

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2911

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH UNG THƯ VÚ XÂM NHẬP TÁI PHÁT

Lê Đăng Quỳnh^{1*}, Nguyễn Hồng Phong², Âu Dương Quốc Uy³

1. Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

*Email: ledangquynh88@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/6/2024

Ngày phản biện: 22/7/2024

Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay có khoảng 40% bệnh nhân ung thư vú bị tái phát và hầu hết các trường hợp này đều có tỉ lệ tử vong cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư vú xâm nhập tái phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu các hồ sơ bệnh án và các tiêu bản sinh thiết của 146 bệnh nhân nữ ung thư vú xâm nhập tái phát tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 03 năm 2024. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân Ung thư vú xâm nhập tái phát trong 5 năm đầu sau điều trị (chiếm 76,7%), đặc biệt trong 3 năm đầu. Đặc điểm lâm sàng: loại tái phát thường gặp nhất là di căn xa (73,3%), thường di căn trên 1 tạng (57,9%), vị trí di căn thường gặp nhất là xương (29,5%), phổi (28,8%), gan (22,6%). Đặc điểm giải phẫu bệnh: tít mô học thường gặp là tít ung thư biểu mô ống tuyến vú không phải dạng đặc hiệu (95,9%), độ mô học chủ yếu là độ 2 (89%), tỉ lệ dương tính của ER, PR ở nhóm tái phát muộn cao hơn ở nhóm tái phát sớm, tỉ lệ dương tính HER2 ở nhóm tái phát sớm cao hơn ở nhóm tái phát muộn với $p > 0,05$. **Kết luận:** Ung thư vú xâm nhập tái phát thường xảy ra trong 5 năm đầu sau điều trị, đặc biệt trong 3 năm đầu. Loại tái phát thường gặp nhất là di căn xa (chủ yếu tại xương, phổi, gan). Tít mô học thường gặp nhất là tít không phải loại đặc hiệu với độ mô học chủ yếu là độ 2. Tỉ lệ dương tính ER, PR cao hơn ở nhóm tái phát muộn, tỉ lệ HER2 cao hơn ở nhóm tái phát sớm.

Từ khóa: Ung thư vú xâm nhập, tái phát, bệnh viện.

ABSTRACT

CLINICAL AND PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF RECURRENT INVASIVE BREAST CANCER

Le Dang Quynh^{1*}, Nguyen Hong Phong², Au Duong Quoc Uy³

1. Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

3. Pham Ngoc Thach University of Medicine

Background: Currently, about 40% of breast cancer patients have recurrence and most of these cases have high mortality rates. **Objective:** To describe the clinical and anatomical characteristics of recurrent invasive breast cancer. **Materials and methods:** Prospective cross-sectional descriptive study of medical records and biopsy specimens of 146 female patients with recurrent invasive breast cancer at Can Tho City Oncology Hospital since January June 2023 to March 2024. **Results:** Most breast cancer patients relapse in the first 5 years after treatment (accounting for 76.7%), especially in the first 3 years. Clinical characteristics: the most common type of recurrence was distant metastasis (73.3%), often metastases to more than 1 organ (57.9%), the most common site of metastasis was bone (29.5%), lung (28.8%), liver (22.6%). Histopathological characteristics: the most common histological type was the NST type (95.9%), the main histological

grade was grade 2 (89%), the positive rate of ER and PR in the late recurrence group was higher than in the group with In the early recurrence group, the HER2 positive rate in the early recurrence group was higher than in the late recurrence group with $p>0.05$. **Conclusion:** Recurrent invasive breast cancer often occurs in the first 5 years after treatment, especially in the first 3 years. The most common type of recurrence is distant metastasis (mainly in the bones, lungs, and liver). The most common histological type is the non-specific type with mainly grade 2 histology. The ER and PR positive rates are higher in the late recurrence group, and the HER2 rate is higher in the early recurrence group.

Keywords: Invasive breast cancer, recurrence, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh tái phát, ung thư vú (UTV) xâm nhập thường được coi là không thể chữa khỏi mặc dù các chiến lược điều trị và giám sát đã được tăng cường. 5–10% bệnh nhân sẽ có di căn ở lần khám đầu tiên và tỉ lệ tái phát của bệnh chiếm 20%. Theo y văn, thời gian sống sót dự đoán đối với bệnh nhân UTV xâm nhập tái phát rất khác nhau, từ 9 tháng đến 3 năm và có tiên lượng xấu. Trong lịch sử, chỉ có một số ít bệnh nhân bị ung thư vú xâm nhập tái phát sống sót sau 10 năm. Trong thời gian gần đây, tỉ lệ sống sót kỳ vọng đã được cải thiện đáng kể. Dữ liệu từ Cơ quan giám sát, dịch tễ học và kết quả cuối cùng (SEER) cho thấy tỉ lệ sống sót sau 5 năm trong bối cảnh bệnh di căn là 27% [1]. Ung thư vú xâm nhập tái phát là một thực thể riêng biệt với những đặc điểm lâm sàng và đặc điểm giải phẫu bệnh khác biệt so với khối u nguyên phát. Việc nghiên cứu các đặc điểm này của ung thư vú xâm nhập tái phát góp phần làm tiền đề cho các nghiên cứu sâu hơn hướng đến xây dựng mô hình tiên lượng tái phát, đồng thời để xây dựng phác đồ điều trị cụ thể phù hợp với các quốc gia khác nhau, đặc biệt là Việt Nam. Với các lý do trên, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư vú xâm nhập tái phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp ung thư vú xâm nhập tái phát ở nữ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thành Phố Cần Thơ từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Những bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư vú xâm nhập tái phát.
- + Trên 18 tuổi.
- + Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + Những trường hợp tử vong không phải do nguyên nhân UTV tái phát gây nên.
- + Những trường hợp chuyển điều trị nơi khác trong thời gian nghiên cứu.
- + Những trường hợp mắc đồng thời 2 loại ung thư khác nhau.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức: $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$

Chọn $\alpha = 5\%$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. p là tỉ lệ tái phát ung thư vú trong 5 năm = 10.4% theo Nghiên cứu của tác giả Marco Colleoni và cộng sự (2016) [2]. $d = 0,05$. Thay thế các số liệu vào công thức tính cỡ mẫu, qua tính toán có được cỡ mẫu tối thiểu là 143,1. Thực tế tại thời điểm này chúng tôi lấy được 146 mẫu

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng: tuổi, thể trạng, thời gian sống thêm không bệnh, loại tái phát, vị trí tái phát, nhóm tái phát

+ Đặc điểm giải phẫu bệnh: tít mô học, độ mô học, tỉ lệ xâm nhập mạch, tỉ lệ dương tính của ER, PR, HER2, tỉ lệ bộc lộ Ki67, tít phân tử

- Phương pháp đánh giá:

+ Nhóm tái phát chia thành tái phát sớm (trong 5 năm kể từ khi chẩn đoán) và tái phát muộn (sau 5 năm kể từ khi chẩn đoán)

+ Chẩn đoán tít mô học theo phân loại u vú của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019.

+ Chẩn đoán tái phát theo tác giả Martine Moosdorff và cộng sự, 2014 [3].

+ Đánh giá bộc lộ dấu ấn ER, PR theo thang điểm Allred.

+ Bộc lộ dấu ấn Ki67: ghi nhận tỉ lệ % bộc lộ dấu ấn Ki67 trong nhân tế bào ung thư.

+ Bộc lộ dấu ấn HER2: dương tính khi >10% tế bào ung thư bắt màu đậm ở toàn bộ ở màng tế bào, còn lại là âm tính.

+ Các phân nhóm phân tử được xác định theo Goldhirsch et al. tại sự đồng thuận của chuyên gia quốc tế St. Gallen năm 2013 [4].

- Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm IBM SPSS Statistics phiên bản 25.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Y Dược Cần Thơ với số 23.395.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Có 146 bệnh nhân nữ được xác định ung thư vú xâm nhập tái phát tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024 trong nhóm nghiên cứu với tuổi trung bình $50,95 \pm 10,47$, tỉ lệ bệnh nhân ≥ 40 tuổi chiếm 84,9%.

Bảng 1. Đặc điểm tái phát chung

Đặc điểm tái phát	Tần số	Tỉ lệ %
Nhóm tái phát		
Sớm	112/146	76,7
Muộn	34/146	23,3
Tái phát trong 5 năm đầu		
Năm 1	24/112	21,4
Năm 2	29/112	25,9
Năm 3	24/112	21,4
Năm 4	21/112	18,8
Năm 5	14/112	12,5

Nhận xét: Tái phát sớm chiếm 76,7% (trong đó hay gặp nhất là trong 3 năm đầu), tái phát muộn chiếm 23,3%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của tái phát sớm và muộn

Đặc điểm lâm sàng	Tái phát sớm	Tái phát muộn	Giá trị p	Tái phát chung
Tuổi trung bình	50,34 ± 10,31	52,94 ± 10,89	>0,05	50,95±10,47
Loại tái phát				
Tại chỗ	29,5%	32,4%	>0,05	30,1
Tại vùng	26,8%	17,6%	>0,05	24,7
Di căn	71,4%	79,4%	>0,05	73,3
Vị trí di căn				
Gan	25%	14,7%	>0,05	22,6
Xương	27,7%	35,3%	>0,05	29,5
Phổi	25,9%	38,2%	>0,05	28,8
Số tạng bị di căn				
Trên 1 tạng	56,3%	63,0%	>0,05	57,9%
1 tạng	43,8%	37,0%		42,1%

Nhận xét: Loại tái phát thường gặp nhất là di căn xa (73,3%). Số tạng bị di căn là 1 tạng (57,9%). Vị trí di căn thường gặp nhất là xương (29,5%), phổi (28,8%), gan (22,6%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tái phát sớm và muộn về tuổi trung bình, loại tái phát, vị trí di căn và số tạng di căn.

3.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm GPB	Tái phát sớm	Tái phát muộn	Giá trị p	Tái phát chung
Típ mô học				
NST	94,6%	100%	>0,05	95,9%
Khác	5,4%	0%		4,1%
Độ mô học				
Độ 1	3,6%	5,9%	>0,05	4,1%
Độ 2	88,4%	91,2%		89,0%
Độ 3	8,05	2,9%		6,8%
Tỉ lệ dương tính				
ER	55,4%	85,3%	<0,05	91,0%
PR	42,9%	58,8%	>0,05	46,6%
HER2	20,5%	11,8%	>0,05	18,5%

Nhận xét: Típ mô học thường gặp là UTBMTV xâm nhập típ NST (95,9%), độ mô học chủ yếu là độ 2 (89%), tỉ lệ dương tính của ER, PR, HER2 lần lượt là 62,3%, 46,6%, 18,5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tái phát sớm và muộn về típ mô học, độ mô học, tỉ lệ bộc lộ PR, HER2, típ phân tử. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ bộc lộ ER giữa hai nhóm tái phát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2 cho thấy phần lớn trên 40 tuổi (84,9%), độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 50,95±10,47 tuổi. Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi trung bình giữa hai nhóm tái phát (tái phát sớm là 50,34 ± 10,31 tuổi và muộn là 52,94 ± 10,89 tuổi) với p>0,05. Kết quả nghiên cứu này có sự tương đồng với của tác giả trong và ngoài nước như Thân Văn Thịnh [5], Phùng Phương [6], Ali Shahriari-Ahmadi [7]. Qua đó cho thấy ung thư vú tái phát thường gặp sau 40 tuổi, ít gặp ở nữ trẻ (<40 tuổi). Tuy nhiên, nghiên cứu

khác ghi nhận bệnh nhân mang đột biến gen xâm nhập cao là BRCA 1/2, TP53 và PTEN thường xuất hiện khi còn trẻ [8]. Khi so sánh với thể UTV lẻ tẻ, những trường hợp này có gia tăng nguy cơ tái phát tại chỗ, UTV đôi bên và mắc khối u ác tính khác. Vì những lý do này, tất cả bệnh nhân có tiền sử gia đình gợi ý và bệnh nhân rất trẻ (< 35 tuổi) nên được giới thiệu đến chuyên gia tư vấn để thảo luận về hồ sơ di truyền và phương pháp điều trị theo hướng di truyền.

Theo y văn ghi nhận có khoảng 40% bệnh nhân ung thư vú bị tái phát sau lần điều trị tiết căn đầu tiên và phần lớn tử vong do nguyên nhân này. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm tái phát sớm (trong 5 năm đầu) chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm tái phát muộn (sau 5 năm) tương ứng là 76,7% và 23,3%. Trong đó, tỉ lệ tái phát trong nhóm tái phát sớm cao nhất ở 3 năm đầu sau kết thúc điều trị tiết căn (năm 1: 21,4%, năm 2: 25,9%, năm 3: 21,4%). Sau đó, tỉ lệ này giảm dần ở các năm tiếp theo (năm 4: 18,8%, năm 5: 12,5%). Kết quả nghiên cứu này có sự tương đồng với các tác giả khác. Nghiên cứu của Young Joo Lee [9] trên 335 bệnh nhân ung thư vú tái phát cho thấy tỉ lệ tái phát sớm (80,3%) cao hơn tái phát muộn (19,7%). Theo tác giả Ali Shahriari-Ahmadi [7], trong 182 bệnh nhân tái phát, tái phát trong 5 năm, 5 – 10 năm, 10 – 15 năm lần lượt chiếm tỉ lệ 47,8%, 41,2% và 11%. Theo tác giả Vũ Hồng Thăng [10], tỉ lệ tái phát trong 5 năm đầu cao hơn sau 5 năm (82,4% và 17,6%), trong đó tái phát trong năm thứ 3 chiếm tỉ lệ cao nhất (27,4%) sau đó là năm thứ 2 với 24,2%. Có sự khác biệt về tỉ lệ tái phát sớm và muộn giữa các nghiên cứu do sự khác nhau về vị trí địa lý, chính sách sàng lọc, chẩn đoán, ... Nhưng điểm chung cho thấy nguy cơ tái phát cao nhất trong 2 – 3 năm đầu tiên sau điều trị và giảm dần theo các năm sau.

Về loại hình tái phát, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân ung thư vú có thể có nhiều loại hình tái phát, trong đó tái phát di căn chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm tái phát sớm và muộn (71,4% và 79,4%), kể đến tái phát tại chỗ (29,5% và 32,4%), sau cùng là tái phát vùng (26,8% và 17,6%). Theo tác giả Young Joo Lee [9], tỉ lệ tái phát di căn xa cao hơn tái phát tại chỗ - tại vùng ở nhóm tái phát sớm (53,2% và 46,8%) và tương đương ở nhóm tái phát muộn (48,5% và 51,5%) với $p > 0,05$. Theo tác giả Bernd Gerber [11], 20% là tái phát tại vùng – tại chỗ, 60 – 70% tái phát di căn tại một vị trí giải phẫu, còn lại là tái phát di căn đa ổ. Từ các bằng chứng trên cho thấy loại hình tái phát thường gặp là tái phát di căn. Tỉ suất mới mắc và vị trí tái phát phụ thuộc vào nhiều yếu tố như giai đoạn TNM của khối u nguyên phát, điều trị trước đó, đặc điểm sinh học của khối u và độ nhạy của chẩn đoán.

Về vị trí tái phát di căn, theo y văn, ung thư vú xâm nhập có thể di căn theo đường mạch máu, bạch huyết nên có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào. Vị trí thường gặp là xương, phổi, gan. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ba vị trí thường bị di căn là xương, phổi, gan với tỉ lệ lần lượt là 29,5%, 28,8% và 22,6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí di căn giữa hai nhóm tái phát. Nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Thăng [10] ghi nhận vị trí thường gặp di căn nhất là xương (54,8%), kể đến là phổi (33,9%) và gan (17,7%). Theo tác giả Bernd Gerber [11], tỉ lệ di căn xương, phổi, gan qua chẩn đoán lâm sàng lần lượt là 20 – 60%, 15 – 20% và 5 – 15%. Tuy nhiên, tỉ lệ di căn các tạng qua khám nghiệm tử thi rất khác nhau [11]: xương 60 – 90%, phổi 30 – 50%, gan 50 – 75%, tim 25 – 40%, não 30 – 50%, ổ bụng 30 – 40%, buồng trứng 20 – 40%. Dù qua khám lâm sàng hay khám nghiệm tử thi thì xương, phổi, gan vẫn là 3 vị trí di căn thường gặp, nhưng vẫn ghi nhận tỉ lệ di căn cao ở các tạng khác.

Về số tạng bị di căn, bệnh nhân UTV xâm nhập tái phát di căn có thể xuất hiện di căn tại một hoặc nhiều vị trí. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân tái phát di căn tại thời điểm đa phần là di căn trên 1 tạng (57,9%), trong khi di căn 1 tạng chiếm 42,1%. Kết

quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác. Theo tác giả Vũ Hồng Thăng [10], tỉ lệ tái phát di căn trên 1 tạng là 53,2%, di căn 1 tạng là 46,8%. Theo tác giả Amari Masakazu [12], tỉ lệ di căn trên 1 tạng chiếm 74%. Do đó, đa phần UTV xâm nhập tái phát di căn đa vị trí tại thời điểm tái phát di căn. Điều này làm cho tiên lượng của bệnh nhân UTV xâm nhập tái phát di căn xấu hơn, điều trị khó khăn hơn.

4.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Về tít mô học, các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tít NST là tít mô học thường gặp của ung thư vú xâm nhập tái phát. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tít NST chiếm tỉ lệ 95,9% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tít mô học giữa hai nhóm tái phát với $p > 0,05$. Tỉ lệ tít NST trong các nghiên cứu khác như Phùng Phương [6] với 84,9%, Hassan K. Abdulwassi [13] với 94,9%.

Về phân độ mô học: Độ mô học là yếu tố tiên lượng quan trọng. Độ mô học càng cao, tiên lượng càng xấu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ mô học thường gặp của ung thư vú tái phát là độ II với 89% (ở nhóm tái phát sớm là 88,4%, ở nhóm tái phát muộn là 91,2%, $p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Amari Masakazu [12] cho thấy độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất cả ở nhóm tái phát sớm (65,5%) và muộn (66,7%), với $p > 0,05$. Theo tác giả Hassan K. Abdulwassi [13], độ 2 chiếm tỉ lệ 53,8%, kế đến là độ 3 với 34,2%, sau cùng là độ 1 với 12%. Như vậy cho thấy độ mô học của UTV xâm nhập tái phát chủ yếu là độ 2.

Về đặc điểm hóa mô miễn dịch, UTV là một bệnh không đồng nhất và hiện được chia thành các phân nhóm tùy theo tình trạng ER, PR, và HER2. Một nghiên cứu khác báo cáo rằng không có dấu ấn hóa mô miễn dịch nào (ER, PR, HER2) đã cung cấp thông tin tiên lượng có ý nghĩa thống kê trong những năm từ 5–10. Một nghiên cứu khác báo cáo rằng các khối u âm tính ER thường có liên quan đến nguy cơ tái phát sớm cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ dương tính với ER và PR ít ở nhóm tái phát sớm. Nghiên cứu của tác giả Ali Shahriari-Ahmadi [7] cũng cho thấy tỉ lệ dương tính với ER và PR ở nhóm tái phát sớm ít hơn so với nhóm tái phát muộn và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa dương tính các dấu ấn ER, PR và tái phát muộn (5 – 10 năm) lẫn rất muộn (10 – 15 năm) ($p < 0,05$). Ngoài ra, phân tích hồi quy logistic nhị phân trong nghiên cứu này cho thấy ER và PR âm tính là yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân tái phát sớm so với nhóm tái phát muộn hoặc ER âm tính ở nhóm tái phát rất muộn. Do đó, ER và PR dương tính là những yếu tố có hiệu quả tiên lượng tái phát ở bệnh nhân BC. Mặc dù thực tế là hầu hết bệnh nhân BC đều có khối u dương tính với ER, nhưng có tới 50% bệnh nhân đang hoặc sẽ sớm phát triển đề kháng với liệu pháp nội tiết.

HER2 dương tính là yếu tố chính khi xem xét liệu bệnh nhân có nên dùng liệu pháp hỗ trợ Herceptin hay không. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ dương tính với HER2 cao hơn ở nhóm tái phát sớm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Ali Shahriari-Ahmadi [7] cho kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi giữa nhóm tái phát sớm và muộn; tuy nhiên tỉ lệ dương tính HER2 ít hơn ở nhóm tái phát rất muộn so với 2 nhóm tái phát sớm – muộn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu này, phân tích hồi quy logistic cho thấy HER2 dương tính là yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân tái phát sớm so với nhóm tái phát rất muộn. Một số nghiên cứu báo cáo rằng kích hoạt HER2 là một trong những cơ chế chính góp phần kháng nội tiết. Do đó, dựa trên kết quả của chúng tôi và các kết quả khác, có thể liệu pháp HER2 hay liệu pháp Herceptin với tình trạng kháng nội tiết ở bệnh nhân UTV có thể gây tái phát cao, đặc biệt là sau 10 năm điều trị đầu tiên.

V. KẾT LUẬN

Ung thư vú xâm nhập tái phát thường xảy ra trong 5 năm đầu sau điều trị, đặc biệt trong 3 năm đầu. Loại tái phát thường gặp nhất là di căn xa (chủ yếu tại xương, phổi, gan). Típ mô học thường gặp nhất là típ NST với độ mô học chủ yếu là độ 2. Tỷ lệ dương tính ER, PR cao hơn ở nhóm tái phát muộn, tỉ lệ HER2 cao hơn ở nhóm tái phát sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. National Cancer Institute. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2015. https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2015/index.html
2. Colleoni M, Sun Z, Price KN, Karlsson P, Forbes JF, et al. Annual Hazard Rates of Recurrence for Breast Cancer During 24 Years of Follow-Up: Results From the International Breast Cancer Study Group Trials I to V. *Journal of Clinical Oncology*. 2016. 34(9), 927-935, doi: 10.1200/JCO.2015.62.3504.
3. Vũ Đình Giáp, Lê Hồng Quang, Đoàn Thị Hồng Nhật, Nguyễn Ngọc Tú, Nguyễn Khắc Tiến. Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ trẻ tuổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 100-103.
4. Goldhirsch A, Winer EP, Coates AS, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, et al. Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. *Annals of Oncology*. 2013. 24(9), 2206-23. doi: 10.1093/annonc/mdt303.
5. Thân Văn Thịnh, Bùi Vinh Quang. Kết quả hóa trị Paclitaxel trong ung thư vú tái phát di căn tại bệnh viện ung bướu hà nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 19 - 23.
6. Phùng Phương. Đánh giá các yếu tố tiên lượng về thời gian sống thêm của ung thư vú tái phát. *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2016. 172-177.
7. Shahriari-Ahmadi A, Arabi M, Payandeh M, Sadeghi M. The recurrence frequency of breast cancer and its prognostic factors in Iranian patients. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*. 2017. 40-43. doi: 10.4103/2229-516X.198521.
8. Christine AP, Katherine K, Mark GT. Breast conserving surgery and radiation as a choice for patients with BRCA mutations. *Journal of Solid Tumors*. 2012. 45-53, doi: 10.5430/jst.v2n5p45
9. Young JL, Seung PJ, Jeung WB, Sun MY, Ji JY et al. Prognosis according to the timing of recurrence in breast cancer. *Ann Surg Treat Res*. 2023. 1-9, doi: 10.4174/ast.2023.104.1.1.
10. Vũ Hồng Thăng, Đào Thị Oanh. Đặc điểm tái phát và di căn của ung thư vú có thụ thể nội tiết dương tính điều trị tamoxifen tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2016. 157-164.
11. Gerber B, Freund M, Reimer T. Recurrent breast cancer: treatment strategies for maintaining and prolonging good quality of life. *Dtsch Arztebl Int*. 2010. 85-91, doi: 10.3238/arztebl.2010.0085.
12. Amari M, Ishida T, Takeda M, Ohuchi N. Capecitabine monotherapy is efficient and safe in all line settings in patients with metastatic and advanced breast cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2010. 188-193, doi: 10.1093/jjco/hyp145.
13. Abdulwassi HK, Amer IT, Alhibshi AH, Alnajjar AA, Bahatheq AK, et al. Recurrence rates and long-term survival factors in young women with breast cancer. *Saudi Med J*. 2020. 393-399, doi: 10.15537/smj.2020.4.24987.