

lượng kháng thể hấp thụ lên hạt nano vàng là cao nhất.

4.2. So sánh các loại màng. Việc sử dụng các dung dịch đệm để xử lý màng hút mẫu và màng cộng hợp là để dòng chảy đều. Xử lý màng hút mẫu tốt là giúp cho dòng chảy đồng nhất. Tăng thể tích mẫu lên là 100 μ l sẽ làm giảm cường độ tín hiệu màu sắc. Lý do có thể giải thích là khi thể tích mẫu quá cao sẽ chảy tràn qua vị trí test line mà không kịp tương tác với kháng thể bắt giữ. Trái lại khi thể tích là 50 μ l, chất cần phân tích đã được giữ lại trên test line do đó tín hiệu màu tăng vì nhiều chỉ thị màu được giữ lại. Mặc dù cả 2 màng FF120HP và FF170HP dường như là lý tưởng cho que thử sắc ký miễn dịch phát hiện nhanh AFB₁ nhưng FF120HP được sử dụng để phát triển các bước tiếp theo do thời gian phân tích ngắn hơn và hiệu quả trong giải phóng phức hợp hạt vàng-kháng thể-kháng nguyên

Để làm giảm tốc độ dẫn mẫu, tăng thời gian mao dẫn và không cho mẫu thấm một cách ồ ạt lên màng chứa kháng thể cộng hợp chúng tôi lựa chọn màng hút mẫu CF4 whatman. Màng bản chất là sợi cellulose, được thiết kế để giảm tốc độ dẫn mẫu và có khả năng chứa mẫu tốt. Màng có thể chứa được lượng mẫu thử từ 50-60 μ l và thích hợp để phát triển que thử có độ nhạy cao.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, que thử sắc ký miễn

dịch dòng chảy bên có độ nhạy cao đã được phát triển. Chúng tôi thấy rằng việc tối ưu các thông số bao gồm: tìm điều kiện tối ưu để gắn kháng thể lên hạt nano vàng, thiết kế bề rộng của que thử, lựa chọn loại màng và thay đổi tốc độ dòng chảy là đóng vai trò quan trọng trong tăng độ nhạy của que thử. Kết quả nghiên cứu hiện tại đã cho thấy LFIA có thể phát hiện độc tố nấm mốc một cách nhanh chóng trong thời gian 10 phút bằng mắt thường và nó phù hợp cho xét nghiệm AFB₁.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Galvano, F.; Ritieni, A.; Piva, G.; Pietri, A. The Mycotoxins Blue Book; Nottingham University Press: Nottingham, UK, 2005; pp. 187–224.
2. Ammida, N.H.S.; Micheli, L.; Palleschi, G. Electrochemical immunosensor for determination of AFB₁ in barley. Anal. Chim. Acta 2004, 520, 159–164.
3. Li, X.; Li, P.; Zhang, Q.; Li, R.; Zhang, W.; Zhang, Z.; Ding, X.; Tang, X. Multi-component immunochromatographic assay for simultaneous detection of aflatoxin B₁, ochratoxin A and zearalenone in agro-food. Biosens. Bioelectron. 2013, 49, 426–432.
4. H. Pan, M. Qin, W. Meng, Y. Cao, W. Wang, How do proteins unfold upon adsorption on nanoparticle surfaces? Langmuir 28 (2012) 12779–12787.
5. Kong, D.; Liu, L.; Song, S.; Suryoprawo, S.; Li, A.; Kuang, H.; Wang, L.; Xu, C. A gold nanoparticle-based semi-quantitative and quantitative ultrasensitive paper sensor for the detection of twenty mycotoxins. Nanoscale 2016, 8, 5245–5253.

VAI TRÒ CỦA KHÁNG NGUYÊN ĐẶC HIỆU TUYẾN TIỀN LIỆT TỶ TRỌNG ĐIỀU CHỈNH THEO THỂ TÍCH VÙNG TRUNG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÙNG CHUYỂN TIẾP TUYẾN TIỀN LIỆT

Hoàng Đình Âu¹, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá vai trò của kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt tỷ trọng (PSAd) được điều chỉnh theo thể tích vùng chuyển tiếp (VTZ) trong chẩn đoán ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 60 bệnh nhân nghi ngờ UT/TTL, có xét nghiệm PSA, có nhân tổn thương vùng chuyển tiếp

trên cộng hưởng từ (CHT) TTL, được sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng tại Bệnh viện Đại Học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022. Thể tích toàn bộ TTL và thể tích vùng chuyển tiếp (TZ) được đo trên CHT. So sánh giá trị của PSA toàn phần (PSAt), PSA tỷ trọng (PSAd) và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) giữa nhóm UT vùng chuyển tiếp và không UT, lập đường cong ROC và so sánh giá trị chẩn đoán của các tham số này. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là 65.8±8. Thể tích toàn bộ TTL (Vt) là 57.9±42.1 cm³. Thể tích vùng chuyển tiếp TTL (VTZ) là 38.1±34.6 cm³. Giá trị của PSAt là 29.8±25.8 ng/ml, của PSAd là 0.68±0.61 ng/ml², của PSAdTZ là 1.4±1.5 ng/ml². Có 27 bệnh nhân ung thư (UT) và 33 bệnh nhân không UT. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm UT với nhóm không UT về Vt (p=0.01), VTZ (p=0.001), PSAt (p=0.04), PSAd (p=0.005) và

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 5.10.2023

Ngày duyệt bài: 24.10.2023

PSAdTZ ($p=0.003$). Giá trị chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp của Vt, VTZ, PSAt, PSAđ và PSAdTZ lần lượt là 0.71; 0.77; 0.67; 0.74 và 0.77. Với giá trị cut off của PSAdTZ là 0.74 ng/ml², độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp TTL lần lượt là 74% và 70%. **Kết luận:** PSAdTZ có giá trị hơn PSAt cũng như PSAđ trong chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp TTL. Cần sử dụng PSAdTZ thay thế PSAt hoặc PSAđ để sàng lọc UT TTL nhằm hạn chế các trường hợp dương tính giả.

Từ khóa: PSA toàn phần, PSA tỷ trọng, ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt

SUMMARY

THE ROLE OF ZONE VOLUME-ADJUSTED DENSITY PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN IN THE DIAGNOSIS OF TRANSITIONAL ZONE PROSTATE CANCER

Purpose: To evaluate the role of zone volume-adjusted transitional zone (VTZ) of prostate-specific antigen density (PSAd) in the diagnosis of transitional zone cancer. **Material and methods:** Descriptive study on 60 patients with suspected prostate cancer, PSA test, transition zone lesion nodules on MRI, who had prostate biopsy under transrectal ultrasound guided at Hanoi Medical University Hospital from February 2019 to May 2022. Total prostate volume (Vt) and transition zone volume (VTZ) were measured on MRI. Compare the values of total PSA (PSAt), density PSA (PSAd) and transitional density PSA (PSAdTZ) between cancer of TZ and non-cancer groups, established ROC curve and compare diagnostic value of these parameters. **Results:** The mean age of the patients was 65.8±8. The mean total volume of prostate (Vt) was 57.9±42.1 cm³. The mean volume of the prostate transition zone (VTZ) was 38.1±34.6 cm³. The mean value of PSAt was 29.8±25.8 ng/ml, that of PSAd was 0.68±0.61 ng/ml², of PSAdTZ was 1.4±1.5 ng/ml². There were 27 cancerous and 33 non-cancerous patients. There was a statistically significant difference between the cancer group and the non-cancer groups in terms of Vt ($p=0.01$), VTZ ($p=0.001$), PSAt ($p=0.04$), PSAd ($p=0.005$) and PSAdTZ ($p=0.003$). The diagnostic value for transition zone cancer of Vt, VTZ, PSAt, PSAd and PSAdTZ was 0.71; 0.77; 0.67; 0.74 and 0.77, respectively. With a cut-off value of PSAdTZ of 0.74 ng/ml², the sensitivity and specificity for diagnosing of TZ cancer were 74% and 70%, respectively. **Conclusion:** PSAdTZ was more valuable than PSAt as well as PSAd in the diagnosis of prostate transition zone cancer. It was necessary to use PSAdTZ instead of PSAt or PSAd to screen for transition zone prostate cancer in order to reduce false-positive cases.

Keywords: Total PSA, density PSA, prostate transition zone cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) là một Enzyme glucoprotein chỉ sản xuất từ biểu mô tuyến tiền liệt. Trong ung thư TTL, nồng độ PSA toàn phần (PSAt) thường tăng cao và tỷ lệ với thể tích khối ung thư¹.

Tuy nhiên, PSAt tăng cao không chỉ đặc hiệu riêng với ung thư TTL. Nồng độ PSAt tăng cũng gặp trong trường hợp tăng sản tuyến TL lành tính hoặc viêm TTL².

Để phân biệt các trường hợp PSAt tăng do phì đại lành tính vùng chuyển tiếp TTL hay do ung thư TTL, người ta sử dụng PSA tỷ trọng (PSAd) là tỷ số giữa nồng độ PSAt trên thể tích toàn bộ TTL. Tỷ lệ này càng cao thì khả năng ung thư càng lớn và ngược lại³.

Bệnh lý phì đại lành tính tuyến tiền liệt chỉ xảy ra ở vùng chuyển tiếp. Vùng chuyển tiếp khi phì đại sẽ tạo ra các nhân quá sản dễ nhầm lẫn với nhân ung thư. Vì vậy, ung thư vùng chuyển tiếp TTL mặc dù chỉ chiếm 30% các ung thư của toàn bộ TTL nhưng gây ra nhiều khó khăn trong chẩn đoán, hay bị bỏ sót khi sàng lọc.

Một số nghiên cứu cho thấy PSA tỷ trọng khi được điều chỉnh theo thể tích vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) sẽ làm tăng khả năng phát hiện ung thư TTL^{5,6}. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá PSAdTZ đối với chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp TTL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

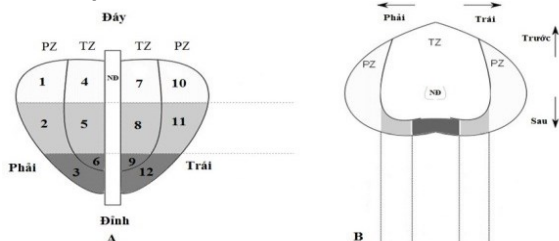
Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả được tiến hành tại Bệnh viện Đại Học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến 5/2022 tất cả các bệnh nhân nghi ngờ ung thư TTL, có kết quả xét nghiệm PSA, có nhân ở vùng chuyển tiếp TTL trên CHT, được tiến hành sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng và có kết quả mô bệnh học.

Phương tiện nghiên cứu. CHT TTL được thực hiện trên máy CHT Essenza 1.5Tesla (Siemens Healthineer), bộ thu nhận tín hiệu (coil) bụng. Ảnh CHT sẽ được gửi vào hệ thống PACS (Minerva Pacs). Kết quả xét nghiệm PSA, giải phẫu bệnh được lưu trong hồ sơ bệnh án và thu thập vào bảng số liệu. Thể tích toàn bộ TTL (Vt) và thể tích vùng chuyển tiếp (VTZ) được đo trên CHT tính theo công thức: $V \text{ (cm}^3\text{)} = \text{Cao (cm)} \times \text{Rộng (cm)} \times \text{Trước sau (cm)} \times 0.52$.

PSA tỷ trọng được tính bằng PSA toàn phần/thể tích toàn bộ TTL. PSA tỷ trọng điều chỉnh theo vùng chuyển tiếp được tính bằng PSA toàn phần/thể tích vùng chuyển tiếp TTL.

Sinh thiết (ST) TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng: Sau khi gây tê đám rối quanh trực tràng, sử dụng mặt cắt dọc, lần lượt từ đáy đến đỉnh tuyến, có thể tới sát túi tinh từng bên. Lấy 12 mẫu ST theo bản đồ định khu TTL (đúng thứ tự số và sơ đồ quy định từ phải sang trái: các mẫu số 1, 2, 3 thuộc vùng ngoại vi

bên phải; các số 4, 5, 6 thuộc vùng chuyển tiếp bên phải; các số 7, 8, 9 thuộc vùng chuyển tiếp bên trái và các số 10, 11, 12 thuộc vùng ngoại vi bên trái).



Hình 1. Sơ đồ sinh thiết tiền liệt tuyến 12 mẫu
Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi, thể tích toàn bộ TTL (Vt), thể tích vùng chuyển tiếp (VTZ), giá trị của PSA toàn phần (PSAt), của PSA tỷ trọng (PSAd) và của PSA vùng chuyển tiếp

	Tuổi	Vt (cm ³)	VTZ (cm ³)	PSAt (ng/ml)	PSAd (ng/ml ²)	PSAdTZ (ng/ml ²)
X ± SD*	65.8±8	57.9±42.1	38.1±34.6	29.8±25.8	0.68±0.61	1.4±1.5
Min-Max	42-83	21-308	6-232	5.3-100	0.07-2.62	0.08-7.64

Nhận xét: tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu có phân bố chuẩn, hay gặp nhất ở tuổi 66. Ngược lại có sự biến thiên rất lớn về thể tích toàn bộ tuyến tiền liệt (giá trị trung vị là 46.5 cm³), thể tích vùng chuyển tiếp (giá trị trung vị là 30.7 cm³) và PSA toàn phần (giá trị trung vị là 17.3 ng/ml). Từ đó dẫn đến sự biến thiên của PSA tỷ trọng (giá trị trung vị là 0.39 ng/ml²) và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (giá trị trung vị là 0.74 ng/ml²).

3.2. So sánh về tuổi, thể tích toàn bộ TTL, thể tích vùng chuyển tiếp, PSA toàn phần, PSA tỷ trọng và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp giữa nhóm UT và không UT. Kết quả giải phẫu bệnh các mẫu sinh thiết cho thấy có 27 bệnh nhân UT vùng chuyển tiếp chiếm 45%, có 33 BN không có ung thư chiếm 55%.

Bảng 2: So sánh về tuổi, thể tích toàn bộ TTL, thể tích vùng chuyển tiếp, PSA toàn phần, PSA tỷ trọng và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp giữa nhóm UT và không UT

	UT	Không UT	p
Tuổi	66.2±7.6	65.4±8.4	0.7
Vt (cm ³)	43.6±15.9	69.6±52.4	0.01
VTZ (cm ³)	23.3±12.2	50.2±41.8	0.001
PSAt (ng/ml)	37.7±30.4	23.3±19.5	0.03
PSAd (ng/ml ²)	0.92±0.67	0.47±0.48	0.003
PSAdTZ (ng/ml ²)	2.1±1.8	0.86±1	0.002

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi giữa nhóm ung thư và không ung thư (p>0.05). Ngược lại, có sự khác biệt có

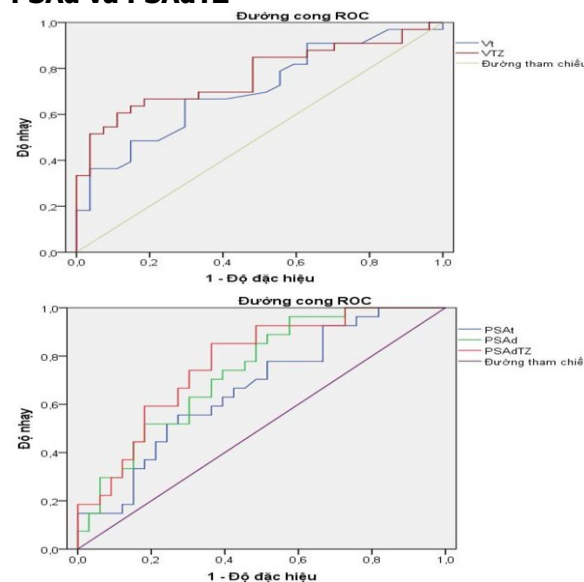
ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về thể tích toàn bộ TTL, nồng độ PSA toàn phần (p<0.05) và nhất là về PSA tỷ trọng, thể tích vùng chuyển tiếp và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022, có 60 bệnh nhân nam nghi ngờ ung thư TTL được xét nghiệm PSA, chụp CHT TTL, được sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng, có kết quả giải phẫu bệnh của mẫu sinh thiết.

3.1. Đặc điểm chung

3.3. So sánh giá trị chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp TTL giữa thể tích toàn bộ TTL, thể tích vùng chuyển tiếp, giữa PSAt với PSAd và PSAdTZ



Biểu đồ 1: Đường cong ROC biểu hiện hiệu quả chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp TTL đối với thể tích toàn bộ TTL (Vt), thể tích vùng chuyển tiếp (VTZ), nồng độ PSA toàn phần (PSAt), PSA tỷ trọng (PSAd) và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ)

trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ).

	AUC	Giá trị cut off	Se (%)	Sp (%)
Vt (cm ³)	0.71	46.5	67	70
VTZ (cm ³)	0.77	30.7	67	70
PSAt (ng/ml)	0.67	25.4	56	70
PSAd (ng/ml ²)	0.74	0.49	63	70
PSAdTZ (ng/ml ²)	0.77	0.74	74	70

Nhận xét: Hiệu quả chẩn đoán UT vùng chuyển tiếp đối với thể tích toàn bộ TTL và PSA tỷ trọng là gần tương đương nhau (lần lượt là 0.71 và 0.74) trong khi đó, hiệu quả chẩn đoán ung thư cao hơn đối với VTZ và PSAdTZ (đều là 0.77). Nếu lấy độ đặc hiệu 70% là giá trị tham chiếu, thì PSAdTZ có độ nhạy cao nhất 74%, sau đó đến Vt và VTZ.

IV. BÀN LUẬN

Việc xác định nồng độ kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) trong huyết thanh đã được sử dụng trong thực hành lâm sàng từ năm 1988 và đã trở thành chất đánh dấu ung thư có giá trị nhất được sử dụng rộng rãi trong sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt. Việc sản xuất PSA xảy ra chủ yếu ở các tế bào biểu mô nằm trong vùng chuyển tiếp (TZ), khiến nó đặc hiệu cho cơ quan chứ không đặc hiệu cho ung thư. Do đó, nếu chỉ dựa vào PSA toàn phần thì khó phân biệt giữa ung thư TTL và tăng sản tuyến lành tính. Khoảng 70% kết quả sinh thiết TTL là âm tính khi PSA cao. Các thông số PSA khác như PSA tỷ trọng (PSAd)³, PSA tỷ trọng được điều chỉnh theo vùng chuyển tiếp (PSAdTZ)^{5, 6} đã được giới thiệu để cải thiện độ chính xác chẩn đoán của PSA huyết thanh.

Thể tích toàn bộ tuyến tiền liệt (Vt) và thể tích vùng chuyển tiếp (VTZ) có thể được xác định bằng siêu âm nhưng tốt nhất là được đo trên CHT. Tăng sản tuyến lành tính làm tăng nồng độ PSA bằng cách tăng VTZ². Tỷ lệ giữa giá trị của PSA và Vt được xác định là PSA tỷ trọng (PSAd) và tỷ lệ giữa giá trị của PSA và VTZ được xác định là PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ). Cơ sở của việc điều chỉnh các giá trị PSA theo VTZ là tăng sản tuyến lành tính chỉ xảy ra ở vùng chuyển tiếp và chiếm phần lớn sự tăng PSA sinh lý. Một số nghiên cứu cho rằng PSAdTZ đặc hiệu hơn PSAd và do đó, việc sử dụng nó có thể làm giảm số lượng sinh thiết không cần thiết^{5,6}.

PSAd với ngưỡng 0,15 ng/ml² cung cấp chỉ định đáng tin cậy hơn cho sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm so với PSAt mà không ảnh hưởng đáng kể đến việc phát hiện ung thư³. Mặc dù một số tác giả đã báo cáo rằng PSAd rất hữu ích trong việc phân biệt giữa ung thư tuyến tiền

liệt và tăng sản tuyến lành tính^{3,7,8}, những người khác đã đặt câu hỏi về giá trị của nó⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, PSAd với giá trị ngưỡng 0.15 ng/ml² có độ nhạy 96% nhưng độ đặc hiệu chỉ 33%. Về hiệu quả chẩn đoán, PSAd có AUC là 0.74. Đối với xét nghiệm sàng lọc, ở độ nhạy 100%, PSAd với giá trị giới hạn là 0.10 ng/ml² có thể giảm 12% số lần sinh thiết không cần thiết.

Hầu hết các trường hợp tăng sản tuyến lành tính sẽ tăng VTZ và PSA từ tuyến tiền liệt vào huyết thanh là do TZ¹⁰. Một số nghiên cứu về mối tương quan giữa PSA và thể tích vùng đã cho thấy yếu tố dự đoán tốt nhất về mức độ PSA huyết thanh không phải là thể tích toàn bộ tuyến tiền liệt mà là VTZ. Do đó, điều chỉnh PSA tỷ trọng theo VTZ có thể là một phương pháp có giá trị hơn so với PSAd. Kalish và cộng sự⁵ đã đưa ra khái niệm về PSAt được điều chỉnh cho VTZ và cho thấy so với PSAt và PSAd, đây là yếu tố dự báo đa biến quan trọng duy nhất sử dụng phân tích hồi quy logistic từng bước. Zlotta và cộng sự cũng đã chỉ ra rằng PSAdTZ vượt trội hơn PSAd khi sử dụng phân tích ROC. Họ đã báo cáo tính ưu việt của PSAdTZ với giá trị giới hạn là 0,35 ng/mL/cc so với tỷ lệ PSAd trong dự đoán ung thư tuyến tiền liệt. Trong một nghiên cứu trên 281 bệnh nhân, Kikuchi và cộng sự đã phân loại PSAdTZ là phương pháp tốt nhất, cải thiện độ chính xác của xét nghiệm PSA khi so sánh với PSAt, PSAd và các dạng phân tử của nó, bao gồm cả fPSA. Trong một nghiên cứu gần đây, Amini và cộng sự đã nghiên cứu khả năng dự đoán của PSAdTZ trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt ở những bệnh nhân bị viêm tuyến tiền liệt mãn tính và cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa PSAdTZ thấp và không có khối u ác tính tuyến tiền liệt ở nhóm này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, PSAdTZ được so sánh với PSAt, PSAd. AUC của PSAdTZ là lớn nhất trong số tất cả các AUC. Đường cong ROC của PSAdTZ lệch về bên trái, đặc biệt ở mức độ nhạy 100% so với các thông số khác liên quan đến PSA. Điều đó có nghĩa là PSAdTZ có thể được sử dụng như một xét nghiệm sàng lọc tốt. Với giá trị giới hạn là 0.19 ng/ml², PSAdTZ có độ nhạy 100% và có thể tránh được 27% sinh thiết không cần thiết. Vì vậy nghiên cứu này đề xuất rằng PSAdTZ vượt trội so với PSAd trong việc phân biệt các trường hợp tăng sản tuyến lành tính với ung thư vùng chuyển tiếp TTL.

V. KẾT LUẬN

PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp (PSAdTZ) có

giá trị hơn PSA toàn phần và PSA tỷ trọng trong chẩn đoán ung thư vùng chuyển tiếp TTL. Cần sử dụng PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp trong sàng lọc ung thư, đặc biệt ở các đối tượng có tăng sản tuyến lành tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Etzioni R, Tsodikov A, Mariotto A, Szabo A, Falcon S, Wegelin J, et al.** Quantifying the role of PSA screening in the US prostate cancer mortality decline. *Cancer Causes Control*. 2008;19:175–181.
2. **Nadler RB, Humphrey PA, Smith DS, Catalona WJ, Ratliff TL.** Effect of inflammation and benign prostatic hyperplasia on elevated serum prostate specific antigen levels. *J Urol*. 1995;154(2 Pt 1):407–413.
3. **Benson MC, Whang IS, Pantuck A, Rina K, Kaplan SA, Olsson CA, et al.** Prostate specific antigen density: a means of distinguishing benign prostatic hypertrophy and prostate cancer. *J Urol*. 1992;147(3 Pt 2):815–816.
4. **Rosenkrantz AB, Kim S, Campbell N, Gaing B, Deng F-M, Taneja SS.** Transition zone prostate cancer: revisiting the role of multiparametric MRI at 3 T. *American Journal of Roentgenology*. 2015;204(3):W266-W272.
5. **Kalish J, Cooner WH, Graham SD., Jr** Serum PSA adjusted for volume of transition zone (PSAT) is more accurate than PSA adjusted for total gland volume (PSAD) in detecting adenocarcinoma of the prostate. *Urology*. 1994;43:601–606.
6. **Kang SH, Bae JH, Park HS, Yoon DK, Moon DG, Kim JJ, et al.** Prostate-specific antigen adjusted for the transition zone volume as a second screening test: a prospective study of 248 cases. *Int J Urol*. 2006;13:910–914.
7. **Catalona WJ, Southwick PC, Slawin KM, Partin AW, Brawer MK, Flanagan RC, et al.** Comparison of percent free PSA, PSA density, and age-specific PSA cutoffs for prostate cancer detection and staging. *Urology*. 2000;56:255–260.
8. **Catalona WJ, Smith DS, Wolfert RL, Wang TJ, Rittenhouse HG, Ratliff TL, et al.** Evaluation of percentage of free serum prostate-specific antigen to improve specificity of prostate cancer screening. *JAMA*. 1995;274:1214–1220.
9. **Catalona WJ, Beiser JA, Smith DS.** Serum free prostate specific antigen and prostate specific antigen density measurements for predicting cancer in men with prior negative prostatic biopsies. *J Urol*. 1997;158:2162–2167.
10. **Brawer MK, Aramburu EA, Chen GL, Preston SD, Ellis WJ.** The inability of prostate specific antigen index to enhance the predictive value of prostate specific antigen in the diagnosis of prostatic carcinoma. *J Urol*. 1993;150(2 Pt 1):369–373.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ THỂ DỊ SẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Phan Khánh Toàn¹, Phùng Thị Huyền², Trịnh Lê Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đồng thời phân tích thời gian sống thêm không bệnh (DFS) và các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân ung thư vú thể dị sản (MBC). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu được thực hiện trên bệnh nhân MBC giai đoạn I - III tại bệnh viện K cơ sở 3 từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 2 năm 2023. **Kết quả:** Trong 92 bệnh nhân MBC tham gia nghiên cứu, 32 bệnh nhân (34,8%) có di căn hạch và kích thước u trung bình là $3,56 \pm 0,21$ cm tại thời điểm chẩn đoán. Ngoài ra, 62 bệnh nhân (66,3%) được chẩn đoán ở giai đoạn II, theo sau là 17 bệnh nhân (18,5%) ở giai đoạn III, và 14 bệnh nhân (15,2%) ở giai đoạn I. Chỉ 15,2% và 27,2% bệnh nhân tương ứng có đặc điểm điển hình của ung thư vú (UTV) trên X quang tuyến vú và siêu âm vú. Về đặc điểm hoá mô miễn dịch (HMMD), đa số các bệnh nhân

có đặc điểm của UTV bộ ba âm tính, chiếm 71,7% bệnh nhân. DFS sau 2 năm và 3 năm lần lượt là 77,7% và 73,8%. Phân tích đơn biến chỉ ra kích thước khối u, tình trạng di căn hạch, giai đoạn tại thời điểm chẩn đoán và điều trị hoá chất bổ trợ hay phẫu thuật ngay là yếu tố tiên lượng của MBC. Tuy nhiên, chỉ kích thước khối u là yếu tố có ý nghĩa khi dự đoán DFS với $p=0,028$ qua phân tích đa biến. **Kết luận:** MBC được chứng minh là thể bệnh tiến triển nhanh, tiên lượng xấu và thường có đặc điểm không điển hình trên các chẩn đoán hình ảnh thường quy. Hiện nay, các phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho UTV ít hiệu quả trên nhóm bệnh nhân này. Vì vậy, nghiên cứu tìm ra các hướng điều trị mới cho MBC là thực sự cần thiết.

Từ khóa: Ung thư vú, thể dị sản, hóa mô miễn dịch

SUMMARY

CLINICOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF METAPLASTIC BREAST CANCER: A STUDY AT THE VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: We evaluated the clinicopathological characteristics of metaplastic breast cancer (MBC), a rare entity of breast malignancy, along with disease-free survival and prognosis factors. **Methods:** A

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.9.2023

Ngày duyệt bài: 23.10.2023