

hemoglobin ghi nhận là 39,5%:  $\alpha$ -thal,  $\beta$ -thal, HbE lần lượt: 1,0%, 19,0% và 4,5%, bệnh phối hợp  $\beta$ -thal+HbE: 14,5%, HbC: 0,5%. Nghiên cứu cũng phát hiện ở những người chưa phát hiện bất thường trên điện di hemoglobin tỷ lệ đột biến gen  $\alpha$ ,  $\beta$  globin bằng phương pháp giải trình tự rất cao 93,3%, trong đó chủ yếu là đột biến  $\alpha$  globin với: --SEA chiếm: 86,7%, --SEA C.\*247T>C gen  $\beta$ : 3,3%, --SEA C.-59C>T gen  $\beta$ : 3,3%. Do đó kỹ thuật giải trình tự gen cần thiết áp dụng nhằm phát hiện các trường hợp người lành mang gen thalassemia mà các kỹ thuật khác chưa phát hiện được.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Khắc Hân Hoan và cộng sự (2013)**. Xây dựng quy trình sàng lọc và chẩn đoán trước sinh bệnh Thalassemia. Hội thảo chuyên đề Thalassemia và rối loạn di truyền TP.HCM, tr. 63-72.
2. **Nguyễn Công Khanh (2003)**. Tần suất bệnh Hemoglobin ở Việt Nam. Y Học Việt Nam, 8, Tổng hội y dược Việt Nam, tr. 11-16.
3. **Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (2019)**, Tình hình dịch tễ mang gen thalassemia/huyết sắc tố

- một số dân tộc tại bắc trung bộ. Y học Việt Nam 23(6), tr. 286.
4. **Nguyễn Bá Chung và cộng sự (2019)**, **Khảo sát đặc điểm mang gen thalassemia và bệnh huyết sắc tố ở 5 dân tộc thuộc vùng nam trung bộ**. Tạp chí Y Học TP.HCM, 23(6), tr. 280.
  5. **Mahdi L S, Faraj S A, Ghali H H (2015)**, "Significance of red blood cell indices in beta-thalassaemia trait", Mustansiriyah Medical Journal, 14 (2), pp. 27.
  6. **Galanello R, Origa R (2010)**, "Beta-thalassemia", Orphanet journal of rare diseases, 5 (1), pp. 1-15.
  7. **Phan Thị Thùy Hoa, Nguyễn Duy Thăng (2011)**. Nhận xét bước đầu về tình hình mang gen Thalassemia ở huyện Minh Hóa, Quảng Bình. Tạp chí Y học TP.HCM, 15(4), tr.327-331.
  8. **Nguyễn Công Khanh (2003)**. Tần suất bệnh Hemoglobin ở Việt Nam. Y Học Việt Nam, 8, Tổng hội y dược Việt Nam, tr. 11-16.
  9. **Nguyễn Khắc Hân Hoan và cộng sự (2009)**. Xây dựng quy trình sàng lọc và chẩn đoán trước sinh bệnh Thalassemia. Hội thảo chuyên đề Thalassemia và rối loạn di truyền TP.HCM, tr. 63-72.
  10. **Ngô Diễm Ngọc và cộng sự (2012)**, Hội chứng phụ thai do Hb Bart's: Sàng lọc người mang gen và chẩn đoán trước sinh, Tạp chí Y Học Việt Nam tháng 9/2012, tr 159-165.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ BỘ BA ÂM TÍNH GIAI ĐOẠN I-III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Trần Thị Hoài\*, Lê Hồng Quang\*\*, Nguyễn Ngọc Tú\*, Đoàn Thị Hồng Nhật\*\*\*

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Ung thư vú có ER, PR, HER2 âm tính (Triple negative – TN) chiếm khoảng 15% tổng số ung thư vú, với các đặc điểm khác biệt về lâm sàng, mô bệnh học, vị trí tái phát di căn. Phân nhóm này có tiên lượng xấu liên quan đến tái phát sớm và thời gian sống thêm ngắn. Mục tiêu của đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân TN tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An giai đoạn 2015-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 70 bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính giai đoạn I-III (AJCC 2017) được điều trị phẫu thuật, hóa chất phác đồ AC-T, xạ trị theo phác đồ, có đủ tiêu chuẩn phân tích về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, thời gian sống thêm và các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 51,04±9,66, thấp nhất 20 tuổi, lớn nhất 72 tuổi. Khoảng tuổi thường gặp nhất là 51-60 (chiếm 47,1%). U giai đoạn T2 chiếm 70%, trong khi đó T1 chỉ chiếm 20%. Tỷ lệ di căn hạch chiếm 31,4%.

Đa số bệnh nhân ở giai đoạn II, III chiếm 81,4%. Typ mô bệnh học chủ yếu vẫn là ung thư biểu mô thể ống xâm nhập với tỷ lệ 80%. Độ mô học II và III chiếm tỷ lệ chủ yếu với hơn 90%. Chỉ có 2 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn (chiếm 2,8%), phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú chiếm 97,2%. Điều trị hóa chất hỗ trợ sau mổ chiếm 84,3%, hóa chất hỗ trợ trước mổ 15,7%. Số bệnh nhân được điều trị tia xạ chiếm tỷ lệ cao với 62,9%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 77,96 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 2, 3, 4, 5 năm tương ứng là 94%, 87,6%, 78,9%, 78,9%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 84,63 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 2, 3, 4, 5 năm tương ứng là 98,6%, 98,6%, 94,3%, 87,6%. Di căn phổi, não là hay gặp nhất với tỷ lệ tương ứng là 36,4% và 27,2%. Sự khác biệt về sống thêm với tình trạng hạch nách là có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,01$  và  $p = 0,002$ ). Sự khác biệt về sống thêm toàn bộ với giai đoạn bệnh cũng có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,043$ ).

**Từ khóa:** Ung thư vú bộ ba âm tính, hóa chất hỗ trợ, anthracyclin, taxane.

### SUMMARY

#### TREATMENT RESULTS OF STAGE I-III TRIPLE-NEGATIVE BREAST CANCER IN NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

**Overview:** Breast cancer which is characterized by the lack of expression of estrogen receptor, progesterone receptor and human epidermal growth

\*Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

\*\*Bệnh viện K Trung Ương

\*\*\* Trường đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hoài

Email: bshoai1009@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 25.8.2022

factor receptor 2 (Triple negative - TN) accounts for 15% of all breast cancer, different from clinical symptoms, pathology, metastasis, recurrence. This subtype of breast cancer has worsen prediction associated recurrence time and overall survival. The purpose of this article is to evaluate out come of TN breast cancer treatment in Nghe An oncology hospital from 2015 to 2021. **Patients and method:** A retrospective study of 70 patients with stage I-III triple negative breast cancer (AJCC 2017) who was treated by surgery, AC-T chemotherapy, radiation, had all characterizes to analysis of clinical, pathology, overall survival and relatives factors. **Results:** Average age: 51.04±9.66; min age: 20; max age: 72. The most common age is 51-60 ( 41.7%). Tumor with stage T2 accounts for 70% while stage T1 tumor is 20%. Lymph nodes metastasis rate involve in 48.3% of case. Most of patients with stage II-III occupy 81.4%. Most type of pathology is invasive ductal carcinoma (80%). Grade II and III is 90%. Only 2 patients was performed breast conserving surgery (2.8%); mastectomy surgery (97.2%). Adjuvant chemotherapy is 84.3%; neoadjuvant chemotherapy is 15.7%; radiation therapy is 62.9%. Disease free survival is 77.96 months on average. Disease free survival rate at 2,3,4,5 year are respectively 94%, 87.6%, 78.9%, 78.9%. Overall survival is 84.63 months on average. Overall survival rate at 2,3,4,5 year are respectively 98.6%, 98.6%, 94.3%, 87.6%. Lung and brain which are organs were metastasized the most with 36.4%, 27.2%, respectively. Difference between overall survival and axillary lymph node status ( $p= 0,01$  and  $p= 0,002$ ), overall survival and disease stage ( $p= 0,043$ ) is significantly statistical.

**Key words:** Triple negative breast cancer, adjuvant chemotherapy, anthracyclin, taxane.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các nguyên nhân gây tử vong do ung thư ở nữ. Nhóm ung thư vú bộ ba âm tính (Triple negative breast cancer - TNBC) được định nghĩa như một thể sinh học trong ung thư vú do thiếu sự biểu hiện của thụ thể nội tiết ER và PR, cũng như không có sự bộc lộ quá mức của thụ thể yếu tố phát triển biểu bì 2 (Her2) trên bề mặt tế bào, chiếm khoảng 15% các trường hợp ung thư vú [8]. Ung thư vú có bộ ba âm tính thường xuất hiện ở phụ nữ trẻ tuổi, thời kỳ tiền mãn kinh, liên quan tới kích thước khối u lớn, giai đoạn lâm sàng muộn, tình trạng di căn xa, độ mô học cao [2]. Đây là loại ung thư vú có tiên lượng xấu, mặc dù đáp ứng tốt với điều trị nhưng thời gian sống thêm kém hơn các nhóm ung thư vú khác và thường tái phát sớm, di căn xa đặc biệt là di căn tạng và di căn não chiếm ưu thế [2]. Mô hình điều trị phẫu thuật, xạ trị, phác đồ đa hóa trị đặc biệt là các phác đồ có anthracyclin và

taxane là nền tảng chính cho điều trị UTV nói chung và TNBC nói riêng. Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An là một cơ sở điều trị và ứng dụng các phác đồ điều trị một cách đầy đủ. Tuy nhiên, kết quả điều trị ở nhóm ung thư vú bộ ba âm tính chưa được đánh giá. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính giai đoạn I-III tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. Và đánh giá kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân này.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

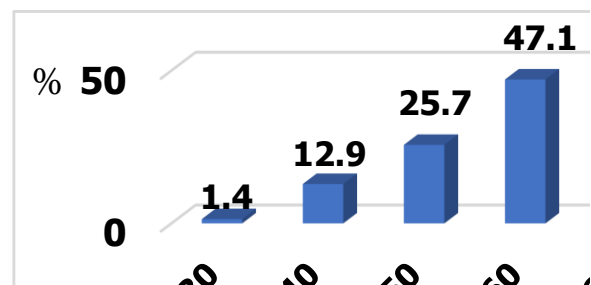
**1. Đối tượng nghiên cứu.** Lựa chọn vào nghiên cứu bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn I-III (Theo phân loại AJCC 2017) có bộ ba thụ thể ER, PR, HER2 âm tính, được điều trị tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ giai đoạn 2015-2021. Có kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch đánh giá thụ thể nội tiết ER, PR và thụ thể yếu tố phát triển biểu bì HER2/NEU âm tính hoặc có xét nghiệm FISH âm tính trong trường hợp HER2<sup>(++)</sup>. Bệnh nhân được điều trị theo đúng phác đồ của hội đồng khoa học bệnh viện Ung Bướu Nghệ An và hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế, trong đó điều trị hóa trị theo phác đồ AC-T. Hồ sơ bệnh án đầy đủ, rõ ràng, và theo dõi được.

Loại trừ các bệnh nhân điều trị trước năm 2015 đến điều trị vì tái phát và di căn trong thời gian nghiên cứu, có ung thư khác kèm theo, UTV được phẫu thuật hoặc hóa trị tại cơ sở điều trị khác, mắc các bệnh khác có nguy cơ tử vong trong thời gian gần, không tuân thủ liệu trình điều trị và mất thông tin sau điều trị.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. Thông tin được lấy theo mẫu bệnh án in sẵn, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0 và đánh giá sống thêm theo phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện Kaplan-Meier.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tuổi



**Biểu đồ 1: Đặc điểm nhóm tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 51,04±9,66, thấp nhất 20 tuổi, lớn nhất 72 tuổi. Khoảng tuổi thường gặp nhất là 51-60 tuổi chiếm 47,1%.

**3.2. Giai đoạn bệnh**

**Bảng 1: Giai đoạn bệnh**

Giai đoạn TNM	Số BN	Tỷ lệ %	
I	T1N0M0	13	18,6
IIA	T1N1M0	1	1,4
	T2N0M0	32	45,7
IIB	T2N1M0	9	12,9
	T3N0M0	2	2,9
IIIA	T2N2M0	7	10
IIIB	T4bN0M0	1	1,4
	T4bN1M0	2	2,9
IIIC	T2N3M0	1	1,4
	T4bN3M0	1	1,4
	T4cN3M0	1	1,4
<b>Tổng</b>	70 (100)	70 (100)	

**Nhận xét:** Giai đoạn lâm sàng chủ yếu ở giai đoạn T2 chiếm 70%. Có 48 bệnh nhân chưa di căn hạch chiếm 68,6%. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn II, III chiếm 81,4%.

**3.3. Mô bệnh học**

**Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>Loại mô bệnh học</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
UTBM thể ống xâm nhập	56	80
Các thể khác	14	20
<b>Độ mô học</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

I	5	8,93
II	32	57,14
III	20	33,93

**Nhận xét:** UTBM thể ống xâm nhập chiếm 80%. Các thể khác: Thể nhú, thể nhầy, thể tủy, thể dị sản, thể tiểu thùy. Độ mô học chủ yếu là độ II và III chiếm hơn 90%

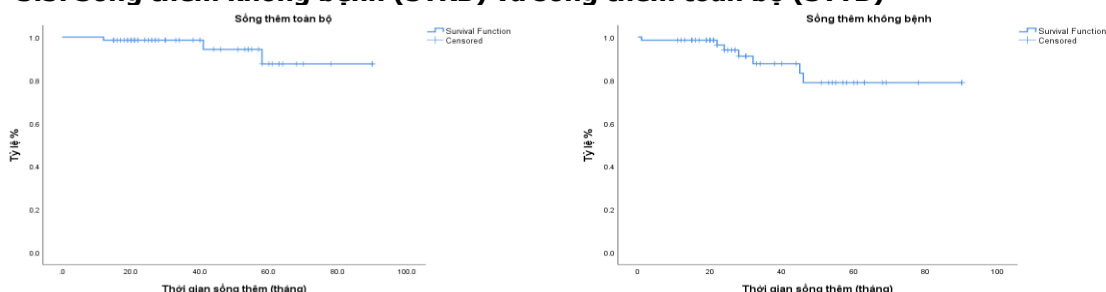
**3.4. Phương pháp điều trị**

**Bảng 3: Một số đặc điểm về phương pháp điều trị**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<b>Loại hình hóa trị</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Bổ trợ sau phẫu thuật	59	84,3
Bổ trợ trước phẫu thuật	11	15,7
<b>Phương pháp phẫu thuật</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Bảo tồn + vét hạch nách	1	1,4
Cắt tuyến vú triệt căn cải biên	55	78,6
PT bảo tồn+ST hạch gác cửa	1	1,4
Cắt toàn bộ tuyến vú + ST hạch gác cửa	13	18,6
<b>Xạ trị bổ trợ</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Có xạ trị	44	62,9
Không xạ trị	26	37,1

**Nhận xét:** Hóa chất bổ trợ sau mổ chiếm chủ yếu với 84,3%, hóa chất bổ trợ trước mổ chiếm 15,7%. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú chiếm 97,2%, phẫu thuật bảo tồn chiếm 2,8%. Điều trị tia xạ chiếm tỷ lệ cao với 62,9%.

**3.5. Sống thêm không bệnh (STKB) và sống thêm toàn bộ (STTB)**



**Biểu đồ 2: Sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh**

**Bảng 4: Sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ**

Sống thêm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm	Thời gian sống trung bình
DFS	94%	87,6%	78,9%	78,9%	77,96 ± 4,17 (tháng)
OS	98,6%	98,6%	94,3%	87,6%	84,63 ± 3,04 (tháng)

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm không bệnh trung bình 77,96 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 84,63 tháng. Tái phát di căn chủ yếu xuất hiện trong 4 năm đầu sau điều trị.

**3.6. Liên quan giữa sống thêm với một số yếu tố**

**Bảng 5. Sống thêm theo di căn hạch nách**

Di căn hạch	Số BN	DFS 5 năm (%)	OS 5 năm (%)
Không	48	88,7	100
Có	22	57,8	39,8
<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>P = 0,01</b>	<b>P = 0,002</b>

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống thêm ở 2 nhóm có di căn hạch và không có di căn hạch với  $p=0,01$  và  $p=0,002$ .

**Bảng 6. Sống thêm theo độ mô học**

Độ mô học	Số BN	DFS 5 năm (%)	OS 5 năm (%)
I	5	100	100
II	32	67,8	75,8
III	19	81,2	94,7
<b>Tổng</b>	<b>56</b>	<b>P = 0,695</b>	<b>P = 0,87</b>

**Nhận xét:** Mô học độ I có tỷ lệ sống thêm 100%, tuy nhiên mô học độ III có tỷ lệ sống thêm cao hơn mô học độ II, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,695$  và  $p=0,87$ ).

**Bảng 7. Sống thêm theo thể mô bệnh học**

Mô bệnh học	Số BN	DFS 5 năm (%)	OS 5 năm (%)
Thể ống xâm nhập	56	73,9	83,7
Các thể khác	14	100	100
<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>P = 0,171</b>	<b>P = 0,355</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ sống thêm ở nhóm có mô bệnh học là thể ống xâm nhập thấp hơn so với các thể khác, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,171$  và  $p=0,355$ ).

**Bảng 8. Sống thêm theo giai đoạn bệnh**

Giai đoạn ung thư	Số BN	DFS 5 năm (%)	OS 5 năm (%)
I	13	83,3	100
II	44	82,5	92,9
III	13	61,5	46,2
<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>P = 0,589</b>	<b>P = 0,043</b>

**Nhận xét:** Giai đoạn ung thư càng cao thì tỷ lệ sống thêm càng giảm, tuy nhiên sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với sống thêm toàn bộ 5 năm ( $p=0,043$ ) và không có ý nghĩa thống kê với sống thêm không bệnh 5 năm ( $p=0,589$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân

**Tuổi.** UTV có thể gặp ở các lứa tuổi khác nhau. Trong nhiều nghiên cứu ở trên thế giới, TNBC thường gặp ở phụ nữ trẻ tuổi, thời kỳ tiền mãn kinh. Trong nghiên cứu của Mouh và cs trên 75 trường hợp TNBC, tuổi trung bình là 47, đa số bệnh nhân từ 40-55 tuổi [7]. Theo Dent và cs nghiên cứu 180 bệnh nhân TN cho thấy tuổi trung bình lúc chẩn đoán trẻ hơn có ý nghĩa đối với nhóm TNBC so với các nhóm khác (53,0 so với 57,7 tuổi;  $P < 0,0001$ ) [4]. Tuổi là một yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư vú và tuổi trẻ là một yếu tố tiên lượng xấu.

**Giai đoạn.** Kích thước khối u khi được chẩn đoán trong TNBC lớn hơn so sánh với với các ung thư vú khác. Theo Dent, kích thước khối u trung bình ở TNBC là 3,0 cm so với 2,1 cm ở ung thư vú khác ( $p < 0,0001$ ), tuy nhiên không có mối liên quan giữa kích thước u và tình trạng di căn hạch nách trong TNBC [4]. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn I thấp (chiếm 18,6%), đa số bệnh nhân ở giai đoạn II, III chiếm 81,4%. Theo Mouh, đa số các khối u ở giai đoạn T2, T3 chiếm 81,7%. Tỷ lệ di căn hạch

trong nhóm nghiên cứu tương đối cao chiếm 48,3% [7]. Tỷ lệ di căn hạch của chúng tôi khiêm tốn hơn với 31,4%.

**Mô bệnh học (MBH).** Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập đã được y văn công bố chiếm tỷ lệ tuyệt đối. Theo nghiên cứu của Lê Hồng Quang MBH ống xâm nhập chiếm 84,5% [1]. Montagna và cs nghiên cứu trên 781 TNBC cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm 89% [6], theo nghiên cứu của Balkenhol là 88,4% [3].

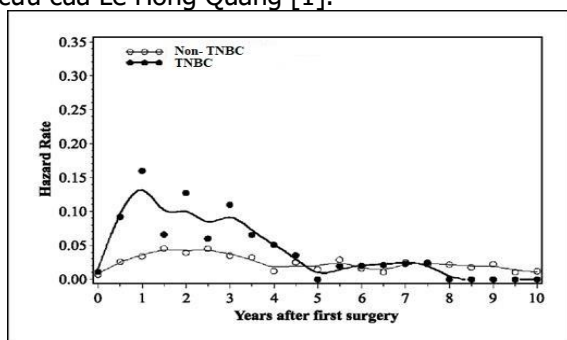
Đối với TNBC, bệnh nhân thường có đặc điểm MBH không thuận lợi với độ mô học (ĐMH) cao, chủ yếu là độ III. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐMH II và III chiếm tỷ lệ chủ yếu với hơn 90%. Theo Mouh, ĐMH III chiếm 55,4% trong khi ĐMH I chiếm 4,6% [7]. Số liệu của Balkenhol, độ mô học III chiếm 89,1%, ĐMH I chỉ chiếm 0,2% [3].

**Điều trị.** Chỉ có 2 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn, chiếm 2,8%. Tỷ lệ bảo tồn thấp một phần là do số bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn I thấp (18,6%). Tỷ lệ này cũng tương ứng với tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn trong nghiên cứu của Lê Hồng Quang là 1,9% [1]. Trong khi đó số liệu bảo tồn của Mouh và cs là 29,4% [7], còn trong nghiên cứu của Balkenhol và cs là 63,3% [3].

Các phác đồ Anthracycline kết hợp taxane cấu thành nên chế độ hóa trị chuẩn hiện nay cho bệnh nhân ung thư vú và đã được chứng minh là có hoạt tính cao trong ung thư vú có bộ ba âm

tính, cải thiện sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ. Huober và cs báo cáo tỷ lệ pCR là 39% trong 509 bệnh nhân ung thư vú có bộ ba âm tính được điều trị với TAC (docetaxel /doxorubicin /cyclophosphamide) hoặc TAC-NX (TAC – vinorebine /capecitabine), là đại diện cho một tỷ lệ PCR cao nhất đạt được trong một thử nghiệm đa trung tâm [5].

**4.2. Kết quả điều trị.** Mặc dù đáp ứng tốt với điều trị tùy nhiên TNBC có kết quả sống thêm kém hơn so với các phân nhóm khác. Trong nghiên cứu, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 87,6%, sống thêm không bệnh 5 năm là 78,9% tái phát di căn chỉ xuất hiện trong 5 năm sau điều trị trong đó chủ yếu xuất hiện ở năm thứ 2, 3, 4, ổn định từ năm thứ 5. Tái phát tại chỗ tại vùng chiếm 4,3%, di căn xa chiếm 8,6%. Tỷ lệ di căn phổi chiếm 36,4%, di căn não chiếm 27,2%, di căn gan, xương chiếm 18,2%. Sống thêm của chúng tôi có thấp hơn nghiên cứu của Lê Hồng Quang (OS 5 năm là 90,3%, DFS 5 năm là 89,9%) do chúng tôi có thêm nhóm giai đoạn IIIB so với nhóm bệnh nhân I-III A trong nghiên cứu của Lê Hồng Quang [1].



**Biểu đồ 3: So sánh nguy cơ tái phát sau điều trị giữa TNBC và Non-TNBC [4]**

Dent nghiên cứu trên 1601 trường hợp ung thư vú trong đó 11,2% TNBC cho thấy tỷ lệ tái phát xa ở nhóm TNBC tăng lên với HR=2,6 (CI 95%: 2,3-4,5,  $p < 0,001$ ), cao hơn so với ung thư vú khác (tương ứng là 33,9% so với 20,4%;  $p < 0,0001$ ) và có nhiều khả năng tử vong hơn bệnh ung thư vú khác (tương ứng là 42,2% so với 28%;  $p < 0,0001$ ). Nguy cơ tái phát đạt đỉnh ở 3 năm và giảm nhanh sau đó, ổn định và trở về mức bình thường từ năm thứ 5. Trong khi các nhóm khác nguy cơ tái phát dường như không đổi trong thời gian theo dõi [4]. Thời gian sống thêm sau tái phát di căn ở TNBC cũng ngắn hơn so với các phân nhóm khác và điều này có thể được giải thích do ái tính di căn tạng đặc biệt là di căn phổi, não so với ung thư vú có ER(+)

(loại này có nhiều khả năng di căn xương và da) và thời gian sống thêm trung bình sau khi di căn não ngắn hơn so với bệnh nhân di căn não từ các nhóm ung thư vú khác [2].

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình: 51,04±9,66, thấp nhất 20 tuổi, lớn nhất 72 tuổi. Khoảng tuổi thường gặp nhất là 51-60 tuổi chiếm 47,1%. U giai đoạn T2 chiếm 70%, trong khi đó T1 chỉ chiếm 20%. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn II, III chiếm 81,4%. ĐMII và III chiếm tỷ lệ chủ yếu với hơn 90%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 77,96 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm là 78,9%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 84,63 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 87,6%. Di căn phổi, não là hay gặp nhất với tỷ lệ tương ứng là 36,4% và 27,2%. Sự khác biệt về sống thêm với tình trạng hạch nách là có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt về sống thêm toàn bộ với giai đoạn bệnh có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Hồng Quang.** Sống thêm và tái phát của bệnh nhân ung thư vú có bộ ba âm tính sau điều trị bổ trợ bằng phác đồ 4AC-4Taxane. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018; 188-195.
- Alluri P, Newman L. Basal-like and Triple Negative Breast Cancers:** Searching For Positives Among Many Negatives. Surg Oncol Clin N Am. 2014;23(3):567-577.
- Balkenhol MCA, Vreuls W, Wauters CAP, Mol SJJ, van der Laak JAWM, Bult P.** Histological subtypes in triple negative breast cancer are associated with specific information on survival. Ann Diagn Pathol. 2020;46:151490.
- Dent R, Trudeau M, Pritchard KI, et al.** Triple-negative breast cancer: clinical features and patterns of recurrence. Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res. 2007;13(15 Pt 1):4429-4434.
- Huober J, von Minckwitz G, Denkert C, et al.** Effect of neoadjuvant anthracycline-taxane-based chemotherapy in different biological breast cancer phenotypes: overall results from the GeparTrio study. Breast Cancer Res Treat. 2010;124(1):133-140.
- Montagna E, Maisonneuve P, Rotmensz N, et al.** Heterogeneity of triple-negative breast cancer: histologic subtyping to inform the outcome. Clin Breast Cancer. 2013;13(1):31-39.
- Mouh FZ, Slaoui M, Razine R, El Mzibri M, Amrani M.** Clinicopathological, Treatment and Event-Free Survival Characteristics in a Moroccan Population of Triple-Negative Breast Cancer. Breast Cancer Basic Clin Res. 2020;14:1178223420906428.
- Núñez Abad M, Calabuig-Fariñas S, Lobo de Mena M, et al.** Update on systemic treatment in early triple negative breast cancer. Ther Adv Med Oncol. 2021;13:1758835920986749.