Nghiên cứu

XU HƯỚNG CỦA TỈ SUẤT MỚI MẮC UNG THƯ VÚ TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH TỪ NĂM 1996 ĐẾN NĂM 2015

Phạm Xuân Dũng[1,2*], Hồ Hoàng Thảo Quyên[3**],
Bùi Đức Tùng[4**], Hồ Phạm Thục Lan[5,6*], Nguyễn Văn Tuấn[6,7,8,9*]
**Các tác giả góp phần đồng đều cho bài báo này.*
***Các tác giả cũng góp phần đồng đều cho bài báo.*

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.67.19

TÓM TẮT

Gánh nặng Ung thư vú ở Việt Nam hiện chưa được ghi nhận. Nghiên cứu này nhằm ước tính tỉ suất mới mắc Ung thư vú tại Thành phố Hồ Chí Minh, trung tâm kinh tế lớn nhất của Việt Nam, trong khoảng thời gian từ năm 1996 đến năm 2015. Đây là một nghiên cứu dựa trên dân số, sử dụng dữ liệu nguồn từ Cơ quan Ghi nhận Ung thư Thành phố Hồ Chí Minh (Thời gian từ 1996-2015). Cơ quan Ghi nhận sử dụng Phân loại Quốc tế về Các bệnh lý Ung bướu, Phiên bản 3 để phân loại cơ quan nguyên phát và hình thái học, và các hướng dẫn từ Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế và Hiệp hội Ghi nhận Ung thư Quốc tế. Tỉ suất mới mắc ung thư vú trong khoảng thời gian 5-năm được ước tính dựa trên số liệu thống kê dân số từ dữ liệu điều tra dân số của Thành phố Hồ Chí Minh. Tỉ suất chuẩn hóa theo độ tuổi (ASR) của Ung thư vú từ năm 1996 đến năm 2005 được tính dựa trên dân số Quốc gia. Tổng cộng 14,222 trường hợp mới mắc ung thư vú (13,948 phụ nữ, chiếm 98%) đã được ghi nhận trong khoảng thời gian 1996-2005; trong số đó, hơn phân nửa số bệnh nhân (52%) được chẩn đoán ở giai đoạn II và 26% được chẩn đoán ở giai đoạn III và IV. Tuổi trung vị khi được chẩn đoán ung thư vú ở phụ nữ là 50 và tuổi trung vị này tăng nhẹ theo thời gian. Tỉ suất chuẩn hóa theo độ tuổi của ung thư vú trong khoảng thời gian 2011-2015 là 107.4 trên mỗi 100,000 phụ nữ, tăng 70% so với tỉ suất này trong khoảng thời gian 1996 đến 2000. Ở nam giới, tỉ lệ chuẩn hóa theo độ tuổi tăng đáng kể: từ 1.13 trong khoảng thời gian 1996 đến 2001 lên đến 2.32 mỗi 100,000 nam giới trong khoảng thời gian 2011 đến 2015. Đây là những dữ liệu đầu tiên từ Việt Nam cho thấy rằng mặc dù tỉ suất mới mắc Ung thư vú ở Việt Nam vẫn tương đối thấp nhưng đã tăng dần theo thời gian.

ABSTRACT

TRENDS IN BREAST CANCER INCIDENCE IN HO CHI MINH CITY 1996-2015: A REGISTRY-BASED STUDY

Pham Xuan Dung[1,2], Ho Hoang Thao Quyen[3**],*
*Bui Duc Tung[4**], Ho Pham Thuc Lan[5,6*], Nguyen Van Tuan[6,7,8,9*]*

Background: *Trends in breast cancer incidence in Ho Chi Minh City 1996-2015: A registry-based study The burden of breast cancer in Vietnam has not been documented. This study sought to estimate the incidence of breast cancer in Ho Chi Minh City, the largest economic center of Vietnam, from 1996 to*

1 Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chính Minh
2 Bộ môn Ung bướu, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
3 Phòng Đào tạo và Nghiên cứu Khoa học, Đại học Y Dược
4 Phòng Chỉ Đạo Tuyến, Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chính Minh
5 Trung tâm nghiên cứu Y sinh, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
6 Nhóm nghiên cứu Cơ Xương, Đại học Tôn Đức Thắng
7 Ngành Sinh học Xương, Viện Nghiên cứu Y khoa Garvan
8 Trường Lâm sàng St Vincent, Ngành y, UNSW
9 Trường Kĩ sư Y sinh, Đại học Công nghệ Sydney

- **Ngày nhận bài** (Received): 16/12/2020;
- **Ngày phản biện** (Revised): 10/01/2021
- **Ngày đăng bài** (Accepted): 25/02/2021
- **Người phản hồi** (Corresponding author): Phạm Xuân Dũng
- **Email:** phxdung@yahoo.com; **SĐT:** 0903710212

2015. This was a population-based study using the Ho Chi Minh City Cancer Registry as a source of data (coverage period: 1996-2015). The Registry adopted the International Classification of Diseases for Oncology, 3rd Edition for the classification of primary sites and morphology, and guidelines from the International Agency for Research on Cancer and the International Association of Cancer Registries. Using the population statistics from census data of Ho Chi Minh City, the point incidence of breast cancer for 5-year period was estimated. Based on the national population, we calculated the age-standardized rate (ASR) of breast cancer between 1996 and 2015. Overall 14,222 new cases of breast cancer (13,948 women, or 98%) had been registered during the 1996-2015 period; among whom, just over half (52%) were in the 2nd stage and 26% in the 3rd and 4th stages. In women, the median age at diagnosis was 50 years and there was a slight increase over time. The ASR of breast cancer during the 2011-2015 period was 107.4 cases per 100,000 women, representing an increase of 70% compared to the rate during the 1996-2000 period. In men, there was also a significant increase in the ASR: from 1.13 during the 1996-2001 period to 2.32 per 100,000 men during the 2011-2015 period. These very first data from Vietnam suggest that although the incidence of breast cancer in Vietnam remains relatively low, it has increased over time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ trên toàn cầu. Các thống kê ở riêng Hoa Kỳ vào năm 2019 cho thấy khoảng 30% tất cả các trường hợp ung thư ở phụ nữ có liên quan đến Ung thư vú [1, 2]. Ngoài ra, ở khu vực Châu Á Thái Bình Dương, dữ liệu chưa hoàn chỉnh cho thấy rằng ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất, chiếm 18% trong tất cả các loại ung thư ở phụ nữ [3]. Về số liệu tuyệt đối, Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC) ước tính có 2.1 triệu phụ nữ được chẩn đoán và 627 phụ nữ tử vong do ung thư vú trong năm 2018 [4]. Cùng với sự gia tăng tuổi thọ nhanh của dân số toàn cầu, gánh nặng ung thư vú được dự đoán sẽ tăng trong tương lai.

Sự khác biệt về địa lý trong phân bố bệnh lý ung thư vú đã được ghi nhận. Hiện nay, tỉ suất mới mắc ung thư vú trong dân số người châu Á thấp hơn so với dân số người da trắng. Tỉ suất mới mắc ung thư theo độ tuổi ở người dân số châu Á là 29 trong mỗi 100,000 phụ nữ, tỉ suất này chỉ bằng khoảng một phần ba so với trong dân số Hoa Kỳ (khoảng 93 trong 100,000 phụ nữ); tuy nhiên, nguy cơ tử vong do ung thư vú ở phụ nữ người châu Á cao hơn so với phụ nữ nguồn gốc châu Âu [5]. Đặc biệt, phụ nữ người châu Á có xu hướng mắc ung thư vú ở độ tuổi trẻ hơn so với phụ nữ da trắng: 47% phụ nữ châu Á được chẩn đoán ung thư vú ở tuổi 50 hoặc trẻ hơn, tỉ lệ ở độ tuổi này trên dân số thế giới là 33% [3].

Mặc dù đã có các nghiên cứu lớn về ung thư vú ở các nước có nền kinh tế phát triển, tỉ suất mới mắc, tỉ suất hiện mắc và các yếu tố nguy cơ ung thư vú ở Việt Nam vẫn chưa được ghi nhận đầy đủ. Các kết quả từ một nghiên cứu bệnh-chứng cho thấy rằng độ đặc của mô vú, tuổi có kinh lần đầu, tình trạng mãn kinh, số lần mang thai, số lần sinh con, việc sử dụng các thuốc nội tiết và việc không vận động thể chất có liên hệ rõ rệt đến ung thư vú ở phụ nữ Việt Nam [6]. Việt Nam là nước đông dân thứ 15 trên thế giới, với dân số 97 triệu người [7]. Gần 23% dân số Việt Nam ở độ tuổi từ 50 trở lên. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có dữ liệu ghi nhận có hệ thống về tỉ suất mới mắc ung thư vú ở Việt Nam trong vòng 20 năm qua. Nghiên cứu này nhằm ước tính tỉ suất mới mắc ung thư vú ở Thành phố Hồ Chí Minh - là thành phố lớn nhất ở Việt Nam. Các kết quả của chúng tôi cung cấp dữ liệu quan trọng liên quan đến gánh nặng ung thư vú của một đất nước đang chuyển nhanh từ nên kinh tế nông nghiệp sang nền kinh tế hiện đại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Dữ liệu ẩn danh cho nghiên cứu này được trích xuất từ Cơ quan Ghi nhận Ung thư thành phố Hồ Chí Minh. Cơ quan ghi nhận được thành lập vào năm 1990 để ghi nhận tất cả các trường hợp ung thư được chẩn đoán tại thành phố Hồ Chí Minh. Bệnh nhân ung thư đến khám tại các bệnh viện trong thành phố được xác định và kiểm tra lại về khả năng trùng lặp. Khoảng thời gian bao gồm trong nghiên cứu là từ ngày 1 tháng 1, năm 1996 đến ngày 31 tháng 12 năm 2015. Đây là một nghiên cứu giới hạn, chỉ thu thập

những bệnh nhân đã xác nhận là công dân của thành phố Hồ Chí Minh trong hồ sơ bệnh án. Chúng thôi tập trung vào thành phố Hồ Chí Minh vì (i) đây là trung tâm kinh tế lớn nhất đất nước, với dân số 8.2 triệu người (thống kê năm 2014); (ii) việc xác minh và việc ghi nhận về ung thư ở thành phố là hoàn chỉnh hơn các tỉnh thành khác của cả nước; và (iii) thành phố là môi trường thuận lợi cho một hệ thống nghiên cứu về gánh nặng ung thư trong dân số chuyển tiếp. Nghiên cứu được Hội Đồng Y đức của Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận. Vì tất cả các dữ liệu đều ẩn danh, không yêu cầu sự đồng thuận tham gia nghiên cứu của từng bệnh nhân.

Cơ quan ghi nhận Ung thư Thành phố Hồ Chí Minh sử dụng Bảng phân loại Quốc tế về Các bệnh lý Ung bướu, phiên bản 3 (ICD0-3) để phân loại cơ quan nguyên phát và hình thái bệnh lý và các hướng dẫn của Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế và Hiệp hội Ghi nhận Ung thư Quốc tế. Dựa trên ICDO-3, chúng tôi xác định những trường hợp ung thư vú từ ngày 1 tháng 1 năm 1996 đến 31 tháng 12 năm 2015. Việc xác định được khẳng định thêm theo mã cơ quan mang bướu, mã hình thái bệnh lý và loại biểu hiện bệnh.

Dữ liệu từ tất cả các ghi nhận được thu thập và đánh giá dựa trên các hướng dẫn của Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế và Hiệp hội Ghi Nhận Ung thư Quốc tế, theo bối cảnh của các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Dữ liệu được xác thực qua hồ sơ bệnh án, mã số và được xác minh theo các hướng dẫn.

Các thông kê dân số theo tuổi - giới tính được thu thập từ dữ liệu điều tra dân số của Tổng cục Thống kê (GSO) Thành phố Hồ Chí Minh. Dân số thống kê hiện hiện có sẵn cho năm 1999, 2004, 2009 và 2014. Các thống kê dân số theo tuổi - giới tính của năm 1999 ở Việt Nam được thu thập từ Cục thống kê Việt Nam.

Sử dụng các thống kê dân số của thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi tính được tỉ suất mới mắc điểm (trên dân số mỗi 100,000 người) cho mỗi khoảng thời gian 5-năm: 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010 và 2011-2015. Lý do của dữ liệu tổng hợp trong 5-năm là nhằm cải thiện sự ổn định của các ước lượng thống kê. Chúng tôi sử dụng phương pháp chuẩn hóa trực tiếp để tính được tỉ suất chuẩn hóa theo độ tuổi (ASR) bằng cách áp dụng các tỉ suất đặc trưng theo nhóm tuổi đã được ghi nhận trong một khoảng thời gian vào dân số quốc gia vào năm 1999. Theo cách tiếp cận này, ASR có thể được xem là một tỉ suất trung bình có trọng số, với các trọng số là tỉ lệ trong dân số chung của từng nhóm tuổi.

Chúng tôi áp dụng mô hình hồi quy logistic điểm nối [8] để xác định những thay đổi theo thời gian của tỉ suất mới mắc ung thư vú trong toàn bộ khoảng thời gian nghiên cứu.

Giả sử tỉ suất mới mắc ung thư vú hàng năm trong dân số tuân theo phân phối Nhị thức, mô hình hồi quy logistic điểm nối sử dụng logit của tỷ suất mới mắc bệnh như là một biến phụ thuộc để xác định điểm nối (tức là điểm uốn) phù hợp nhất, là thời điểm xảy ra sự thay đổi đáng kể của các xu hướng. Dựa trên phân tích khám phá, chúng tôi cho phép tối đa 2 điểm nối trong mô hình. Các phân tích được tiến hành sử dụng R Statistical Environment [9] và package "ljr" [8].

III. KẾT QUẢ

Từ ngày 1 tháng 1 năm 1996 đến ngày 31 tháng 12 năm 2015, cơ quan Ghi nhận đã ghi nhận được 14,222 trường hợp ung thư vú mới (13,948 phụ nữ, chiếm 98%) (Bảng 1). Hầu hết 100% các trường hợp ung thư được phân loại là ác tính. Dựa trên dữ liệu về giai đoạn (n=422 phụ nữ), 52% số bệnh nhân là ở giai đoạn II, và 26% các trường hợp ở giai đoạn III và IV.

Tuổi trung vị khi được chẩn đoán là 50-tuổi (IQR: 43-59) đối với phụ nữ và 55-tuổi (IQR: 47-65) đối với nam giới. Đối với phụ nữ, có sự gia tăng nhẹ nhưng có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình tại thời điểm được chẩn đoán ung thư vú giữa năm 1996 và 2005. Trong khoảng thời gian từ 1996 đến 2000, tuổi trung vị khi được chẩn đoán là 49-tuổi và đã tăng lên đến 51-tuổi trong khoảng thời gian 2011 đến 2015 (P=0.006). Trong khoảng thời gian từ 1996 đến 2000, 48.8% phụ nữ được chẩn đoán ung thư vú ở tuổi 50 và lớn hơn, tỉ lệ này tăng lên đến 55.8% trong khoảng thời gian từ 2011 đến 2015 (Bảng 2).

Phân tích hồi quy điểm nối xác định 2 điểm cắt của tỉ suất mới mắc ung thư vú ở phụ nữ trong khoảng thời gian 1996-2015 là năm 1999 và năm 2005 (Hình 1). Tỉ lệ tăng trung bình của tỉ suất mới mắc trong khoảng thời gian 1996-1999, 2000-2005 và 2006-2015 lần lượt là 0.019, 0.001, và 0.013.

Đối với phụ nữ, tỉ suất mới mắc 5-năm được chuẩn hóa theo tuổi của ung thư vú là 62.2 trường hợp trong dân số 100,000 người trong khoảng thời gian 1996-2000, và tỉ suất này tăng dần lên đến 107.4 trong khoảng thời gian 2011-2015, thể hiện sự gia tăng 70% trong vòng 20 năm. Đối với nam giới, tỉ suất mới mắc được chuẩn hóa theo tuổi cũng tăng đáng kể: từ 1.13 trong khoảng thời gian 1996-2001 lên đến 2.32 trong khoảng thời gian 2011-2015, thể hiện sự gia tăng gấp 2.1-lần (Bảng 3).

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng của 13948 phụ nữ và 274 nam giới mắc ung thư vú tại Thành phố Hồ Chí Minh, 1996-2015.

	Phụ nữ (n=13948)	**Nam giới (n=274)**	**Tổng cộng (n=14222)**
Loại ung thư			
Ung thư tại chỗ	44 (0.3%)	0 (0%)	44 (0.3%)
Ác tính	13892 (99.6%)	274 (100%)	14166 (99.6%)
Không xác định	12 (0.1%)	0 (0%)	12 (0.1%)
Giai đoạn ung thư			
I	87 (0.6%)	0 (0%)	87 (0.6%)
II	223 (1.6%)	4 (1.5%)	227 (1.6%)
III	69 (0.5%)	0 (0%)	69 (0.5%)
IV	43 (0.3%)	1 (0.4%)	44 (0.3%)
Không rõ giai đoạn	13525 (97.0%)	269 (98.2%)	13794 (97.0%)
Cơ sở chẩn đoán			
Xét nghiệm Sinh hóa/Miễn dịch	6 (0.0%)	0 (0%)	6 (0.0%)
Chỉ dựa trên khám lâm sàng	40 (0.3%)	1 (0.4%)	41 (0.3%)
Xét nghiệm lâm sàng	1066 (7.6%)	25 (9.1%)	1091 (7.7%)
Tế bào học/Huyết học	1284 (9.2%)	19 (6.9%)	1303 (9.2%)
Phẫu thuật chẩn đoán	270 (1.9%)	6 (2.2%)	276 (1.9%)
Giải phẫu bệnh của khối di căn	214 (1.5%)	6 (2.2%)	220 (1.5%)
Giải phẫu bệnh bướu nguyên phát	11033 (79.1%)	217 (79.2%)	11250 (79.1%)
Thiếu dữ liệu	35 (0.3%)	0 (0%)	35 (0.2%)
Điều trị			
Hóa trị	1523 (10.9%)	27 (9.9%)	1550 (10.9%)
Liệu pháp nội tiết	38 (0.3%)	1 (0.4%)	39 (0.3%)
Không điều trị	2527 (18.1%)	56 (20.4%)	2583 (18.2%)
Điều trị khác	80 (0.6%)	3 (1.1%)	83 (0.6%)
Xạ trị	96 (0.7%)	24 (8.8%)	120 (0.8%)
Phẫu thuật	9543 (68.4%)	161 (58.8%)	9704 (68.2%)
Thiếu dữ liệu	141 (1.0%)	2 (0.7%)	143 (1.0%)
Tình trạng sống còn			
Còn sống	13437 (96.3%)	260 (94.9%)	13697 (96.3%)

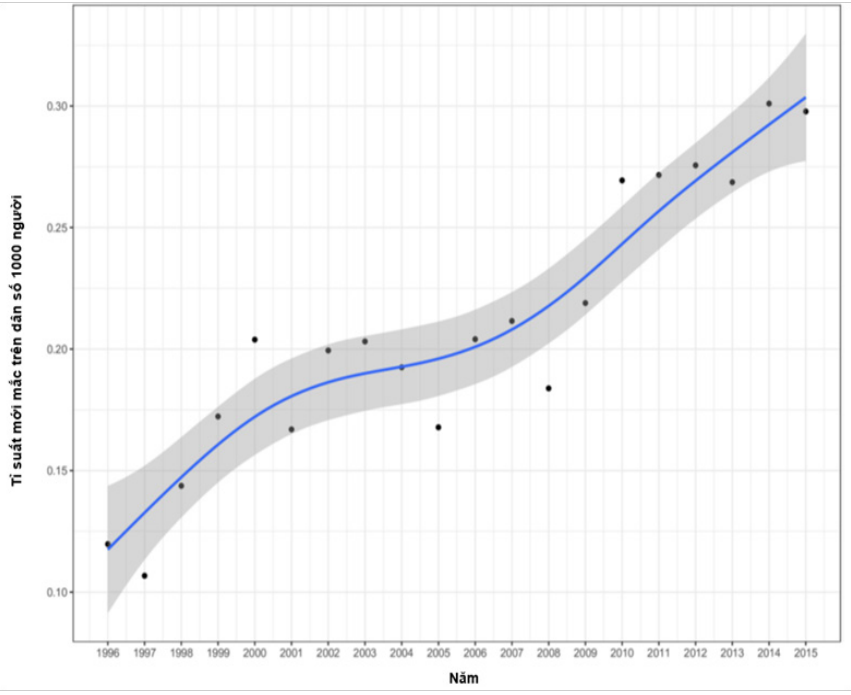
Tử vong	101 (0.7%)	4 (1.5%)	105 (0.7%)
Không rõ	354 (2.5%)	10 (3.6%)	364 (2.6%)
Thiếu dữ liệu	56 (0.4%)	0 (0%)	56 (0.4%)

Chú ý: Chữ số trong ngoặc thể hiện tỉ lệ phần trăm theo từng cột.

Bảng 2: Sự phân bố độ tuổi của ung thư vú theo nhóm tuổi và theo giới tính tại Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam (1996-2015).

Giới tính	Nhóm tuổi	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Phụ nữ	<30	24 (1.3)	33 (1.2)	45 (1.2)	81 (1.5)
	30-39	256 (13.4)	368 (12.9)	457 (12.0)	622 (11.6)
	40-49	702 (36.7)	1090 (38.3)	1310 (34.3)	1668 (31.1)
	50-59	431 (22.5)	726 (25.5)	1194 (31.3)	1749 (32.6)
	60-69	302 (15.8)	401 (14.1)	519 (13.6)	834 (15.5)
	70-79	153 (8.0)	182 (6.4)	224 (5.9)	326 (6.1)
	80+	47 (2.5)	48 (1.7)	70 (1.8)	86 (1.6)
	Tất cả các nhóm tuổi	1915	2848	3819	5366
Nam giới	<30	0	0	2 (2.4)	1 (1.0)
	30-39	3 (9.7)	10 (16.9)	4 (4.7)	7 (7.1)
	40-49	10 (32.3)	9 (15.3)	22 (25.9)	24 (24.2)
	50-59	8 (25.8)	12 (20.3)	26 (30.6)	29 (29.3)
	60-69	7 (22.6)	13 (22.0)	10 (11.8)	23 (23.2)
	70-79	2 (6.5)	10 (16.9)	18 (21.2)	14 (14.1)
	80+	1 (3.2)	5 (8.5)	3 (3.5)	1 (1.0)
	Tất cả các nhóm tuổi	31	59	85	99

Chú ý: Chữ số trong ngoặc thể hiện tỉ lệ phần trăm theo giới tính của toàn bộ từng khoảng thời gian 5-năm



Hình 1: Tỉ suất mới mắc ung thư vú hằng năm được ước tính (trên dân số 1000 người) ở phụ nữ trong khoảng thời gian 1996-2005 tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Bảng 3: Tỉ suất mới mắc ung thư vú chưa điều chỉnh và đã được chuẩn hóa (trên mỗi 100,000 người trong vòng 5 năm) tại Thành phố Hồ Chính Minh (1996-2015) phân tầng theo giới tính.

Giới tính	Ước tính	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Phụ nữ	Chưa hiệu chỉnh	73.3 (1.67)	89.7 (1.68)	102.5 (1.66)	137.1 (1.87)
	Đã được chuẩn hóa	62.2 (0.38)	72.5 (0.41)	79.3 (0.43)	107.4 (0.51)
	Tỉ lệ Tỉ suất	1.00	1.20	1.30	1.70
Nam giới	Chưa hiệu chỉnh	1.28 (0.23)	2.01 (0.26)	2.47 (0.27)	2.74 (0.28)
	Đã được chuẩn hóa	1.13 (0.05)	1.77 (0.06)	2.01 (0.07)	2.32 (0.08)
	Tỉ lệ Tỉ suất	1.00	1.60	1.80	2.10

Chú ý: Chữ số trong ngoặc thể hiện sai số chuẩn.

IV. BÀN LUẬN

Các nước có nền kinh tế kém phát triển hơn được dự kiến sẽ chịu gánh nặng ung thư vú lớn hơn so với các nước phát triển [10]. Tuy nhiên, nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ và tỉ suất mới mắc ung thư vú trong dân số của các nước kém phát triển hơn còn rất ít. Trong nghiên cứu này, bằng cách sử dụng dữ liệu được ghi nhận đặc trưng của thành phố lớn nhất Việt Nam, chúng tôi cho thấy rằng trong vòng 20 năm qua, tỉ suất mới mắc ung thư vú đã tăng 70% và sự gia tăng chủ yếu là ở nhóm tuổi 50 và 70. Đây là những kết quả đầu tiên của Việt Nam cần được làm rõ thêm.

Tỉ suất mới mắc ung thư vú được chuẩn hóa theo tuổi trong nghiên cứu này thấp hơn rõ rệt so với tỉ suất trong dân số người da trắng. Ví dụ, ở Hoa Kỳ, trong khoảng từ 2009 đến 2016, tỉ suất mới mắc ung thư vú chuẩn hóa theo tuổi là khoảng 200 trên mỗi 100,000 phụ nữ-năm [11], cao hơn tỉ suất mới mắc tại Úc (khoảng 131 trên mỗi 100,000 phụ nữ) [12]. Ở Trung Quốc, tỉ suất mới mắc ung thư vú chuẩn hóa theo tuổi được ghi nhận là 28.4 trên mỗi 100,000 phụ nữ [13]. Tại Thái Lan, nước láng giềng của Việt Nam, tỉ suất mới mắc ung thư vú được ước tính là 31.2 trên mỗi 100,000 phụ nữ-năm [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ suất mới mắc ung thư vú được chuẩn hóa theo tuổi hằng năm là 21.5 mỗi 100,000 phụ nữ trong khoảng thời gian từ 2011 đến 2015, tỉ suất này vẫn được xem là thấp so với các dân số ở những nước có nền kinh tế phát triển hơn.

Kết quả cho thấy tỉ suất mới mắc ung thu vú trong dân số nghiên cứu của chúng tôi đã tăng theo thời gian, và xu hướng này phù hợp với các quan sát trước đó [15-17]. Trong khoảng thời gian 1996-2000, tỉ suất mới mắc chuẩn hóa theo tuổi là 12.4 trên mỗi 100,000 phụ nữ, tỉ suất này tương đương với các ước tính trước đó [18]. Tuy nhiên, 20 năm sau, tỉ suất mới mắc tăng lên đến gần gấp 2-lần. Tỉ suất mới mắc của tất cả các loại ung thư ở hai thành phố chính ở Việt Nam được dự đoán sẽ tăng khoảng 17% trong 5 năm tới [19]. Sự gia tăng tỉ suất mới mắc ung thư vú đã được ghi nhận ở Trung Quốc, Nhật Bản, và Thái Lan [20]. Sự gia tăng về tỉ suất mới mắc kết hợp với quy mô dân số lớn ở châu Á dẫn đến sẽ có nhiều trường hợp ung thư được ghi nhận trên dân số châu Á hơn so với trong dân số da trắng. Sự gia tăng kỳ vọng sống và sự già hóa của dân số chiếm ba-phần-năm và sự gia tăng tỉ suất được chuẩn hóa theo tuổi chiếm hai-phần-năm trong xu hướng tương lai [21]. Nếu giả định này chính xác cùng với sự cải thiện về kỳ vọng sống ở phụ nữ Việt Nam (khoảng 79.4-tuổi) [22], dự kiến rằng ung thư vú sẽ sớm tạo nên một gánh nặng lớn ở Việt Nam. Sự gia tăng về tỉ suất mới mắc ung thư cũng phản ánh sự cải thiện trong việc ghi nhận trường hợp bệnh và/hoặc nhận thức cộng đồng trong toàn bộ khoảng thời gian nghiên cứu.

Về cấu trúc tuổi của các trường hợp ung thư trong dân số nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy rằng tuổi trung vị khi được chẩn đoán ung thư vú là 50-tuổi (ở phụ nữ) và gần như tương đương với tuổi trung vị khi chẩn đoán ung thư vú ở phụ nữ Singapore [23] và Hàn Quốc [24]. Ở những nước có nền kinh tế phát triển hơn, tuổi trung bình khi được chẩn đoán ung thư vú là khoảng 54-tuổi [25] hoặc 59-tuổi [26].

Do đó, kết quả của chúng tôi đã khẳng định lại "quy luật" chung rằng phụ nữ châu Á có xu hướng mắc ung thư vú ở độ tuổi trẻ hơn so với phụ nữ da trắng.

Hầu hết 100% trường hợp ung thư vú trong nghiên cứu này là ung thư xâm nhiễm, chỉ 0.3% là ung thư tại chỗ, và 26% số trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn trễ là III và IV. Tỉ lệ ung thư tại chỗ là 16% ở Hoa Kỳ [27] và là 14% ở Hàn Quốc [24]. Việc chẩn đoán chậm trễ ung thư là yếu tố chính góp phần gia tăng nguy cơ tử vong sớm, sống còn ung thư thấp hơn và làm tăng gánh nặng ung thư. Tỉ lệ sống còn toàn bộ 5-năm là 99% đối với ung thư giai đoạn tại chỗ, 85% đối với giai đoạn tại vùng và 27% ở giai đoạn tiến xa [28]. Kết quả của chúng tôi cho thấy cần có chiến lược tầm soát tích cực hơn để phát hiện những trường hợp ung thư giai đoạn sớm.

Những kết quả của chúng tôi được diễn giải cùng với những điểm mạnh và điểm yếu của nghiên cứu. Dữ liệu được khẳng định từ việc ghi nhận tốt, từ đó giúp thu thập được tỉ suất mới mắc ung thư toàn bộ tại thành phố Hồ Chí Minh. Điều cần lưu ý là hầu hết tất cả các trường hợp ung thư vú được điều trị ở những bệnh viện trong thành phố, chỉ một tỉ lệ rất nhỏ số bệnh nhân được điều trị tại nước ngoài, và dữ liệu do vậy gần như là hoàn chỉnh. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không thể theo dõi từng bệnh nhân để khẳng định tình trạng sống còn, và do đó, chúng tôi không thể phân tích tỉ lệ tử vong ở những bệnh nhân này. Ngoài ra, kết quả của chúng tôi về tỉ suất mới mắc có thể không khái quát đối với các khu vực nông thôn hoặc không phải thành thị, tỉ suất mới mắc ở những khu vực này được dự đoán là thấp hơn so với khu vực thành phố.

IV. KẾT LUẬN

Dữ liệu dựa trên ghi nhận gợi ý rằng mặc dù tỉ suất mới mắc ung thư vú ở thành phố Hồ Chí Minh vẫn còn tương đối thấp so với dân số da trắng, tỉ suất này có xu hướng gia tăng lên đến 70% trong vòng 20 năm qua. Dữ liệu của chúng tôi cũng khẳng định rằng phụ nữ Việt Nam có xu hướng mắc ung thư vú ở độ tuổi trẻ hơn so với phụ nữ da trắng. Những kết quả này cho thấy rằng việc tầm soát ung thư vú nên được chú trọng vào phụ nữ ở các nhóm tuổi trẻ hơn.

Lời cảm ơn

Chúng tôi chân thành cảm ơn sự hỗ trợ của Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh.

Sự đóng góp của các tác giả: Xây dựng khái niệm nghiên cứu: Hồ Phạm Thục Lan, Nguyễn Văn Tuấn. Chọn lọc và thu thập dữ liệu: Phạm Xuân Dũng, Hồ Phạm Thục Lan. Phân tích chính thức: Phạm Xuân Dũng, Hồ Hoàng Thảo Quyên, Bùi Đức Tùng, Hồ Phạm Thục Lan, Nguyễn Văn Tuấn. Phương pháp nghiên cứu: Phạm Xuân Dũng, Hồ Phạm Thục Lan, Nguyễn Văn Tuấn. Viết bản thảo: Phạm Xuân Dũng, Hồ Hoàng Thảo Quyên, Bùi Đức Tùng, Hồ Phạm Thục Lan, Nguyễn Văn Tuấn. Viết bài - đánh giá và chỉnh sửa nội dung: Phạm Xuân Dũng, Hồ Phạm Thục Lan, Nguyễn Văn Tuấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin. 2019; 69(1):7–34. https://doi.org/10.3322/caac.21551 PMID: 30620402
2. 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 Cancer JClin. 2018; 68(6):394–424. https://doi.org/10.3322/caac.21492 PMID: 30207593
3. Youlden DR, Cramb SM, Yip CH, Baade PD. Incidence and mortality of female breast cancer in the Asia-Pacific region. Cancer Biol Med. 2014; 11(2):101–15. https://doi.org/10.7497/j.issn.2095-3941.2014.02.005 PMID: 25009752
4. Organisation WH. Breast cancer. https://wwwwhoint/cancer/prevention/diagnosis-screening/breastcancer/en. Date of access: 20/3/2020.
5. Bridges JF, Anderson BO, Buzaid AC, Jazieh

AR, Niessen LW, Blauvelt BM, et al. Identifying important breast cancer control strategies in Asia, Latin America and the Middle East/North Africa. BMC Health Serv Res. 2011; 11:227. https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-227 PMID: 21933435

6. Trieu PDY, Mello-Thoms C, Peat JK, Do TD, Brennan PC. Risk Factors of Female Breast Cancer in Vietnam: A Case-Control Study. Cancer Res Treat. 2017; 49(4):990–1000. https://doi.org/10.4143/crt.2016.488 PMID: 28231427
7. Countries in the world by population (2020). https://www.worldometers.info/world-population/population-by-country/
8. Czajkowski M, Gill R, Rempala G. Model selection in logistic joinpoint regression with applications to analyzing cohort mortality patterns. Stat Med. 2008; 27(9):1508–26. https://doi.org/10.1002/sim.3017 PMID: 17676590
9. R Development Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. URL: http://www.R-project.org. 2.7.0 ed. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2008.
10. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers Cea. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. International Agency for Research on Cancer. 2013;Lyon, France.
11. Anderson WF, Katki HA, Rosenberg PS. Incidence of breast cancer in the United States: current and future trends. J Natl Cancer Inst. 2011; 103(18): 1397-402. https://doi.org/10.1093/jnci/djr257 PMID:21753181
12. (AIHW) AIoHaW. Cancer in Australia 2019. Cancer series no119. 2019;Cat. no. CAN 123. Canberra: AIHW.
13. Zuo TT, Zheng RS, Zeng HM, Zhang SW, Chen WQ. Female breast cancer incidence and mortality in China, 2013. Thorac Cancer. 2017; 8(3): 214-8. https://doi.org/10.1111/1759-7714.12426 PMID: 28296260
14. Virani S, Chindaprasirt J, Wirasorn K, Sookprasert A, Somintara O, Vachirodom D, et al. Breast Cancer Incidence Trends and Projections in Northeastern Thailand. J Epidemiol. 2018; 28(7): 323-30. https://doi.org/10.2188/jea.JE20170045 PMID: 29760320
15. Hortobagyi GN, de la Garza Salazar J, Pritchard K, Amadori D, Haidinger R, Hudis CA, et al. The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. Clin Breast Cancer. 2005; 6(5): 391-401. https://doi.org/10.3816/cbc.2005.n.043 PMID: 16381622
16. Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast cancer in lower-income countries. N Engl J Med. 2008; 358(3): 213-6. https://doi.org/10.1056/NEJMp0708307 PMID: 18199859
17. Anderson BO, Jakesz R. Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. World J Surg. 2008; 32(12):2578-85. https://doi.org/10.1007/s00268-007-9454-z PMID: 18283512
18. Nguyen QM, Nguyen HC, Parkin DM. Cancer incidence in Ho Chi Minh City, Viet Nam, 1995-1996. Int J Cancer. 1998; 76(4):472–9. https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0215(19980518)76:4<472::aid-ijc5>3.0.co;2-o PMID: 9590120
19. Nguyen SM, Deppen S, Nguyen GH, Pham DX, Bui TD, Tran TV. Projecting Cancer Incidence for 2025 in the 2 Largest Populated Cities in Vietnam. Cancer Control. 2019; 26(1): 1073274819865274. https://doi.org/10.1177/1073274819865274 PMID: 31331188
20. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015; 24(10):1495–506. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0535 PMID: 26359465
21. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a

population-based study. The Lancet Oncology. 2012; 13(8): 790-801.https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70211-5 PMID: 22658655

22. Vietnam-Life expectancy at birth 2017, countryeconomy.com https://countryeconomy.com/demography/life-expectancy/vietnam
23. Wong FY, Tham WY, Nei WL, Lim C, Miao H. Age exerts a continuous effect in the outcomes of Asian breast cancer patients treated with breast-conserving therapy. Cancer Commun (Lond). 2018; 38(1):39. https://doi.org/10.1186/s40880-018-0310-3 PMID: 29941044
24. Park EH, Min SY, Kim Z, Yoon CS, Jung KW, Nam SJ, et al. Basic Facts of Breast Cancer in Korea in 2014: The 10-Year Overall Survival Progress. J Breast Cancer. 2017; 20(1): 1-11. https://doi.org/10.4048/jbc.2017.20.1.1 PMID: 28382089
25. Hemminki K, Mousavi SM, Sundquist J, Brandt A. Does the breast cancer age at diagnosis differ by ethnicity? A study on immigrants to Sweden. Oncologist. 2011; 16(2): 146-54. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2010-0104 PMID: 21266400
26. Stapleton SM, Oseni TO, Bababekov YJ, Hung YC, Chang DC. Race/Ethnicity and Age Distribution of Breast Cancer Diagnosis in the United States. JAMA Surg. 2018; 153(6): 594-5. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0035 PMID: 29516087
27. DeSantis CE, Ma J, Gaudet MM, Newman LA, Miller KD, Goding Sauer A, et al. Breast cancer statistics, 2019. CA: a cancer journal for clinicians. 2019; 69(6): 438-51.
28. Stanbury JF, Baade PD, Yu Y, Yu XQ. Cancer survival in New South Wales, Australia: socioeconomic disparities remain despite overall improvements. BMC cancer. 2016; 16:48. https://doi.org/10.1186/s12885-016-2065-z PMID: 26832359