

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP SARCOMA MẠCH Ở VÚ SAU XẠ TRỊ

Vũ Thị Phương✉, Trần Duy Thanh, Nguyễn Viết Trung
Hà Thị Thu Hiền, Nguyễn Văn Khánh, Giang Bảo Hoàn
Bùi Thị Kim Dung

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Sarcoma mạch ở vú (angiosarcoma of the breast) là một khối u ác tính hiếm gặp có nguồn gốc từ tế bào nội mô mạch máu. Bệnh có thể xuất hiện nguyên phát hoặc thứ phát sau điều trị ung thư vú. Trong đó, sarcoma mạch liên quan xạ trị (radiation-associated angiosarcoma - RAA) là một biến chứng hiếm gặp nhưng có tiên lượng xấu. Chúng tôi báo cáo một trường hợp RAA điển hình ở bệnh nhân nữ 72 tuổi, xuất hiện nhiều năm sau điều trị ung thư vú bằng phẫu thuật và xạ trị. Tổn thương lâm sàng ban đầu dễ bị nhầm với các thay đổi da sau xạ trị, tuy nhiên kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch đã xác định chẩn đoán sarcoma mạch. Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm các tổn thương da bất thường và chỉ định sinh thiết kịp thời, giúp chẩn đoán xác định và lập kế hoạch điều trị phù hợp.

Từ khóa: Sarcoma mạch, ung thư vú, phẫu thuật vú bảo tồn, xạ trị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma mạch ở vú (angiosarcoma of the breast) là một loại u ác tính hiếm gặp có nguồn gốc từ các tế bào nội mô mạch máu, chiếm dưới 1% trong tổng số các loại sarcoma mô mềm.¹⁻³ Bệnh có thể xảy ra nguyên phát (primary angiosarcoma - PA) hoặc thứ phát sau điều trị ung thư vú, đặc biệt là sau phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp xạ trị (radiation-associated angiosarcoma - RAA).^{2,4-6}

Sarcoma mạch có liên quan đến xạ trị (RAA) là biến chứng hiếm nhưng nghiêm trọng, với tỷ lệ gặp có thể lên đến 0.1% các trường hợp bệnh nhân ung thư vú có xạ trị.⁶ Tổn thương trên lâm sàng thường dễ bị bỏ sót hoặc nhầm lẫn với các biến đổi da sau xạ trị.^{2,7} Do đó, vai trò của sinh thiết làm mô bệnh học là rất quan trọng để đưa ra chẩn đoán xác định.

RAA có thể không phân biệt được về mặt hình thái học với sarcoma mạch nguyên phát, tuy nhiên khác biệt về cơ chế bệnh sinh đã được ghi nhận. Đặc biệt, gen c-MYC được phát hiện khuếch đại mạnh trong hầu hết các trường hợp RAA, gợi ý một cơ chế sinh ung thư đặc hiệu và tiềm năng điều trị nhắm trúng đích.^{2,7,8}

Tiên lượng của RAA thường kém với tỷ lệ tái phát tại chỗ và di căn cao. Phẫu thuật triệt để là phương pháp điều trị chính được khuyến cáo, mang lại hiệu quả cải thiện sống còn rõ rệt. Vai trò của hóa trị và xạ trị còn chưa rõ ràng, nhưng một số trường hợp cũng đã ghi nhận kết quả tích cực với các phác đồ đa mô thức hoặc liệu pháp nhắm trúng đích.^{2,3,8}

Trong bài viết này, chúng tôi trình bày một trường hợp lâm sàng điển hình của RAA xuất hiện sau nhiều năm điều trị ung thư vú có xạ trị.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 72 tuổi, có tiền sử ung thư biểu mô vú trái cách đây 20 năm, không rõ thông tin về giai đoạn và chẩn đoán mô bệnh

Tác giả liên hệ: Vũ Thị Phương

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Email: Phuongvu.hmu93@gmail.com

Ngày nhận: 07/11/2025

Ngày được chấp nhận: 11/12/2025

học cụ thể, được điều trị bằng phẫu thuật và xạ trị. Cách đây 10 năm, bệnh nhân có tái phát ung thư, sau đó được phẫu thuật, xạ trị và hóa trị. Lần này, bệnh nhân vào viện vì xuất hiện ổ sưng nề đỏ dạng áp xe ở vị trí hạ đòn trái kèm sốt. Bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh nhưng tình trạng tại chỗ ít cải thiện.

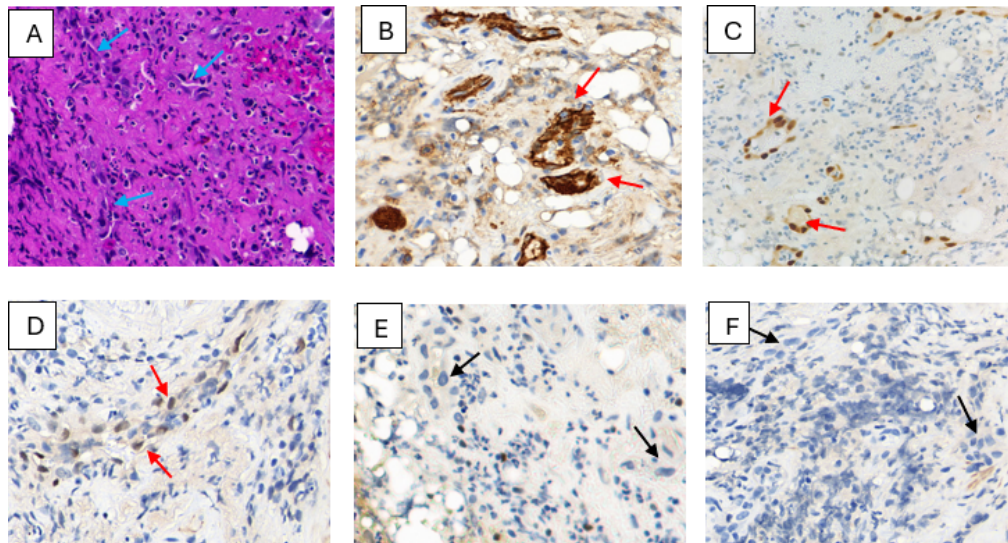


Hình 1. Hình ảnh lâm sàng tổn thương

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CT) và cộng hưởng từ (MRI) cho thấy ổ áp xe nằm ở phần

mềm dưới da vùng xương đòn trái, kích thước 2,5x1,5cm, chủ yếu là thành phần dịch, kèm thâm nhiễm mỡ tổ chức xung quanh, có ranh giới không rõ với các cơ ngực, có ngách nhỏ thông với bờ dưới xương đòn trái.

Sinh thiết được chỉ định do ổ áp xe ít đáp ứng với điều trị và chưa loại trừ được tổn thương ác tính. Kết quả mô bệnh học mẫu sinh thiết cho thấy ổ tăng sinh các tế bào bất thường với nhân lớn, tăng sắc. Tổn thương nhỏ, dễ bị bỏ qua ở độ phóng đại thấp. Tuy nhiên, ở độ phóng đại cao, tính chất không điển hình của các tế bào nghi u và hình ảnh khe hẹp gợi ý xoang mạch được thể hiện rõ nét hơn. Hóa mô miễn dịch cho thấy các tế bào u dương tính cường độ mạnh với ERG, CD31; dương tính cường độ yếu đến trung bình với c-MYC; âm tính với CK AE1/AE3 và GATA3. Kết quả này ủng hộ chẩn đoán sarcoma mạch và loại trừ khả năng ung thư biểu mô vú tái phát.



Hình 2. Hình ảnh mô bệnh học của tổn thương u

Hình ảnh mô bệnh học từ mẫu sinh thiết nhuộm H&E (A, x 100) cho thấy số lượng u ít, sắp xếp gợi hình ảnh khe mạch hẹp, được lợp bởi các tế bào nội mô bất thường với nhân lớn, tăng sắc, bên cạnh vùng tổn thương viêm hoạt động. Các tế bào u dương tính với CD31 (B, x 100), ERG (C, x 100), c-MYC (D, x 100) và âm tính với GATA3 (E, x 100), CK AE1/AE3 (F, x 100).

III. BÀN LUẬN

Sarcoma mạch chiếm khoảng 0.04% trong số các loại u nguyên phát ở vú, và thường được chia làm 2 nhóm: Sarcoma mạch nguyên phát (Primary angiosarcoma- PA) và sarcoma mạch thứ phát (Secondary angiosarcoma- SA).⁹ Tuy nhiên, chúng khác nhau về độ tuổi hay gặp và các đặc điểm về tiền sử, lâm sàng. PA ở vú cực kì hiếm, thường biểu hiện dưới dạng tổn thương tạo khối trong nhu mô vú mà ít khi làm thay đổi bề mặt da, có xu hướng gặp ở những phụ nữ trẻ. Trong khi đó, SA hay gặp hơn PA, thường là tổn thương nông ở bề mặt da hơn là tạo khối trong nhu mô vú, gặp ở phụ nữ lớn tuổi hơn và có tiền sử ung thư vú.^{2,5,9,10} SA thường liên quan đến hai bối cảnh lâm sàng. Bối cảnh hay gặp hơn là bệnh nhân có xạ trị sau điều trị phẫu thuật Ung thư vú, hay còn gọi là Sarcoma mạch có liên quan đến xạ trị (radiation-associated angiosarcoma - RAA). Ít gặp hơn, SA cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân có phù bạch huyết mạn tính (chronic lymphedema), điển hình là sau phẫu thuật cắt vú và nạo vét hạch nách, hay còn gọi là hội chứng Stewart-Treves.^{2,5,9} Trong khi tỉ lệ SA thứ phát có liên quan đến phù bạch huyết có xu hướng giảm đi do các tiến bộ trong phẫu thuật nạo vét hạch, tỉ lệ gặp của RAA lại tăng lên do ngày càng nhiều bệnh nhân ung thư vú có chỉ định phẫu thuật bảo tồn và xạ trị.^{2,9}

Ca bệnh đầu tiên về RAA được báo cáo vào năm 1987, và sau đó số ca bệnh càng ngày càng tăng lên do sự phổ biến của xạ trị vú.⁵ Nói về mối liên quan giữa RAA và xạ trị, theo một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu (retrospective cohort study) trên 194.798 bệnh nhân ung thư vú, so sánh giữa nhóm có và không điều trị bằng xạ trị, cho thấy nhóm được xạ trị có nguy cơ phát triển sarcoma mạch tại thành ngực hoặc vú cao hơn so với nhóm còn lại. Nguy cơ tương đối tăng lên rõ rệt trong vòng 5 năm đầu sau xạ trị và đạt mức cao nhất trong khoảng 5 -

10 năm sau điều trị.⁵

RAA ở vú thường biểu hiện dưới dạng ban đỏ da, xuất huyết dưới da hoặc dày da tại hoặc gần vị trí ung thư vú cũ và vùng phẫu thuật trước đó. Những thay đổi da ban đầu có thể rất kín đáo, dễ nhầm lẫn với các tổn thương da lành tính khác. Các đặc điểm trên chẩn đoán hình ảnh của tổn thương cũng không đặc hiệu, dẫn đến việc chẩn đoán ban đầu gặp nhiều khó khăn.⁷ Trường hợp của chúng tôi, tổn thương biểu hiện dưới dạng vết loét đỏ trên bề mặt da, sinh thiết được đặt ra khi mà điều trị nội khoa ít đáp ứng.

Chẩn đoán RAA được đề xuất dựa vào ba tiêu chí: (1) khối sarcoma phải xuất hiện tại vùng đã được xạ trị trước đó; (2) có khoảng thời gian tiềm ẩn (tính bằng năm) giữa thời điểm xạ trị và thời điểm phát hiện sarcoma; (3) phải được xác nhận bằng mô bệnh học.^{1,2,11}

Về mô bệnh học, các đặc điểm vi thể cho thấy u thường có cấu tạo gồm những khe mạch không đều nối nhau, lòng được lấp bởi một hoặc nhiều lớp tế bào nội mô không điển hình có nhân lớn, tăng sắc, có hạt nhân, tăng tỉ lệ nhân chia. Các tế bào u có thể có dạng biểu mô hoặc hình thoi, sắp xếp thành đám đặc bên cạnh các khe mạch, trên nền hồng cầu thoát mạch hoặc vùng chảy máu. U xâm nhập mô mỡ dưới da lớp trung bì, hạ bì, thậm chí xâm nhập mô vú còn lại sau phẫu thuật.^{5,6,10} Trên nhuộm hóa mô miễn dịch, các tế bào u dương tính với các dấu ấn của nội mô như CD31, CD34, ERG.^{4,6,10,11} Một số nghiên cứu còn cho thấy RAA thường dương tính với c-MYC do liên quan đến cơ chế phân tử.^{4,6}

Chẩn đoán phân biệt RAA, đặc biệt trên mẫu sinh thiết nhỏ, có thể gặp khó khăn do tính hạn chế của mẫu, dễ nhầm lẫn với ung thư biểu mô vú ác tính, phản ứng viêm hoặc các tổn thương mạch máu không điển hình sau xạ trị. Trong

các trường hợp này, nhuộm hóa mô miễn dịch với các dấu ấn CD31, CD34, c-MYC, CK AE1/AE3, GATA3 có vai trò quan trọng để xác định nguồn gốc nội mô của tổn thương và loại trừ khả năng ung thư biểu mô của vú.¹⁰ Trường hợp của chúng tôi, vùng tổn thương gợi ý RAA rất nhỏ và khó nhận biết ở độ phóng đại thấp, xen lẫn với nền viêm áp xe làm hạn chế chẩn đoán. Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch trong ca bệnh của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với RAA.

Điều trị chủ yếu cho RAA vẫn là phẫu thuật. Phẫu thuật cắt rộng tổn thương với diện cắt âm tính giúp cải thiện tiên lượng bệnh và tăng tỉ lệ sống thêm toàn bộ.¹² Vai trò của hóa xạ trị và điều trị đích vẫn chưa mang lại hiệu quả rõ ràng.⁸ Trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân đã được cắt bỏ vú toàn bộ, tổn thương RAA xuất hiện dưới dạng áp xe thành ngực và có nhách nhỏ thông với xương đòn trái tiên lượng phẫu thuật lấy hết tổn thương là khó khăn. Dù được tư vấn về phương pháp điều trị và tiên lượng, nhưng bệnh nhân vẫn từ chối điều trị tiếp ở bệnh viện của chúng tôi. Việc bệnh nhân từ chối điều trị cho thấy vai trò quan trọng của việc tư vấn kỹ lưỡng, đồng thời cũng nhấn mạnh mức độ cần thiết của việc nghiên cứu thêm các liệu pháp điều trị toàn thân có hiệu quả cao hơn.

IV. KẾT LUẬN

Sarcoma mạch ở vú liên quan đến xạ trị (RAA) là một biến chứng hiếm gặp nhưng có tiên lượng kém ở bệnh nhân ung thư vú từng được điều trị bằng xạ trị. Việc phát hiện sớm thông qua đánh giá lâm sàng kết hợp với mô bệnh học và hóa mô miễn dịch đóng vai trò then chốt trong phân biệt RAA với các tổn thương mô mềm khác, từ đó định hướng lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. Phẫu thuật cắt bỏ triệt để là phương pháp điều trị chủ yếu, trong khi hóa xạ trị và các liệu pháp nhắm trúng đích vẫn đang được khảo sát nhằm cải thiện tiên lượng bệnh. Việc theo dõi

sát sao bệnh nhân sau điều trị ung thư vú và nâng cao nhận thức về RAA có thể giúp phát hiện sớm và giảm thiểu các biến chứng nặng nề của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vorburger SA, Xing Y, Hunt KK, et al. Angiosarcoma of the Breast. *Cancer*. 2005; 104(12): 2682-2688. doi:10.1002/cncr.21477.
2. Abdou Y, Elkhany A, Attwood K, et al. Primary and Secondary Breast Angiosarcoma: Single Center Report and a Meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2019; 178(3): 523-533. doi:10.1007/s10549-019-05437-x.
3. Yin M, Wang W, Drabick JJ, et al. Prognosis and Treatment of Non-metastatic Primary and Secondary Breast Angiosarcoma: A Comparative Study. *BMC Cancer*. 2017; 17(1): 295. doi:10.1186/s12885-017-3298-4.
4. Pasteris A, Pili N, Nonnis R, et al. A Rare Case of Radiation-induced Breast Angiosarcoma: A Case Report. *Case Rep Plast Surg Hand Surg*. 2024; 11(1): 2296697. doi:10.1080/23320885.2024.2296697
5. Abbott R, Palmieri C. Angiosarcoma of the Breast Following Surgery and Radiotherapy for Breast Cancer. *Nat Rev Clin Oncol*. 2008; 5(12): 727-736. doi:10.1038/ncponc1247.
6. Cozzi S, Finocchi Ghersi S, Tava F, et al. Radiation-Associated Angiosarcoma of the Breast: The State of the Art of a Rare and Aggressive Disease. *J Pers Med*. 2024; 14(8): 859. doi:10.3390/jpm14080859.
7. Shah S, Rosa M. Radiation-Associated Angiosarcoma of the Breast: Clinical and Pathologic Features. *Arch Pathol Lab Med*. 2016; 140(5): 477-481. doi:10.5858/arpa.2015-0133-RS.
8. Dogan A, Kern P, Schultheis B, et al. Radiogenic Angiosarcoma of the Breast: Case Report and Systematic Review of the Literature.

BMC Cancer. 2018; 18(1): 463. doi:10.1186/s12885-018-4359-5.

9. Ginter PS, McIntire PJ, Shin SJ. Vascular Tumours of the Breast: A Comprehensive Review With Focus on Diagnostic Challenges Encountered in the Core Biopsy Setting. *Pathology*. 2017; 49(2): 197-214. doi:10.1016/j.pathol.2016.11.007.

10. Verdura V, Di Pace B, Concilio M, et al. A New Case of Radiation-induced Breast Angiosarcoma. *Int J Surg Case Rep*. 2019; 60:152-155. doi:10.1016/j.ijscr.2019.05.021.

11. Wang XY, Jakowski J, Tawfik OW, et al. Angiosarcoma of the Breast: A Clinicopathologic Analysis of Cases From the Last 10 Years. *Ann Diagn Pathol*. 2009; 13(3): 147-150. doi:10.1016/j.anndiagpath.2008.12.008.

12. Salminen SH, Wiklund T, Sampo MM, et al. Treatment and Prognosis of Radiation-Associated Breast Angiosarcoma in a Nationwide Population. *Ann Surg Oncol*. 2020; 27(4): 1002-1010. doi:10.1245/s10434-019-07994-7.

Summary

RADIATION-ASSOCIATED ANGIOSARCOMA OF THE BREAST: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Angiosarcoma of the breast is a rare malignant tumor originating from vascular endothelial cells. It can occur either as a primary neoplasm or as a secondary malignancy following breast cancer treatment. Among these, radiation-associated angiosarcoma (RAA) is an uncommon but highly aggressive complication with a poor prognosis. We report a typical case of RAA in a 72-year-old female patient who developed the disease several years after undergoing breast-conserving surgery and radiotherapy for breast cancer. The initial skin lesions were easily mistaken for post-radiation changes; however, histopathological and immunohistochemical findings confirmed the diagnosis of angiosarcoma. This case highlights the importance of early recognition of abnormal skin lesions and timely biopsy to achieve accurate diagnosis and appropriate treatment planning.

Keywords: Angiosarcoma, breast cancer, breast-conserving surgery, radiation.