

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 Toàn<sup>1</sup>, Phùng Thị Huyền<sup>2</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1</sup>

### 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

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh 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

retrospective study was conducted on patients with stage I-III MBC at the Vietnam National Cancer Hospital from January 2017 to February 2023. **Results:** Of the 92 patients, 32 patients (34,8%) had clinical lymph node involvement and the median primary tumor size of  $3,56 \pm 0,21$  cm. 62 patients (66,3%) were diagnosed with stage II, followed by 17 patients (18,5%) with stage III, and 14 patients (15,2%) with stage I. Only 15,2% and 27,2% cases had showed typical features of breast cancer on mammography and ultrasound, respectively. On immunohistology, the majority was triple negative breast cancer, accounting for 71,7%. The two- and three-year disease-free survival (DFS) rate was 77,7% and 73,8% respectively. Univariable analysis showed that tumor size, lymph node metastasis, stage at diagnosis, neoadjuvant and adjuvant chemotherapy were associated with survival of patients with MBC. However, only tumor size was an independent predictor of three-year DFS with a p-value of 0,028 on multivariable analysis. **Conclusions:** MBC demonstrated early disease progression and poor DFS with atypical presentation on routine imaging. Current standard treatments are ineffective, highlighting the urgent need for research to identify innovative therapeutic strategies for MBC patients.

**Keywords:** Metaplastic breast cancer, breast cancer, triple negative breast cancer

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú thể dị sản là thể bệnh hiếm với tỷ lệ gặp khoảng 0,5 - 2,0% UTV. MBC được đặc trưng bởi các tế bào biểu mô ác tính biệt hoá theo hướng tế bào vảy và/hoặc tế bào trung mô, bao gồm nhưng không giới hạn bởi các tế bào hình thoi, tế bào xương hoặc tế bào sụn.

Nhiều nghiên cứu cho thấy MBC thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Mặc dù tỷ lệ di căn hạch thấp<sup>1</sup>, khối u thường có kích thước lớn tại thời điểm chẩn đoán<sup>2</sup>. MBC có những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng riêng biệt so với những thể UTV khác với tỷ lệ UTV bộ ba âm tính cao và tiên lượng xấu<sup>3,4</sup>. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về điều trị tiêu chuẩn cho MBC do hạn chế về số lượng bệnh nhân. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, có rất ít dữ liệu về đánh giá hiệu quả của điều trị hoá chất cũng như các phương pháp điều trị khác như xạ trị và điều trị đích ở MBC. Do đó, MBC cần được nghiên cứu thêm, đặc biệt về điều trị và tiên lượng sống thêm.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của MBC. Đồng thời, chúng tôi phân tích DFS và các yếu tố ảnh hưởng ở nhóm bệnh nhân này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm các bệnh

nhân nữ từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định UTV ở giai đoạn I, II, III theo AJCC năm 2018 và có thể mô bệnh học là MBC được xác định bằng mô bệnh học và/hoặc hóa mô miễn dịch từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 2 năm 2023.

- Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm các bệnh nhân đã phẫu thuật ở tuyến trước, không đủ thông tin để đánh giá giai đoạn và bệnh nhân MBC tái phát hoặc di căn, không đầy đủ thông tin ban đầu.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

- Mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện

- Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 2 năm 2023.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh Viện K cơ sở 3.

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Xử lý dữ liệu được thực hiện trên phần mềm SPSS phiên bản 20. Các biến nhị phân, danh mục, thứ hạng được báo cáo bằng giá trị tần suất hoặc tỷ lệ và được so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc kiểm định Fisher exact. Tất cả các so sánh được thực hiện bằng các phép kiểm định hai phía với ý nghĩa thống kê được lấy là giá trị  $p < 0,05$ .

### 2.4. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu.

Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, chất lượng cuộc sống cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác. Tất cả thông tin về tình trạng bệnh tật của người bệnh được bảo mật trong suốt quá trình nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 92 bệnh nhân nữ được chẩn đoán MBC, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, được đưa vào nghiên cứu.

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của MBC

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của MBC**

Đặc điểm lâm sàng	n (%)
<b>Tuổi (năm)</b>	50,2 ± 1,3
<b>Giai đoạn theo AJCC</b>	
Giai đoạn I	14 (15,2%)
Giai đoạn II	61 (66,3%)
Giai đoạn III	17 (18,5%)
<b>Kích thước u (cT)</b>	
cT1	18 (19,6%)
cT2	55 (59,8%)
cT3	12 (13%)
cT4a	0
cT4b	3 (3,3%)
cT4c	3 (3,3%)
cT4d	1 (1,1%)
<b>Di căn hạch (cN)</b>	

cN0	60 (65,2%)
cN1	20 (21,7%)
cN2	11 (12%)
cN3	1 (1,1%)

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân MBC là 50,2 ± 1,3 năm. Kích thước khối u trung bình là 3,56 ± 0,21 cm tại thời điểm chẩn đoán. Phần lớn bệnh nhân (79,4%) được chẩn đoán ở giai đoạn cT1-2, còn lại (21,6% bệnh nhân) có kích thước u ở giai đoạn cT3-4. Ngoài ra, 60 bệnh nhân (65,2%) có khối u nguyên phát với kích thước đường kính lớn nhất dưới 37mm và 32 bệnh nhân còn lại (34,8%) có kích thước u lớn hơn 37mm. 32 bệnh nhân (34,8%) có di căn hạch vùng tại thời điểm chẩn đoán. Khi đánh giá giai đoạn của bệnh nhân theo AJCC năm 2018, 62 bệnh nhân (66,3%) được chẩn đoán UTV ở giai đoạn II, theo sau là 17 bệnh nhân (18,5%) được chẩn đoán ở giai đoạn III, và 14 bệnh nhân (15,2%) ở giai đoạn I.

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của MBC**

Đặc điểm cận lâm sàng	n (%)
<b>X quang tuyến vú</b>	
Hình ảnh vi vôi hoá	18 (19,6%)
Khối tăng đậm độ	
Với bờ tua gai	14 (15,2%)
Với bờ không điển hình	44 (47,8%)
Bình thường	34 (37%)
<b>Siêu âm vú</b>	
Nốt giảm âm bờ tua gai	25 (27,2%)
Nốt giảm âm bờ không điển hình	54 (58,7%)
Nốt hỗn hợp âm	8 (8,7%)
Bình thường	5 (5,4%)
<b>BI-RADS</b>	
BI-RADS 5	21 (22,8%)
BI-RADS 4c	16 (17,4%)
BI-RADS 4b	14 (15,2%)
BI-RADS 4a	32 (34,8%)
BI-RADS < 4	9 (9,8%)
<b>HMMD</b>	
Thụ thể nội tiết (+), HER2 (-)	19 (20,7%)
Thụ thể nội tiết (+), HER2 (+)	3 (3,3%)

**Bảng 4. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến DFS của MBC**

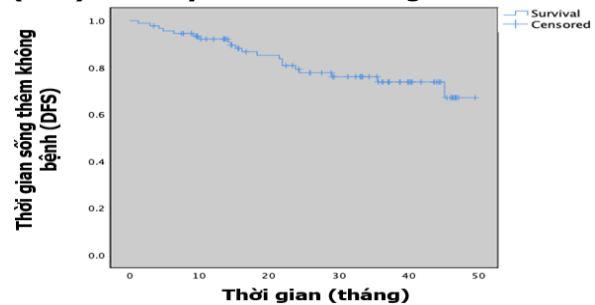
Yếu tố ảnh hưởng	HR (95%CI)	P-value	
		Đơn biến	Đa biến
<b>Tuổi (năm)</b>			
Từ 40 đến 60 (Ref = Khác)	0,692 (0,256-1,873)	0,679	
<b>Kích thước u (mm)</b>			
Dưới 37 (Ref = Khác)	0,143 (0,048-0,427)	< 0,001	0,028
<b>Tình trạng di căn hạch</b>			
Dương tính (Ref = Khác)	5,180 (1,799-14,920)	0,001	0,950
<b>Giai đoạn bệnh</b>			
Giai đoạn I (Ref = Giai đoạn III)	0,087 (0,009-0,818)	0,001	0,849

Thụ thể nội tiết (-), HER2 (+)	4 (4,3%)
Bộ ba âm tính	66 (71,7%)
<b>Ki67</b>	
Trên 20%	86 (93,5%)
Dưới 20%	6 (6,5%)

**Nhận xét:** Về đặc điểm trên X quang tuyến vú của MBC, 18 bệnh nhân có hình ảnh vi vôi hoá (19,6%). Ngoài ra, 14 bệnh nhân (15,2%) có hình ảnh điển hình của UTV trên X quang với khối tăng đậm độ có bờ tua gai. Phần lớn kết quả X quang tuyến vú có hình ảnh khối tăng đậm độ với bờ không điển hình ở 44 bệnh nhân (47,8%). Tương tự, siêu âm phát hiện UTV với hình ảnh khối giảm âm bờ tua gai điển hình ở 25 bệnh nhân (27,2%). Đa số bệnh nhân còn lại có hình ảnh không điển hình. Đặc biệt, phần lớn 54 bệnh nhân (58,7%) có hình ảnh khối giảm âm với bờ không điển hình.

Về HMMD, UTV bộ ba âm tính chiếm tỉ lệ cao nhất với 66 bệnh nhân (71,7%). Ngoài ra, 22 bệnh nhân (23,9%) có bộc lộ thụ thể nội tiết. Trong đó, 15 bệnh nhân bộc lộ thụ thể ER từ 10% trở lên (16,3%). 7 bệnh nhân (7,6%) có HER2 dương tính.

**3.2. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) và các yếu tố ảnh hưởng**



**Hình 1. Tỷ lệ tái phát của MBC theo thời gian**

**Nhận xét:** 20 bệnh nhân (21,7%) tái phát tại chỗ hoặc di căn xa. Hai vị trí tái phát hay gặp nhất lần lượt là 10 bệnh nhân di căn phổi (9,8%) và 7 bệnh nhân di căn xương (7,6%). DFS sau 2 năm và 3 năm lần lượt là 77,7% và 73,8%.

Giai đoạn II (Ref = Giai đoạn III)	0,248 (0,078-0,785)		
<b>HMMD</b>			
Thụ thể nội tiết dương tính	1,5 (0,496-4,534)	0,218	
HER2 dương tính	1,489 (0,267-8,318)	0,537	
Bộ ba âm tính	0,666 (0,231-1,917)	0,197	
<b>Điều trị hoá chất hỗ trợ trước</b>			
Có (Ref = Không)	7 (2,342-20,926)	< 0,001	0,488
<b>Phẫu thuật</b>			
Bảo tồn (Ref = MRM)	1,143 (0,224-5,818)	0,842	
<b>Xạ hỗ trợ</b>			
Có (Ref = Không)	1,176 (0,609-5,113)	0,739	
<b>Hoá chất hỗ trợ</b>			
Có (Ref = Không)	0,108 (0,035-0,328)	< 0,001	0,265
<b>Điều trị đích</b>			
Có (Ref = Không)	0,958 (0,913-1,006)	0,503	
<b>Điều trị nội tiết</b>			
Có (Ref = Không)	0,6 (0,293-1,227)	0,466	

**Nhận xét:** Khi phân tích đơn biến, những bệnh nhân với kích thước khối u nhỏ hơn 37mm có tiên lượng tốt hơn với HR là 0,143 (0,048 - 0,427) ( $p < 0,001$ ). Ngược lại, bệnh nhân có di căn hạch có DFS 3 năm thấp hơn với HR là 5,180 (1,799 - 14,920) ( $p = 0,001$ ). Từ đó, tiên lượng của MBC giảm dần khi giai đoạn bệnh tăng dần ( $p = 0,001$ ), cụ thể DFS 3 năm lần lượt là 92,3%, 77,6% và 40,3% ở giai đoạn I, II và III tương ứng. Ngoài ra, điều trị hoá chất hỗ trợ cải thiện DFS 3 năm của bệnh nhân với HR là 0,108 (0,035-0,328) ( $p < 0,001$ ). Ngược lại, những bệnh nhân điều trị hoá chất hỗ trợ trước có tiên lượng xấu hơn so với bệnh nhân được phẫu thuật ngay từ ban đầu (DFS 3 năm lần lượt 48,8% và 87,5%,  $p < 0,001$ ). Tuy nhiên, chỉ kích thước khối u là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa với  $p = 0,028$  ở phân tích đa biến. Giá trị kích thước u để phân nhóm bệnh nhân là 37mm (được xác định bằng chỉ số Youden). Nhóm bệnh nhân với kích thước u dưới 37mm có DFS sau 3 năm là 96,9%, so với 51% của nhóm bệnh nhân kích thước u trên 37mm ( $p = 0,028$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của MBC.** Kích thước khối u trung bình ở 92 bệnh nhân tham gia nghiên cứu là  $3,56 \pm 0,21$ cm, bao gồm 21,6% bệnh nhân ở giai đoạn cT3-4. Trong khi tỷ lệ UTV thể ống xâm nhập được chẩn đoán ở giai đoạn cT3-4 là 5,2%, tỷ lệ này thấp hơn so với MBC ( $p < 0,01$ )<sup>1</sup>. Ở một nghiên cứu khác của Dima và cộng sự, kích thước khối u trung bình ở UTV bộ ba âm tính là 1,7cm (0,2 - 13cm), nhỏ hơn so với kích thước của MBC là 3,1cm (0,5 - 14cm) với  $p = 0,014$ <sup>2</sup>. Cho thấy khối u nguyên phát của MBC có kích

thước lớn tại thời điểm chẩn đoán.

Tỷ lệ di căn hạch ở nghiên cứu của chúng tôi là 34,8%. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ di căn hạch ở MBC thấp so với ung thư biểu mô ống xâm nhập (45%) và ung thư biểu mô thùy xâm nhập (50%) với  $p = 0,0420$  và  $0,0450$ <sup>5</sup>. Có thể, MBC ít lan truyền theo đường bạch huyết hơn so với các thể UTV thường gặp khác. Mặc dù vậy, MBC thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Ở nghiên cứu chúng tôi, 18,5% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III. Tỷ lệ này cao hơn so với UTV biểu mô ống xâm nhập với  $p < 0,05$ <sup>1</sup>.

Trên X quang tuyến vú, chỉ 15,2% (14 bệnh nhân) có hình ảnh điển hình với khối tăng đậm độ có bờ tua gai. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Yang và cộng sự với 16% bệnh nhân có hình ảnh điển hình này<sup>6</sup>. Ngoài ra, ở nghiên cứu này chỉ ra 25% bệnh nhân có hình ảnh vi vôi hoá điển hình. Kết quả này ở nghiên cứu của chúng tôi là 18 bệnh nhân (19,6%). Tương tự với X quang tuyến vú, siêu âm vú phát hiện MBC chỉ với 25 bệnh nhân (27,2%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Yang và cộng sự với 27% bệnh nhân<sup>6</sup>. Chủ yếu, MBC có đặc điểm không điển hình trên X quang và siêu âm tuyến vú. Do đó, chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm bằng các xét nghiệm thường quy này gặp nhiều khó khăn.

Về HMMD, UTV bộ ba âm tính chiếm tỷ lệ cao nhất với 66 bệnh nhân (71,7%). Khi so sánh với UTV nói chung, tỷ lệ này chỉ 10 - 15% bệnh nhân. Điều này cho thấy, mặc dù có thể gặp tất cả các thể HMMD, tỷ lệ UTV bộ ba âm tính cao là đặc điểm chính và quan trọng ở MBC.

**4.2. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) và các yếu tố ảnh hưởng.** Ở nghiên

cứu của chúng tôi, DFS sau 2 năm và 3 năm lần lượt là 77,7% và 73,8%. MBC có tiên lượng xấu hơn so với UTV nói chung, bao gồm UTV bộ ba âm tính. MBC có tỷ lệ tái phát bệnh cao hơn (HR=1,99, 95% CI 1,01-3,83), DFS 5 năm thấp hơn (30% vs 89,9%,  $p < 0,001$ ), và OS 5 năm thấp hơn (65,3% vs 86,6%,  $p = 0,002$ )<sup>4</sup> so với UTV bộ ba âm tính. Ngoài phần lớn MBC là UTV bộ ba âm tính - thể bệnh có tiên lượng xấu, một lý do khác bao gồm việc phát hiện và chẩn đoán sớm còn gặp nhiều khó khăn bởi khối UTV thường có hình ảnh lành tính trên các chẩn đoán hình ảnh thường quy.

Mặc dù tình trạng di căn hạch, giai đoạn bệnh có ý nghĩa tiên lượng ở phân tích đơn biến, chỉ có kích thước khối u ảnh hưởng đến DFS với  $p = 0,028$  ở phân tích đa biến. Điều này khác biệt so với UTV nói chung, bởi giai đoạn bệnh và tình trạng di căn hạch ảnh hưởng đến thời gian sống thêm. Có thể giải thích vấn đề này bởi MBC có con đường lan tràn riêng biệt, đặc trưng bởi di căn theo đường máu hơn là đường bạch huyết. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tình trạng di căn hạch thấp với 34,8% bệnh nhân ủng hộ giả thuyết này.

Như đã đề cập ở trên, MBC là thể bệnh tiến triển nhanh, tiên lượng kém. Tuy nhiên, chưa có một phương pháp điều trị riêng biệt và hiệu quả. Ở nghiên cứu của chúng tôi, các phương pháp điều trị thường sử dụng không cho thấy hiệu quả cải thiện DFS với giá trị  $p > 0,05$  ở phân tích đa biến. Với con đường lan tràn qua đường máu là chủ yếu, điều trị toàn thân đóng vai trò quan trọng và chủ yếu. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra MBC đáp ứng kém với các phác đồ thường dùng trong điều trị cho UTV nói chung<sup>7,8</sup>. Từ đó, nhấn mạnh đến tầm quan trọng của phương pháp điều trị mới cho MBC.

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài hạn chế. Đầu tiên, thiết kế của nghiên cứu là hồi cứu cùng với cỡ mẫu nhỏ có thể gây ra sai số lựa chọn và hạn chế trong việc phiên giải kết quả. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân dựa vào kết quả giải phẫu bệnh trong hồ sơ bệnh án, thay vì đánh giá trên từng tiêu bản bệnh phẩm. Do đó, chúng tôi không thể đánh giá đặc điểm và tiên lượng từng phân nhóm của MBC. Tuy nhiên, vì đây là một thể bệnh hiếm gặp, nghiên cứu của chúng tôi với số lượng bệnh nhân đáng kể, đã đưa ra những phân tích, đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng của MBC có ý nghĩa nêu trên.

## V. KẾT LUẬN

MBC thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, với kích thước u lớn và tình trạng di căn hạch thấp tại thời điểm chẩn đoán. Một phần bởi đặc điểm hình ảnh của nhóm bệnh nhân này trên chẩn đoán hình ảnh thường lành tính hoặc không điển hình. Ngoài ra, phần lớn bệnh nhân có đặc điểm hoá mô miễn dịch của UTV bộ ba âm tính. Từ đây, MBC được nhận định là thể bệnh tiến triển nhanh và tiên lượng xấu. Mặc dù vậy, các phương pháp điều trị thường sử dụng ít hiệu quả trong việc cải thiện DFS. Do đó, những phương pháp điều trị mới cần được nghiên cứu thêm để cải thiện tiên lượng sống cho MBC.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pezzi CM, Patel-Parekh L, Cole K, Franko J, Klimberg VS, Bland K.** Characteristics and treatment of metaplastic breast cancer: analysis of 892 cases from the National Cancer Data Base. *Ann Surg Oncol.* Jan 2007;14(1):166-73. doi:10.1245/s10434-006-9124-7
2. **El Zein D, Hughes M, Kumar S, 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.* Aug 2017;17(5):382-391. doi:10.1016/j.clbc.2017.04.009
3. **Ovcaricek T, Frkovic SG, Matos E, Mozina B, Borstnar S.** Triple negative breast cancer - prognostic factors and survival. *Radiol Oncol.* Mar 2011;45(1):46-52. doi:10.2478/v10019-010-0054-4
4. **El Zein D, Hughes M, Kumar S, 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. *Clinical breast cancer.* 2017;17(5):382-391.
5. **Lai HW, Tseng LM, Chang TW, et al.** The prognostic significance of metaplastic carcinoma of the breast (MCB)--a case controlled comparison study with infiltrating ductal carcinoma. *Breast.* Oct 2013; 22(5): 968-73. doi: 10.1016/j.breast.2013.05.010
6. **Yang WT, Hennessy B, Broglio K, et al.** Imaging differences in metaplastic and invasive ductal carcinomas of the breast. *AJR Am J Roentgenol.* Dec 2007; 189(6): 1288-93. doi: 10.2214/ajr.07.2056
7. **Rayson D, Adjei AA, Suman VJ, Wold LE, Ingle JN.** Metaplastic breast cancer: prognosis and response to systemic therapy. *Ann Oncol.* Apr 1999;10(4):413-9. doi:10.1023/a:1008329910362
8. **Tzanninis IG, Kotteas EA, Ntanasis-Stathopoulos I, Kontogianni P, Fotopoulos G.** Management and Outcomes in Metaplastic Breast Cancer. *Clin Breast Cancer.* Dec 2016; 16(6):437-443. doi:10.1016/j.clbc.2016.06.002