

TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH NÁCH VÀ ĐẶC ĐIỂM HÓA MÔ MIỄN DỊCH UNG THƯ VÚ THỂ VI NHÚ XÂM NHẬP ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN K

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

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu đánh giá tình trạng di căn hạch nách và đặc điểm hoá mô miễn dịch của 62 bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú xâm nhập được phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 50,1 tuổi. Hầu hết bệnh nhân có kết quả trên siêu âm là BIRADS 4C và BIRADS 5 lần lượt là 37,1% và 46,8%. Bệnh nhân trong nghiên cứu có tỷ lệ di căn hạch nách là 72,6%, trong đó giai đoạn N1, N2 và N3 lần lượt là 40,3%; 22,6% và 9,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có ER dương tính, PR dương tính, HER2/neu (+++) lần lượt là 87,1%; 74,2% và 29%. Bệnh nhân có tình trạng xâm nhập mạch bạch huyết chiếm tỷ lệ cao 56,5%. Các yếu tố có liên quan đến tình trạng di căn hạch nách bao gồm kích thước u, tình trạng xâm nhập mạch bạch huyết và thành phần vi nhú của khối u. Trong khi đó không có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch nách giữa các nhóm phân tử. Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập có những đặc điểm thể hiện mức độ ác tính cao, tình trạng di căn hạch nách thường xảy ra sớm và tỷ lệ dương tính với thụ thể nội tiết cao trong khi đó tỷ lệ bộc lộ HER2/neu thấp.

Từ khoá: Vi nhú xâm nhập, ung thư vú, di căn hạch nách, hoá mô miễn dịch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thể vi nhú xâm nhập (Invasive micropapillary carcinoma - IMPC) là một thể hiếm gặp, chiếm tỷ lệ khoảng từ 0,7% - 3% tất cả các trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú.¹ Trên vi thể, nó bao gồm các tế bào biểu mô ác tính đứng thành cụm nhỏ, hốc hoặc hình phiêu dẫu, bao xung quanh bởi khoảng sáng với cấu trúc đảo ngược, không có trục liên kết. Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập lần đầu tiên được mô tả trong y văn về giải phẫu bệnh bởi Petersen vào năm 1993 và được liệt kê trong bảng phân loại ung thư vú của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) lần đầu tiên vào năm 2003.² Kể từ đó, ung thư vú thể vi nhú xâm nhập đã nhận được sự công

nhận của các nhà giải phẫu bệnh làm cho tỷ lệ báo cáo về ung thư vú thể vi nhú xâm nhập tăng lên.

Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập biểu hiện cả trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và vi thể với những đặc điểm ác tính cao khác biệt so với ung thư vú thể ống thông thường.³ Tình trạng di căn hạch nách thường xuất hiện sớm và tỷ lệ xâm nhập mạch bạch huyết cao.⁴ Tuy nhiên, trên hóa mô miễn dịch tỷ lệ dương tính với thụ thể nội tiết cao và ít bộ yếu tố phát triển biểu mô HER2/neu.⁵

Dù trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về ung thư vú thể vi nhú xâm nhập nhưng ở Việt Nam các nghiên cứu còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: Tình trạng di căn hạch nách và đặc điểm hóa mô miễn dịch ung thư vú thể vi nhú xâm nhập được phẫu thuật tại Bệnh viện K. Mục tiêu đánh giá trình trạng di căn hạch nách và một số yếu tố liên

Tác giả liên hệ: Phạm Hồng Khoa

Bệnh viện K

Email: phamhongkhoa1974@gmail.com

Ngày nhận: 09/06/2024

Ngày được chấp nhận: 08/07/2024

quan trên những bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú xâm nhập được phẫu thuật tại Bệnh viện K đồng thời mô tả đặc điểm hóa mô miễn dịch của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Từ đó, các bác sỹ lâm sàng đưa ra được chỉ định phẫu thuật, mức độ vét hạch nách và điều trị bổ trợ sau mổ chính xác trên từng bệnh nhân giúp cá thể hóa điều trị.⁶

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư vú thể vi nhú xâm nhập được phẫu thuật tại Bệnh viện K từ 01/01/2018 đến 31/12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ, được chẩn đoán ung thư vú thể vi nhú xâm nhập dựa kết quả vi thể có từ 10% thành phần vi nhú trên bệnh phẩm sau mổ tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023.

- Những khối u có thành phần vi nhú lớn hơn 90% được xếp vào loại thuần nhất, những khối u có thành phần vi nhú từ 10 - 90% được xếp vào nhóm hỗn hợp.

- Được phẫu thuật cắt tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn + vét hạch nách.

- Ghi nhận số lượng hạch nách vét được, số hạch nách di căn.

- Ghi nhận các đặc điểm trên hóa mô miễn dịch: ER, PR, HER2/neu, Ki67. Đối với bệnh nhân có ER PR dương tính từ 1% trở lên được tính là dương tính. Bệnh nhân có HER2/neu (++) được làm xét nghiệm DualFISH.

- Bệnh nhân đồng thuận với các chỉ định và chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đã được điều trị hóa chất tân bổ trợ.

- Giải phẫu bệnh sau mổ không thuộc nhóm ung thư vú thể vi nhú xâm nhập.

- Những bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

- Những bệnh nhân không có đủ hồ sơ bệnh án.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Ngoại vú, Khoa Điều trị A, Khoa Điều trị theo yêu cầu Quán sứ; Bệnh viện K.

Cơ mẫu

Cơ mẫu thuận tiện, thu thập 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

Cách thức thu thập số liệu

Đặc điểm giải phẫu bệnh và hoá mô miễn dịch: Dữ liệu được lấy trên hệ thống quản lý bệnh viện phần mềm VIMES.

Đặc điểm trên lâm sàng: Thu thập dựa vào hồ sơ bệnh án ở khoa và kho lưu trữ của bệnh viện.

Chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu: Tuổi, hoàn cảnh phát hiện bệnh, bên vú có u, vị trí u, sờ thấy hạch nách.

Đặc điểm bệnh nhân trên giải phẫu bệnh: Số u, thành phần vi nhú của khối u, kích thước u, tình trạng xâm nhập mạch bạch huyết, độ mô bệnh học.

Số hạch nách vét được, số hạch nách di căn.

Kết quả hóa mô miễn dịch:

Tình trạng thụ thể nội tiết, HER2/neu, chỉ số Ki67.

Phân nhóm phân tử ung thư vú Luminal.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều trên tinh thần tự nguyện và nhằm mục đích nghiên cứu khoa học, nâng cao chất lượng

chẩn đoán và điều trị.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của Viện nghiên cứu Ung thư Quốc gia.

Nghiên cứu hồi cứu các số liệu của bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú thể vi nhú

xâm nhập 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.

Bảng 1. Phân nhóm phân tử ung thư vú theo Hội nghị đồng thuận St. Gallen 2015

Thể bệnh học	Đặc điểm phân định
Lòng ống A	ER dương tính HER2/neu âm tính Ki67 thấp PR cao Xét nghiệm phân tử (nếu có): Nguy cơ thấp
Lòng ống B - HER2/neu âm tính	ER dương tính HER2/neu âm tính Ki67 cao hoặc PR thấp Xét nghiệm phân tử (nếu có): Nguy cơ cao
Lòng ống B - HER2/neu dương tính	ER dương tính HER2/neu dương tính Ki67 bất kỳ PR bất kỳ
HER2/neu dương tính (không lòng ống)	HER2/neu dương tính ER, PR âm tính
Bộ ba âm tính	ER, PR, HER2/neu âm tính

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023, có 62 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 50,1 ± 10,2 tuổi; trong

đó bệnh nhân trẻ nhất là 30 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 74 tuổi. Bệnh nhân có độ tuổi dưới 50 chiếm hơn 1/2 bệnh nhân trong nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh ung thư vú vi nhú xâm nhập

Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Bên vú</i>	Trái	34	54,8
	Phải	28	45,2
<i>Góc phần tư</i>	Trung tâm	3	4,8
	1/4 trên ngoài	36	58,1
	1/4 dưới ngoài	5	8,1
	1/4 dưới trong	8	12,9
	1/4 trên trong	10	16,1

Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lâm sàng	Khám sức khoẻ	2	3,2
	Sờ thấy u	49	79
	Chảy dịch đầu vú	9	14,5
	Đau tức	2	3,2
Đa ổ	Một ổ	34	54,8
	Đa ổ	28	45,2
BIRADS trên siêu âm	4A	4	6,5
	4B	6	9,7
	4C	23	37,1
	5	29	46,8
Hạch nách trên siêu âm	Âm tính	24	38,7
	Nghi ngờ	38	61,3
Đặc điểm u trên X-quang	Không thấy u	4	6,5
	Khối	21	33,9
	Vi vôi hoá	5	8,1
	Khối kèm vi vôi hoá	30	48,4
	Biến đổi cấu trúc	2	3,2

Kích thước u trung bình trên siêu âm là $22,3 \pm 9,4$ mm, khối u bé nhất có kích thước là 4mm và lớn nhất là 50mm. Trên siêu âm, đa

số các bệnh nhân trong nghiên cứu có kết quả là BIRADS 4C (chiếm 37,1%) và BIRADS 5 (chiếm 46,8%).

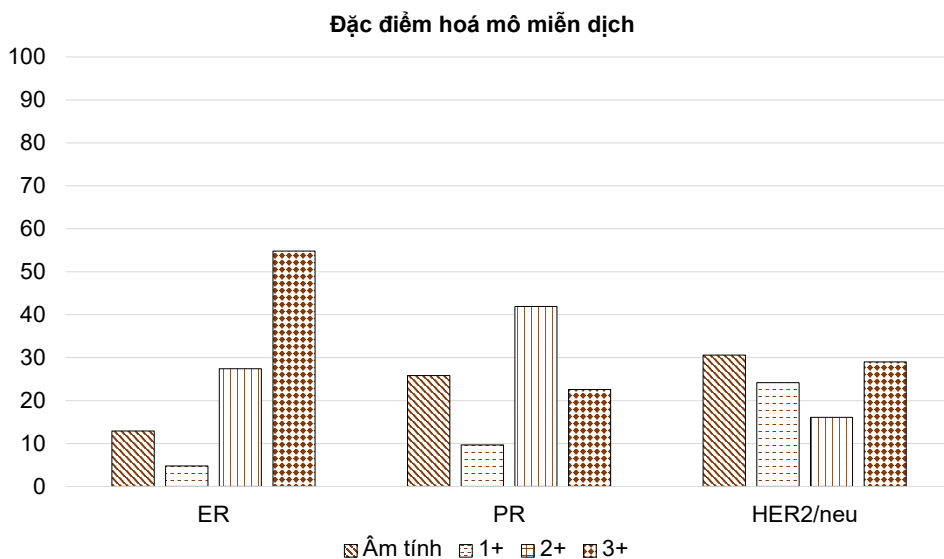
Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư vú vi nhú xâm nhập

Đặc điểm giải phẫu bệnh		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn T	1	18	29,0
	2	35	56,5
	3	9	14,5
Độ mô học	Không xác định	1	1,6
	1	13	21,0
	2	23	37,1
	3	25	40,3
Xâm nhập mạch bạch huyết	Không	27	43,5
	Có	35	56,5
Thành phần	Hỗn hợp	14	22,6
	Vi nhú	48	77,4

	Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn N	0	17	27,4
	1	25	40,3
	2	14	22,6
	3	6	9,7
Chỉ số Ki67	< 20%	15	24,2
	≥ 20%	47	75,8

Trên giải phẫu bệnh, kích thước u trung bình là $2,8 \pm 1,2\text{cm}$. Số lượng hạch nách vết được trong nghiên cứu là $13,8 \pm 5,0$ hạch. Bệnh nhân có số hạch vết được ít nhất là 7 và nhiều nhất là

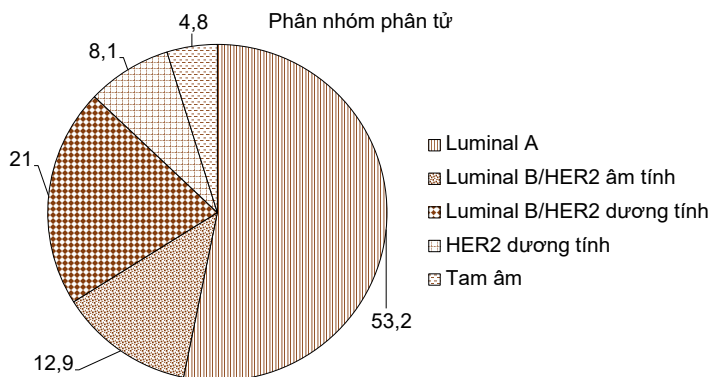
35 hạch. Số lượng hạch nách di căn trung bình là $3,85 \pm 5,2$; với trường hợp có nhiều hạch di căn nhất là 24 hạch.



Biểu đồ 1. Đặc điểm hoá mô miễn dịch ung thư vú vi nhú xâm nhập

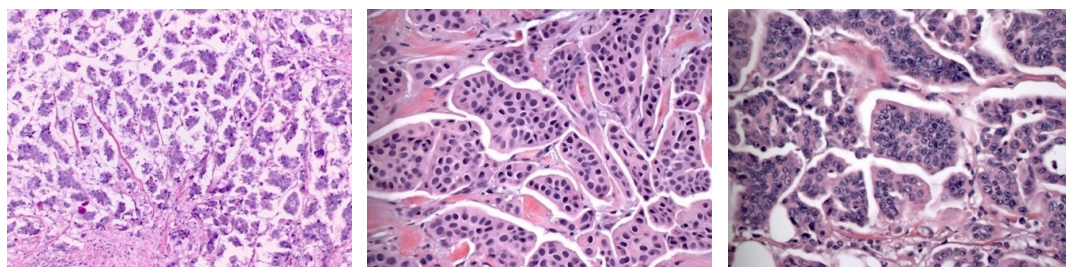
Bệnh nhân có ER dương tính, PR dương tính và HER2/neu âm tính chiếm tỷ lệ cao lần

lượt là 87,1%; 74,2% và 53,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số Ki67 ≥ 20% là 75,8%.



Biểu đồ 2. Phân nhóm phân tử ung thư vú vi nhú xâm nhập

Bệnh nhân thuộc nhóm phân tử Luminal A chiếm tỷ lệ nhiều nhất 53,2%.



Hình 1. Hình ảnh vi thể ung thư vú thể vi nhú

Bảng 4. Tình trạng di căn hạch nách và một số yếu tố liên quan

		Di căn hạch nách		Giá trị p*
		Không, n (%)	Có, n (%)	
Giai đoạn T	1	8 (44,4)	10 (55,6)	0,036
	2	7 (20,0)	28 (80,0)	
	3	1 (11,1)	8 (88,9)	
Xâm nhập mạch	Không	14 (51,9)	13 (48,1)	< 0,001
	Có	2 (5,7)	33 (94,3)	
Thành phần	Hỗn hợp	8 (57,1)	6 (42,9)	0,005
	Vi nhú	8 (16,7)	40 (83,3)	
Phân nhóm phân tử	Luminal A	11 (33,3)	22 (66,7)	0,338
	Luminal B/ HER2/ neu âm tính	0 (0,0)	8 (100,0)	
	Luminal B/ HER2/ neu dương tính	2 (40,0)	3 (60,0)	
	HER2/neu dương tính	1 (33,3)	2 (66,7)	
	Tam âm	2 (15,4)	11 (84,6)	

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

So sánh tình trạng di căn hạch nách giữa các nhóm thấy nhóm bệnh nhân có xâm nhập mạch có tỷ lệ di căn hạch nách cao hơn với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$). Nhóm bệnh nhân có khối u thuần vi nhú có tỷ lệ di căn hạch nách cao hơn nhóm hỗn hợp với giá trị $p = 0,005$. Tình trạng di căn hạch nách có liên quan đến giai đoạn u với giá trị p

$= 0,036$. Trong khi đó, không có sự khác biệt về tình trạng di căn hạch nách giữa các nhóm phân tử khác nhau với $p = 0,338$.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 62 bệnh nhân trong đó có 48 bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú đơn thuần và 14

bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú kết hợp các thể giải phẫu bệnh khác. Hiện tại, trong thực hành tại Bệnh viện K, những khối u có thành phần vi nhú trên 90% được tính ung thư vú vi nhú thuần và những khối u có thành phần vi nhú từ 10 - 90% được xếp vào nhóm hỗn hợp. Nghiên cứu của tác giả Gokce trên 103 bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú xâm nhập tỷ lệ này lần lượt là 80,6% và 19,4%.⁷ Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 50,1 ± 10,2 tuổi. Độ tuổi này không có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Ling Chen về đặc điểm lâm sàng và bệnh học 100 bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú, khi độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 50 tuổi.⁸ Về vị trí khối u ở bên trái hay gặp hơn bên phải (chiếm 54,8%) ngoài ra u ở vị trí góc 1/4 trên ngoài chiếm tỷ lệ nhiều nhất 58,1%. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu về những thể giải phẫu bệnh khác của ung thư vú cũng như các nghiên cứu của các tác giả khác về ung thư vú thể vi nhú. Nghiên cứu của tác giả Zhao-Qing Cui về đặc điểm lâm sàng và bệnh học của ung thư vú thể vi nhú xâm nhập cho thấy tỷ lệ gặp tổn thương bên trái là 56% và bên phải là 44%.⁹

Trên siêu âm, các bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú xâm nhập đa số có kết quả BIRADS 4C và BIRADS 5 chiếm tỷ lệ lần lượt là 37,1% và 46,8%. Theo phân loại, kết quả BIRADS 4C tỷ lệ gặp tổn thương ác tính cao và BIRADS 5 thì tỷ lệ ung thư không dưới 95%. Vì vậy, các kết quả BIRADS này đều có tính chất gợi ý tổn thương ác tính rất cao và tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác về ung thư vú thể vi nhú xâm nhập.¹⁰ Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gặp bệnh nhân đa u cao, 28 bệnh nhân chiếm 45,2%; đặc biệt có 1 bệnh nhân có 4 khối u. Nghiên cứu của tác giả Adrada về đặc điểm X-quang, siêu âm và MRI của ung thư vú thể vi nhú xâm nhập cũng phát hiện được 39% tổn thương đa ổ trên siêu âm.¹¹

Về đặc điểm giải phẫu bệnh, kích thước u trung bình trên giải phẫu bệnh là 2,8 ± 1,2cm. Tỷ lệ bệnh nhân có u giai đoạn 2 chiếm cao nhất 56,5%, đặc biệt có 9 bệnh nhân chiếm 14,5% có kích thước u giai đoạn 3 (u > 5cm). Nghiên cứu của tác giả Shi và cộng sự trên 188 bệnh nhân ung thư vú vi nhú xâm nhập tỷ lệ gặp u giai đoạn T2 là 55,6% và có 9,6% bệnh nhân có u > 5cm.¹² Độ mô học của bệnh nhân trong nghiên cứu, độ mô học 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 40,3%. Nghiên cứu của tác giả Chen trên cỡ mẫu 636 bệnh nhân cho kết quả tỷ lệ gặp độ mô học III là 40% tương tự nghiên cứu của chúng tôi.¹³ Trong nghiên cứu này, có 35 bệnh nhân có khối u xâm nhập mạch, chiếm tỷ lệ 56,5%. Nghiên cứu năm 2019 của tác giả Yoon và cộng sự khi so sánh ung thư vú thể vi nhú xâm nhập và ung thư vú thể ống xâm nhập, tỷ lệ xâm nhập mạch của ung thư vú thể vi nhú là 52,0%.¹⁴ Về tình trạng hạch nách, số lượng hạch nách vét được trung bình trong nghiên cứu là 13,8 ± 5,0 hạch. Với bệnh nhân vét được ít hạch nhất là 7, bệnh nhân vét được nhiều hạch nhất là 35. Trong nghiên cứu, có đến 72,6% bệnh nhân có di căn hạch nách, trong đó số lượng hạch nách di căn trung bình là 3,85 ± 5,2; với trường hợp có nhiều hạch di căn nhất là 24 hạch. Khi phân giai đoạn hạch sau mổ, tỷ lệ hạch N1, N2 và N3 lần lượt là 40,3%; 22,6% và 9,7%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Shi lần lượt là 27,1%; 25,5% và 20,7%; đều cho thấy tỷ lệ di căn hạch nách cao > 70% và tỷ lệ gặp hạch giai đoạn N3 rất cao so với những bệnh nhân ung thư vú thể ống xâm nhập.¹² Giải thích cho vấn đề có những bệnh nhân kích thước khối u lớn và di căn hạch nách số lượng nhiều được phẫu thuật là ung thư vú thể vi nhú xâm nhập có tính chất ác tính mạnh và thuộc nhóm Luminal A vì thể kém đáp ứng với hoá chất. Phẫu thuật viên có thể lựa chọn phẫu thuật ngay thay vì điều trị hoá chất tiền phẫu. Thực tế, lâm sàng có nhiều

bệnh nhân trong quá trình điều trị hoá chất tiền phẫu bệnh tiến triển tại chỗ, được chuyển qua phẫu thuật.

Khi phân tích đặc điểm hoá mô miễn dịch bệnh nhân trong nghiên cứu này, bệnh nhân có ER dương tính, PR dương tính và HER2/neu âm tính chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 87,1%; 74,2% và 53,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số Ki67 $\geq 20\%$ là 75,8%. Khi các bệnh nhân trong nghiên cứu được phân nhóm phân tử, tỷ lệ gặp bệnh nhân nhóm Luminal A chiếm cao nhất 53,2%. Nghiên cứu của tác giả Tang và cộng sự trên 170 bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú cho thấy kết quả tương tự khi tỷ lệ ER dương tính, PR dương tính và HER2/neu âm tính lần lượt là 83,5%; 78,25 và 66%.¹⁵

Nghiên cứu về một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch nách của bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú xâm nhập, chúng tôi thấy rằng giai đoạn u sau mổ có liên quan đến tỷ lệ di căn hạch nách. Với giai đoạn T1, T2 và T3 tỷ lệ di căn hạch nách lần lượt là 55,6%; 80,0% và 88,9%. Sự khác biệt về tình trạng di căn hạch nách giữa các giai đoạn u là khác biệt có ý nghĩa thống kê.¹⁶

Con đường di căn phổ biến của ung thư vú là di căn theo mạch bạch huyết tới các hạch vùng: 85% di căn tới hạch nách cùng bên và 15% di căn tới hạch vú trong. Với việc xâm nhập vào mạch bạch huyết là bước đầu tiên khởi nguồn cho con đường lan truyền tế bào ung thư. Khi kết quả của nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ u xâm nhập mạch bạch huyết và di căn hạch nách đều chiếm tỷ lệ cao. Phân tích cho thấy những bệnh nhân u xâm nhập mạch bạch huyết trên giải phẫu bệnh có đến 94,3% bệnh nhân có di căn hạch nách, tỷ lệ này ở nhóm u không xâm nhập mạch bạch huyết là 48,1%. Từ đó thấy rằng có sự liên quan giữa tình trạng u xâm nhập mạch bạch huyết và tỷ lệ di căn hạch nách với giá trị $p < 0,001$. Thành

phần vi nhú trong khối u cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách. Những bệnh nhân có khối u thuần vi nhú gặp tỷ lệ di căn hạch nách là 83,3% và ở nhóm khối u hỗn hợp vi nhú với các tít giải phẫu bệnh khác tỷ lệ di căn hạch nách là 42,9%. Sự khác biệt về di căn hạch nách giữa 2 nhóm bệnh nhân này là có ý nghĩa với $p = 0,005$, những bệnh nhân có thành phần hỗn hợp có tiên lượng tốt hơn, trong khi những bệnh nhân ung thư vú vi nhú xâm nhập đơn thuần gặp tỷ lệ di căn cao hơn.¹⁷ Một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn của tác giả Lewis về ảnh hưởng của đặc điểm hoá mô miễn dịch lên thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú thấy rằng nhóm bệnh nhân ung thư vú tam âm và nhóm thụ thể nội tiết dương tính HER2/neu âm tính có tỷ lệ di căn hạch nách cao hơn các nhóm còn lại.¹⁸ Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương tự. Tuy nhiên, cả 2 nghiên cứu đều có giá trị $p > 0,05$, sự khác biệt này không có ý nghĩa. Giải thích cho vấn đề này có thể vì khi phân dưới nhóm số lượng bệnh nhân trong từng nhóm của nghiên cứu này còn hạn chế vì thế chưa có sự khác biệt. Do đó cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nữa để xác định vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập có những đặc tính thể hiện mức độ ác tính cao trên giải phẫu bệnh. Tuy nhiên, cần thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và có so sánh với nhóm ung thư vú thể ống thông thường để thấy rõ sự khác biệt này. Trong thực hành lâm sàng, cần thận trọng trong việc lựa chọn chiến lược điều trị và tiên lượng bệnh với những bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú xâm nhập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yun SU, Choi BB, Shu KS, et al. Imaging findings of invasive micropapillary carcinoma of the breast. *J Breast Cancer*. 2012;15(1):57-64.

doi:10.4048/jbc.2012.15.1.57

2. Böcker W. WHO classification of breast tumors and tumors of the female genital organs: pathology and genetics. *Verh Dtsch Ges Pathol.* 2002;86:116-119.

3. Yang YL, Liu BB, Zhang X, et al. Invasive Micropapillary Carcinoma of the Breast: An Update. *Arch Pathol Lab Med.* 2016;140(8):799-805. doi:10.5858/arpa.2016-0040-RA

4. Zekioglu O, Erhan Y, Ciris M, et al. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: high incidence of lymph node metastasis with extranodal extension and its immunohistochemical profile compared with invasive ductal carcinoma. *Histopathology.* 2004;44(1):18-23. doi:10.1111/j.1365-2559.2004.01757.x

5. Hashmi AA, Aijaz S, Mahboob R, et al. Clinicopathologic features of invasive metaplastic and micropapillary breast carcinoma: comparison with invasive ductal carcinoma of breast. *BMC Res Notes.* 2018;11:531. doi:10.1186/s13104-018-3623-z

6. Wang S, Zhang Y, Yin F, et al. Survival Outcomes After Breast-Conserving Therapy Compared With Mastectomy for Patients With Early-Stage Invasive Micropapillary Carcinoma of the Breast: A SEER Population-Based Study. *Front Oncol.* 2021;11. doi:10.3389/fonc.2021.741737

7. Gokce H, Durak MG, Akin MM, et al. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: a clinicopathologic study of 103 cases of an unusual and highly aggressive variant of breast carcinoma. *Breast J.* 2013;19(4):374-381. doi:10.1111/tbj.12128

8. Chen L, Fan Y, Lang R gang, et al. Breast Carcinoma With Micropapillary Features: Clinicopathologic Study and Long-Term Follow-Up of 100 Cases. *Int J Surg Pathol.* 2008;16(2):155-163.

doi:10.1177/1066896907307047

9. Cui ZQ, Feng JH, Zhao YJ. Clinicopathological features of invasive micropapillary carcinoma of the breast. *Oncol Lett.* 2015;9(3):1163-1166. doi:10.3892/ol.2014.2806

10. Jones KN, Guimaraes LS, Reynolds CA, et al. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: imaging features with clinical and pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2013;200(3):689-695. doi:10.2214/AJR.12.8512

11. Adrada B, Arribas E, Gilcrease M, et al. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: mammographic, sonographic, and MRI features. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;193(1):W58-63. doi:10.2214/AJR.08.1537

12. Shi WB, Yang LJ, Hu X, et al. Clinico-Pathological Features and Prognosis of Invasive Micropapillary Carcinoma Compared to Invasive Ductal Carcinoma: A Population-Based Study from China. *PLoS ONE.* 2014;9(6):e101390. doi:10.1371/journal.pone.0101390

13. Chen AC, Paulino AC, Schwartz MR, et al. Population-based comparison of prognostic factors in invasive micropapillary and invasive ductal carcinoma of the breast. *Br J Cancer.* 2014;111(3):619-622. doi:10.1038/bjc.2014.301

14. Yoon GY, Cha JH, Kim HH, et al. Comparison of invasive micropapillary and invasive ductal carcinoma of the breast: a matched cohort study. *Acta Radiol Stockh Swed* 1987. 2019;60(11):1405-1413. doi:10.1177/0284185119834689

15. Tang S li, Yang J qiao, Du Z gui, et al. Clinicopathologic study of invasive micropapillary carcinoma of the breast. *Oncotarget.* 2017;8(26):42455-42465. doi:10.18632/oncotarget.16405

16. Ye FG, Xia C, Ma D, et al. Nomogram for

predicting preoperative lymph node involvement in patients with invasive micropapillary carcinoma of breast: a SEER population-based study. *BMC Cancer*. 2018;18:1085. doi:10.1186/s12885-018-4982-5

17. Wang R, Li N, Wang XJ, et al. Differences in the clinicopathological characteristics of pure and mixed invasive micropapillary breast

carcinomas from eastern China. *Ann Transl Med*. 2021;9(5):412. doi:10.21037/atm-20-8045

18. Lewis GD, Xing Y, Haque W, et al. The impact of molecular status on survival outcomes for invasive micropapillary carcinoma of the breast. *Breast J*. 2019;25(6):1171-1176. doi:10.1111/tbj.13432

Summary

LYMPH NODE METASTASIS STATUS AND IMMUNOHISTOCHEMISTRY CHARACTERISTICS OF INVASIVE MICROPAPILLARY BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING SURGERY AT K HOSPITAL

The study evaluates the status of axillary lymph node metastasis and immunohistochemical characteristics of 62 patients with invasive micropapillary breast cancer who underwent surgery at K Hospital from January 2018 to December 2023. The average age was 50.1 years. Most patients had BIRADS 4C or BIRADS 5 on breast ultrasound (37.1% and 46.8%, respectively). The rate of axillary lymph node metastasis was 72.6%, with stages N1, N2, and N3 being 40.3%, 22.6%, and 9.7%, respectively. The rates of ER-positive, PR-positive, and HER2/neu (+++) patients were 87.1%, 74.2%, and 29%, respectively. Patients with lymphovascular invasion accounted for a high proportion at 56.5%. Factors related to axillary lymph node metastasis included tumor size, lymphovascular invasion, and the micropapillary component of the tumor. However, there was no difference in the rate of axillary lymph node metastasis among pathologic subtypes. Invasive micropapillary breast cancer exhibits characteristics of high malignancy, with early axillary lymph node metastasis and a high rate of positive hormone receptor and low rate of HER2/neu overexpression.

Keywords: Invasive micropapillary carcinoma, breast cancer, lymph node metastasis, immunohistochemistry.