

KẾT QUẢ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ CHỤP VÚ MỘT SỐ TỒN THƯƠNG TRÊN NHỮNG BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ KHÔNG SỜ THẤY U TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Hồng Khoa^{1,✉}, Trần Nguyên Tuấn²

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, tỷ lệ phát hiện ung thư vú ở giai đoạn sớm, ngay cả khi u chưa sờ thấy trên lâm sàng ngày một cao. Nghiên cứu này đánh giá vai trò của siêu âm và chụp vú trên những bệnh nhân bị ung thư vú mà các tổn thương không phát hiện được qua thăm khám lâm sàng với mục tiêu: nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và kết quả tổn thương trên siêu âm và chụp vú của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 55 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú không sờ thấy u trên lâm sàng tại Bệnh viện K từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2023. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $53,4 \pm 10,6$ tuổi. Hoàn cảnh phát hiện tổn thương thường gặp nhất là khám sức khỏe định kỳ phát hiện tổn thương vú, 83,6%. Phần lớn bệnh nhân có mật độ mô vú đặc trên X-quang, trong đó type C chiếm 70,9%. Tỷ lệ tạo khối trên X-quang chiếm nhiều nhất, 34,5%. Trên siêu âm đa số các trường hợp có kích thước tổn thương trong khoảng từ 0,6 - 1,0cm, chiếm 43,63%. Có 19 trường hợp chiếm 34,5%, kích thước tổn thương không xác định được trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Trong những trường hợp xác định được kích thước tổn thương, kích thước tổn thương trung bình là 0,9cm. Hầu hết, bệnh nhân có kết quả BIRADS 4, đặc biệt BIRADS 4A chiếm tỷ lệ nhiều nhất trên cả 3 phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Khi siêu âm và chụp vú ở những bệnh nhân có tuyến vú to và hoặc dày cần nên kết hợp thêm với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác như cộng hưởng từ tuyến vú. Với các tổn thương BIRADS 4A trên chẩn đoán hình ảnh cần thận trọng tránh bị bỏ sót tổn thương ung thư vú.

Từ khóa: Không sờ thấy, chẩn đoán hình ảnh, đặc điểm tổn thương, ung thư vú.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất và tỷ lệ tử vong hay gặp ở phụ nữ trên toàn thế giới, theo GLOBOCAN 2020 Việt Nam hàng năm có 21.555 ca mới mắc UTV và số hơn 9.000 ca tử vong. Phát hiện sớm UTV không những đạt được tỷ lệ chữa khỏi bệnh cao mà còn làm giảm chi phí điều trị, giảm gánh nặng về kinh tế. Tại Việt Nam, nhờ chương trình mục tiêu quốc gia khám, sàng lọc và phát hiện sớm

một số bệnh ung thư trong đó có sàng lọc UTV nhằm phát hiện bệnh sớm để điều trị một cách có hiệu quả căn bệnh này. Với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, tỷ lệ phát hiện UTV ở giai đoạn sớm, ngay cả khi u chưa sờ thấy trên lâm sàng ngày một cao nhất là các tổn thương dạng đám vi vôi hóa, các tổn thương biến đổi cấu trúc tuyến trên X-quang các tổn thương tạo khối nhỏ, kích thước dưới 1cm. chất lượng cuộc sống ngày càng được cải thiện: phẫu thuật bảo tồn, phẫu thuật tái tạo, thậm chí bệnh nhân không phải vét hạch nách nếu sinh thiết hạch cửa âm tính. Với việc người dân ngày càng quan tâm tới các vấn đề về sức khỏe, nhận thức của người dân về UTV ngày

Tác giả liên hệ: Phạm Hồng Khoa

Bệnh viện K

Email: phamhongkhoa1974@gmail.com

Ngày nhận: 05/01/2024

Ngày được chấp nhận: 22/01/2024

càng sâu sắc hơn, nhiều bệnh nhân đi khám sức khỏe khi chưa có triệu chứng. Siêu âm và chụp vú là các phương tiện xâm lấn mức tối thiểu và là lựa chọn đầu tay để phát hiện những tổn thương nghi ngờ UTV khi mà tổn thương chưa sờ thấy trên lâm sàng. Trong đa số các trường hợp, bộ đôi chẩn đoán hình ảnh này là đủ cho việc phát hiện tổn thương nghi ngờ ác tính, trừ một số trường hợp chỉ phát hiện được trên phương tiện hiện đại hơn như cộng hưởng từ tuyến vú. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá các tổn thương trên hình ảnh của siêu âm và chụp vú những bệnh nhân bị UTV mà các tổn thương không được phát hiện qua thăm khám lâm sàng với mục tiêu: nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và kết quả tổn thương trên siêu âm và chụp vú của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 55 bệnh nhân ung thư vú không sờ thấy u trên lâm sàng tại Bệnh viện K. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú dựa vào mô bệnh học.

- Lâm sàng không sờ thấy u.
- Tổn thương được phát hiện qua một trong phương tiện chẩn đoán hình ảnh: siêu âm vú và hoặc X-quang vú. Kích thước tổn thương thông thường dưới 1cm.

Tiêu chuẩn loại trừ

Mô bệnh học không phải là ung thư biểu mô tuyến vú, di căn từ nơi khác.

- Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng đã có di căn xa, giai đoạn IV.

- Ung thư vú nam giới, ung thư vú liên quan đến thai kỳ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca bệnh.

Thời gian và địa điểm: 5 năm từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2023 tại Bệnh viện K.

Cỡ mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu thập được 55 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

Chỉ số nghiên cứu

Lâm sàng: tuổi, bên vú, vị trí góc phần tư...

Kích thước u (đơn vị centimet - cm).

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

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương trên X-quang theo phân loại BIRADS 2014

	Phân loại	Khả năng UT
0	Cần thêm các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác hoặc thông tin thăm khám trước đó	
1	Âm tính	0%
2	Lành tính	0%
3	Nhiều khả năng lành tính	< 2%
4	Nghi ngờ ác tính	4a: 2 - 9 % 4b: 10 - 49% 4c: 50 - 94%
5	Nghi ngờ ác tính cao	95 - 100 %
6	Đã có chẩn đoán xác định Ung thư vú bằng mô bệnh học	100%

Đậm độ tuyến vú (phân loại A, B, C, D dựa vào độ đặc tuyến vú trên phim chụp).

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự thông qua của Hội

đồng Trường Đại học Y Hà Nội và sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện K. Nghiên cứu mô tả hồi cứu, không can thiệp trên bệnh nhân, không làm ảnh hưởng tới sức khỏe của bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân đều tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 2. Một số đặc điểm của bệnh nhân UTV không sờ thấy u trên lâm sàng

	Đặc điểm	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 40	3	5,5
	40 - 49	23	41,8
	50 - 59	15	27,3
	≥ 60	14	25,4
Triệu chứng	Không triệu chứng	46	83,6
	Đau vú	4	7,3
	Chảy dịch đầu vú	5	9,1
Tiền sử u vú	Có	3	5,5
	Không	52	94,5
Tiền sử gia đình có người mắc UTV	Có	2	3,6
	Không	53	96,4
Bên vú có tổn thương	Vú trái	30	54,5
	Vú phải	25	45,5
Sinh thiết dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh	Siêu âm	33	89,2
	X-quang	4	10,8
	MRI	0	0

Trong số 55 bệnh nhân trong nghiên cứu có 28 bệnh nhân ung thư vú tại chỗ và 27 bệnh nhân ung thư vú xâm nhập. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $53,4 \pm 10,6$ tuổi. Lý do làm cho bệnh nhân đến với bệnh viện nhiều nhất và chiếm số lượng lớn là đi khám sức khỏe định kỳ khi chưa có triệu chứng, chiếm 83,6%. Các trường hợp còn lại là phát hiện qua triệu chứng chảy dịch đầu vú (9,1%)

và đau tức vùng vú (7,3%). Đa số bệnh nhân trong tiền sử không có u vú trước đó (94,5%) và không có người trong gia đình mắc ung thư vú (96,4%). Một số đặc điểm của bệnh nhân ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng thể hiện trong Bảng 2.

Nhóm tuổi thường gặp là trong độ tuổi từ 40 - 49 tuổi, chiếm tỷ lệ 41,8%. Hoàn cảnh phát hiện tổn thương thường gặp nhất là khám sức khỏe định kỳ phát hiện tổn thương vú, 83,6%.

Phần lớn bệnh nhân có mật độ vú đặc, trong đó type C chiếm 70,9%. Tỷ lệ tạo khối trên X-quang chiếm nhiều nhất, 34,5%. Có 5 trường hợp, chiếm 9,1% không thấy tổn thương trên X-quang. Trên siêu âm, đa số các trường hợp có kích thước tổn thương trong khoảng từ 0,6 -

1,0cm, chiếm 43,63%. Có 19 trường hợp chiếm 34,5%, kích thước tổn thương không xác định được trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Trong những trường hợp xác định được kích thước tổn thương, kích thước tổn thương trung bình là 0,9cm.

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh các tổn thương trên siêu âm và chụp vú

Đặc điểm trên chẩn đoán hình ảnh		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Mật độ vú trên X-quang	Type B	7	12,7
	Type C	39	70,9
	Type D	9	16,4
Hình thái tổn thương trên X-quang	Tạo khối	19	34,5
	Vi vôi hóa	11	20,0
	Tạo khối + Vi vôi hóa	16	29,1
	Biến đổi cấu trúc	4	7,3
	Không thấy tổn thương	5	9,1
Vị trí u trên siêu âm	1/4 trên ngoài	22	40,0
	1/4 dưới ngoài	9	16,4
	1/4 dưới trong	9	16,4
	1/4 trên trong	12	21,8
	Trung tâm	3	5,5
Kích thước tổn thương trên siêu âm	0 - 0,5	4	7,3
	0,6 - 1,0	24	43,6
	1,1 - 2,0	8	14,5
	> 2,0	0	0,0
	Không xác định	19	34,5
Phương pháp phát hiện tổn thương vú	X-quang	5	9,1
	Siêu âm	6	10,9
	X-quang và siêu âm	44	80,0
Số ổ tổn thương phát hiện qua CĐHA	Đơn ổ	48	87,3
	Đa ổ (2 ổ)	7	12,7

Mật độ vú trên X-quang type C chiếm tỷ lệ lớn hơn 70,9%. Đa số tổn thương có kích thước

trên siêu âm từ 0,6 - 1,0cm chiếm tỷ lệ 43,6%.

Bảng 4. Kết quả hình ảnh tổn thương kết hợp giữa siêu âm và X-quang

Siêu âm/X-quang (BIRADS/BIRADS)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	X-quang/Siêu âm (BIRADS/BIRADS)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
4a/1	2	3,6	4a/2	2	3,6
4a/3	4	7,3	4a/3	2	3,6
4a/4a	29	52,7	4b/3	1	1,8
4b/4a	1	1,8	4c/4c	2	3,6
4b/4b	9	16,4	5/5	3	5,5

Đa số bệnh nhân có kết quả BIRADS 4, đặc biệt BIRADS 4A chiếm tỷ lệ nhiều nhất trên cả siêu âm và X-quang.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $53,4 \pm 10,6$ tuổi, tỷ lệ các nhóm tuổi < 40, 40 - 49, 50 - 59 và ≥ 60 lần lượt là 5,5%; 41,8%; 27,3% và 25,4%. Nghiên cứu của tác giả Bo Pan và cộng sự tại Trung Quốc trong thời gian từ năm 2001 đến 2014 trên 572 bệnh nhân UTV không sờ thấy trên lâm sàng được phát hiện qua siêu âm tỷ lệ này lần lượt là 16,8%; 33,6%; 24,5% và 25,1%; ở nhóm 127 bệnh nhân phát hiện qua tổn thương qua X-quang tỷ lệ này lần lượt là 11,0%; 44,1%; 26,0% và 18,9%.⁵ Các kết quả cho thấy UTV không sờ thấy trên lâm sàng thường được phát hiện trong độ tuổi từ 40 - 49 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do bệnh nhân đến với bệnh viện nhiều nhất và chiếm số lượng lớn là đi khám sức khỏe định kỳ, chiếm 83,6%. Các trường hợp còn lại là phát hiện qua triệu chứng chảy dịch đầu vú (9,1%) và đau tức vùng vú (7,3%). Các tổn thương UTV không sờ thấy u trên lâm sàng thường không có triệu chứng, bệnh nhân không sờ thấy u, phần lớn phát hiện tổn thương qua khám sức khỏe sàng lọc. Vì vậy, cần khuyến cáo bệnh nhân nên đi khám sức khỏe sàng lọc định kỳ để phát hiện tổn thương UTV ở giai đoạn sớm, lúc chưa sờ

thấy u trên lâm sàng, đặc biệt từ những bệnh nhân trên 40 tuổi. Đa số, bệnh nhân trong tiền sử không có u vú trước đó (chiếm 94,5%) và không có người trong gia đình mắc ung thư vú (chiếm 96,4%). Trong nghiên cứu của tác giả S.Yilmaz về 76 trường hợp ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng, có 7,79% bệnh nhân tiền sử gia đình mắc ung thư vú, tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi.⁶ Tiền sử người trong gia đình mắc ung thư vú là một yếu tố thường làm cho bệnh nhân có nhận thức hơn về bệnh ung thư vú. Từ đó, bệnh nhân có ý thức tự khám vú, đi khám sàng lọc ung thư vú. Tuy nhiên nhiều trường hợp dẫn đến lo lắng quá mức làm sinh thiết cũng như can thiệp quá chỉ định, không cần thiết.

Mật độ tuyến vú làm ảnh hưởng đến độ nhạy của X-quang tuyến vú và gây khó khăn cho việc phát hiện tổn thương qua thăm khám lâm sàng.³ Những bệnh nhân ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng thường có mật độ tuyến vú đặc. Trong nghiên cứu này có 12,7% bệnh nhân mô vú type B, 70,9% type C và 16,4% type D. Đặc điểm tổn thương trên X-quang được chia thành 4 nhóm chính bao gồm: tạo khối, vi vôi hóa, tạo khối kèm vi vôi hóa hoặc biến đổi cấu trúc tuyến. Kết quả của nghiên cứu này các tổn thương tạo khối, vi vôi hóa, tạo khối kèm vi vôi hóa và biến đổi cấu trúc tuyến lần lượt là: 34,5%, 20,0%, 29,1%, 7,3%. Có tới 9 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,3%

không phát hiện được tổn thương qua X-quang. Qua đây, thấy được vai trò của siêu âm trong việc bổ sung cho X-quang trong việc phát hiện tổn thương ung thư vú đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi có mật độ tuyến vú đặc.⁴

Đa số các trường hợp trong nghiên cứu có kích thước u trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong khoảng từ 0,6 tới 1,0cm chiếm 43,6% và không có trường hợp nào kích thước u lớn hơn 2,0cm. Tuy nhiên, có một số lượng lớn chiếm 34,5% số trường hợp không xác định được kích thước u. Các tổn thương ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng có kích thước bé, ranh giới không rõ ràng, khó khăn cho việc xác định chính xác kích thước tổn thương. Một nguyên nhân khác là do có những trường hợp tổn thương biểu hiện là đám vi vôi hóa phát hiện qua chụp X-quang và không tạo thành khối do đó không thể xác định được chính xác kích thước u trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Từ đây, gợi ý cho thực hành lâm sàng hàng ngày các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cần quan tâm hơn trong việc xác định kích thước của các tổn thương này. Trong một nghiên cứu ở Hàn Quốc của tác giả Dongju Kim và các cộng sự, trên 3.777 trường hợp ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng có kích thước u trung bình là $1,24 \pm 0,85\text{cm}$, kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,9cm. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu 55 bệnh nhân trong nghiên cứu này là còn hạn chế.⁷

Về tính chất đa ổ, tính chung trên tất cả các phương tiện chẩn đoán hình ảnh phát hiện 7/55 bệnh nhân chiếm 12,7% bệnh nhân có tổn thương đa ổ, cụ thể tất cả các trường hợp đều có 2 ổ tổn thương. Những bệnh nhân UTV không sờ thấy trên lâm sàng thường có kích thước u bé và chưa có di căn hạch nách, là nhóm đối tượng cho phẫu thuật bảo tồn vì thế đánh giá chính xác tính chất đa ổ, đa trung tâm trước phẫu thuật là đặc biệt quan trọng. Do đó,

trong thực tế hầu như tất cả các bệnh nhân đều có chỉ định chụp cộng hưởng từ tuyến vú trước phẫu thuật bảo tồn.⁸

Thang điểm BIRADS là yếu tố giúp dự báo khả năng ác tính của tổn thương vú được phát hiện qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Trong đó có nhóm BIRADS 4 là một nhóm không đồng nhất với BIRADS 4A nhiều khả năng là lành tính (dưới 5% trường hợp xuất hiện UTV) trong khi đó nhóm BIRADS 4C nhiều khả năng là ác tính. Trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện K, các trường hợp tổn thương từ BIRADS 4A trở lên ở ít nhất một phương pháp chẩn đoán hình ảnh sẽ được tiến hành sinh thiết kim làm giải phẫu bệnh hoặc phẫu thuật lấy u làm giải phẫu bệnh để đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh với kết quả chẩn đoán hình ảnh. Trong nghiên cứu này có 9,1% bệnh nhân tổn thương nghi ngờ ung thư chỉ phát hiện được qua X-quang, 10,9% bệnh nhân tổn thương chỉ phát hiện qua siêu âm và 80% bệnh nhân phát hiện tổn thương qua cả siêu âm và chụp vú. Đồng thời nghiên cứu này cho thấy các tổn thương ung thư vú không sờ thấy trên phần lớn có kết quả BIRADS 4 trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là nhóm BIRADS 4A. Kết quả này không có sự khác biệt nhiều giữa X-quang và siêu âm (thể hiện trong Bảng 4). Cộng hưởng từ tuyến vú thường giúp phát hiện các tổn thương đa ổ, đa trung tâm và phát hiện các tổn thương kích thước bé ở các bệnh nhân có tuyến vú kích thước lớn hoặc mật độ tuyến vú dày. Trong nghiên cứu, có 8 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ tuyến vú, có 4 bệnh nhân chiếm 50% có kết quả BIRADS 4A. Trên siêu âm và X-quang có 2 bệnh nhân có kết quả chụp X-quang BIRADS 1 và 4 bệnh nhân BIRADS 3; trên siêu âm có 2 bệnh nhân có kết quả BIRADS 2 và 2 bệnh nhân có kết quả BIRADS 3. Cho thấy một số tổn thương không phát hiện được trên X-quang nhưng

phát hiện được qua siêu âm tuyến vú và ngược lại. Do đó, cần kết hợp cả hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh này để bổ sung cho nhau nhằm phát hiện sớm các tổn thương UTV, tránh bỏ sót tổn thương ác tính. Nghiên cứu của tác giả Eda Elverici và cộng sự năm 2015 về mối tương quan giữa tổn thương vú BIRADS 4 và giải phẫu bệnh sau mổ trên 186 tổn thương cho thấy tỷ lệ ác tính xuất hiện ở 72 trường hợp chiếm 38,7%. Khi phân tích dưới nhóm, cho các tổn thương BIRADS 4A, 4B, 4C tỷ lệ ác tính lần lượt là 19,5%; 41,5%; 74,3%.⁹ Tỷ lệ này cao hơn một chút so với các tài liệu phân nhóm BIRADS cho tổn thương vú nói chung. Qua đây, chúng ta thấy các trường hợp UTV không sờ thấy u trên lâm sàng có tổn thương BIRADS 4A chiếm tỉ lệ cao. Vì vậy, trong thực hành lâm sàng, với những tổn thương kích thước bé và BIRADS 4A, chúng ta cần cố gắng thực hiện sinh thiết kim dưới hướng dẫn của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, X-quang vú. Trường hợp không thể thực hiện được sinh thiết kim, cần tiến hành sinh thiết mở lấy u làm giải phẫu bệnh, tránh bỏ sót tổn thương UTV.

V. KẾT LUẬN

Ung thư vú giai đoạn sớm không sờ thấy u trên lâm sàng được phát hiện chủ yếu dựa vào các hình ảnh tổn thương nghi ngờ trên siêu âm và chụp vú, qua nghiên cứu trên 55 bệnh nhân của chúng tôi thấy tổn thương trên siêu âm kết hợp với X-quang có BIRADS 4A, 4B, 4C và 5 lần lượt là: 52,7%; 16,4%; 3,6% và 5,5%. Kết quả siêu âm đa số các trường hợp có kích thước tổn thương trong khoảng từ 0,6 - 1,0cm, chiếm 43,63%. Chụp vú phát hiện tổn thương tạo khối, vi vôi hóa, tạo khối kèm vi vôi hóa và biến đổi cấu trúc tuyến lần lượt là: 34,5%, 20,0%, 29,1%, 7,3%. Trên cả siêu âm và X-quang, tỷ lệ nhóm tổn thương BIRADS 4 là nhiều nhất, trong đó BIRADS 4A trên siêu âm và X-quang lần lượt là 54,5% và 61,8%.

VI. KIẾN NGHỊ

Những bệnh nhân trên 40 tuổi nên khám sàng lọc, siêu âm kết hợp với chụp vú để phát hiện sớm ung thư. Khi siêu âm và chụp vú ở những bệnh nhân có tuyến vú to và hoặc dày cần nên kết hợp thêm với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác như chụp cộng hưởng từ. Với các tổn thương BIRADS 4A trên chẩn đoán hình ảnh cần thận trọng tránh bị bỏ sót tổn thương ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harmien Zonderland, Robin Smithuis. *BIRADS for Mammography and Ultrasound 2013*. The Radiology Assistant. 2013;3
2. Rauch GM, Hobbs BP, Kuerer HM, et al. Microcalcifications in 1657 Patients with Pure Ductal Carcinoma in Situ of the Breast: Correlation with Clinical, Histopathologic, Biologic Features, and Local Recurrence. *Ann Surg Oncol*. 2016;23(2):482-489. doi:10.1245/s10434-015-4876-6
3. Weigel S, Heindel W, Heidrich J, et al. Digital mammography screening: sensitivity of the programme dependent on breast density. *Eur Radiol*. 2017;27(7):2744-2751. doi:10.1007/s00330-016-4636-4
4. Rebolj M, Assi V, Brentnall A, et al. Addition of ultrasound to mammography in the case of dense breast tissue: systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*. 2018;118(12):1559-1570. doi:10.1038/s41416-018-0080-3
5. Pan B, Yao R, Zhu QL, et al. Clinicopathological characteristics and long-term prognosis of screening detected non-palpable breast cancer by ultrasound in hospital-based Chinese population (2001-2014). *Oncotarget*. 2016;7(47):76840-76851. doi:10.18632/oncotarget.12319
6. Yilmaz S, Ünal GK, Aslan HS, et al.

Ultrasound-guided wire localization biopsy in non-palpable breast lesions: predictive factors for malignancy.

7. Kim D, Lee SJ, Ko BK, et al. The Clinicopathological Characteristics of Palpable and Non-palpable Breast Cancer. *J Breast Dis.* 2020;8(2):92-99. doi:10.14449/jbd.2020.8.2.92

8. Li L, Zhang Q, Qian C, et al. Impact of Preoperative Magnetic Resonance Imaging on

Surgical Outcomes in Women with Invasive Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Clin Pract.* 2022;2022:6440952. doi:10.1155/2022/6440952

9. Elverici E, Barça AN, Aktaş H, et al. Nonpalpable BI-RADS 4 breast lesions: sonographic findings and pathology correlation. *Diagn Interv Radiol.* 2015;21(3):189-194. doi:10.5152/dir.2014.14103

Summary

RESULTS OF US AND MAMMOGRAPHY WITH NON-PALPABLE LESIONS IN BREAST CANCER AT K HOSPITAL

With the development of imaging diagnostic tools, the detection rate of non-palpable breast tumors in early stages is increasing. The purpose of this study was to assess the role of ultrasound and mammography in patients with non-palpable breast tumors as well as to describe various clinical characteristics and the results of ultrasound and mammography. A descriptive retrospective study was conducted on 55 patients diagnosed with breast cancer with non-palpable tumors upon clinical examination at Hospital K from January 2018 to June 2023. The average age of the patients in the study was 53.4 ± 10.6 years old. 83% of the lesions were detected through regular health check-ups. Most patients had dense breast tissue on mammography, with type C accounting for 70.9%. The proportion of mass lesions detected through mammography was the highest, at 34.5%. On ultrasound, the majority of cases had lesion sizes ranging from 0.6 to 1.0cm, making up 43.63%. There were 19 cases (34.5%) of which the lesion size could not be measured through diagnostic imaging tools. Among cases with a determined lesion size, the average size was 0.9cm. The majority of patients had BIRADS 4 results, particularly BIRADS 4A, which had the highest percentage among all three diagnostic imaging methods. It is recommended to combine ultrasound and mammography with other diagnostic imaging methods such as breast MRI in patients with large or thick breasts. Diagnosing BIRADS 4A lesions should be cautioned to avoid missing non-palpable tumors.

Keywords: Non-palpable, diagnostic imaging, lesion characteristics, breast cancer.