

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẢO TỒN VÀ SINH THIẾT HẠCH CỬA TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ TỪ 2012 - 2014 TẠI BỆNH VIỆN K

Mai Tiến Đạt¹, Phạm Hồng Khoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn và sinh thiết hạch cửa trong điều trị ung thư biểu mô tuyến vú (UTV) tại Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 84 bệnh nhân (BN) UTV giai đoạn T1N0M0 - T2N0M0 và kích thước $u \leq 3\text{cm}$, được phẫu thuật bảo tồn và sinh thiết hạch cửa bằng phương pháp nhuộm màu xanh methylene từ 2012 - 2014 tại BV K. Phẫu thuật vét hạch nách chỉ được thực hiện nếu hạch cửa di căn hoặc không nhận diện được.

Kết quả: Tuổi trung bình là 48,1; kích thước u trung bình 1,4 (cm). Tỷ lệ nhận diện hạch cửa là 100%. Số hạch cửa trung bình là 1,5. Tỷ lệ di căn hạch nách là 5,9%. Thời gian theo dõi trung bình 74,2 tháng (16,5 - 98,7 tháng). Tái phát tại nách không gặp trường hợp nào ở cả nhóm vét hạch và chỉ sinh thiết hạch cửa. Tái phát tại chỗ gặp 2 BN (2,4%). Di căn xa gặp 5 BN (6%), có 3 ca tử vong chiếm tỷ lệ 3,6%. Kết quả sống thêm toàn bộ 8 năm của cả nhóm nghiên cứu ước tính đạt 96,3%. Sống thêm không bệnh đạt 94,5%.

Kết luận: Phẫu thuật bảo tồn và sinh thiết hạch cửa là an toàn, hiệu quả và cần thiết trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm.

Từ khóa: Ung thư vú giai đoạn sớm; phẫu thuật bảo tồn; sinh thiết hạch cửa.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF BREAST CANCER PATIENTS TREATED WITH BREAST CONSERVING SURGERY AND SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY AT K HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of breast conserving surgery (BCS) and sentinel lymph node biopsy (SLNB) on breast cancer patients at K Hospital.

Subject and methods: This retrospective descriptive study was conducted on 84 breast cancer patients who were at stages T1N0M0 - T2N0M0, tumor size less than 3cm and underwent BCS and SLNB by the use of methylene blue from 2012 to 2014 at K hospital. Axillary lymph node dissection (ALND) only done with positive SLNB or not identified.

Results: The median age of the patients was 48,1 years, mean tumor size was 1,4cm. The identification rate of sentinel lymph nodes (SNs) was 100% using methylene blue with the SLN positive was 5,9%. The average follow-up period was 74,2 months (range 16,5: 98,7 months). The local recurrence was 2,4% among groups with breast conserving surgery and there was no recurrence in ipsilateral axillae. The rate of distance metastases 6% and death was 3,6% all of patients. 8 years of overall survival (OS) and disease free survival (DFS) was 96,3% and 94,5% respectively.

¹BS. Khoa Điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện K

²TS. Trưởng khoa khám bệnh Quán Sứ - Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Mai Tiến Đạt

Email: maitiendatrg@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/9/2022

Ngày phản biện: 30/9/2022

Ngày chấp nhận đăng: 25/10/2022

Conclusion: Breast preserving surgery and sentinel lympho node biopsy is safe, effective and necessary operation for early breast cancer treatment.

Keywords: Early breast cancer; breast conserving surgery; sentinel lymph node biopsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá hạch nách là bước không thể thiếu trong chẩn đoán và điều trị ung thư vú. Tình trạng hạch nách có hoặc không di căn là yếu tố tiên lượng chính. Mức độ di căn hạch nách không chỉ đánh giá giai đoạn bệnh mà còn quyết định lựa chọn phác đồ điều trị trong thực hành lâm sàng. Sinh thiết hạch cửa trở thành một phương pháp thường quy trong phẫu thuật điều trị ung thư vú giai đoạn sớm[1],[2].

Ung thư vú là bệnh có tiên lượng tốt đặc biệt là ở giai đoạn sớm. Phẫu thuật bảo tồn kết hợp xạ trị vừa đem lại hiệu quả thẩm mỹ, làm giảm tâm lý tự ti so với cắt toàn bộ tuyến vú nhưng không làm tăng tỉ lệ tái phát và không làm giảm thời gian sống thêm của bệnh nhân.

Tại Việt Nam, sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú là một trong những trọng điểm của Chương trình Mục tiêu Quốc gia Phòng chống Ung thư. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị bảo tồn ung thư vú kết hợp sinh thiết hạch cửa với các mục tiêu sau:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.

2. Đánh giá kết quả sống thêm, tái phát, di căn trên những bệnh nhân bảo tồn và sinh thiết hạch cửa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn bệnh nhân

- Bệnh nhân nữ mắc ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn cT1N0M0, cT2N0M0 (kích thước u nhỏ hơn hoặc bằng 3cm).

- Được phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp sinh thiết hạch cửa nách cùng bên tại Bệnh viện K.

- Được điều trị hóa chất, xạ trị bổ trợ đúng theo phác đồ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc ung thư khác kèm theo.

- Bệnh nhân tử vong không liên quan đến ung thư vú.

- Bệnh nhân không hoàn thành điều trị theo phác đồ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu.

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thu thập các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, kích thước khối u, vị trí u, đặc điểm mô bệnh học, kết quả liên quan của sinh thiết hạch cửa.

- Thu thập các kết quả sau điều trị: Di chứng sau phẫu thuật vùng nách, kết quả sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh.

- Thông tin thu thập bằng cách gửi thư hoặc gọi điện thoại, điền theo mẫu (phụ lục), qua khám lâm sàng trực tiếp, chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp x quang, CT scanner, MRI, PET Scan...) và kết quả chọc hút tế bào hoặc xét nghiệm giải phẫu bệnh.

2.2.3. **Phương pháp phân tích và xử lý số liệu**

- Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Ước tính thời gian sống thêm sử dụng phương pháp Kaplan-Meier.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về tuổi và kích thước khối u

Bảng 1.

Tuổi	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Số BN
	70	28	48,1	8,9	84

Bảng 2.

Kích thước u (cm)		n	%
T1	($U \leq 2$)	74	88,1
T2	($2 < U \leq 3$)	10	11,9
Tổng		84	100
Kích thước u đại thể (cm)			n
Tối thiểu	Tối đa	Trung bình	
0,2	2,5	$1,4 \pm 0,6$	84

Độ tuổi của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là khá trẻ với tuổi trung bình là 48,1. Tác giả Lê Hồng Quang khi nghiên cứu sinh thiết hạch cửa trong việc đánh giá tình trạng di căn hạch nách đối với ung thư vú giai đoạn sớm cũng nhận thấy độ tuổi trung bình hay gặp là 51,5. Điều này cũng phản ánh một thực tế là ở nước ta, bệnh nhân mắc ung thư vú nói chung có độ tuổi trung bình tương đối trẻ[1].

Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân có giai đoạn u lâm sàng bao gồm T1, T2 với kích thước nhỏ hơn hoặc bằng

3cm theo khuyến cáo của ASCO, hội nghị đồng thuận St-Galen và hướng dẫn của Saint-Paul-de-Vence (2011), sinh thiết hạch cửa đạt được độ tối ưu khi chỉ định với khối u có kích thước từ 3cm trở xuống. Kết quả bảng 2 cho thấy: trong số 84 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá kích thước u cho thấy có tới 74 bệnh nhân ở giai đoạn T1 (88,1%) và chỉ 10 bệnh nhân có u kích thước trên 2cm (11,9%).

3.2. Kết quả liên quan sinh thiết hạch cửa

Bảng 3.

Tỷ lệ nhận diện hạch cửa	n	%
Không	0	0
Có	84	100
Tổng	84	100
Số lượng hạch cửa (cái)	n	%
1	29	34,5
2	21	25,0
3	31	36,9
4	3	3,6
Tổng	84	100,0

Bảng 4.

Tình trạng hạch cửa	1 hạch		Trên 1 hạch		n	p
	n	%	n	%		
Di căn	0	0	5	9,1	5	
Không di căn	29	100	50	90,9	79	0,09
Tổng số	29	34,5	55	65,5	84	

Với kỹ thuật hiện hình bằng xanh methylen đơn thuần, trong số 243 bệnh nhân nghiên cứu, Phạm Hồng Khoa và CS cho thấy: Tỷ lệ nhận diện hạch cửa 98,4% (239 trường hợp). Lê Hồng Quang (2012) với 170 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nhận diện 98,2%, Nguyễn Đỗ Thùy Giang và CS (2014) tỷ lệ này là 98,6%[1],[3]. Trần Tứ Quý nghiên cứu trên 76 bệnh nhân, báo cáo tỷ lệ phát hiện 90,8% khi sử dụng xanh methylene. Trong NC này, tỷ lệ nhận diện của chúng tôi không có ca nào không đạt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng hạch cửa phẫu tích nhiều nhất là 4, số lượng hạch trung bình thu được $1,5 \pm 0,8$ (bảng 3). Trong nghiên cứu của Lê Hồng Quang (2012) số hạch cửa trung bình là 1,53

$\pm 0,77$, của Trần Tứ Quý (2010) con số này là $1,62 \pm 0,8$, theo số liệu của Trần Văn Thiệp (2010) là $2,5 \pm 0,8$ [3].

Tỷ lệ nhận diện hạch cửa và âm tính giả là 2 vấn đề mà được nhiều tác giả quan tâm và nhiều báo cáo cho thấy tỷ lệ âm tính giả lý tưởng trong sinh thiết hạch cửa đạt dưới 5%, cho phép dao động từ 5 - 10%. Để đạt được mục tiêu như vậy, khâu lựa chọn bệnh nhân cũng rất quan trọng để thực hiện qui trình này. Với nhóm bệnh nhân có 1 hạch cửa 29 bệnh nhân (34,5%): Không có trường hợp nào di căn. Với nhóm bệnh nhân có nhiều hơn 1 hạch cửa: trong tổng số 55 trường hợp (65,5%) có 5 trường hợp di căn (9,1%) và 50 trường hợp không di căn (90,9%).

3.3. Di chứng phẫu thuật vùng nách

Bảng 5. Di chứng đau và phù tay trong nhóm nghiên cứu

Mức độ	n	%
Bình thường	82	97,6
Đau và phù nhẹ	2	2,4

Bảng 6. Đánh giá chủ quan di chứng tê bì mặt trong cánh tay ở 2 nhóm có và không vết hạch nách

Tê bì mặt trong cánh tay	n	%
Không	81	96,4
Có	3	3,6
Tổng	84	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc đánh giá mức độ đau, phù tay và mức độ tê bì mất trong cánh tay hầu hết phụ thuộc cảm giác chủ quan của người bệnh, các thông tin thu được dựa vào trả lời câu hỏi qua gửi thư và xác minh qua điện thoại. Kết quả thu được qua ghi nhận hồ sơ với thông tin từ gửi thư và điện thoại của 84 bệnh nhân được trình bày ở bảng 5 và 6: Có 2 trường hợp đau và phù tay mức độ nhẹ trong đó nhóm vết hạch (1 bệnh nhân) và nhóm không vết hạch có 1

bệnh nhân. Tê bì mất trong cánh tay: Kết quả có 3 trường hợp có cảm giác tê bì mất trong cánh tay bên mổ trong tổng số 84 ca. Tỷ lệ đau, phù tay và tê bì mất trong cánh tay còn được so sánh giữa các tác giả bảng 7. Tỷ lệ dù có sự khác nhau nhưng tất cả các kết quả nghiên cứu của các tác giả đều thống nhất là di chứng tay to, phù bạch huyết và rối loạn cảm giác cánh tay ở nhóm vết hạch nách cao hơn so với nhóm chỉ sinh thiết hạch của đơn thuần[7].

Bảng 7. So sánh tỷ lệ mắc di chứng sau sinh thiết hạch cửa và vết hạch nách ở những bệnh nhân ung thư vú xâm lấn của một số tác giả

Tác giả	Số bệnh nhân			Đau và phù tay		Tê bì	
	Thời gian theo dõi (tháng)	Sinh thiết hạch cửa	Vết hạch nách	Sinh thiết hạch cửa	Vết hạch nách	Sinh thiết hạch cửa	Vết hạch nách
Veronesi[6]	24	100	100	0	12%	8%	39%
Barranger[7]	24	54	51	0	22%	20%	53%

3.4. Kết quả sống thêm của nhóm nghiên cứu

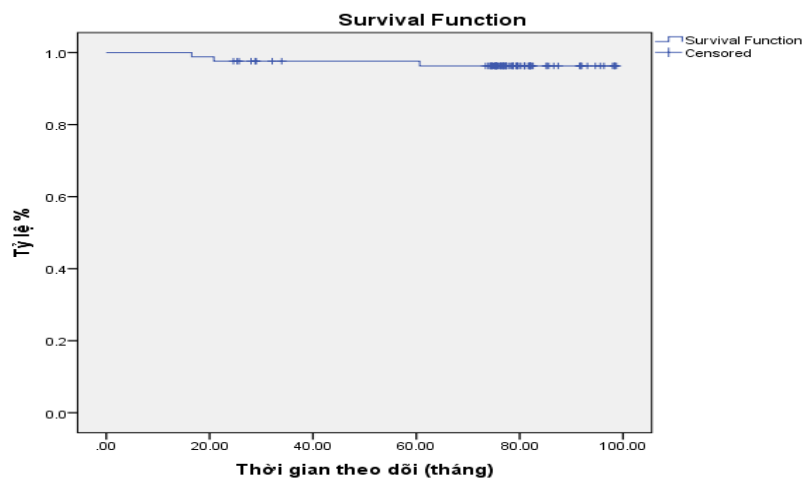
3.4.1. Kết quả sống thêm toàn bộ

Bảng 8. Kết quả sống thêm toàn bộ

Thời gian theo dõi (tháng)				N
Tối thiểu	Tối đa	Trung bình	Lệch chuẩn	
16,5	98,7	74,2	19,9	84
Tình trạng	Số bệnh nhân N	Sự kiện chết	Còn sống	
			n	%
Sống thêm toàn bộ	84	3	81	96,3

Trong số 84 BN có 3 trường hợp tử vong với thời gian theo dõi trung bình 72,4 tháng (từ 16,5 đến 98,7 tháng), có 9 trường hợp không xác định được thông tin vào thời điểm cuối cùng. Ước tính tỷ lệ sống thêm 8 năm toàn bộ đạt 96,3% được trình bày kết quả ở bảng 8. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự

như của Veronesi (2010)[2] khi nghiên cứu 2 nhóm sinh thiết hạch cửa có và không vết hạch nách với 697 bệnh nhân, thời gian theo dõi trung bình 55,6 tháng ước tính thời gian sống thêm toàn bộ ở 2 nhóm sinh thiết hạch cửa và vết hạch lần lượt là 95,5% và 94,8%.

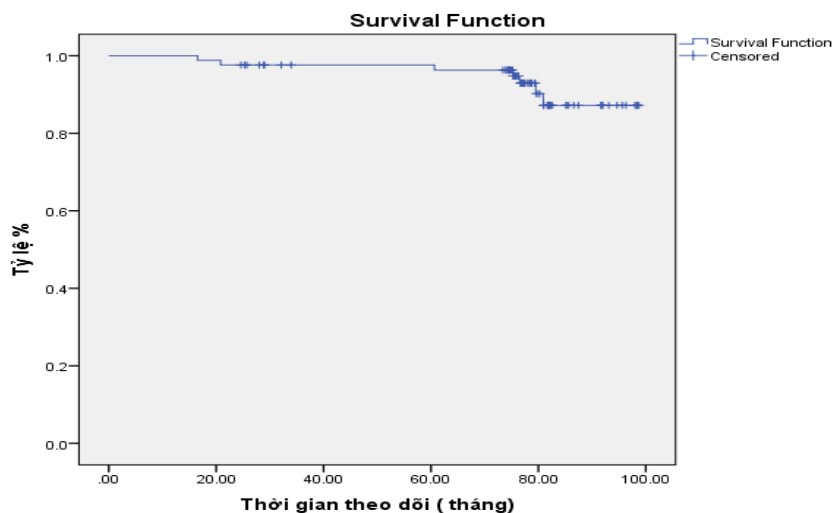


3.4.2. Sống thêm không bệnh

Bảng 9. Thời gian theo dõi bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu

Thời gian theo dõi (tháng)				n
Tối thiểu	Tối đa	Trung bình	Lệch chuẩn	84
16,5	98,7	74,2	19,9	
Tình trạng	Số bệnh nhân N	Sự kiện tái phát, di căn	Sống không bệnh	
			n	%
Sống thêm không bệnh	84	7	77	94,5

Sống thêm không bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ước tính 94,5% bảng 9.



Tỷ lệ này của chúng tôi cũng khá cao có lẽ một phần do thời gian theo dõi chưa đủ dài, bệnh nhân nhóm nghiên cứu hầu hết có u kích thước nhỏ dưới 2cm, tỷ lệ di căn hạch nách trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi

cũng không cao 6%, tỷ lệ tái phát tại chỗ khá thấp 2 ca, di căn xa gặp 5 ca. Mục tiêu của điều trị bảo tồn trong UTV là đảm bảo một sự tương đương về tỷ lệ tái phát, sống thêm so với cắt tuyến vú nhưng đồng thời cũng

đảm bảo về mặt thẩm mỹ tại vú được điều trị. Một số lượng tương đối lớn các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đã được tiến hành nhằm xác định sống thêm sau điều trị bảo tồn vú có tương đương với sống thêm sau phẫu thuật cắt tuyến vú hay không? Kết quả của nhiều thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trong tương lai, hiện tại đã được công bố so sánh phẫu thuật bảo tồn và xạ trị với phẫu thuật cắt tuyến vú. Tất cả các thử nghiệm này đều cho tỉ lệ sống thêm tương đương giữa 2 nhóm bảo tồn và cắt tuyến vú. Tính ổn định lâu dài của kết quả đã được khẳng định bằng báo cáo theo dõi 20 năm của 2 nghiên cứu lớn: Thử nghiệm Milan I, thử nghiệm NSABP B-06[10].

IV. KẾT LUẬN

Tuổi: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 48,1.

Kích thước u: Kích thước u trung bình là 1,4cm. Giai đoạn T1, T2 chiếm tỷ lệ 88.1% và 11.9%.

Tỷ lệ nhận diện hạch cửa: Tỷ lệ nhận diện hạch cửa là 100%. Số hạch cửa trung bình 1,5.

Tỷ lệ di căn hạch cửa là 5,9%.

Tỷ lệ đau và phù tay sau điều trị là 2.4%.

Tỷ lệ tê bì mặt trong cánh tay là 3.6%.

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 8 năm của cả nhóm nghiên cứu ước tính đạt 96,3%.

Tỷ lệ sống thêm không bệnh đạt 94,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Hồng Quang** (2012), Ứng dụng kỹ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa trong đánh giá tình trạng di căn hạch nách của bệnh nhân ung thư vú, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Veronesi U, Viale G, Paganelli G et al** (2010), Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: ten-year results of a randomized controlled study, *Ann Surg*, 251: 595-600.
- Nguyễn Đỗ Thùy Giang, Nguyễn Chân Hùng, Trần Văn Thiệp và CS** (2014), Khả năng ứng dụng sinh thiết hạch nách gác bằng xanh methylene trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm, Tài liệu hội thảo ung thư Thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 17.
- Trần Tứ Quý** (2008), Đánh giá bước đầu tình trạng di căn hạch nách trong ung thư vú, *Y Học Tp.HCM*, 12(4): 256-9.
- Krag D.N, Anderson S.J, Julian T.B et al** (2010), Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial, *Lancet*, 11: 927-33.
- Veronesi U, Paganelli G, Galimberti V et al** (1997), Sentinel-node biopsy to avoid axillary dissection in breast cancer with clinically negative lymph-nodes, *Lancet*, 349: 1864-7.
- Barranger E** (2003), Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: technical aspects and results.
- Phạm Hồng Khoa** (2017), Nghiên cứu ứng dụng sinh thiết hạch cửa trong điều trị ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn sớm. Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Tạ Xuân Sơn** (2009), Nghiên cứu phẫu thuật bảo tồn điều trị ung thư vú nữ giai đoạn I-II tại bệnh viện K, Luận án tiến sỹ y học, Học Viện Quân Y.
- Fisher B, et al** (2002), "Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer". *The New England Journal of Medicine*.