

- Ghany MG, Marks KM, Morgan TR et al.** Hepatitis C Guidance 2019 Update: AASLD-IDS Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection. *Hepatology*. 2019.
- Hà Vũ, Bùi Hữu Hoàng.** Giá trị của chỉ số APRI và FIB-4 trong tiên đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2015; 19(1):97-102. 3
- Chou R, Wasson N.** Blood tests to diagnose fibrosis or cirrhosis in patients with chronic hepatitis C virus infection: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2013; 158:807-820.
- Bachofner JA, Valli PV, Kröger A et al.** Direct antiviral agent treatment of chronic hepatitis C results in rapid regression of transient elastography and fibrosis markers fibrosis-4 score and aspartate aminotransferase-platelet ratio index. *Liver International*. 2017; 37:369-376.
- Anca L, Cristina P, Luciana N et al.** Dynamics of APRI and FIB-4 in HCV cirrhotic patients who achieved SVR after DAA therapy. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2021; 21(1):99.
- European Association for the Study of the Liver.** EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. *Journal of Hepatology*. 2020; 73 (5): 1170 – 1218.
- Tamaki N, Kurosaki M, Tanaka K et al.** Noninvasive estimation of fibrosis progression overtime using the FIB-4 index in chronic hepatitis C. *Journal of Viral Hepatitis*. 2013; 20:72-76.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CÁC TRƯỜNG HỢP U VÚ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Tổng Thị Mỹ Phụng¹, Võ Minh Tuấn²,
Võ Thanh Nhân³, Phạm Thị Mộng Thơ³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ và đứng thứ hai trong số các nguyên nhân gây tử vong do ung thư ở phụ nữ. Các tổn thương u vú xuất hiện trên lâm sàng dưới dạng những u cục dạng bướu, có khi giống bướu lành, có khi giống ung thư, và dễ gây chẩn đoán lầm với ung thư làm kết quả sau khi phân tích giải phẫu bệnh lý không như chẩn đoán trước phẫu thuật. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các hình thái giải phẫu bệnh lý của u vú được phẫu thuật tại bệnh viện Từ Dũ và phân tích giá trị của siêu âm, nhũ ảnh, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả dọc hồi cứu trên 475 trường hợp phẫu thuật u vú từ 01/2016 đến 12/2020 tại bệnh viện Từ Dũ. **Kết quả:** Ung thư vú chiếm 8,6% (KTC 95%: 6,1-11,2), u vú lành tính chiếm 91,4% (KTC 95%: 88,8-93,9). U sợi tuyến lành của vú chiếm 72,6% (KTC 95%: 65,5-73,8) là dạng hình thái u lành tính phổ biến nhất. Carcinom ống tuyến vú chiếm 78,0% (KTC 95%: 63,4-90,2) là dạng hình thái ung thư vú phổ biến nhất. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của siêu âm (0,537;0,855;0,259;0,951), nhũ ảnh (0,853; 0,335;0,201;0,921), FNA (0,486; 0,987;0,818;0,941). **Kết luận:** Nhũ ảnh có vai trò sàng lọc tốt nhất. Siêu âm và FNA có vai trò sàng lọc thấp.

Từ khóa: Hình thái u vú, siêu âm vú, nhũ ảnh, chọc hút tế bào kim nhỏ (FNA)

¹Bệnh viện Triều An

²Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhantuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2021

Ngày duyệt bài: 26.5.2021

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS OF SURGICAL BREAST TUMOR CASES AT TU DU HOSPITAL

Background: Breast cancer is the most common cancer in women and the second leading cause of cancer death in women. Breast tumor lesions appear clinically in the form of tumour-like lumps, sometimes resembling benign tumors, sometimes cancerous, and easily misdiagnosed with cancer as a result of pathological analysis unlike preoperative diagnosis. **Objective:** Determining the rate of pathological anatomical forms of breast tumors operated at Tu Du hospital and analyzing the value of ultrasound, mammography, fine needle aspiration. **Methods:** Retrospective longitudinal descriptive study on 475 breast tumor surgery cases from January 2016 to December 2020 at Tu Du hospital. **Results:** Breast cancer accounting for 8.6% (95% CI: 6.1-11.2), benign breast tumors accounting for 91.4% (95% CI: 88, 8-93.9). The benign fibroadenoma of the breast accounts for 72.6% (95% CI: 65.5-73.8) which is the most popular form of benign tumor morphological. Breast ductal carcinoma accounts for 78.0% (95% CI: 63.4-90.2) is the most popular form of breast cancer. Sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value of ultrasound (0.537; 0.855; 0.259; 0.951), mammography (0.853; 0.335; 0.201; 0.921), FNA (0.486; 0.987; 0.818 ;0.941). **Conclusions:** Mammography has the best screening role. Ultrasound and FNA have a low screening role.

Keywords: Breast tumor morphology, breast ultrasound, mammography, fine needle aspiration (FNA)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến vú của phụ nữ là nơi chịu nhiều ảnh hưởng của kích thích tố nữ. Những rối loạn kích

thích tổ nữ có thể tạo nên những tổn thương trong mô vú. Những tổn thương này xuất hiện trên lâm sàng dưới dạng những u cục dạng bướu, có khi giống bướu lành, có khi giống ung thư, và dễ gây chẩn đoán lầm với ung thư. Ngoài ra, còn có một số tổn thương dạng bướu có thể thoái hóa thành ung thư.

Năm 2020, theo báo cáo của WHO có 2,3 triệu phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh ung thư vú và 685.000 ca tử vong trên toàn cầu. Tính đến cuối năm 2020, có 7,8 triệu phụ nữ còn sống được chẩn đoán mắc bệnh ung thư vú trong 5 năm qua, khiến nó trở thành bệnh ung thư phổ biến nhất thế giới. Tỷ lệ tử vong do ung thư vú được chuẩn hóa theo độ tuổi ở các nước có thu nhập cao đã giảm 40% từ những năm 1980 đến 2020. Các quốc gia đã thành công trong việc giảm tỷ lệ tử vong do ung thư vú có thể đạt được mức giảm tỷ lệ tử vong do ung thư vú hàng năm là 2-4% mỗi năm. Nếu tỷ lệ tử vong hàng năm giảm 2,5% mỗi năm trên toàn thế giới, thì sẽ tránh được 2,5 triệu ca tử vong do ung thư vú từ năm 2020 đến năm 2040 ^{(1),(2)}.

Theo thống kê của cơ quan ghi nhận ung thư toàn cầu (Globocan) năm 2018, nước ta có gần 165.000 số ca mắc mới ung thư, trong đó ung thư vú là 15.000 người mắc chiếm tỷ lệ 9,2%. Cũng trong năm 2018, Việt Nam ghi nhận hơn 6.000 trường hợp tử vong vì căn bệnh này.

Ngày nay các tiến bộ mới về phương tiện chẩn đoán như siêu âm, nhũ ảnh, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, MRI, sinh thiết lõi,... đã giúp cho việc chẩn đoán ngày một chính xác hơn, tuy nhiên cũng còn có nhiều hạn chế làm kết quả sau khi phân tích giải phẫu bệnh lý không như chẩn đoán trước phẫu thuật.

Ở Việt Nam trước đây có một vài công trình nghiên cứu về ung thư vú, bệnh lý lành tính của tuyến vú chủ yếu ở bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh, nhưng chưa có công trình nào nghiên cứu tại bệnh viện Từ Dũ, cũng là một bệnh viện sản phụ khoa lớn nhất miền Nam Việt Nam. Gần đây bệnh viện Từ Dũ cũng tiếp nhận nhiều bệnh nhân có u tuyến vú đến điều trị, chủ yếu là điều trị theo dõi ngoại viện tại phòng khám nếu chưa có chỉ định phẫu thuật, còn lại sẽ được phẫu thuật tại phòng mổ của bệnh viện. Do đó việc khảo sát các bệnh nhân có u tuyến vú được phẫu thuật tại bệnh viện Từ Dũ sẽ giúp ta có một số liệu phong phú về những bệnh lý này.

Nhằm cung cấp một bức tranh về giá trị của các phương tiện chẩn đoán tại viện, chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu đặc điểm những trường hợp u vú được phẫu thuật tại bệnh viện

Từ Dũ" với câu hỏi nghiên cứu "Tỉ lệ phân bố các hình thái u vú phổ biến hiện nay tại bệnh viện Từ Dũ là bao nhiêu?". Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định tỷ lệ các hình thái giải phẫu bệnh lý của u vú được phẫu thuật tại bệnh viện Từ Dũ, mô tả đặc điểm lâm sàng các hình thái u vú và phân tích giá trị của siêu âm, nhũ ảnh và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn đoán khối u vú khi so sánh với tiêu chuẩn vàng giải phẫu bệnh lý.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả dọc hồi cứu

Tiêu chí chọn mẫu

- **Tiêu chuẩn chọn vào**

+ Bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán với mã ICD: N63 (Khối u không xác định ở vú), C50 (Ung thư vú).

+ Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật u tuyến vú tại bệnh viện Từ Dũ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Bệnh nhân không có kết quả giải phẫu bệnh lý chẩn đoán u vú sau mổ.

+ U vú tái phát

Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu cho việc ước lượng một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

$$N = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot xP(1-P)}{d^2}$$

Chọn P= 0,5 để có cỡ mẫu lớn nhất => N = 384,16

Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu toàn bộ

Phương pháp tiến hành

Bước 1: Chuẩn bị. Phối hợp cùng nhân viên đang làm việc tại khoa ung bướu phụ khoa dưới sự phân công của ban lãnh đạo bệnh viện để lên danh sách tất cả các trường hợp được chẩn đoán U vú và ung thư vú có chỉ định phẫu thuật và thỏa tiêu chí chọn mẫu tại bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ 01/01/2016 đến 31/12/2020.

Bước 2: Nghiên cứu lọc hồ sơ bệnh án bằng mã ICD: N63 (Khối u không xác định ở vú) và C50 (ung thư vú). Sau đó mượn hồ sơ bệnh án theo danh sách tại kho lưu trữ hồ sơ.

Bước 3: Dựa trên bộ câu hỏi đã được hiệu chỉnh qua nghiên cứu dẫn đường. Tiến hành thu thập số liệu dựa vào bảng thu thập số liệu được soạn sẵn.

Bước 4: Nhập và xử lý số liệu dựa trên phần mềm thống kê SPSS 18.0

Bước 5: Hoàn thành nghiên cứu

Biến số nghiên cứu chính: Chúng tôi định nghĩa tiêu chuẩn chẩn đoán ác tính và lành tính dựa vào kết quả giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật.

Xử lý và phân tích số liệu: Sau khi thu thập số liệu, chúng tôi tiến hành tổng hợp, phân

tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. Gồm 2 bước: bước 1 tính tỷ lệ các hình thái u vú, bước 2 tính giá trị các phương tiện chẩn đoán bằng bảng chéo.

Đạo đức trong nghiên cứu y sinh: Nghiên cứu được tiến hành sau khi đã thông qua Quyết định số: 646/HĐĐĐ-ĐHYD của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh của trường Đại học Y Dược TP.HCM ngày 06/10/2020. Nghiên cứu được thông qua bởi Quyết định số: 2659/QĐ-BVTD Ban giám đốc của Bệnh viện Từ Dũ ngày 17/11/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi có được 475 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu, loại 5 trường hợp do hồ sơ không đủ thông tin cần cho nghiên cứu. Trong đó có 41 trường hợp được chẩn đoán ung thư vú chiếm 8,6% (KTC 95%: 6,1 – 11,2), 434 trường hợp u vú lành tính chiếm 91,4% (KTC 95%: 88,8 – 93,9), 475 trường hợp được thực hiện siêu âm, 207 trường hợp được thực hiện nhũ ảnh và 346 trường hợp được thực hiện chọc hút tế bào bằng kim nhỏ FNA. Độ tuổi trung bình: $36,3 \pm 11,9$; độ tuổi nhỏ nhất là 17 và lớn nhất là 72. Đặc điểm nơi cư ngụ, đối tượng sống ở tỉnh chiếm 68,4% và TPHCM chiếm 31,6%. Đặc điểm về dân tộc: dân tộc Kinh chiếm đa số 97,1%, còn lại là dân tộc khác chỉ chiếm 2,9%. Nghề nghiệp, chủ yếu là nội trợ chiếm 36,0%; công nhân viên chức 27,4% và buôn bán 10,7% (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dân số- xã hội của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=475)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi: <40	289	60,8
40-50	136	28,6
51-64	39	8,2
65+	11	2,3
Địa chỉ: TP. Hồ Chí Minh	150	31,6
Tỉnh khác	325	68,4
Dân tộc: Kinh	461	97,1
Khác	14	2,9
Nghề nghiệp: Công nhân	44	9,3
Công nhân viên chức	130	27,4
Nội trợ	171	36,0
Buôn bán	51	10,7
Làm nông	34	7,2
Khác	45	9,5
BMI: Nhẹ cân	64	13,5
Bình thường	288	60,6
Thừa cân	67	14,1
Béo phì	56	11,8

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

Đặc điểm	Tần số (n=475)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện		
Tự sờ thấy u	373	78,5
Đau vú	44	9,3
Thay đổi ở núm vú	7	1,5
Khám kiểm tra sức khỏe	61	12,8
Thời gian từ lúc phát hiện u đến khi mổ		
≤ 1 tháng	128	26,9
1 - < 3 tháng	73	15,4
3 - ≤ 6 tháng	38	8,0
> 6 tháng	236	49,7

Bảng 3: Triệu chứng thực thể

Đặc điểm	Tần số (n=475)	Tỷ lệ (%)
Độ di động		
Không di động	14	2,9
Di động tốt	391	82,3
Di động hạn chế	42	8,8
Không ghi nhận	28	5,9
Mật độ: Chắc	408	85,9
Mềm	18	3,8
Sượng cứng	24	5,1
Không ghi nhận	25	5,3
Giới hạn: Rõ	274	57,7
Không rõ	73	15,4
Không ghi nhận	128	26,9
Tiết dịch núm vú		
Không tiết dịch	453	95,4
Tiết dịch nâu đỏ	10	2,1
Tiết dịch mủ	1	0,2
Tiết dịch sữa	6	1,3
Tiết dịch khác	5	1,1
Đặc điểm sự thay đổi của vú trên lâm sàng		
Dính da	6	1,3
Da vùng vú bị loét	0	0
Da đầu vú, quầng vú bị loét	0	0
Dính thành ngực	0	0
Sưng hạch nách cùng bên	3	0,6
Đau vú	11	2,3

Bảng 4: Kết quả giải phẫu bệnh lý

Kết quả sinh thiết	n= 475	Tỷ lệ (%)	KTC95%
Lành tính	434	91,2	88,8-93,9
U sợi tuyến lành của vú	315	72,6	65,5–73,8
Thay đổi sợi bọc tuyến vú	52	11,9	8,6 – 14,2
U diệp thể lành của vú	24	5,5	3,3 – 7,5
Nang vú bội nhiễm	21	4,8	2,9 – 6,7
Viêm mãn Hamartoma ở vú	12	2,8	1,3 – 4,2

U nhú trong ống tuyến vú lành	8	1,8	0,7 – 3,1
Tăng sản ống tuyến vú thông thường	7	1,6	0,7 – 2,9
Viêm vú cấp do kèm nhiều đại bào ăn vật lạ	3	0,7	0 – 1,6
U diệp thể giáp biên ác của vú	2	0,5	0 – 1,3
Vùng thoái hóa xuất huyết của vú	2	0,5	0 – 1,1
Hamartoma	2	0,5	0 – 1,1
Viêm lao vú	2	0,5	0 – 1,1
U ống tuyến vú	1	0,2	0 – 0,7
Ac tính	41	8,6	6,1-11,2
Carcinom ống tuyến vú	32	78,0	63,4 – 90,2
Carcinom tuyến nhầy của vú	3	7,3	0 – 14,6
Carcinom dạng nhú trong ống tuyến vú	3	7,3	0 – 17,1
Lympho lan tỏa tế bào nhỏ carcinom	2	4,9	0 – 12,2
Carcinom vú tiểu thùy	1	2,4	0 – 7,3

Nhận xét: Kết quả giải phẫu bệnh lý các khối u vú trong đó u lành tính chiếm 91,4% (KTC 95%: 88,8 – 93,9) và u ác tính chiếm 8,6% (KTC 95%: 6,1 – 11,2).

Giá trị chẩn đoán của siêu âm, nhũ ảnh và FNA khi đối chiếu với tiêu chuẩn vàng giải phẫu bệnh lý

Bảng 5: Giá trị chẩn đoán của siêu âm, nhũ ảnh và FNA khi đối chiếu với tiêu chuẩn vàng giải phẫu bệnh lý

Phương tiện chẩn đoán	Se	Sp	Vp(+)	Vp(-)
Siêu âm(n=475)	0,537	0,855	0,259	0,951
Nhũ ảnh(n=207)	0,853	0,335	0,201	0,921
FNA(n=346)	0,486	0,987	0,818	0,941

Nhũ ảnh có độ nhạy cao nhất (85,3%). FNA có độ đặc hiệu cao nhất (98,7%). FNA có giá trị tiên đoán dương cao nhất (81,8%). Siêu âm có giá trị tiên đoán âm cao nhất (95,1%). Trong nghiên cứu của chúng tôi không có đối tượng được khảo sát bằng MRI hay sinh thiết lạnh.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm phân bố hình thái u vú. Kết quả giải phẫu bệnh lý khối u vú của chúng tôi có u lành tính chiếm 91,4% và ác tính chiếm 8,6%. Theo tổ chức y tế thế giới năm 2021 báo cáo có tới 90% u vú không phải là ung thư, nên tỷ lệ ung thư theo WHO khoảng 10,0% gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi⁽¹⁾. Tại Việt

Nam, so sánh với nghiên cứu trong nước của Trần Thanh Bình⁽¹²⁾ năm 2019 có 42,1% ung thư vú; 57,9% u vú lành tính; cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Tóm lại, kết quả nghiên cứu 475 trường hợp, tỷ lệ ung thư vú chiếm gần 1/10 đối tượng có u vú. Trong số mắc ung thư, phổ biến nhất là ung thư biểu mô ống tuyến vú chiếm 78,0% (KTC95%: 63,4 – 90,2), đây là dạng ung thư phổ biến không chỉ ở Việt Nam mà còn tương đồng với các khảo sát trên thế giới. Trong số các loại u vú lành tính thì u sợi tuyến lành của vú chiếm tỷ lệ cao nhất 72,6% (KTC95%: 65,5 - 73,8) kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Vì vậy việc tầm soát thường xuyên u vú là một công việc quan trọng nhằm phát hiện sớm và có hướng điều trị kịp thời.

Giá trị chẩn đoán khối u vú của Siêu âm.

Các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều được nhập viện phẫu thuật u vú và có kết quả giải phẫu bệnh lý nên có ý nghĩa cho việc đánh giá vai trò chẩn đoán của siêu âm. Với điểm Birads từ ≥4 có ý nghĩa trong chẩn đoán ung thư vú trên siêu âm. Về độ nhạy đạt mức trung bình 53,7%; thấp hơn khi so sánh với nghiên cứu của Mai Đăng Hiếu 97,5%⁽³⁾, Ji-Young Hwang 88,9%⁽⁴⁾. Vì Ji-Young Hwang tính độ nhạy của siêu âm đối với các đối tượng có nhũ ảnh âm tính khác với nghiên cứu của chúng tôi là so với đối tượng có kết quả giải phẫu bệnh lý là ung thư vú⁽⁴⁾. So sánh với Jing Wang 65,0% thì độ nhạy siêu âm của chúng tôi khá tương đồng, mặc dù cỡ mẫu của Jing Wang⁽⁵⁾ rất lớn. Về độ đặc hiệu đạt mức khá cao 85,5%. Kết quả này khá tương đồng với các khảo sát trên thế giới và cao hơn khi so sánh với nghiên cứu trong nước của Mai Đăng Hiếu 52,6%⁽³⁾. Về giá trị tiên đoán dương thấp chỉ có 25,9%; thấp hơn nghiên cứu của Mai Đăng Hiếu 81,3%⁽³⁾ và cao hơn nghiên cứu của Ji-Young Hwang 8,0%. Về giá trị tiên đoán âm cao 95,1%; cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của Ji-Young Hwang⁽⁴⁾ và tương đồng với nghiên cứu của Mai Đăng Hiếu.

Các kết quả có sự khác biệt trên là vì cỡ mẫu của Mai Đăng Hiếu⁽³⁾ thấp hơn nên có thể làm sai lệch chẩn đoán cao hơn, mặc khác siêu âm cũng là phương tiện chẩn đoán phụ thuộc vào kỹ thuật viên thực hiện. Do độ nhạy thấp nên siêu âm vú không có giá trị trong việc sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú nhưng có giá trị phát hiện các khối u thực thể khác của vú: các tổn thương nằm sâu, không sờ nắn được khi thăm khám, định được u dạng nang, dạng đặc hay hỗn hợp và có giá trị loại trừ khả năng không ung thư

đáng tin cậy.

Giá trị chẩn đoán khối u vú của Nhũ ảnh. Nghiên cứu của chúng tôi, chọn mốc Birads ≥ 3 vì theo phác đồ của bệnh viện Từ Dũ khi nhũ ảnh có Birads ≥ 3 thì cần phải thực hiện thêm FNA và chọn mốc này có ý nghĩa trong chẩn đoán ung thư vú. Về độ nhạy, nhũ ảnh có độ nhạy cao 85,3%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trên thế giới C Zhu 81,0%⁽⁶⁾; Min Kang 84,5%⁽⁷⁾; Jing Wang 81,0%⁽⁵⁾ tuy nhiên lại thấp hơn kết quả nghiên cứu trong nước của Mai Đăng Hiếu⁽³⁾ nhũ ảnh có độ nhạy rất cao 97,5% vì cỡ mẫu của Mai Đăng Hiếu rất thấp chỉ có 59 trường hợp có thể làm sai số tăng cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Về độ đặc hiệu thì thấp chỉ đạt 33,5%. Kết quả này thấp hơn so với các khảo sát ở nước ngoài C Zhu 96,0%⁽⁶⁾; Min Kang 99,1%⁽⁷⁾; Jing Wang 98,0%⁽⁵⁾ là do các nghiên cứu này số lượng cỡ mẫu rất cao C Zhu 1.167⁽⁶⁾; Min Kang 223.619⁽⁷⁾; Jing Wang 124.425 trong khi nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu thấp chỉ có 207 trường hợp được thực hiện nhũ ảnh vì các lý do: bệnh viện Từ Dũ không phải là bệnh viện chuyên khoa ung thư nên những trường hợp nghi ngờ ung thư đã số đã được chuyển sang tuyến chuyên hơn nên số lượng người thực sự bị ung thư ít, trong 475 trường hợp khảo sát chưa đến 50% đối tượng được thực hiện nhũ ảnh, chỉ chủ yếu ở đối tượng phụ nữ ≥ 35 tuổi nên cỡ mẫu thu được ít, và nhũ ảnh cũng phụ thuộc vào kỹ thuật phân tích hình ảnh của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh khác nhau, và cuối cùng kết quả giá trị nhũ ảnh của chúng tôi khác với các nghiên cứu nước ngoài là vì nghiên cứu của chúng tôi dùng điểm Birads để tính giá trị trong khi các nghiên cứu dùng đặc điểm trên nhũ ảnh để tính giá trị nên độ đặc hiệu các nghiên cứu nước ngoài sẽ cao hơn. Về giá trị tiên đoán dương, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, giá trị tiên đoán dương của nhũ ảnh là thấp chỉ đạt 20,2%; thấp hơn so với nghiên cứu của Mai Đăng Hiếu⁽³⁾ có giá trị tiên đoán dương 79,6%. Về giá trị tiên đoán âm của nhũ ảnh cao là 92,1%; kết quả này khá tương đồng với khảo sát của Mai Đăng Hiếu⁽³⁾ là 90,0%. Vì vậy, nhũ ảnh là công cụ sàng lọc ung thư vú tốt.

Giá trị chẩn đoán khối u vú của FNA. FNA có độ nhạy ở mức trung bình 48,6%. Kết quả thấp hơn so với các nghiên cứu của nước ngoài Mizuno 91,0%⁽⁸⁾; Prakash H Muddegowda 94,5%⁽⁹⁾; Fügen Aker 98,02%⁽¹⁰⁾; David E Ibikunle 99,4%⁽¹¹⁾ và nghiên cứu trong nước của Trần Thanh Bình 92,0%⁽¹²⁾; Mai Đăng Hiếu

75,0%⁽³⁾. Mặc dù cỡ mẫu của nghiên cứu chúng tôi và các nghiên cứu khác gần tương đồng nhau nhưng có sự khác nhau này vì do nhiều yếu tố: kỹ thuật lấy mẫu u vú, khả năng đọc kết quả FNA. Vậy nên quan điểm xem giá trị chẩn đoán của FNA cũng như giải phẫu bệnh lý là không chính xác, hướng cho các bác sĩ lâm sàng không nên quá phụ thuộc vào FNA. Về độ đặc hiệu đạt 98,7%; mặc dù độ nhạy không cao nhưng FNA có độ đặc hiệu rất cao. Về giá trị tiên đoán dương đạt 81,8%; khá cao. Về giá trị tiên đoán âm đạt 94,1%, ở mức cao. Các kết quả này tương đồng với cả các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nên FNA được xem là phương tiện tốt nhất hiện nay tại Việt Nam.

Hạn chế của đề tài. Đây là nghiên cứu hồi cứu nên chúng tôi phụ thuộc vào hồ sơ bệnh án, nên một số thông tin mang tính chủ quan. Cần thực hiện thêm một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu với thời gian nghiên cứu lâu hơn để thu thập được cỡ mẫu lớn hơn và đầy đủ thông tin hơn.

V. KẾT LUẬN

Việc xác định tỷ lệ các hình thái u vú, đặc điểm lâm sàng là cần thiết để cung cấp số liệu cho đào tạo và nghiên cứu về phân bố hình thái bệnh lý u vú tại bệnh viện Từ Dũ.

Bác sĩ lâm sàng cần trọng hơn với vai trò chẩn đoán của từng phương tiện: nhũ ảnh là công cụ sàng lọc ung thư vú tốt nhất hiện nay. FNA là công cụ có giá trị chẩn đoán loại trừ khả năng không mắc ung thư vú cao nhất. Siêu âm là công cụ khảo sát phát hiện các loại u thực thể của vú. Nếu một trong các phương tiện chẩn đoán trên nghi ngờ ác tính thì nên chỉ định sinh thiết lạnh trong lúc phẫu thuật vì giá trị tiên lượng dương của 3 phương tiện trên đều không hoàn hảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2021), "Breast cancer".
2. Bệnh viện Từ Dũ (2019), "Bệnh lý tuyến vú lành tính", Phác đồ điều trị sản phụ khoa. 4, 277-284.
3. Mai Đăng Hiếu Nguyễn Vũ Quốc Huy (2016), "Đặc điểm của siêu âm, nhũ ảnh và chọc hút tế bào kim nhỏ trong chẩn đoán u vú", Tạp chí Phụ sản. 13(4), 58 - 63.
4. Hwang JY (2015), "Screening Ultrasound in Women with Negative Mammography: Outcome Analysis", Yonsei Med J. 56(5), 1352-1358.
5. Wang J (2020), "Is Ultrasound an Accurate Alternative for Mammography in Breast Cancer Screening in an Asian Population? ", A Meta-Analysis. 10(11), 985.
6. Zhu C (2016), "The accuracy of mammography screening for breast cancer: a Meta-analysis", Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 37(9), 1296-1305.
7. Kang M (2010), "Accuracy evaluation of

mammography in the breast cancer screening in Asian women: a community-based follow-up study and meta analysis", Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 32(3), 212-216.

8. Mizuno S (2004), "Approach to Fine-needle Aspiration Cytology-negative Cases of breast

cancer", Asian Journal of Surgery. 28(1), 13-17.

9. Muddegowda PH (2011), "The value of systematic pattern analysis in FNAC of breast lesions: 225 cases with cytohistological correlation", J Cytol. 28(1), 13-19.

TỶ SUẤT TÂN SINH NGUYÊN BÀO NUÔI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN THAI TRỨNG LỚN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Phan Thị Thúy Vân¹, Võ Minh Tuấn¹,
Võ Thanh Nhân², Nguyễn Thị Hiền²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thai trứng (TT) ở bệnh nhân lớn tuổi có nguy cơ cao diễn tiến đến tân sinh nguyên bào nuôi (TSNBN). Ngoài hút nạo thai trứng là điều trị chính, các biện pháp dự phòng như hóa dự phòng, cắt tử cung dự phòng hay kết hợp hóa dự phòng và cắt tử cung được thực hiện với mục đích giảm nguy cơ bị TSNBN. Biết được tỷ suất TSNBN ở bệnh nhân TT lớn tuổi và hiệu quả các biện pháp dự phòng sau hút nạo giúp cho việc tư vấn, lựa chọn phương pháp điều trị bệnh được tốt hơn. **Mục tiêu:** Xác định tỷ suất tân sinh nguyên bào nuôi (TSNBN) và các yếu tố liên quan ở những trường hợp thai trứng (TT) lớn tuổi. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 372 trường hợp thai trứng ≥ 40 tuổi được chẩn đoán qua giải phẫu bệnh sau hút nạo tại bệnh viện Từ Dũ từ 01/2016 đến 03/2019. **Kết quả:** Sau 2 năm theo dõi, 123 bệnh nhân tiến triển đến TSNBN, tỷ suất TSNBN là 33.06% (KTC 95%:28.30-38.10). Thời gian xảy ra TSNBN trung bình là 4.15 ± 2.93 tuần, cao nhất ở tuần thứ 2 và tuần thứ 3 sau hút nạo. Sau phân tích đa biến tỷ suất TSNBN cao hơn đáng kể ở nhóm ≥ 46 tuổi so với nhóm 40-45 tuổi (HR=1.63 KTC 95%:1.09-2.44), nhóm có triệu chứng ra huyết âm đạo so với nhóm không ra huyết (HR=1.85 KTC 95%:1.16-2.96). Cắt tử cung dự phòng và hóa dự phòng kết hợp cắt tử cung làm giảm nguy cơ TSNBN so với nhóm không can thiệp với HR lần lượt là 0.16 (KTC 95%:0.09-0.30) và 0.09 (KTC 95%:0.04-0.21). Hóa dự phòng đơn thuần không làm giảm nguy cơ TSNBN so với nhóm không can thiệp, với HR=0.74 (KTC 95%:0.21-2.62). **Kết luận:** Tỷ suất TSNBN hậu thai trứng ở các bệnh nhân lớn tuổi là 33.06%. Cắt tử cung dự phòng và hóa dự phòng kết hợp cắt tử cung là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp giảm nguy cơ TSNBN.

Từ khóa: Thai trứng, tân sinh nguyên bào nuôi, cắt tử cung dự phòng, hóa dự phòng.

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominh tuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2021

Ngày duyệt bài: 25.5.2021

SUMMARY

GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA RATE AND ASSOCIATED FACTORS OF HYDATIDIFORM MOLE IN ELDERLY PATIENT AT TU DU HOSPITAL

Background: Hydatidiform mole (HM) in elderly patient has a high-risk developing post molar gestational trophoblastic neoplasia (GTN). Uterine evacuation is main method to treat HM. There are some prophylactic methods, they are prophylactic hysterectomy, chemotherapy or combining hysterectomy and chemotherapy. The purpose of utilizing these methods is to decrease risk of progressing GTN. The acknowledge of effectively prophylactic methods and rate of GTN in women older than 40 years of age which is useful for consulting and selecting suitable method of treatment. **Objective:** The study aimed to determine the GTN rate and associated factors associated of HM in elderly patients. **Methods:** This is a retrospective cohort study with 372 patients older than 40 years-old who were diagnosed HM based on histology by uterine evacuation at TuDu hospital from 01/2016 to 03/2019. **Results:** Followed-up by 2 years, 123 patients developed GTN, the incidence of GTN was 33.06% (95%CI:28.3-38.1). The median time progressed GTN which was 4.15 ± 2.93 weeks. The highest rate of GTN was recognized at the second and third week after evacuation. Applying multivariate model, the rate of GTN was significantly higher in group older than 46 years of age than group 40-45 years-old (HR=1.63, 95%CI:1.09-2.44) and in vaginal bleeding group than none bleeding group (HR=1.85, 95%CI:1.16-2.96). Prophylactic hysterectomy or combined with chemotherapy reducing risk of progressing to GTN more than group which was not intervened (HR=0.16, 95%CI:0.09-0.30) and (HR=0.09, 95%CI=0.04-0.21) respectively. Prophylactic chemotherapy was not impact on diminishing risk of GTN (HR=0.74, 95%CI:0.21-2.62). **Conclusions:** The rate of post-molar GTN in elderly patient was 33.06%. Prophylactic hysterectomy and chemotherapy was effective treatment and helpful to decrease risk of GTN.

Key words: hydatidiform mole, gestational trophoblastic neoplasia, prophylactic hysterectomy, prophylactic chemotherapy