

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I-III TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trịnh Lê Huy¹, Mai Thị Kim Ngân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sống thêm của nhóm bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 140 bệnh nhân nữ được chẩn đoán UTV giai đoạn I-III tại khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2015 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 51,7±10,9. Vị trí u hay gặp nhất là 1/4 trên ngoài chiếm 55,4%. Thể ồng xâm nhập là thể mô bệnh học có tỉ lệ cao nhất, chiếm 79,2%. Tỉ lệ các giai đoạn I, II, III lần lượt là 9,3%, 52,1% và 38,6%. Tỉ lệ OS 5 năm và DFS 5 năm lần lượt là 84% và 74%. Tỉ lệ OS 5 năm của nhóm không di căn hạch là 90%, nhóm có di căn hạch là 70%, p=0,048. Tỉ lệ DFS 5 năm của 2 nhóm lần lượt là 80% và 62%, p=0,033. **Kết luận:** Tỉ lệ sống thêm sau 5 năm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu ở mức cao khi được điều trị chuẩn. Di căn hạch nách là yếu tố tiên lượng xấu liên quan đến sống thêm.

Từ khóa: ung thư vú, giai đoạn I-III

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS FOR STAGE I-III BREAST CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the treatment results and investigate the related factors affecting survival of stage I-III breast cancer patients. **Patients and Methods:** Restropective study on 140 stage I-III breast cancer patients treated at Oncology and Palliative Care, Hanoi Medical University Hospital between October 2015 and December 2020. **Results:** Mean age was 51.7±10.9. Upper outer quadrant was the most common site (55.4%). Most patients had ductal invasive tumor (79.2%). Stage I, II, III patients accounted for 9.3%, 52.1%, and 38.6%, respectively. 5-year OS and DFS was 84% and 74%, respectively. 5-year OS and DFS in patients with node negative is significantly higher than patients with node positive (90% vs 70%, p=0.048; and 80% vs 62%, p=0.033). **Conclusion:** 5-year OS was high in breast cancer patients treated with standard treatment. Axillary node positive is an adverse prognostic factor in survival.

Keywords: Breast cancer, stage I-III

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến

nhất ở nữ giới cả ở các nước phát triển cũng như đang phát triển. Bệnh cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nữ giới thuộc các nước kém phát triển và đứng thứ hai ở các nước phát triển sau ung thư phổi. Tại Việt Nam, UTV cũng là bệnh lý thường gặp nhiều nhất ở nữ giới với số ca mới mắc hàng năm là 21,555 ca. [1] Điều trị ung thư vú là điển hình của sự kết hợp các phương pháp điều trị hiện có trong ung thư trong đó phẫu thuật vẫn đóng vai trò chính, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân giai đoạn I-III. Hóa chất ngoài tác dụng hỗ trợ còn có vai trò hỗ trợ trước, điều trị triệu chứng, xạ trị làm giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng. Kết quả điều trị phụ thuộc nhiều yếu tố và một số yếu tố được coi là có ý nghĩa tiên lượng đã được biết đến: tuổi, kích thước u, tình trạng di căn hạch, thể mô bệnh học, độ mô học, tính chất xâm nhập vào mạch máu, bạch huyết, tình trạng thụ thể nội tiết, Her-2, Ki-67,...[2].

Mặc dù ung thư vú là bệnh có tiên lượng khá tốt, tỉ lệ sống toàn bộ 5 năm cao nhưng tỉ lệ này vẫn khác nhau nhiều giữa các nhóm bệnh nhân khi phân loại theo một số yếu tố dịch tễ và bệnh học. Theo SEER, tỉ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm của tất cả các bệnh nhân ung thư vú thời kỳ 2007-2013 là 89,7%[3]. Ở Việt Nam, một số nghiên cứu trước đây về kết quả điều trị UTV cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm với các bệnh nhân giai đoạn II-III thay đổi trong khoảng 75%-84% tùy từng nghiên cứu [4].

Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, cơ sở đã tiếp nhận điều trị một số lượng lớn bệnh nhân ung thư vú từ khá lâu, tuy nhiên chưa có một nghiên cứu nào được thực hiện nhằm mô tả bức tranh ung thư vú tại đây. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III điều trị tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sống thêm của nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 140 bệnh nhân nữ được chẩn đoán UTV giai đoạn I-III tại khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2015 đến tháng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.12.2021

Ngày duyệt bài: 14.01.2022

12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nữ, được chẩn đoán UTV bằng xét nghiệm mô bệnh học.
- Giai đoạn I-III được xác định sau phẫu thuật hoặc trước phẫu thuật khi điều trị tân bổ trợ.
- Được điều trị tại khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng các phương pháp: phẫu thuật, có hoặc không có kết hợp điều trị bổ trợ (hóa chất, thuốc nội tiết, thuốc đích, xạ trị), chưa được điều trị bệnh UTV trước đây tại cơ sở khác.

- Có hồ sơ thông tin bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các bệnh mạn tính hoặc cấp tính trầm trọng có khả năng gây tử vong trong thời gian ngắn.
- Bệnh nhân bỏ điều trị không vì lí do chuyên môn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu: lấy mẫu thuận tiện

Cách bước tiến hành. Lập bệnh án nghiên cứu mẫu và thu thập thông tin theo mẫu.

+ Thông tin lâm sàng

- Lí do vào viện, gồm: khám sức khỏe, tự sờ thấy u vú, sờ thấy hạch nách, chảy dịch núm vú, thay đổi da trên núm vú và một số triệu chứng khác.
- Số lượng u: 1 hay nhiều u.
- Đường kính lớn nhất của u.
- Vị trí u tại vú bao gồm: trung tâm, 1/4 trên trong, 1/4 trên ngoài, 1/4 dưới trong, 1/4 dưới ngoài.
- Các hạch ngoại vị có sờ thấy không, số lượng và tính chất di động của hạch.

+ Thông tin cận lâm sàng

- Giá trị CA15-3 trước điều trị và chia thành 2 nhóm lớn hơn hoặc nhỏ hơn 30 U/ml.

+ Thông tin sau mổ

- Giai đoạn, T và N.
- + Phương pháp điều trị
- Phẫu thuật: bảo tồn tuyến vú, phẫu thuật Patey và ngày phẫu thuật.
- Có hay không dùng hóa chất tân bổ trợ, bổ trợ, phác đồ nào.
- Có được điều trị tia xạ, nội tiết hay điều trị đích không?

+ Sống thêm: Thu thập thông tin bằng cách gọi điện thoại cho gia đình theo số liên lạc được ghi lại trên bệnh án.

2.4. Phân tích số liệu:

- Thu thập các số liệu dựa trên mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

- Việc tiến hành nghiên cứu có xin phép và được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

- Thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của bệnh nhân được giữ bí mật.

- Các thông tin thu được của đối tượng chỉ nhằm mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình		51,7±10,9 (27-85)	
Tình trạng mãn kinh	Chưa	59	42,1
	Đã mãn kinh	81	57,9
Lí do vào viện	Sờ thấy khối ở vú	127	90,7
	Đau vùng vú	5	3,7
	Chảy dịch núm vú	3	2,1
	Sờ thấy hạch nách	1	0,7
	Khám sức khỏe	1	0,7
Vị trí u	Trung tâm	15	11,5
	¼ trên ngoài	72	55,4
	¼ dưới ngoài	14	10,8
	¼ trên trong	22	16,9
	¼ dưới trong	7	5,4
Đường kính lớn nhất (cm)	≤1	5	3,6
	>1 và ≤2	31	22,1
	>2 và ≤5	93	66,4
	>5	11	7,9
Hạch nách	Sờ thấy	68	48,6
	Không sờ thấy	72	51,4
Tính chất hạch nách	Di động, không dính nhau	48	70,6
	Dính nhau, cố định	20	29,4
CA 15-3 (U/mL)	≥30	24	17,3
	<30	116	82,9
Thể mô bệnh học	UTBM thể ống	111	79,2
	UTBM tiểu thùy	14	10
	UTBM thể nhầy	4	2,9
	UTBM thể tủy	4	2,9
	Khác	7	5,0
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	13	9,3
	Giai đoạn II	54	38,6
	Giai đoạn III	73	52,1

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 51,7 tuổi. Số bệnh nhân đã mãn kinh chiếm tỉ lệ nhiều hơn (57,9%). Sờ thấy u vú là lí do vào viện thường gặp nhất (90,7%). Vị trí ¼ trên ngoài là vị trí thường gặp nhất (55,4%). Khối u T2 chiếm tỉ lệ cao nhất (66,5%). Đa số hạch nách di động, và

không dính nhau. Phần lớn bệnh nhân chẩn đoán Ung thư vú khi CA 15-3 < 30 U/L (p<0,05). UTBM thể ống chiếm tỉ lệ cao nhất (79,2%). Giai đoạn II có tỉ lệ cao nhất chiếm 52,1%. Số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn I chỉ có 9,3%, còn lại giai đoạn III chiếm 38,6%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Các phương pháp điều trị

Phương pháp PT	N=140	Tỉ lệ %
PT bảo tồn tuyến vú	6	4,3
PT cắt tuyến vú triệt căn biến đổi	134	95,7
Tạo hình vú	3	2,1
Điều trị đích	Số BN	Tỉ lệ %
Có	38	90,5
Không	4	9,5
Tổng	42	100
Tia xạ	Số BN	Tỉ lệ %
Có	52	37,1
Không	88	62,9
Tổng	140	100
Hoá chất	Số BN	Tỉ lệ %
Có	121	86,4
Không	19	13,6
Tổng	140	100

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân được cắt tuyến vú triệt căn biến đổi (95.7%). Khoảng 1/3 bệnh nhân được xạ trị bổ trợ. Đa số bệnh nhân được điều trị hoá chất (86.4%).

Phân tích đa biến về liên quan đến thời gian sống thêm và các yếu tố

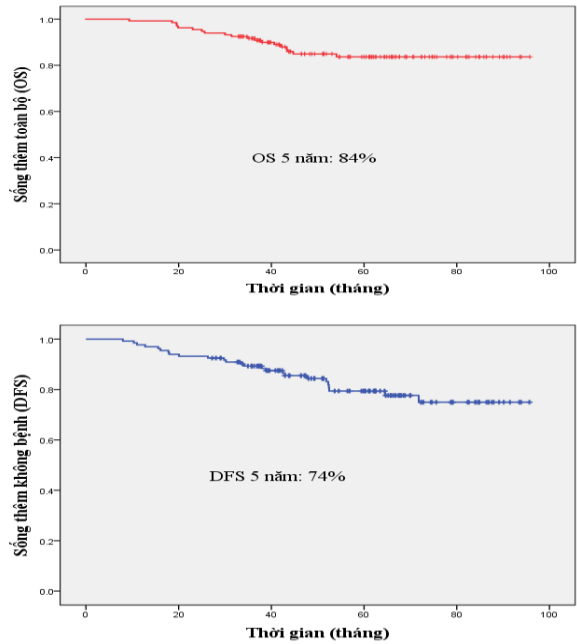
Yếu tố		OS			DFS		
		HR	95% CI	p	HR	95% CI	p
Hạch	N 0-1	0,29	0,11-0,81	0,018	0,40	0,17-0,93	0,033
	N 2-3	1			1		
Đường kính u	≤ 2cm	0,16	0,01-1,16	0,066	0,33	0,06-1,75	0,191
	2-5cm	0,59	0,15-2,22	0,432	0,74	0,2-2,7	0,646
	> 5cm	1			1		
Tuổi	≤60	0,47	0,16-1,33	0,153	0,85	0,32-2,2	0,741
	> 60	1			1		
Her-2	Dương tính	1,2	0,46-3,36	0,664	0,92	0,39-2,13	0,841
	2+ hoặc âm tính	1			1		
Thụ thể nội tiết	Am tính	1,01	0,38-2,7	0,981	1,13	0,49-2,61	0,776
	Dương tính	1			1		

Nhận xét: Khi phân tích đa biến một số yếu tố tiên lượng của ung thư vú như: tình trạng di căn hạch, kích thước u, tuổi bệnh nhân, tình trạng thụ thể Her-2, tình trạng thụ thể nội tiết thấy chỉ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về OS và DFS theo tình trạng di căn hạch, cụ thể là giữa 2 nhóm N 0-1 và N 2-3 với p lần lượt là 0,018 và 0,033.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, điều trị UTV là điều trị đa mô thức phối hợp cả điều trị phẫu thuật, hoá chất, tia xạ,

3.2 Kết quả điều trị. Thời gian sống thêm toàn bộ OS và sống thêm không bệnh DFS



Biểu đồ 3.1. Thời gian sống 5 năm

Nhận xét: Tỉ lệ sống thêm toàn bộ OS 5 năm và sống thêm không bệnh DFS 5 năm của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu khá cao, lần lượt là 84% và 74%.

nội tiết, điều trị miễn dịch. Phẫu thuật gồm phẫu thuật triệt căn hoặc phẫu thuật triệu chứng cho các bệnh nhân giai đoạn muộn, điều trị hoá chất tùy theo giai đoạn mà có thể điều trị trước hoặc sau mổ, hoá chất triệu chứng. Xạ trị được chỉ định cho các bệnh nhân sau phẫu thuật bảo tồn, di căn hạch nách nhiều, kích thước u lớn. Điều trị nội tiết được sử dụng cho các bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính, gồm điều trị nội tiết bậc 1, bậc 2 có hay không phối hợp với ức chế hoặc cắt buồng trứng. Thuốc điều trị đích được sử

dụng cho các bệnh nhân có bộc lộ quá mức thụ thể Her-2. Hiện nay, một số thuốc tác dụng theo cơ chế miễn dịch cũng đã và đang được đưa vào sử dụng.

Nghiên cứu của chúng tôi thống kê thấy trong 140 bệnh nhân có 134 bệnh nhân, chiếm 95,7% được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi, 6 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn tuyến vú. Bệnh nhân được phẫu thuật lâu nhất cách 87 tháng và 3 bệnh nhân được tiến hành tạo hình vú trong quá trình phẫu thuật (sớm nhất cách 77 tháng). Các bệnh nhân này hiện đều còn sống và không xuất hiện tái phát cũng như các biến chứng của tạo hình. Hiện nay, xu hướng phẫu thuật bảo tồn và tạo hình vú ngày càng được áp dụng rộng rãi ở các nước trên thế giới. Một số nghiên cứu so sánh kết quả điều trị của 2 phương pháp phẫu thuật chỉ ra không có sự khác biệt về sống thêm không bệnh cũng như sống thêm toàn bộ. Ví dụ nghiên cứu NSABP B06 theo dõi 20 năm thấy tỉ lệ OS của 2 nhóm phẫu thuật bảo tồn và không bảo tồn lần lượt là 46% và 47% với $p=0,74$, tỉ lệ DFS lần lượt là 35% và 36% với $p=0,41$. Nghiên cứu của viện ung thư quốc gia Mỹ cũng theo dõi trong 20 năm chỉ ra tỉ lệ OS của 2 nhóm phẫu thuật bảo tồn và không bảo tồn là 63% và 67% với $p=0,47$, tỉ lệ DFS lần lượt là 54% và 58% với $p=0,64$. Do đó, phẫu thuật bảo tồn đang là xu thế trong điều trị ung thư vú và mang lại giá trị thẩm mỹ cao đối với các bệnh nhân giai đoạn tại sớm.

Hoá chất nền tảng trong điều trị UTV là anthracyclin, bên cạnh đó có nhiều hoá chất được nghiên cứu sử dụng trong điều trị UTV như taxan, vinorelbin, capecitabine,... Ngoài điều trị bổ trợ, hoá chất còn được sử dụng điều trị trước phẫu thuật trong các trường hợp tiến triển lan rộng. Trong số 140 bệnh nhân của nghiên cứu, có 19 bệnh nhân không phải điều trị hoá chất do bệnh giai đoạn sớm, có 20 bệnh nhân được điều trị hoá chất bổ trợ trước trong đó có 8 bệnh nhân tiếp tục điều trị hoá chất sau phẫu thuật và còn lại 101 bệnh nhân được chỉ được điều trị bổ trợ. Một số phác đồ được sử dụng cho các bệnh nhân tại cơ sở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là: 4AC-4T, 6TC... Về điều trị nội tiết, trong tổng số 140 bệnh nhân của chúng tôi, có 59 bệnh nhân được điều trị thuốc nội tiết, trong đó có 36 bệnh nhân sử dụng nội tiết bậc 1 và 23 bệnh nhân sử dụng nội tiết bậc 2. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận có 16 bệnh nhân được cắt buồng trứng bằng phẫu thuật. Về điều trị đích, trong số 42 bệnh nhân có thụ thể Her-2 dương tính, có 38 bệnh nhân, chiếm 90,5% sử dụng Trastuzumab,

chỉ có 4 bệnh nhân được sử dụng. Tỉ lệ sử dụng cao có thể do chúng tôi đã giải thích kĩ với bệnh nhân về lợi ích của việc điều trị và sự xuất hiện của Trastuzumab dạng tiêm thời gian gần đây đã giúp tiết kiệm chi phí hơn cho người bệnh.

Sống thêm theo tình trạng di căn hạch nách. Tình trạng hạch nách là yếu tố tiên lượng độc lập mạnh nhất trong UTV. Theo Carter (1989), thời gian sống toàn bộ càng giảm khi số lượng hạch nách dương tính càng tăng [5]. Theo tác giả Boer (2010), gần 75% bệnh nhân UTV có di căn hạch nách xuất hiện tái phát trong vòng 10 năm trong khi chỉ có 25% đối với các trường hợp hạch nách âm tính [6]. Tác giả Anderson (2010) nghiên cứu thấy thời gian sống thêm không bệnh 5 năm ở các bệnh nhân có di căn hạch nách mức độ vi thể (pN1mi) cũng thấp hơn so với nhóm hạch nách âm tính [7]. Theo đồng thuận St.Gallen, bệnh nhân có từ 4 hạch dương tính trở lên hoặc có từ 1-3 hạch dương tính, Her-2 bộc lộ quá mức được xếp vào nhóm nguy cơ cao. Bệnh nhân có từ 1-3 hạch nách dương tính còn lại được xếp vào nhóm nguy cơ trung bình [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sống thêm toàn bộ OS 5 năm và sống thêm không bệnh DFS 5 năm của nhóm không di căn hạch nách hoặc có di căn 1-3 hạch cao hơn hẳn nhóm di căn từ 4 hạch nách trở lên hoặc di căn hạch thượng đòn cùng bên. Tỉ lệ OS 5 năm của 2 nhóm lần lượt là 90% và 70%, tỉ lệ DFS 5 năm của 2 nhóm lần lượt là 80% và 62%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,005$ và $p=0,003$). Khi phân chia bệnh nhân thành 2 nhóm có hay không di căn hạch nách thì tỉ lệ sống thêm toàn bộ OS 5 năm và sống thêm không bệnh DFS 5 năm của 2 nhóm cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,048$ và $p=0,033$). Tỉ lệ OS 5 năm của nhóm không di căn hạch cao hơn là 90%, nhóm có di căn hạch là 70%. Tỉ lệ DFS 5 năm của nhóm không di căn hạch cũng cao hơn, tỉ lệ của 2 nhóm lần lượt là 80% và 62%. Khi phân tích đa biến, chúng tôi cũng ghi nhận sự khác biệt giữa OS và DFS của 2 nhóm N 0-1 và N 2-3 với p lần lượt là 0,018 và 0,033. Như vậy, di căn hạch nách là một yếu tố tiên lượng xấu đến kết quả điều trị và càng nhiều hạch di căn tiên lượng càng xấu.

V. KẾT LUẬN

5.1 Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là $51,7 \pm 10,9$, tuổi cao nhất là 85 và thấp nhất là 27. Hơn 80% bệnh nhân có độ tuổi từ 40 đến 65 tuổi.

- Vị trí u hay gặp nhất là 1/4 trên ngoài chiếm 55,4%.

- 66,4% u có đường kính từ 2 đến 5 cm; 48,6% các trường hợp sờ thấy hạch nách trên lâm sàng.

- Thể ống xâm nhập là thể mô bệnh học có tỉ lệ cao nhất, chiếm 79,2; thể tiểu thùy xếp thứ 2 chiếm 10%.

- Tỉ lệ các giai đoạn I, II, III lần lượt là 9,3%, 52,1% và 38,6%.

- 51,4% bệnh nhân di căn hạch nách; số hạch trung bình vét được trong phẫu thuật khá cao là 12,0±5,6 và số hạch di căn trung bình là 2,2 hạch.

5.2 Kết quả điều trị

- Tỉ lệ OS 5 năm và DFS 5 năm lần lượt là 84% và 74%.

- Di căn hạch nách là một yếu tố tiên lượng xấu đến kết quả điều trị, càng nhiều hạch di căn tiên lượng càng xấu. Tỉ lệ OS 5 năm của nhóm không di căn hạch là 90%, nhóm có di căn hạch là 70%, $p=0,048$. Tỉ lệ DFS 5 năm của 2 nhóm lần lượt là 80% và 62%, $p=0,033$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., et al. (2021).** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN

estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.

2. **Trần Văn Thuận (2014),** Điều trị bệnh ung thư vú, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **SEER. SEER Stat Fact Sheets:** Female Breast Cancer, available at <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>
4. **Đỗ Thị Kim Anh, Trần Văn Thuận và cộng sự. (2008).** Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ phác đồ 4AC-4Paclitaxel trên bệnh nhân UTV giai đoạn II-III Tạp chí Ung thư học Việt Nam, **1**, 260-266.
5. **Carter C. L., Allen C., Henson D. E. (1989).** Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24,740 breast cancer cases. *Cancer*, **63(1)**, 181-7.
6. **De Boer M., Van Dijck J. A., Bult P., et al. (2010).** Breast cancer prognosis and occult lymph node metastases, isolated tumor cells, and micrometastases. *J Natl Cancer Inst*, **102(6)**, 410-25.
7. **Andersson Y., Frisell J., Sylvan M. (2010).** Breast cancer survival in relation to the metastatic tumor burden in axillary lymph nodes. *J Clin Oncol*, **28(17)**, 2868-73.
8. **Goldhirsch A., Wood W. C., Gelber R. D., et al. (2007).** Progress and promise: highlights of the international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2007. *Ann Oncol*, **18(7)**, 1133-44.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP ĐÍNH HOÀN TOÀN KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM MỘT BÊN SAU CHẤN THƯƠNG

Phạm Như Hải*

TÓM TẮT

Đính lồng cầu xương hàm dưới vào nền sọ có thể do loạn năng khớp thái dương hàm, chấn thương, nhiễm trùng hoặc bệnh toàn thân.... Đính khớp thái dương hàm dẫn đến giới hạn vận động lồng cầu xương hàm dưới. Chúng tôi giới thiệu một trường hợp phụ nữ 55 tuổi bị dính khớp thái dương hàm hoàn toàn sau chấn thương gãy lồng cầu và cành lên xương hàm dưới từ nhỏ. Hình ảnh trên phim Cone beam cho thấy lồng cầu xương hàm dưới trái dính hoàn toàn trong khi phần đầu gãy của cành lên tạo thành ổ khớp giả trong hố thái dương.

SUMMARY

REPORT A CASE OF COMPLETE ANKYLOSIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT ON ONE SIDE AFTER TRAUMA

Ankylosis of the mandibular condyle to the skull base can be caused by temporomandibular joint

dysfunction, trauma, infection or systemic disease.... Temporomandibular joint ankylosis cause limitation of mandibular condyle movement. We present a case of a 55-year-old woman with complete temporomandibular joint fusion following a childhood trauma created fracture of the mandibular condyle. Cone beam image shows that the left mandibular condyle is fully fused while the broken tip of the Ramus forms a pseudoarticular socket in the temporal fossa.

I. GIỚI THIỆU:

Đính khớp thái dương hàm là hiện tượng kết dính lồng cầu xương hàm dưới vào ổ chảo xương thái dương, làm mất một phần hoặc hoàn toàn không gian khớp, gây biến dạng khớp. Lồng cầu xương hàm dưới có thể dính 1 phần hay toàn bộ vào xương thái dương (Bảng 1, Hình 1). Chẩn đoán chứng dính khớp tương đối dễ trên phim X quang thông thường như phim toàn hàm, phim Cone beam và cắt lớp vi tính. Hình ảnh trên phim sẽ cung cấp thông tin cho phẫu thuật viên đưa ra chỉ định phẫu thuật. Theo một số nghiên cứu trên thế giới thì nguyên nhân phổ biến dính khớp thái dương hàm có thể do chấn thương (31%-98%), nhiễm trùng (10%-49%) và các bệnh

*Trường Đại học Y Dược, ĐH Quốc Gia HN

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Như Hải

Email: phamnhuhai@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.01.2022

Ngày duyệt bài: 17.01.2022