

2. **Trần Chí Công (2017)** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị thở áp lực dương liên tục qua mũi ở trẻ suy hô hấp sơ sinh tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016 - 2017, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Dược Cần Thơ, 87.
3. **Hoàng Thị Dung, Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Bích Hoàng, Trần Tiến Thịnh Đoàn Thị Huệ (2021)** "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên". Tạp Chí Nghiên cứu Và Thực hành Nhi Khoa, 5 (4), DOI: <https://doi.org/10.47973/jprp.v5i4.342>.
4. **Trần Diệu Linh (2012)** "Tình hình bệnh lý suy hô hấp của trẻ sơ sinh tại Trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2011". Tạp chí Phụ sản, 10 (2), tr.104-109.
5. **Trần Thiên Lý, Lê Mộng Thúy, Trương Thanh Hùng (2017)** "Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Cà Mau năm 2015". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 9, tr. 146 - 155.
6. **Phạm Thị Thanh Tâm (2020)** Suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh. Phác đồ điều trị Nhi khoa 2020 tập 2. Nhà xuất bản Y học, Bệnh viện Nhi đồng 1, tr.519-527.
7. **Nguyễn Thu Tịnh (2020)** Suy hô hấp sơ sinh. IN Phúc, V. M. (Ed.) Nhi khoa tập 2. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh, tr.169-191.
8. **D. G. Sweet, V. Carnielli, G. Greisen, M. Hallman, E. Ozek, A. te Pas, et al. (2019)** "European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update". Neonatology, 115 (4), 432-450.
9. **Yadav S, Lee B, Kamity R (2021)** "Neonatal Respiratory Distress Syndrome.". StatPearls [Internet], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560779/>.

U DIỆP THỂ VÚ ÁC TÍNH DI CĂN PHỔI - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Cung Văn Công*

TÓM TẮT

Phân loại mô bệnh học (MBH) u vú năm 2018 của Tổ chức thế giới (WHO), trong nhóm u xơ biểu mô và u mô thừa (Fibroepithelial Tumor and Hamartomas) có U Phyllodes (u có nguồn gốc từ tế bào xơ biểu mô). Đây là loại u vú không phổ biến, chiếm <1% tổng số các khối u vú. Chúng được phân chia thành 3 loại: Lành tính, giáp biên và ác tính; và hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi trung bình từ 42 đến 45. Khoảng 16% đến 30% khối u Phyllodes là ác tính. Tại vú, u ác tính thường phát triển nhanh song lại thường di căn muộn, chủ yếu là đến phổi. Chúng tôi báo cáo ca bệnh u Phyllodes ở người bệnh (NB) nữ, 62 tuổi, đã phẫu thuật cắt bỏ u vú cách đây 15 năm (không rõ MBH), nay xuất hiện hình ảnh di căn phổi và tràn khí màng phổi (TKMP). Người bệnh được phẫu thuật nội soi xử trí tràn khí màng phổi (TKMP) và cắt u phổi làm GPB. Kết quả GPB và hoá mô miễn dịch (HMMD) khẳng định u Phyllodes di căn phổi.

Từ khoá: U xơ biểu mô; U Phyllodes; u Phyllodes di căn phổi.

SUMMARY

MALIGNANT PHYILLODES TUMOR WITH LUNG METASTASES - DOCUMENT REVIEW AND CASE REPORTS

The World Organization (WHO) 2018 histopathological classification of breast tumors, in the

group Fibroepithelial Tumor and Hamartomas there are Phyllodes tumors (tumors have original of epithelial fibers cell). This type of breast tumor is uncommon, accounting for <1% of all breast tumors. They can appear in 3 forms: Benign, marginal and malignant; and is usually found in women between the ages of 42 and 45. Approximately 16% to 30% of Phyllodes tumors are malignant. In the breast, malignant neoplasms usually grow rapidly but often metastasize late, mainly to the lungs. We report a case of Phyllodes tumor in a 62-year-old female patient, who underwent mastectomy of breast tumor 15 years ago (histopathology is unknown), and now has lung metastases and pneumothorax. The patient underwent laparoscopic surgery to treat pneumothorax and remove the lung tumor for pathology. The results of histopathology and immunohistochemistry confirmed phyllodes tumor lung metastasis.

Keywords: Fibroepithelial Tumor; Phyllodes tumor; Phyllodes Lung Metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U Phyllodes là một loại ung thư xơ biểu mô hiếm gặp của vú với một số lượng rất thay đổi và thường lành tính. Trước đây được gọi là "Cystosarcoma phyllodes"; Hiện nay, thuật ngữ "khối u phyllodes" với các tiêu chuẩn thích hợp liên quan đến khả năng ác tính dựa trên các đặc điểm bệnh lý là thuật ngữ đã được thống nhất. Sự phân biệt chẩn đoán này rất quan trọng nhất vì u Phyllodes đòi hỏi phải cắt bỏ vú hoàn toàn với biên độ rộng ngay cả khi các đặc điểm bệnh lý cho thấy lành tính vì nó rất dễ tái phát cục bộ. Sự tham gia của các hạch nách là rất hiếm và thường không có chỉ định bóc vét hạch vùng

**Bệnh viện Phổi trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 16.5.2022

Ngày duyệt bài: 23.5.2022

nách. Vai trò của xạ trị và hóa trị chưa được xác định và chưa được nghiên cứu trong các thử nghiệm ngẫu nhiên do tính hiểm của khối u. Hiện tại, không có sự đồng thuận rằng người bệnh có khối u Phyllodes bậc cao ở vú sẽ được hưởng lợi từ một trong hai phương pháp điều trị này.^{1,2,3}

Phổi là cơ quan đích phổ biến nhất cho sự di căn xa của khối u ác tính Phyllodes, nơi các khối u di căn chủ yếu được nhìn thấy dưới dạng nốt hoặc khối đặc, dạng nốt kính mờ (GGO) cũng đã được báo cáo.²

Chẩn đoán hình ảnh đối với u vú ác tính Phyllodes nguyên phát bao gồm chụp X quang, siêu âm, cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính và PET. Các nốt vô hoá thường thấy trong các khối u ác tính vú rất ít thấy trong u ác tính Phyllodes khi chụp X quang vú. Tổn thương thường gặp đối với u này là u có cấu trúc dạng nhiều nang trên siêu âm, cộng hưởng từ và tăng chuyển hoá đối với 18-FDG khi chụp PET; Cắt lớp vi tính thường không sử dụng khi chẩn đoán u nguyên phát, được sử dụng khi tầm soát các di căn xa, chủ yếu là di căn phổi.²⁻⁵

Điều trị tích cực đối với u Phyllodes vẫn là phẫu thuật cắt bỏ vú có u triệt để, diện rộng. Vai trò của hoá xạ trị tăng cường, hỗ trợ miễn dịch bổ sung cho đến nay vẫn chưa có các nghiên cứu khẳng định. Phát hiện và phẫu thuật sớm kết hợp theo dõi chặt chẽ thời gian dài sau phẫu thuật nhằm phát hiện sớm u tái phát và di căn xa vẫn là phương cách tốt nhất để có thể kéo dài cuộc sống của người bệnh.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Người bệnh (NB) nữ, 62 tuổi, được bệnh viện (BV) đa khoa cấp tỉnh chuyển đến bệnh viện Phổi trung ương vì TKMP trái, đã mở màng phổi dẫn lưu khí song không cải thiện.

Tiền sử NB phát hiện tăng huyết áp đã nhiều năm phải dùng thuốc hàng ngày, mổ u vú phải cách đây 15 năm, không rõ u gì. Cách vào viện 10 ngày NB thấy xuất hiện đau ngực, khó thở, không ho, không sốt, ăn uống kém. Người bệnh đã đến BV đa khoa tỉnh khám, được chẩn đoán TKMP trái, u phổi trái. NB đã được nhập viện, đặt sonde màng phổi dẫn lưu khí áp lực âm, điều trị kết hợp trong 10 ngày không đỡ, chuyển BV Phổi trung ương. Trước đó NB đã mắc Covid-19, xét nghiệm âm tính sau 4 ngày. Thời gian mắc Covid 19 NB không có triệu chứng gì.

Khám lúc nhập viện: NB toàn trạng gầy, không sốt, khó thở nhẹ, da niêm mạc kém hồng, không phù, không xuất huyết dưới da, hạch ngoại biên không to.

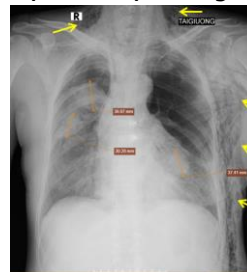
Khám hô hấp: NB thở khí trời, SpO₂ 96%, tam chứng Galliard hai đáy phổi, rals ẩm, rals nổ rải rác hai phổi.

Khám tiêu hoá, tim mạch, thần kinh không thấy gì bất thường. NB được xét nghiệm Realtime PCR Sars-CoV-2 âm tính.

Người bệnh được chỉ định chụp X quang ngực, chi tiết được thể hiện tại hình 1.

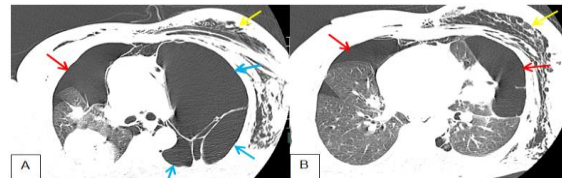
Người bệnh được làm các xét nghiệm: CTM, SHM, NT, điện tim, siêu âm tim, siêu âm ổ bụng, xét nghiệm đông cầm máu cơ bản, khí máu. Tất cả các kết quả trong giới hạn bình thường, ngoại trừ: BC tăng nhẹ (12.12 G/L); BC ĐNNT: 75.7%. CRP: 12.6mg/l.

Người bệnh được chỉ định chụp CLVT ngực bằng máy 64 dãy, có tiêm cản quang tĩnh mạch, bề dày lát cắt 3 mm, tái tạo 0,75 mm. Chi tiết được thể hiện trong hình 2.

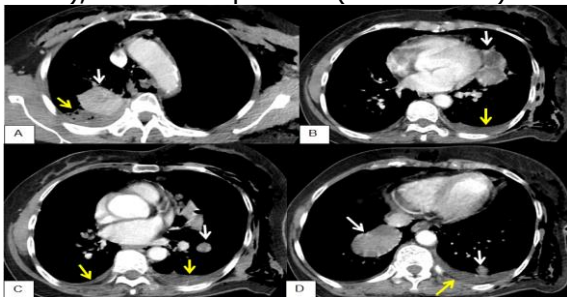


Hình 1. X quang ngực của NB khi nhập viện

Tràn khí màng phổi hai bên; tràn khí dưới da vùng ngực, sườn trái; vùng cổ hai bên (các mũi tên). Xuất hiện các khối bất thường (có các số đo trên phim) nhu mô phổi hai bên.



Hình 2. Phim CT ngực người bệnh khi vào viện, cửa sổ nhu mô, lát ngang mức Carina và thấp hơn. A: Tràn khí dưới da thành ngực hai bên (mũi tên vàng); Tràn khí màng phổi hai bên (mũi tên đỏ); Kén khí lớn phổi trái (mũi tên xanh)



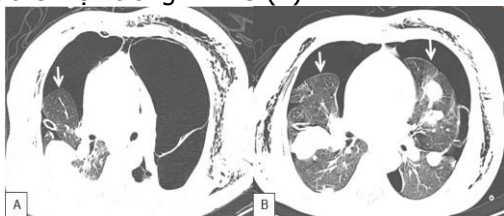
Hình 2. Phim CT ngực người bệnh khi vào viện, cửa sổ trung thất, các lát cắt từ trên xuống A-D: Các nốt, khối bất thường hai phổi (mũi tên trắng), nhỏ nhất # 13mm; lớn nhất # 55mm. Tràn dịch màng phổi hai bên (mũi tên vàng)

***Kết luận của CT ngực:** Tràn dịch, tràn khí khoang màng phổi hai bên; nhiều nốt, khối đặc hai phổi; nhu mô còn lại có nhiều bóng kén khí lớn.

Người bệnh đã được chọc hút dịch màng phổi trái; kết quả xét nghiệm dịch màng phổi: Rivalta (+), ADA 21.1 U/L; Protein 27.7.g/l; LDH 283 U/L. Dịch màng phổi được thực hiện kỹ thuật chuyển khối (Cell Block), kết quả thấy tế bào viêm, không thấy tế bào ác tính. NB tiếp tục được dẫn lưu khí khoang màng phổi hai bên.

Người bệnh đã được chọc hút hạch trước cơ ức đòn chũm cổ trái; kết quả tế bào học: Hình ảnh Carcinoma di căn hạch.

Người bệnh diễn biến ngày một khó thở, thở o xy gọng, SpO2 dao động từ 91-94%. Sau 2 ngày người bệnh được chụp CT ngực lần 2. Chi tiết thể hiện trong hình 3 (B)



Hình 3. Phim CT ngực, cửa sổ nhu mô;

(A): NB khi vào viện, và (B) cùng lát cắt chụp lại sau 3 ngày. So sánh 2 lần chụp: Nhu mô phổi hai bên có nở ra song lượng khí khoang màng phổi còn nhiều. Các nốt/ khối tròn, nhẵn hai phổi lộ rõ hơn, nghĩ nhiều đến khả năng di căn phổi.

Người bệnh được hội chẩn liên khoa trong bệnh viện. Kết luận: TKMP điều trị nội khoa không giải quyết được triệt để, NB cần phẫu thuật với 2 tiêu chí: (1) xử trí TKMP hai bên; (2) lấy bệnh phẩm tìm chẩn đoán xác định cho các nốt/khối hai phổi.

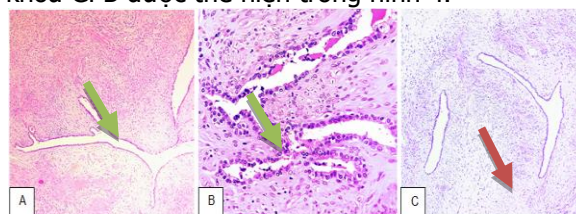
Phẫu thuật đã được tiến hành, quá trình thực hiện diễn ra thuận lợi, phẫu thuật bên phải trước, các bước được mô tả trong "phiếu phẫu thuật" như sau:

- **Bên phải:** NB được gây mê NKQ 2 nòng. Người bệnh nằm nghiêng góc trái, sát trùng vùng phẫu thuật. Rạch da 2cm đường trước bên, vào khoang màng phổi theo đường nách giữa cho camera vào. Kiểm tra thấy phổi dính vào thành ngực vùng đỉnh kèm nhiều mạch máu tăng sinh cùng bóng khí và giãn phế nang vùng đỉnh, vùng thùy giữa có bóng kén khí và khối chắc, vùng thùy dưới có khối kích thước khoảng 3 x 4 cm, mật độ chắc. Tiến hành gỡ dính toàn bộ phổi. Tiến hành cắt 1 phần thùy trên, thùy giữa và thùy dưới (chứa u và bóng giãn phế nang) bằng 5 Stapler. Đốt điện bóng phế nang giãn ở thùy trên. Làm xức toàn bộ lá thành để gây

dính màng phổi. Kiểm tra cầm máu kỹ. Rửa khoang màng phổi bằng nước muối sinh lý ấm, kiểm tra phổi nở tốt, không thấy sùi khí. Đặt 1 sonde dẫn lưu màng phổi, đóng ngực theo các lớp giải phẫu. Lấy bệnh phẩm sau phẫu thuật làm GPB.

- **Bên trái:** NB nằm nghiêng 90 độ về bên phải. Sát trùng ngực trái, đặt 1 troca 10 mm tại liên sườn VII đường nách giữa, cho Camera vào thấy phổi hồng, cổ lập tốt, phổi dính sát vào thành ngực bởi dây chằng, rãnh liên thùy rõ, khoang màng phổi có ít dịch màng vàng. Rạch da 3 cm tại khoang IV đường nách trước, gỡ dính, kiểm tra thấy nhu mô phổi thùy trên trái giãn thành bóng khí lớn, dính cả thùy trên, thùy dưới trái, phổi xốp giảm chức năng, thùy dưới không có bóng khí. Lấy dịch màng phổi làm XN vi sinh. Cắt 1 phần thùy trên (phần phổi giãn phế nang chứa bóng khí) bằng 1 Stapler nội soi, lấy bệnh phẩm làm GPB. Rửa khoang màng phổi bằng nước muối sinh lý ấm, kiểm tra phổi nở tốt, không thấy sùi khí. Làm xức toàn bộ lá thành bằng tẩm bông để gây dính màng phổi. Cầm máu kỹ, đặt 1 sonde dẫn lưu khoang màng phổi qua lỗ Troca. Đóng thành ngực theo các lớp giải phẫu. Theo dõi NB đến khi hồi tỉnh, ổn định.

***Kết quả GPB bệnh phẩm sau mổ:** Bệnh phẩm có được từ phẫu thuật hai phổi. Chi tiết hình ảnh HE bệnh phẩm và kết luận của chuyên khoa GPB được thể hiện trong hình 4.

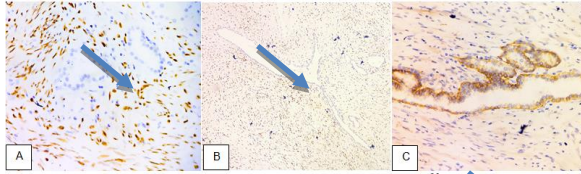


Hình 4. Tiêu bản HE bệnh phẩm sau phẫu thuật (mã TB: 3030; 3032)

A, B, C: Mảnh sinh thiết vào mô phổi, mô phế nang trong giới hạn bình thường. Mô kẽ xâm nhập mô u với các vùng u gồm 2 thành phần tế bào, phần tế bào biểu mô dạng trụ đơn (Mũi tên đỏ) bao bọc bên ngoài thành phần u của mô liên kết với các tế bào u hình thoi (Mũi tên xanh lá), mật độ biến đổi biên độ rộng với vùng giàu và nghèo tế bào xen kẽ nhau, nhiều vùng có nhân không điển hình, nhiều vùng thoái hoá nhầy. Mô đệm tăng sinh xơ. Kết luận: Hình ảnh mô bệnh học phù hợp U Phyllodes, ác tính. Hóa mô miễn dịch được nhuộm bổ sung để khẳng định chẩn đoán.

Nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy dương tính với các dấu ấn: ER, PR, CD117, CD10, P53; âm tính với: NOC31, CEA, TTF1, CK5/6,

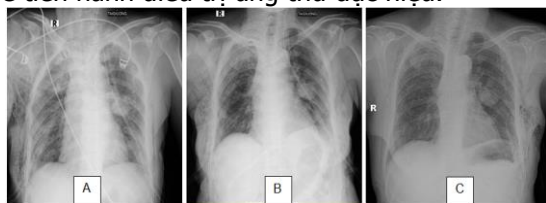
Calretinin, GLUT1, BerEP4, EGFR. Với kết quả này càng giúp khẳng định. Chi tiết kết quả nhuộm HMMD với ER, PR, EGFR được thể hiện trong hình 5



Hình 5. Tiêu bản nhuộm Hóa mô miễn dịch của NB
 Các dấu ấn (A): ER (HMMD x 400); (B): PR (HMMD x 100); và (-) với EGFR (C) (HMMD x 400). (Các mũi tên xanh chỉ vào các tế bào u, thể hiện màu nâu là dương tính, màu xanh sáng làm âm tính)

***Chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh: U Phyllodes vú ác tính, di căn phổi.**

Sau phẫu thuật NB tiến triển tốt. Các phim X quang ngực chụp vào các thời điểm sau phẫu thuật minh chứng cho điều đó. Chi tiết được thể hiện trong hình 5. Khi chúng tôi thực hiện báo cáo này NB vừa được chuyển lên khoa Ung Bướu để tiến hành điều trị ung thư đặc hiệu.



Hình 6. X quang ngực của NB các ngày sau phẫu thuật

A: Ngay sau mổ; B: 3 ngày sau mổ và C: 5 ngày sau mổ. Nhu mô phổi 2 bên nở tốt. Còn tồn tại các nốt/khối hai phổi.

III. BÀN LUẬN

U phyllodes là một dạng bệnh lý u ít gặp của tuyến vú, được Johannes Muller phát hiện và mô tả lần đầu vào năm 1838 với tên Sarcome nang diệp thể (Cystosarcoma phyllodes). Thời gian sau đó tên gọi này đã được thay đổi nhiều lần. Cho đến năm 1981, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã thống nhất gọi là "Bướu diệp thể tuyến vú", hay "U Phyllodes vú", (tên tiếng anh: Phyllodes tumor). Sở dĩ nó có tên gọi này là do mô hình phát triển các tế bào của u (trên MBH) giống như chiếc lá. Trong tiếng Hy Lạp, "Phyllodes" có nghĩa là "giống chiếc lá".¹⁻³

U phyllodes vú là một loại u xơ biểu mô hiếm gặp, với tỷ lệ chỉ chiếm 0,3 đến 0,9% các trường hợp u vú, bao gồm các thể lành tính, giáp biên và ác tính. Thể ác tính chiếm 25% các trường hợp. Trên MBH, U phyllode có ranh giới rõ, có

cấu trúc giống lá cây: Phần gân lá do các tế bào biểu mô tạo hình, phần còn lại của lá do tế bào mô liên kết cấu thành; Nó tương tự u xơ tuyến vú nhưng có thành phần mô liên kết tăng sinh hơn. Về đại thể u Phyllodes vú thường có kích thước lớn, phát triển nhanh. Khi ở tình trạng ác tính thường di căn phổi.¹

Moon SH và cộng sự đã báo cáo ca lâm sàng u Phyllodes ở NB nữ 48 tuổi có di căn phổi. Siêu âm vú cho thấy một khối u khổng lồ với các thành phần dạng nang chiếm toàn bộ bầu ngực bên phải. Sinh thiết kim lõi cho thấy một khối u ác tính Phyllodes. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và PET/CT cho thấy nhiều hạch nách phải cũng như nhiều nốt ở phổi phải tăng chuyển hoá. Chọc hút bằng kim nhỏ hạch bạch huyết ở nách đã xác nhận có di căn. Phẫu thuật cắt bỏ vú phải với bóc tách hạch bạch huyết ở nách đã được tiến hành, kích thước khối u sau phẫu thuật # 15,5 x 13,5 x 13 cm, nặng 4,3kg. Kiểm tra bằng kính hiển vi mô bệnh u vi thể cho thấy sự phát triển quá mức của mô đệm, tình trạng tế bào mô đệm tỷ lệ phân bào cao và mất cấu trúc bình thường. Người bệnh sau đó được điều trị hỗ trợ bằng hoá chất doxorubicin và dacarbazine sau đó chuyển sang dùng ifosfamide vì có giảm bạch cầu. Một năm sau đó chụp CT ngực thấy không còn các nốt phổi song vẫn còn giảm bạch cầu.¹

Nakamura S và cộng sự cũng báo cáo trường hợp ca bệnh tương tự song tình trạng di căn phổi sau 3 năm phẫu thuật cắt u Phyllodes vú phải lại thể hiện bằng các nốt kính mờ phổi và không thấy tình trạng u tái phát. Đây là tình trạng khá hiếm gặp, chưa từng có trong báo cáo y văn nhưng đã được khẳng định bằng HHMD.³

Sha H và cộng sự lại báo cáo một trường hợp U Phyllodes ác tính di căn phổi được điều trị bằng Vaccine chứa chuỗi peptid Neoantigen dạng Nano hỗ trợ sau phẫu thuật cắt u. Các Neoantigen được tạo ra bởi khối u. Với sự ra đời của kỷ nguyên thông minh về giải trình tự gen và phân tích dữ liệu lớn, vắc xin cá thể hóa Neoantigen đã xuất hiện trong liệu pháp miễn dịch. Vaccine này kích hoạt miễn dịch không đặc hiệu, các phản ứng miễn dịch kháng khối u được thực hiện chủ yếu thông qua việc kích hoạt các tế bào lympho T nhận diện các peptid đột biến được trình bày bởi các phân tử kháng nguyên bạch cầu người (HLA) ở bề mặt tế bào khối u. Việc tạo ra một khối lượng lớn tế bào lympho T nhận diện kháng nguyên Neoantigen sẽ giúp hạn chế phát triển khối u, tiêu diệt tế bào u còn sót lại sau phẫu thuật hoặc các tế bào u đang lưu hành trong máu. Báo cáo cho thấy NB đã đáp ứng

tốt với điều trị, theo dõi sau 3 năm không thấy u tái phát hoặc di căn.⁴

Kuo CY và cộng sự khuyến cáo nên sử dụng hoá trị đường động mạch đối với u Phyllodes ác tính trước khi phẫu thuật qua ca bệnh của mình. Kích thước khối u ban đầu: 19,43 × 12,98 × 21,47 cm. Chụp cắt lớp vi tính toàn thân và chụp xương không phát hiện di căn xa. Chụp cộng hưởng từ lồng ngực cho thấy khối u xâm lấn thành ngực. Xét thấy các khuyết tật về da sau khi phẫu thuật cắt bỏ là rất lớn nên tác giả đã quyết định tiến hành bốn đợt hóa trị trong 5 tuần trước khi phẫu thuật (30 mg epirubicin và các vi cầu nổi [400, 500 và 700 µm] / tuần). Mỗi quá trình được dung nạp tốt, không có biến chứng nghiêm trọng. Chỉ có biểu hiện sốt và đau cục bộ tại vị trí khối u. Kết quả chụp CT sau đó cho thấy giảm 45% thể tích khối u. Phẫu thuật cắt bỏ vú sau đó được tiến hành đơn giản mà không cần tái tạo ghép da. Vết thương đã lành và người bệnh được xuất viện sau mỗi 1 tuần.⁵

Koukourakis IM và cộng sự lại báo cáo điều trị thành công khối u Phyllodes ác tính tái phát tại chỗ và di căn bằng phương pháp xạ trị gia tốc và hóa trị liệu bằng Nab-Paclitaxel, Cisplatin và Liposomal Doxorubicin. Trường hợp NB nữ 62 tuổi bị khối u ác tính phyllodes 7,4 cm ở vú trái, được điều trị bằng phương pháp cắt bỏ cục bộ rộng. Một năm sau, người bệnh trở lại với khối u ở ngực trái sờ thấy. Trên PET/CT khối u hấp thu 18F-FDG mạnh. Một tổn thương phổi phải có nguồn gốc di căn cũng có mặt. Một ca phẫu thuật cắt bỏ vú trái đã được thực hiện. Báo cáo mô bệnh học khối u ác tính phyllodes. Một tháng sau, trong quá trình CT mô phỏng để lập kế hoạch xạ trị, dịch màng phổi và 2 tổn thương phổi bổ sung phổi phải được xác định, khẳng định bệnh di căn phổi đang tiến triển. Cả ngực và khu vực hạch bạch huyết đều được chiếu xạ bằng phương pháp xạ trị gia tốc và khử phân đoạn. Hóa trị hai tuần một lần với paclitaxel gắn với albumin, cisplatin, và liposomal doxorubicin cũng được thực hiện khi bắt đầu xạ trị trong 12 chu kỳ. Vào cuối quá trình hóa trị, các di căn phổi đã thoái lui hoàn toàn và không có bằng chứng về sự tái phát tại chỗ. Theo dõi trong vòng 2 năm NB khoẻ mạnh và không có biểu hiện các độc tố liên quan đến điều trị.⁶

Morisaki T; Sanguinetti A và cộng sự cũng đã báo cáo các trường hợp U Phyllodes ác tính và giáp biên với việc áp dụng qui trình phẫu thuật sau đó xạ trị nhưng diễn biến xấu với NB đã xảy ra. Khuyến cáo việc quản lý, theo dõi các khối u giáp biên cũng như áp dụng phẫu thuật, hoá-xạ

trị đồng thời nên áp dụng mặc dù vai trò của các liệu pháp điều trị vẫn chưa được chứng minh một cách rõ ràng qua các nghiên cứu.^{7,8}

Trường hợp ca bệnh chúng tôi đã báo cáo, các tổn thương dạng nốt/khối tại phổi đã được khẳng định là tổn thương di căn đến phổi của U Phyllodes bằng GPB và HMMD. Vấn đề nhiều đồng nghiệp sẽ đặt câu hỏi liệu khối u vú mà NB đã cắt bỏ 15 năm về trước có phải U phyllodes hay không? Nếu đúng thì là lành, giáp biên hay ác tính? Vào thời điểm chúng tôi tiếp nhận NB này, bằng tất cả các phương tiện thăm khám chúng tôi hoàn toàn không phát hiện ra bất kỳ khối u nào tại vú. Vậy liệu đây có phải là trường hợp u tái phát mà chỉ thể hiện bằng u di căn, không thể hiện bằng u tái phát tại chỗ? Theo chúng tôi đây cũng là trường hợp khá hiếm về diễn biến: 15 năm trước nhiều khả năng là u giáp biên hoặc ác tính. Người bệnh được cắt bỏ u song không được điều trị bổ trợ gì do không rõ về MBH. Khi đó đã có tế bào u di chuyển theo đường máu, do cân bằng miễn dịch tốt nên khả năng phát triển và tập hợp của các tế bào u diễn ra rất chậm. Mặt khác theo chúng tôi khả năng di căn phổi ở NB này đã có từ lâu, không có triệu chứng, chỉ được phát hiện khi bị tràn khí màng phổi. Mặc dù hiếm gặp song trên thế giới đã có báo cáo ca bệnh tương tự như của chúng tôi.³

IV. KẾT LUẬN

U phyllodes vú là thực thể hiếm gặp song việc chẩn đoán, quản lý, điều trị, theo dõi và tiên lượng lại có những đặc điểm khác biệt so với các u vú khác. Chẩn đoán giai đoạn lành, giáp biên hay ác tính phụ thuộc hoàn toàn vào GPB và HMMD. Phương cách điều trị có nguyên tắc chung song thường phải cá thể hoá do hiệu quả của các phác đồ điều trị hiện nay chưa thực sự rõ ràng. Chúng tôi báo cáo ca bệnh với mong muốn các đồng nghiệp sẽ có nhìn nhận tổng quan và phương cách tiếp cận chẩn đoán, điều trị tốt hơn khi gặp ca bệnh tương tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moon SH, Jung JH, Lee J, et al. Complete remission of giant malignant phyllodes tumor with lung metastasis: A case report. *Medicine* (Baltimore). 2019 May;98(22):e15762. doi: 10.1097/MD.00000000000015762.PMID: 31145295
2. Khan SA, Badve S. Phyllodes tumors of the breast. *Curr Treat Options Oncol*. 2001 Apr;2(2):139-47. doi: 10.1007/s11864-001-0056-y. PMID: 12057132
3. Nakamura S, Goto T, Nara S, et al. Pure ground glass opacity (GGO) on chest CT: a rare presentation of lung metastasis of Malignant Phyllodes Tumor. *Breast Cancer*. 2020

- Nov;27(6):1187-1190. doi: 10.1007/s12282-020-01122-y. Epub 2020 Jun 23.PMID: 32578005
4. **Sha H, Liu Q, Xie L, Shao J, et al.** Case Report: Pathological Complete Response in a Lung Metastasis of Phyllodes Tumor Patient Following Treatment Containing Peptide Neoantigen Nano-Vaccine. *Front Oncol.* 2022 Feb 8;12:800484. doi: 10.3389/fonc.2022.800484. eCollection 2022.PMID: 35211402
 5. **Kuo CY, Lin SH, Lee KD, et al.** Transcatheter arterial chemoembolization improves the resectability of malignant breast phyllodes tumor with angiosarcoma component: a case report. *BMC Surg.* 2019 Jul 27;19(1):100. doi: 10.1186/s12893-019-0562-0.PMID: 31351458
 6. **Koukourakis IM, Zygogianni A, Kouloulis V, et al.** Successful Treatment of a Locally Recurrent and Metastatic Malignant Phyllodes Tumor with Accelerated Radiotherapy and Nab-Paclitaxel, Cisplatin, and Liposomal Doxorubicin Chemotherapy. *Chemotherapy.* 2021;66(3):82-86. doi: 10.1159/000517246. Epub 2021 Jul 7.PMID: 34233328
 7. **Morisaki T, Noda S, Ishihara S, et al.** A Case of a Malignant Phyllodes Tumor in the Breast with Lymph Node Metastasis. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2021 Mar;48(3):437-439.PMID: 33790180
 8. **Sanguinetti A, Bistoni G, Calzolari F, et al.** Cystosarcoma phyllodes with muscular and lymph node metastasis. Our experience and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2012 Jul-Aug;83(4):331-6. PMID: 22610081

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU ĐA MÔ THỨC BẰNG GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ NGANG BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM KẾT HỢP CÁC THUỐC GIẢM ĐAU ĐƯỜNG TOÀN THÂN SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI

Nguyễn Văn Minh*, Trần Thị Sáu*, Phan Thắng*,
Nguyễn Thị Thoại*, Lê Văn Long*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Morphine khoang dưới nhện được xem là "tiêu chuẩn vàng" trong giảm đau sau phẫu thuật lấy thai (PTLT), tuy nhiên nó gây ra nhiều tác dụng không mong muốn. Phương pháp giảm đau đa mô thức giúp giảm đau hiệu quả đồng thời giảm các tác dụng không mong muốn. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả giảm đau đa mô thức bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp các thuốc giảm đau đường toàn thân sau PTLT. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng, 180 sản phụ (SP) sau PTLT được chia ngẫu nhiên thành 3 nhóm lần lượt là Para-TAP, Diclo-TAP và Para-Diclo. Nhóm Para-TAP được dùng paracetamol kết hợp gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (gây tê TAP), nhóm Diclo-TAP được dùng diclofenac đường trực tràng kết hợp gây tê TAP, nhóm Para-Diclo được dùng paracetamol kết hợp diclofenac đường trực tràng. Cường độ đau được đánh giá theo thang điểm đau nhìn hình đồng dạng (VAS) tại các thời điểm 1, 2, 4, 6, 8, 12, 18, 24 giờ và theo thang điểm hoạt động chức năng (FAS) trong 24 giờ sau phẫu thuật, thống kê tỉ lệ yêu cầu giải cứu đau và các tác dụng không mong muốn của các phương pháp. Giải cứu đau bằng 5 mg morphine tiêm tĩnh mạch chậm khi điểm VAS ≥ 4 hoặc VAS vận động ≥ 5 . **Kết quả:** Về điểm đau VAS, các SP có điểm đau từ 3 trở xuống trong nhóm Para-TAP chiếm tỉ lệ cao lúc nghỉ, nhưng thấp khi vận

động; trong khi đó nhóm Diclo-TAP và Para-Diclo chiếm tỉ lệ cao cả lúc nghỉ ngơi và vận động; nhóm Para-TAP hiệu quả hơn nhóm Para-Diclo từ 4 - 6 giờ đầu; nhóm Para-Diclo hiệu quả hơn nhóm Para-TAP từ 12 - 24 giờ; nhóm Diclo-TAP hiệu quả hơn nhóm Para-Diclo từ 2 - 8 giờ. Nhóm Para-TAP có điểm FAS đạt mức A chiếm 90% trong khoảng thời gian từ 1 - 8 giờ, hơn 50% từ 8 - 16 giờ, hơn 60% từ 16 - 24 giờ; có 23,33% SP cần giải cứu đau. Nhóm Diclo-TAP có điểm FAS đạt mức A chiếm 100% trong khoảng thời gian từ 1 - 8 giờ, gần 80% từ 8 - 24 giờ; có 10% SP cần giải cứu đau. Nhóm Para-Diclo có điểm FAS đạt mức A chiếm gần 70% trong khoảng thời gian từ 1 - 16 giờ, gần 90% từ 16 - 24 giờ, có 10% SP cần giải cứu đau. Tác dụng không mong muốn chiếm tỉ lệ thấp và mức độ nhẹ ở 3 nhóm. **Kết luận:** Nhóm Para-TAP có hiệu quả giảm đau tốt trong 8 giờ đầu, nhóm Diclo-TAP có hiệu quả giảm đau tốt trong 24 giờ và tốt hơn nhóm Para-Diclo trong 8 giờ đầu sau phẫu thuật, tác dụng không mong muốn của các nhóm chiếm tỉ lệ thấp và mức độ nhẹ ở 3 nhóm.

Từ khóa: Phẫu thuật lấy thai, giảm đau đa mô thức, paracetamol, diclofenac, gây tê TAP

SUMMARY

MULTIMODAL ANALGESIA BY ULTRASOUND-GUIDED TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE BLOCK IN COMBINATION WITH SYSTEMIC ANALGESICS AFTER CESAREAN DELIVERY

Background: Intrathecal morphine currently represents the "gold standard" for providing effective post-cesarean analgesia, however, it causes many adverse effects. Multimodal analgesia reduces adverse effects. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of multimodal analgesia by ultrasound-

*Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh
Email: nvminh.gmhs@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022
Ngày duyệt bài: 25.5.2022