc dù các chi phí điều trị hỗ trợ thông qua BHYT và nguồn tài trợ, nhưng người bệnh HIV ở Việt Nam vẫn phải chịu gánh nặng về chi phí tự chi trả cho các dịch vụ khám chữa bệnh nhiễm trùng cơ hội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại 6 cơ sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020" với mục tiêu xác định chi phí tự chi trả của người bệnh điều trị ARV. Kết quả cho thấy, số tiền tự chi trả trung bình cho các lần khám ngoại trú liên quan đến HIV/AIDS của mỗi người bệnh là 185.000 đồng/năm. Số tiền trung bình được chi trả cho chăm sóc và điều trị người bệnh nội trú liên quan đến HIV mỗi năm là 37.000 đồng. Người bệnh sử dụng BHYT điều trị ARV/HIV không phải chịu chi phí "thảm họa".

¹Trường Đại học Đại Nam

²Phòng Y tế huyện Cần Giờ

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Anh
Email: anhvh@dainam.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022