

ĐÁNH GIÁ SỐ LƯỢNG HẠCH NÁCH NẠO VẾT ĐƯỢC CÓ DI CĂN THEO PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TRONG UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, IIa

Vũ Hồng Thăng¹ và cs

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng hạch nách trong ung thư vú giai đoạn I, IIa theo phương pháp phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp: Qua nghiên cứu hồi cứu dựa trên 96 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm hoặc phẫu thuật Patey hoặc phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện K.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi bệnh nhân, thụ thể nội tiết giữa hai nhóm phẫu thuật không ảnh hưởng đến chỉ định phẫu thuật. Tỷ lệ HER2 dương tính thường được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú hơn so với phẫu thuật bảo tồn tuyến vú, 38,2% so với 12,2%. Số hạch nạo vét được trung bình là 9,2 hạch, 18,2% số bệnh nhân trên 10 hạch. Phẫu thuật bảo tồn tuyến vú: số hạch nạo vét được trung bình là 10,7 và 41,5% số bệnh nhân được phẫu tích trên 10 hạch. Tỷ lệ di căn nhóm patey cao hơn nhóm bảo tồn, 32,7% so với 7,3%.

Kết luận: Sự di căn hạch phụ thuộc vào yếu tố sinh học bệnh, không phụ thuộc vào loại hình phẫu thuật. Sự khác biệt giữa số hạch trung bình được nạo vét giữa hai nhóm phẫu thuật.

Từ khóa: di căn hạch nách, trong ung thư vú

ABSTRACT

TO ASSESS AXILLARY LYMPH NODE METASTASES IN STAGE I, IIA BREAST CANCER ACCORDING TO THE SURGICAL APPROACH

Vu Hong Thang¹ et al

Objective: To assess axillary lymph node status in stage I, IIa breast cancer according to the surgical approach.

Patients and Methods: By studying 96 patients with early stage breast cancer either total mastectomy or conservative procedure at K Hospital, Hanoi.

Results: There was not different of patient age, hormone receptor status between the two surgical groups. HER2-positive patients was usually surgically entire breast than breast-conserving surgery, 38.2% versus 12.2%. The number of nodes dredged average of 9.2 lymph nodes, 18.2% of patients above dissected 10 nodes was found in mastectomy group. Nevertheless, in breast-conserving surgery: number of nodes dredged average 10.7 and 41.5% of patients were lymph node dissection more than 10 nodes. The rate of lymph node metastases in mastectomy group was higher than those in conservation group, 32.7% versus 7.3%.

Conclusion: The lymph node metastases depend on the biological factors, irrespective of the type of surgery. There was a difference between the average number of nodes between the two groups.

Key words: axillary lymph node metastases, breast cancer

1. Bộ môn Ung thư, Đại học Y Hà Nội - Ngày nhận bài (received): 12/7/2014; Ngày phản biện (revised): 15/8/2014;;
- Ngày đăng bài (Accepted): 26/8/2014
- Người phản biện: TS. Nguyễn Đình Tùng, TS. Trần Thừa Nguyên
- Người phản hồi (Corresponding author): Vũ Hồng Thăng
- Email: vuhongthang@gmail.com; ĐT: 0913394487

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư thường gặp và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới [1], [2]. Ở Việt Nam có 11.000 người mắc và 5.000 người tử vong do ung thư vú theo thống kê GLOBOCAN năm 2012 của IARC (cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế).

Halsted đề ra phương pháp phẫu thuật ung thư vú thành một khối gọi là trường phái phẫu thuật Halsted với quan điểm ung thư vú là bệnh tại chỗ, sau này là phẫu thuật triệt căn biến đổi (phẫu thuật Patey), đặc điểm của hai phương pháp này là loại bỏ hoàn toàn tuyến vú cùng với tổ chức ung thư, điều này có hiệu quả về điều trị nhưng gây ra biến chứng, ảnh hưởng đến tâm sinh lý nhất định với người bệnh. Sự ra đời của phương pháp phẫu thuật bảo tồn, đó là cắt rộng khối u với diện cắt an toàn hoặc cắt 1/4 vú đối với ung thư vú giai đoạn I, IIa trên lâm sàng vẫn bảo đảm về mặt nguyên tắc điều trị và xác định giai đoạn bệnh. Các công trình nghiên cứu sau đó đã cho thấy thời gian sống thêm là tương đương giữa hai nhóm bệnh nhân có u vú nhỏ hơn 2cm được điều trị bằng phẫu thuật Patey và nhóm phẫu thuật bảo tồn [3], [4]. Cho đến nay, hai phương pháp phẫu thuật này vẫn được áp dụng rộng rãi tại cơ sở điều trị ung thư. Hai phương pháp phẫu thuật khác nhau về xử trí tại khối u, nhưng giống nhau về mặt kỹ thuật nạo vét hạch nách cùng bên, phần quan trọng bắt buộc. Số lượng hạch nạo vét được sẽ giúp đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, kiểm soát bệnh tại vùng và căn cứ đưa ra quyết định điều trị bổ trợ sau phẫu thuật, hơn thế nữa còn góp phần giúp cho tiên lượng bệnh. Tại Việt Nam, cả hai phương pháp phẫu thuật Patey và phẫu thuật bảo tồn đã được áp dụng cơ sở điều trị ung thư. Mặc dù đã có một số nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị UTV giai đoạn sớm nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá số lượng hạch nạo vét và số lượng hạch nạo vét có di căn: *Đánh giá số lượng hạch nách nạo vét được có di căn theo phương pháp phẫu thuật trong ung thư vú giai đoạn I, IIa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dựa trên 96 bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định là ung thư vú nguyên phát giai đoạn I, IIa đã được phẫu thuật theo một trong hai phương pháp hoặc được phẫu thuật bảo tồn tuyến vú hoặc được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kèm theo vét hạch nách (Patey).

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Có hồ sơ bệnh án mô tả chi tiết về lâm sàng trước mổ, thông tin bệnh học sau mổ.
- Được chẩn đoán trước PT là ung thư vú dựa trên lâm sàng, chụp X quang tuyến vú, xét nghiệm tế bào học, mô bệnh học là ung thư biểu mô.
- Giai đoạn I hoặc IIa: kích thước khối $2\text{cm} \leq \text{có } 1\text{u}$, hạch nách No hoặc N1 (theo UICC 2010).
- Được điều trị bảo tồn (cắt $\frac{1}{4}$ tuyến vú hoặc lấy rộng u vú kết hợp vét hạch nách cùng bên) hoặc phẫu thuật Patey (cắt toàn bộ tuyến vú và vét hạch nách cùng bên) lần đầu tại bệnh viện K.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân ung thư vú được xạ trị, và/hoặc hóa trị trước đó để làm giảm kích thước u để tiến hành phẫu thuật. Các bệnh nhân ung thư vú thứ phát, đã phẫu thuật bảo tồn thất bại.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu ngang mô tả, so sánh nhóm bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp bảo tồn tuyến vú hay phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ.

2.2.1. Kỹ thuật: Khai thác trên thông tin trong hồ sơ bệnh học phân tích theo các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, số lượng hạch nách cùng bên được nạo vét, tình trạng di căn hạch nách. Thu thập số liệu dựa trên bệnh án bệnh viện có thông tin cần nghiên cứu.

- Đánh giá về đặc điểm khối u, hạch và dấu hiệu toàn thân để phân giai đoạn
- Tình trạng di căn hạch nách sau PT gồm số lượng hạch được xét nghiệm, số hạch đã bị di căn
- *Mô bệnh học:* thể giải phẫu bệnh, độ mô học theo WHO và số lượng hạch nách di căn và xếp giai đoạn theo UICC 2010 [5].
- *Thụ thể estrogen, progesterone:* phát hiện thụ

Bệnh viện Trung ương Huế

thể estrogen và progesterone bằng nhuộm hóa mô miễn dịch trên tiêu bản bệnh phẩm sau PT. Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của Alred [6], [7].

• *Thụ thể phát triển biểu mô - HER2*: kết quả có từ xét nghiệm thường quy của Bệnh viện K. đọc tiêu bản trên kính hiển vi quang học độ phóng đại 100 và 400 lần để ước lượng tỷ lệ và cường độ bắt màu của màng bào tương.

✓ Dương tính vừa (++) : màng bào tương bắt màu từ yếu đến trung bình được thấy trên 10%-30% tế bào u

✓ Dương tính mạnh (+++) : màng bào tương bắt màu toàn bộ với cường độ mạnh được quan sát thấy trên 30% các tế bào u

✓ Chỉ dương tính khi (++) hoặc (+++)

- Phẫu thuật Patey: những bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn I, IIa được cắt tuyến vú toàn bộ, nạo vét hạch cùng bên thành một khối.

- Phẫu thuật bảo tồn: những bệnh nhân nữ được chẩn đoán là UTV trên khám lâm sàng, phim chụp vú, xét nghiệm tế bào học, có khẳng định bằng mô bệnh học, giai đoạn I, IIa thỏa mãn các chỉ tiêu sau:

- Có kích thước u trên lâm sàng ≤ 2 cm
- Khối u đơn độc
- Hạch vùng được đánh giá là N0, N1
- Không có thai, không phải u trung tâm
- Canxi hóa khu trú một ổ trên phim chụp vú

2.2.2. Phân tích và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 21.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Liên quan thời gian phát hiện bệnh và phẫu thuật

		Thời gian được chẩn đoán n (%)		n(%)	p
PP phẫu thuật		≤ 6 tháng	> 6 tháng		
	Patey	40 (41,7)	15 (15,6)	55 (57,3)	0,1
	Bảo tồn	35 (36,4)	6 (6,3)	41 (42,7)	
Tổng số		75 (78,1)	21 (21,9)	96 (100)	

Bảng 2. So sánh phân bố tuổi giữa nhóm phẫu thuật

		Nhóm tuổi, n%		n(%)	p
		Tuổi < 50	Tuổi ≥ 50		
PP phẫu thuật	Patey	35 (63,6)	20 (36,4)	55 (100)	0,073
	Bảo tồn	33 (80,5)	8 (19,5)	41 (100)	
Tổng		68 (70,8)	28 (29,2)	96 (100)	

Bảng 3. So sánh giai đoạn bệnh giữa hai nhóm phẫu thuật

		Giai đoạn lâm sàng		n(%)	p
		TIN0	TIN1		
PP phẫu thuật	Patey	37 (67,3%)	18 (23,7%)	55 (100%)	0,08
	Bảo tồn	34 (82,9%)	7 (17,1%)	41 (100%)	
Tổng		71 (74%)	25 (26%)	96	

Đánh giá số lượng hạch nách nạo vét được có di căn...

Bảng 4. Một số đặc điểm về mô bệnh học

Loại mô bệnh học	Ổng xâm nhập	81	84,4
	Thế khác	15	15,6
Độ mô học	I	8	8,3
	II	52	54,2
	III	7	7,3

Bảng 5. So sánh tình trạng thụ thể nội tiết theo phương pháp phẫu thuật

		Thụ thể nội tiết n (%)		n(%)	p
		Dương tính	Âm tính		
PP phẫu thuật	Patey	34 (61,8)	21 (38,2)	55 (100)	0,933
	Bảo tồn	25 (61)	16 (39)	41 (100)	
Tổng số		59 (61,5)	37 (38,5)	96 (100)	

Bảng 6. Tình trạng yếu tố HER2 theo nhóm phẫu thuật

		Yếu tố HER2, n (%)		n(%)	p
		Dương tính	Âm tính		
PP phẫu thuật	Patey	21 (38,2)	34 (61,8)	55 (100%)	0,005
	Bảo tồn	5 (12,2)	36 (87,8)	41 (100%)	
Tổng số		26 (27,1%)	70 (72,9%)	96 (100%)	

Bảng 7. Số lượng hạch nách nạo vét theo phương pháp phẫu thuật

	Patey	Bảo tồn	p
Số BN	55	41	0,017
Tổng số hạch nách	505	440	
Trung bình	9,2 ±2,9 (4-18)	10,7 ±3,4 (2-18)	
Mức hạch được nạo vét			
≤10 hạch	41 (74,5%)	22 (53,7%)	0,033
>10 hạch	14 (25,5%)	19 (46,3 %)	
Tổng số BN	55 (100%)	41 (100%)	96

Bảng 8. Tình trạng di căn hạch nách giữa nhóm phẫu thuật

		Di căn hạch, n (%)		n %	p
		Không	Có		
PP phẫu thuật	Patey	37 (67,3)	18 (32,7)	55 (100)	0,003
	Bảo tồn	38 (92,7)	3 (7,3)	41 (100)	
Tổng số		75 (78,1%)	21 (21,9%)	96 (100%)	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Số hạch nách được phẫu tích

Hệ thống bạch mạch của vú bao gồm hệ bạch mạch trong (bạch mạch sâu) và hệ bạch mạch ngoài, các hệ bạch mạch này rất phong phú dẫn lưu bạch huyết đến các vùng khác nhau của cơ thể, nhưng chủ yếu đổ vào 3 nhóm hạch vùng chính đó là hạch vú trong (6-8 hạch), hạch trong cơ giữa cơ ngực bé và ngực lớn, và hạch vùng nách được các nhà giải phẫu chia làm 5 nhóm là: hạch vú ngoài 4-5 hạch, hạch vai 6-7 hạch, hạch trung tâm 3-4 hạch, hạch tĩnh mạch nách, hạch hạ đòn. Xét trên phương diện phẫu thuật dựa trên mốc là cơ ngực bé chia làm 3 tầng hạch. Di căn là nguyên nhân chính gây tử vong do ung thư, do vậy quá trình tìm hiểu về cơ chế về sự di căn và phạm vi cơ quan di căn nhằm để phát triển các biện pháp điều trị. Việc xác định di căn qua con đường bạch huyết là một phần rất quan trọng, sự hiện diện của di căn là chỉ điểm của bệnh hệ thống. Vì vậy, nạo vét hạch là gần như bắt buộc trong các phẫu thuật, vừa có tác dụng đánh giá lan tràn bệnh vừa có tác dụng điều trị [5].

Nhưng việc nạo vét bao nhiêu tầng hạch, phẫu tích bao nhiêu hạch vẫn là còn tranh cãi, theo Fisher và CS (1985), Axelsson và CS (1992) cho rằng số hạch cần phẫu tích ít nhất là 10 hạch [7]. Theo UICC thì phải ít nhất 6 hạch được nạo vét. Kết quả Bảng 7 cho thấy có số hạch nạo vét được trung bình của phẫu thuật Patey là 9,2 hạch, trường hợp lấy được nhiều nhất là 18 hạch, ít nhất là 4 hạch, trong phẫu thuật bảo tồn số hạch lấy được trung bình là 10,7 hạch, trường hợp lấy được nhiều nhất là 18 hạch, ít nhất là 2 hạch. Số lượng hạch dao động trong khoảng rất lớn 6-18 hạch. Các nghiên cứu trước đây cho thấy rằng để thu được tổng số hạch thì cần phải

phối hợp chặt chẽ giữa phẫu thuật viên nạo vét tối thiểu 2 tầng hạch và nhà giải phẫu bệnh, phẫu tích bệnh phẩm sau mổ. Có như vậy thì mới bảo đảm xét nghiệm được tất cả các hạch được nạo vét, đánh giá chính xác sự lan rộng của bệnh trong phạm vi vùng. Trong thực tế đôi khi thầy thuốc băn khoăn về số hạch lấy được, vì vậy trong nghiên cứu này có những bệnh nhân có số hạch rất ít, điều này sẽ hạn chế đánh giá về tiên lượng bệnh cũng như giai đoạn bệnh.

Một số tác giả trên thế giới cũng chỉ ra sự khác biệt này. Veronesi U. và CS nghiên cứu 539 trường hợp nạo vét hạch nách, số hạch trung bình là 20,5. Số hạch nhận được cũng phụ thuộc vào phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật theo phương pháp Halsted có số hạch là 20,7; cắt tuyến vú và nạo vét hạch có bảo tồn cơ ngực bé thì số hạch nạo vét được là 20,9; trường hợp cắt một phần tuyến vú và nạo vét hạch nách thu được số hạch trung bình là 20,3 [8]. Như vậy cho thấy rằng số hạch nạo vét được trong nghiên cứu của chúng tôi đủ cần thiết để đánh giá về mức lan tràn của bệnh. Tuy nhiên thấy có sự khác nhau về số hạch nạo vét cũng như di căn giữa hai nhóm phẫu thuật. Sự khác nhau này có thể do mức độ nạo vét, hoặc cũng có thể tâm lý phẫu thuật viên nhận định hạch trong khi phẫu thuật hoặc cũng có thể do bản chất về giải phẫu khác nhau giữa người bệnh. Một trong điều quan trọng là nhà giải phẫu bệnh sẽ phẫu tích tỉ mỉ để lấy hết hạch có đường kính trên 2 mm. Có rất nhiều yếu tố bệnh học đã được xét đến trong phần kết quả, chúng tôi đã chỉ ra rằng các yếu tố về tuổi, thời gian phát hiện bệnh, tình trạng kinh nguyệt, thụ thể nội tiết là tương đương giữa hai nhóm bệnh nhân. Phải chăng, phương pháp phẫu thuật đã phần nào ảnh hưởng đến số lượng hạch vẫn

còn là câu hỏi cần giải quyết ở nghiên cứu sau, ví dụ như vị trí của khối u trong nhóm phẫu thuật bảo tồn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng số hạch trung bình của các bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn là lớn hơn số hạch trung bình của các bệnh nhân được phẫu thuật Patey, mặc dù chúng ta thấy rằng các đặc điểm về bệnh học giữa hai nhóm bệnh nhân là tương đương nhau. Thật khó có thể giải thích yếu tố nào ảnh hưởng đến sự khác nhau trong nghiên cứu này. Tuy có nhiều nghiên cứu đánh giá về phương pháp phẫu thuật trong ung thư vú giai đoạn I, II như của Tạ Xuân Sơn trên 189 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II trong đó có 88 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn, 101 bệnh nhân được phẫu thuật Patey, hay của Nguyễn Minh Khánh trên 95 bệnh nhân giai đoạn I, II được phẫu thuật bảo tồn, vú giai đoạn I, II được phẫu thuật bảo tồn nhưng hầu hết các tác giả không phân tích số hạch được phẫu tích trong nghiên cứu của mình mà đa số các tác giả quan tâm đến số bệnh nhân có di căn hạch và số hạch di căn [4].

Nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng trên 92 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II, III đã cho thấy số hạch di căn và tổng số hạch xét nghiệm là có mối liên hệ với nhau với $p < 0,05$ [10]. Câu hỏi cần đặt ra rằng cần thiết phải có số hạch phẫu tích được của từng bệnh nhân để có thể đánh giá đầy đủ hơn về tình trạng hạch trong ung thư giai đoạn sớm.

4.2. Tình trạng di căn hạch nách cùng bên

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 75 bệnh nhân không di căn hạch chiếm 78,1%, di căn hạch là 21 trường hợp chiếm 21,9%, có sự khác biệt trong giữa hai phương pháp với $p=0,017$. Tuy nhiên, nhóm PT Patey có tỷ lệ di căn cao hơn nhóm PT bảo tồn. Khi kết hợp bảng 6 với bảng 8 cho thấy có sự khác biệt này là do yếu tố HER2 khác nhau. Nhóm PT Patey có tỷ lệ bệnh nhân có HER2 (+) cao hơn nhóm PT bảo tồn. Có thể đây là yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch, điều này đã được chứng minh trong các nghiên cứu trước đây [11].

Trong một nghiên cứu tương tự của Tạ Xuân Sơn nghiên cứu trên 189 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II trong đó có 101 bệnh nhân được phẫu thuật Patey và 88 bệnh nhân được điều trị bảo tồn vú thì tác giả đưa ra nhận xét có 106 bệnh nhân không có di căn chiếm 56,1% tổng số bệnh nhân nhiều hơn nhóm di căn là 83 bệnh nhân chiếm 43,9%. Trong số

di căn hạch, có 45,8% được PT bảo tồn, 54,2% được PT Patey và không có sự khác biệt về di căn hạch ở hai phương pháp PT với $p>0,05$. Nghiên cứu của Tạ Xuân Sơn tuy có điểm chung với nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng ít gặp sự di căn hạch hơn là không di căn giữa hai nhóm bệnh nhân. Tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả Tạ Xuân Sơn chưa có sự chọn lọc bệnh nhân chưa hợp lý, vì trong nhóm nghiên cứu xuất hiện cả những bệnh nhân giai đoạn bệnh là IIb mà không có chỉ định điều trị bảo tồn ngay từ đầu, do đó ảnh hưởng đến quả nghiên cứu [9].

Nghiên cứu của Nguyễn Minh Khánh trên 95 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II thấy có 11/95 bệnh nhân chiếm 11,58% là có di căn hạch nách. Trong nghiên cứu của chúng tôi con số đó là 21,9%, tuy nhiên trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Khánh cũng đã đưa những bệnh nhân giai đoạn IIb vào trong nhóm phẫu thuật bảo tồn điều này ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu [4].

Hơn thế nữa trong nghiên cứu của chúng tôi lại chỉ ra rằng có sự khác biệt có ý nghĩa giữa số trường hợp có di căn hạch và phương pháp PT, phương pháp PT ở đây được đại diện chính là số hạch được nạo vét, hay nói cách khác có sự khác biệt giữa số hạch nạo vét được và số trường hợp có di căn hạch điều đó khẳng định một lần nữa rằng số hạch nạo vét được có ảnh hưởng đến việc đánh giá di căn hạch. Tỷ lệ di căn hạch tăng lên cùng với số lượng hạch xét nghiệm. Khi xét nghiệm tăng từ 10 hạch lên 25 hạch thì tỷ lệ bị di căn hạch cũng tăng từ 35% lên 56% (không sờ thấy hạch) và từ 61% lên 71% (nếu sờ thấy hạch). Tác giả cũng khẳng định rằng phải xét nghiệm tối thiểu 10 hạch mới phát hiện di căn [8].

Nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng (1999) cho thấy $0,8 \pm 1,5$ hạch di căn trong trường hợp nạo vét dưới 15 hạch; $4,2 \pm 4,6$ hạch di căn trong trường hợp nạo vét 16-25 hạch; $8,7 \pm 8,4$ hạch di căn trong trường hợp nạo vét trên 25 hạch [10]. Điều đó lại nói lên tầm quan trọng trong việc phẫu thuật và phẫu tích cắt toàn bộ hạch vùng để đánh giá chính xác số lượng hạch di căn. Số lượng hạch di căn giúp đánh giá chính mức độ tổn thương vì thế, tác giả cũng đã chỉ ra rằng số lượng hạch có mối quan hệ tỷ lệ thuận với tổn thương vì thế (N0, N1).

Các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đã chỉ ra ảnh hưởng của những yếu tố tuổi, kích thước u, tình trạng kinh nguyệt, thụ thể nội tiết, độ mô học, thể mô bệnh học có ảnh hưởng đến sự di căn hạch [7], [11]. Tuy vậy trong nghiên cứu của chúng tôi không nhằm mục đích đánh giá ảnh hưởng của những yếu tố này mà chúng tôi chỉ ra rằng ở 2 nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng về các yếu tố này hay nói cách khác là hai nhóm bệnh nhân cùng chịu ảnh hưởng như nhau của các yếu tố này, vậy điều gì dẫn đến sự khác nhau trong số hạch di căn của hai phương pháp. Điều này có thể giải thích được rằng do ảnh hưởng của số hạch nạo vét của hai phương pháp là khác nhau.

Nghiên cứu của chúng tôi không nhằm phân tích tính ưu việt của từng phương pháp phẫu thuật, bởi vì hiệu quả của điều trị là tỷ lệ sống thêm, điều này đã được nhiều đề tài quốc tế và trong nước chứng minh. Nhưng chúng tôi muốn cho thấy rằng cần thiết trên mỗi bệnh nhân phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ phẫu thuật và nhà giải phẫu bệnh, cũng như trong mỗi trường hợp phẫu thuật cần lấy

đủ số bệnh phẩm cũng như phẫu tích đầy đủ số hạch nạo vét.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 96 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm hoặc phẫu thuật Patey hoặc phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện K, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

- Đặc điểm bệnh học giữa hai nhóm bệnh nhân

Không có sự khác biệt tuổi, thụ thể nội tiết giữa hai nhóm phẫu thuật. Tỷ lệ HER2 dương tính thường được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú hơn so với phẫu thuật bảo tồn tuyến vú, 38,2% so với 12,2%.

- Số hạch nách nạo vét

- Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú: số hạch nạo vét được trung bình là 9,2 hạch, 18,2% số bệnh nhân trên 10 hạch.

- Phẫu thuật bảo tồn tuyến vú: số hạch nạo vét được trung bình là 10,7 và 41,5% số bệnh nhân được phẫu tích trên 10 hạch. Có sự khác biệt giữa số hạch trung bình được nạo vét giữa hai nhóm phẫu thuật.

- Tình trạng di căn hạch nách: nhóm phẫu thuật Patey có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm bảo tồn, 32,7% so với 7,3% trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức và cs (2009), Tình hình mắc bệnh ung thư vú ở phụ nữ một số tỉnh thành giai đoạn 2001-2007, *Tạp chí Ung thư học*, số chuyên đề ung thư vú, 4, tr. 5- 11.
2. Ferlay, J., et al. (2010), Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008, *Int J Cancer*, 127(12), pp. 2893- 917.
3. Tô Anh Dũng (1996), *Đặc điểm lâm sàng ung thư biểu mô tuyến vú và đánh giá một số yếu tố tiên lượng trên 615 bệnh nhân tại Bệnh viện K*, Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Minh Khánh (2004), *Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú ở nữ giai đoạn I-II tại Bệnh viện K*, Đại học Y Hà Nội.
5. Oommen, P.T., et al. (2010), UICC-2010 TNM classification is not suitable for differentiated thyroid cancer in children and adolescents, *Pediatr Blood Cancer*, 50(6), pp. 1159- 62
6. Cooke, T., et al. (2001), HER2 as a prognostic and predictive marker for breast cancer, *Ann Oncol*, 12(Suppl 1), pp. S23- 8.
7. 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*, Đại học Y Hà Nội.
8. Veronesi, U., et al. (1987), Distribution of axillary node metastases by level of invasion. An analysis of 539 cases, *Cancer*, 59(4), pp. 682- 7.
9. Tạ Xuân Sơn (2009), *Nghiên cứu phẫu thuật bảo tồn điều trị ung thư vú giai đoạn I, II*, Học viện Quân y 103.
10. Vũ Hồng Thăng (1999), *So sánh đặc điểm lâm sàng với tổn thương giải phẫu bệnh, mức độ di căn hạch nách của ung thư vú giai đoạn I, II, III*, Đại học Y khoa Hà Nội.
11. Thang, V.H., et al. (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), pp. 360- 6.