NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH TYP PHÂN TỬ UNG THƯ VÚ THEO PHÂN LOẠI CỦA BHAGARVA

Nguyễn Tiến Quang[1], Nguyễn Văn Chủ[1]

TÓM TẮT

Ung thư vú là loại u phổ biến nhất ở phụ nữ, tỷ lệ tử vong xu hướng giảm vì các tiến bộ trong chẩn đoán sớm và điều trị bổ trợ. **Mục tiêu:** Nhận xét một số mối liên quan giữa đặc điểm giải phẫu bệnh và typ phân tử ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 495 bệnh nhân ung thư vú được xác định là typ phân tử bằng nhuộm hóa mô miễn dịch và đánh giá mối liên quan với đặc điểm GPB. **Kết quả nghiên cứu:** Ở nhóm di căn >3 hạch, TNB-, TNB+ & HER2 chiếm tỷ lệ cao: 27,8%; 22,4% và 22,3%. Với NPI xấu, TNB-, HER2 & TNB+ cũng có tỷ lệ cao: 38,9%; 36,4% và 30,6%. LUMA & B chiếm tỷ lệ cao. Ở ĐMH I: 19,4% và 13,5% (p<0,001). **Kết luận:** Typ lòng ống thường kết hợp với các đặc trưng lâm điểm GPB tốt hơn so với typ phân tử khác.

Từ khóa: Ung thư vú, giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch, typ phân tử.

SUMMARY

STUDYING PATHOLOGICAL FEATURES OF BREAST CANCER MOLECULAR TYPE ACCORDING TO BHAGARVA CLASSIFICATION

Breast cancer is nowadays the most frequent malignant tumor in female and morbidity and mortality trend to decrease, because of remarkable progresses in the field of early diagnosis and adjuvant therapy. **Purpose:** To observe some relations between pathological features and molecular subtypes. **Methods:** 495 breast cancer patients were classified as subtypes by IHC stain and evaluating relations to pathological characteristics. **Results:** in positive node group up 3, TNB-, TNB+ & HER2 are higher: 27.8%; 22.4% and 22.3%. Poor NPI: TNB-, HER2 & TNB+ also have higher incidence: 38.9%; 36.4% and 30.6%. In grade I: LUMA & B: 19.4% and 13.5% (p<0.001). **Conclusion:** Luminal types are associated in the better pathological factors than others.

Key words: breast cancer, pathology, immunohistochemistry, molecular subtype.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại u phổ biến nhất ở phụ nữ Việt Nam cũng như ở hầu hết các nước trên thế giới, chiếm khoảng 1/3 các ung thư mới được chẩn đoán [1,2]. Tỷ lệ mắc ung thư vú trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng có xu hướng tăng, nhưng tỷ lệ tử vong do bệnh này vẫn từng bước giảm nhờ các tiến bộ trong chẩn đoán, phát hiện bệnh sớm, đặc biệt là trong điều trị nội khoa ung thư bao gồm: hóa trị, nội tiết và sinh học [2,3]. Các khối u vú với hình ảnh MBH tương tự nhau có thể biểu hiện lâm sàng, mức độ ác tính và đáp ứng với điều trị trái ngược nhau. Sự phân tích khía cạnh bộc lộ gen và các đặc trưng hóa mô miễn dịch (HMMD) cho rằng ung thư vú không phải là một thực thể đơn thuần mà là một bệnh không đồng nhất, gồm một số typ sinh học đã được nhận ra. Chúng tôi chọn đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét một số mối liên quan giữa đặc điểm giải phẫu bệnh với typ phân tử của ung thư vú.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 495 bệnh nhân ung thư vú xâm nhập được điều trị phẫu thuật cắt vú tại Bệnh viện K từ 2012-2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được phẫu thuật cắt tuyến vú và chẩn đoán là ung thư biểu mô xâm nhập.
- Khối u vú nguyên phát và chưa được điều trị hóa chất trước mổ cắt u.
- Có khối nến đủ để nhuộm HMMD.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đáp ứng được các tiêu chuẩn chọn trên.

- Ung thư biểu mô tuyến vú tại chỗ, ung thư vú ở nam giới.
- Ung thư vú tái phát hoặc ung thư cơ quan khác di căn tới vú.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Nghiên cứu về mô bệnh học và HMMD

Kỹ thuật mô học: Đánh giá khối u và hạch: các bệnh phẩm u vú được phẫu tích đo đường kính lớn nhất. Mỗi khối u lấy từ 2-3 mảnh, dày 2-3mm. Phẫu tính, đếm số lượng hạch. Chuyển đúc, cắt nhuộm mẫu mô bằng H-E.

Kỹ thuật hóa mô miễn dịch

- Phương pháp nhuộm: Các mẫu mô được nhuộm HMMD bằng máy với các dấu ấn: 495 ca: ER, PR, Her-2/neu, Bcl2; 103 ca bộ ba âm tính nhuộm thêm: p63, EGFR, CK5/6, CK17 và 293 ca thụ thể nội tiết dương tính nhuộm thêm CK18.
- **Đánh giá kết quả HMMD:** theo các hướng dẫn quốc tế.

Quy trình đọc và thẩm định các kết quả: Tác giả đọc tiêu bản nhuộm H-E, HMMD, FISH và

[1]Bệnh viện K
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Quang
Email: ntienquangbvk@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.01.2020
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020
Ngày duyệt bài: 27.2.2020

This document is produced by free version of Print2Flash. Visit www.print2flash.com for more information

ghi các kết quả vào chương trình quản lý số liệu.

Phân typ phân tử ung thư vú: theo tiêu chuẩn được đề cập của Bhargava.

Các biến số được chọn để khảo sát

- Phân typ phân tử: LUMA, LUMB, TNB+, TNB-, HER2, LAHH và LBHH.
- Các thông số GPB: + NPI: 3 nhóm tiên lượng tốt, trung bình và xấu.

+ Tình trạng hạch: có hoặc không di căn hạch, nhóm hạch (0, ≤3 và >3 hạch).

+ Kích thước u: ≤2cm, >2-5cm và >5cm. Kích thước trung bình.

+ Typ MBH theo phân loại WHO-2012. Độ mô học: I, II, III.

+ Xâm nhập bạch mạch và xâm nhập lympho: có hoặc không

Quản lý thông tin và phân tích dữ liệu: Các trường hợp nghiên cứu được mã hóa dữ liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Mối liên quan giữa typ phân tử với nhóm kích thước u

Kích thước	≤2		>2-5		>5		Tổng số		Trung bình
	n	%	n	%	n	%	N	%	
LUMA	95	57,6	64	38,8	6	3,6	165	33,3	2,3±1,2
LUMB	39	52,7	34	45,9	1	1,4	74	14,9	2,5±1,4
TNB-	7	38,9	9	50,0	2	11,1	18	3,6	2,6±1,6
TNB+	42	49,4	40	47,1	3	3,5	85	17,2	
HER2	35	35,4	58	58,5	6	6,1	99	20,0	2,8±1,4
LAHH	11	64,7	6	35,3	0	0,0	17	3,5	2,2±1,8
LBHH	21	56,8	16	43,2	0	0,0	37	7,5	2,1±1,3
Σ	250	50,5	227	45,9	18	3,6	495		

Nhận xét: LUMA và LAHH chiếm tỷ lệ cao ở u ≤2cm, là 57,6% và 64,7%. U >5cm, TNB- chiếm tỷ lệ cao nhất là 11,1%, tiếp đến là HER2: 6,1%; p<0,05 (p=0,048).

Bảng 2: Mối liên quan giữa typ phân tử với nhóm hạch

Nhóm hạch	0		1-3		>3		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	N	%
LUMA	128	77,6	27	16,3	10	6,1	165	33,3
LUMB	47	63,5	23	31,1	4	5,4	74	14,9
TNB-	9	50,0	4	22,2	5	27,8	18	3,6
TNB+	48	56,5	18	21,2	19	22,3	85	17,2
HER2	49	49,5	28	28,3	22	22,2	99	20,0
LAHH	11	64,8	3	17,6	3	17,6	17	3,5
LBHH	21	56,8	11	29,7	5	13,5	37	7,5
Σ	313	63,2	114	23,0	68	13,8	495	

Nhận xét: LUMA chiếm tỷ lệ thấp ở 2 nhóm di căn hạch là 16,3% và 6,1%. TNB-, TNB+ và HER2 có tỷ lệ cao ở di căn >3 hạch, là 27,8%; 22,4% và 22,3%, p<0,001 (p=0,00001).

Bảng 3: Mối liên quan giữa typ phân tử với độ mô học

ĐMH	I		II		III		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	N	%
LUMA	32	19,4	63	38,2	70	42,4	165	33,3
LUMB	10	13,5	36	48,7	28	37,8	74	14,9
TNB-	1	5,6	2	11,1	15	83,3	18	3,6
TNB+	4	4,7	20	23,5	61	71,8	85	17,2
HER2	3	3,0	30	30,3	66	66,7	99	20,0
LAHH	1	5,9	7	41,2	9	52,9	17	3,5
LBHH	3	8,1	16	43,3	18	48,6	37	7,5
Σ	54	10,9	174	35,2	267	53,9	495	

Nhận xét: ĐMH I, LUMA và B chiếm tỷ lệ cao là 19,4% và 13,5%. ĐMH III, TNB-, TNB+ và HER2 chiếm tỷ lệ cao, là 83,3%; 71,8% và 66,7% (p=0,0001<0,001).

Bảng 4: Mối liên quan giữa typ phân tử với NPI

NPI	<3,4		3,4-5,4		>5,4		Tổng số		Trung bình
	n	%	n	%	n	%	N	%	
LUMA	53	32,1	93	56,4	19	11,5	165	33,3	3,9±1,1
LUMB	14	18,9	48	64,9	12	16,2	74	14,9	4,1±1,1
TNB-	2	11,1	9	50,0	7	38,9	18	3,6	4,8±1,1

This document is produced by free version of Print2Flash. Visit www.print2flash.com for more information

TNB+	11	12,9	48	56,5	26	30,6	85	17,2	
HER2	10	10,1	53	53,6	36	36,4	99	20,0	4,9±1,2
LAHH	4	23,5	9	53,0	4	23,5	17	3,5	4,4±1,1
LBHH	12	32,4	15	40,6	10	27,0	37	7,5	4,4±1,2
Σ	106	21,4	275	55,6	114	23,0	495		

Nhận xét: NPI tốt, LUMA và LBHH chiếm tỷ lệ cao nhất: 32,1 và 32,4%. Ở NPI xấu, typ TNB-, HER2 và TNB+ chiếm tỷ lệ cao: 38,9%; 36,4% và 30,6% (p=0,0001<0,001).

Bảng 5: Mối liên quan với giữa typ phân tử mô đệm lympho

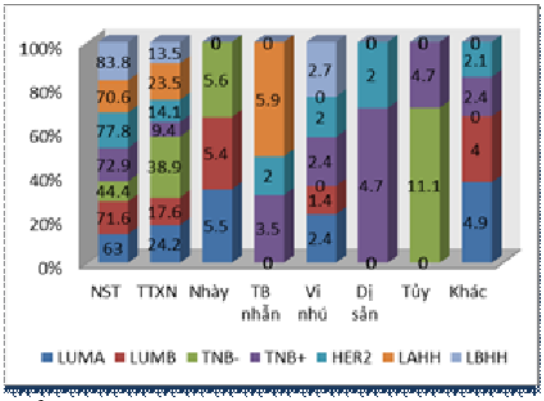
XN Lympho	Không		Có		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
LUMA	74	44,8	91	55,2	165	33,3
LUMB	23	31,1	51	68,9	74	14,9
TNB-	4	22,2	14	77,8	18	3,6
TNB+	16	18,8	69	81,2	85	17,2
HER2	20	20,2	79	79,8	99	20,0
LAHH	8	47,1	9	52,9	17	3,5
LBHH	13	35,1	24	64,9	37	7,5
Σ	158	31,9	337	68,1	495	

Nhận xét: Ở nhóm ung thư có xâm nhập lympho bào, typ TNB+, HER2 và TNB- chiếm tỷ lệ cao hơn, lần lượt là 81,2%; 79,8% và 77,8% (p=0,00007<0,001).

Bảng 6: Mối liên quan giữa typ phân tử với sự xâm nhập bạch mạch

XN bạch mạch	Không		Có		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
LUMA	145	87,9	20	12,1	165	33,3
LUMB	60	81,1	14	18,9	74	14,9
TNB-	13	72,2	5	27,8	18	3,6
TNB+	46	54,1	39	45,9	85	17,2
HER2	67	66,7	32	32,3	99	20,0
LAHH	15	88,2	2	11,8	17	3,5
LBHH	30	81,1	7	18,9	37	7,5
Σ	376	76,0	119	24,0	495	

Nhận xét: Các typ TNB+, TNB- và HER2 đều chiếm tỷ lệ xâm nhập bạch mạch cao, lần lượt là 45,9%; 27,8% và 32,3% (p=0,0001<0,001).



Biểu đồ 1: Typ phân tử và typ MBH

Nhận xét: LBHH chiếm tỷ lệ cao nhất ở typ NST là 83,8%, ở typ tiểu thùy xâm nhập, TNB- chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,9%. Typ MBH thể tủy chỉ gặp ở TNB- (11,1%) và TNB+ (4,7%); typ MBH thể dị sản gặp ở TNB+ (2,4%) và HER2 (2,0%) (p= 0,0001<0,001).

IV. BÀN LUẬN

Sử dụng bảng phân typ phân tử của Bhargava theo tiêu chuẩn HMMD, bảng 1 cho thấy typ lòng ống A (LUMA) chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%, tiếp đến là typ HER2 (20,0%), đứng thứ 3 là typ dạng đáy (TNB+): 17,2%, typ lòng ống B (LUMB) có tỷ lệ 14,9%, đứng thứ 4; typ lòng ống B lai HER2 (LBHH) chiếm 7,5%, typ bộ ba âm tính không phải dạng đáy (TNB-) chiếm 3,6% và typ lòng ống A lai HER2 (LAHH) chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,5%. Trong nghiên cứu của Bhargava và cs (2010), nhận thấy có 31% LUMA, LUMB là 20%, và 16% HER2, bộ ba âm tính là 22%, LAHH là 4% và 7% là LBHH [4].

Kích thước u: chúng tôi nhận thấy rằng các khối u có kích thước u trung bình ở các typ lòng ống thấp hơn so với typ TNP hoặc HER2, thấp nhất ở typ LBHH (2,1±1,3) và cao nhất ở typ HER2 (2,8±1,4). Theo Bhargava và cs (2010), kích thước u trung bình của typ lòng ống A (2,1cm), lòng ống B (2,6cm), TNP (3,0cm), HER2

This document is produced by free version of Print2Flash. Visit www.print2flash.com for more information

(2,9cm), LAHH (3,0cm) và LBHH (3,0cm) [4]. LUMA và LAHH chiếm tỷ lệ cao ở nhóm u ≤2cm, lần lượt là 57,6% và 64,7%, trong nhóm này LUMB cũng chiếm tỷ lệ là 52,7% thấp hơn LUMA. Trái lại, ở nhóm u có kích thước >5cm, typ TNB- chiếm tỷ lệ cao nhất là 11,1%, tiếp đến là typ HER2 chiếm 6,1%. Ở nhóm u từ >2-5cm, cao nhất là typ HER2: 58,6% và typ TNB+ là 47,1% (p=0,048). Typ TNB+ chiếm tỷ lệ cao nhất ở các u có kích thước từ 2-5cm (57,8%), trong khi đó ở các u >5cm, typ HER2 chiếm tỷ lệ cao hơn các typ khác (21,7%) [5]. Qua đó chúng tôi nhận thấy mức độ tiên lượng giảm dần như sau: LAHH, LBHH, LUMA, LUMB, TNB+, HER2, TNB-.

Tình trạng hạch: trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng trung bình một bệnh nhân bị di căn 1,3±0,1 hạch. LUMA có số lượng hạch bị căn trung bình thấp nhất là 0,6±0,1, trong khi đó các typ TNP và HER2 có số lượng hạch di căn trung bình cao nhất: 1,9±0,3. Bảng 2 cho thấy LUMA đều chiếm tỷ lệ thấp ở cả 2 nhóm di căn hạch là 16,3% và 6,1%. Typ TNB-, TNB+ và HER2 chiếm tỷ lệ di căn hạch cao ở nhóm >3 hạch, lần lượt là 27,8%; 22,4% và 22,3%. Trong nhóm di căn 1-3 hạch, typ lòng ống B và typ LBHH chiếm tỷ lệ di căn hạch cao hơn các nhóm khác, lần lượt là 31,1% và 29,7%, tiếp đến là các typ HER2(28,3%), TNB-(22,2%) và TNB+(21,2%). Trong nhóm di căn >3 hạch, các typ lòng ống lai HER2 có tỷ lệ di căn cao hơn các typ lòng ống: LAHH (17,6%), LBHH (13,5%) và lòng ống A (6,1%), lòng ống B (5,4%) (p=0,00001). Adly và cs (2010) nhận thấy rằng, tỷ lệ di căn hạch cao nhất ở typ TNP (61,5%) so với LUMA (46,2%), LUMB (38,9%) và typ HER2 là 35,7% [6]. Qua đó cho thấy các u có thụ thể nội tiết dương tính có tỷ lệ di căn hạch thấp nhất, đặc biệt là typ lòng ống A, trái lại các u ER(-) có tỷ lệ di căn hạch cao, nhất là ở nhóm >3 hạch, như typ HER2 và mức độ tiên lượng giảm dần như sau: LUMA, LUMB, LAHH, LBHH, TNB+, HER2, TNB-.

Typ MBH: qua biểu đồ 1 cho thấy ở typ NST, LBHH chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,8% và thấp nhất là TNB- chiếm 44,4%. Trong khi đó ở typ tiểu thùy xâm nhập, TNB- chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,9% và LBHH chiếm tỷ lệ thấp nhất là 13,5%. Typ MBH thể tủy chỉ phân bố ở TNB-(11,1%) và TNB+(4,7%) và typ MBH thể dị sản phân bố ở 2 typ phân tử TNB+(2,4%) và HER2(2,0%) (p=0,00001). Typ TNB+ chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả typ thể tủy và typ dị sản (lần lượt là 10,9 và 14,1%) [5].

Độ mô học: qua bảng 3, chúng tôi thấy ở ĐMH I, typ lòng ống A và B chiếm tỷ lệ cao là 19,4% và 13,5% và thấp nhất là typ HER2 (3,0%). Trong khi đó ở ĐMH II, các typ lòng ống B, LBHH và LAHH chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 48,7%; 43,3% và 41,2% và thấp nhất là typ TNB- (11,1%). Trái lại, ở u ĐMH III, các typ TNB-, TNB+ và HER2 chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 83,3%; 71,8% và 66,7% và thấp nhất là typ lòng ống A (42,4%) và typ lòng ống B (48,6%) (p=0,0001). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng ở ung thư vú ĐMH I, các typ lòng ống có tỷ lệ giảm dần từ typ lòng ống A đến typ LBHH, trái lại ở ĐMH III, tỷ lệ của các typ này có xu hướng tăng dần từ typ lòng ống A đến typ LBHH và các typ có tiên lượng xấu như TNB-, TNB+, HER2 chủ yếu gặp ở các ung thư vú có ĐMH III. Qua đánh giá ĐMH theo từng typ phân tử cho thấy mức độ tiên lượng giảm dần như sau: lòng ống B, lòng ống A, LBHH, LAHH, HER2, TNB+, TNB-.

Chỉ số tiên lượng Nottingham (NPI): Trong bảng 4, NPI trung bình chung là 4,2±1,2, typ lòng ống A có NPI trung bình thấp nhất là 3,9±1,1 và cao nhất là typ HER2 (4,9±1,2). Trong các ung thư vú thụ thể nội tiết dương tính, NPI trung bình tăng dần từ typ lòng ống A (3,9±1,1), tiếp đến là typ lòng ống B (4,1±1,1) và đến typ LAHH (4,4±1,1), typ LBHH (4,4±1,2). Trong nhóm có tiên lượng tốt typ lòng ống A và typ LBHH chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,1% và 32,4%. Trong nhóm tiên lượng xấu typ TNB-, HER2 và TNB+ chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 38,9%; 36,4% và 30,6%. Ở nhóm tiên lượng trung bình typ lòng ống B chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,9% (p=0,00001). Qua đánh giá NPI theo từng typ phân tử cho thấy mức độ tiên lượng giảm dần như sau: LUMA, lòng ống B, LAHH, LBHH, TNB+, HER2, TNB-.

Sự xâm nhập lympho bào: theo bảng 5 chỉ ra rằng 68,1% mô ung thư có xâm nhập tế bào lympho. Ở nhóm mô ung thư có xâm nhập lympho bào, typ TNB+, HER2 và TNB- chiếm tỷ lệ cao hơn, lần lượt là 81,2%; 79,8% và 77,8% (p=0,00007). Chúng tôi nhận thấy rằng tất cả các typ phân tử đều có tỷ lệ xâm nhập lympho bào vào mô u cao (>50%), đặc biệt là typ dạng đáy (TNB+). Theo Fulford và cs (2006) sự xâm nhập lympho bào quanh u ở typ dạng đáy là 84,0% trong khi đó ở typ không dạng đáy chiếm 73,0% [7].

Xâm nhập bạch mạch: bảng 6 cho thấy 24,0% các khối u có xâm nhập bạch mạch, trong đó các typ TNB+, TNB- và HER2 đều chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 45,9%, 27,8% và 32,3% và thấp nhất là typ LAHH (11,8%). Qua kết quả trên

This document is produced by free version of Print2Flash. Visit www.print2flash.com for more information

chúng tôi thấy rằng sự xâm nhập bạch mạch ở typ LAHH (11,8%) tiếp đến là typ lòng ống A (12,1%) và typ lòng ống B và LBHH đều chiếm tỷ lệ 18,9%. Typ lòng ống A ít xâm nhập bạch mạch hơn LUMB. Cheang và cs (2008) cho thấy typ lòng ống lại HER2 chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,9%, tiếp đến là typ HER2 (53,1%), typ lòng ống là 41,9% và typ TNB-, TNB+ lần lượt là 40,9% và 49,1% [8].

V. KẾT LUẬN

- **Typ phân tử:** Các typ phân tử phổ biến hơn gồm LUMA, HER2, TNB+ và LUMB; các typ có tỷ lệ thấp hơn là LBHH, TNB- và LAHH.

- **Mối liên quan với đặc điểm GPB** ($p<0,05$)

+ Typ lòng ống: có tỷ lệ cao ở NPI thấp và trung bình; trong đó, typ LUMA có tỷ lệ cao ở NPI thấp, u ≤2cm, ít di căn hạch và ĐMH I; trái lại typ LUMB có tỷ lệ cao ở NPI trung bình, u >2-5cm và ĐMH II.

+ Typ TNB+ và TNB-: chủ yếu gặp ở NPI trung bình và cao, di căn >3 hạch, ĐMH cao. TNB- có tỷ lệ cao hơn TNB+ ở ĐMH III, di căn hạch, NPI cao, u >5cm.

+ Typ HER2 có tỷ lệ cao nhất ở u >2-5cm và di căn hạch; hay gặp ở ĐMH III, NPI trung bình và cao.

+ Typ LAHH và LBHH: có tỷ lệ cao ở NPI thấp và trung bình, ĐMH III. LAHH có tỷ lệ cao ở u ≤2cm, trong khi LBHH hay gặp ở u >2-5cm và hay di căn hạch.

*Tiên lượng của typ phân tử theo GPB có thứ tự giảm dần như sau: LUMA, LUMB, LAHH, LBHH, TNB+, HER2 và TNB-.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Diệu và cs (2014).** Báo cáo tình hình hoạt động phòng chống ung thư giai đoạn 2011-2014 thuộc chương trình mục tiêu Quốc gia về Y tế. Tạp chí ung thư học Việt Nam, 2, 21-28.
2. **Spitale, A, Mazzola P, Soldini D et al (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.
3. **Nguyễn, Bá Đức, Trần Văn Thuấn và Nguyễn Tuyết Mai (2010).** Điều trị nội khoa bệnh ung thư, Nhà xấut bản Y học, Hà Nội.
4. **Bhargava, R, Esposito N.N and Dabbs D.J (2010).** Immunohistology of the Breast. Diagnostic Immunohistochemistry: Theranostic and genomic applications, Saunders, USA, 763-819.
5. **Engstrøm, M. J, Opdahl S, Hagen A.I (2013).** Molecular subtypes, histopathological grade and survival in a historic cohort of breast cancer patients. Breast Cancer Res Treat,140:463–73.
6. **Adly, S, Hewedi .IH, Mokhtar N.M (2010).** Clinicopathologic Significance of Molecular Classification of Breast Cancer: Relation to Nottingham Prognosis Index, Journal of the Egyptian Nat. Cancer Inst., Vol. 22, No. 4.
7. **Fulford, L.G, Easton D.F, Reis-Filho J.S et al (2006)**Specific morphological features predictive for the basal phenotype in grade 3 invasive ductal carcinoma of breast. Histopathology, 49, 22–34.
8. **Cheang, M.C, Voduc D, Bajdik C et al (2008).** Basal-like breast cancer defined by five biomarkers has superior prognostic value than triple-negative phenotype. Clin Cancer Res,14:1368-76.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA LÂM SÀNG VÀ X-QUANG TRONG BỆNH LÝ THOÁI HOÁ KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thị Bích Hồng[1], Hoàng Đức Hạ[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh X quang khớp gối ở bệnh nhân (BN) gối nguyên phát được khám, điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên các BN được chẩn đoán là THK gối nguyên phát tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 09/2018. Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch và xử lý phân tích theo chương trình SPSS 20.0. **Kết quả nghiên cứu:** trên X quang, các khớp của BN THK gối ở giai đoạn 2 và 3 là chủ yếu chiếm 88,9%. Bệnh nhân THK gối có gai xương trên X quang có nguy cơ đau nhiều hơn 5,39 lần so với không có gai xương nhưng dấu hiệu hẹp khe khớp và đặc xương dưới sụn không liên quan tới mức độ đau. BN THK gối tổn thương X quang ở giai đoạn 3 và 4 có điểm WOMAC đau cao hơn đáng kể so với BN ở giai đoạn 1 và 2. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm WOMAC cứng khớp và WOMAC chức năng giữa các giai đoạn tổn thương X quang theo Kellgren/Lawrence. **Kết luận:** chẩn đoán THK gối chủ yếu vẫn dựa vào triệu chứng lâm sàng và X quang, nắm vững sự liên quan giữa dấu hiệu trên x-quang với

[1]Ban Bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cán bộ TP. Hải Phòng
[2]Trường ĐH Y dược Hải Phòng.
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ
Email: hdha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2020
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020
Ngày duyệt bài: 28.2.2020

This document is produced by free version of Print2Flash. Visit www.print2flash.com for more information