

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẢO TỒN VÀ SINH THIẾT HẠCH CỬA TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ TỪ 2012-2014 TẠI BỆNH VIỆN K

Mai Tiến Đạt¹, Phạm Hồng Khoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn và sinh thiết hạch cửa trong điều trị ung thư biểu mô tuyến vú (UTV) tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 84 bệnh nhân (BN) UTV giai đoạn cT1N0M0-T2N0M0 và kích thước u ≤ 3 cm, được phẫu thuật bảo tồn và sinh thiết hạch cửa bằng phương pháp nhuộm màu xanh methylene từ 2012-2014 tại Bệnh viện K. Phẫu thuật vét hạch nách chỉ được thực hiện nếu hạch cửa di căn hoặc không nhận diện được. **Kết quả:** tuổi trung bình là 48,1; kích thước u trung bình 1,4 (cm). Tỷ lệ nhận diện hạch cửa là 100%. Số hạch cửa trung bình là 2,1. Tỷ lệ di căn hạch cửa là 5,9%. Thời gian theo dõi trung bình 98,1 tháng (16-120 tháng). Tái phát tại chỗ và tái phát tại hạch vùng là 4,76% và 2,38% theo thứ tự đó. Di căn xa gặp 9 trường hợp (10,7%), có 8 ca tử vong chiếm tỷ lệ 9,5%. Kết quả sống thêm toàn bộ 8 năm của cả nhóm nghiên cứu ước tính đạt 90,5%. Sống thêm không bệnh đạt 83,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật bảo tồn và sinh thiết hạch cửa là an toàn, hiệu quả và cần thiết trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm

Từ khóa: Ung thư vú giai đoạn sớm; phẫu thuật bảo tồn; Sinh thiết hạch cửa

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF BREAST CANCER PATIENTS TREATED WITH BREAST CONSERVING SURGERY AND SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY AT K HOSPITAL

Purpose: To evaluate the results of breast conserving surgery (BCS) and sentinel lymph node biopsy (SLNB) on breast cancer patients at K hospital from 2012-2014. **Patients and Methods:** This retrospective descriptive study was conducted on 84 breast cancer patients stages cT1N0M0-cT2N0M0, tumor size less than 3cm and underwent BCS and SLNB by the use of methylene blue from 2012 to 2014 at K hospital. Axillary lymph node dissections (ALNDs) were only done with positive SLNB or not identified. **Results:** The average age was 48,1 years, mean tumor size was 1,4cm. The identification rate of sentinel lymphnodes (SNs) was 100% using methylene blue with the SLN positive was 5,9%. The average follow-up period was 98,1 months (range 16:120

months). The local recurrence in ipsilateral breast and local-regional node recurrence was 4,7% and 2,38%, respectively. The distant recurrence rate was 10,7% and death rate was 9,5%. 8 years - overall survival (OS) and disease free survival (DFS) was 90,5% and 83,3% respectively. **Conclusion:** Breast conserving surgery and sentinel lymph node biopsy is safe, effective and necessary operation for early breast cancer treatment.

Keywords: Early breast cancer; Breast conserving surgery; Sentinel lymph node biopsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá hạch nách là bước không thể thiếu trong chẩn đoán và điều trị ung thư vú. Tình trạng hạch nách có hoặc không di căn là yếu tố tiên lượng chính. Mức độ di căn hạch nách không chỉ đánh giá giai đoạn bệnh mà còn quyết định lựa chọn phác đồ điều trị trong thực hành lâm sàng. Sinh thiết hạch cửa trở thành một phương pháp thường quy trong phẫu thuật điều trị ung thư vú giai đoạn sớm^{1,2}.

Ung thư vú là bệnh có tiên lượng tốt đặc biệt là ở giai đoạn sớm. Phẫu thuật bảo tồn kết hợp xạ trị vừa đem lại hiệu quả thẩm mỹ, làm giảm tâm lý tự ti so với cắt toàn bộ tuyến vú nhưng không làm tăng tỉ lệ tái phát và không làm giảm thời gian sống thêm của bệnh nhân.

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu về phẫu thuật bảo tồn cũng như áp dụng kỹ thuật sinh thiết hạch cửa đã được thực hiện ở một số đơn vị tuy nhiên nghiên cứu báo cáo kết quả theo dõi sau điều trị của nhóm bệnh nhân này chưa nhiều. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bảo tồn ung thư vú kết hợp sinh thiết hạch cửa với các mục tiêu sau: *Đánh giá kết quả theo dõi 8 năm về sống thêm, tái phát, di căn trên những bệnh nhân bảo tồn và sinh thiết hạch cửa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn bệnh nhân

- Bệnh nhân nữ mắc ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn cT1N0M0, cT2N0M0 (kích thước u nhỏ hơn hoặc bằng 3cm).

- Được phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp sinh thiết hạch cửa nách cùng bên tại Bệnh viện K. Bệnh nhân được vét hạch nách hệ thống nếu

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Mai Tiến Đạt

Email: maitiendatrg@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2023

Ngày duyệt bài: 3.2.2023

sinh thiết tức thì cắt lạnh hạch cửa di căn hoặc không vét hạch nếu hạch cửa không di căn.

- Được điều trị hóa chất, xạ trị bổ trợ đúng theo phác đồ.

2.1.2 Tiêu Chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân mắc ung thư khác kèm theo.
- Bệnh nhân tử vong không liên quan đến ung thư vú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

2.2.2. Biên số, chỉ số và quy trình nghiên cứu:

- Ghi nhận một số thông tin cơ bản qua hồ sơ bệnh án: tuổi, kích thước u, kết quả liên quan đến hạch cửa, kết quả giải phẫu bệnh khối u

- Thu thập các kết quả sau điều trị: thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không bệnh và phân tích một số yếu tố liên quan đến sống thêm toàn bộ

- Thông tin thu thập bằng cách gửi thư hoặc gọi điện thoại, điền theo mẫu (phụ lục), qua khám lâm sàng trực tiếp.

2.2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

- Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0,

- Ước tính thời gian sống thêm sử dụng phương pháp Kaplan-Meier.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 84 bệnh nhân, tuổi thấp nhất là 28, lớn nhất là 70, tuổi trung bình là 48,1±9,2. Phần lớn bệnh nhân có u ở giai đoạn T1(72/84) chiếm 85,7%, 12 bệnh nhân ở giai đoạn T2 và u nhỏ hơn 3cm chiếm 14,3%

100% bệnh nhân có hạch cửa được nhận diện, số lượng hạch cửa từ 1 đến 4 hạch, số hạch cửa trung bình là 2,1±0,9.

Chỉ có 5 bệnh nhân phát hiện hạch cửa di căn khi sinh thiết tức thì trong mổ, chiếm 5,9%, 2 hạch không phải hạch cửa sinh thiết tức thì trong mổ dương tính, chiếm 2,38%.

Bảng 3.1: Đặc điểm u và hạch sau mổ

	N	Tỷ lệ %
Kích thước u	T1	72 85,7
	T2	12 14,3
Hạch	N0	74 88,1
	N1	10 11,9
Giai đoạn	I	61 72,6
	II	23 27,4

7 bệnh nhân được phẫu thuật vét hạch hệ thống chiếm 8,33%, còn lại 77 bệnh nhân chỉ sinh thiết hạch cửa và lấy thêm một số hạch

nách nghi ngờ chiếm 91,67%.

Tổng số trường hợp di căn hạch nách bao gồm hạch cửa và hạch không cửa ở trên kết quả xét nghiệm nhuộm H&E thường quy là 10 trường hợp.

Thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất là thể ống xâm nhập chiếm 82,1%. Độ mô học hay gặp nhất là độ II chiếm 69%.

Thụ thể nội tiết ER và hoặc PR dương tính trong 66,7%, thụ thể Her2/neu dương tính(3+) trong 10,7% bệnh nhân.

Bảng 3.2: Kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch

		N	Tỷ lệ %
Mô bệnh học	Carcinoma ống xâm nhập	69	82,1
	Carcinoma tiểu thùy xâm nhập	4	4,8
	Thể khác	11	13,1
Hóa mô miễn dịch	Thụ thể nội tiết dương tính	56	66,7
	Thụ thể nội tiết âm tính	28	33,3
	Her2/neu âm tính	60	71,4
	Her2/neu dương tính (2+)	15	17,9
	Her3/neu dương tính (3+)	9	10,7

Thời gian theo dõi bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tối thiểu 16 tháng, tối đa là 120 tháng, trung bình là 98,1 tháng.

Chúng tôi theo dõi thấy 4 bệnh nhân tái phát tại chỗ, 2 bệnh nhân tái phát tại hạch vùng và 4 trường hợp sự kiện tái phát đầu tiên là di căn xa. Có 8 bệnh nhân tử vong do di căn của bệnh

Bảng 3.3: Các sự kiện tái phát di căn xảy ra đầu tiên trong quá trình theo dõi

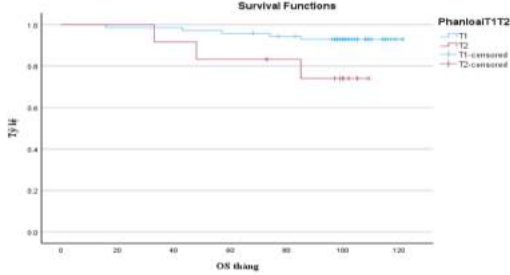
Tình trạng BN	Loại phẫu thuật		Tổng N=84
	Vết hạch nách N=7	Không vết hạch N=77	
Tái phát tại vú cùng bên	1	3	4
Tái phát hạch vùng	1	1	2
Di căn xa	1	3	4
Tử vong do bệnh UTV	3	5	8
Tử vong do nguyên nhân khác	0	0	0

Thời gian sống thêm toàn bộ 8 năm của toàn bộ nhóm nghiên cứu ước tính theo Kaplan-Meier là 90,5%. Thời gian sống thêm không bệnh 8 năm là 83,3%

• Sống thêm toàn bộ 8 năm ở nhóm T1 là 93,1% lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ 75% của nhóm T2, với p= 0,03

• Sống thêm toàn bộ 8 năm ở nhóm không có di căn hạch nách lớn hơn rõ rệt so với nhóm di căn hạch(93,2% so với 70%) với p=0,017

• Sống thêm toàn bộ của nhóm có thụ thể nội tiết dương tính là 94,6% cao hơn của nhóm có thụ thể nội tiết âm tính là 82,1% nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p=0,058$.



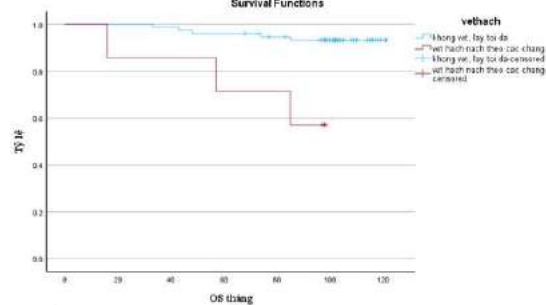
Biểu đồ 3.1: Sống thêm toàn bộ theo giai đoạn T1-T2

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 48,1 và đây cũng là độ tuổi thường gặp trong ung thư vú. Kích thước khối u chủ yếu ở giai đoạn T1(85,7%), T2 chiếm 14,3%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như một số tác giả trong nước khi chọn bệnh nhân phù hợp cho thực hiện phẫu thuật bảo tồn tuyến vú vì thực tế thể tích tuyến vú ở phụ nữ Việt Nam thường nhỏ hơn so với các nước phương tây^{3,4}. Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,9% là thấp hơn nhiều so với nhiều nghiên cứu khác cùng giai đoạn u T1, T2 dao động trong khoảng từ 20-35% tùy từng nghiên cứu⁵⁻⁷. Tỷ lệ nhận diện hạch cửa và số lượng hạch cửa trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số tác giả trong và ngoài nước. Lê Hồng Quang (2012) tỷ lệ nhận diện hạch cửa là 98,2% và số hạch cửa trung bình là 1,53 hạch¹, tác giả Trần Tứ Quý có tỷ lệ nhận diện hạch cửa là 90,6% và số lượng hạch cửa trung bình là 1,6 hạch⁸.

Thể mô bệnh học và độ mô học trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với hầu hết các tác giả, trong ung thư vú thì ung thư thể ống xâm nhập và độ mô học II là chiếm ưu thế nhất. Liên quan đến tái phát tại chỗ sau phẫu thuật bảo tồn nhiều tác giả báo cáo kết quả thể mô bệnh học có chứa thành phần trội nội ống có nguy cơ cao hơn dẫn đến tái phát tại chỗ⁹⁻¹¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tái phát tại chỗ sau 8 năm theo dõi là 4,7%. Tác giả Elsayed báo cáo tỷ lệ tái phát tại chỗ sau 5 năm theo dõi là 6,7%¹¹ cao hơn so với chúng tôi, trong khi tác giả Takahashi báo cáo tỷ lệ tái phát tại chỗ sau 10 năm thấp hơn đáng kể so với chúng tôi với tỷ

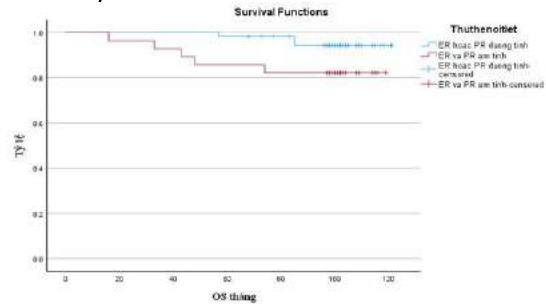
lệ là 2,1%⁵. Nhiều tác giả báo cáo các phân tích đa biến và cho kết quả tỷ lệ tái phát tại chỗ có liên quan với tuổi trẻ dưới 35, tỷ lệ thành phần trội nội ống cao, diện cắt tiếp cận



Biểu đồ 3.2: sống thêm toàn bộ giữa nhóm vét hạch và không vét hạch

Tỷ lệ tái phát tại hạch vùng của nhóm chỉ sinh thiết hạch cửa là 1/77(1,29%), kết quả của chúng tôi tương tự của tác giả Krag¹².

Kết quả sống thêm toàn bộ 8 năm và sống thêm không bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 90,5% và 83,3%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với của tác giả Krag¹² với OS và DFS cho phẫu thuật thật bảo tồn và sinh thiết hạch cửa đơn thuần là 91,8 và 82,4% ở thời điểm 8 năm và cao hơn kết quả của một số tác giả thực hiện đề tài từ những thập kỷ 70-80 thế kỷ trước^{7,13,14}.



Biểu đồ 3.3. Sống còn toàn bộ theo tình trạng thụ thể nội tiết

Khi phân tích đơn biến liên quan đến tỷ lệ sống thêm toàn bộ 8 năm chúng tôi thấy giai đoạn u T2, có di căn hạch nách có liên quan đến làm giảm tỷ lệ sống còn toàn bộ với $p < 0,05$, trong khi tình trạng thụ thể nội tiết dương tính có làm tăng tỷ lệ sống còn toàn bộ nhưng dưới mức có ý nghĩa thống kê. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả của tác giả Takashima⁵.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn và sinh thiết hạch cửa là những tiến bộ quan trọng trong điều trị ung thư

vú ngày nay. Phương pháp này đem lại hiệu quả sống còn không thua kém phương pháp kinh điển là cắt toàn bộ tuyến vú và vét hạch nách mà còn giảm thiểu di chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh ung thư. Tuy đã được thừa nhận rộng rãi từ lâu trên thế giới, nhưng tại Việt Nam tỷ lệ bệnh nhân được áp dụng chưa cao nên cần được phổ biến hơn nữa nhằm đem lại chất lượng điều trị cao hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồng Quang L.** Ứng dụng kỹ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa trong đánh giá tình trạng di căn hạch nách của bệnh nhân ung thư vú., Luận An Tiễn Sỷ Học Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2012.
2. **Veronesi U, Viale G, Paganelli G, et al.** Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: ten-year results of a randomized controlled study. *Ann Surg.* 2010;251(4):595-600. doi:10.1097/SLA.0b013e3181c0e92a
3. **Hồng Quang L, Văn Đức N.** Kết quả phẫu thuật bảo tồn ung thư vú áp dụng các kỹ thuật tạo hình với khối u tại vị trí ít nhu mô tuyến vú. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;51(2):65.
4. **Hồng Quang L, Anh Dũng H.** Kết quả phẫu thuật bảo tồn ung thư vú có sử dụng kỹ thuật tạo hình round block cho khối u nửa trên tuyến vú. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 511(2(2)):225.
5. **Takahashi S, Murakami Y, Imano N, et al.** Long-term results after 12-year follow-up of patients treated with whole-breast and boost

- irradiation after breast-conserving surgery. *Jpn J Radiol.* 2016;34(9):595-604. doi:10.1007/s11604-016-0562-2
6. **Li W, Zheng Y, Wu H, Li X.** Breast-conserving therapy versus mastectomy for breast cancer: a ten-year follow-up single-center real-world study. *Gland Surg.* 2022;11(7):1148-1165. doi:10.21037/gs-22-142
7. **Blichert-Toft M, Nielsen M, Düring M, et al.** Long-term results of breast conserving surgery vs. mastectomy for early stage invasive breast cancer: 20-year follow-up of the Danish randomized DBCG-82TM protocol. *Acta Oncol Stockh Swed.* 2008;47(4):672-681. doi:10.1080/02841860801971439
8. **Tứ Quý T.** Đánh giá bước đầu tình trạng di căn hạch nách trong ung thư vú. *Học TpHCM.* 2008;12(4):256.
9. **Botteri E, Bagnardi V, Rotmensz N, et al.** Analysis of local and regional recurrences in breast cancer after conservative surgery. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 2010;21(4):723-728. doi:10.1093/annonc/mdp386
10. **Miles RC, Gullerud RE, Lohse CM, Jakub JW, Degnim AC, Boughey JC.** Local recurrence after breast-conserving surgery: multivariable analysis of risk factors and the impact of young age. *Ann Surg Oncol.* 2012;19(4):1153-1159. doi:10.1245/s10434-011-2084-6
11. **Elsayed M, Alhussini M, Basha A, Awad AT.** Analysis of loco-regional and distant recurrences in breast cancer after conservative surgery. *World J Surg Oncol.* 2016;14:144. doi:10.1186/s12957-016-0881-x

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN ĐẠI TRẰNG TRÁI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lưu Quang Dũng¹, Trần Ngọc Dũng², Đặng Quốc Ái², Nguyễn Đức Phan¹, Nguyễn Thị Thu Vinh¹, Vũ Khang Ninh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng trái tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2017-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 63 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến đại tràng trái chưa di căn được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái nạo vét hạch từ 1/2017 đến 1/2021. **Kết quả:** Có 12(19%) u ở niêm mạc (T1), 24 (38%) trường hợp u

xâm lấn lớp cơ (T2), 25 (40%) trường hợp xâm lấn lớp dưới thanh mạc (T3), và 2 (3%) trường hợp xâm lấn thanh mạc (T4). Số hạch trung bình nạo được là 16,3 ± 3,6 (12 – 24). 100% trường hợp mặt cắt trên và dưới u không có có tế bào ung thư. Thời gian phẫu thuật trung bình là 151 ± 38,7 phút (60 – 360), thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 6,8 ± 2,8 ngày. Không có biến chứng hay tử vong sau mổ. 55 bệnh nhân ung thư đại tràng trái có thời gian sống toàn bộ sau mổ ước tính trung bình là 17,05 ± 9,3 (tháng). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng trái là phẫu thuật an toàn và hiệu quả với tỷ lệ tai biến biến chứng thấp, có thể áp dụng cho các bệnh viện chuyên khoa về điều trị ung thư, có đầy đủ trang thiết bị, phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, Ung thư biểu mô, Đại tràng trái

Viết tắt: MTTD: Mạc treo tràng dưới; PTNS: phẫu thuật nội soi.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Dũng

Email: luuquangdunghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2023

Ngày duyệt bài: 3.2.2023