

GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ BẰNG CHỌC HÚT KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2023 - 2024

Đào Thị Nguyệt¹, Nguyễn Thị Ngân¹, Lê Tuấn Anh¹,
Nguyễn Thị Thu Hương¹, Đặng Văn Xuyên¹, Dương Hồng Quân²

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, tế bào học ung thư vú, đối chiếu chẩn đoán tế bào học với siêu âm và mô bệnh học của bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vú dựa trên kết quả tế bào học tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ ngày 1/1/2022 - 31/8/2024.

Kết quả và kết luận: Hầu hết bệnh nhân (67,9%) trên 60 tuổi. Đa số khối u (51,7%) kích thước 2 - 5 cm, được phát hiện do bệnh nhân tự khám; một số ít (3 trường hợp) kích thước nhỏ hơn 1cm, được phát hiện qua siêu âm. Tất cả các trường hợp đều có phân loại BIRADS 4 và 5. Kết quả tế bào học phù hợp với mô bệnh học. Kết luận: Ung thư vú có thể được chẩn đoán sớm và chính xác, ngay cả khi khối u rất nhỏ.

Từ khóa: Ung thư vú, Mô bệnh học ung thư vú, Chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tuyến vú.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là ung thư phổ biến thứ hai sau ung thư phổi. Là ung thư phổ biến nhất ở nữ giới với số lượng ước tính khoảng 2,3 triệu trường hợp mắc mới trên toàn thế giới theo dữ liệu GLOBOCAN 2022¹. Tại Việt Nam, UTV là bệnh ung thư đứng đầu trong số các bệnh ung thư phụ nữ. Năm 2010 tỷ lệ chuẩn hóa theo độ tuổi trên 100.000 dân là 17,5. Đây là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba ở phụ nữ². Chọc hút kim nhỏ ở vú (FNA- Fine Needle Aspiration) là kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, độ chính xác khá cao, chi phí thấp. Đặc biệt, FNA bằng siêu âm cho phép làm tăng độ chính xác của chẩn đoán do có thể lấy trúng tổn thương với kích thước khá nhỏ. Độ nhạy và độ đặc hiệu của chọc hút kim nhỏ thay đổi lần lượt

từ 77 - 97% và 92 - 99% theo các nghiên cứu khác nhau³. Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, kỹ thuật chọc dưới hướng dẫn siêu âm được khoa Giải phẫu bệnh triển khai từ năm 2016 tuy nhiên nghiên cứu về mối tương quan giữa mô bệnh học, tế bào và siêu âm còn chưa được kỹ lưỡng nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, tế bào học ung thư vú, đối chiếu chẩn đoán tế bào học với siêu âm và mô bệnh học của bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú trên tế bào học tại khoa Giải phẫu bệnh bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ 1/1/2022 - 31/8/2024.

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy mẫu toàn bộ

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này chỉ dựa trên hồ sơ và tiêu bản của bệnh nhân, mục đích nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Mọi thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

⁽¹⁾ Bệnh viện đa khoa Đức Giang

⁽²⁾ Trường đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 12/02/2025

Ngày phản biện xong: 28/3/202

Ngày duyệt đăng: 15/6/2025

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Đào Thị Nguyệt,
Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Email: Nguyethmu@gmail.com

KẾT QUẢ

Đặc điểm tuổi của bệnh nhân ung thư vú

Bảng 1. Đặc điểm tuổi

Tuổi	n	Tỷ lệ (%)
30 - 40	2	7,1
41 - 50	2	7,1
51 - 60	5	17,9
Trên 60	19	67,9
Tổng số	28	100

Nhận xét: Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 38 tuổi, cao tuổi nhất là 82 tuổi. Nhóm tuổi từ 30 - 40 tuổi và từ 41 - 50 tuổi chiếm ít nhất với 7,1%. Nhóm tuổi mắc cao nhất là trên 60 tuổi với 67,9%. Tuổi trung bình mắc bệnh là 64,2 tuổi.

Đặc điểm khối u

Vị trí u

Bảng 2. Vị trí u

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1/4 trên ngoài	4	13,8
1/4 trên trong	5	17,2
1/4 dưới ngoài	3	10,3
1/4 dưới trong	2	6,9
Các vị trí: 3 giờ, 6 giờ, 12 giờ	14	48,3
Núm vú	1	3,5
Tổng	29	100

Nhận xét: Trong 28 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 1 bệnh nhân có 2 vị trí ung thư. Như vậy tổng số 29 vị trí. Trong đó vị trí 1/4 trên ngoài (13,8%), 1/4 dưới ngoài (10,3%), 1/4 trên trong (17,2%), 1/4 dưới trong (6,9%), núm vú (3,5%), các vị trí chính giữa 3 giờ, 6 giờ, 12 giờ gặp nhiều nhất (48,3%).

Kích thước khối u

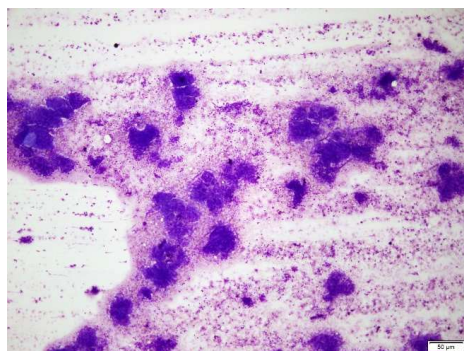
Bảng 3. Kích thước khối u

KT u (cm) Tế bào học	≤ 2		> 2 - 5		> 5		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nhóm 4	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100	>0,05
Nhóm 5	10	38,5	14	53,8	2	7,7	26	100	
Tổng	12	41,4	15	51,7	2	6,9	29	100	

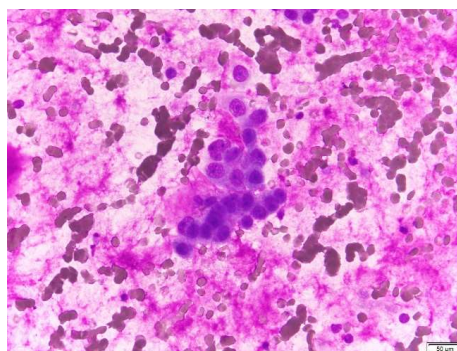
Nhận xét: KT u ≤ 2 cm chiếm 41,4%. KT u > 2 - 5 cm chiếm chủ yếu (51,7%). KT u > 5 cm chiếm 6,9%. Trong các trường hợp UTV có KT u ≤ 2 cm, chủ yếu 1cm < u ≤ 2 cm (75%).

Đặc điểm tế bào học trong ung thư vú

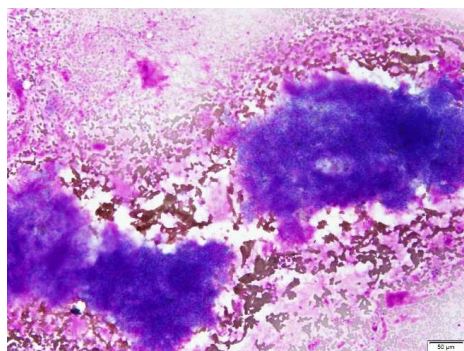
Nhận xét: Trong các ca chúng tôi nghiên cứu, đặc điểm về tế bào thường gặp là: tế bào u nhân lớn, không đều (100%), chất nhuộm sắc thô (75,9%), hạt nhân rõ (65,5%), sắp xếp thành đám, chồng chất (41,4%), kém liên kết, rời rạc 48,3%).



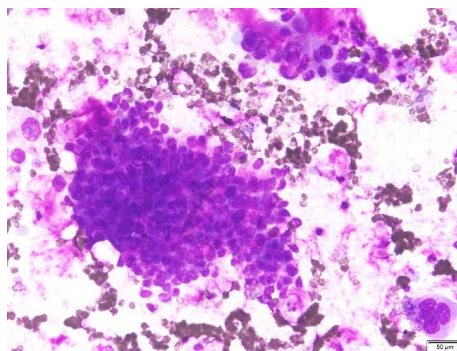
Đặng Thị Th, Giemsa x 40
Giàu tế bào u. Nền hồng cầu.



Trịnh Thị Mai H, Giemsa x 400
Tế bào u nhân lớn, không đều, chất
nhiễm sắc thô, hạt nhân rõ.



Đào Thị O, Giemsa x 100
Tế bào u sắp xếp chồng chất, giàu tế bào



Trịnh Thị Mai H, Giemsa x 400
Tế bào u sắp xếp thành đám, chồng chất

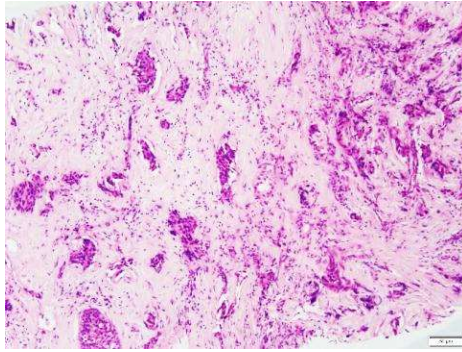
Hình 1. Hình ảnh đặc điểm tế bào học

Tỷ lệ các nhóm mô bệnh học của ung thư vú theo Tổ chức Y tế Thế giới 2019

Bảng 4. Tỷ lệ các nhóm mô bệnh học

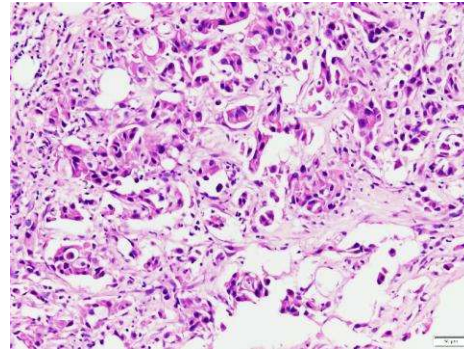
Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
UTBM xâm nhập không phải dạng đặc biệt	17	80,9
UTBM thể nhày xâm nhập	2	9,5
UTBM thể mặt sàng xâm nhập	1	4,8
UTBM thể ống tại chỗ	1	4,8
Tổng	21	100

Nhận xét: Trong 23 trường hợp hồi cứu có chẩn đoán mô bệnh học xác nhận ung thư vú. Chúng tôi thu thập được 21 trường hợp có phân nhóm mô bệnh học cụ thể. Trong đó 17/21 trường hợp (80,9%) là UTBM xâm nhập không phải dạng đặc biệt, 2 trường hợp UTBM thể nhày xâm nhập (9,5%), 1 trường hợp là UTBM thể mặt sàng xâm nhập (4,8%), 1 trường hợp là UTBM thể ống tại chỗ (4,8%).



Vũ Thị Nh, HE x 100

UTBM xâm nhập không phải dạng đặc biệt



Vũ Thị Nh, HE x 400

UTBM xâm nhập không phải dạng đặc biệt

Hình 2. Hình ảnh đặc điểm mô bệnh học một số thể ung thư vú

Đối chiếu chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học thường quy
Bảng 5. Đối chiếu kết quả tế bào học và MBH thường quy

TBH MBH	Nhóm 4 - PL Yokohama	Nhóm 5 - PL Yokohama	Tổng
UTBM xâm nhập không phải dạng đặc biệt	1	16	17
UTBM thể nhày xâm nhập	1	1	2
UTBM thể mặt sáng xâm nhập	0	1	1
UTBM thể ống tại chỗ	0	1	1
Tổng	2	19	21

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp có kết quả mô bệnh học UTV đều thuộc phân nhóm 5 của phân loại tế bào học theo Yokohama năm 2019.

Chẩn đoán tế bào học và đặc điểm siêu âm tuyến vú
Bảng 6. So sánh phân loại BIRADS với phân loại tế bào học

Siêu âm Tế bào học	BIRAS 3		BIRADS 4		BIRADS 5		Không PL Birad		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nhóm 4	0	0	3	100	0	0	0	0	3	100	<0,65
Nhóm 5	0	0	18	69,2	6	23,1	2	7,7	26	100	
Tổng	0	0	21	72,4	6	20,7	2	6,9	29	100	

Nhận xét: 100% các ca bệnh thuộc nhóm 4 của phân loại tế bào học có kết quả siêu âm thuộc Birad 4. Có 69,2% các ca bệnh thuộc nhóm 5 của phân loại tế bào học có kết quả siêu âm thuộc Birad 4. Không có ca bệnh nào thuộc có kết quả siêu âm là Birad 3. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Kết quả tế bào học và kích thước u trên siêu âm tuyến vú

Bảng 7. So sánh kết quả tế bào học và kích thước u trên siêu âm

KT u (cm) Tế bào học	≤ 2		> 2 - 5		> 5		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nhóm 4	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100	>0,65
Nhóm 5	10	38,5	14	53,8	2	7,7	26	100	
Tổng	12	41,4	15	51,7	2	6,9	29	100	

Nhận xét: Kết quả thuộc nhóm 5 theo phân loại tế bào học chủ yếu ở nhóm u có kích thước >2 -5cm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Đặc điểm tổn thương trên siêu âm vú

Bảng 8. Đặc điểm trên siêu âm vú

Đặc điểm tổn thương		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cấu trúc	Hỗn hợp	6/29	20,7
	Đặc	0/29	0
	Không xác định	23/29	79,3
Độ hồi âm	Giảm âm	22/29	75,9
	Đồng âm	1/29	3,4
	Không xác định	6/29	20,7
Ranh giới	Không rõ	7/29	24,1
	Rõ	2/29	6,9
	Không xác định	20/29	69,0
Bờ	Không đều	8/29	27,6
	Tua gai	5/29	17,2
	Đa cung	6/29	20,7
	Không xác định	10/29	34,5
Vôi vôi hóa		5/29	17,2
Co kéo nhu mô lân cận		2/29	6,9

Nhận xét: Trong các đặc điểm tổn thương trên siêu âm vú thì đặc điểm: Giảm âm chiếm 75,9%, ranh giới không rõ chiếm 24,1%, bờ không đều chiếm 27,6%, bờ tua gai chiếm 17,2%, bờ đa cung chiếm 20,7%, vôi hóa chiếm 17,2%.

BÀN LUẬN

Về phân bố tuổi

Trong các yếu tố nguy cơ mắc UTV, tuổi và giới tính là hai yếu tố nguy cơ quan trọng nhất. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ mắc bệnh tăng rõ rệt ở lứa tuổi 40 - 50, sau đó chững lại và giảm dần ở những lứa tuổi tiếp theo. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở hai nhóm tuổi là nhóm tuổi 51- 60 tuổi và trên 60 tuổi với tỷ lệ phần trăm lần lượt là 17,9% và 67,9%. Kết quả này phù hợp với nghiên

cứu của Đỗ Doãn Thuận (2008) cho thấy, nhóm tuổi mắc cao nhất là 46 - 50, chiếm 25,87%, nhóm tuổi từ 41 - 45 chiếm 19,56%. Điều này được lý giải do sự ảnh hưởng của tình trạng nội tiết ở giai đoạn tiền mãn kinh của lứa tuổi này. Trần Hoàng (2021) 6 tỷ lệ UTV cao nhất ở hai nhóm tuổi là 51 - 60 có 16 bệnh nhân (33,33%) và nhóm tuổi 41 - 50 có 11 BN (22,92%).

Vị trí ung thư vú

Về vị trí u vú thường được phân theo các mức giải phẫu ¼ trên trong, ¼ trên ngoài, ¼ dưới trong, ¼ dưới

ngoài. Thường gặp nhất là vị trí $\frac{1}{4}$ trên ngoài theo các nghiên cứu của: Vũ Anh Hải và cộng sự (2024) là 59,0%, Phạm Thị Phương và cộng sự (2020) là 58,8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi các vị trí chính giữa 3 giờ, 6 giờ, 12 giờ chiếm nhiều nhất 48,3%, vị trí $\frac{1}{4}$ trên ngoài chiếm 13,8%, ít hơn các nghiên cứu trước đó. Điều này có thể lý giải do ban đầu đánh giá vị trí không xếp vào nhóm $\frac{1}{4}$ mà xếp theo vị trí kim đồng hồ. Nghiên cứu của chúng tôi hạn chế vì đánh giá hồi cứu.

Kích thước khối u

Theo nghiên cứu của chúng tôi chiếm chủ yếu là kích thước khối u $> 2 - 5$ cm (51,7%). Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Tạ Văn Tờ (2004) trên 275 bệnh nhân với kích thước $2 - 4$ cm cũng chiếm tỷ lệ cao nhất so với các giai đoạn còn lại⁹.

Kích thước là một yếu tố dự báo về khả năng sống sót sau 15 năm, đối với cả ung thư vú không di căn hạch và có di căn hạch¹⁰. Hầu hết các trường hợp kích thước u $> 2 - 5$ cm được phát hiện chủ yếu do người bệnh tự sờ thấy. Ngoài ra, chúng tôi phát hiện được 3 trường hợp kích thước u khá nhỏ $> 0,5 - \leq 1$ cm (bệnh nhân không tự sờ thấy được, phát hiện qua siêu âm tình cờ khi khám sức khỏe). Như vậy thấy được siêu âm có vai trò rất quan trọng trong đánh giá khối u cũng như phát hiện những khối u kích thước nhỏ.

Nghiên cứu về kỹ thuật FNA tác giả Mulazim Hussain Bukhari và cộng sự (2011) đánh giá FNA trong các khối u vú có thể sờ được, kết quả: Độ nhạy là 98%, độ đặc hiệu là 100%, độ chính xác đạt 98%, giá trị tiên đoán âm tính 100% và giá trị tiên đoán dương tính là 97%. Đánh giá giá trị của FNA dưới hướng dẫn của siêu âm, nghiên cứu của Huỳnh Xuân Nghiêm và cộng sự (2010) trong chẩn đoán khối u vú dạng đặc, tỷ lệ độ nhạy 97,4%, độ đặc hiệu 100%¹¹. Trần Mạnh Hà (2019) cho kết quả chẩn đoán tế bào học có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 98,9%, giá trị tiên đoán dương 94,7%, giá trị tiên đoán âm 100%, tỷ lệ dương tính giả 0,9% và tỷ lệ âm tính giả 0%¹². Các giả đưa ra kết luận rằng tế bào học chọc hút kim nhỏ là một công cụ kinh tế và đáng tin cậy, nhanh chóng cho việc chẩn đoán các tổn thương vú có thể sờ nắn được và việc kiểm tra tế bào học của các tổn thương trước khi điều trị là một phương thức chẩn đoán quan

trọng¹³. Trong nghiên cứu của chúng tôi 23 trường hợp có kết quả tế bào học UTV hồi cứu mô bệnh học cho kết quả chính xác là ung thư vú. Không có trường hợp nào chẩn đoán UTV trên tế bào học mà âm tính trên mô bệnh học. Như vậy, qua các nghiên cứu trước đó và nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tế bào học là xét nghiệm đơn giản, dễ thực hiện, kinh tế, độ chính xác tương đối cao. Đặc biệt FNA dưới hướng dẫn siêu âm là hữu ích với những trường hợp khối u nhỏ không thăm khám được trên lâm sàng.

Đặc điểm giải phẫu bệnh: Tỷ lệ các nhóm mô bệnh học của UTV theo Tổ chức Y tế Thế giới 2019

Trong số 21 ca có kết quả mô bệnh học thì hầu hết là các trường hợp có ung thư vú xâm nhập không phải dạng đặc biệt (80,9%). Kết quả chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu trước đó.

Theo nghiên cứu của Trần Mạnh Hà và cộng sự (12) trong 56 trường hợp UTBM tuyến vú có 50 trường hợp UTBM xâm nhập không phải dạng đặc biệt (89,29%), 6 trường hợp UTBM tiểu thùy xâm nhập (10,71%). Theo nghiên cứu của Phạm Hồng Khoa và cộng sự (2024) trên 105 bệnh nhân UTV giai đoạn còn mổ được tại bệnh viện K được cho thấy UTBM xâm nhập không phải dạng đặc biệt chiếm 86,7%¹⁴. Tỷ lệ UTBM xâm nhập không phải dạng đặc biệt chiếm cao nhất trong đa số các nghiên cứu về UTV. Điều này là do cấu tạo mô học và chức năng tuyến vú chủ yếu là cấu trúc ống tuyến và mô tuyến vú chịu ảnh hưởng bởi nội tiết tố nữ rất rõ rệt nên ung thư thường xuất phát từ nơi này¹⁵. Một số thể mô bệnh học có tiên lượng tốt bao gồm: Ung thư vú thể nhầy, thể tiểu thùy xâm nhập và thể nhú. Đối với các nhóm tiên lượng tốt này, thông thường được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, yếu tố thụ thể nội tiết thường dương tính và yếu tố Her-2 thường âm tính⁶.

Đối chiếu kết quả tế bào học và phân loại BIRADS

Siêu âm tuyến vú là một xét nghiệm hình ảnh được sử dụng rộng rãi để đánh giá ban đầu các nhân tuyến vú, nó được sử dụng phân tầng nguy cơ ác tính và hỗ trợ trong việc chỉ định FNA. Đây là một phương pháp hiệu quả để phân biệt một tổn thương lành hay ác tính của tuyến vú. Trong nghiên cứu của Mai Đăng Hiếu và cộng sự (2016) siêu âm chẩn đoán UTV có độ nhạy 97,5%, độ đặc hiệu 52,6%, giá trị dự báo



đương tính 81,3%, giá trị dự báo âm tính 90,9%, độ chính xác 83,1%¹⁶. Nghiên cứu của Đỗ Doãn Thuận và cộng sự (2008) cho kết quả như sau: Siêu âm có độ nhạy 99,05%, độ đặc hiệu 85,5%, giá trị dự báo dương tính 91,55%, giá trị dự báo âm tính 98,28%, độ chính xác 93,81%¹⁷. Trong siêu âm vú phân loại hay được sử dụng nhất là ACR- BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System) năm 2013, gồm có 7 độ (từ 0 - 6), tương ứng với nguy cơ lành tính và nghi ngờ ác tính của từng tổn thương. BIRAD 3 có tỷ lệ ác tính < 2%, BIRADS 4 tỷ lệ ác tính từ 2-95%, BIRADS 5 tỷ lệ ác tính > 95%²⁰. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là BIRADS 4 (72,4%), BIRADS 5 (20,7%), không phân loại BIRADS (6,9%), không có trường hợp nào BIRADS 2, BIRADS 3. Như vậy chẩn đoán trên siêu âm là khá chính xác. Theo nghiên cứu của Trần Hoàng và cộng sự (2023) ở bệnh nhân ung thư vú tại trung tâm ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy có 19 BN BIRADS 5 và 24 BN BIRADS 4 chiếm 89,6%, 5 BN BIRADS 3 chiếm 10,4%, không có trường hợp nào BIRADS 218. Theo nghiên cứu Vũ Hải Anh và cs (2024) phân nhóm BIRADS IV, V (chiếm tỷ lệ lần lượt là 72,1% và 19,7%), 1 trường hợp BN UTV có kết quả siêu âm là phân nhóm BIRADS II (1,6%), 4 trường hợp BN UTV phân nhóm BIRADS III (6,6%). Vai trò phân nhóm hình ảnh BIRADS trên siêu âm trong tiên lượng nguy cơ UTV đã được nhiều nghiên cứu đề cập. Nhìn chung phân nhóm BIRADS V có nguy cơ UTV rất cao (> 95%). Phân nhóm BIRADS II, III có nguy cơ ác tính rất thấp theo các báo cáo, khuyến nghị ($\leq 2\%$). Như vậy, cần có những đánh giá tỷ mỉ và chi tiết hơn trong siêu âm để đảm bảo không bỏ sót tổn thương, dẫn đến việc phân nhóm chưa chính xác. Đồng thời cũng cần lưu ý các nhà lâm sàng không chủ quan, chỉ dựa vào kết quả một loại xét nghiệm, một lần xét nghiệm để đưa ra những nhận định, chẩn đoán, dẫn đến làm tăng tỷ lệ sai sót⁷.

Kết quả tế bào học và kích thước u trên siêu âm tuyến vú

Trong nghiên cứu có 10 ca u kích thước $u \leq 2$ cm đã đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nhóm 5 trên tế bào học theo phân loại của Yokohama. Do vậy, với kích thước u nhỏ nếu lấy tế bào đúng vào vị trí vẫn có thể có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ác tính trên tế bào học.

Kích thước u và phân loại BIRADS trên siêu âm vú

Hầu hết u được chẩn đoán ở BIRADS 4. Nhiều nhất là ở khối u có kích thước > 2cm (14/29 trường hợp), ngoài ra có 7/29 trường hợp kích thước $u \leq 2$ cm bệnh nhân không tự sờ thấy được phát hiện tình cờ qua thăm khám sức khỏe tổng quát.

Đặc điểm tổn thương trên siêu âm vú

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu các ca ung thư vú đều giảm âm chiếm 75,9%. Có 20,7% ca có nhân hỗn hợp âm vì vậy cũng khuyến cáo các bác sĩ lâm sàng không chủ quan với những nhân hỗn hợp âm, tránh bỏ sót dẫn đến chẩn đoán muộn cho bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Phương và cs (2020) thực hiện trên 266 bệnh nhân tại Trung tâm điện quang BV Bạch Mai cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu của 8 dấu hiệu nghi ngờ ác tính trên siêu âm trong chẩn đoán UTV là⁸:

Dựa theo bảng phân tích trên kết hợp với mô hình hồi quy đa biến Logistic. Tác giả nhận định 3 dấu hiệu có giá trị chẩn đoán cao trong UTV là: Khối có bờ tua gai, khối có bờ không đều góc cạnh, có bóng cản âm sau khối. Dấu hiệu khối có bờ tua gai là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán UTV cao nhất với giá trị OR và B lần lượt là 77,48 và 4,35, tiếp đến là khối có bờ không đều góc cạnh (OR: 25,5 và B: 3,24) sau cùng là có bóng cản âm khối (OR: 15,69, B: 2,75). Dấu hiệu có thành phần giảm âm có Se cao nhưng Sp và PPV thấp, không có ý nghĩa trong chẩn đoán UTV.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, Chúng tôi rút ra một số nhận xét như sau:

- Tuổi mắc cao nhất > 60 tuổi chiếm 67,9%.
- Kích thước $u > 2 - 5$ cm (51,7%), chủ yếu do bệnh nhân tự sờ thấy, 3 trường hợp kích thước u khá nhỏ > 0,5 - ≤ 1 cm được phát hiện qua siêu âm đa số là 1 ổ.
- Tất cả các ca UTV đều có phân loại BIRAD 4 và 5. Không có ca nào BIRAD 3 và 2.
- Kết quả tế bào học phù hợp với mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>.
2. Niravath P, Bondy M, Hilsenbeck SG. Unique breast cancer features within the Vietnamese population. *Journal of Health Disparities Research and Practice*. 2016;9(4):53-8.
3. Mitra S, Dey P. Fine-needle aspiration and core biopsy in the diagnosis of breast lesions: A comparison and review of the literature. *Cytojournal*. 2016;13:18.
4. Nguyen VT. Research on the diagnostic value of breast cancer by X-ray combined with breast ultrasound," *Proceedings of the conference of youth science and technology at universities and colleges*. 2014: pp. 103-7.
5. D. T. Do. Researching the value of X-ray and ultrasound in breast cancer diagnosis. Hanoi Medical University. 2008.
6. Lan NTM. Nghiên cứu tỷ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014-2016. Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
7. Hải VA. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích mối liên quan với di căn hạch nách ở bệnh nhân ung thư vú. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024.
8. Phương BPT, Hương BNT, Tiến BNC. Đánh giá giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu nghi ngờ ác tính trên siêu âm vú. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*. 2020(41):23-30.
9. Tạ Văn Tờ . Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội. 2004.
10. Narod S. Tumour size predicts long-term survival among women with lymph node-positive breast cancer. *Current oncology*. 2012;19(5):249.
11. Nghiêm HX, Thạch TS. Giá trị chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới siêu âm trong khối u vú dạng đặc tại Bệnh viện Hùng Vương.
12. Trần Mạnh H. Chẩn đoán bệnh vú bằng lâm sàng và tế bào học chọc hút kim nhỏ có hướng dẫn của siêu âm. 2019.
13. Bukhari MH, Arshad M, Jamal S, Niazi S, Bashir S, Bakhshi IM. Use of fine-needle aspiration in the evaluation of breast lumps. *Pathology research international*. 2011;2011.
14. Khoa PH, Đạt MT, Tuấn TN. đối chiếu kết quả siêu âm hạch nách với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ trong phẫu thuật ung thư vú tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;535(2).
15. Thuận ĐC. Nghiên cứu các đặc điểm chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh và tình trạng thụ thể nội tiết bệnh ung thư vú tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Phụ sản*. 2012;10(3):250-7.
16. Hiếu MĐ, Huy NVQ. Đặc điểm của siêu âm, nhũ ảnh và chọc hút tế bào kim nhỏ trong chẩn đoán u vú. *Tạp chí Phụ sản*. 2016;13(4):58-63.
17. Thuận ĐD. Nghiên cứu giá trị của chụp X-quang và siêu âm trong chẩn đoán ung thư vú. 2008. Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
18. Hoàng T, Ngọc TB. Đặc điểm của siêu âm, chụp hình vú, tế bào học ở bệnh nhân ung thư vú tại trung tâm ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2021. *TNU Journal of Science and Technology*. 2023;228(09):283-91.

DIAGNOSTIC VALUE OF BREAST CANCER BY ULTRASOUND-GUIDED FINGER NEEDLE ACUTION AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023 TO 2024

A cross-sectional descriptive study was conducted at Duc Giang General Hospital from January 1, 2022, to August 31, 2024, to investigate the characteristics of breast cancer patients diagnosed using cytology. The study population comprised predominantly older women (67.9% over 60 years of age). Tumor size varied, with the majority (51.7%) measuring 2 - 5 cm and discovered through self-examination. A smaller number of tumors (three cases) were less than 1 cm in size and were detected using ultrasound. All cases were classified as BIRADS 4 or 5. Cytological findings demonstrated strong concordance with histopathological results. The results suggest that early and accurate diagnosis of breast cancer is feasible, even in cases involving small tumors.

Key words: Breast cancer, breast cancer histopathology, fine-needle aspiration cytology (FNAC), ultrasound-guided breast FNAC.