

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đinh Thị Thu Hương, "Cập nhật khuyến cáo 2010 của hội tim mạch Việt Nam về chẩn đoán và điều trị Bệnh động mạch chi dưới", Viện tim mạch Việt Nam, 2010, Hà Nội, tr. 4.
- Ghoneim B., et al., "Management of critical lower limb ischemia in endovascular era: experience from 511 patients", The International journal of angiology: official publication of the International College of Angiology, 2014, Inc, 23(3), pp. 197.
- Jongkind V., et al., "A systematic review of endovascular treatment of extensive aortoiliac occlusive disease", Journal of vascular surgery, 2010, 52(5), pp. 1376-1383.
- Kobayashi N., et al., "Predictors of non-healing in patients with critical limb ischemia and tissue loss following successful endovascular therapy", Catheterization and Cardiovascular Interventions, 2015, 85(5), pp. 850-858.
- Marston W. A., et al., "Natural history of limbs with arterial insufficiency and chronic ulceration treated without revascularization", Journal of vascular surgery, 2006, 44(1), pp. 108-114.
- Norgren L., et al., "Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II)", Journal of vascular surgery, 2007, 45(1), pp. 5-67.
- Ortiz D., et al., "Access site complications after peripheral vascular interventions: incidence, predictors, and outcomes", Circulation: Cardiovascular Interventions, 2014, 7(6), pp. 821-828.
- Soga Y., et al., "Comparison of clinical outcome after bypass surgery vs. endovascular therapy for infrainguinal artery disease in patients with critical limb ischemia", Circulation Journal, 2013, pp. CJ-13-0020.

BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ PHÔI THEO NHÓM TUỔI CỦA BỆNH NHÂN VÔ SINH ĐIỀU TRỊ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Nguyễn Ngọc Diệp¹, Quân Hoàng Lâm¹, Trần Văn Khoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá bất thường nhiễm sắc thể (NST) phôi theo nhóm tuổi của bệnh nhân vô sinh có chỉ định điều trị thụ tinh trong ống nghiệm kết hợp sàng lọc di truyền trước chuyển phôi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 661 phôi túi của 186 bệnh nhân hiếm muộn có chỉ định điều trị thụ tinh trong ống nghiệm (In vitro fertilization/IVF) kết hợp sàng lọc di truyền trước chuyển phôi ((Preimplantation genetic testing for aneuploidies/PGT-A). **Kết quả:** Tỷ lệ phôi mang NST bình thường tương đương nhau giữa nhóm I (dưới 30 tuổi) và nhóm II (30-35 tuổi) lần lượt là 51,1 và 54,1% ($P_{(1-2)}=0,613$); thấp nhất ở nhóm III (>35 tuổi) với tỷ lệ 35,7%, ($P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} < 0,05$). Tỷ lệ phôi bất thường NST khác biệt không có ý nghĩa giữa nhóm I và nhóm II ($P_{(1-2)}=0,310$), tăng cao có ý nghĩa thống kê ở nhóm III với tỷ lệ là 47,2% ($P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} < 0,001$). Bất thường số lượng NST có xu hướng tăng theo sự gia tăng của tuổi mẹ ($p < 0,05$), trong khi đó bất thường cấu trúc NST xu hướng ngược lại mặc dù chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa ($p=0,148$). Tỷ lệ phôi khảm ở ba nhóm lần lượt là 25%; 16,5%; 17,1% ($P_{(1-2)}=0,069$; $P_{(1-3)}=0,101$; $P_{(2-3)}=0,843$). Trong các phôi bất thường số lượng NST, tỉ lệ phôi monosomy và trisomy là tương đương ở ba nhóm ($P_{(1-2)}$; $P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} > 0,05$). **Kết luận:** Trên đối tượng bệnh nhân vô sinh có chỉ định điều trị IVF – PGT-A, tỉ lệ phôi bất thường NST tăng có ý nghĩa thống kê khi tuổi người mẹ trên

35. Trong các loại bất thường NST phôi, bất thường số lượng NST tăng có ý nghĩa thống kê theo sự gia tăng của tuổi mẹ. Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ phôi bất thường cấu trúc NST, tỉ lệ phôi khảm cũng như tỉ lệ phôi monosomy, trisomy giữa các nhóm nghiên cứu.

SUMMARY

CHROMOSOME ABNORMAL BLASTOCYST RATE BY AGE GROUPS OF INFERTILE PATIENTS UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION TREATMENT

Objective: To evaluate embryonic chromosomal abnormalities by age groups of infertile patients with indications for in vitro fertilization treatment combined with preimplantation genetic testing for aneuploidy. **Subjects and methods:** prospective description of 661 blastocysts from 186 infertile patients with indications for in vitro fertilization combined with preimplantation genetic testing for aneuploidies/PGT-A. **Results:** The proportion of normal chromosomal embryos was equal between group I (under 30 years old) and group II (30-35 years old), 51.1 and 54.1%, respectively ($P_{(1-2)}=0,613$); The lowest rate has shown in the group III (>35 years old) with the rate of 35.7%, ($P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} < 0,05$). There was no statistically significant difference in abnormal chromosomal blastocysts rate between group I and group II ($P_{(1-2)}=0,310$) but increased significantly in group III at 47.2% ($P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} < 0,001$). The rate of chromosomal numerical abnormalities increased with advanced maternal age ($p < 0,05$). In contrast, the rate of structural abnormalities shows the opposite trend, although the difference was insignificant ($p=0,148$). The rate of mosaic embryos in the three groups was 25%, 16.5%, and 17.1%, respectively ($P_{(1-2)}=0,069$; $P_{(1-3)}=0,101$; $P_{(2-3)}=0,843$). Among the chromosomal

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Diệp

Email: nndiep301@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

numerical abnormality, the ratio of monosomy and trisomy was similar in the three groups ($P_{(1-2)}$; $P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} > 0,05$). **Conclusion:** In infertile patients with indications for IVF – PGT-A, the rate of abnormal chromosomal blastocyst increased statistically significantly when maternal age was over 35. The numerical chromosomal abnormality increased statistically with the advanced maternal age. Still, there was no significant difference in the rate of the structural chromosomal abnormal blastocyst, the ratio of the mosaic embryo, the rate of monosomy, and trisomy embryos between the study groups.

Keywords: Abnormal chromosome, RIF (recurrent implantation failure), RPL (recurrent pregnancy loss), advanced maternal age.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi nói đến điều trị hỗ trợ sinh sản cho các cặp vợ chồng hiếm muộn, đặc biệt là các cặp vợ chồng tuổi cao, có tiền sử thai kì khó khăn (sảy thai, thai lưu liên tiếp...) thì thụ tinh trong ống nghiệm là phương pháp mang lại hiệu quả tối ưu nhất. Trong qui trình thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm, chất lượng phôi là một yếu tố trong những yếu tố có vai trò then chốt quyết định đến tỉ lệ thành công của quá trình điều trị. Bất thường nhiễm sắc thể (NST) phôi chính là nguyên nhân hàng đầu gây thất bại làm tổ sau chuyển phôi. Trong quần thể, tỉ lệ phôi rối loạn nhiễm sắc thể tăng theo tuổi của người mẹ, trung bình ít nhất 50% phôi ở phụ nữ mang nhiễm sắc thể bất thường và tỉ lệ này có thể tăng lên đến 80% ở phụ nữ trên 40 tuổi¹. Bất thường nhiễm sắc thể phôi cũng tăng cao ở các cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai liên tiếp hoặc thất bại làm tổ nhiều lần trong điều trị thụ tinh trong ống nghiệm^{2,3}. Do đó, NST phôi ở bệnh nhân nguy cơ cao tạo phôi bất thường rất được

các nhà khoa học cũng như người bệnh quan tâm. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá chất lượng nhiễm sắc thể (NST) phôi theo nhóm tuổi của bệnh nhân hiếm muộn có nguy cơ cao tạo phôi mang bất thường NST đồng thời khảo sát các loại bất thường NST theo nhóm tuổi trên đối tượng bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 661 phôi túi của 186 cặp vợ chồng hiếm muộn có nguy cơ cao tạo phôi bất thường NST được chỉ định làm thụ tinh trong ống nghiệm kết hợp sàng lọc di truyền trước chuyển phôi (PGT-A) từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 12 năm 2020 tại Viện Mô phôi Lâm sàng Quân đội, Học viện Quân y.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu. 186 người phụ nữ được chia thành ba nhóm theo độ tuổi: Nhóm I: < 30 tuổi; Nhóm 2: 30 – 35 tuổi; Nhóm 3: > 35 tuổi. Thu thập thông tin số liệu về các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: Số lượng phôi, số phôi mang bất thường NST, số phôi khảm, loại bất thường số lượng NST. Tổng hợp kết quả phân tích, chúng tôi đánh giá chất lượng NST phôi và kiểu bất thường số lượng NST hay gặp ở từng nhóm tuổi trên đối tượng bệnh nhân nguy cơ cao tạo phôi bất thường NST.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đánh giá chất lượng NST phôi theo nhóm tuổi của bệnh nhân hiếm muộn có nguy cơ cao tạo phôi mang bất thường NST

Phân tích số liệu nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Số AFC, số noãn MII, số noãn thụ tinh, số phôi ngày 3, số phôi túi ở mỗi nhóm tuổi

Thông số	Nhóm nghiên cứu							
	Nhóm I (n=22)(1)		Nhóm II (n=79) (2)		Nhóm III (n=85)(3)		Tổng (n=186)	
	Nhỏ nhất- Lớn nhất	Trung bình ± SD	Nhỏ nhất- Lớn nhất	Trung bình ± SD	Nhỏ nhất- Lớn nhất	Trung bình ± SD	Nhỏ nhất- Lớn nhất	Trung bình ± SD
AFC	9-33	17,82±6,89	4-43	14,44±7,33	1-34	12,57±6,39	1-43	13,98±7,02
P	P ₍₁₋₂₋₃₎ < 0,05 (0,005)							
Số noãn MII	3-25	12,5±6,18	2-23	9,83±4,55	1-24	8,16±4,7	1-25	9,38±5
P	P ₍₁₋₂₋₃₎ < 0,05 (0,001)							
Số noãn thụ tinh	2-18	8,87±4,73	1-18	7,33±3,98	1-21	5,8±3,93	1-21	6,82±4,16
P	P ₍₁₋₂₋₃₎ < 0,05 (0,003)							
Số phôi ngày 3	2-18	8,73±4,8	1-18	7,25±4	1-21	5,72±3,91	1-21	6,73±4,16
P	P ₍₁₋₂₋₃₎ < 0,05(0,003)							
Số phôi túi	1-10	4,28±2,42	1-9	3,74±2,02	1-14	3,18±2,4	1-14	3,55±2,27
P	P ₍₁₋₂₋₃₎ = 0,078							

AFC: Antra follicle count

Trong các chỉ số cận lâm sàng, AFC là một chỉ số rất được các nhà lâm sàng quan tâm bởi giá trị của nó trong việc tiên lượng hiệu quả điều trị của một chu kỳ kích trứng. Nghiên cứu của tác giả Barbakadze và cộng sự (CS) năm 2015 cho thấy tuổi mẹ càng cao, chỉ số AFC càng giảm⁴. Năm 2022, tác giả Kozlowski và CS chứng minh xu hướng tương tự giữa số noãn trưởng thành và tuổi của người mẹ, nghiên cứu chỉ ra rằng tuổi người mẹ càng tăng, số noãn trưởng thành thu được càng ít kéo theo số lượng phôi cũng càng ít⁵. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số liệu bảng 1 cho thấy xu hướng AFC đồng thuận với kết quả của các nghiên cứu đi trước, ở nhóm tuổi càng cao, số AFC trung bình càng giảm. Đồng thời với sự giảm của AFC, số liệu của

chúng tôi cũng cho thấy số lượng noãn trưởng thành, noãn thụ tinh và số phôi giai đoạn phân cắt cũng giảm theo sự gia tăng của tuổi mẹ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên nghiên cứu cho thấy, trên đối tượng bệnh nhân nguy cơ cao tạo phôi bất thường NST này, số lượng phôi túi mặc dù có giảm nhẹ theo sự gia tăng của tuổi mẹ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm.

Trong tổng số 661 phôi của 186 bệnh nhân nghiên cứu, có 38 phôi không có kết quả NST (do tín hiệu bị nhiễu, không lên tín hiệu hoặc bệnh nhân có quá nhiều phôi và lựa chọn không sàng lọc tất cả phôi mình có). Do vậy số phôi cho kết quả NST rõ ràng cuối cùng chúng tôi có là 623 phôi. Số liệu được tổng kết trong bảng 2.

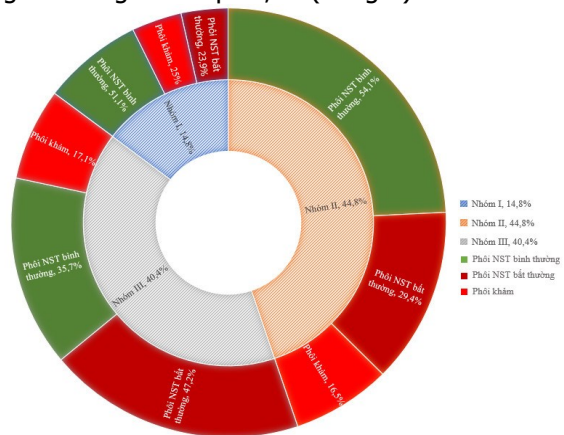
Bảng 2. Chất lượng NST phôi túi của bệnh nhân nguy cơ cao tạo phôi bất thường NST

Chất lượng NST phôi	Nhóm I (1)		Nhóm II (2)		Nhóm III (3)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Phôi NST bình thường	47	51,1	151	54,1	90	35,7	288	46,2
P	P ₍₁₋₂₋₃₎ <0,001; P ₍₁₋₂₎ =0,613; P ₍₁₋₃₎ <0,05(0,010); P ₍₂₋₃₎ <0,001							
Phôi NST bất thường	22	23,9	82	29,4	119	47,2	223	35,8
P	P ₍₁₋₂₋₃₎ <0,001; P ₍₁₋₂₎ =0,310; P ₍₁₋₃₎ <0,001; P ₍₂₋₃₎ <0,001							
Phôi khám	23	25,0	46	16,5	43	17,1	112	18,0
P	P ₍₁₋₂₋₃₎ =0,164; P ₍₁₋₂₎ =0,069; P ₍₁₋₃₎ =0,101; P ₍₂₋₃₎ =0,843							
Tổng	92	14,8	279	44,8	252	40,4	623	100,0
P₍₁₋₂₋₃₎	<0,001							

Kết quả cho thấy tỉ lệ phôi bình thường, bất thường, phôi khám nói chung trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 46,2; 35,8; 18%. Nhiều nghiên cứu đều cho thấy tuổi mẹ càng cao thì tỉ lệ bất thường nhiễm sắc thể của cả noãn và phôi càng cao và năng lực của noãn và phôi càng giảm^{6,7}. Độ tuổi mẹ tối ưu nhất đối với chất lượng NST phôi là 26 đến 30 tuổi, tỉ lệ bất thường NST chỉ khoảng 20-27%⁸, từ 35 tuổi trở đi, tỉ lệ bất thường NST bắt đầu tăng cao⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên đối tượng bệnh nhân nguy cơ cao tạo phôi bất thường NST, số liệu thống kê cũng thể hiện xu hướng tương tự như vậy, tỉ lệ phôi mang NST bất thường thấp nhất ở nhóm I (<30 tuổi) với tỉ lệ 23,9%, tăng dần ở nhóm II (29,4%) và cao nhất ở nhóm III (trên 35 tuổi) với tỉ lệ 47,2%. Tuy sự khác biệt giữa nhóm I và II không nhiều ($p=0,31$) nhưng giữa nhóm I với nhóm III và giữa nhóm II với nhóm III sự khác biệt lớn có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.

Phôi khám là một vấn đề cần cân nhắc trong việc lựa chọn phôi chuyển. Việc chuyển phôi khám thực sự tốt hay không vẫn còn phụ thuộc nhiều yếu tố. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Yeoh cùng CS năm 2019 đã chỉ ra rằng chuyển

phôi khám cho tỉ lệ làm tổ và tỉ lệ có thai lâm sàng cao hơn so với nhóm chuyển phôi chuẩn bị, đồng thời không có trường hợp chuyển phôi khám nào sảy thai được báo cáo. Nghiên cứu này cũng cho thấy tỉ lệ phôi khám gần như không biến đổi theo tuổi của người mẹ⁹. Trên đối tượng bệnh nhân nguy cơ cao tạo phôi bất thường NST, chúng tôi cũng nhận thấy tỉ lệ phôi khám giữa các nhóm tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$ (Bảng 2).



Biểu đồ 1. Chất lượng NST phôi túi trong nghiên cứu

Khảo sát loại bất thường số lượng NST phôi hay gặp theo nhóm tuổi

Các loại bất thường NST phôi trong mỗi nhóm tuổi được thể hiện trong bảng 3.

Bảng 3. Các loại bất thường NST của phôi tủy theo nhóm tuổi

Bất thường NST	Nhóm I (1)		Nhóm II (2)		Nhóm III (3)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bất thường số lượng NST	25	55,6	93	72,7	129	79,6	247	73,7
P	$P_{(1-2-3)} < 0,05(0,005)$; $P_{(1-2)} < 0,05(0,034)$; $P_{(1-3)} < 0,05(0,001)$; $P_{(2-3)} = 0,164$							
Bất thường cấu trúc NST	7	15,6	17	13,3	12	7,4	36	10,7
P	$P_{(1-2-3)} = 0,148$; $P_{(1-2)} = 0,704$; $P_{(1-3)} = 0,094$; $P_{(2-3)} = 0,098$							
Đa bất thường	13	28,9	18	14,1	21	13,0	52	15,5
P	$P_{(1-2-3)} < 0,05(0,028)$; $P_{(1-2)} < 0,05(0,026)$; $P_{(1-3)} < 0,05(0,011)$; $P_{(2-3)} = 0,785$							
Tổng	45	13,4	128	38,2	162	48,4	335	100,0
P₍₁₋₂₋₃₎	$< 0,05(0,016)$							

Bất thường NST phôi thai tăng theo độ tuổi của người mẹ. Trong các loại bất thường NST, bất thường số lượng NST là bất thường phổ biến ảnh hưởng lớn đến sức sống phôi thai và tỉ lệ bất thường này có xu hướng tăng cùng sự gia tăng độ tuổi mẹ. Khi tuổi người mẹ trên 35, bất thường số lượng NST thai có thể chiếm tới 56% các trường hợp sảy thai. Ngược lại, bất thường cấu trúc NST lại giảm dần ở tuổi mẹ cao¹⁰. Số liệu nghiên cứu của chúng tôi cũng phần nào tương đồng như vậy, kết quả cho thấy, ngay cả khi xét nghiệm NST từ giai đoạn rất sớm trên

phôi, loại bất thường chiếm tỉ lệ cao nhất cũng vẫn là bất thường số lượng NST. Tỉ lệ phôi bất thường số lượng NST tăng có ý nghĩa thống kê theo nhóm tuổi mẹ ($p < 0,05$). Ngược lại, tỉ lệ phôi đa bất thường lại giảm theo sự gia tăng của tuổi mẹ ($p = 0,028 < 0,05$). Tỉ lệ phôi bất thường cấu trúc NST cũng theo xu hướng giảm theo nhóm tuổi mẹ, tuy nhiên trong nghiên cứu của mình chúng tôi chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,148 > 0,05$). Trong số các phôi bất thường, chúng tôi tiến hành đánh giá chi tiết 247 phôi bất thường số lượng NST (Bảng 4).

Bảng 4. Một số bất thường số lượng NST phôi trong các nhóm tuổi

Loại bất thường số lượng NST	Nhóm I (1)		Nhóm II (2)		Nhóm III (3)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đa bội	0	0,0	1	1,1	2	1,6	3	1,2
p	$P_{(1-2-3)} = 0,801$; $P_{(1-2)} = 0,603$; $P_{(1-3)} = 0,531$; $P_{(2-3)} = 0,762$							
Monosomy	8	32,0	27	29,0	29	22,5	64	25,9
p	$P_{(1-2-3)} = 0,418$; $P_{(1-2)} = 0,773$; $P_{(1-3)} = 0,308$; $P_{(2-3)} = 0,267$							
Trisomy	8	32,0	22	23,7	34	26,4	64	25,9
p	$P_{(1-2-3)} = 0,690$; $P_{(1-2)} = 0,395$; $P_{(1-3)} = 0,562$; $P_{(2-3)} = 0,648$							
Những loại khác	9	36,0	43	46,2	64	49,6	116	47,0
p	$P_{(1-2-3)} = 0,476$; $P_{(1-2)} = 0,360$; $P_{(1-3)} = 0,226$; $P_{(2-3)} = 0,661$							
Tổng	25	10,1	93	37,7	129	52,2	247	100,0
P₍₁₋₂₋₃₎	0,793							

Trong tổng số 247 phôi bất thường số lượng NST, chỉ có 3 phôi có bộ NST đa bội, bao gồm 1 phôi 3n ở nhóm II và 2 phôi 3n ở nhóm III. Dữ liệu bảng 4 cũng cho thấy trên đối tượng bệnh nhân nguy cơ cao tạo phôi bất thường NST, dù mẹ ở nhóm tuổi nào thì tỉ lệ monosomy và trisomy cũng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ phôi đa bội, monosomy, trisomy nói chung lần lượt là 1,2%; 25,9%, 25,9%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với công bố của tác giả Zhang và CS năm 2020 với tỉ lệ đa bội, monosomy, trisomy tương ứng lần lượt là 1%; 22,2%; 27,7%¹¹.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên bệnh nhân hiếm muộn có nguy cơ cao tạo bất thường NST phôi, được chỉ định điều trị IVF – PGT-A. Phân tích toàn bộ số liệu chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Tỉ lệ phôi mang bất thường NST tăng có ý nghĩa thống kê khi tuổi người mẹ trên 35. Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ phôi khám ở ba nhóm tuổi.

Bất thường số lượng NST là bất thường phổ biến, tỉ lệ bất thường này tăng theo sự gia tăng

của tuổi mẹ. Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ phôi bất thường cấu trúc NST, tỉ lệ phôi monosomy và tỉ lệ phôi trisomy giữa các nhóm tuổi mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Munné S.** Preimplantation genetic diagnosis for aneuploidy and translocations using array comparative genomic hybridization. *Curr Genomics.* 2012;13(6):463-470.
2. **Liu X-Y, Fan Q, Wang J, et al.** Higher chromosomal abnormality rate in blastocysts from young patients with idiopathic recurrent pregnancy loss. *Fertility and Sterility.* 2020;113(4):853-864.
3. **Bashiri A, Halper KI, Orvieto R.** Recurrent Implantation Failure-update overview on etiology, diagnosis, treatment and future directions. *Reprod Biol Endocrinol.* 2018; 16(1):121.
4. **Barbakadze L, Kristesashvili J, Khonelidze N, Tsagareishvili G.** The correlations of anti-müllerian hormone, follicle-stimulating hormone and antral follicle count in different age groups of infertile women. *Int J Fertil Steril.* 2015;8(4):393-398.
5. **Kozłowski IF, Carneiro MC, Rosa VBD, Schuffner A.** Correlation between anti-Müllerian hormone, age, and number of oocytes: A retrospective study in a Brazilian in vitro fertilization center. *JBRA Assist Reprod.* 2022;26(2):214-221.
6. **Munné S, Held KR, Magli CM, et al.** Intra-age, intercenter, and intercycle differences in chromosome abnormalities in oocytes. *Fertil Steril.* 2012;97(4):935-942.
7. **Cimadomo D, Fabozzi G, Vaiarelli A, Ubaldi N, Ubaldi FM, Rienzi L.** Impact of Maternal Age on Oocyte and Embryo Competence. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2018;9:327.
8. **Sainte-Rose R, Petit C, Dijols L, Frapsauce C, Guerif F.** Extended embryo culture is effective for patients of an advanced maternal age. *Sci Rep.* 2021;11(1):13499.
9. **Yeoh MH, Chen JJ, Sinthamoney E, Wong PS.** Clinical outcome: the relationship between mosaicism and advanced maternal age with the use of Next Generation Sequencing (NGS). *Reproductive BioMedicine Online.* 2019;38:e48.
10. **Gui J, Ding J, Yin T, Liu Q, Xie Q, Ming L.** Chromosomal analysis of 262 miscarried conceptuses: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):906.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ THỂ DỊ SẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Phùng Thị Huyền¹, Phan Khánh Toàn²

nhân ở giai đoạn muộn và có đặc điểm hoá mô miễn dịch hay gặp nhất là ung thư vú bộ ba âm tính, gợi ý đây là thể ung thư biểu mô vú có tiên lượng xấu. **Từ khóa:** Ung thư vú, thể dị sản, hóa mô miễn dịch

SUMMARY

CLINICAL AND PRECLINICAL CHARACTERISTICS OF METAPLASTIC BREAST CANCER IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Aim: The objective of this study was to assess the clinical and preclinical characteristics of patients diagnosed with metaplastic breast cancer in Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** The study was designed as a retrospective and prospective study, in which 52 patients were diagnosed with metaplastic breast cancer in Vietnam National Cancer Hospital from Jan 2019 to Jun 2022. We assessed clinicopathology characteristics of this group. **Results:** The mean tumor size was 3.7 ± 0.3 cm. 46.15% patients had lymph node metastasis (53.85%). Triple negative breast cancer accounted for the highest proportion with 75%. Besides, 15.38% had hormone receptor positive and HER2 negative, and 9.62% patients with hormone receptor positive and HER2 positive. On mammogram, only 10 patients (19.23%) with typical spiculated soft tissue mass and 9 patients (17.31%) with microcalcifications. In addition, only 20 patients (38.5%) had a typical image

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú thể dị sản. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, trên 52 bệnh nhân ung thư vú thể dị sản tại bệnh viện K từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2022. Các bệnh nhân được đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hóa mô miễn dịch. **Kết quả:** Kích thước khối u trung bình là 3.7 ± 0.3 cm. Kkhối u ở giai đoạn T3, T4 chiếm 19,23%. 24 bệnh nhân (46,15%) có di căn hạch nách. Nhóm bộ ba âm tính chiếm tỉ lệ cao nhất với 75%; 15,38% có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính, và 9,62% có thụ thể nội tiết âm tính, HER2 dương tính. Trên X quang tuyến vú, chỉ có 19,23% bệnh nhân có hình ảnh bờ tua gai điển hình và 17,31% có hình ảnh vi vôi hoá điển hình. Ngoài ra, chỉ có 20 bệnh nhân (38,5%) có hình ảnh điển hình của ung thư vú trên siêu âm. **Kết luận:** Ung thư vú thể dị sản thường được phát hiện khi u kích thước lớn, bệnh

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Huyền

Email: phungthihuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023