

Hội thảo hàng năm Phòng chống Ung thư TP. Hồ Chí Minh lần thứ 27

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH NÁCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN T1,T2 TẠI BV K CƠ SỞ 2

Nguyễn Quang Anh¹, Phạm Tuấn Đạt¹,
1. Bệnh viện K

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú thường di căn hạch nách sớm, ngay cả khi u nhỏ. Đây vẫn là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất đối với nguy cơ tái phát và khả năng sống thêm ở bệnh nhân UTV xâm lấn. Vì vậy đánh giá nguy cơ di căn hạch trước điều trị là quan trọng, giúp cho việc điều trị, tiên lượng, từ đó tìm hiểu các chiến lược khác nhau để giảm tai biến liên quan đến phẫu thuật nạo hạch ở bệnh nhân ung thư vú.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đánh giá tình trạng di căn hạch nách trên 71 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn T1,T2 được phẫu thuật cắt tuyến vú hoặc bảo tồn có vét hạch nách tại bệnh viện K cơ sở 2 từ tháng 09/2023 đến tháng 6/2024.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 71 bệnh nhân được chẩn đoán UTV giai đoạn T1, T2 được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 09/2023 đến tháng 06/2024.

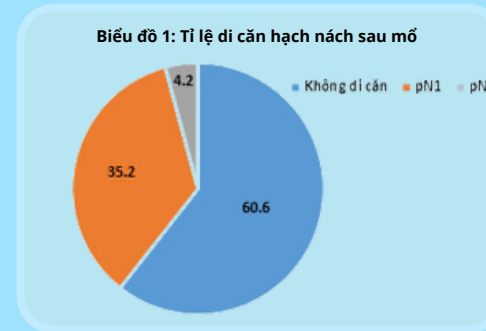
Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân nữ, được chẩn đoán UTV, giai đoạn T1, T2 theo AJCC 2017.
- Được PT cắt tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn + vét hạch nách.
- Có kết quả mô bệnh học sau mổ khẳng định ung thư biểu mô tuyến vú theo phân loại của WHO 2019.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã được điều trị hoá chất, tia xạ trước phẫu thuật.
- Đã can thiệp trước đó vào vùng nách.
- UTV liên quan đến thai kỳ, ung thư vú hai bên, ung thư vú tái phát, hoặc kèm bệnh ung thư khác.

KẾT QUẢ



Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch nách là 39.4%, trong đó 35.2% di căn 1-3 hạch, 4.2% có di căn từ 4 hạch trở lên.

Bảng 1: Kết quả di căn hạch nách theo tình trạng hạch nách trên siêu âm

TÌNH TRẠNG HẠCH LÂM SÀNG	pN(-)	pN(+)	Tổng
cN(-)	35 74.5%	12 25.5%	47 100%
cN(+)	8 33.3%	16 66.7%	24 100%
Tổng bệnh nhân	43	28	71

Nhận xét: Đánh giá di căn hạch nách bằng siêu âm có độ nhạy = 16/28 (57%); độ đặc hiệu = 35/43 (81.4%), tỉ lệ âm tính giả 33.3%

Bảng 2. Tình trạng di căn hạch và một số yếu tố liên quan

		DI CĂN HẠCH		TỔNG	P
		pN(-)	pN(+)		
KÍCH THƯỚC	<2cm	61,2%	38,9%	50,7%	0.924
	2- <=5 cm	60,0%	40,0%	49,30%	
THỂ GPB	NST	61,2%	38,8%	94,40%	0.644
	Tiểu thùy XN	50,0%	50,0%	5,60%	
ĐỘ MÔ HỌC	I	100,0%	0,0%	1,40%	0.676
	II	59,4%	40,6%	90,10%	
	III	66,7%	33,3%	8,50%	
ER	Âm tính	53,8%	46,2%	36,60%	0.379
	Dương tính	64,4%	35,6%	63,40%	
PR	Âm tính	58,8%	41,2%	47,90%	0.085
	Dương tính	62,2%	37,8%	52,10%	
HER	Âm tính	68,6%	31,4%	71,80%	0.026
	Dương tính	40,0%	60,0%	28,20%	

Nhận xét: Tình trạng bộc lộ quá mức HER2-Neu là yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách có ý nghĩa thống kê (p=0.026)

BÀN LUẬN

- Tỷ lệ di căn hạch nách trong nhóm bệnh nhân ung thư vú giai đoạn T1,T2 là 39.4%, tương đương với các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam. ³⁻⁴ Trong đó, 25 bệnh nhân có di căn hạch N1 chiếm 35.2%, 3 bệnh nhân di căn hạch N2 chiếm 4.2%. Đánh giá tình trạng di căn hạch trước mổ bằng siêu âm đem lại kết quả với độ nhạy thấp (57%), tỉ lệ âm tính giả cao 33.3%, Đặc điểm này phù hợp với các nghiên cứu trước đây và việc xác định các yếu tố ảnh hưởng để dự đoán tình trạng di căn hạch là rất cần thiết.
- Kích thước khối u đã được chứng minh là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch trong các nghiên cứu trước đây, kích thước u càng lớn tỉ lệ di căn hạch càng cao. ^{4,6} Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân T2 (u>2cm) có tỉ lệ di căn hạch là 40%, cao hơn nhóm bệnh nhân T1 với tỉ lệ di căn hạch 38.9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p= 0.924.
- Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ di căn hạch ở nhóm HER2 dương tính là 60%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân HER2 âm tính là 31.4% với p= 0.026. Tình trạng thụ thể nội tiết ER,PR, tỉ lệ ki 67 chưa phải là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách trong nghiên cứu của chúng tôi.

KẾT LUẬN

Ung thư vú thường di căn hạch nách, kể cả khi u có kích thước nhỏ. Tỷ lệ di căn hạch nách trên các bệnh nhân UTV giai đoạn T1,T2 là 39.4%. Chẩn đoán lâm sàng trước mổ có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp. Bác sĩ lâm sàng cần có thái độ cẩn trọng trong đánh giá, lựa chọn phương án điều trị ở nhóm bệnh nhân trên.

REFERENCES

- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018;68(6):394-424.
- Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, et al. Locoregional Recurrence after Sentinel Lymph Node Dissection with or without Axillary Dissection in Patients with Sentinel Lymph Node Metastases: The American College of Surgeons Oncology Group Z0011 Randomized Trial. Ann Surg. 2010;252(3):426-433.
- 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. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2273/2081>
- Chua B, Ung O, Taylor R, Boyages J. Frequency and predictors of axillary lymph node metastases in invasive breast cancer. ANZ Journal of Surgery. 2001;71(12):723-728.