

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH NÁCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN T1, T2 TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ 2

**Nguyễn Quang Anh^{1*}, Phạm Tuấn Đạt¹, Nguyễn Quang Thái¹, Đỗ Anh Tú¹, Vũ Thanh Phương¹,
Nguyễn Văn Hải¹, Phùng Văn Dũng¹, Nguyễn Đức Anh¹, Nguyễn Tiến Mạnh¹**

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng di căn hạch nách và các yếu tố liên quan dự báo tình trạng di căn hạch nách của các bệnh nhân ung thư vú giai đoạn T1, T2 tại Bệnh viện K cơ sở 2.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 71 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn T1, T2 được phẫu thuật cắt tuyến vú hoặc bảo tồn có vết hạch nách tại Bệnh viện K cơ sở 2 từ tháng 9/2023 đến tháng 6/2024.

Kết quả: Tỷ lệ di căn hạch nách là 39,4%, trong đó 35,2% di căn 1-3 hạch, 4,2% có di căn từ 4 hạch trở lên. Đánh giá hạch nách bằng lâm sàng có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp (57 % và 81%), tỷ lệ âm tính giả 33,3%. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu trên 40 tuổi (85,9%). Vị trí u hay gặp nhất là 1/4 trên ngoài (53,5%), tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn u T1 và T2 lần lượt là 50,7% và 49,3%. Thê giải phẫu bệnh hay gặp nhất là Carcinoma xâm nhập typ không đặc hiệu (94,4%), độ II (90,1%). Phân nhóm phân tử hay gặp nhất là luminal A với 43,6%, đa số bệnh nhân có chỉ số ki 67 cao (98,6%). Đa số bệnh nhân có số hạch vét được từ 10 trở lên (81,7%). Tình trạng bộc lộ quá mức HER2-Neu là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách có ý nghĩa thống kê ($p=0.026$).

Kết luận: Ung thư vú thường di căn hạch nách, kể cả khi u có kích thước nhỏ. Chẩn đoán lâm sàng trước mổ có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp. Bác sĩ lâm sàng cần có thái độ cẩn trọng trong đánh giá, lựa chọn phương án điều trị ở nhóm bệnh nhân trên.

Từ khóa: Ung thư vú, hạch nách, di căn hạch, giai đoạn T1, T2.

EVALUATION OF AXILLARY LYMPH NODE METASTASES AND PREDICTIVE FACTORS IN STAGE T1,T2 BREAST CANCER PATIENTS AT K HOSPITAL FACILITY 2

¹Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Anh

Email: quanganhyd@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/8/2024

Ngày duyệt bài: 11/11/2024

ABSTRACT:

Objectives: Evaluate the status of axillary lymph node metastasis and related factors predicting the status of axillary lymph node metastasis in patients with stage T1, T2 breast cancer at K Hospital, facility 2.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 71 patients with stage T1, T2 breast cancer who underwent mastectomy or breast-conserving surgery with axillary lymph node dissection at K Hospital, facility 2 from september 2023 to June 2024.

Results: The rate of axillary lymph node metastasis was 39.4%, of which 35.2% had 1-3 lymph node metastases, 4.2% had 4 or more lymph nodes metastases. Clinical assessment of axillary lymph nodes had low sensitivity and specificity (57% and 81%), with a false negative rate of 33.3%. The majority of patients in the study were over 40 years old (85.9%). The most common tumor location was the upper outer quadrant (53.5%), the proportion of patients with T1 and T2 tumor stages was 50.7% and 49.3%, respectively. The most common histopathological type was invasive carcinoma of the non-specific type (94.4%), grade II (90.1%). The most common molecular subtype was luminal A with 43.6%, most patients had a high ki67 index (98.6%). Most patients had 10 or more dissected lymph nodes (81.7%). HER2-Neu overexpression was a statistically significant factor affecting axillary lymph node metastasis ($p=0.026$).

Conclusion: Breast cancer often metastasizes to the axillary lymph nodes, even when the tumor is small. Preoperative clinical diagnosis has low sensitivity and specificity. Clinicians need to be cautious in evaluating and choosing treatment options for this group of patients.

Keywords: Breast cancer, axillary lymph nodes, lymph node metastasis, stage T1, T2.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở nữ. Theo GLOBOCAN năm 2018, trên thế giới có 2.088.849 ca mắc mới và có 626.679 ca tử vong do UTV. Tại Việt Nam, có 15.229 ca mắc mới, chiếm 20,6% trong số các ung thư ở nữ giới và 6.103 ca tử vong. Mặc dù có một số yếu tố tiên lượng mới, di căn hạch nách vẫn là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất đối với nguy cơ tái phát và khả năng sống thêm ở bệnh nhân UTV xâm lấn. Cắt tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn kèm vét hạch nách đã trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư vú giai đoạn I-III.

Tuy nhiên, có nguy cơ gây ra các biến chứng như mất cảm giác, giảm khả năng vận động của

cánh tay và phù bạch huyết [2]. Trong những năm gần đây, sinh thiết hạch cửa đã trở thành phương pháp thay thế vét hạch nách thường quy ở những bệnh nhân UTV không phát hiện hạch nách trên lâm sàng. Dù vậy, sinh thiết hạch cửa mất nhiều thời gian và đòi hỏi một nhóm đa chuyên khoa bao gồm bác sĩ phẫu thuật, chuyên gia y học hạt nhân, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ giải phẫu bệnh nếu rất khó để triển khai đại trà tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để xác định tỷ lệ di căn hạch giúp cho việc điều trị, tiên lượng, từ đó tìm hiểu các chiến lược khác nhau để giảm tai biến liên quan đến phẫu thuật nạo hạch ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-II, đồng thời nghiên cứu này góp phần làm tiền đề để triển khai kỹ thuật sinh thiết hạch lymphatic, hướng tới một phương pháp phẫu thuật có chọn lọc hơn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

71 bệnh nhân được chẩn đoán UTV giai đoạn T1, T2 được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 9/2023 đến tháng 6/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân nữ, được chẩn đoán UTV, giai đoạn T1, T2 theo AJCC 2017.

Được phẫu thuật cắt tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn + vét hạch nách.

Có kết quả mô bệnh học sau mổ khẳng định ung thư biểu mô tuyến vú theo phân loại của WHO 2019.

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Đã được điều trị hóa chất, tia xạ trước phẫu thuật.

Đã can thiệp trước đó vào vùng nách.

UTV liên quan đến thai kì, ung thư vú hai bên, ung thư vú tái phát, hoặc kèm bệnh ung thư khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Các yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch nách được đưa vào phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến, với giá trị $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tỷ lệ di căn hạch nách sau mổ

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Không di căn	43	60,6%
Di căn	28	39,4%
pN1	25	35,2%
pN2	3	4,2%

Nhận xét:

35,2% di căn 1-3 hạch, 4,2% có di căn từ 4 hạch trở lên.

Tỷ lệ di căn hạch nách là 39,4%, trong đó

Bảng 2: Kết quả di căn hạch nách theo tình trạng hạch nách trên siêu âm

Tình trạng hạch lâm sàng	pN(-)	pN(+)	Tổng
cN(-)	35 74,5%	12 25,5%	47
cN(+)	8 33,3%	16 66,7%	24
Tổng số bệnh nhân	43	28	71

Nhận xét:

nhảy = 16/28 (57%); độ đặc hiệu = 35/43 (81,4%), tỷ lệ âm tính giả 33,3%

Đánh giá di căn hạch nách bằng siêu âm có độ

Bảng 3: Tình trạng di căn hạch và một số yếu tố liên quan

			Di căn hạch		Tổng	p
			pN(-)	pN(+)		
Tuổi	<40		4	6	10	0,177
			40,0%	60,0%	14,10%	
	>=40		39	22	61	
			63,9%	36,1%	85,90%	
Vị trí u	trung tâm		8	4	12	0,106
			66,7%	33,3%	16,90%	
	1/4 Trên ngoài		26	12	38	
			68,4%	31,6%	53,50%	
	1/4 dưới ngoài		6	4	10	
			60,0%	40,0%	14,10%	
	1/4 Trên trong		1	6	7	
			14,3%	85,7%	9,90%	
1/4 dưới trong		2	2	4		
		50,0%	50,0%	5,60%		
Kích thước u	<= 2 cm		22	14	36	0,924
			61,1%	38,9%	50,70%	
	2- <=5 cm		21	14	35	
Thể GPB	NST		60,0%	40,0%	49,30%	0,644
			41	26	67	
			61,2%	38,8%	94,40%	
	Tiểu thùy XN		2	2	4	
			50,0%	50,0%	5,60%	
Độ mô học	I		1	0	1	0,676
			100,0%	0,0%	1,40%	
	II		38	26	70	
			59,4%	40,6%	90,10%	
	III		4	2	6	
			66,7%	33,3%	8,50%	
ER	Âm tính		14	12	26	0,379
			53,8%	46,2%	36,60%	
	Dương tính		29	16	45	
			64,4%	35,6%	63,40%	

			Di căn hạch		Tổng	p
			pN(-)	pN(+)		
PR	Âm tính		20	14	34	
			58,8%	41,2%	47,90%	
	Dương tính		23	14	37	
			62,2%	37,8%	52,10%	
HER	Âm tính		35	16	51	0,026
			68,6%	31,4%	71,80%	
	Dương tính		8	12	20	
			40,0%	60,0%	28,20%	
Ki67	<20%		1	0	1	1
			100,0%	0,0%	1,40%	
	>=20%		42	28	70	
			60,0%	40,0%	98,60%	
Phân nhóm phân tử	Luminal A		21	10	31	0,085
			67,7%	32,3%	43,60%	
	Luminal B, Her2 -		6	0	6	
			100,0%	0,0%	8,50%	
	luminal B, her2 +		4	6	10	
			40,0%	60,0%	14,10%	
	Her2 +		4	6	10	
			40,0%	60,0%	14,10%	
	Bộ ba âm tính		8	6	14	
57,1%		42,9%	19,70%			
Số hạch vét được	<10		5	8	13	0,071
			38,5%	61,5%	18,30%	
	>=10		38	20	58	
			65,5%	34,5%	81,70%	

Nhận xét:

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu trên 40 tuổi (85,9%). Vị trí u hay gặp nhất là 1/4 trên ngoài (53,5%), tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn u T1 và T2 lần lượt là 50,7% và 49,3%. Thở giải phẫu bệnh hay gặp nhất là Carcinoma xâm nhập typ không đặc hiệu (94,4%), độ II (90,1%). Phân nhóm phân tử hay gặp nhất là luminal A với 43,6%, đa số bệnh nhân có chỉ số ki67 cao (98,6%). Đa số bệnh nhân có số hạch vét được từ 10 trở lên (81,7%). Tình

trạng bộc lộ quá mức HER2-Neu là yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách có ý nghĩa thống kê (p=0.026).

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch nách trong nhóm bệnh nhân ung thư vú giai đoạn T1,T2 là 39,4%, tương đương với các nghiên cứu trên thế giới như của Chua với 41%, Saleh với 35,5% và các nghiên cứu tại Việt Nam như của Lê Hồng Quang với 38,5% [3-

5]. Trong đó, 25 bệnh nhân có di căn hạch N1 chiếm 35,2%, 3 bệnh nhân di căn hạch N2 chiếm 4,2%. Đánh giá tình trạng di căn hạch trước mổ bằng siêu âm đem lại kết quả với độ nhạy thấp (57%), tỷ lệ âm tính giả cao 33,3%, do đó chưa đủ để đánh giá tình trạng di căn hạch trước mổ. Đặc điểm này phù hợp với các nghiên cứu trước đây và việc xác định các yếu tố ảnh hưởng để dự đoán tình trạng di căn hạch là rất cần thiết.

Kích thước khối u đã được chứng minh là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch trong các nghiên cứu trước đây, kích thước u càng lớn tỷ lệ di căn hạch càng cao [4], [6]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân T2 ($u > 2$ cm) có tỷ lệ di căn hạch là 40%, cao hơn nhóm bệnh nhân T1 với tỷ lệ di căn hạch 38,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.924$. Ung thư vú hay gặp nhất ở vị trí 1/4 trên ngoài và có xu hướng di căn hạch cao hơn các vị trí khác, tuy nhiên kết quả này chưa đồng nhất qua các nghiên cứu khác nhau [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53,5% khối u ở vị trí 1/4 trên ngoài và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ di căn hạch nách giữa các vị trí u với $p = 0.106$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 94% bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh là carcinoma xâm nhập tip không đặc hiệu, 90,1% phân độ mô học 2; không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ di căn hạch giữa các thể mô bệnh học và độ mô học. Kết quả này là tương đương với nghiên cứu của Lê Hồng Quang và CS [3].

Họ thụ thể HER và các con đường truyền tín hiệu liên quan đóng vai trò chủ đạo trong sự phát triển và sống sót của tế bào. Khuếch đại HER2 có liên quan đến tiên lượng xấu trong ung thư vú. Các nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân ung thư vú HER2 dương tính có kích thước u lớn hơn, tỷ lệ di căn hạch cao hơn, thời gian sống không bệnh ngắn hơn [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch ở nhóm HER2 dương tính là 60%,

cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân HER2 âm tính là 31,4% với $p = 0.026$. Tình trạng thụ thể nội tiết ER, PR, tỷ lệ ki67 chưa phải là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách trong nghiên cứu của chúng tôi.

5. KẾT LUẬN

Ung thư vú thường di căn hạch nách, kể cả khi u có kích thước nhỏ. Tỷ lệ di căn hạch nách trên các bệnh nhân UTV giai đoạn T1, T2 là 39,4%. Chẩn đoán lâm sàng trước mổ có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp. Bác sĩ lâm sàng cần có thái độ cẩn trọng trong đánh giá, lựa chọn phương án điều trị ở nhóm bệnh nhân trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018;68(6): 394-424.
- [2]. Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, et al. Locoregional Recurrence after Sentinel Lymph Node Dissection with or without Axillary Dissection in Patients with Sentinel Lymph Node Metastases: The American College of Surgeons Oncology Group Z0011 Randomized Trial. Ann Surg. 2010;252(3):426-433.
- [3]. Đánh giá tình trạng di căn hạch nách và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I - III A tại Bệnh viện K. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2273/2081>.

- [4]. Chua B, Ung O, Taylor R, Boyages J. Frequency and predictors of axillary lymph node metastases in invasive breast cancer. ANZ Journal of Surgery. 2001;71(12): 723-728.
- [5]. Schoppmann SF, Bayer G, Aumayr K, et al. Prognostic Value of Lymphangiogenesis and Lymphovascular Invasion in Invasive Breast Cancer. Annals of Surgery. 2004;240(2): 306-312.
- [6]. Goyal A, Douglas-Jones A, Newcombe RG, Mansel RE. Predictors of non-sentinel lymph node metastasis in breast cancer patients. European Journal of Cancer. 2004;40(11):1731-1737.
- [7]. Prat A, Pineda E, Adamo B, et al. Clinical implications of the intrinsic molecular subtypes of breast cancer. The Breast. 2015;24:S26-S35.