

ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH NÁCH TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ THỂ TIỂU THUYỀN XÂM NHẬP

Ngô Thuý Hoà¹, Lê Thị Uyên¹, Tạ Hồng Hải Đăng^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỉ lệ di căn hạch và mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch và một số yếu tố nguy cơ trong ung thư biểu mô (UTBM) tuyến vú thể tiểu thùy xâm nhập. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 98 bệnh nhân UTBM tuyến vú thể tiểu thùy xâm nhập tại Khoa Giải phẫu bệnh - Tế bào, Bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 4/2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ di căn hạch là 48,0%. Các yếu tố liên quan đến sự tăng nguy cơ di căn hạch là kích thước khối u lớn, độ mô học cao, xâm nhập mạch, ER dương tính, và một số phân tử phân tử (bộ ba âm tính, lòng ống B có Her-2 dương tính và tỉ lệ phân tử Her-2 dương tính) ($p < 0,05$). Kết quả của nghiên cứu này hy vọng sẽ hỗ trợ lựa chọn bệnh nhân cho nạo vét hạch nách và cải thiện việc chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: di căn hạch, các yếu tố nguy cơ, ung thư biểu mô tuyến vú thể tiểu thùy xâm nhập

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF THE AXILLARY LYMPH NODE METASTASIS IN INVASIVE LOBULAR BREAST CARCINOMA

This report aims to assess the rate of lymph node metastasis and the correlation between lymph node metastasis and some risk factors in invasive lobular breast carcinoma. A descriptive cross-sectional study was conducted on 98 patients with invasive lobular breast carcinoma at the Department of Pathology - Cytology, National Cancer Hospital from January 2019 to April 2023. The study results show that the rate of lymph node metastasis was 48,0%. The factors associated with the increased risk of lymph node metastasis were large tumor size, high tumor grade, the presence of lymphovascular invasion, ER expression, some molecular subtypes (triple-negative breast cancer, luminal B-like breast cancer, and HER2-enriched breast cancer) ($p < 0,05$). The results of this study hope to aid patient selection for axillary lymph node dissection and improve patient counseling.

Keywords: lymph node metastasis, risk factors, invasive lobular breast carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư được chẩn đoán phổ biến nhất trên toàn thế giới với hơn

2,3 triệu ca mắc mới và 685.000 ca tử vong vào năm 2020. Gánh nặng UTV trong tương lai được dự đoán sẽ tiếp tục tăng đến hơn 3 triệu ca mắc mới và 1 triệu ca tử vong vào năm 2040. Trong đó, ung thư biểu mô (UTBM) thể tiểu thùy xâm nhập chiếm khoảng 10% UTBM tuyến vú xâm nhập và được coi là phân nhóm thể đặc biệt phổ biến nhất. Từ nhiều năm qua, phương pháp điều trị kinh điển trong phẫu thuật UTV vẫn là cắt tuyến vú kèm vét hạch nách theo các chặng. Phương pháp phẫu thuật này đem lại những hiệu quả nhất định, tuy nhiên, trong những trường hợp bệnh nhân không có di căn hạch nách, việc nạo vét hạch thường quy không những không mang lại lợi ích mà còn có thể dẫn đến những biến chứng nặng nề như chảy máu, đờm dịch (10 - 52%), phù bạch huyết cánh tay (15 - 30%), tổn thương thần kinh vùng nách, đau, tê bì (78%), và giảm chức năng vận động khớp vai.¹ Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTV và nguy cơ di căn hạch nách nhằm đưa ra những dự đoán về khả năng di căn hạch, từ đó có thể tránh được việc bóc tách hạch nách không cần thiết. Tuy nhiên, nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân UTBM tuyến vú thể tiểu thùy xâm nhập thì chưa có nhiều. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá tỉ lệ di căn hạch nách cũng như một số yếu tố liên quan đến di căn hạch nách trong UTBM tuyến vú thể tiểu thùy xâm nhập.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 98 mẫu bệnh phẩm kèm hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán UTBM tuyến vú thể tiểu thùy xâm nhập trên bệnh phẩm phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 4/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được điều trị cắt tuyến vú kèm nạo vét hạch nách, được chẩn đoán xác định là UTBM tuyến vú thể tiểu thùy xâm nhập trên mô bệnh học

- Bệnh nhân chưa được điều trị hoá chất trước mổ cắt u và không có ung thư nào khác trên cơ thể

- Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án cung cấp các thông tin cần thiết cho nghiên cứu và có khối nắn đạt tiêu chuẩn

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thuý Hoà

Email: bshoadb@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

Tiêu chuẩn loại trừ: - UTBM tuyến vú tại chỗ
- UTV tái phát hoặc ung thư cơ quan khác di căn tới vú

- UTV ở nam giới

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 01/2019 đến tháng 4/2023

- Địa điểm: Trung tâm sinh học phân tử Bệnh viện K và Khoa Giải phẫu bệnh - Tế bào Quán sứ Bệnh viện K

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Tuổi: < 40, 40 - 49, 50 - 59, 60 - 69, ≥ 70 (tuổi). Tuổi trung bình.

- Đặc điểm mô bệnh học:

+ Kích thước u: ≤ 2, > 2 - 5, > 5 (cm)

+ Biểu thể mô bệnh học: theo phân loại WHO 2019

+ Độ mô học I, II, III

+ Xâm nhập mạch: có hoặc không

+ Hoại tử u: có hoặc không

- Đặc điểm hoá mô miễn dịch:

+ Các dấu ấn ER, PR, Her-2, Ki-67

+ Phân típ phân tử UTV: theo St Gallen 2013

- Tình trạng di căn hạch:

+ Có hoặc không

+ Số hạch di căn: 0; 1 - 3 và > 3 hạch

Phân tích và xử lý số liệu: Dữ liệu được lưu trữ bằng chương trình Excel 2015 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả những thông tin liên quan đến bệnh nhân đều được giữ bí mật. Các kết quả chỉ được dùng trong nghiên cứu khoa học, không dùng với bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $55,34 \pm 12,08$; tuổi thấp nhất là 34, tuổi cao nhất là 84. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 40 - 49 với 34 trường hợp, chiếm tỉ lệ 34,7%. Nhóm tuổi ít gặp nhất là dưới 40 tuổi với 5 trường hợp, chiếm 5,1%.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng di căn hạch

Di căn hạch	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không	51	52,0
Có	47	48,0
Tổng	98	100,0

Phân bố bệnh nhân theo số hạch di căn:

Trong số 98 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 47 bệnh nhân có di căn hạch (chiếm 48,0%), trong đó, tỉ lệ bệnh nhân di căn từ 1 - 3 hạch và di căn trên 3 hạch lần lượt là 28,0% và 20,0%.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến di căn hạch nách trong UTBM tuyến vú thể tiêu thụ xâm nhập

Các yếu tố	Số bệnh nhân n(%)	Có di căn hạch n(%)	p	
Nhóm tuổi (tuổi)	< 40	5 (5,1)	3 (60,0)	0,657 ^a
	40 - 49	34 (34,7)	15 (44,1)	
	50 - 59	25 (25,5)	15 (60,0)	
	60 - 69	19 (19,4)	8 (42,1)	
	≥ 70	15 (15,3)	6 (40,0)	
Kích thước u (cm)	< 2	38 (38,8)	8 (21,1)	0,000 ^b
	2 - 5	53 (54,1)	32 (60,4)	
	> 5	7 (7,1)	7 (100,0)	
Biểu thể	Thể cổ điển	88 (89,8)	41 (46,6)	0,277 ^b
	Thể đặc	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Thể nang	2 (2,0)	2 (100,0)	
	Thể đa hình	4 (4,1)	3 (75,0)	
	Thể ống tiểu thụ	4 (4,1)	1 (25,0)	
Độ mô học	Độ I	6 (6,1)	1 (16,7)	0,000 ^b
	Độ II	78 (79,6)	33 (42,3)	
	Độ III	14 (14,3)	13 (92,9)	
Xâm nhập mạch	Không	67 (68,4)	20 (29,9)	0,000 ^a
	Có	31 (31,6)	27 (87,1)	
Hoại tử u	Không	75 (76,5)	32 (42,7)	0,094 ^a
	Có	23 (23,5)	15 (65,2)	
Estrogen Receptor (ER)	Âm tính	10 (10,2)	8 (80,0)	0,045 ^a
	Dương tính	88 (89,8)	39 (44,3)	

Progesterone Receptor (PR)	Âm tính	24 (24,5)	14 (58,3)	0,347 ^a
	Dương tính	74 (75,5)	33 (44,6)	
Her-2/neu	Âm tính	84 (85,7)	37 (44,0)	0,083 ^a
	Dương tính	14 (14,3)	10 (71,4)	
Ki67	< 20%	49 (50,0)	19 (38,8)	0,105 ^a
	≥ 20%	49 (50,0)	28 (57,1)	
Típ phân tử	Lòng ống A	43 (43,9)	14 (32,6)	0,015 ^b
	Lòng ống B có Her-2 âm tính	37 (37,8)	19 (51,4)	
	Lòng ống B có Her-2 dương tính	8 (8,2)	6 (75,0)	
	Her-2 dương tính	6 (6,1)	4 (66,7)	
	Bộ ba âm tính	4 (4,1)	4 (100,0)	

^a Kiểm định Chi bình phương ; ^b Kiểm định Fisher's exact test

Tỉ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân có kích thước u lớn hơn 5 cm là 100%, cao hơn đáng kể so với 60,4% và 21,1% ở nhóm có kích thước u từ 2 - 5 cm và dưới 2 cm. Tỉ lệ di căn hạch chiếm cao nhất trong nhóm có độ mô học III (92,9%) và thấp nhất trong nhóm có độ mô học I (16,7%). Nhóm có xâm nhập mạch, ER dương tính có tỉ lệ di căn hạch cao hơn đáng kể so với nhóm không xâm nhập mạch, ER âm tính. Tỉ lệ di căn hạch cao hơn ở nhóm típ phân tử bộ ba âm tính, lòng ống B có Her-2 dương tính và típ phân tử Her-2 dương tính so với típ phân tử lòng ống A. Những sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân mắc bệnh là $55,34 \pm 12,08$. Nhóm tuổi có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất trong mẫu nghiên cứu là 40 - 49 tuổi (34,7%). Độ tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với độ tuổi trung bình mắc UTBM tiểu thùy xâm nhập trong nghiên cứu của Yilmaz và cs (2018) (53,9 tuổi).² Sự khác biệt này là do sự chênh lệch về cỡ mẫu cũng như đặc điểm dịch tễ của từng địa phương.

Di căn hạch hạch là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất ở bệnh nhân UTV. Theo ghi nhận của chúng tôi, tỉ lệ di căn hạch chiếm 48,0% tổng số bệnh nhân, trong đó tỉ lệ bệnh nhân di căn từ 1 - 3 hạch và di căn trên 3 hạch lần lượt là 28,0% và 20,0% (Bảng 1, Hình 1). Tỉ lệ này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Fernández và cs (2011) trên 426 bệnh nhân UTBM tiểu thùy xâm nhập (39,2%). Cũng theo Fernández và cs, tỉ lệ bệnh nhân có di căn hạch giai đoạn pN0, pN1, pN2, pN3 giảm dần, lần lượt là 60,8%; 26,1%; 8,9% và 4,2%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.³ Giuseppe và cs (2005) nghiên cứu trên 4351 bệnh nhân, chỉ ra tỉ lệ di căn hạch trong UTBM tiểu thùy xâm nhập là 27,2%, thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.⁴

Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy, kích thước u, độ mô học, tình trạng xâm nhập mạch, sự bộc lộ ER và típ phân tử là các yếu tố liên quan đến khả năng di căn hạch trong UTBM tuyến vú thể tiểu thùy xâm nhập. Các khối u có kích thước lớn, độ mô học cao, xâm nhập mạch, ER dương tính, thuộc típ phân tử bộ ba âm tính, lòng ống B có Her-2 dương tính hoặc típ phân tử Her-2 dương tính có khả năng di căn hạch cao hơn (Bảng 2). Kết quả này phù hợp với các kết quả nghiên cứu của Barth và cs (1997), Tan và cs (2005), Giuseppe và cs (2005) khi các nghiên cứu này đều thống nhất rằng, tỉ lệ di căn hạch có xu hướng tăng tỉ lệ thuận với tỉ lệ xâm nhập mạch và tăng theo sự tăng dần của kích thước u và độ mô học.⁴⁻⁶ Tan và cs (2005) chỉ ra tỉ lệ hạch dương tính ở ba nhóm độ mô học I, II và III lần lượt là 21%; 34,3% và 50,5% ($p = 0,0003$).⁵

Về tình trạng bộc lộ các dấu ấn hoá mô miễn dịch, tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi, Ashturkar và cs (2011) cũng chỉ ra nguy cơ di căn hạch hạch thấp có liên quan đáng kể với tình trạng ER âm tính ($p < 0,002$).¹ Giuseppe và cs (2005) nhận thấy các khối u không bộc lộ với PR có nguy cơ thấp di căn hạch ($p = 0,0006$), trong khi Ki-67 > 16% có mối liên quan chặt chẽ với khả năng cao di căn hạch ($p < 0,0001$) và sự bộc lộ quá mức Her-2/neu (≥ 3) chỉ có liên quan một chút với khả năng di căn hạch cao hơn ($p = 0,058$), phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.⁴ Về phân típ phân tử, theo nghiên cứu của Carey và cs (2006), Makki và cs (2015), típ phân tử Her-2 dương tính thường có độ mô học cao và nhiều khả năng di căn hạch.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra những kết luận tương tự. Bên cạnh đó, chúng tôi không nhận thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, các biến thể mô học, tình trạng hoại tử u, sự bộc lộ PR, Her-2/neu, Ki-67 với khả năng di căn hạch trong UTBM tuyến vú thể tiểu thùy xâm nhập.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 98 bệnh nhân

UTBM tuyến vú thể tiểu thụ xâm nhập tại Bệnh viện K, nhận thấy:

- Tỷ lệ di căn hạch là 48,0%.
- Kích thước u, độ mô học, tình trạng xâm nhập mạch, sự bộc lộ ER và tít phân tử là các yếu tố liên quan đến khả năng di căn hạch trong UTBM tuyến vú thể tiểu thụ xâm nhập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ashturkar AV, Pathak GS, Deshmukh SD, Pandave HT.** Factors Predicting the Axillary Lymph Node Metastasis in Breast Cancer: Is Axillary Node Clearance Indicated in Every Breast Cancer Patient? *Indian Journal of Surgery.* 2011; 73(5):331-335, doi: 10.1007/s12262-011-0315-5
2. **Yilmaz, Trabzonlu, Güler et al.** Characteristics of Special Type Breast Tumors in Our Center. *European Journal of Breast Health.* 2018;14(1):17-22
3. **Fernández B, Paish EC, Green AR, et al.** Lymph-node metastases in invasive lobular carcinoma are different from those in ductal

carcinoma of the breast. *J Clin Pathol.* 2011;64(11): 995-1000. doi: 10.1136/ jclinpath-2011-200151

4. **Viale G, Zurrida S et al,** Predicting the status of axillary sentinel lymph nodes in 4351 patients with invasive breast carcinoma treated in a single institution. *Cancer.* 2005;103(3):492-500. doi:10.1002/cncr.20809
5. **Tan LGL, Tan YY, Heng D, Chan MY.** Predictors of axillary lymph node metastases in women with early breast cancer in Singapore. *Singapore Med J.* 2005;46(12):693. doi:10.1016/s0959-8049(98)80134-2
6. **Barth A, Craig PH, Silverstein MJ.** Predictors of axillary lymph node metastases in patients with T1 breast carcinoma. *Cancer.* 1997;79(10):1918-1922. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19970515\)79:10<1918::AID-CNCR12>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19970515)79:10<1918::AID-CNCR12>3.0.CO;2-Y)
7. **Makki J.** Diversity of Breast Carcinoma: Histological Subtypes and Clinical Relevance. *Clinical Medicine Insights: Pathology.* 2015;8:23-31. doi:10.4137/cpath.s31563

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH TẦNG CHẬU VÀ ĐÙI MẠN TÍNH BẰNG CÁN THIỆP NỘI MẠCH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lâm Văn Nút¹, Nguyễn Hữu Thao¹, Lê Đức Tín¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp tắc động mạch chi dưới mạn tính thường xảy ra trên nhiều tầng của động mạch, khi điều trị thường kết hợp can thiệp nhiều tầng cùng lúc trong một phiên can thiệp. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch trong điều trị tắc hẹp động mạch tầng chậu và đùi mạn tính trong cùng một phiên can thiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả, có 47 bệnh nhân với 47 động mạch tầng chậu và đùi được can thiệp. Thời gian thực hiện từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2017, tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong 47 trường hợp, có 29,8% kết hợp nong bóng và đặt stent, 70,2% nong bóng đơn thuần, không có trường hợp chỉ đặt stent đơn thuần. Đánh giá sau can thiệp: thành công về kỹ thuật đạt 95,7%; thành công về huyết động đạt 80,9%, ABI trung bình tăng từ 0,30 lên 0,53 ($p < 0,001$); thời gian nằm viện sau can thiệp trung bình là 4,1 ngày. Sau 1 năm theo dõi cho thấy cải thiện lâm sàng rõ rệt: xếp loại Rutherford lần lượt là: loại 0 (31,8% so với 0%), loại 1 (18,2% so với 6,3%), loại 2 (25,0% so với 4,3%), loại 3 (15,9% so với 4,3%), loại 4 (4,5% so với 8,5%), loại 5 (2,3% so với 68,1%), và loại 6 (2,3% so với 8,5%), thành công

về lâm sàng đạt 85,1%; thành công về huyết động đạt 83,0%, ABI trung bình tăng lên 0,64 ($p < 0,001$); tỉ lệ lưu thông thì đầu đạt 85,1%. **Kết luận:** Phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị tắc hẹp động mạch chậu và đùi mạn tính là phương pháp mang lại hiệu quả cao áp dụng được trong điều kiện Việt Nam.

Từ khóa: can thiệp nội mạch, tỉ lệ lưu thông thì đầu, tắc hẹp động mạch chậu – đùi.

SUMMARY

OUTCOME AFTER 12 MONTHS OF ENDOVASCULAR TREATMENT FOR ILIAC - FEMORAL ARTERY OCCLUSIVE DISEASE AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Chronic lower extremity arterial occlusion often occurs at multiple levels of the arteries, and treatment typically involves multi-level interventions during a single intervention session. Therefore, we conducted this study. **Objective:** Evaluating early results of endovascular interventions in the treatment of chronic stenosis or occlusion of the iliac and femoral arteries during the same intervention session. **Patients and methods:** This is a retrospective descriptive study involving 47 patients who underwent interventions on 47 iliac and femoral arteries. The procedures were performed between June 2016 and June 2017 in the Vascular Surgery Department at Chợ Rẫy Hospital. **Results:** Among the 47 cases, 29.8% involved a combination of balloon angioplasty and stent placement, 70.2% were treated with balloon angioplasty alone, and there were no cases with stent placement alone. The post-intervention evaluation revealed a technical success

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023