

KẾT QUẢ SỐNG THÊM 10 NĂM Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ DƯỚI 35 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Phùng Thị Huyền[✉], Nguyễn Thị Huyền

Bệnh viện K

Tuổi trẻ là một yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư vú. Đây là nghiên cứu hồi cứu có theo dõi dọc trên 92 bệnh nhân nữ dưới 35 tuổi được chẩn đoán là ung thư vú được điều trị triệt căn tại bệnh viện K từ 01/2008 đến 08/2011. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 5 năm, 7 năm và 10 năm lần lượt là 79,5%, 66,2% và 64,6%. Trong nghiên cứu có 34 bệnh nhân tái phát, chiếm 37,0%. Tỷ lệ sống thêm không sự kiện tại thời điểm 5 năm, 7 năm và 10 năm là 66,0%, 63,7% và 60,5%. Giai đoạn và tình trạng di căn hạch liên quan có ý nghĩa thống kê với sống thêm toàn bộ (overall survival - OS) và sống thêm không sự kiện (event free survival - EFS). Không có sự khác biệt tỷ lệ OS và EFS 10 năm theo tình trạng thụ thể nội tiết. Như vậy, ung thư vú ở phụ nữ trẻ có tiên lượng không thuận lợi về EFS và OS.

Từ khóa: ung thư vú, trẻ tuổi, sống thêm toàn bộ, sống thêm không sự kiện.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư vú là bệnh ung thư chiếm tỷ lệ cao nhất về cả tỷ lệ mới mắc và tử vong ở phụ nữ trên toàn thế giới.¹ Ung thư vú ít gặp ở người trẻ tuổi, chỉ khoảng 7% xảy ra dưới tuổi 40 và 2,7% dưới tuổi 35 nhưng vẫn là ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ dưới 40 tuổi và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ trẻ.² Tuổi mắc bệnh trung bình ở các nước phát triển khoảng 60 tuổi, tuy nhiên ở Việt Nam thường trẻ hơn, tuổi trung bình trong các nghiên cứu khoảng 48 - 50 tuổi.³

Tuổi trẻ là một yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư vú. Tỷ lệ sống thêm 5 năm của bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán trước 40 tuổi là 84% so với 90% ở nhóm được chẩn đoán sau 40 tuổi.² Một số nghiên cứu cho thấy ung thư vú ở phụ nữ trẻ tuổi có xu hướng tiến triển nhanh và kém đáp ứng với điều trị hơn ở nhóm phụ nữ lớn tuổi và đã mãn kinh.⁴ Việc đánh giá chi tiết các yếu tố tiên lượng có vai trò

quan trọng trong việc lựa chọn phác đồ điều trị.

Thực tiễn lâm sàng tại bệnh viện K cho thấy hầu hết bệnh nhân ung thư vú trẻ tuổi đều được điều trị tích cực bằng nhiều phương pháp phối hợp bao gồm phẫu thuật, hóa chất, tia xạ, nội tiết, điều trị đích, tuy nhiên vẫn còn nhiều bệnh nhân tái phát sau điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm toàn bộ (overall survival - OS) và sống thêm không sự kiện (event free survival - EFS) 10 năm ở bệnh nhân ung thư vú nữ dưới 35 tuổi sau điều trị triệt căn và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 92 bệnh nhân được chẩn đoán là UTV điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2008 đến tháng 8/2011 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân nữ giới.
- Tuổi tại thời điểm chẩn đoán nhỏ hơn hoặc bằng 35.⁵
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- Có chẩn đoán xác định là UTV giai đoạn I - III dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm

Tác giả liên hệ: Phùng Thị Huyền

Bệnh viện K

Email: phungthihuyen@gmail.com

Ngày nhận: 15/10/2021

Ngày được chấp nhận: 24/11/2021

sàng và bắt buộc phải có kết quả mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến vú.

- Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn, có điều trị hỗ trợ bằng hóa chất, tia xạ, nội tiết, điều trị đích nếu có chỉ định. Các bệnh nhân được điều trị hóa trị, xạ trị, nội tiết đầy đủ theo phác đồ, điều trị thuốc kháng Her-2/neu nếu có điều kiện chi trả.

- Theo dõi được tình trạng sống thêm và tái phát sau điều trị. Các bệnh nhân khi tái phát được điều trị theo phác đồ hiện hành.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân cũ từ trước tháng 1/2008 đến điều trị tiếp vì tái phát, di căn.

- Bệnh nhân UTV thể tại chỗ.

- Bệnh nhân đã qua can thiệp ở tuyến dưới, không đánh giá được giai đoạn ban đầu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, có theo dõi dọc.

Phương pháp thu thập số liệu

- Các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu được thu thập các thông tin về tuổi, các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, các phương pháp điều trị dựa vào hồ sơ bệnh án.

- Phân loại giai đoạn bệnh theo AJCC phiên bản số 8, năm 2017.

- Tình trạng thụ thể nội tiết ER, PR: bằng kỹ thuật nhuộm hóa mô miễn dịch, đánh giá theo tiêu chuẩn Allred dựa vào tỉ lệ và cường độ bắt màu của nhân. ER, PR $\geq 1\%$ được coi là dương tính.

- Yếu tố phát triển biểu mô Her-2/neu: đánh giá âm tính hay dương tính theo tiêu chuẩn nhuộm hóa mô miễn dịch (IHC): tính điểm theo tiêu chuẩn của nhà sản xuất Dako được chia từ 0 đến 3+ dựa vào tỉ lệ và cường độ bắt màu của

màng bào tương.

- Theo dõi kết quả điều trị: dựa vào kết quả những lần khám lại ghi nhận trong hồ sơ bệnh án hoặc gọi điện, gửi thư cho bệnh nhân, mời bệnh nhân đến khám lại. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) được tính từ thời điểm chẩn đoán đến khi tử vong vì bất kỳ nguyên nhân nào. Thời gian sống thêm không sự kiện (EFS) được tính từ thời điểm chẩn đoán đến khi bệnh tiến triển, tái phát hoặc tử vong. Thời gian theo dõi cuối cùng vào ngày 30/05/2021.

3. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập theo mẫu và được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Thống kê mô tả gồm tỉ lệ phần trăm, trị số trung bình, độ lệch chuẩn. Phân tích sống thêm theo phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan - Meier và test log-rank. Phân tích các yếu tố liên quan dựa trên mô hình hồi quy Cox. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện K.

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác.

- Mọi thông tin thu thập từ bệnh nhân được đảm bảo bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

- Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ và nghiên cứu không ảnh hưởng tới kết quả điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng và bệnh học

Đặc điểm lâm sàng và bệnh học

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và bệnh học

	Số bệnh nhân (N = 92)	Tỷ lệ %
Tuổi (trung bình \pm SD)	31,7 \pm 3,3	
Kích thước u (trung bình \pm SD) (mm)	38,2 \pm 19,0	

	Số bệnh nhân (N = 92)	Tỷ lệ %
Tình trạng hạch sau mổ		
Có di căn hạch	43	46,7
Không di căn hạch	49	53,3
Giai đoạn bệnh sau mổ		
I	9	9,8
II	44	47,8
III	39	42,4
Thể mô bệnh học		
Ung thư biểu mô thể ống xâm lấn	79	85,9
Ung thư biểu mô thể tiểu thùy xâm lấn	5	5,4
Ung thư biểu mô thể nhú	3	3,3
Ung thư biểu mô thể nhày	1	1,1
Ung thư biểu mô thể tủy	3	3,3
Ung thư biểu mô thể dị sản	1	1,1

Tuổi mắc bệnh trung bình trong nhóm nghiên cứu là $31,7 \pm 3,3$, bệnh nhân trẻ nhất là 22 tuổi. Phần lớn bệnh nhân từ 31 - 35 tuổi, chiếm 68,5%. Số bệnh nhân được chẩn đoán sớm ở giai đoạn I thấp (9,8%), hầu hết được phát hiện

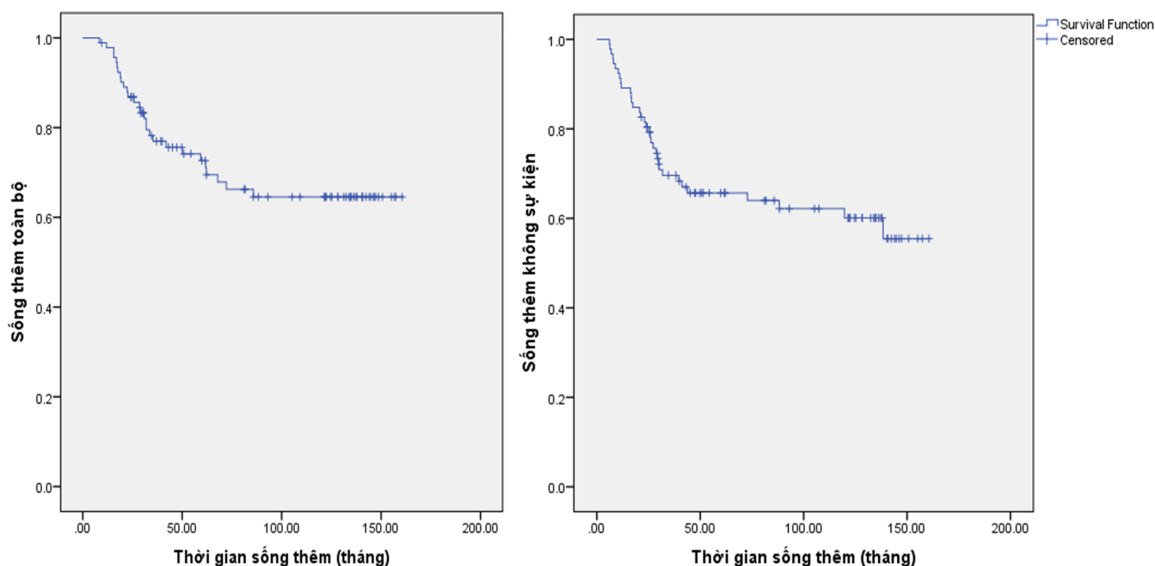
bệnh ở giai đoạn II, III (chiếm lần lượt 47,8% và 42,4%). Thể mô bệnh học ung thư biểu mô thể ống xâm lấn chiếm chủ yếu với 85,9%, các thể khác đều ít gặp (Bảng 1).

Bảng 2. Đặc điểm hóa mô miễn dịch của khối u

	Số bệnh nhân (N = 92)	Tỷ lệ %
Thụ thể ER		
ER (+)	54	58,7
ER (-)	38	41,3
Thụ thể PR		
PR (+)	51	55,4
PR (-)	41	44,6
Bộc lộ quá mức Her-2/neu		
(-) hoặc (+)	42	45,7
(++)	18	19,5
(+++)	32	34,8

Khoảng hơn 1 nửa số bệnh nhân có thụ thể ER, PR dương tính với tỉ lệ lần lượt là 58,7% và 55,4%. Tỉ lệ ER và/hoặc PR dương tính là 64,1%. Her-2/neu dương tính (+++) chiếm tỉ lệ 34,8% (Bảng 2). 18 bệnh nhân có Her-2/neu (++) không làm xét nghiệm FISH.

2. Kết quả sống thêm 10 năm



Biểu đồ 1. Sống thêm toàn bộ và sống thêm không sự kiện

Thời gian theo dõi trung bình là $74,9 \pm 50,3$ tháng. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 5 năm, 7 năm và 10 năm lần lượt là 79,5%, 66,2% và 64,6%. Trong nghiên cứu có 34 bệnh nhân tái phát, chiếm 37,0%. Tỉ lệ sống thêm không sự kiện tại thời điểm 5 năm, 7 năm và 10 năm là 66,0%, 63,7% và 60,5% (Biểu đồ 1).

Bảng 3. Sống thêm toàn bộ (OS) theo các yếu tố

Các yếu tố	OS 10 năm	p (log-rank)	HR*	95%CI
Giai đoạn				
I - II	80,1%	< 0,001	-	-
III	41,4%		3,89	1,75 - 8,63
Di căn hạch				
Không	86,6%	< 0,001	-	-
Có	43,0%		5,87	2,22 - 15,55
Thụ thể nội tiết				
Dương tính	65,2%	0,322	-	-
Âm tính	63,4%		1,46	0,69 - 3,08

*HR biểu thị tỷ lệ nguy cơ tử vong với các nhóm tham chiếu lần lượt là giai đoạn I - II, không di căn hạch và thụ thể nội tiết dương tính.

Sau điều trị 10 năm, tỉ lệ sống thêm toàn bộ liên quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn bệnh với $p = 0,001$, trong đó nguy cơ tử vong của giai đoạn III cao hơn giai đoạn I - II với HR là 3,89 (95%CI: 1,75 - 8,63). Các bệnh nhân có di căn hạch cũng có nguy cơ tử vong cao hơn (HR 5,87 (95%CI: 2,22 - 15,55)). Sống thêm toàn bộ liên quan không có ý nghĩa thống kê với tình trạng thụ thể nội tiết với $p = 0,322$ (Bảng 3).

Bảng 4. Sống thêm không sự kiện (EFS) theo các yếu tố

Các yếu tố	EFS 10 năm	p (log-rank)	HR*	95%CI
Giai đoạn				
I - II	68,8%	0,001	-	-
III	36,4%		3,13	1,56 - 6,30
Di căn hạch				
Không	79,7%	< 0,001	-	-
Có	41,0%		4,26	1,91 - 9,51
Thụ thể nội tiết				
Dương tính	59,4%	0,635	-	-
Âm tính	61,5%		1,18	0,59 - 2,37

*HR biểu thị tỷ lệ nguy cơ tái phát với các nhóm tham chiếu lần lượt là giai đoạn I - II, không di căn hạch và thụ thể nội tiết dương tính.

Tỉ lệ sống thêm không sự kiện liên quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn bệnh (I, II so với giai đoạn III) và tình trạng có hay không di căn hạch ($p < 0,05$). Sống thêm không sự kiện liên quan không có ý nghĩa thống kê với tình trạng thụ thể nội tiết (dương tính/ âm tính) (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $31,7 \pm 3,3$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Tờ trên 289 ca ung thư vú dưới 35 tuổi tại Bệnh viện K.⁶ Tuổi mắc trung bình là 31, nhóm tuổi 30 - 35 chiếm tỉ lệ cao nhất, 68,1%, trẻ nhất là 20 tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân ≤ 35 tuổi chiếm 4,5% (289/6363 ca từ năm 2005 đến 2009). Các yếu tố làm tăng nguy cơ ung thư vú ở độ tuổi trẻ bao gồm tiền sử gia đình mắc ung thư vú, mang các đột biến gene như BRCA1, BRCA2, PTEN hay TP53, tiền sử xạ trị vùng

ngực trước đó.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân được chẩn đoán sớm ở giai đoạn I thấp (9,8%), hầu hết được phát hiện bệnh ở giai đoạn II, III (chiếm lần lượt 47,8% và 42,4%). Theo Nguyễn Thế Thu nghiên cứu ung thư vú ở phụ nữ dưới 40 tuổi, tỉ lệ giai đoạn II gặp nhiều nhất 57,1%, giai đoạn III gặp 29,4%.⁷ X-quang tuyến vú có giá trị hạn chế trong chẩn đoán ung thư vú ở phụ nữ trẻ tuổi do nhu mô vú của có mật độ tuyến cao, gây khó khăn cho việc phát hiện sớm ung thư. Do vậy nhiều bệnh nhân được phát hiện bệnh khi khối u có kích thước lớn hoặc có hạch di căn. Ở bệnh nhân trẻ tuổi, có thể phối hợp thêm siêu âm và chụp cộng hưởng từ tuyến vú để nâng cao giá trị chẩn đoán.

Về đặc điểm hóa mô miễn dịch, 64,1% bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính, Her-2/neu dương tính (+++) chiếm tỉ lệ 34,8%. Nghiên cứu

của Tạ Văn Tờ trên 2207 bệnh nhân ung thư (mọi lứa tuổi) cho tỉ lệ ER dương tính là 58,1%, PR dương tính là 51,4% và Her-2/neu dương tính là 35,1%.⁸ Keegan nghiên cứu trên 5605 bệnh nhân ung thư vú cho thấy ở độ tuổi càng trẻ thì tỉ lệ khối u thuộc phân typ bộ ba âm tính và bộc lộ quá mức Her-2/neu càng cao.⁹ Đây cũng là một trong các nguyên nhân khiến ung thư vú ở phụ nữ trẻ, đặc biệt là dưới 35 tuổi có tiên lượng xấu hơn ở bệnh nhân lớn tuổi.

Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam thu thập số liệu sống thêm 10 năm của bệnh nhân ung thư vú trẻ tuổi. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 5 năm và 10 năm lần lượt là 79,5% và 64,6%. Trong nghiên cứu có 37% bệnh nhân tái phát, chủ yếu trong vòng 5 năm đầu sau điều trị. Tỉ lệ sống thêm không sự kiện tại thời điểm 5 năm và 10 năm là 66,0% và 60,5%. Như vậy, tỉ lệ sống không bệnh ở bệnh nhân trẻ thấp hơn rõ rệt khi so sánh với bệnh nhân ung thư vú nói chung. Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho thấy bệnh nhân ung thư vú dưới 35 tuổi có nguy cơ tử vong cao hơn từ 1,5 đến 2 lần so với nhóm trên 35 tuổi, với tỉ lệ sống thêm toàn bộ 10 năm khoảng 55%.¹⁰ Theo Dimitrios Zouzoulas và cộng sự, trung vị thời gian sống thêm không bệnh và toàn bộ lần lượt là 133 tháng và > 173 tháng Hội nghị đồng thuận St Gallen từ năm 1998 đã khuyến cáo phụ nữ trẻ nên được điều trị hóa chất bổ trợ kể cả giai đoạn sớm.^{11,12} Gần đây, ESMO năm 2020 cũng khuyến cáo điều trị ức chế buồng trứng ở bệnh nhân < 35 tuổi có thụ thể nội tiết dương tính.¹³ Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến sống thêm toàn bộ và sống thêm không sự kiện là giai đoạn và tình trạng di căn hạch. Theo Vũ Hồng Thăng, tỉ lệ sống thêm 5 năm giai đoạn I, II, III cho mọi lứa tuổi tương ứng là 91,7%, 90,4%, 80,4%.¹⁴ Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư vú, bệnh nhân giai đoạn muộn liên quan đến tỉ lệ tái phát và tử

vong cao hơn sau điều trị. Theo Tạ Văn Tờ, tỉ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ của nhóm không di căn hạch là 91,9%, nhóm có di căn hạch là 53,0% với $p = 0,0001$.⁶ Còn theo Nguyễn Thế Thu, tỉ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ ở phụ nữ < 40 tuổi theo giai đoạn hạch di căn N0, N1, N2, N3 tương ứng là 92,2%, 49,1%, 50% và 25% với $p = 0,005$.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt tỉ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không sự kiện 10 năm ở nhóm thụ thể nội tiết dương tính và âm tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả của Jos A van der Hage về tỉ lệ sống thêm toàn bộ 7 năm ở nhóm có thụ thể nội tiết (+) là 82%, nhóm thụ thể nội tiết (-) là 77% ($p = 0,02$), có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn.¹⁵

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sống thêm toàn bộ 10 năm là 64,6%, sống thêm không sự kiện 10 năm là 60,5%. Giai đoạn bệnh và tình trạng hạch di căn có liên quan tới tỉ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không sự kiện. Ung thư vú ở phụ nữ trẻ có tiên lượng không thuận lợi về EFS và OS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660.
2. Gabriel CA, Domchek SM. Breast cancer in young women. *Breast Cancer Res*. 2010;12(5):212. doi: 10.1186/bcr2647.
3. Nguyễn Bá Đức, Bùi Diệu, Trần Văn Thuấn. Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam năm 2010 qua số liệu của 6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004-2008. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2010;1:73-80.
4. Ahn SH, Son BH, Kim SW, et al. Poor outcome of hormone receptor-positive breast

cancer at very young age is due to tamoxifen resistance: nationwide survival data in Korea-a report from the Korean Breast Cancer Society. *J Clin Oncol*. 2007;25(17):2360-2368. doi: 10.1200/JCO.2006.10.3754.

5. Shannon C, Smith IE. Breast cancer in adolescents and young women. *Eur J Cancer*. 2003;39(18):2632-2642. doi: 10.1016/s0959-8049(03)00669-5.

6. Tạ Văn Tờ, Lê Phong Thu. Nhận xét một số đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch Carcinom tuyến vú < 35 tuổi tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2009;13(6):718-723.

7. Nguyễn Thế Thu. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị bệnh ung thư vú ở phụ nữ dưới 40 tuổi tại Bệnh viện K. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện. Trường Đại học Y Hà Nội; 2008.

8. Tạ Văn Tờ. Nghiên cứu hình thái học, hoá mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.

9. Keegan THM, DeRouen MC, Press DJ, Kurian AW, Clarke CA. Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women. *Breast Cancer Res*. 2012;14(2):R55. doi: 10.1186/bcr3156.

10. El Saghir NS, Seoud M, Khalil MK, et al. Effects of young age at presentation on survival in breast cancer. *BMC Cancer*. 2006;6:194. doi:

10.1186/1471-2407-6-194.

11. Zouzoulas D, Tzolakidis D, Gitas G, et al. Breast cancer in women younger than 35 years old. *Arch Gynecol Obstet*. 2020;302(3):721-730. doi: 10.1007/s00404-020-05695-z.

12. Zujewski J, Liu ET. The 1998 St. Gallen's Consensus Conference: an Assessment. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1998;90(21):1587-1589. doi: 10.1093/jnci/90.21.1587.

13. Paluch-Shimon S, Cardoso F, Partridge AH, et al. ESO-ESMO 4th International Consensus Guidelines for Breast Cancer in Young Women (BCY4). *Ann Oncol*. 2020;31(6):674-696. doi: 10.1016/j.annonc.2020.03.284.

14. Vu Hong T. *Prognostic and Predictive Factors in Vietnamese Breast Cancer: A Comparison with Swedish Patients and Effect on Survival*. Inst för onkologi-patologi. Dept of Oncology-Pathology; 2012. Accessed September 30, 2020. <http://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/40909>.

15. van der Hage JA, Mieog JSD, van de Vijver MJ, van de Velde CJH. European Organization for Research and Treatment of Cancer. Efficacy of adjuvant chemotherapy according to hormone receptor status in young patients with breast cancer: a pooled analysis. *Breast Cancer Res*. 2007;9(5):R70. doi: 10.1186/bcr1778.

Summary

EVALUATING 10-YEAR OVERALL SURVIVAL OF BREAST CANCER PATIENTS UNDER 35 YEARS OF AGE AT K HOSPITAL

Young age is an independent prognostic factor of breast cancer. This retrospective study assessed the overall survival (OS) rate by reviewing longitudinal follow-up records of 92 women under 35 years who had breast cancer and had definitive treatment from K hospital between January, 2008 and August, 2011. Five, seven and ten-year OS rate were 79.5%, 66.2 % and 64.6%, respectively. There were 34

patients (37%) who had recurrence of cancer. Five, seven and ten-year event-free survival (EFS) rate were 66.0%, 63.7% and 60.5%, respectively. Stage and lymph node metastasis were significantly associated with OS and EFS. However, there were no significant differences of EFS and OS between groups with different ER/PR. Breast cancer in young women has unfavorable EFS and OS rates.

Keywords: breast cancer, young women, overall survival - OS, event free survival - EFS.