

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ciardella A.P., Donsoff I.M., Huang S.J., et al. (2004). Polypoidal choroidal vasculopathy. *Surv Ophthalmol*, **49**(1), 25–37.
2. Ho C.P.S. and Lai T.Y.Y. (2018). Current management strategy of polypoidal choroidal vasculopathy. *Indian J Ophthalmol*, **66**(12), 1727–1735.
3. Gemmy Cheung C.M., Yeo I., Li X., et al. (2013). Argon laser with and without anti-vascular endothelial growth factor therapy for extrafoveal polypoidal choroidal vasculopathy. *Am J Ophthalmol*, **155**(2), 295-304.e1.
4. Koh A., Lee W.K., Chen L.-J., et al. (2012). EVEREST study: efficacy and safety of verteporfin photodynamic therapy in combination with ranibizumab or alone versus ranibizumab monotherapy in patients with symptomatic macular polypoidal choroidal vasculopathy. *Retina Phila Pa*, **32**(8), 1453–1464.
5. Kwok A.K.H., Lai T.Y.Y., Chan C.W.N., et al. (2002). Polypoidal choroidal vasculopathy in Chinese patients. *Br J Ophthalmol*, **86**(8), 892–897.
6. Lee M.-W., Yeo I., Wong D., et al. (2009). Argon laser photocoagulation for the treatment of polypoidal choroidal vasculopathy. *Eye Lond Engl*, **23**(1), 145–148.
7. Anantharaman G., Sheth J., Bhende M., et al. (2018). Polypoidal choroidal vasculopathy: Pearls in diagnosis and management. *Indian J Ophthalmol*, **66**(7), 896–908.
8. Vilaplana D., Castilla M., and Poposki V. (2005). Laser photocoagulation in idiopathic polypoidal choroidal vasculopathy. Over one year follow-up. *Arch Soc Espanola Oftalmol*, **80**(10), 597–602.

CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG – BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U PHYLLODES TUYẾN VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Hồng Quang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u phyllode tuyến vú tại bệnh viện K. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca có theo dõi trên 53 bệnh nhân u phyllodes tuyến vú điều trị tại Bệnh viện K từ 1/2016 đến 1/2018. **Kết quả:** tuổi trung bình $41,2 \pm 8,5$, nhóm tuổi 41 -60 chiếm 43,4%. Kích thước u trung bình 8,94cm (3-25cm), u kích thước trên 5cm chiếm 81,3%, tỉ lệ sờ thấy hạch nách trên lâm sàng là 33,9%. Đánh giá trên Xquang chủ yếu là BIRADS 3 với 70,7%. Tỉ lệ phân nhóm giải phẫu bệnh u lành tính, giáp biên và ác tính lần lượt là 66%, 18,9%, 15,1%. Tỉ lệ bệnh nhân theo phương pháp phẫu thuật: cắt rộng u 66,1%, cắt tuyến vú 24,5%; cắt tuyến vú vét hạch nách 9,4%. Có 8 trường hợp bệnh nhân chiếm 15,1% được xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật. Tỷ lệ tái phát chung là 15,1%: Tỷ lệ tái phát của u phyllode lành tính là 8,6%, u giáp biên là 20%, u ác tính là 37,5%. Thời gian tái phát trung bình 22,6 tháng.

Từ khóa: U phyllodes tuyến vú, phẫu thuật tuyến vú, u phyllodes tái phát

SUMMARY

CLINICOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL TREATMENT OUTCOMES OF PATIENT WITH PHYLLODES TUMOR AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang

Email: dr.huynguyencong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2021

Ngày duyệt bài: 11.01.2022

Objectives: To study clinicopathological characteristics and surgical treatment outcomes of phyllodes tumor patients. **Patients and methods:** A descriptive study was conducted with 53 phyllodes tumor patients who underwent operation Jan 2016 to Jan 2018 at Vietnam National Cancer hospital.

Results: Mean age was $41,2 \pm 8,5$, popular in age range 41 -60 at 43,4%. Mean size of tumor was $8,94 \pm 4,15$ cm (3- 25cm); the prevalence of axillary lymph nodes found by clinical examination was 33,9%. 70,7% of cases were evaluated at TIRADS 3 on mamography. Percentages of patients according to histological classification as benign, borderline, and malignant respectively were 66%, 18,9%, 15,1%. Percentages of patients according to surgical indications: wide excision 66,1%, simple mastectomy 24,5%, mastectomy combining with axillary lymph node dissection 9,4%. Prevalence of recurrence was 15,1%. Percentage of recurrence in benign, boderline and malignant phyllodes patients respectively were: 8,6%; 20% and 37,5%. Mean time from treatment to recurrence was 22.5 months.

Key words: Phyllodes tumor, Breast surgery, Recurrent phyllodes tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U phyllodes là tổn thương tăng sinh trung mô tuyến vú hiếm gặp, chiếm 0.3 – 0.9% các tổn thương tăng sinh tuyến vú¹. Dựa trên các đặc điểm của mô đệm như bất thường tế bào, sự tăng sinh quá mức, tình trạng ti thể và ranh giới tổn thương, tổ chức Y tế thế giới đã phân loại u phyllodes gồm: u lành tính, giáp biên và ác tính². Điều trị phẫu thuật là phương pháp đóng vai trò quan trọng nhất đối với bệnh cảnh u phyllodes với các chỉ định từ cắt rộng u đến cắt toàn bộ

tuyến vú. Xạ trị có vai trò giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ sau phẫu thuật với các khối u phyllodes giáp biên và ác tính. Tái phát tại chỗ là diễn biến hay gặp kể cả đối với u phyllodes lành tính với tỉ lệ 10 -20% và hay gặp hơn ở nhóm u phyllodes ác tính với tỉ lệ 23 -30%³. Hiện nay trong nước đã có một số nghiên cứu đến u phyllodes tuyến vú tuy nhiên việc nghiên cứu bệnh cảnh này trong thời gian theo dõi lâu dài hiện còn hạn chế. Vì vậy, để góp phần tìm hiểu kĩ hơn về đặc điểm bệnh học và điều trị của bệnh lý này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Các đặc điểm lâm sàng – bệnh học và kết quả điều trị u phyllodes tuyến vú tại bệnh viện K*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán là u phyllodes và điều trị tại Bệnh viện K từ 01/2016 – 1/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u phyllodes, không có bằng chứng về ung thư biểu mô vú, được điều trị bằng phẫu thuật có hoặc không có xạ trị và hóa chất, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ, có đầy đủ thông tin tái phát, di căn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn lựa chọn, ung thư vú loại biểu mô, bệnh Paget của vú hoặc u lympho ác tính, các u di căn từ nơi khác; không tham gia điều trị đầy đủ.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca có theo dõi.

Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện n=53 bệnh nhân

2.3 Xử lý phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

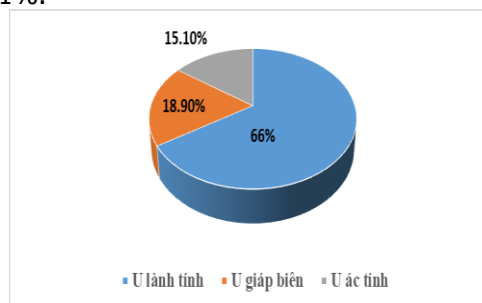
3.1. Các yếu tố lâm sàng – bệnh học

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân

Chỉ số	Bệnh nhân		
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Tuổi	< 20	5	9,4
	20 - 40	19	35,9
	40 - 60	23	43,4
	> 60	6	11,3
Kích thước u	< 5 cm	8	17
	5 - 10 cm	22	52,1
	> 10 cm	19	31,9
Hạch nách trên lâm sàng	Có hạch	18	33,9
	Không	35	66,1
Siêu âm	U đặc	36	69,2

	Dạng nang	1	1,9
	Hỗn hợp	15	28,9
Xquang	BIRADS II	1	2,4
	BIRADS III	29	70,7
	BIRADS IV	11	26,9
Tế bào học	U vú lành	16	34
	U phyllodes	26	55,4
	Carcinoma	5	10,6

Bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 40 -60 chiếm tỉ lệ cao nhất 43,4%. Kích thước u 5 -10 cm chiếm đa số với 52,1%. Tỉ lệ khám phát hiện hạch nách trên lâm sàng là 33,9%. Đánh giá tổn thương trên xquang chủ yếu thuộc phân loại BIRADS III 70,7%. Tỉ lệ u phyllodes lành tính, giáp biên và phyllodes ác tính lần lượt là 66%, 18,9% và 15,1%.



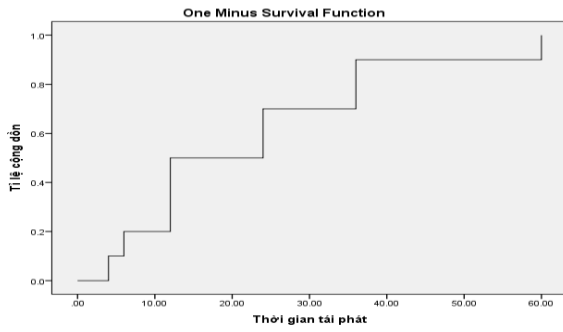
Biểu đồ 1. Phân nhóm u phyllodes theo giải phẫu bệnh

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Kết quả điều trị bệnh nhân u phyllodes

Chỉ số	Bệnh nhân		
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Chỉ định phẫu thuật	Cắt rộng u	34	64,1
	Cắt tuyến vú	11	20,8
	Cắt tuyến vú + vét hạch nách	8	15,1
Xạ trị hỗ trợ	Có	8	15,1
	Không	40	84,9
Biến chứng sau điều trị	Không biến chứng	50	96,3
	Xơ hóa	2	3,7
	Phù bạch huyết	0	0
Tái phát sau điều trị	Tại chỗ	9	16,9
	Di căn phổi	1	1,9
	Không tái phát	43	71,2

Chỉ định phẫu thuật cắt rộng u chiếm tỉ lệ cao nhất với 64,1%. Bệnh nhân có chỉ định xạ trị sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 15,1%. Tỉ lệ biến chứng sau điều trị phẫu thuật xạ trị là 3,7% với 2 trường hợp xơ hóa thành ngực. Tỉ lệ tái phát trong thời gian theo dõi là 18,8% với 16,9% tái phát tại chỗ và 1 trường hợp di căn phổi.



Biểu đồ 2. Thời gian tái phát di căn

Thời gian tái phát trung bình là 22,6 tháng, thời điểm tái phát sớm nhất là 4 tháng và muộn nhất là 60 tháng.

Bảng 3. Mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng bệnh học đến tỉ lệ tái phát

Chỉ số		Tái phát (%)	Ổn định (%)	P
Kích thước u	<5cm	22,2	77,8	0,774
	5-10cm	15,2	84,8	
	> 10cm	9,1	90,9	
Giải phẫu bệnh	U lành	8,6	91,4	0,069
	Giáp biên	20	80	
	Ác tính	37,5	62,5	
Phương pháp phẫu thuật	Cắt rộng u	14,3	85,7	0,595
	Cắt tuyến vú	23,1	86,9	
	Cắt vú vét hạch nách	0	100	
Xạ trị bổ trợ	Có	12,5	87,5	0,39
	Không	15,5	84,5	

Tỉ lệ tái phát có liên quan đến thể giải phẫu bệnh, lần lượt đối với u lành, u giáp biên và ác tính là 8,6%, 20%, 37,5%. Tỉ lệ tái phát thấp hơn ở nhóm được xạ trị bổ trợ so với nhóm không được xạ trị bổ trợ. Các mối tương quan không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Trong nghiên cứu của tôi, Độ tuổi mắc bệnh trung bình là 41 tuổi, tuổi nhỏ nhất mắc bệnh là 12 tuổi, tuổi cao nhất mắc bệnh là 63 tuổi. Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là nhóm tuổi 41 – 60 chiếm 43,4%. Nghiên cứu của Võ Đăng Hùng cũng cho thấy lứa tuổi thường gặp nhất là độ tuổi từ 41 – 50 tuổi chiếm 42,4%, độ tuổi dưới 30 chiếm 12,6%⁴. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế nên chưa mang tính đại diện để đưa ra kết luận cụ thể cho phân bố dịch tễ theo độ tuổi; điều này cũng phụ thuộc vào mức độ quan tâm đến sức khỏe của người bệnh, khi đa phần triệu chứng ban đầu là sờ thấy u.

Về đặc điểm khối u, kích thước u trung bình 9,7cm, u nhỏ nhất kích thước 3cm, u lớn nhất kích thước 25cm. 84,9% các trường hợp u đã có kích thước tương đối lớn từ 5 cm trở lên. Qua kết quả này có thể nhận thấy mức độ quan tâm đến tình trạng sức khỏe của một bộ phận cộng đồng còn thấp. Trong nghiên cứu của Võ Đăng Hùng có 60% bệnh nhân đến điều trị khi u trên 5cm, có 14,4% bệnh nhân đến điều trị khi u nhỏ dưới 3cm⁴. Đối với các nước phát triển ở Châu Âu nhờ có sự chú trọng về chăm sóc sức khỏe nên tỉ lệ phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm khá cao như nghiên cứu của Gianluca có tới 63,5% trường hợp đến điều trị khi u dưới 5cm, chỉ có 36,5% trường hợp bệnh nhân đến điều trị khi u lớn trên 5cm⁵.

Phân chia theo nhóm giải phẫu bệnh, tỉ lệ u phyllode lành tính 66%, u giáp biên 18,9%, u ác tính 15,1%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Võ Đăng Hùng tỉ lệ u lành, giáp biên, ác tính lần lượt là 58,9%, 27,8%, 13,3%⁴. Tác giả Jose cho kết quả u lành, giáp biên và ác tính lần lượt là 49%, 35%, 16%⁶. Phần lớn các kết quả nghiên cứu về nhận thấy u phyllode có tỉ lệ cao ở nhóm u lành tính.

4.2. Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các trường hợp được phẫu thuật lấy rộng u chiếm tỷ lệ 64,1%, 11 trường hợp được phẫu thuật cắt tuyến vú chiếm 20,8% do kích thước u to, 8 trường hợp được phẫu thuật cắt tuyến vú và vét hạch nách chiếm 15,1%. Nhìn chung chỉ định phẫu thuật cho u phyllodes là tương đối rõ ràng, với mục tiêu cắt rộng u từ 1cm trở lên với u giáp biên và cắt tuyến vú đối với trường hợp u phyllodes ác tính, dẫn đến tỉ lệ các phương pháp phẫu thuật là tương ứng với tỉ lệ phân nhóm giải phẫu bệnh của u. Tuy nhiên, chỉ định vét hạch nách đối với u phyllodes ác tính còn chưa được đồng thuận, chỉ được chỉ định cho các trường hợp nghi ngờ trên lâm sàng hoặc đã có bằng chứng di căn hạch nách. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có 8 trường hợp có hạch nách trên lâm sàng chắc, di động đã được tiến hành cắt tuyến vú kèm theo vét hạch nách. Các trường hợp u phyllodes ác tính có kích thước lớn (>5cm), có xâm lấn thành ngực hoặc da đều được chỉ định xạ trị sau mổ.

Trong thời gian theo dõi 36 tháng có 10 trường hợp tái phát chiếm 18,8%. Đa số các trường hợp đều tái phát tại chỗ, có một trường hợp biểu hiện di căn tại phổi Tỉ lệ tái phát của u phyllode lành tính là 8,6%, u giáp biên là 40%, u ác tính là 37,5%. Thời gian tái phát trung bình của nghiên cứu này là 22,5 tháng. Trong nghiên cứu của Jose thời gian theo dõi lên tới 151

tháng, tỷ lệ tái phát là 6,4%, thời gian tái phát trung bình là 58,4 tháng⁶. Nghiên cứu của Mengsu cho tỷ lệ tái phát là 16,5%, tỷ lệ tái phát lần lượt của u phyllode lành tính, giáp biên và ác tính là 14,7%, 17,1%, và 27,3%. Thời gian tái phát trung bình là 19,4 tháng⁷. Như vậy, đa số các nghiên cứu cho thấy tái phát thường diễn ra trong 2 năm đầu. Sự khác nhau giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn, thời gian theo dõi sau nghiên cứu còn ngắn.

Không có yếu tố tiên lượng nào đáng tin cậy đã được xác định dự đoán cho tái phát tại chỗ. Trong khi hầu hết các loạt đã báo cáo tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp với các khối u có đường kính dưới 2 cm, không có mối tương quan giữa kích thước khối u và nguy cơ tái phát đã được chứng minh. Tỷ lệ tương quan giữa kích thước u và tuyến vú có thể có ý nghĩa vì điều này thường quyết định mức độ phẫu thuật và kết quả cắt bỏ mẫu bệnh phẩm. Nguy cơ tái phát tại chỗ tăng lên trong các tổn thương cắt bỏ không hoàn toàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi đánh giá sự tương quan giữa các yếu tố như tuổi, kích thước u đều không có sự tương quan rõ rệt và có ý nghĩa thống kê. Có sự tương quan giữa mô bệnh học với tỷ lệ tái phát và nhóm xạ trị hỗ trợ có tỷ lệ tái phát thấp hơn so với nhóm không xạ trị, kết quả này phù hợp với vai trò kiểm soát tại chỗ đã được khẳng định của xạ trị.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh u phyllode tuyến vú trẻ hơn so với tuổi mắc ung thư vú, đa số u có kích thước trên 5 cm tại thời điểm chẩn đoán. U phyllode lành tính chiếm đa số nhưng tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp nhất. Thời gian tái phát trung bình là 22,6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guerrero MA, Ballard BR, Grau AMJ So.** Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. 2003;12(1):27-37
2. **World Health Organization.** Histological typing of breast tumors. Tumori 1982;68:181-98.
3. **Zhang Y, Kleer CG.** Phyllodes tumor of the breast: histopathologic features, differential diagnosis, and molecular/genetic updates. Arch Pathol Lab Med. 2016;140:665-71.
4. **Võ Đăng Hùng (2013).** Nghiên cứu chẩn đoán – điều trị bướu diệp thể vú, luận án tiến sĩ, Đại học Y được TP Hồ Chí Minh.
5. **Gianluca Spitaleri, Antonio Toesca, Edoardo Botteri, et al. (2013).** Breast phyllodes tumor: a review of literature and a single center retrospective series analysis. Critical reviews in oncology/hematology, 88 (2), 427-436.
6. **Jose M Pimiento, Pranjali V Gadgil, Alfredo A Santillan, et al. (2011).** Phyllodes tumors: race-related differences. Journal of the American College of Surgeons, 213 (4), 537-542.
7. **Mengsu Xiao, Qingli Zhu, Yuxin Jiang, et al. (2015).** Local recurrent phyllodes tumors of the breast: clinical and sonographic features. Journal of Ultrasound in Medicine, 34 (9), 1631-1638.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SOI BUỒNG TỬ CUNG TÁCH DÍNH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2020

Lê Thị Anh Đào¹, Nguyễn Biên Thùy² Nguyễn Ngọc Minh³

TÓM TẮT

Dính buồng tử cung (BTC) là một trong những nguyên nhân thường gặp gây nên vô sinh ở phụ nữ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhận xét kết quả soi BTC tách dính cho các bệnh nhân dính buồng tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu được tiến hành trên những bệnh nhân chẩn đoán dính BTC và tách dính bằng soi BTC.

Kết quả: Nghiên cứu thu được 40 bệnh nhân mức độ dính là: độ 1: 5 người (12,5%) độ 2: 14 người (35%) độ 3: 13 người (32,5%) độ 4: 8 người (20%). Kết quả tách dính hoàn toàn trên 32 người chiếm 80%, số bệnh nhân tách dính một phần chiếm 20%. **Kết luận:** Soi BTC tách dính là một phương pháp điều trị dính BTC có kết quả tách dính hoàn toàn đạt 80%, cải thiện được tình trạng kinh nguyệt trở lại bình thường 77,5%.

Từ khóa: Dính BTC, soi BTC.

SUMMARY

RESULTS OF TREATING INTRAUTERINE ADHENSION BY HYSTEROSCOPY AT HANOI OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2020

Backgrounds: Intrauterine adhesion is one of the leading causes of infertility in women. **Aim:** To analyse the results of treating intrauterine adhesion by hysteroscopy. **Materials and methods:** A cross –

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

³Đại học Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.12.2021

Ngày duyệt bài: 10.01.2022