

SỰ LIÊN QUAN CHỈ ĐIỂM SINH HỌC VỚI CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ CAO TUỔI

Vũ Hồng Thăng¹, Phạm Văn Bình², Nguyễn Thị Hảo³

TÓM TẮT

Qua phân tích 104 bệnh nhân ung thư vú cao tuổi điều trị tại bệnh viện K từ 2015-2016, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tỷ lệ ER dương tính của nhóm ≥ 65 tuổi là 62,5%, cao hơn nhóm < 65 tuổi (57,5%). Tỷ lệ PR dương tính của nhóm ≥ 65 tuổi và nhóm < 65 tuổi là 29,2% và 30%. Tỷ lệ HER2 dương tính của nhóm ≥ 65 tuổi là 37,5%, cao hơn nhóm < 65 tuổi (27,5%). Tỷ lệ ER dương tính của giai đoạn III là cao nhất, chiếm 76,9%. Tỷ lệ PR dương tính của giai đoạn I là cao nhất, chiếm 33,3%. Tỷ lệ HER2 dương tính của giai đoạn III là cao nhất, chiếm 38,5%. Có mối liên quan giữa thụ thể nội tiết với di căn hạch vùng. Di căn hạch của nhóm thụ thể dương tính cao hơn nhóm âm tính, 45,9% so với 23,3%. Yếu tố HER2 và các phân nhóm sinh học bệnh nhân cao tuổi không liên quan rõ rệt với di căn hạch nách; 41,7% nếu cả ba yếu tố dương tính so với 20,8% nhóm bộ ba âm tính. Thụ thể nội tiết và yếu tố tăng trưởng biểu mô ảnh hưởng đến nhiều vấn đề khác và góp phần giải thích về tiên lượng bệnh ở người cao tuổi.

Từ khóa: ung thư vú cao tuổi, Thụ thể nội tiết, yếu tố tăng trưởng biểu mô

ABSTRACT:

THE CORRELATION BETWEEN BIOMARKERS AND PROGNOSTIC FACTORS IN ELDERLY PATIENTS WITH BREAST CANCER

Vũ Hồng Thăng¹, Phạm Văn Bình², Nguyễn Thị Hảo³

The study was based on analysis of 104 elderly patients with breast cancer treated at K hospital from 2015 to 2016. Results: rER-positive rate in ≥ 65 age group was 62.5%, higher than that in < 65 years group (57.5%). PR-positive rate of ≥ 65 age group and group < 65 years was 29.2% and 30%. HER2-positive rate ≥ 65 age group was 37.5%, higher than that of group < 65 years (27.5%). ER-positive rate of stage III was the highest, accounting for 76.9%. PR-positive rate of stage I is the highest, accounting for 33.3%. HER2-positive rate of stage III was the highest, accounting for 38.5%. There was a regression between hormone receptor and regional lymph node metastasis. Lymph node metastasis-positive group was higher receptor-negative group, 45.9% versus 23.3%. HER2 factors and biological subgroup of elderly patients were not significantly associated with axillary lymph node metastasis; 41.7% for group of positive-three factors compared with 20.8% for triple-negative group. Hormone receptor and epithelial growth factor affects others and can explain some how to contribute the prognosis in elderly patients.

Key words: Elderly patients with breast cancer, hormone receptor, epithelial growth factor.

1. Bộ môn Ung thư, ĐH Y Hà Nội
2. Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện K
3. Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

- Ngày nhận bài (received): 20/10/2016; Ngày phản biện (revised): 25/11/2016;
- Ngày đăng bài (Accepted): 5/12/2016
- Người phản biện: Phạm Nguyên Tường
- Người phản hồi (Corresponding author): Vũ Hồng Thăng
- Email: vuhongthang@gmail.com; ĐT: 0913 394487

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh thường gặp nhất và nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nữ giới. Tại Việt Nam, UTV là loại ung thư hay gặp nhất ở nữ giới với 11.067 trường hợp UTV được chẩn đoán, chiếm 20,3% trong số các ung thư ở nữ giới, trong đó có 4.671 trường hợp tử vong, chiếm 13%. Trong vòng 5 năm trở lại đây, số trường hợp UTV mới mắc là 38.713 trường hợp, chiếm 32% trong tổng số ung thư ở nữ giới. Tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 23,0/100.000 dân [4].

Nguy cơ mắc bệnh UTV tăng dần theo tuổi. Tại Mỹ, hàng năm có khoảng 230.000 trường hợp mới mắc thì hơn nửa trong số đó là UTV ở người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên). Ước tính năm 2040 nhóm tuổi này sẽ chiếm khoảng 75% UTV nói chung [5].

Về các yếu tố tiên lượng bệnh UTV thì ngày nay bên cạnh các yếu tố kinh điển như: tuổi, kích thước u, tình trạng hạch, giai đoạn bệnh, độ mô học, loại mô học vẫn giữ vai trò quan trọng trong việc điều trị nhưng dường như không còn là đủ cơ sở cho những quyết định điều trị ngày càng phức tạp. Chọn lựa các phác đồ điều trị cho bệnh nhân UTV ngày càng phát triển theo hướng thích hợp cho từng bệnh nhân, cần thiết đánh giá đặc tính sinh học của tế bào u, cần thiết phải phân loại UTV; người ta thấy yếu tố về đặc điểm sinh học của khối u như: Tình trạng thụ thể nội tiết (ER-estrogen receptor, PR-progesterone receptor), yếu tố phát triển biểu mô HER2 (Human epidermal growth factor receptor-2), Ki67, đột biến gen BRCA1, BRCA2... là những yếu tố tiên lượng quan trọng đã và đang được nhiều nhà khoa học nghiên cứu [5].

Đặc tính sinh học của ung thư vú không những liên quan mật thiết với tuổi mà còn ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh [1]. Phần lớn các nghiên cứu chỉ ra ung thư vú ở bệnh nhân trẻ có yếu tố tiên lượng xấu hơn bệnh nhân mạn kinh. Tuổi bệnh nhân có liên quan phân nhóm sinh học này [2], [3]. Ung thư vú bệnh nhân cao tuổi thường tiến triển chậm hơn. Các nghiên cứu trong nước trước đây thường đánh giá mối liên quan này với kết quả điều trị và nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Tuy nhiên, đặc điểm bệnh học nhóm

người cao tuổi như thế nào cũng cần được hiểu rõ hơn. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố sinh học với các yếu tố tiên lượng khác trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm có 104 bệnh nhân ung thư vú nguyên phát được khẳng định bằng giải phẫu bệnh lí, giai đoạn còn mổ được, điều trị tại bệnh viện K năm 2015-2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Tất cả BN nữ cao tuổi (≥ 60 tuổi) được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến bằng mô bệnh học.

- Có xét nghiệm nhuộm hóa mô miễn dịch xác định tình trạng và nhận định về ER, PR và HER2 trên bệnh phẩm khối u sau mổ.

- Được phẫu thuật có vét hạch nách triệt để.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Thu thập số liệu thông tin BN theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án mẫu.

Các thông tin về đặc điểm lâm sàng: Tất cả bệnh nhân được khai thác thu thập thông tin chung về bản thân như: Tuổi, các dấu hiệu lâm sàng liên quan được ghi nhận. Đánh giá về đặc điểm khối u, hạch và dấu hiệu toàn thân để phân giai đoạn.

Nghiên cứu các đặc điểm cận lâm sàng:

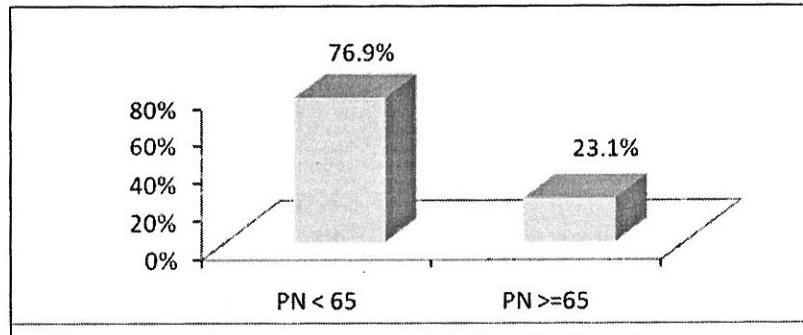
Tình trạng di căn hạch nách sau mổ gồm số lượng hạch, số hạch di căn. Thở giải phẫu bệnh và số lượng hạch nách di căn và xếp giai đoạn theo UICC. Độ mô học: Phân loại ĐMH theo Scarff-Bloom-Richardson áp dụng cho ung thư biểu mô thể ống xâm nhập. Độ I: Biệt hóa rõ. Độ II: Biệt hóa. Độ III: Biệt hóa kém. Thụ thể estrogen, progesterone và tình trạng HER2 bằng kỹ thuật nhuộm hóa mô miễn dịch trên tiêu bản bệnh phẩm khối u sau mổ. Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của Alred [6]. Sau khi thu thập số liệu, sẽ nhóm bệnh nhân theo đặc điểm sinh học.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư vú bệnh nhân cao tuổi

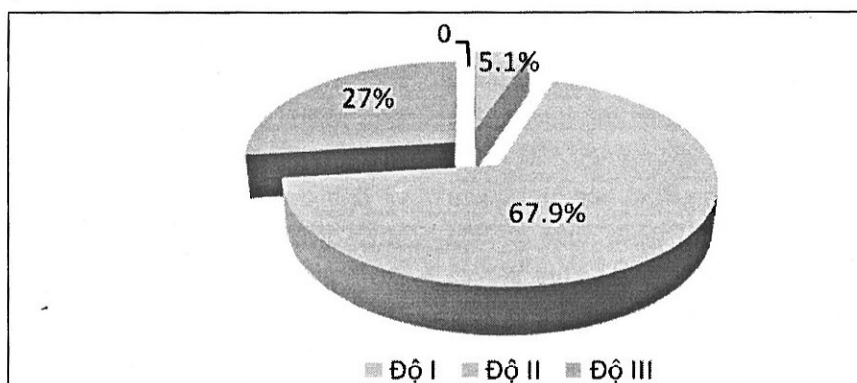


Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 1. Xếp loại mô bệnh học

Xếp loại MBH	n	%
Carcinoma thể ống xâm nhập (OXN)	75	72,1
Carcinoma thể OXN trội thành phần nội ống	9	8,6
Carcinoma thể tiểu thùy xâm nhập	13	12,5
Carcinoma thể nhầy	2	1,9
Carcinoma thể ống nhỏ	1	1
Carcinoma thể nhú	2	1,9
Carcinoma thể dị sản	1	1
Carcinoma chế tiết	1	1
Tổng số	104	100%

Chủ yếu là ung thư biểu mô thể OXN, chiếm 72,1%; sau đó đến ung thư biểu mô (UTBM) thể tiểu thùy xâm nhập (12,5%) và UTBM thể OXN trội thành phần nội ống (8,6%); còn lại là các thể giải phẫu bệnh (GPB) khác (6,8%).



Biểu đồ 2. Xếp loại độ mô học

Bệnh viện Trung ương Huế

Trong số 78/104 trường hợp được xếp loại độ mô học thấy tỉ lệ cao nhất là độ mô học II, chiếm 67,9%.

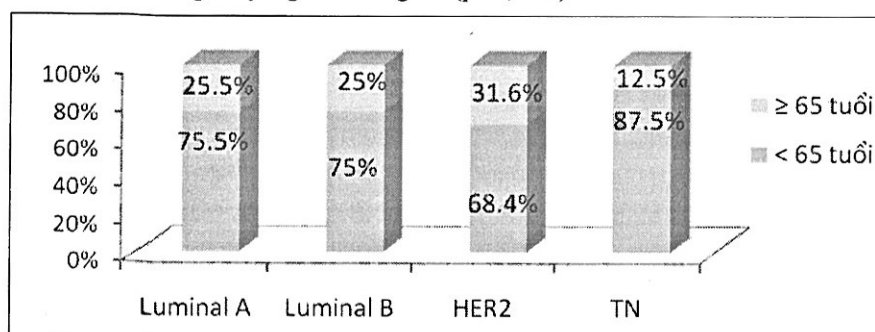
Bảng 2. Liên quan giữa các yếu tố sinh học và tuổi (n,%)

	Nhóm <65 tuổi	Nhóm ≥65 tuổi	p
ER (+)	46 (57,5)	15 (62,5)	0,663
ER (-)	34 (42,5)	9 (37,5)	
PR (+)	24 (30)	7 (29,2)	0,938
PR (-)	56 (70)	17 (70,8)	
HER2 (+)	22 (27,5)	9 (37,5)	0,348
HER2 (-)	58 (72,5)	15 (62,5)	

Tỉ lệ ER dương tính là 58,7%, trong đó nhóm ≥ 65 tuổi là 62,5%, cao hơn nhóm < 65 tuổi (57,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,663).

- Tỉ lệ PR dương tính là 29,8%, trong đó nhóm ≥65 tuổi và nhóm <65 tuổi là 29,2% và 30%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,938).

- Tỉ lệ HER2 dương tính là 29,8%, trong đó nhóm ≥65 tuổi là 37,5%, cao hơn nhóm <65 tuổi (27,5%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,348).



Biểu đồ 3. Liên quan giữa các phân nhóm sinh học và tuổi

- Trong 104 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nhóm Luminal A là cao nhất chiếm 47,1%; sau đó là nhóm TN (23,1%), nhóm HER2 (18,3%) và nhóm Luminal B (11,5%).

- Tỉ lệ nhóm <65 tuổi của các PNSH đều cao hơn nhóm ≥65 tuổi, trong đó tỉ lệ <65 tuổi của nhóm TN là cao nhất, chiếm 87,5%; tỉ lệ ≥65 tuổi của nhóm HER2 là cao nhất, chiếm 31,6%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,5).

Bảng 3. Liên quan giữa các yếu tố sinh học và giai đoạn bệnh

	Giai đoạn I	Giai đoạn II	Giai đoạn III	Giá trị p
		n (%)	n (%)	
ER (+)	4 (44,4)	47 (57,3)	10 (76,9)	0,273
ER (-)	5 (55,6)	35 (42,7)	3 (23,1)	
PR (+)	3 (33,3)	25 (30,5)	3 (23,1)	0,838
PR (-)	6 (66,7)	57 (69,5)	10 (76,9)	
HER2 (+)	2 (22,2)	24 (29,3)	5 (38,5)	0,696
HER2 (-)	7 (77,8)	58 (70,7)	8 (61,5)	

Sự liên quan chỉ điểm sinh học với các yếu tố tiên lượng...

- Tỷ lệ ER dương tính của giai đoạn III là cao nhất, chiếm 76,9%, tỷ lệ ER âm tính của giai đoạn I là cao nhất (55,6%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,273$).

- Tỷ lệ PR dương tính của giai đoạn I là cao nhất chiếm 33,3%, tỷ lệ PR âm tính của giai đoạn III

là cao nhất (76,9%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,838$).

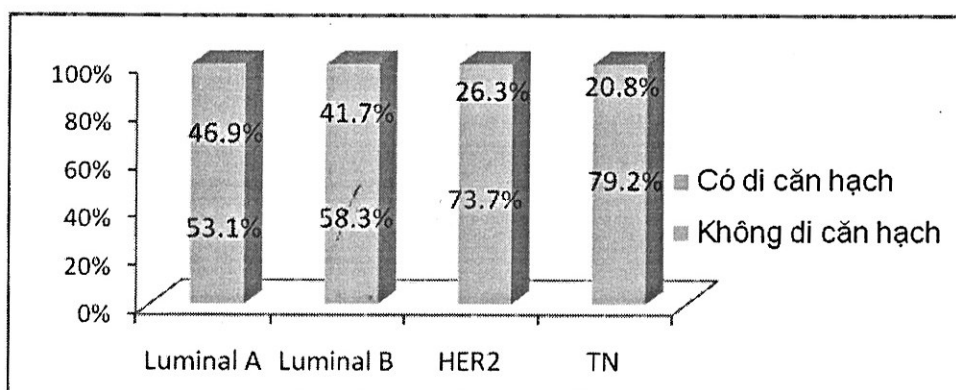
- Tỷ lệ HER2 dương tính của giai đoạn III là cao nhất, chiếm 38,5%, tỷ lệ HER2 âm tính của giai đoạn I là cao nhất (77,8%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,696$).

Bảng 4. Liên quan giữa các yếu tố sinh học và tình trạng di căn hạch nách (n,%)

	Không di căn	Có di căn	p
ER (+)	33 (54,1)	28 (45,9)	0,018
ER (-)	33 (76,7)	10 (23,3)	
PR (+)	15 (48,4)	16 (51,6)	0,032
PR (-)	51 (69,9)	22 (30,1)	
TTNT (+)	33 (54,1)	28 (45,9)	0,018
TTNT (-)	33 (76,7)	10 (23,3)	
HER2 (+)	21 (67,7)	10 (32,3)	0,555
HER2 (-)	45 (61,6)	28 (38,4)	

Tỷ lệ có di căn hạch của nhóm TTNT dương tính là 45,9% và của nhóm TTNT âm tính là 23,3%, đều thấp hơn tỷ lệ không có di căn hạch. Như vậy có mối liên quan giữa thụ thể nội tiết và tình trạng di căn hạch ($p=0,018$).

• Tỷ lệ di căn hạch nách sau mổ của nhóm HER2 âm tính là 38,4%, cao hơn nhóm HER2 dương tính (32,3%). Tuy nhiên, không thấy mối liên quan giữa yếu tố phát triển biểu mô HER2 và tình trạng di căn hạch ($p=0,555$).



Biểu đồ 4. Liên quan giữa các phân nhóm và tình trạng di căn hạch

Tỷ lệ có di căn hạch nách sau mổ của các PNSH đều thấp hơn tỷ lệ không di căn hạch nách sau mổ, trong đó, tỷ lệ có di căn hạch của nhóm Luminal A là cao nhất, chiếm 46,9%, tỷ lệ không di căn hạch của nhóm TN là cao nhất (79,2%). Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa các PNSH và tình trạng di căn hạch nách sau mổ ($p=0,12$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư vú trên bệnh nhân cao tuổi

Trong 104 BN điều trị tại bệnh viện K, tuổi mắc bệnh trung bình là $62,6 \pm 3,6$. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 60 tuổi, BN cao tuổi nhất là 78 tuổi, trong đó có 80 BN <65 tuổi, chiếm 76,9% và 24

BN ≥ 65 tuổi, chiếm 23,1%.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Nhật Tân (2004) thì bệnh thường gặp nhất ở nhóm tuổi 55-59 chiếm 68,9% [8]. Nguy cơ mắc UTV tăng dần theo lứa tuổi [11]. Theo các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy nguy cơ mắc UTV tăng dần theo tuổi: Nhóm tuổi 30-39 là 0,4%, nhóm tuổi 40-49 là 1,4%, nhóm tuổi 50-59 là 2,6%, nhóm tuổi 60-69 là 3,7% [1], [2]. Như vậy, vấn đề nghiên cứu UTV trên BN cao tuổi cần được quan tâm.

4.2. Liên quan yếu tố sinh học với các yếu tố tiên lượng khác

Liên quan giữa ER, PR và tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ ER dương tính là 58,7%, trong đó tỉ lệ ER dương tính của nhóm ≥ 65 tuổi là 62,5%, cao hơn nhóm < 65 tuổi (57,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Vũ Xuân Kiên trên 71 BN ung thư vú cao tuổi tại bệnh viện K (2010) cho thấy sự khác biệt tỉ lệ giữa các nhóm tuổi và ER không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), tác giả đã chia làm 3 nhóm tuổi, nhóm 65-70 tuổi, nhóm 71-74 tuổi và nhóm ≥ 75 tuổi thấy tỉ lệ ER dương tính tương ứng là 44,1%, 50% và 60% [6]. Như vậy, khi tuổi tăng lên thì tỉ lệ ER dương tính cũng tăng lên, tuy nhiên chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỉ lệ PR dương tính là 29,8%, trong đó tỉ lệ PR dương tính của nhóm ≥ 65 tuổi và nhóm < 65 tuổi là 29,2% và 30%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,938$). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Vũ Xuân Kiên trên BN ung thư vú cao tuổi tại bệnh viện K (2010) cho thấy sự khác biệt tỉ lệ giữa các nhóm tuổi và PR không có ý nghĩa thống kê, nhóm 65-70 tuổi, nhóm 71-74 tuổi và nhóm ≥ 75 tuổi thấy tỉ lệ PR dương tính tương ứng là 32,3%, 40,9% và 53,3%.

Điều này cũng đã được chứng minh trong một số nghiên cứu ở Việt Nam cũng như trên thế giới, theo Tạ Văn Tờ (2004) nghiên cứu trên 2207 bệnh nhân UTV thì tỉ lệ ER dương tính là 59,1% và tỉ lệ

PR dương tính là 51,4%. Tuy nhiên nghiên cứu này không đề cập liên quan đến tuổi bệnh nhân [11].

Liên quan giữa HER2 và tuổi

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ HER2 dương tính là 29,8%, trong đó tỉ lệ HER2 dương tính của nhóm ≥ 65 tuổi là 37,5%, cao hơn nhóm < 65 tuổi (27,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,348$). Như vậy khi độ tuổi càng cao thì tỉ lệ HER2 dương tính càng giảm. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Vũ Xuân Kiên trên 71 BN ung thư vú cao tuổi tại bệnh viện K (2010) cho thấy sự khác biệt tỉ lệ giữa các nhóm tuổi và HER2 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, tỉ lệ HER2 dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Xuân Kiên (2010) có tỉ lệ HER2 dương tính là 56,3% [6].

Nghiên cứu của Tạ Văn Tờ (2004) trên 2207 BN ung thư vú ở các lứa tuổi thì tỉ lệ HER2 dương tính là 35,1% [11]. Còn theo Vũ Hồng Thắng, nghiên cứu trên bệnh nhân UTV tuổi dưới 40, cho thấy tỉ lệ HER2 dương tính là 54,5%. Như vậy, tỉ lệ HER2 dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn 2 tác giả trên, nghĩa là bệnh nhân UTV cao tuổi thì tỉ lệ HER2 dương tính thấp hơn so với các nhóm tuổi trẻ [9].

Liên quan giữa các yếu tố sinh học và giai đoạn bệnh.

Tỉ lệ ER dương tính của giai đoạn III là cao nhất, chiếm 76,9%, tỉ lệ ER âm tính của giai đoạn I là cao nhất (55,6%); tỉ lệ PR dương tính của giai đoạn I là cao nhất chiếm 33,3%, tỉ lệ PR âm tính của giai đoạn III là cao nhất (76,9%) và tỉ lệ HER2 dương tính của giai đoạn III là cao nhất, chiếm 38,5%, tỉ lệ HER2 âm tính của giai đoạn I là cao nhất (77,8%). Tuy nhiên, chúng tôi không thấy liên quan giữa các yếu tố sinh học và giai đoạn bệnh, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể giải thích do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn và có thể do các yếu tố sinh học ung thư vú người cao tuổi có nhiều vấn đề phức tạp cần có thêm những nghiên cứu khác để khẳng định.

Liên quan giữa các yếu tố sinh học và di căn hạch nách.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 104 bệnh nhân UTV cho thấy tỉ lệ có di căn hạch của nhóm TTNT dương tính là 45,9% và của nhóm TTNT âm tính là 23,3%, đều thấp hơn tỉ lệ không có di căn hạch. Qua kết quả này chúng tôi thấy rõ sự liên quan giữa thụ thể nội tiết và tình trạng di căn hạch nách sau mổ ($p = 0,018$).

Di căn hạch nách sau mổ của nhóm HER2 âm tính là 38,4%, cao hơn nhóm HER2 dương tính (32,3%). Tuy nhiên, chúng tôi không thấy mối liên quan giữa yếu tố phát triển biểu mô HER2 và tình trạng di căn hạch nách sau mổ ($p = 0,555$). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tiến (2013) trên 146 BN UTV cho thấy tỉ lệ di căn hạch nách sau mổ của nhóm HER2 âm tính là 46,8%, cao hơn nhóm HER2 dương tính (40,6%).

Tỉ lệ có di căn hạch nách sau mổ của các PNSH đều thấp hơn tỉ lệ không di căn hạch nách sau mổ, trong đó, tỉ lệ có di căn hạch của nhóm Luminal A là cao nhất, chiếm 46,9%, tỉ lệ không di căn hạch của nhóm TN là cao nhất (79,2%). Tuy nhiên, chúng tôi không thấy rõ mối liên quan giữa các PNSH và tình trạng di căn hạch nách sau mổ ($p = 0,12$). Khi so sánh giữa các nghiên cứu, chúng tôi thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Adedayo.A và CS (2009) [1] và Spitale.A và CS (2009) [7].

Nghiên cứu của Azizun và CS thì tỉ lệ hạch di căn thấp nhất trong phân nhóm luminal A, cao nhất trong phân nhóm luminal B [2]. Nghiên cứu của Spitale thì tỉ lệ hạch di căn cao nhất trong phân

nhóm HER2, thấp nhất trong phân nhóm luminal A. Tuy nhiên, tỉ lệ nhóm luminal B của các nghiên cứu này tương tự nhau. Nghiên cứu của Carey LA và CS (2007), Thang VH và CS (2011) [10], Kadiva và CS (2012) [5] còn chỉ ra rằng tỉ lệ hạch di căn của phân nhóm HER2 cao gấp 2 lần phân nhóm luminal A. Nghiên cứu của Spitale và CS (2009) cũng chỉ ra liên quan giữa di căn hạch và các phân nhóm sinh học, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,155$ [7]. Rõ ràng có sự khác nhau về kết quả nghiên cứu mối liên quan giữa di căn hạch và các phân nhóm sinh học trong các nghiên cứu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 104 bệnh nhân ung thư vú cao tuổi điều trị tại bệnh viện K từ 2015-2016, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

- Tỉ lệ ER dương tính của nhóm ≥ 65 tuổi là 62,5%, cao hơn nhóm < 65 tuổi (57,5%). Tỉ lệ PR dương tính của nhóm ≥ 65 tuổi và nhóm < 65 tuổi là 29,2% và 30%. Tỉ lệ HER2 dương tính của nhóm ≥ 65 tuổi là 37,5%, cao hơn nhóm < 65 tuổi (27,5%).

- Tỉ lệ ER dương tính của giai đoạn III là cao nhất, chiếm 76,9%. Tỉ lệ PR dương tính của giai đoạn I là cao nhất, chiếm 33,3%. Tỉ lệ HER2 dương tính của giai đoạn III là cao nhất, chiếm 38,5%.

- Có mối liên quan giữa thụ thể nội tiết với di căn hạch vùng. Di căn hạch của nhóm thụ thể dương tính cao hơn nhóm âm tính, 45,9% so với 23,3%.

- Yếu tố HER2 và các phân nhóm sinh học bệnh nhân cao tuổi không liên quan rõ rệt với di căn hạch nách; 41,7% nếu cả ba yếu tố dương tính so với 20,8% nhóm bộ ba âm tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adedayo A., Jessica M., Robert T., and al. (2009), "Breast Cancer Subtypes Bases on ER/PR and HER2 Expression: Comparison of Clinicpathologic Features and Survival", *Clinical Medicine & Research*, 7(1-2): 4 – 13.
2. Azizun-Nisa, Bhurgri Y, Raza F, Kayani N. (2008), "Comparison of ER, PR and HER-2/neu (C-erb B 2) reactivity pattern with histologic grade, tumor size and lymph node status in breast cancer", *Asian Pac J Cancer Prev.*, 9(4): 553-6.
3. Âu Nguyệt Diệu, Nguyễn Sào Trung, Nguyễn Chấn Hùng (2003), "Khảo sát hoá mô miễn dịch các thụ thể estrogen và progesteron 350 trường hợp ung thư vú", *Y học TP Hồ Chí Minh*; 7(4): 284-289.

4. Nguyễn Bá Đức (2011), *Ung thư học đại cương*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
5. Kadivar M, Mafi N, Joulaee A & CS (2012), "Breast cancer molecular subtypes and associations with clinicopathological characteristics in Iranian women, 2002- 2011", *Asian Pac J Cancer Prev*, 13(5):1881-6.
6. Vũ Xuân Kiên (2013), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ cao tuổi tại bệnh viện K*, Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
7. Spitale A, Mazzola P, Soldini D, Mazzucchelli L, Bordoni A (2009), "Breast cancer classification according to immunohistochemical markers: clinicopathologic features and short-term survival analysis in a population-based study from the South of Switzerland", *Annals of Oncology*, 20: 628-635.
8. Nguyễn Nhật Tân (2004), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật Patey trong điều trị ung thư vú giai đoạn I, II, IIIa tại bệnh viện K Hà Nội*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Vũ Hồng Thăng, Đặng Hải Sơn, Nguyễn Trọng Điệp (2010), "Đặc điểm lâm sàng, bệnh học ung thư vú phụ nữ dưới 40 tuổi tại Bệnh viện K", *Tạp chí Y học thực hành*, 4: 22-25.
10. Thang Vu Hong, Edneia Tani, Hemming Johansson & CS (2011), "HER2 status in operable breast cancers from Vietnamese women: Analysis by immunohistochemistry (IHC) and automated silver enhanced in situ hybridization (SISH)", *Acta Oncol*, 50(3): 360-6. Epub 2011 Feb 21.
11. Tạ Văn Tờ (2004), *Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.