

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MÔ BỆNH HỌC VÀ X-QUANG TUYẾN VÚ CỦA UNG THƯ VÚ BỘ BA ÂM TÍNH

Nguyễn Thị Hào^{1,✉}, Nguyễn Văn Thi², Đoàn Tiến Lưu^{1,3}, Nguyễn Thuỳ Linh²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và X-quang tuyến vú của 34 bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính từ 01/01/2022 đến 31/05/2022 tại Bệnh viện K. Độ tuổi trung bình bệnh nhân là 57,5 tuổi. Hầu hết tổn thương (82,4%) có độ mô học cao và loại mô bệnh học hay gặp là ung thư thể ống xâm nhập tít không đặc biệt (79,4%). Trên X-quang, ung thư vú bộ ba âm tính có tổn thương dạng khối là chủ yếu (khoảng 80%), với hình thái chính là vô định hình, bờ mờ hoặc không rõ ranh giới (xấp xỉ 30%). Đặc điểm bờ tua gai hay chỉ có vôi hoá dạng nghi ngờ ác tính hiếm gặp (dưới 5%). Phân loại BIRADS 5 chiếm 9,4%, trong đó phân loại BIRADS 3 chiếm hơn 30%. U có độ mô học cao có tỉ lệ khối bờ đều/bờ mờ và phân loại BIRADS 3 cao hơn so với u có độ mô học thấp và trung bình. Ung thư vú bộ ba âm tính có những đặc điểm hình ảnh nghi ngờ thấp, có thể gây nhầm lẫn với tổn thương lành tính.

Từ khóa: Ung thư vú, ung thư vú bộ ba âm tính, X-quang tuyến vú, dưới tít phân tử ung thư vú.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú xâm nhập là một bệnh không đồng nhất với bốn dưới tít phân tử theo đồng thuận St. Gallen 2015: luminal A, luminal B, HER2, và bộ ba âm tính.¹ Bốn dưới tít này khác nhau về bộc lộ gen của thụ thể estrogen (ER), thụ thể progesteron (PR), thụ thể tăng trưởng biểu bì ở người 2 (HER2), và chỉ số tăng sinh nhân Ki67.² Trong khi luminal A có tiên lượng tốt nhất và đáp ứng với phác đồ điều trị nội tiết, nhóm bộ ba âm tính có tiên lượng xấu nhất và kém đáp ứng với phác đồ điều trị hoá chất.³ Hồ sơ bộc lộ gen (gene expression profiling, GEP) được sử dụng để xác định các dưới tít phân tử của ung thư vú. Tuy nhiên, GEP đắt tiền, mất nhiều thời gian và không phổ biến.⁴ Mặc dù không hoàn hảo, hoá mô miễn dịch (immunohistochemistry, IHC) được sử dụng

rộng rãi trên lâm sàng vì tính phổ biến và có thể nhận định các dưới tít phân tử ung thư vú, phục vụ hướng điều trị cho bệnh nhân. Tỷ lệ khác biệt giữa IHC và GEP được báo cáo lên đến 30%.^{5,6} Ngoài ra, để lấy mô vú trong việc xác định chẩn đoán, phân loại mô bệnh học và dưới tít phân tử, sinh thiết kim lõi qua da được sử dụng. Tuy nhiên, một vài nghiên cứu chỉ ra tỉ lệ mẫu bệnh phẩm không đại diện trong ung thư vú lên đến 39%.^{7,8} Hơn nữa, ung thư vú liên tục phát triển sau liệu pháp điều trị toàn thân, nên việc theo dõi toàn bộ khối u bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh là cần thiết.

Hiện nay, các nghiên cứu chỉ ra mối liên quan mật thiết giữa hình ảnh với các dưới tít phân tử ung thư vú. Trên X-quang tuyến vú, nhóm bộ ba âm tính được đặc trưng bởi các khối có bờ đều, ranh giới rõ. Những đặc điểm như bờ tua gai, vôi hoá dạng nghi ngờ ác tính ít gặp ở ung thư vú bộ ba âm tính hơn so với các dưới tít khác.⁹ Đã có những báo cáo các trường hợp ung thư vú bộ ba âm tính có hình ảnh giống như những tổn thương lành tính, gây

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hào

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: haonguyen.fsh@gmail.com

Ngày nhận: 04/09/2023

Ngày được chấp nhận: 02/10/2023

nhằm lẫn, bỏ sót và chậm trễ trong việc chẩn đoán xác định và điều trị.¹⁰

Trên thực tế, X-quang tuyến vú là phương tiện đầu tay trong việc chẩn đoán ung thư vú và được thực hiện trên hầu hết các bệnh nhân. Vì vậy, X-quang tuyến vú là phương tiện hình ảnh không xâm lấn, giúp định hướng cho các nhà lâm sàng cảnh giác với loại dưới típ tiên lượng xấu, đặc biệt ung thư vú được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Đồng thời, là cơ sở để có biện pháp phối hợp chẩn đoán tối ưu, lập kế hoạch điều trị. Tuy nhiên, những đặc điểm về hình ảnh trong các nghiên cứu trước hầu hết được thực hiện ở các nước phát triển và có chương trình sàng lọc ung thư vú toàn quốc bằng X-quang tuyến vú. Tại Việt Nam, chúng ta chưa có chương trình sàng lọc ung thư vú toàn quốc và cũng chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này, đặc biệt ở nhóm bộ ba âm tính. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và X-quang tuyến vú của những bệnh nhân có ung thư vú bộ ba âm tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư vú xâm nhập thể bộ ba âm tính tại Bệnh viện K từ 01/01/2022 đến 31/05/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú thể xâm nhập bởi bệnh phẩm sinh thiết kim lõi và/hoặc giải phẫu bệnh sau mổ, được làm hoá mô miễn dịch để chẩn đoán dưới típ, có đủ hình ảnh X-quang vú với 4 phim (2 MLO, và 2 CC) đạt tiêu chuẩn.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chụp phim X-quang vú sau khi đã có can thiệp chẩn đoán, điều trị. Chỉ quan sát thấy tổn thương trên một tư thế chụp.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

Địa điểm nghiên cứu

Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K.

Cỡ mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu tuyển được 34 nữ bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K.

Thiết bị chụp X-quang tuyến vú

Máy chụp PLANMED OY, sản xuất tại Helsinki, Phần Lan.

Cách thức thu thập số liệu

- Đặc điểm trên giải phẫu bệnh: dựa vào kết quả bác sĩ đọc được lưu trên hệ thống VIMES của bệnh viện.

- Đặc điểm trên X-quang tuyến vú: dựa vào kết quả bác sĩ đọc được lưu trên hệ thống PACS của bệnh viện.

Chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, bên vú có tổn thương.

- Đặc điểm của tổn thương vú trên giải phẫu bệnh:

+ Độ mô học (I, II, III).

+ Loại mô bệnh học (thể NOS, thể dị sản, thể vi xâm nhập...).

+ Kích thước u (đơn vị milimet).

- Đặc điểm của tổn thương trên X-quang theo phân loại BIRADS 2014 của Hội Điện quang Hoa Kỳ:

+ Độ đậm tuyến vú (phân loại A, B, C, D dựa độ đặc tuyến vú trên phim chụp).

+ Tổn thương dạng khối.

+ Hình thái tròn, bầu dục, vô định hình (khi không phân loại được thành hình tròn hay bầu dục).

+ Bờ đều, bờ mờ (khi > 25% bờ của khối bị che lấp bởi nhu mô tuyến vú lân cận), bờ thùy múi nhỏ (bờ của khối có các gợn sóng nhỏ), bờ không xác định (không có ranh giới rõ của toàn bộ bờ hoặc bất kỳ phần nào của bờ với nhu mô xung quanh), bờ tua gai (bờ có các đường toả ra từ khối).

+ Độ đậm của khối cao, trung bình, thấp (khi so sánh với độ đậm nhu mô tuyến vú lân cận); độ đậm mờ.

+ Biến đổi cấu trúc.

+ Bất đối xứng.

+ Vôôi hoá.

+ Lành tinh.

+ Nghi ngờ ác tính: vô định hình (kích thước nhỏ, không xác định được hình thái), thô không đồng nhất (kích thước 0,5 - 1mm, xu hướng kết tụ nhưng nhỏ hơn vôôi hoá loạn dưỡng), nhỏ đa hình thái (khác nhau về hình thái và kích thước, thường nhỏ hơn 0,5mm), dải mảnh/ phân nhánh (mỏng, tuyến tính, không đều, thường nhỏ hơn 0,5mm)

+ Phân bố: Lan toả (phân bố ngẫu nhiên toàn bộ vú), vùng (phân bố tập trung một vùng lớn hơn 2cm), nhóm (phân bố tập trung một vùng nhỏ hơn 2cm), dải (phân bố theo đường thẳng),

phân thùy (phân bố theo phân thùy của vú).

+ BIRADS (1, 2, 3, 4, 5).

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm REDCap và phân tích bằng phần mềm STATA 14.0.

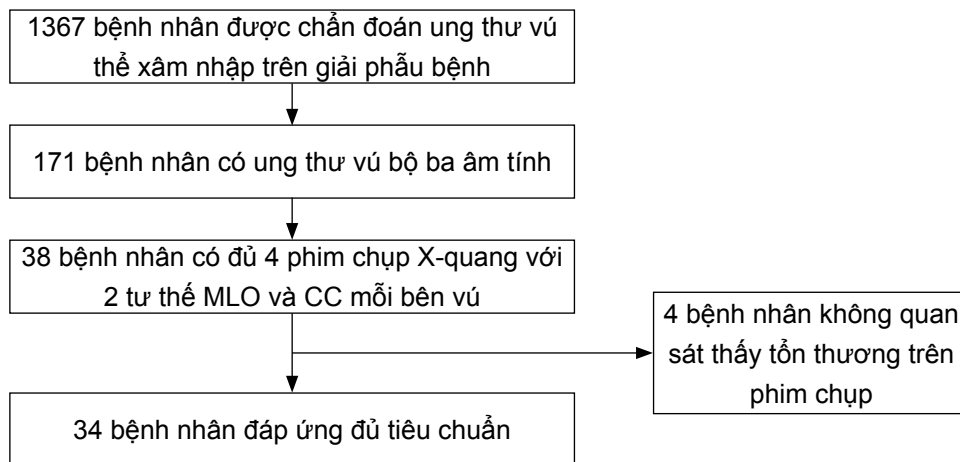
3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội.

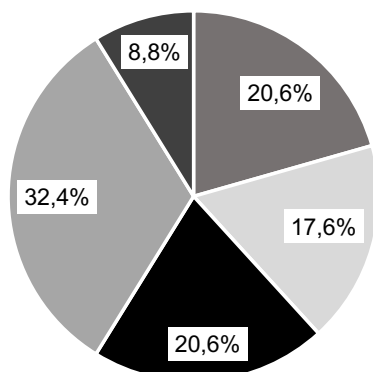
Nghiên cứu hồi cứu các số liệu của bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú bộ ba âm tính tại Bệnh viện K mà không có bất kỳ can thiệp nào trên người bệnh, do vậy không gây bất kỳ ảnh hưởng nào đến kết quả điều trị của bệnh nhân. Thông tin bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2022, có 34 nữ bệnh nhân đạt tiêu chuẩn nghiên cứu (Sơ đồ 1). Tuổi trung bình là $52,9 \pm 13$ (trung vị là 57,5 tuổi), trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 30 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 78 tuổi. Bệnh nhân có độ tuổi dưới 40 chiếm hơn 1/5 bệnh nhân trong nghiên cứu (Biểu đồ 1). Tổn thương gặp nhiều ở bên phải hơn bên trái (61,1% với 38,9%).



Sơ đồ 1. Minh họa sơ đồ nghiên cứu



■ Nhóm tuổi ■ <40 ■ 40-49 ■ 50-59 ■ 60-69 ■ 70-78

Biểu đồ 1. Biểu đồ nhóm tuổi của bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính trong nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư vú bộ ba âm tính

Đặc điểm trên giải phẫu bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ mô bệnh học		
Độ I	1	2,9
Độ II	5	14,7
Độ III	28	82,4
Tổng	34	100
Loại mô bệnh học		
Thể không đặc biệt NOS	27	79,4
Thể vi xâm nhập	1	2,9
Thể dị sản	6	17,7
Tổng	34	100
Kích thước khối u (mm)		
≤ 20	15	44,1
> 20	19	55,9
Tổng	34	100

Đặc điểm về giải phẫu bệnh của ung thư vú bộ ba âm tính được tóm tắt trong bảng 1. Ung thư vú bộ ba âm tính hầu như có độ mô học cao loại II hoặc III, 33/34 (97,1%) và chỉ có một trường hợp là có độ mô học thấp ở thể vi xâm nhập. Thể ung thư vú xâm nhập không đặc biệt

chiếm đa số với tỷ lệ (79,4%), tiếp theo đó là thể dị sản (17,7%). Kích thước u từ 5mm đến 53mm, trung bình là $24,9 \pm 12,6$ mm (trung vị là 21,5mm). Trong đó tỷ lệ u có kích thước lớn hơn 2cm cao hơn tỷ lệ u có kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 2cm.

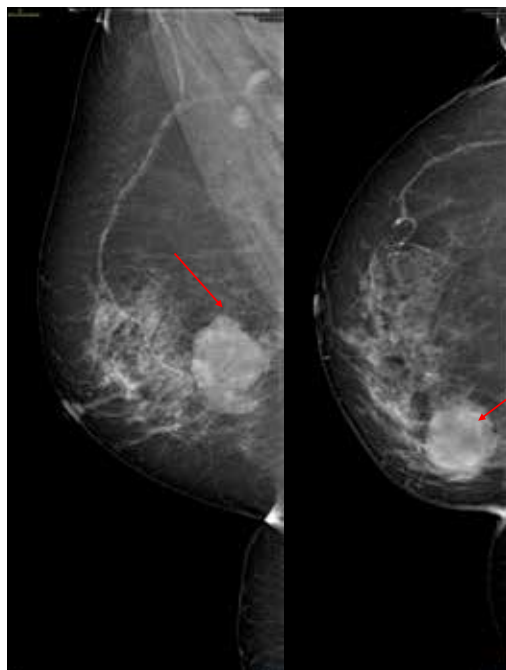
Bảng 2. Đặc điểm X-quang tuyến vú của ung thư vú bộ ba âm tính

Đặc điểm trên X-quang tuyến vú	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Típ vú		
A	2	5,9
B	4	11,8
C	19	55,9
D	9	26,4
Tổng	34	100
Đặc điểm đại thể		
Chỉ có khối	27	79,4
Khối và vôi hoá	4	11,8
Chỉ có vôi hoá	1	2,9
Không tạo khối hay vôi hoá	2	5,9
Tổng	34	34
Hình dáng của khối		
Bầu dục	9	29,0
Tròn	6	19,3
Vô định hình	16	51,6
Tổng	31	100
Bờ của khối		
Đều	2	6,4
Mờ	10	32,3
Thùy múi nhỏ	7	22,6
Không rõ ranh giới	10	32,3
Tua gai	2	6,4
Tổng	31	100
Đậm độ của khối		
Đậm độ cao	19	61,3
Đậm độ trung bình	12	38,7
Đậm độ thấp	0	0
Đậm độ mờ	0	0
Tổng	31	100
Biến đổi cấu trúc	0	0
Bất đối xứng	2	100

Đặc điểm trên X-quang tuyến vú	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hình thái vôi hoá		
Lành tính	0	0
Vô định hình	0	0
Thô không đồng nhất	1	20
Nhỏ đa hình thái	4	80
Dải mảnh/phân nhánh	0	0
Tổng	5	100
Phân bố vôi hoá		
Lan toả	0	0
Vùng	1	20
Nhóm	4	80
Dải	0	0
Phân thùy	0	0
Tổng	5	100
BIRADS		
1	0	0
2	0	0
3	10	31,2
4	19	59,4
5	3	9,4
Tổng	32	100

Về X-quang tuyến vú của ung thư vú bộ ba âm tính, các đặc điểm hình ảnh được mô tả trong bảng 2. Hơn một nửa bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính có độ đặc mô vú tít C (55,9%), trong đó chỉ 2/34 người (5,9%) là có độ đặc mô vú tít A. Tỷ lệ tổn thương u tạo khối gặp nhiều nhất (79,4%), sau đó khoảng 1/10 bệnh nhân có tổn thương vừa tạo khối vừa có vôi hoá nguy cơ cao ở bên trong. Một bệnh nhân chỉ có vôi hoá trên X-quang tuyến vú thì có độ đặc mô vú tít D. Hình thái có độ nghi ngờ thấp (hình

bầu dục và hình tròn) của khối u chiếm đến gần 50% các trường hợp. Ung thư vú bộ ba âm tính trong nghiên cứu có bờ thùy múi nhỏ hoặc bờ không rõ chiếm hơn 50%, bờ tua gai chỉ chiếm 6,4%. Đặc điểm bờ khối u hướng đến lành tính như bờ đều hoặc mờ chiếm tỷ lệ đến gần 40%. Tất cả các khối u đều có đậm độ trung bình hoặc cao so với đậm độ của nhu mô tuyến vú. BIRADS 4 chiếm hơn 50% trường hợp, tiếp theo đó là BIRADS 3 (31,2%) và cuối cùng là BIRADS 5 với tỷ lệ dưới 10%.



Hình 1. X-quang tuyến vú có một khối bờ thùy múi lớn, ranh giới rõ, có một phần nhỏ bị che lấp bởi nhu mô vú lân cận (mũi tên đỏ). Tổn thương được phân loại là BIRADS 3 trên X-quang. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư vú xâm nhập bộ ba âm tính

Bảng 3. Đặc điểm X-quang tuyến vú giữa độ mô học I/II với độ mô học III trên bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính

Đặc điểm trên X-quang tuyến vú	Độ mô học I/II n (%)	Độ mô học III n (%)	Giá trị p*
Đặc điểm đại thể			
Chỉ có khối	4 (66,7)	23 (88,5)	0,317
Khối và vôi hoá	2 (33,3)	2 (7,7)	
Chỉ có vôi hoá	0 (0,0)	1 (3,8)	
Tổng	6 (100)	26 (100)	
Hình dáng của khối			
Bầu dục	0 (0,0)	9 (36,0)	0,223
Tròn	2 (33,3)	4 (16,0)	
Vô định hình	4 (66,7)	12 (48,0)	
Tổng	6 (100,0)	25 (100,0)	

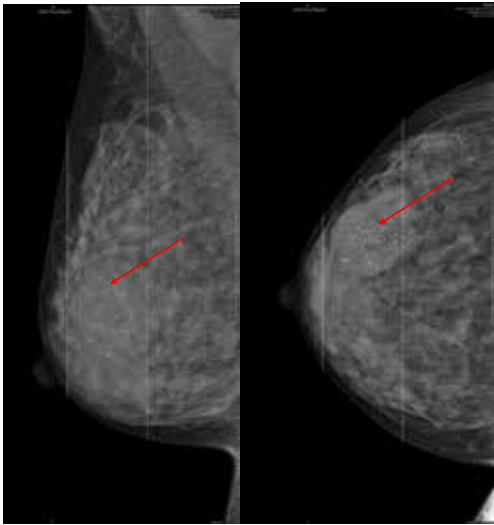
Đặc điểm trên X-quang tuyến vú	Độ mô học I/II n (%)	Độ mô học III n (%)	Giá trị p*
Bờ của khối			
Đều	1 (16,7)	1 (4,0)	0,050
Mờ	0 (0,0)	10 (40,0)	
Thùy múi nhỏ	3 (50,0)	4 (16,0)	
Không rõ ranh giới	1 (16,7)	9 (36,0)	
Tua gai	1 (16,7)	1 (4,0)	
Tổng	6 (100,0)	25 (100,0)	
Đậm độ của khối			
Đậm độ cao	4 (66,7)	15 (60,0)	1,000
Đậm độ trung bình	2 (33,3)	10 (40,0)	
Tổng	6 (100,0)	25 (100,0)	
BIRADS			
3	0 (0,0)	10 (38,5)	0,171
4	5 (83,3)	14 (53,8)	
5	1 (16,7)	2 (7,7)	
Tổng	6 (100,0)	26 (100,0)	

* Giá trị p được kiểm định theo Fisher's exact test.

Khi so sánh đặc điểm X-quang tuyến vú của ung thư vú bộ ba âm tính với các độ mô học I/II với độ mô học III, ta thấy chỉ đặc điểm bờ của khối là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p

= 0,050). Đặc biệt nhóm độ mô học III có đến 10/26 (38,5%) được phân loại BIRADS 3, trong khi không có trường hợp nào nhóm độ mô học I/II được xếp loại BIRADS 3.

IV. BÀN LUẬN



Hình 2. X-quang tuyến vú có đậm độ tip D, với tổn thương dạng khối kèm vôi hoá (mũi tên đỏ). Tổn thương dạng khối là một tổn thương hình tròn, bờ thùy múi nhỏ, đậm độ tương ứng với mô tuyến vú xung quanh. Tổn thương vôi hoá trong khối là vôi hoá thô không đồng nhất phân bố theo vùng. Tổn thương được phân loại là BIRADS 5 trên X-quang. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư vú xâm nhập bộ ba âm tính

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam nhằm nhấn mạnh đặc điểm X-quang tuyến vú của ung thư vú bộ ba âm tính. Ung thư vú bộ ba âm tính được định nghĩa là ung thư có các dấu ấn sinh học như sau: thụ thể estrogen âm tính, thụ thể progesteron âm tính, và thụ thể tăng trưởng biểu bì ở người 2 âm tính.

Về đặc điểm lâm sàng, độ tuổi trung bình ở bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi (52,9 tuổi) tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hoài (51,0 tuổi), Kristin (51,1 tuổi) và nghiên cứu của Dent (53 tuổi).^{9,11,12} Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 7/34 bệnh nhân (20,6%) có độ tuổi từ 40 trở xuống, cao hơn so với

nghiên cứu của Bauer (12,2%).¹³ Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Bauer là nghiên cứu dựa trên toàn bộ quần thể tại California, trong khi nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện ung thư quốc gia nên tỉ lệ gặp ung thư bộ ba âm tính có thể cao hơn. Ngoài ra, bệnh nhân có u bên vú phải hay gặp hơn bên vú trái. Kết quả này cũng gặp trong nghiên cứu của Hussain (52% bên vú phải và 48% bên vú trái).¹⁴ Tuy nhiên, một nghiên cứu quần thể tại Hoa Kỳ cho thấy nhóm bộ ba hay gặp bên vú trái hơn vú phải (HR: 1,06, 95%CI: 0,00 - 1,13, $p = 0,005$).¹⁵

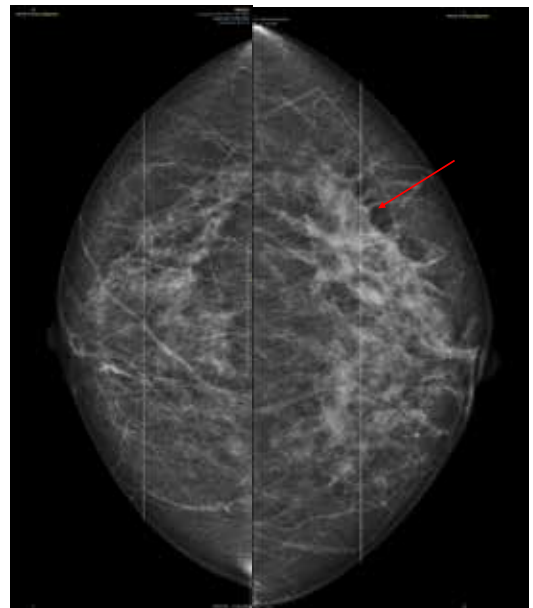
Về đặc điểm mô bệnh học, tương đồng với nghiên cứu trước của Nguyễn Thị Tuyền (64%), nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng ung thư vú bộ ba âm tính có độ mô học cao (III) chiếm đến hơn 80%.^{8,16} Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Gao về tỉ lệ ung thư vú xâm nhập dạng ống cao nhất trong ung thư vú bộ ba âm tính và kích thước trung bình của khối u (24mm).¹⁷

Đặc điểm hình ảnh X-quang tuyến vú trong nghiên cứu chủ yếu là khối không có vôi hoá với ranh giới mờ hoặc không xác định và hình dáng vô định hình. Nghiên cứu của Yang và cộng sự có chỉ ra đặc điểm của ung thư vú bộ ba âm tính trong 38 ca thì tổn thương dạng khối không có vôi hoá chiếm tỉ lệ nhiều nhất (85%) và tỉ lệ ít nhất là khối kèm với vôi hoá (15%).¹⁸ Các đặc điểm này tương tự với nghiên cứu của Gao với 54 trường hợp là ung thư vú bộ ba âm tính thì có đến 79,6% tổn thương dạng khối, 11,1% tổn thương là bất đối xứng khu trú, 5,6% là vi vôi hoá, và 3,7% là đảo lộn cấu trúc.¹⁷ Các khối thường dạng tròn hoặc bầu dục (58,1%) hoặc thùy múi (30,2%), ít gặp khối vô định hình (11,6%). Bờ đều hay gặp nhất (37,2%), tiếp theo đó là bờ thùy múi (25,6%) và bờ mờ (16,2%). Khối có bờ tua gai hiếm gặp, chỉ 9,3%. Tại nghiên cứu của Ko ($n = 87$), tổn

thương hay gặp nhất ở bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính là khối không có vôi hoá (49%), tiếp đến là bất đối xứng khu trú (22%), khối có vôi hoá (21%), hoặc chỉ có vôi hoá (7%).¹⁹ Tỷ lệ bờ hay gặp nhất là bờ mờ hoặc bờ không xác định, ít gặp nhất là bờ tua gai hoặc bờ đều.¹⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, - Đây đều là những đặc điểm hình thái và phân bố có giá trị dự báo dương tính dưới 50%, không giống như đặc điểm vôi hoá dạng dải, mảnh, hay phân bố dạng dải, phân thùy có giá trị dự báo dương tính từ 50 - 95%.²⁰ Đối với phân loại BIRADS trong nghiên cứu thì BIRADS 4 chiếm tỉ lệ cao nhất, tuy nhiên những tổn thương được phân loại BIRADS 3 cũng chiếm đến gần 1/3 các trường hợp. Trong nghiên cứu của Lacroix, phân loại BIRADS 2 gặp 15,1%, BIRADS 3 gặp 1,4%, BIRADS 4 gặp 56,2%, và BIRADS 5 gặp 27,4% trường hợp.²¹ Những đặc điểm X-quang này ở trên nhóm bộ ba âm tính khác với đặc điểm ở các nhóm luminal và HER2. Trong một nghiên cứu quần thể hơn 4500 bệnh nhân, cụm các vôi hoá ảnh hưởng lên dưới típ HER2 với chỉ số OR = 1,78; 95%CI: 1,24 - 2,54 khi so sánh với nhóm bộ ba âm tính.²² Hay trong một nghiên cứu quần thể khác với hơn 1000 bệnh nhân, những dưới típ luminal có đặc trưng là các khối bờ tua gai, ranh giới không rõ (OR = 2; 95%CI: 1,1 - 3,6) so với các nhóm khác.²³

Một điểm cần nhấn mạnh trong nghiên cứu của chúng tôi đó là các đặc điểm có độ nghi ngờ ác tính thấp như khối hình tròn/bầu dục, bờ đều/mờ chiếm tỉ lệ xấp xỉ 50% ở nhóm có độ mô học III, cao hơn so với nhóm có độ mô học I/II. Cùng với tỉ lệ 38,5% trong phân loại BIRADS 3 ở nhóm độ mô học III so với 0% ở nhóm độ mô học I/II, tỉ lệ độ mô học III chiếm hơn 80%, chúng ta càng có thể khẳng định bản chất tiến triển nhanh, đẩy bờ của u mà không gây co kéo nhu mô lân cận của ung thư vú bộ ba âm tính như những nghiên cứu trước đó đưa ra.^{24,25}

Nghiên cứu của chúng tôi tồn tại một số hạn chế. Cỡ mẫu của nghiên cứu không đủ lớn để xác định chính xác đặc điểm X-quang tuyến vú của ung thư vú bộ ba âm tính trên quần thể người Việt Nam. Nghiên cứu hồi cứu nên khó thu thập các thông tin lâm sàng liên quan của bệnh nhân. Chúng tôi đã cố gắng khắc phục bằng việc kiểm tra hai lần bộ số liệu bởi hai người khác nhau.



Hình 3. X-quang tuyến vú có tổn thương bất đối xứng khu trú ở 1/4 trên ngoài vú trái (mũi tên đỏ) được phân loại là BIRADS 4. Giải phẫu bệnh ra ung thư vú xâm nhập bộ ba âm tính

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này khẳng định ung thư vú bộ ba âm tính có các đặc điểm X-quang tuyến vú với độ nghi ngờ thấp và ít gặp những đặc điểm có độ nghi ngờ cao của ung thư vú. Các bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh cần có kiến thức về sự đa dạng trên hình ảnh của ung thư vú bộ ba âm tính để có thể nhận ra dưới típ tiên lượng xấu nhất để có thể nhanh chóng lên kế hoạch điều trị.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Trung tâm Giải phẫu bệnh và Sinh học phân tử tại Bệnh viện K đã giúp đỡ, tạo điều kiện để hoàn thành nghiên cứu này. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tan PH, Ellis I, Allison K, et al. The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology*. 2020; 77(2): 181-185. doi:10.1111/his.14091.

2. Jackisch C, Harbeck N, Huober J, et al. 14th St. Gallen International Breast Cancer Conference 2015: Evidence, Controversies, Consensus – Primary Therapy of Early Breast Cancer: Opinions Expressed by German Experts. *Breast Care*. 2015; 10(3): 211-219. doi:10.1159/000433590.

3. Hennigs A, Riedel F, Gondos A, et al. Prognosis of breast cancer molecular subtypes in routine clinical care: A large prospective cohort study. *BMC Cancer*. 2016; 16:734. doi:10.1186/s12885-016-2766-3.

4. Goldhirsch A, Wood WC, Coates AS, et al. Strategies for subtypes--dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2011; 22(8): 1736-1747. doi:10.1093/annonc/mdr304.

5. Prat A, Pineda E, Adamo B, et al. Clinical implications of the intrinsic molecular subtypes of breast cancer. *Breast Edinb Scotl*. 2015; 24 Suppl 2: S26-35. doi:10.1016/j.breast.2015.07.008.

6. Yao K, Goldschmidt R, Turk M, et al. Molecular subtyping improves diagnostic stratification of patients with primary breast

cancer into prognostically defined risk groups. *Breast Cancer Res Treat*. 2015; 154(1): 81-88. doi:10.1007/s10549-015-3587-9.

7. Greer LT, Rosman M, Mylander WC, et al. Does Breast Tumor Heterogeneity Necessitate Further Immunohistochemical Staining on Surgical Specimens? *J Am Coll Surg*. 2013; 216(2): 239-251. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2012.09.007.

8. Dershaw DD, Morris EA, Liberman L, Abramson AF. Nondiagnostic stereotaxic core breast biopsy: results of rebiopsy. *Radiology*. 1996; 198(2): 323-325. doi:10.1148/radiology.198.2.8596825.

9. Krizmanich-Conniff K, Paramagul C, Patterson SK, et al. Triple Negative Breast Cancer: Imaging and Clinical Characteristics. *AJR Am J Roentgenol*. 2012; 199(2): 458-464. doi:10.2214/AJR.10.6096.

10. Elfgen C, Varga Z, Reeve K, et al. The impact of distinct triple-negative breast cancer subtypes on misdiagnosis and diagnostic delay. *Breast Cancer Res Treat*. 2019; 177(1): 67-75. doi:10.1007/s10549-019-05298-6.

11. Trần Thị Hoài, Lê Hồng Quang, Nguyễn Ngọc Tú, Đoàn Thị Hồng Nhật. Kết quả điều trị bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính giai đoạn I - III tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *Tạp chí học Việt Nam*. 2022; 518(1). doi:10.51298/vmj.v518i1.3380.

12. Dent R, Trudeau M, Pritchard KI, et al. Triple-negative breast cancer: clinical features and patterns of recurrence. *Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res*. 2007; 13(15 Pt 1): 4429-4434. doi:10.1158/1078-0432.CCR-06-3045.

13. Bauer KR, Brown M, Cress RD, Parise CA, Caggiano V. Descriptive analysis of estrogen receptor (ER)-negative, progesterone receptor (PR)-negative, and HER2-negative invasive breast cancer, the so-called triple-

- negative phenotype. *Cancer*. 2007; 109(9): 1721-1728. doi:10.1002/cncr.22618.
14. Hussain S, Durrani F, Khan A. Frequency and Clinicopathologic Characteristics of Triple-Negative Breast Cancer Among Breast Cancer Patients Presenting to Medical Oncology Department, Hayatabad Medical Complex Peshawar, Pakistan. *Cureus*. 15(2): e34581. doi:10.7759/cureus.34581.
15. Abdou Y, Gupta M, Asaoka M, et al. Left sided breast cancer is associated with aggressive biology and worse outcomes than right sided breast cancer. *Sci Rep*. 2022; 12(1): 13377. doi:10.1038/s41598-022-16749-4.
16. Nguyễn ThịTuyền, Huệ, Hồ Thị Nguyễn Sa, Nguyễn Văn Thanh, Lê Ngọc Ánh. Đặc điểm mô bệnh học ung thư vú có bộ ba dấu ấn hoá mô miễn dịch âm tính tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. *Tạp chí Dược học Cần Thơ*. 2023; (58): 187-193. doi:10.58490/ctump.2023i58.710.
17. Gao B, Zhang H, Zhang SD, et al. Mammographic and clinicopathological features of triple-negative breast cancer. *Br J Radiol*. 2014; 87(1039): 20130496. doi:10.1259/bjr.20130496.
18. Yang WT, Dryden M, Broglio K, et al. Mammographic features of triple receptor-negative primary breast cancers in young premenopausal women. *Breast Cancer Res Treat*. 2008; 111(3): 405-410. doi:10.1007/s10549-007-9810-6.
19. Ko ES, Lee BH, Kim HA, Noh WC, Kim MS, Lee SA. Triple-negative breast cancer: correlation between imaging and pathological findings. *Eur Radiol*. 2010; 20(5): 1111-1117. doi:10.1007/s00330-009-1656-3.
20. Breast Imaging Reporting & Data System. <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Reporting-and-Data-Systems/Bi-Rads>. Accessed September 26, 2023.
21. Boisserie-Lacroix M, Mac Grogan G, Debled M, et al. Radiological features of triple-negative breast cancers (73 cases). *Diagn Interv Imaging*. 2012; 93(3): 183-190. doi:10.1016/j.diii.2012.01.006.
22. Tan PS, Ali MA, Eriksson M, Hall P, Humphreys K, Czene K. Mammography features for early markers of aggressive breast cancer subtypes and tumor characteristics: A population-based cohort study. *Int J Cancer*. 2021; 148(6): 1351-1359. doi:10.1002/ijc.33309.
23. Baré M, Torà N, Salas D, et al. Mammographic and clinical characteristics of different phenotypes of screen-detected and interval breast cancers in a nationwide screening program. *Breast Cancer Res Treat*. 2015; 154(2): 403-415. doi:10.1007/s10549-015-3623-9.
24. Boisserie-Lacroix M, MacGrogan G, Debled M, et al. Triple-Negative Breast Cancers: Associations Between Imaging and Pathological Findings for Triple-Negative Tumors Compared With Hormone Receptor-Positive/Human Epidermal Growth Factor Receptor-2-Negative Breast Cancers. *The Oncologist*. 2013; 18(7): 802-811. doi:10.1634/theoncologist.2013-0380.
25. Shin HJ, Kim HH, Huh MO, et al. Correlation between mammographic and sonographic findings and prognostic factors in patients with node-negative invasive breast cancer. *Br J Radiol*. 2011; 84(997): 19-30. doi:10.1259/bjr/92960562.

Summary

CLINICOPATHOLOGICAL AND MAMMOGRAPHIC FEATURES OF THE TRIPLE-NEGATIVE BREAST CANCER

Triple-negative breast cancer is a rare subtype with a poor prognosis. The purpose of this study was to describe clinicopathological and mammographic features in 34 patients with triple-negative breast cancer from 01/01/2022 to 31/05/2022 at the K hospital. The mean age of patients was 57.5 years old. Most lesions (82.4%) had a high grade on pathology. Invasive ductal breast cancer with no special type was the most prevalent (79.4%). On mammography, most of the triple-negative breast cancer was detected as a mass (about 80%) with an irregular shape and an obscure or microlobulated margin (approximately 30%). Detected tumours were rarely classified as BIRADS 5 (9.4%), but one-third were classified as BIRADS 3. Tumours with pathological high grade had a higher rate of masses with circumscribe or obscure margin and BIRADS 3 classification was higher compared to tumours with mild and intermediate grades. Triple-negative breast cancer can acquire characteristics with low suspicion of malignancy, which may lead to misdiagnosis as a benign lesion.

Keywords: Breast cancer, triple-negative breast cancer, mammography, molecular breast cancer subtype.