

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP SARCOMA TUYẾN VÚ KHỔNG LỒ, PHÁT TRIỂN NHANH

Hồ Văn Linh¹, Hoàng Thanh Hà¹

¹Khoa Phẫu thuật ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Trong báo cáo này, chúng tôi giới thiệu một trường hợp trẻ, nữ 28 tuổi, với biểu hiện lâm sàng khối u vú khổng lồ, phát triển rất nhanh trong 5 tháng đạt kích thước 15 x 20 cm, chiếm hầu hết vú trái. Tế bào học chưa phát hiện ác tính, sinh thiết lõi cho kết quả chưa rõ ràng giữa u sợi hay ác tính trung mô, và phải dựa vào giải phẫu bệnh của mẫu sinh thiết mổ. Kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch là Fibrosarcoma. Hội chẩn đa chuyên khoa (MDT) quyết định phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị ưu tiên hiện tại dù đối diện nhiều thách thức, với việc cắt bỏ mở rộng khối vú, đảm bảo rìa âm tính. Xạ trị và hóa trị có thể là lựa chọn cho bệnh nhân sarcoma nguy cơ cao.

Từ khóa: Sarcoma tuyến vú, Fibrosarcoma, Phẫu thuật cắt vú, Rìa âm tính.

ABSTRACT

A REPORT ON A RAPIDLY PROGRESSING LARGE BREAST SARCOMA

Ho Van Linh¹, Hoang Thanh Ha¹

In this report, we present a case of a 28-year-old woman who developed a giant breast mass with rapid growth over a period of five months, reaching a size of 15 x 20 cm and occupying most of the left breast. Cytological examination revealed no malignancy, while core needle biopsy yielded inconclusive results, making it difficult to differentiate between a fibroepithelial tumor and a malignant mesenchymal lesion. Definitive diagnosis was established through histopathological examination of an open biopsy specimen, which confirmed fibrosarcoma based on histology and immunohisto-chemistry. A multidisciplinary team (MDT) supports that surgical excision remains the preferred treatment approach despite various challenges, with wide local excision of the breast mass aiming to achieve negative margins. Radiotherapy and chemotherapy may be considered in cases of high-risk sarcoma.

Keyword: Sarcoma tumor of breast, Fibrosarcoma, Radical mastectomy, Negative margins.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma vú nguyên phát là một nhóm ung thư mô liên kết hiếm gặp, chiếm tỷ lệ rất nhỏ (< 1%) trong toàn bộ các trường hợp ung thư vú và dưới 5% sarcoma mô mềm từ tất cả các vị trí giải phẫu. Sarcoma vú với tỷ lệ ước tính là 45 ca trên 10 triệu phụ nữ ở Hoa Kỳ. Fibrosarcoma vú được đưa vào nhóm sarcoma này và khối u này luôn ác tính, mặc dù mức độ ác tính có thể khác nhau [1, 2]. Tốc độ phát triển nhanh của bệnh lý này yêu cầu một quy trình can thiệp sớm và đặc biệt cả về chẩn đoán

lẫn điều trị. Phẫu thuật cắt bỏ vú triệt căn được đặt ra ngay từ đầu với khối u khổng lồ, với yêu cầu có khả năng trượt vạt da che phủ. Không những ở Việt Nam, ngay cả trong khu vực cũng ít các đề tài nghiên cứu về fibrosarcoma vú vì độ hiếm của bệnh này. Ca bệnh khối u rất lớn, tăng kích thước nhanh, hoại tử gây nhiễm trùng đa kháng, chẩn đoán và điều trị khó khăn. Hội chẩn đa chuyên khoa (MDT) đề phẫu thuật triệt để rộng rãi rìa âm tính, kết hợp phẫu thuật khâu da trị hoãn với đặt VAC và những kinh nghiệm rút ra.

Ngày nhận bài: 01/5/2025. Ngày chỉnh sửa: 25/9/2025. Chấp thuận đăng: 13/10/2025

Tác giả liên hệ: Hoàng Thanh Hà. Email: bsthanhha.kdn@gmail.com. ĐT: 0775547979

Nhân một trường hợp sarcoma tuyến vú không lồ, phát triển nhanh...

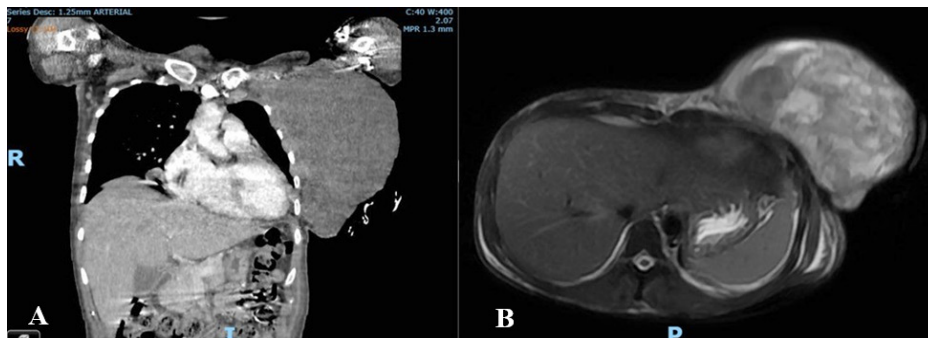
II. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh nhân H. nữ 28 tuổi, dân tộc M'Nong, PARA 3003, lúc nhập viện cho biết đã 5 tháng kể từ khi khối u ở vú trái của mình và cô tụt cân nhanh chóng 7kg/ tháng, suy kiệt dần. Khối u phát triển nhanh lên 15cm và màu sắc trở nên đỏ sẫm, một số vị trí bong thượng bì. Có thể thấy rõ sự căng phồng của tĩnh mạch nông ở vú (Hình 1).



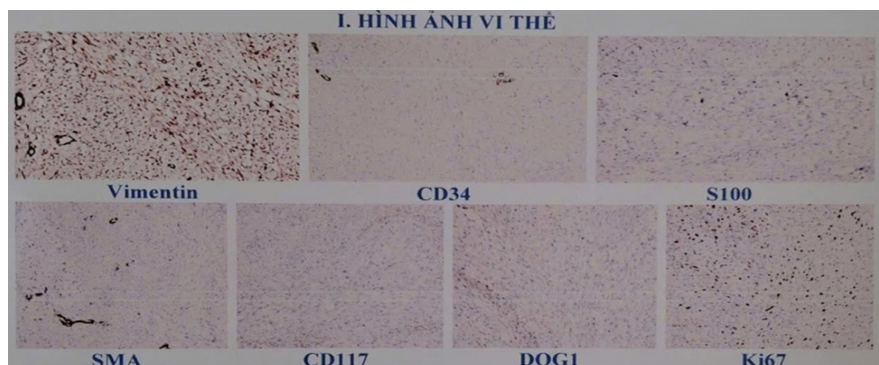
Hình 1: Khối u vú T khi nhập viện (đã xin đồng thuận sử dụng hình ảnh)

Chúng tôi đã làm xét nghiệm máu, siêu âm, MRI vú và chụp cắt lớp vi tính (CT). Kết quả siêu âm, FNA vú và xét nghiệm máu không đặc hiệu cho chẩn đoán. Tuy nhiên MRI vú và CT cho thấy khối u rất lớn, xâm lấn cơ ngực lớn, ngực bé (Hình 2A; Hình 2B). Sinh thiết kim lõi, và xét nghiệm mô bệnh học mẫu sinh thiết lõi cho thấy sự hiện diện của một khối u tăng sinh tế bào dạng thoi với sự phân chia không liên tục. Điều này không cho phép phân biệt giữa khối u mô liên kết dạng thoi và khối u biểu mô sợi, các kết quả không đủ để chẩn đoán. Do đó, phẫu thuật cắt bỏ mẫu u lớn hơn đã được thực hiện, và mẫu mô đại thể cho thấy một khối u chắc, thịt, có ranh giới rõ ràng, hình tròn, màu xám-trắng và có kích thước 3x 3,5 cm. Không có hoại tử trong khối u. Mô bệnh học cho thấy một khối u độ cao, dạng thoi, thể hiện dạng tăng trưởng phân nhánh xen kẽ.



Hình 2: A-CT ngực của bệnh nhân; B-MRI khối u vú

Kết quả hóa mô miễn dịch cho thấy: ER - PR - HER2 - KI67 20%, Vimetin (+) Desmin (+ ỏ). Hướng đến khối u ác tính, nhưng không phải dạng ung thư vú biểu mô và không phải u Phylode ác tính. Các nhà giải phẫu bệnh gấp rút tiến hành xét nghiệm thêm các Marker hóa mô miễn dịch mới vì khối u tiến triển rất nhanh. Kết quả lần 2 cho thấy: CD 56 (+), CD99 (+), Bcl2 (+ ỏ), EMA (+/-), SMA (-), S100 (-), CK EA1/3 (-), Myogenin (+/-) CD34 (-). Chẩn đoán cuối cùng là Fibrosarcoma vú độ cao (Hình 3).



Hình 3: Một số Marker hóa mô miễn dịch

Nhân một trường hợp sarcoma tuyến vú không lồ, phát triển nhanh...

Khối u lớn rất nhanh, bị hoại tử u, nhiễm trùng *Staphylococcus aureus*, đa kháng với các loại kháng sinh như Penicillin, cephalosporin, fluoroquinolon (ciprofloxacin) gây chảy máu nhiều vị trí ở vú. Chúng tôi xạ trị giảm nhẹ 10GY để cầm máu, cũng như làm chậm sự phát triển khối u trong thời gian chờ kết quả hóa mô miễn dịch lần 2, với hi vọng giảm mức độ tàn phá của phẫu thuật sau đó (Hình 4).



Hình 4: Khối u hoại tử, chảy máu

Sau đó điều trị nhiễm trùng đa kháng với đặt VAC và kháng sinh liều cao phối hợp. Lần CT tiếp theo này phát hiện các nốt di căn phổi. Tuy nhiên sau khi hội chẩn đa mô thức, chúng tôi vẫn tiến hành cắt vú, sinh thiết hạch nách (lúc nhập viện 23 ngày) với các lợi ích mang lại từ phẫu thuật. Bệnh nhân được cắt hết toàn bộ vú, đảm bảo diện cắt cách khối u ít nhất 1 cm. Tiến hành cắt cơ ngực lớn, một phần cơ ngực bé, đến khi sinh thiết tức thì âm tính. Vì có hạch nách đại thể, nên chúng tôi vét hạch chọn lọc.

Diện cắt da lớn yêu cầu cần phẫu thuật tái tạo vú với vạt lưng rộng (LD) hoặc vạt da cơ thẳng bụng (TRAM). Thách thức đặt ra là nguy cơ nhiễm trùng đa kháng vẫn còn, và tỷ lệ tái phát rất sớm tại trường mô khá cao. Nhóm nghiên cứu tiến hành đặt VAC và kéo dẫn da (Hình 5).



Hình 5: Đặt VAC

Đại thể bệnh phẩm vú là 1 khối u duy nhất, không lồ, choán hết thể tích vú, phát triển từ trung tâm vú, dạng bè phát triển ra xung quanh, có nhiều đám hoại tử, nhầy và xuất huyết (Hình 6) kích thước 30 x 31 cm so với chỉ 15 x 16 cm khi mới nhập viện.



Hình 6: Đại thể khối u

Với việc da được kéo dẫn mỗi chiều 2 cm, chúng tôi tiến hành kỹ thuật kéo trượt vạt da hạ sườn lên, để che phủ trường mổ. Ca mổ đóng trường mổ được tiến hành dễ dàng hơn sau 5 ngày, khi đã hết nguy cơ nhiễm trùng và có hiện tượng kéo dẫn da. Chúng tôi không phát hiện tái phát của khối u sau một tháng theo dõi. Tuy nhiên, dù thuyết phục nhiều lần, bệnh nhân vẫn từ chối điều trị tiếp. Đánh giá chất lượng sống bệnh nhân KPS 90%, không khó thở, vận động ổn định, vết thương đại phẫu liền da tốt, không đau. Hiện tại sau 6 tháng phẫu thuật, các nốt phổi dày đặc và có tràn dịch màng phổi 2 bên, bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ tại nhà.

III. BÀN LUẬN

Fibrosarcoma vú là một trong những loại sarcoma của vú. Độ tuổi trung bình ở một số y văn, chẩn đoán dao động từ 47 đến 50 tuổi, tuy nhiên cô gái này chỉ mới 28 tuổi. Fibrosarcoma có nguồn gốc từ sự tăng sinh bất thường của các tế bào sợi, một thuật ngữ chẩn đoán phổ biến trong những năm 50 và 60 của thế kỷ 20, hiện nay không có hệ thống phân độ riêng về Fibrosarcoma, mà được phân theo các hệ thống chung dành cho sarcoma mô mềm, phổ biến nhất là: Phân độ FNCLCC (Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer) - Pháp. [1],

Fibrosarcoma vú là một khối u hiếm gặp, chiếm 0,1% các khối u ác tính ở vú, theo Adem và cộng sự [3]. Trong trường hợp này, chúng tôi thảo luận về một bệnh nhân đặc biệt với tuổi trẻ, phát triển khối

Nhân một trường hợp sarcoma tuyến vú không lồ, phát triển nhanh...

u xơ sarcoma vú ác tính nhanh chóng với đường kính khoảng 30 cm. Pollard và cộng sự đã báo cáo có 4 trường hợp fibrosarcoma trong số 25 trường hợp sarcoma vú. Theo Surov, sarcoma vú hiếm, chiếm 0,1% các khối u ác tính ở vú và tỷ lệ mắc fibrosarcoma vú khoảng một phần tư con số đó [2].

Blanchard và cộng sự [4] đã xem xét hồi cứu 55 bệnh nhân mắc sarcoma vú nguyên phát. Trong số 55 bệnh nhân, chỉ có 2 ca là fibrosarcoma, nhiều nhất là Angiosarcoma chiếm 18 người. Tất cả đã được điều trị phẫu thuật, bảo tồn vú (17 bệnh nhân) và 38 phụ nữ cắt bỏ vú. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52 tuổi (dao động từ 22 đến 82 tuổi). 29 trong số 53 bệnh nhân (55%) phát triển sarcoma tái phát và 23 bệnh nhân (43%) đã tử vong do bệnh. Thời gian sống trung vị, không bệnh là 24 tháng và tổng thể của các bệnh nhân mắc sarcoma vú là 58 tháng. Tóm lại Blanchard và cộng sự (2003) ghi nhận 17/55 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn có tỷ lệ tái phát tại chỗ không khác biệt đáng kể so với nhóm cắt triệt để khi đạt R0. Adem et al. (2004) tại Mayo Clinic cho thấy u >10 cm có nguy cơ tái phát cao gấp 3 lần nếu cắt không đủ rộng, ngay cả khi đạt R0 trên vi thể [3].

Trong trường hợp chúng tôi, kích thước khối u là 30 cm và không có hạch bạch huyết di căn nhưng có di căn xa ở phổi đơn độc. Giai đoạn khối u là T4N0M1 (phổi). Mặc dù bệnh nhân có khối u vú thường trải qua chụp nhũ ảnh và siêu âm vú, FNA để chẩn đoán, nhưng các phương pháp này không đủ để xác định sarcoma vú. Chụp MRI vú là phương pháp được lựa chọn, vì nó có thể xác định mức độ ảnh hưởng của da, mô liên kết và cơ xung quanh, điều này rất quan trọng cho việc lập kế hoạch điều trị phẫu thuật và xạ trị.

Không nên thực hiện chọc hút bằng kim nhỏ đối với sarcoma nghi ngờ, vì loại mô học và độ ác tính không thể được xác định chính xác từ mẫu sinh thiết bằng kim nhỏ. Sinh thiết bằng kim lõi là phương pháp được ưu tiên, tuy nhiên một số trường hợp ví dụ như bệnh nhân này không đủ điều kiện để chẩn đoán, mà phải tiến hành sinh thiết mở để có mẫu sinh thiết rõ ràng hơn. Elson và cộng sự [5] đã báo cáo các phát hiện trên mammogram của 5 trường hợp u xơ sarcoma vú. Các yếu tố xương vôi hóa có mặt trong 1 trong số các khối. Tuy nhiên, những phát hiện này là không đặc hiệu.

Theo hướng dẫn NCCN (phiên bản 2017 Soft Tissue Sarcoma- page STS-2), phẫu thuật vẫn được xem là lựa chọn điều trị chính cho sarcoma mô mềm vú, được coi là quyết định nếu các rìa diện cắt khối u không có tế bào ung thư lớn hơn 1 cm hoặc mặt phẫu thuật còn nguyên vẹn. Bởi vì nguy cơ của những bệnh nhân này không bao giờ trở về mức Zero, việc theo dõi lâu dài là cần thiết [6].

Một câu hỏi được đặt ra là có thể hóa chất tân bổ trợ trong giai đoạn này không? Kurkchubasche năm 2000 đã nhận thấy sự kém hiệu quả của hóa chất trước mổ (dưới 25% đáp ứng), phần lớn vẫn phải dẫn đến cuộc mổ không tránh khỏi [7]. Bên cạnh đó, Fong đã báo cáo rằng di căn hạch bạch huyết chiếm 2,7% trong 1772 trường hợp sarcoma mô mềm. Do đó, việc vét hạch bạch huyết nách thông thường cho sarcoma sợi vú là không cần thiết, vì các sarcoma vú hiếm khi di căn đến các hạch vùng [8]. Trong bối cảnh bệnh nhân chúng tôi, mục tiêu ưu tiên hàng đầu là kiểm soát triệu chứng, ngăn nhiễm khuẩn và chảy máu, phẫu thuật triệt để đạt R0. Vì vậy, nhóm điều trị lựa chọn: Xạ trị triệu chứng liều thấp (10 Gy) trước mổ, nhằm cầm máu tạm thời, giảm tốc độ tiến triển khối u và cải thiện điều kiện mô trước phẫu thuật. Hóa trị tân bổ trợ không được ưu tiên do: Nguy cơ nhiễm trùng huyết và suy kiệt cao, khả năng đáp ứng thấp trong fibrosarcoma mô mềm và tri hoãn phẫu thuật có thể khiến u vỡ, chảy máu nặng hơn.

Với lượng da cần phải cắt bỏ, hầu hết bệnh nhân đều cần phẫu thuật tái tạo phức tạp. Trong một nghiên cứu về 35 phụ nữ, năm 2012 đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ vú với cắt bỏ da triệt để do ung thư angiosarcoma vú. Mười bệnh nhân có sụn hoặc xương lộ ra trong vùng vết thương mà không được che phủ hoàn toàn chỉ bằng phẫu thuật tạo hình bụng. Sáu bệnh nhân (17%) đã phát triển các biến chứng hoặc nhiễm trùng cần phải phẫu thuật chỉnh sửa [9], điều này làm nổi bật mức độ nghiêm trọng của những vết thương phức tạp lớn này. Tóm lại trong các nghiên cứu này mặc dù đạt được cắt bỏ hoàn toàn đạt R0, tỷ lệ tái phát tại chỗ và di căn xa vẫn cao. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính, nhưng tiên lượng chung vẫn kém.

VAC là kỹ thuật hút liên tục, thường dùng ở phẫu thuật chấn thương, bỏng, có nhiễm trùng. Trong trường hợp bệnh nhân này của chúng tôi, để tránh

việc thất bại của phẫu thuật tái tạo trên nhiễm trùng đa kháng, chúng tôi tiến hành đặt VAC và kéo giãn da trong 5 ngày, và việc này có hiệu quả tốt. Lượng da đủ để che phủ trường mổ ở lần phẫu thuật tiếp theo, và vẫn đạt được yêu cầu về ung thư học. Hồi cứu y văn, tác giả Yang Y, Wang X năm 2024, tiến hành kỹ thuật kéo giãn da bằng chỉ khâu (suture-stretching technique) trong việc đóng các khuyết hồng da 32 bệnh nhân với khuyết hồng da chi dưới kích thước vừa và lớn. Kết quả là 94% vết thương được đóng kín hoàn toàn chỉ bằng kéo giãn da. Không ghi nhận biến chứng nặng như hoại tử da hay nhiễm trùng sâu [10].

Các nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân Sarcoma vú nguyên phát khu trú có tiên lượng dè dặt, với tỷ lệ sống thêm không bệnh 10 năm dao động quanh 40 - 50%. Kích thước khối u lớn hơn và độ ác tính mô học cao hơn thường liên quan đến tỷ lệ sống sót kém hơn. Dù thực hiện phẫu thuật cắt bỏ vú để đạt được các rìa âm tính đầy đủ, tỷ lệ tái phát tại chỗ vẫn là 15% đến 24% sau khoảng 2 năm theo dõi [11]. Do dữ liệu hạn chế và chỉ mang tính chất hồi cứu, nên ít giá trị, tuy nhiên trong nghiên cứu của Morris PT, sarcoma vú nguyên phát thường phát triển bệnh di căn, với tỷ lệ tái phát xa từ 37% đến 59%. Bệnh nhân có di căn thường là ứng viên cho hóa trị toàn thân, và chăm sóc giảm nhẹ [12].

IV. KẾT LUẬN

Tóm lại, fibrosarcoma vú là một dạng hiếm gặp và các kết quả hình ảnh, sinh thiết lõi ít đặc trưng khiến việc phân biệt loại tổn thương này với các khối u ác tính khác trở nên khó khăn, đòi hỏi sự kết hợp chặt chẽ giữa lâm sàng, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Do đặc tính sinh học phát triển nhanh và nguy cơ di căn cao, phẫu thuật triệt để với rìa phẫu thuật âm tính cần được thực hiện sớm và dứt khoát.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Tuyên ngôn Helsinki. Bệnh nhân đã được cung cấp đầy đủ thông tin và đồng ý cho sử dụng dữ liệu lâm sàng và hình ảnh trong báo cáo này. Danh tính của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Esperança-Martins M, Melo-Alvim C, Dâmaso S, Lopes-Brás R, Peniche T, Nogueira-Costa G, et al. Breast sarcomas, phyllodes tumors, and desmoid tumors: turning the magnifying glass on rare and aggressive entities. 2023; 15(15): 3933.
2. Surov A, Holzhausen H-J, Ruschke K, Spielmann RPJ. Primary breast sarcoma: prevalence, clinical signs, and radiological features. 2011; 52(6): 597-601.
3. Adem C, Reynolds C, Ingle J, Nascimento A. Primary breast sarcoma: clinicopathologic series from the Mayo Clinic and review of the literature. 2004; 91(2): 237-241.
4. Blanchard DK, Reynolds CA, Grant CS, Donohue JH. Primary nonphyllodes breast sarcomas. 2003; 186(4): 359-361.
5. Elson BC, Ikeda D, Andersson I, Wattsgård C. Fibrosarcoma of the breast: mammographic findings in five cases. 1992; 158(5): 993-995.
6. Mehren M, RR L, Benjamin R, Network NCC, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Soft Tissue Sarcoma. 2017, Version.
7. Kurkchubasche AG, Halvorson EG, Forman EN, Terek RM, Ferguson WS. The role of preoperative chemotherapy in the treatment of infantile fibrosarcoma. 2000; 35(6): 880-883.
8. Fong Y, Coit DG, Woodruff JM, Brennan MF. Lymph node metastasis from soft tissue sarcoma in adults. Analysis of data from a prospective database of 1772 sarcoma patients. 1993; 217(1): 72.
9. Seinen JM, Styring E, Verstappen V, Vult von Steyern F, Rydholm A, Suurmeijer AJ, et al. Radiation-associated angiosarcoma after breast cancer: high recurrence rate and poor survival despite surgical treatment with R0 resection. 2012; 19(8): 2700-2706.
10. Pan Y, Deng Y, Hu C, Zhu K, Feng CJ. Application of suture-stretching technique in repairing skin defect of lower limb. 2025; 20(1): 46.
11. Brimo F, Michel RP, Khetani K, Auger MJ. Primary effusion lymphoma: a series of 4 cases and review of the literature with emphasis on cytomorphologic and immunocytochemical differential diagnosis. 2007; 111(4): 224-233.
12. Li GZ, Raut CP, Hunt KK, Feng M, Chugh R. Breast Sarcomas, Phyllodes Tumors, and Desmoid Tumors: Epidemiology, Diagnosis, Staging, and Histology-Specific Management Considerations. in American Society of Clinical Oncology Educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting. 2021.