

# ỨNG DỤNG KỸ THUẬT ĐẶT MARKER DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM ĐỂ ĐỊNH VỊ HẠCH NÁCH TRONG UNG THƯ VÚ

Lã Thị Tiêm<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Hương<sup>1</sup>, Lê Ngọc Mây<sup>1</sup>, Đặng Thị Ngọc Anh<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị tân bổ trợ (NAC) đã trở thành tiêu chuẩn cho ung thư vú (UTV) tiến triển tại chỗ và giai đoạn sớm (I-II), nhằm thu nhỏ phạm vi phẫu thuật, tăng khả năng bảo tồn vú và giảm nguy cơ vét hạch nách (ALND) triệt căn ở những bệnh nhân đáp ứng tốt.

Với bệnh nhân có hạch nách dương tính chuyển thành âm tính sau NAC, ALND có thể được tránh khi sinh thiết hạch cửa (SLNB) âm tính mà không ảnh hưởng đến tiên lượng.

Tuy nhiên, tỷ lệ FNR trong SLNB sau NAC thường cao hơn mức cho phép trong các nghiên cứu ACOSOG Z1071, SENTINA, SN FNAC (1,2,3,4), gây lo ngại về khả năng quản lý lâm sàng. Để giảm FNR, SLNB kết hợp với lấy hạch di căn có đặt marker (hạch mục tiêu) đã được đề xuất. Kỹ thuật này đã được chứng minh có thể giảm FNR xuống thậm chí còn 2% trong một số nghiên cứu (4,5,7).

Nghiên cứu này giới thiệu kỹ thuật: **Đặt marker dưới hướng dẫn của siêu âm để định vị hạch nách** như một giải pháp tiềm năng để quản lý chính xác hạch nách ở bệnh nhân UTV.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** Nghiên cứu trình bày 01 ca bệnh ung thư vú giai đoạn IB có di căn hạch nách, chỉ định điều trị hoá chất tân bổ trợ, được đặt marker vào u vú và hạch nách di căn

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**Mô tả ca bệnh**

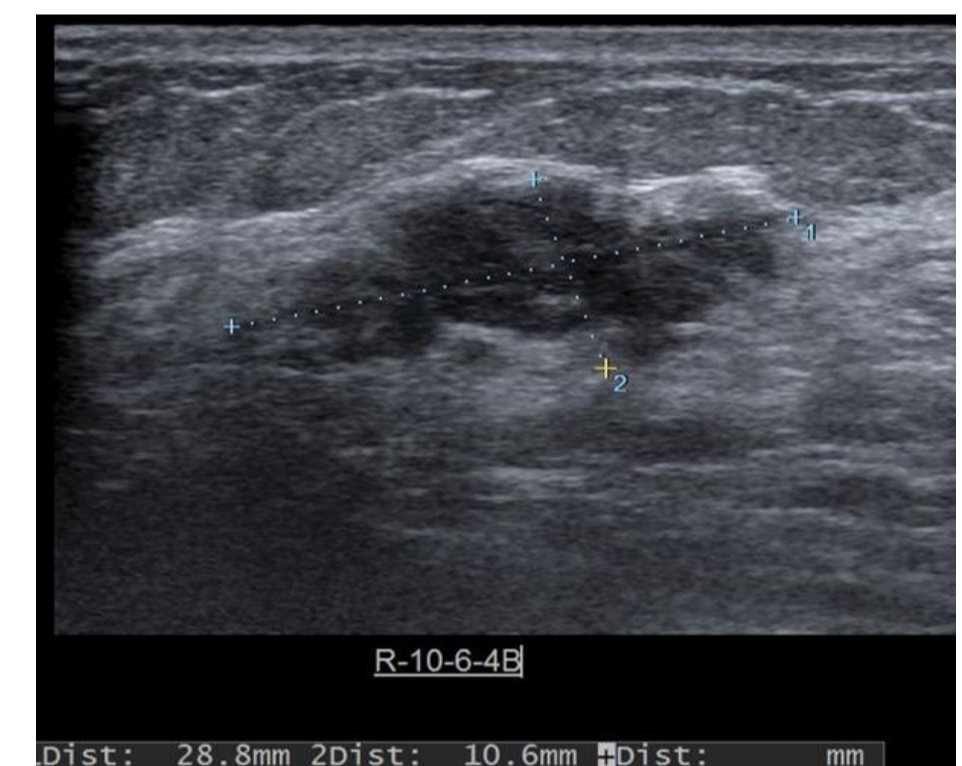
- Bệnh nhân nữ, 40 tuổi, PARA 1001, không có tiền sử bản thân và gia đình liên quan, đi khám vì tự sờ thấy khối ở vú phải

**- Khám lâm sàng:**

- Toàn trạng ổn định, chỉ số PS = 0
- Vú phải: vị trí 10h cách núm vú 6cm, có khối kích thước **2,5 x 1,5 cm**, không xâm lấn bề mặt da, không tiết dịch núm vú.
- Hạch nách hai bên: không sờ thấy.

**- Siêu âm vú:**

- Vú phải: Vị trí 10h cách núm vú 6cm, có khối giảm âm, bờ thùy mũi nhọn, kích thước **16.2 x 9.2 x 24.3mm** (hình 1).
- Vùng hố nách có vài hạch, hạch lớn nhất vỏ hạch dày 2,8mm, kích thước **15 x 7.3mm**, còn cấu trúc rốn hạch (hình 2).

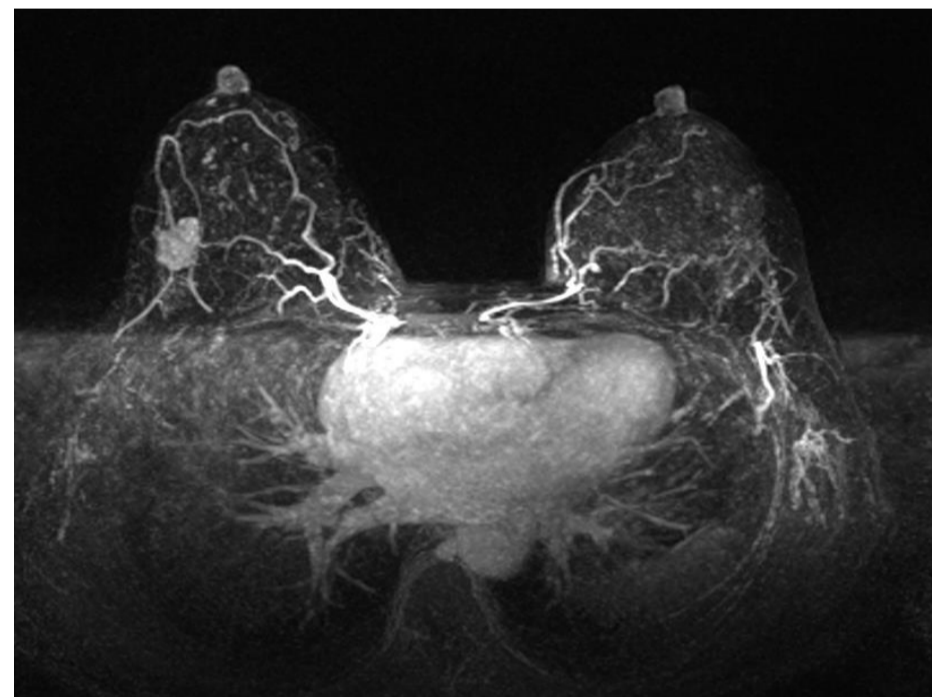


**Hình 1:** Khối giảm âm vú phải BIRADS 4B

**Hình 2:** Hạch nách phải, cN1

**- MRI vú:**

Vú phải: Vị trí 10h cách núm vú 65mm, cách bề mặt da 9 mm, cách cơ ngực lớn 20 mm, có khối ngấm thuốc kích thước **14.4x25x19mm** (hình 3).



**Hình 3:** khối giảm âm vú phải BIRADS 4B, cT2

**- Mô bệnh học và hoá mô miễn dịch sinh thiết kim lõi u vị trí 10h vú phải:**

- Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập, tít không đặc biệt, độ mô học III (9 điểm)
- ER dương tính 80%; PR dương tính 40%; HER2 dương tính (3 điểm); Ki67 dương tính khoảng 60%

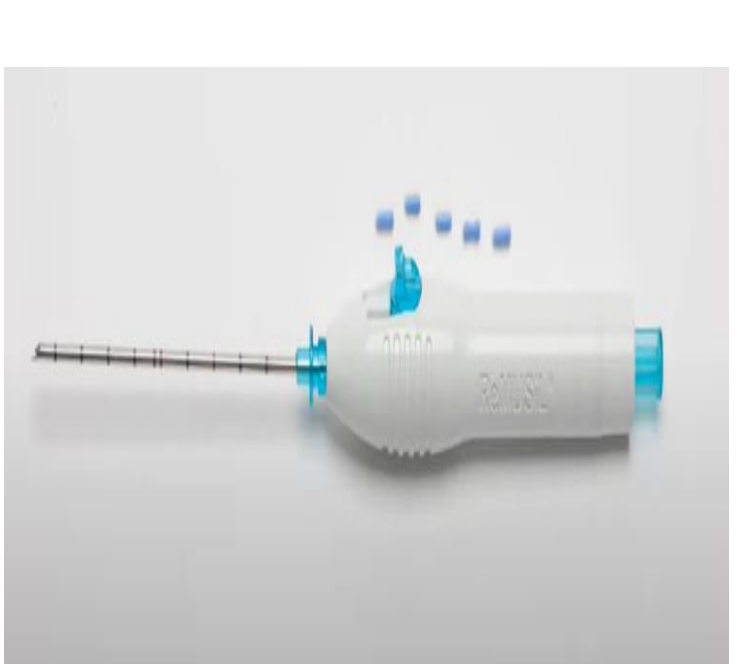
**- FNA hạch nách phải:** Ung thư biểu mô di căn hạch

**- PET/CT và MRI não:** Không phát hiện hình ảnh di căn xa

**- Chẩn đoán: Ung thư vú phải cT2N1M0 giai đoạn IB (theo AJCC 8th)**

**- Điều trị:**

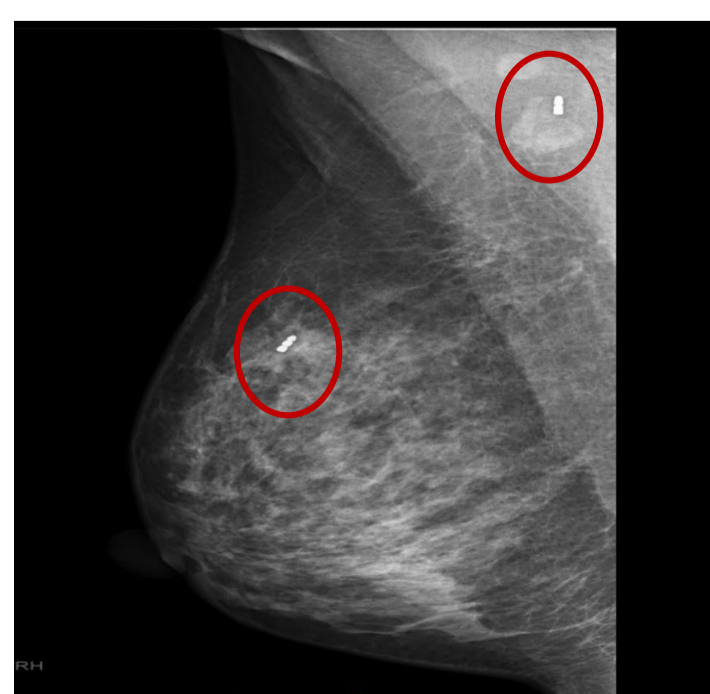
1. Trước NAC, người bệnh được đặt marker định vị u vú phải + hạch nách phải đã FNA dương tính (hạch mục tiêu) dưới hướng dẫn siêu âm (hình 4.1, 4.2, 4.3). Thủ thuật thực hiện tại phòng Can thiệp, bệnh nhân được gây tê tại chỗ. Đưa marker (chất liệu bằng silicon, kích thước 3-5mm) vào u vú và hạch mục tiêu. Thời gian đặt marker mất khoảng 2-3 phút. Có thể tiến hành ngay trước khi truyền hoá chất hoặc trước đó vài ngày.



**Hình 4.1:** Dụng cụ đặt marker vú

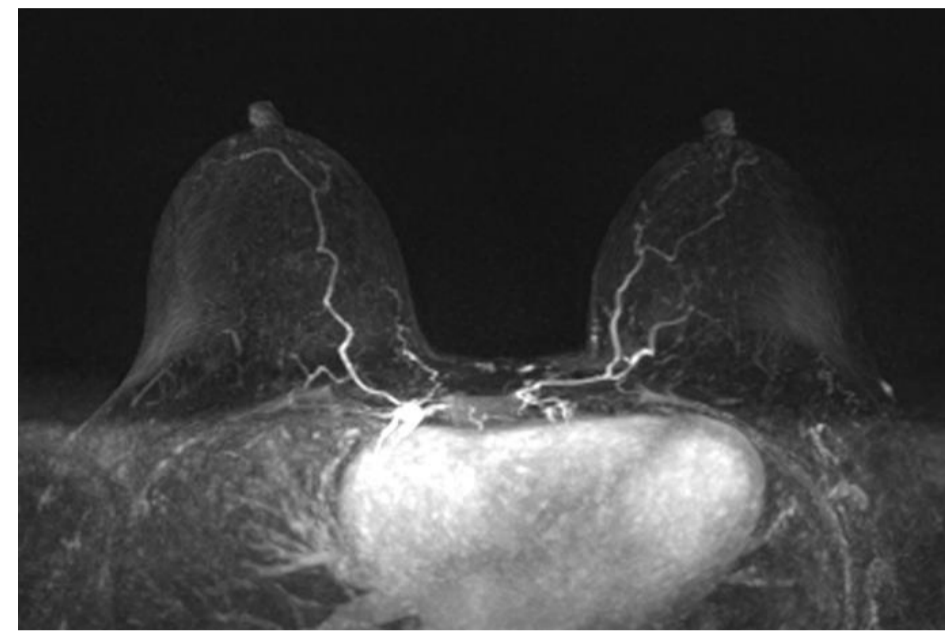


**Hình 4.2:** Đặt marker vào vỏ hạch dưới hướng dẫn của siêu âm

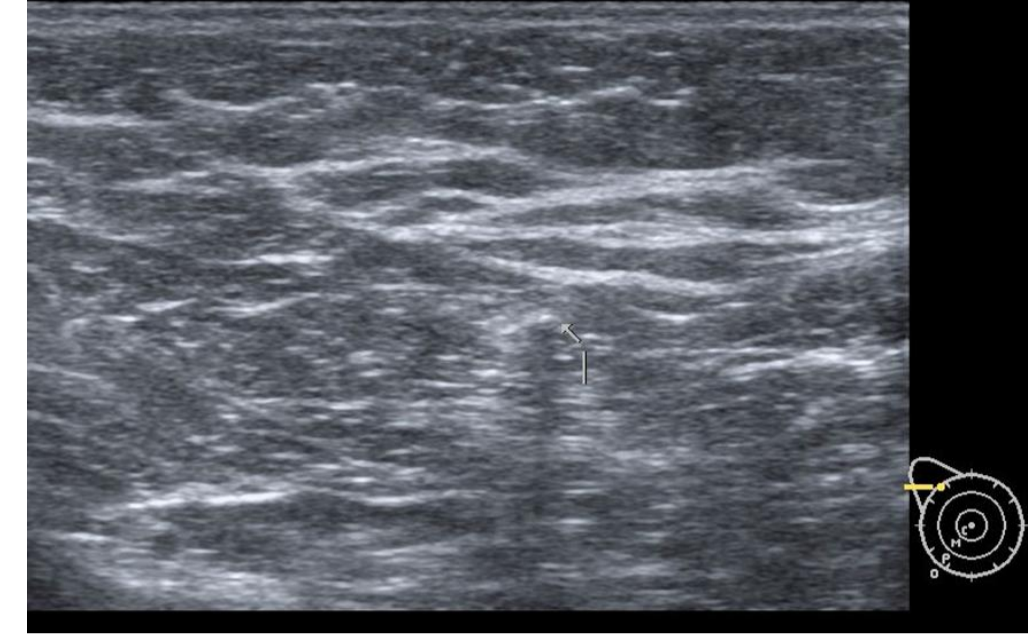


**Hình 4.3:** Hình ảnh marker tại vú và hạch nách sau đặt

2. Điều trị NAC, phác đồ TCHP x 6 chu kỳ (Docetaxel, Carboplatin, Trastuzumab, Pertuzumab).  
Đánh giá sau kết thúc NAC: đáp ứng hoàn toàn về mặt hình ảnh (hình 5.1, 5.2).

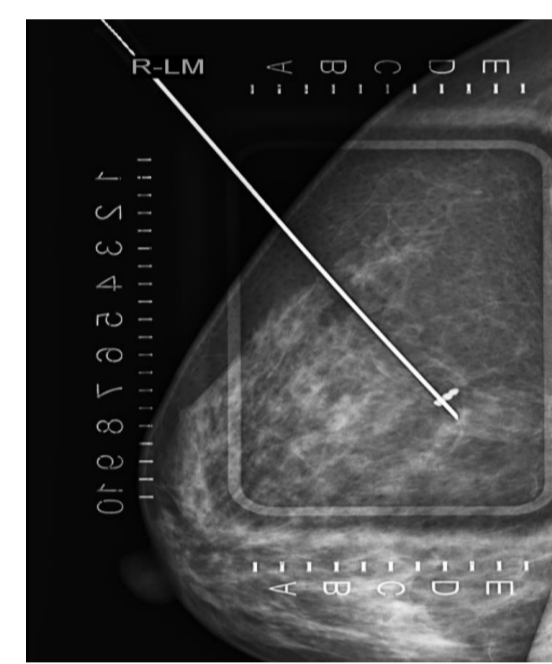


**Hình 5.1:** U vú phải đáp ứng hoàn toàn điều trị tân bổ trợ trên ảnh chụp MRI vú, ycT0

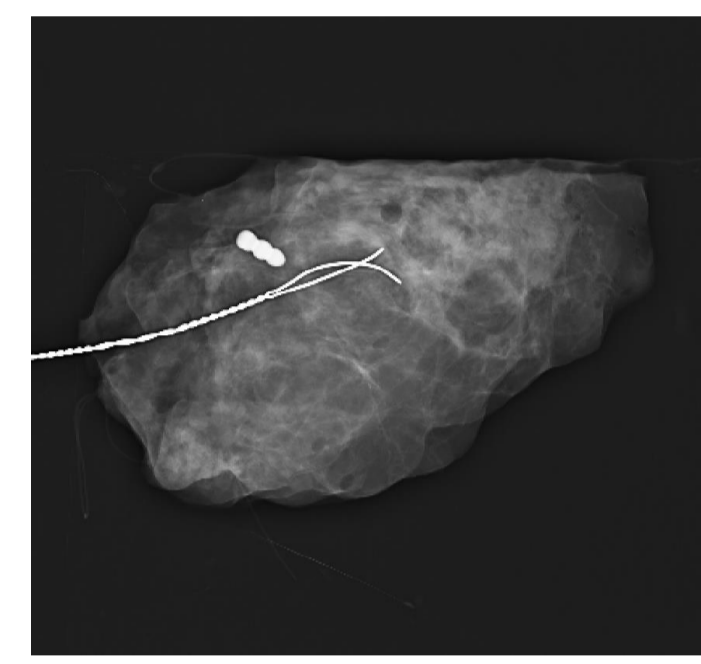


**Hình 5.2:** Không thấy hình ảnh hạch bất thường, ycN0

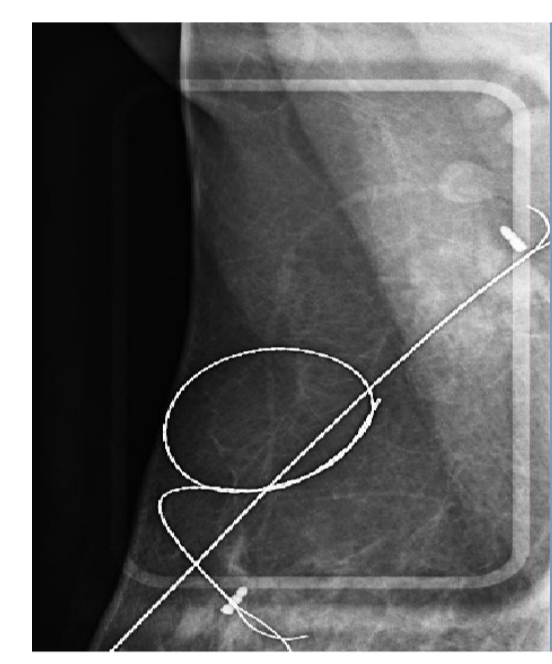
3. Phẫu thuật bảo tồn vú có định vị kim dây (hình 6.1, 6.2) + sinh thiết hạch cửa và lấy hạch mục tiêu (hình 6.3, 6.4). Sau NAC, u vú và hạch nách đáp ứng hoàn toàn về hình ảnh. Kỹ thuật định vị kim dây dựa vào marker giúp phẫu thuật viên xác định chính xác vị trí của u và hạch mục tiêu.



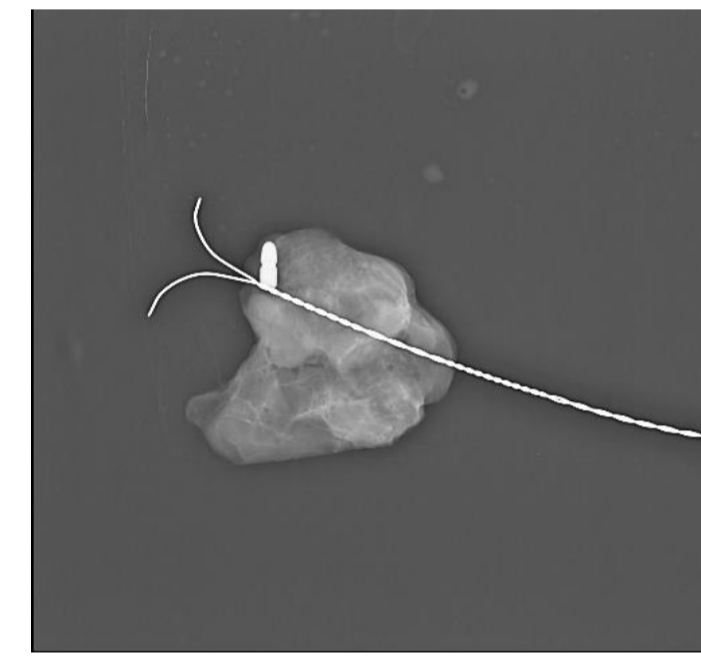
**Hình 6.1:** Định vị vị trí u vú phải dựa vào marker sau điều trị tân bổ trợ



**Hình 6.2:** Chụp XQ bệnh phẩm u vú trong mổ



**Hình 6.3:** Định vị hạch nách dương tính đã được đặt marker



**Hình 6.4:** Chụp XQ bệnh phẩm hạch nách trong mổ

**Kết quả mô bệnh học sau mổ:**

- Tổn thương u vú phải: Đáp ứng hoàn toàn sau NAC.
- Hạch mục tiêu: Âm tính, đáp ứng hoàn toàn sau NAC.
- Hạch cửa: Âm tính
- Các diện cắt âm tính
- Mô bệnh học sau mổ: Đạt pCR

4. Xạ trị bổ trợ

5. Bộ đôi kháng thể đơn dòng Herceptin + Perjeta đủ 1 năm

6. Nội tiết bậc I đủ 5 năm

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

**Kết quả:** Đặt marker u vú và hạch nách di căn giúp xác định chính xác vị trí tổn thương, ngay cả khi khối u và hạch đáp ứng hoàn toàn với điều trị NAC, tránh được vét hạch nách không cần thiết, giảm tỷ lệ âm tính giả khi kết hợp SLNB và lấy hạch mục tiêu.

**Áp dụng trong thực hành lâm sàng và 1 số lưu ý về kỹ thuật:**

- Bệnh nhân UTV điều trị NAC, có di căn hạch nách nên được cân nhắc đặt marker trong tất cả các trường hợp hạch cN1. Với hạch cN2,3, cân nhắc đặt khi bác sĩ ngoại khoa cần phối hợp hỗ trợ.
- Thời điểm đặt marker hợp lý là ngay sau khi FNA/CNB hoặc khi có kết quả giải phẫu bệnh (5,7).
- Một số lưu ý: Nên đặt ở vị trí vỏ hạch, dễ quan sát hơn rốn hạch. Hướng marker nên nằm ngang để dễ phát hiện trên siêu âm (hình 7). Vị trí hạch mục tiêu cần đánh dấu bằng xăm da hoặc bản đồ hạch (hình 8).



**Hình 7:** Marker được đặt theo hướng ngang (4)



**Hình 8:** Xăm da vị trí hạch đặt marker (4)

## KẾT LUẬN

Kỹ thuật đặt marker dưới hướng dẫn siêu âm đã chứng tỏ hiệu quả và độ chính xác trong việc định vị hạch nách ở bệnh nhân UTV sau NAC.

Kỹ thuật này giúp giảm nguy cơ bỏ sót hạch di căn, cải thiện kết quả điều trị, đồng thời tránh được các biến chứng do ALND không cần thiết.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cardoso, F et al. "Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up." Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology vol. 30, 8 (2019): 1194-1220. doi:10.1093/annonc/mdz173.
2. Boughey, Judy C et al. "Sentinel lymph node surgery after neoadjuvant chemotherapy in patients with node-positive breast cancer: the ACOSOG Z1071 (Alliance) clinical trial." JAMA vol. 310, 14 (2013): 1455-61. doi:10.1001/jama.2013.278932.
3. Zavagno, Giorgio et al. "A Randomized clinical trial on sentinel lymph node biopsy versus axillary lymph node dissection in breast cancer: results of the Sentinel/GIVOM trial." Annals of surgery vol. 247, 2 (2008): 207-13. doi:10.1097/SLA.0b013e31812e6a73
4. Boughey JC, Suman VJ, Mittendorf EA, et al. Sentinel lymph node surgery after neoadjuvant chemotherapy in patients with node-positive breast cancer: the ACOSOG Z1071 (Alliance) clinical trial. JAMA 2013;310(14):1455-1461.
5. Jung Min Chang, Jessica W.T. Leung, Linda Moy, Su Min Ha, Woo Kyung Moon, et al. "Axillary Nodal Evaluation in Breast Cancer: State of the Art". Journal of Radiological Society of North America, vol.295, no.3, 2020, 1-16. 10.1148/radiol.2020192534
6. The National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines Version 3.2024 Breast Cancer. 2024. https://www.nccn.org.
7. Xiaohui Ji, Mengying Wei, Liyuan Wang, Juanjuan Li, Dongxia Gao, Cuihui Geng, et al. "Application of ultrasound-guided placement of markers for locating axillary lymph nodes of breast cancer". Gland Surg. 2021 Nov; 10(11): 3067-3074. doi: 10.21037/gs-21-599