

- Nên xem xét ở:
  - + Bệnh nhân có chất lượng cuộc sống cao, người trẻ, người hoạt động nhiều.
  - + Bệnh nhân có nguy cơ cao của triệu chứng thiếu máu vùng chậu.
  - + Bệnh nhân đã can thiệp nội mạch động mạch chủ ngực – bụng trước đây.
  - + Bệnh nhân đã bị tắc các nhánh bàng hệ đối bên.

Ở bệnh nhân của chúng tôi sau khi được đo đặc cẩn thận phù hợp với tất cả yêu cầu, bệnh nhân được lên chương trình can thiệp.

Tóm lại trong tất cả các trường hợp, tốt nhất chúng ta nên bảo tồn động mạch chậu trong để gia tăng chất lượng cuộc sống, hoạt động thể lực cũng như tình dục và ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm do thiếu máu vùng chậu gây ra. Chúng ta nên chỉ nên xem xét việc thuyên tắc động mạch chậu trong khi dự kiến nó có thể kéo dài thời gian cuộc mổ, tổn nhiều thuốc cản quang, mất nhiều kinh phí bệnh nhân không thể chi trả hay kĩ thuật hiện tại của phẫu thuật viên, phòng mổ không cho phép.

#### IV. KẾT LUẬN

Bảo tồn động mạch chậu trong trong EVAR luôn là một vấn đề cần nhắc giữa nguy cơ và lợi ích. Với một giải phẫu phù hợp, một sự phối hợp và tay nghề cẩn thận của phẫu thuật viên, bảo tồn động mạch chậu trong trong EVAR sẽ sớm trở thành một quy trình thường quy, an toàn, hiệu quả, là lựa chọn tốt nhất trong EVAR, nâng EVAR trong nước lên một tầm cao mới.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pua U, Tan K, Rubin B B.** Iliac branch graft in the treatment of complex aortoiliac aneurysms: early results from a North American institution. *Journal of vascular and interventional radiology* : JVIR. 2011;22(4):542-9.
2. **Zhang, Ma TGW, Jia X, Liu X.** Novel-Designed Iliac Branch Stent Graft for Internal Iliac Artery Reconstruction during Aneurysm Repair. *Annals of Vascular Surgery Annals of Vascular Surgery.* 2015;29(2):189-196.
3. **Duvnjak S.** Endovascular treatment of aortoiliac aneurysms: From intentional occlusion of the internal iliac artery to branch iliac stent graft. *World Journal of Radiology.* 2016;8(3):275-280.
4. **Mehta, Veith M, J F, Takao O, Jacob C.** Unilateral and bilateral hypogastric artery interruption during aortoiliac aneurysm repair in 154 patients: A relatively innocuous procedure. *Journal of Vascular Surgery Journal of Vascular Surgery.* 2001;33(2):27-32.
5. **Rayt HS, J. BM, V. LK, G. FN.** Buttock Claudication and Erectile Dysfunction After Internal Iliac Artery Embolization in Patients Prior to Endovascular Aortic Aneurysm Repair. *Cardiovasc Intervent Radiol CardioVascular and Interventional Radiology.* 2008;31(4):728-734.
6. **Chaikof EI, L. DR, K. EM, M. JB, A. LW.** The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *Journal of vascular surgery.* 2018; 67(1):2-77.
7. **A K, J HR, J HP, R BJ.** Endovascular aneurysm repair with preservation of the internal iliac artery using the iliac branch graft device. *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery.* 2010;39(3):285-94.
8. **Robalo C, Sousa J, Mansilha A.** Internal iliac artery preservation strategies in the endovascular treatment of aortoiliac aneurysms. *Int Angiol.* Oct 2018;37(5): 346-355. doi: 10.23736/ s0392-9590.18.04004-x

## ĐỐI CHIẾU KẾT QUẢ SIÊU ÂM HẠCH NÁCH VỚI KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH SAU MỔ TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Hồng Khoa<sup>1</sup>, Mai Tiến Đạt<sup>1</sup>, Trần Nguyên Tuấn<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư vú được coi là bệnh lý toàn thân, đặc biệt khi hạch nách bị xâm lấn, di căn. Khi đó việc điều trị không còn là tại chỗ tại vùng mà đó là sự kết hợp điều trị đa mô thức. Siêu âm khảo sát hố nách nhằm tìm và mô tả các đặc điểm của các nhóm hạch

nách cũng rất quan trọng trong tiên đoán hạch nách di căn, góp phần xếp loại giai đoạn lâm sàng để định hướng cho việc điều trị ban đầu. Bên cạnh đó giá trị to lớn của siêu âm không chỉ đánh giá các tổn thương ở vú mà còn đánh giá tình trạng hạch cũng như góp phần quan trọng để lựa chọn bệnh nhân thực hiện sinh thiết hạch gác cửa trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này đánh giá tỷ lệ di căn hạch nách trên những bệnh nhân có kết quả siêu âm hạch nách bình thường hoặc không nghi ngờ khả năng di căn bằng cách đối chiếu kết quả siêu âm hạch nách trước mổ và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Xác định một số yếu tố liên quan dự báo tình trạng di căn hạch nách của các bệnh nhân ung thư vú còn mổ được, nhất là lựa chọn bệnh nhân để sinh

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyên Tuấn

Email: trannguyentuan151097@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

thiết hạch gác cửa trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh cắt ngang bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn còn mổ được với kết quả siêu âm hạch nách bình thường hoặc nghi ngờ di căn. Điều trị bằng phương pháp cắt tuyến vú triệt căn biến đổi hoặc phẫu thuật bảo tồn kèm vét hạch nách tại Khoa Điều trị theo Yêu cầu Quán Sứ Bệnh viện K từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023. **Kết quả:** 105 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn còn mổ được có 3 trường hợp thể nội ống, 102 trường hợp ung thư vú xâm nhập. Trong 102 ca có 55.9% bệnh nhân u T1 (kích thước  $u \leq 2\text{cm}$ ) và 44.1% bệnh nhân u T2 ( $2\text{cm} < \text{kích thước } u \leq 5\text{cm}$ ). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 52.25. Đa số bệnh nhân là thể ống xâm nhập 88 trường hợp chiếm 86.7%. Số hạch trung bình vét được của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 15.2 hạch, nhiều nhất 29 hạch, ít nhất 6 hạch. Di căn hạch nách 30/105 bệnh nhân chiếm 28.6%. Tỷ lệ di căn hạch nách và số hạch nách di căn trung bình của nhóm bệnh nhân có kết quả siêu âm hạch nách trước mổ nghi ngờ và nhóm không thấy hạch nách bất thường lần lượt là (41.7%, 2.73 hạch) và (21.7%, 1.4 hạch). **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra rằng siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập và hiệu quả trong khảo sát tình trạng hạch nách trước mổ. Nghiên cứu cũng gợi ý trước khi thực hiện sinh thiết hạch gác cửa, nên chọc tế bào khi siêu âm phát hiện hạch nách trong điều trị phẫu thuật ung thư vú giai đoạn sớm. Có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch nách và số hạch nách di căn trung bình giữa 2 nhóm siêu âm có kết quả hạch nách nghi ngờ và nhóm không có hạch bất thường với mức ý nghĩa thống kê.

**Từ khóa:** Di căn hạch nách, còn mổ được, siêu âm hạch nách, ung thư vú.

## SUMMARY

### COMPARISON OF CLINICAL AXILLARY ULTRASOUND RESULTS VERSUS POST-OPERATIVE PATHOLOGY RESULTS IN BREAST CANCER SURGERY IN K HOSPITAL

**Background:** Breast cancer is considered as a systemic disease, especially in lymph nodes metastases stage, when treatment is multimodality. Axillary ultrasound is a crucial pre-operative workup for evaluation stages and first-choice treatment. In addition, ultrasound also plays an important role in choosing patient for sentinel-lymph nodes biopsy in early breast cancer. **Objectives:** This study evaluate rates of lymph nodes metastasis in patients with normal axillary lymph nodes ultrasound results by comparing ultrasound results and post-operative pathology results. In contemporary evaluating related factors forecasting lymph nodes metastasis in operable-breast cancer. **Methods:** Description of cross-sectional series of patients diagnosed as operable breast cancer which lymph nodes are normal or suspected of metastasis in ultrasound. Treatment is mastectomy or breast-conserving surgery with lymph node dissection, at Optimal Care Unit in K hospital from December 2022 to July 2023. **Results:** 105 breast cancer patients are diagnosed as operable stages, treated with mastectomy or breast-conserving

surgery, compared results of clinical axillary ultrasound versus post-operative pathology results. In which there are 3 patients diagnosed as intraductal carcinoma and 102 patients are invasive carcinoma. In 102 cases, rates of T1 and T2 stage are 55.9% and 44.1%, respectively. The average age is 52.25. The majority of tumor histopathology is invasive ductal carcinoma, 88 cases accounted for 86.7%. The average number of lymph nodes dissection is 15.2, at most of 29 and at least of 6. Lymph nodes metastasis represents in 30 patients, accounted for 28.6%. The rate of lymph nodes metastasis in normal clinical axillary lymph nodes ultrasound is 21.7%, appeared as average of 1.4 lymph nodes. That number in suspected ultrasound group are 41.7% and 2.73 lymph nodes. **Conclusions:** The study shows that ultrasound is a non-invasive and effective method in evaluation of preoperative lymph node staging. The study also recommend perform fine needle aspiration if ultrasound detect positive lymph nodes, before sentinel lymph nodes biopsy procedure. There are differences in rate and number of lymph nodes metastasis between normal and suspected ultrasound results, statistical significance.

**Keywords:** Axillary lymph node metastasis, resectable, axillary ultrasonography, breast cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là được coi là một bệnh lý toàn thân, đặc biệt khi hạch nách đã bị xâm lấn di căn, việc điều trị không còn là tại chỗ, tại vùng. Việc áp dụng một hay nhiều phương pháp điều trị là tùy thuộc vào mỗi trường hợp cụ thể.

Trước đây, kỹ thuật sờ nắn hạch được xem là một phương tiện chẩn đoán lâm sàng nhưng độ tin cậy không cao. Và trong hơn 2 thập kỷ qua, siêu âm đã được sử dụng như một công cụ chẩn đoán hiệu quả cao cùng với chỉ phí hiệu quả cho việc đánh giá hình thái hạch bạch huyết<sup>1</sup>.

Và thực tế, sinh thiết hạch bằng kim nhỏ (FNAB = Fine Needle Aspiration Biopsy hoặc FNAC = Fine Needle Aspiration Cytology) để đánh giá vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng để đánh giá mô - tế bào học trong nhóm bệnh lý hạch bạch huyết và siêu âm kết hợp với chọc hút kim nhỏ cho độ nhạy 98% và độ đặc hiệu 95%<sup>2</sup>.

Cắt tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn kèm vét hạch nách đã trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư vú giai đoạn còn mổ được. Tuy nhiên, có nguy cơ gây ra các biến chứng như mất cảm giác, giảm khả năng vận động của cánh tay và phù bạch huyết<sup>3</sup>. Trong những năm gần đây, sinh thiết hạch cửa đã trở thành phương pháp thay thế vét hạch nách thường quy ở những bệnh nhân ung thư vú không phát hiện hạch nách trên lâm sàng. Dù vậy, sinh thiết hạch cửa mất nhiều thời gian và đòi hỏi một nhóm đa chuyên khoa, điều này có

thể không khả thi. Đặc biệt khi nguồn lực trong điều kiện tại Việt Nam còn hạn chế. Hơn nữa, sinh thiết hạch cửa có tỷ lệ âm tính giả, tỷ lệ âm tính giả có thể lên đến 15 - 20% tùy theo nghiên cứu, có thể dẫn đến phẫu thuật lần thứ hai và tăng chi phí đáng kể cho người bệnh<sup>4</sup>. Chính vì vậy, việc xác định các yếu tố dự đoán di căn hạch nách sẽ tìm ra được nhóm nguy cơ di căn hạch nách thấp để tiến hành sinh thiết hạch cửa chọn lọc, đồng thời cũng hạn chế được mức độ phẫu thuật vét hạch nách và giảm các biến chứng. Bên cạnh đó, việc đánh giá giai đoạn bệnh trên lâm sàng để bác sĩ quyết định chuyển phẫu thuật hay hóa trị bổ trợ trước, điều trị cho phù hợp cũng là một thực tế trên thực hành lâm sàng, trong khi một số yếu tố bao gồm xét nghiệm mô học, độ mô học, xâm lấn mạch bạch huyết, tình trạng thụ thể estrogen và progesterone (ER và PR), và bộc lộ HER-2 đã được xác định trong các nghiên cứu khác nhau như là những yếu tố dự báo di căn hạch nách được nêu ra nhưng tại các phòng khám còn chưa thực sự đầy đủ. Chúng tôi tiến hành đề tài: *Đối chiếu kết quả siêu âm hạch nách với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ trong phẫu thuật ung thư vú giai đoạn còn mổ được tại Bệnh viện K*. Mục đích nghiên cứu này là để đánh giá tỷ lệ di căn hạch nách trên những bệnh nhân có kết quả siêu âm hạch nách bình thường hoặc không nghi ngờ khả năng di căn, được phẫu thuật tại khoa Điều trị yêu cầu Bệnh viện K bằng cách đối chiếu giữa kết quả siêu âm hạch nách trước mổ với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ và xác định các yếu tố liên quan dự báo tình trạng di căn hạch nách của các bệnh nhân UTV giai đoạn còn mổ được, để từ đó các bác sĩ lâm sàng lựa chọn được các phương pháp cụ thể trên từng cá thể hóa điều trị trong thực hành lâm sàng.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng:** Bệnh nhân ung thư vú giai đoạn còn mổ được.

**2.2. Phương pháp:** Mô tả cắt ngang loạt ca bệnh từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023 tại Khoa Điều trị theo yêu cầu Quán sứ Bệnh viện K.

**2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân nữ, được chẩn đoán ung thư vú, giai đoạn còn mổ được theo AJCC 2017. Được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn hoặc phẫu thuật bảo tồn + vét hạch nách. Siêu âm hố nách không thấy hạch bất thường hoặc có hạch nách nghi ngờ.

**2.4. Tiêu chuẩn loại trừ:** Đã được hóa chất, xạ trị trước phẫu thuật, đã phẫu thuật hay

can thiệp trước đó vùng hố nách, tay hai bên. U vú hoặc hạch nách đã được phẫu thuật hay sinh thiết trước khi siêu âm đánh giá. Ung thư vú tái phát, ung thư vú giai đoạn tiến triển, ung thư vú nam, ung thư vú liên quan thai kỳ

**2.5. Đánh giá hạch nách trên siêu âm:**

Định nghĩa về các hạch nách được coi là nghi ngờ di căn trên siêu âm được xác định khi có một trong các tiêu chuẩn sau: Đường kính trục ngắn của hạch > 10mm, mất cấu trúc mỡ rốn hạch, vỏ hạch có tính chất không đồng nhất, hạch hình thái tròn, vỏ hạch dày ≥3mm hoặc không đo được do mất rốn hạch. Các hạch nghi ngờ dương tính thường được lấy mẫu bằng phương pháp chọc hút kim nhỏ có hướng dẫn của siêu âm (US-FNA) để xác định sự hiện diện của di căn.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong số 105 bệnh nhân (BN) được chọn vào nghiên cứu có 3 trường hợp thể nội ống, 102 trường hợp ung thư vú xâm nhập. Trong 102 ca có 57 bệnh nhân u T1 và 45 bệnh nhân u T2. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 52.25 tuổi, lớn nhất 86 tuổi, bé nhất 28 tuổi. Đa số bệnh nhân là thể ống xâm nhập, 88 trường hợp chiếm 86.7 %. Trong đó phần lớn khối u có độ mô học II, 51 trường hợp chiếm 48.6%. Bệnh nhân có ER (+)/ Her-2(-) chiếm 71/105 trường hợp, nhóm Her-2(+) chiếm 26/105 bệnh nhân (24.8%), đặc biệt có 6 trường hợp thuộc nhóm bộ ba âm tính (TNBC).

Số hạch trung bình vét được của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 15.2 hạch, nhiều nhất 29 hạch, ít nhất 6 hạch. Di căn hạch nách 30/105 bệnh nhân chiếm 28.6%. Trong số đó có 24 bệnh nhân di căn từ 1 đến 3 hạch, 6 bệnh nhân di căn từ 4 hạch trở lên, đặc biệt trong đó có 2 bệnh nhân di căn 5 hạch. Liên quan đến đặc điểm hạch nách trên siêu âm và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Trong số 36 trường hợp có kết quả siêu âm hạch nách nghi ngờ có 15 trường hợp có di căn hạch nách, trung bình 2.73 hạch, số hạch di căn nhiều nhất 5 hạch, ít nhất 1 hạch. Có 15/69 trường hợp có di căn hạch nách sau mổ dù trước mổ siêu âm thấy hố nách không có hạch bất thường, trung bình di căn 1.4 hạch, nhiều nhất 3 hạch, ít nhất 1 hạch.

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=105)		Tỷ lệ %
Kích thước u	Tis	3	2.9
	T1	57	54.3

	T2	45	42.8
<b>Siêu âm hạch nách</b>	Âm tính	69	65.7
	Nghi ngờ	36	34.3
<b>Số hạch vét được</b>	Trung bình	15.2 (khoảng 6 – 29 hạch)	100
<b>Kết quả hạch nách</b>	Di căn	30	28.6
	Không	75	71.4
<b>Giai đoạn hạch</b>	pN0	75	71.4
	pN1	24	22.9
	pN2	6	5.7
<b>Độ mô học</b>	I	18	17.1
	II	51	48.6
	III	36	34.3

<b>Hóa mô miễn dịch</b>			
<b>ER</b>	Âm tính	14	13.3
	Dương tính	89	84.8
<b>PR</b>	Âm tính	20	19.0
	Dương tính	83	79.0
<b>Her2</b>	Âm tính	77	73.3
	Dương tính	26	24.8
<b>Ki67%</b>	Thấp (<20%)	7	6.7
	Cao (>20%)	96	91.4

**Nhận xét:** Tỷ lệ kết quả siêu âm hạch nách nghi ngờ là 34.3%. Tỷ lệ di căn hạch nách trong nghiên cứu này là 28.6%.

**Bảng 2. Một số yếu tố liên quan tình trạng di căn hạch nách trên giải phẫu bệnh**

		<b>Kết quả hạch nách</b>				<b>Tổng</b>		<b>P</b>
		<b>Dương tính</b>		<b>Âm tính</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>			
<b>Tuổi</b>	< 40	6	37.5	10	62.5	16	15.2	0.581
	40 - 49	9	31.0	20	69	29	27.6	
	≥50	15	25.0	45	75	60	57.1	
<b>Vị trí u</b>	¼ trên ngoài	16	25.4	47	74.6	63	60.0	0.133
	¼ dưới ngoài	7	43.8	9	56.3	16	15.2	
	¼ dưới trong	0	00.0	7	100.0	19	18.1	
	¼ trên trong	7	36.8	12	63.2	7	6.7	
<b>T</b>	Tis	0	00.0	3	100.0	3	2.8	0.589
	T1	18	31.6	39	68.4	57	54.3	
	T2	12	26.7	33	73.3	45	42.9	
<b>Độ mô học</b>	I	4	22.2	14	77.8	18	17.1	0.563
	II	17	33.3	34	66.7	51	48.6	
	III	9	25.0	27	75.0	36	34.3	
<b>Xâm nhập mạch</b>	Có	24	63.2	14	36.8	38	36.2	0.00
	Không	6	9.0	61	91.0	67	63.8	
<b>Xâm nhập TK</b>	Có	9	45.0	11	55.0	20	19.0	0.071
	Không	21	24.7	64	75.3	85	81.0	
<b>XN mạch + TK</b>	Có	9	69.2	4	30.8	13	12.4	0.01
	Không	21	22.8	71	77.2	92	87.6	

**Nhận xét:** Tình trạng u xâm nhập mạch là yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch nách với mức ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3. Đối chiếu kết quả siêu âm và kết quả giải phẫu bệnh hạch nách sau mổ**

<b>Kết quả</b>		<b>GBP hạch nách</b>				<b>Tổng</b>		<b>P</b>
		<b>Dương tính</b>		<b>Âm tính</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>			
<b>Siêu âm hạch nách</b>	Âm tính	15	21.7	54	78.3	69	65.7	0.032
	Nghi ngờ	15	41.7	21	58.3	36	34.3	

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa kết quả siêu âm hạch nách và kết quả giải phẫu bệnh hạch nách sau mổ.

#### IV. BÀN LUẬN

Di căn hạch nách là một yếu tố giúp đánh giá giai đoạn, tiên lượng và quyết định phương pháp điều trị trong ung thư vú. Siêu âm khảo sát hố nách nhằm tìm và mô tả các đặc điểm của các nhóm hạch nách cũng rất quan trọng trong

tiên đoán khả năng di căn hạch nách, góp phần xếp giai đoạn lâm sàng hữu ích để định hướng cho việc điều trị ban đầu là rất quan trọng. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình là 52.25, tuổi nhỏ nhất là 28, tuổi lớn nhất là 86. Nhóm tuổi từ 44 - 54 chiếm tỷ lệ cao nhất (33.3%). Lê Hồng Quang (2012) nghiên cứu 170 bệnh nhân cũng cho thấy tuổi trung bình 51.53 và nhóm tuổi mắc cao nhất là 45 - 54. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch nách ở

nhóm tuổi dưới 40 là 37.5% và giảm dần xuống còn 25% ở nhóm từ 60 đến 69 tuổi và tăng sau 70 tuổi (33.3%). Sự khác biệt về tỉ lệ di căn hạch nách giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê. Theo Vũ Hồng Thăng (1999) nghiên cứu về mối liên quan giữa tuổi và tình trạng di căn hạch cho thấy. Tỷ lệ di căn giảm dần theo tuổi với nhóm tuổi < 40 có tỷ lệ di căn là 66.7%, và giảm dần xuống 48.5% ở nhóm tuổi >50, tuy nhiên sự khác nhau về di căn hạch theo các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ).

U ở vị trí 1/4 trên ngoài thường gặp nhất chiếm (60%), 1/4 trên trong (18.1%), 1/4 dưới ngoài (15.2%), 1/4 dưới trong (6.7%). Các nghiên cứu trước đây ở trong và ngoài nước cũng có kết quả tương tự.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng di căn hạch nách với khối u T1 là (31.6%), u T2 tỷ lệ di căn hạch là (26.7%). Theo Lê Hồng Quang (2022) nghiên cứu trên 296 bệnh nhân thấy những bệnh nhân có khối u T2 (>2cm) có tỷ lệ di căn hạch nách là 44.3% cao hơn các khối u T1 là 31.9%, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.083^5$ . Lý do có sự khác nhau này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu 105 chưa đủ lớn. Số hạch phẫu tích được nhiều nhất là 29, ít nhất 6 hạch, số hạch phẫu tích trung bình 15.2 hạch. Theo Huỳnh Quang Khánh (2022) số hạch phẫu tích ít nhất là 7, nhiều nhất là 30 và trung bình là 12.2 hạch<sup>6</sup>.

Tỷ lệ hạch di căn N1 (1 - 3 hạch) chiếm 22.9%, N2 là 5.7%. Tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu ở Việt Nam trước đây như Nguyễn Đỗ Thùy Giang (2008) là 40.1%. Trong 38.5% bệnh nhân di căn hạch nách, có 9.1% di căn hạch N2 và 3% di căn hạch N3<sup>7</sup>. Kết quả này một phần được lý giải dựa vào những tiến bộ của siêu âm trong khảo sát hạch hố nách trước mổ. Tình trạng di căn hạch nách được coi là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất liên quan đến tỷ lệ tái phát và sống thêm.

Đối chiếu kết quả siêu âm hạch nách trước mổ và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy trong số 36 trường hợp có kết quả siêu âm hạch nách nghi ngờ có 41.7% trường hợp có di căn hạch nách. Có 15/69 chiếm 21.7% trường hợp có di căn hạch nách sau mổ dù trước mổ siêu âm thấy hố nách không có hạch bất thường. Sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch nách giữa 2 nhóm siêu âm có hạch nách nghi ngờ và nhóm không thấy hạch nách bất thường là khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị P value 0.032 ( $< 0.05$ ).

Sự khác biệt về trung bình số hạch nách di căn ở những bệnh nhân có di căn hạch nách

giữa 2 nhóm siêu âm có hạch nách nghi ngờ trung bình là 2.73 hạch và nhóm không thấy hạch nách bất thường trung bình là 1.4 hạch là khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị P value 0.04 ( $< 0.05$ ). Ba đặc điểm có giá trị dự báo âm tính khá cao là: trục ngắn của hạch (S) >10mm (74.2%, 66/89), mất cấu trúc rốn hạch (73.9%, 68/92), vỏ hạch dày hoặc không đồng nhất chiếm (76.5%, 62/81). Giải thích cho vấn đề này là nhờ những tiến bộ trong ứng dụng siêu âm để khảo sát tình trạng di căn hạch nách trước phẫu thuật. Đồng thời những trường hợp có hạch nách nghi ngờ trên siêu âm đã được chúng tôi tiến hành chọc hút tế bào bằng kim nhỏ. Những trường hợp kết quả dương tính đã loại ra khỏi đối tượng nghiên cứu, nhờ đó làm giảm tỷ lệ hạch di căn sau mổ ở nhóm đối tượng này trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu tiến cứu trong nước tương tự, mô tả đặc điểm siêu âm hạch nách của 422 trường hợp mắc ung thư vú tại Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM từ tháng 11 năm 2012 đến tháng 04 năm 2013, Huỳnh Thị Đỗ Quyên và cộng sự (2014) nhận thấy: 181 trường hợp hạch nách di căn (43%), 241 trường hợp không di căn (57%)<sup>8</sup>. Có sự khác biệt giữa hai nhóm hạch nách có và không có di căn về các đặc điểm hình ảnh siêu âm có ý nghĩa thống kê.

Siêu âm hố nách hiện đang là phương thức hình ảnh không xâm lấn được sử dụng phổ biến nhất để đánh giá vùng nách trong ung thư vú. Giống như trong khảo sát các bệnh lý khác, siêu âm bị giới hạn bởi yếu tố chủ quan phụ thuộc của người siêu âm. Ngoài thông tin hình thái học, siêu âm đóng một vai trò quan trọng trong việc hướng dẫn sinh thiết các hạch nghi ngờ. Chọc hút hạch bằng kim nhỏ là một thủ thuật chi phí thấp và xâm lấn tối thiểu với độ đặc hiệu cao, nhưng có nguy cơ phát hiện âm tính giả vì khả năng lấy mẫu bệnh phẩm hạn chế. Một phân tích tổng hợp của sinh thiết chọc hút kim nhỏ có hướng dẫn siêu âm trước phẫu thuật của các hạch nách trong ung thư vú xâm lấn cho thấy độ nhạy là 80% (khoảng tin cậy 95%: 74%, 84%), độ đặc hiệu là 98% (KTC 95%: 97%, 99%), và giá trị tiên đoán dương tính là 97% (KTC 95%: 95%, 98%)<sup>9</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Nhờ ứng dụng những tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp X-quang và cộng hưởng từ tuyến vú đã giúp làm tăng tỷ lệ phát hiện và chẩn đoán UTV ở giai đoạn sớm, đặc biệt là những tổn thương ác tính mà không sờ thấy trên lâm sàng. Siêu âm

vú là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không thể thiếu để đánh giá không những tổ thương ở vú mà còn là phương thức hình ảnh không xâm lấn được sử dụng phổ biến nhất để đánh giá tình trạng hạch vùng. Kết hợp với thăm khám lâm sàng và chọc hút hạch nách bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm đã tạo thành bộ công cụ khảo sát tình trạng di căn hạch nách trước mổ, giúp cho việc thực hiện kỹ thuật sinh thiết hạch gác cửa đạt hiệu quả cao nhất trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm.

Qua nghiên cứu của chúng tôi trên 105 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn còn mổ được cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ di căn hạch nách cũng như số hạch nách di căn trung bình giữa 2 nhóm đối tượng có kết quả siêu âm hạch nách bình thường và nhóm có kết quả hạch nách nghi ngờ. Nghiên cứu cũng gợi ý trước khi thực hiện sinh thiết hạch gác cửa, nên chọc tế bào khi siêu âm phát hiện hạch nách trong điều trị phẫu thuật ung thư vú giai đoạn sớm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cuamani-Mitznahuatl G, Rocha-González HI, Flores-Balcázar CH, et al.** Effectiveness of ultrasound in the detection of axillary metastasis in patients with breast cancer without clinical evidence of axillary disease: Clinical impact. *Rev Senol Patol Mamar.* 2021; 34(3):140-147. doi:10.1016/j.senol.2020.07.007.
2. **García Fernández A, Fraile M, Giménez N, et al.** Use of Axillary Ultrasound, Ultrasound-Fine

- Needle Aspiration Biopsy and Magnetic Resonance Imaging in the Preoperative Triage of Breast Cancer Patients Considered for Sentinel Node Biopsy. *Ultrasound in Medicine & Biology.* 2011; 37(1):16-22. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2010.10.011.
3. **Al-Hilli Z, Wilkerson A.** Breast Surgery: Management of Postoperative Complications Following Operations for Breast Cancer. *Surgical Clinics of North America.* 2021; 101(5):845-863. doi:10.1016/j.suc.2021.06.014.
4. **Deurloo EE, Tanis PJ, Gilhuijs KGA, et al.** Reduction in the number of sentinel lymph node procedures by preoperative ultrasonography of the axilla in breast cancer. *European Journal of Cancer.* 2003; 39(8):1068-1073. doi:10.1016/S0959-8049(02)00748-7.
5. **Lê HQ, Đào MT.** đánh giá tình trạng di căn hạch nách và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I – IIIA tại bệnh viện K. *VMJ.* 2022; 512(2). doi:10.51298/vmj.v51i2.2273.
6. **Huỳnh QK, Phan VHH, Nguyễn VK.** Đánh giá di căn hạch nách trong ung thư vú giai đoạn I-II (ct1-3N0M0) tại đơn vị tuyến vú Bệnh viện Chợ Rẫy. *VMJ.* 2022; 513(2). doi:10.51298/vmj.v51i2.2493.
7. **Nguyễn Đỗ Thùy Giang, Nguyễn Chân Hùng, Trần Văn Thiệp và cs** (2008). Khảo sát tỉ lệ di căn hạch nách trong ung thư vú giai đoạn I-II. *Tạp chí Y Học TP.HCM, tập 12, phụ bản 4, chuyên đề ung bướu học, tr.282-290.*
8. **Huỳnh Thị Đỗ Quyên và CS** (2014) Giá trị tiên đoán dương các đặc điểm hình ảnh siêu âm hạch nách trên bệnh nhân ung thư vú. *Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 18 Phụ bản của Số 1 2014.*
9. **Whitman GJ, Lu TJ, Adejolu M, Krishnamurthy S, Sheppard D.** Lymph Node Sonography. *Ultrasound Clinics.* 2011; 6(3):369-380. doi:10.1016/j.cult.2011.05.005

## SUY CẦU NỔI ĐỘNG – TĨNH MẠCH DỪNG CHẠY THẬN CHU KỲ SỰ PHỨC TẠP VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ

Nguyễn Đỗ Nhân<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Tân<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân biến chứng suy cầu nối động-tĩnh mạch dùng chạy thận chu kỳ; Kết quả xử trí ngoại khoa. **Đối tượng, phương pháp:** hồi cứu mô tả loạt ca suy cầu nối được phẫu thuật tại bệnh viện Thống Nhất, từ 01/2018 đến 01/2023. **Kết quả:** 46 bệnh nhân, tỉ lệ nam nữ 1,19/1. Trước phẫu thuật: suy cầu nối nguyên phát (11), thứ phát (35). Thời gian phẫu thuật trung bình 98,8 + 45 phút. Kết quả tốt ra viện (31), sau 12 tháng (24). Biến chứng: bỏ cầu nối tạo

mới (2), tử vong do suy thận cấp (1), tắc cầu nối (06), hẹp miệng nối (05), lưu lượng cao (02), chảy máu (05), nhiễm trùng (06). **Kết luận:** suy cầu nối thứ phát chiếm đa số. Biến chứng và kết quả phẫu thuật phụ thuộc nhiều yếu tố: vị trí, mạch và miệng nối, theo dõi và phát hiện tắc cầu nối sớm sau phẫu thuật. Kết quả sau phẫu thuật tốt. Tỉ lệ biến chứng tương tự nghiên cứu khác.

**Từ khoá:** phẫu thuật mạch máu, suy cầu nối

#### SUMMARY

#### FAILURE OF ARTERIOVENOUS SHUNTING FOR HAEMODIALYSIS – COMPLICATIONS AND SURGERY RESULTS

**Objectives:** Clinical, laboratory characteristics of patients with complications of arteriovenous bridge failure using dialysis; Results of surgical management.

**Methodology:** Retrospective, descriptive study on Cases of bridge failure were operated at Thong Nhat

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất – TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Nhân

Email: bsnguyendonhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024