

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X-QUANG PHỔ HAI MỨC NĂNG LƯỢNG CÓ TIÊM THUỐC CẢN QUANG Ở BỆNH NHÂN U VÚ

Trần Thị Bích Hạnh<sup>1</sup>, Vũ Thu Thủy<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Hải<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh u lành và u ác tuyến vú trên X-quang (XQ) phổ hai mức năng lượng có tiêm thuốc cản quang (CESM: Contrast-enhanced spectral mammography). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 50 bệnh nhân (BN) có tổn thương u vú được chụp CESM, độ tuổi trung bình là  $50,04 \pm 12,06$ . **Kết quả:** Lý do vào viện phổ biến nhất của BN là khám sức khỏe (34%) và tự sờ thấy khối u vùng tuyến vú (32%). Mật độ mô vú ở nhóm lành tính và ác tính chủ yếu ở type C với tỷ lệ lần lượt là 54,55% và 60,71%; hình dạng đa thùy ở nhóm lành tính là 13,64% thấp hơn so với ở nhóm ác tính là 50%; tỷ lệ đường bờ không rõ nét và có tua gai ở nhóm ác tính là 53,57% và 21,43% cao hơn so với nhóm lành tính với tỷ lệ lần lượt là 22,73% và 9,09%; tỷ lệ tăng đậm độ ở nhóm ác tính là 85,71% cao hơn nhóm lành tính (54,55%); tỷ lệ hình ảnh xâm lấn xung quanh trên CESM nhóm ác tính là 42,86% cao hơn nhóm lành tính là 4,55%; phần lớn BN có phân loại BI-RADS trên XQ là ác tính và nghi ngờ ác tính (88%). **Kết luận:** Hình ảnh chụp XQ tuyến vú phổ hai mức năng lượng CESM đánh giá hiệu quả những tổn thương tăng đậm độ, thể hiện rõ ràng tính chất khối, ít bỏ sót tổn thương; do đó, có giá trị trong việc chẩn đoán ung thư vú với các đối tượng có tuyến vú đậm đặc.

\* Từ khóa: U vú; X-quang phổ hai mức năng lượng có tiêm thuốc cản quang.

### *Characteristics of Contrast-Enhanced Spectral Mammography in Patients with Breast Tumor*

#### *Summary*

**Objectives:** To describe the imaging characteristics of benign and malignant breast tumors on contrast-enhanced spectral mammography (CESM). **Subjects and methods:** A cross-sectional, retrospective, prospective, descriptive study on 50 patients with breast tumor lesions, underwent CESM; the average age was  $50.04 \pm 12.06$ . **Results:** The most common reasons for patient admission were general physical examination (34%) and self-palpable breast tumor (32%). The density of breast tissue in the benign and malignant group was mainly in type C with the rate of 54.55% and 60.71%, respectively; the multi-lobular shape in the benign group was 13.64%, lower than that in the malignant group of 50%; the rate of irregular and spiked margin in the malignant group was 53.57% and 21.43%, higher than in the benign group with the rate of 22.73% and 9.09%, respectively; the rate of increased attenuation in the malignant group was 85.71%

<sup>1</sup> Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup> Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Người phản hồi: Nguyễn Minh Hải (nmhaidr@gmail.com)

Ngày nhận bài: 24/6/2021

Ngày được chấp nhận đăng: 13/7/2021

higher than in the benign group (54.55%); the rate of surrounding invasive images on CEMM in the malignant group was 42.86% higher than in the benign group, 4.55%; most patients with BI-RADS classification on X-ray are malignant and suspected malignancy, accounting for 88%. **Conclusion:** Image of CEMM effectively evaluates hyperdense lesions, clearly showing the mass nature, less omission of lesions, thus valuable in diagnosing breast cancer with subjects with dense mammary glands.

\* *Keywords:* Breast tumor; Contrast-enhanced spectral mammography.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh lý ác tính phổ biến, là nguyên nhân gây tử vong do ung thư cao nhất ở phụ nữ trên toàn cầu trong đó có Việt Nam. Theo Globocan 2018 [5], tại Việt Nam UTV là bệnh lý ác tính phổ biến nhất với 15.229 trường hợp mới được chẩn đoán hàng năm, chiếm 20,6% các trường hợp ung thư ở phụ nữ và 6.103 trường hợp tử vong chiếm 5,3% các trường hợp tử vong do ung thư ở cả hai giới sau ung thư gan nguyên phát, ung thư phổi và ung thư dạ dày. Lúc mới chẩn đoán đã có 5 - 10% UTV ở giai đoạn di căn, 30% UTV ở giai đoạn sớm sẽ diễn tiến đến giai đoạn di căn và 90% các trường hợp tử vong UTV là do di căn với thời gian sống thêm trung bình từ 2 - 3 năm [6, 7].

Việc phát hiện và chẩn đoán sớm UTV nhằm làm thay đổi bệnh sử tự nhiên, giảm tỷ lệ tử vong, chi phí điều trị và đặc biệt làm giảm sự tàn phá thành ngực gây ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ cũng như tâm lý cho BN UTV. Trong các phương pháp chẩn đoán, phát hiện sớm UTV phải kể đến hai xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh đầu tay là chụp XQ tuyến vú và siêu âm tuyến vú. Đây là hai phương pháp có kỹ thuật đơn giản, phổ biến, ít tốn kém. Tuy nhiên, với đặc điểm tuyến vú đặc của người châu Á, việc phát hiện tổn thương

sớm tổn thương trên hình ảnh XQ là một trở ngại lớn do bị nhu mô tuyến che lấp [1]. Để nâng cao độ chính xác chẩn đoán, việc sử dụng phương pháp chụp XQ tuyến vú phổ hai mức năng lượng có tiêm thuốc cản quang (CEMM) đã được nghiên cứu và thực hiện trên lâm sàng giúp chẩn đoán sớm, chính xác và khắc phục những nhược điểm của phương pháp chụp XQ 2D, thậm chí cả cộng hưởng từ [8].

Tại Việt Nam, hiện nay chưa ghi nhận nghiên cứu nào về vấn đề này; vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư tuyến vú trên hình ảnh X-quang tuyến vú phổ hai mức năng lượng có tiêm thuốc cản quang.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Nữ giới ở mọi lứa tuổi đến khám tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong thời gian từ tháng 4/2017 - 12/2020, có chỉ định chụp XQ tuyến vú có tiêm thuốc cản quang.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Tất cả BN nữ đến khám, phát hiện tổn thương ở vú, được phân loại BI-RADS 3, 4, 5 (theo phân loại của ACR 2017) trên phim chụp XQ tuyến vú 2D, có chỉ định chụp CEMM:

- Sàng lọc ở những BN có nguy cơ cao (tuổi, tiền sử gia đình, có ung thư cơ quan khác...).

- Chụp bổ sung hoặc thay thế XQ 2D trong những trường hợp mô tuyến vú không đồng nhất hoặc tăng mật độ.

- Đánh giá các tổn thương chưa rõ ràng.

- Đánh giá giai đoạn ung thư khi có chống chỉ định chụp MRI.

Sau đó, các BN được sinh thiết các tổn thương, có kết quả xét nghiệm mô bệnh học.

*\* Tiêu chuẩn loại trừ:*

Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học không rõ ràng, không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

*\* Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

*\* Phương tiện nghiên cứu:* Máy chụp XQ tuyến vú Seno Essential (GE).

*\* Nội dung nghiên cứu:* Gồm các biến nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của BN (tuổi, lý do vào viện).

+ Mật độ u theo GPB: Phân chia thành các type A, B, C, D theo mật độ mô sợi tuyến.

+ Đặc điểm hình ảnh: Hình dạng u (tròn, bầu dục, đa thùy, không xác định), đường bờ (rõ nét, xóa mờ một phần, đa cung, không rõ nét, tua gai), đậm độ (giảm đậm độ, tăng đậm độ, đồng đậm độ so với mô lành), kích thước u (tính các chiều dài, rộng, cao), hình thái vôi hóa (vô định hình, viền tròn, hình liềm, tinh thể nhỏ, đường mảnh, đường mảnh phân nhánh), tính chất xâm lấn (có hoặc không).

*\* Xử lý số liệu:* Với biến định lượng: tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm. Với các biến định tính: tính tần suất và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định  $X^2$  sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm. Kiểm định T-test với các biến liên tục.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 50 BN nữ được chụp CESM và làm sinh thiết tổn thương, cho kết quả có 28 BN UTV, 22 BN lành tính. Tổng số khối u vú phát hiện là 60 khối, tuy nhiên, chúng tôi chỉ làm sinh thiết những u có hình ảnh nghi ngờ nhất trên BN, vì vậy, tổng số khối u để thống kê so sánh cũng chỉ là 50 khối u. Kết quả thu được như sau:

*Bảng 1:* Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi (tuổi)	KQ GPB		Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 30	1	4,55	0	0,00	1	2,00			> 0,05
30 - 44	11	50,00	5	17,85	16	32,00			
45 - 60	7	31,82	16	57,14	23	46,00			
> 60	3	13,64	7	25,00	10	20,00			
Tổng	22	44,00	28	56,00	49,86 ± 12,09				

Nhóm tuổi hay gặp nhất từ 45 - 60 tuổi (46%), < 30 tuổi chỉ có 01 BN. Độ tuổi trung bình của BN là 50,04 ± 12,06. Nhóm có kết quả giải phẫu bệnh ác tính lớn nhất là 45 - 60 tuổi (57,14%).

Bảng 2: Lý do vào viện.

Lý do vào viện	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Sờ thấy khối	6	27,27	10	35,71	16	32,00	> 0,05
Đau vú	5	22,73	8	28,57	13	26,00	
Chảy dịch vú	0	0,00	4	14,29	4	8,00	
Khám sức khỏe	11	50,00	6	21,43	17	34,00	
Tổng	22	44,00	28	56,00	50	100,00	

Lý do vào viện chủ yếu của nhóm lành tính là khám sức khỏe (50%), của nhóm ác tính là sờ thấy khối (35,71%).

Bảng 3: Mật độ mô vú theo GPB.

Mật độ mô vú	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Type A							> 0,05
Type B	1	4,55	6	21,43	7	14,00	
Type C	12	54,55	17	60,71	29	58,00	
Type D	9	40,91	5	17,86	14	28,00	
Tổng	22	44,00	28	56,00	50	100,00	

Mật độ mô vú ở nhóm lành tính và ác tính chủ yếu ở type C với tỷ lệ lần lượt là 54,55% và 60,71%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mật độ mô vú giữa hai nhóm lành tính và ác tính với  $p > 0,05$ .

Bảng 4: Hình dạng khối u trên phim XQ.

Hình dạng khối	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Tròn	5	22,73	0	0,00	5	10,00	0,05
Bầu dục	10	45,45	8	28,57	18	36,00	
Đa thùy	3	13,64	14	50,00	17	34,00	
Không xác định	4	18,18	6	21,43	10	20,00	
Tổng	22	44,00	28	56,00	50	100,00	

Về hình dạng khối u trên phim XQ CESM, chủ yếu là hình bầu dục (36%), đa thùy (34%), không đều 20% và tròn 10%. Hình dạng đa thùy ở nhóm lành tính là 13,64% thấp hơn so với ở nhóm ác tính là 50%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 5: Đường bờ khối u.

KQ GPB Đường bờ khối u	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Rõ nét	2	9,09	0	0,00	2	4,00	0,024
Xóa mờ một phần	11	50,00	6	21,43	17	34,00	
Đa cung	2	9,09	1	3,57	3	6,00	
Không rõ nét	5	22,73	15	53,57	20	40,00	
Tua gai	2	9,09	6	21,43	8	16,00	
Tổng	22	44,00	28	56,00	50	100,00	

Hình ảnh đường bờ khối u không rõ nét chiếm 40%, xóa mờ một phần 34%, tua gai 16%, rõ nét 4% và đa cung 6%. Tỷ lệ đường bờ không rõ nét và có tua gai ở nhóm ác tính là 53,57% và 21,43% cao hơn so với nhóm lành tính với tỷ lệ lần lượt là 22,73% và 9,09%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 6: Độ đậm khối u so với nhu mô tuyến vú.

KQ GPB Đậm độ	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Giảm đậm độ	2	9,09	0	0,00	2	4,00	0,039
Đồng đậm độ	8	36,36	4	14,29	12	24,00	
Tăng đậm độ	12	54,55	24	85,71	36	72,00	
Tổng	22	44,00	28	56,00	50	100,00	

Tỷ lệ tăng đậm độ khối u so với nhu mô tuyến vú xung quanh là 72%, đồng đậm độ là 24%, giảm đậm độ là 4%. Tỷ lệ tăng đậm độ ở nhóm ác tính là 85,71% cao hơn nhóm lành tính (54,55%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 7: Kích thước trung bình của khối u.

Kích thước (mm)	Lành tính	Ác tính	Tổng	p
Chiều dài	18,16 ± 9,16	25,06 ± 12,64	21,84 ± 11,59	0,02
Chiều rộng	14,62 ± 7,60	20,59 ± 12,44	17,81 ± 10,81	0,03
Chiều cao	13,43 ± 8,41	18,19 ± 8,29	15,97 ± 8,62	0,03

Chiều dài, chiều rộng và chiều cao trung bình khối u ác tính lần lượt là 26,06; 20,59; 18,19 cao hơn so với khối u lành tính là: 18,16; 14,62; 13,43. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Vôi hóa: 24 khối u có vôi hóa chiếm 48%, với các hình thái và phân bố như sau:

Bảng 8: Hình thái vôi hóa u.

KQ GPB Hình thái vôi hóa	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Viền tròn trung tâm sáng	2	22,22	1	6,67	3	12,5	0,001
Lắng đọng hình liềm	1	11,11	1	6,67	2	8,33	
Tinh thể nhỏ	6	66,67	1	6,67	7	29,17	
Thô không đồng nhất	0	0,00	3	20,00	3	12,50	
Đường mảnh	0	0,00	8	53,33	8	33,33	
Đường mảnh phân nhánh	0	0,00	1	6,67	1	4,17	
Tổng	9	37,50	15	62,50	24	100,00	

Hình thái vôi hóa đa hình thái và vô định hình chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 33,33% và 29,17%.

Bảng 9: Xâm lấn xung quanh.

Xâm lấn		Lành tính (n, %)	Ác tính (n, %)	p
Không		21 (95,45)	16 (57,14)	0,004
Có	Xâm lấn da	1 (4,55)	11 (39,29)	
	Xâm lấn cơ thành ngực	0	1 (3,57)	
Tổng		22 (44)	28 (56)	

Tỷ lệ hình ảnh xâm lấn xung quanh trên phim XQ CESM nhóm ác tính là 42,86% cao hơn nhóm lành tính là 4,55%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 10: Phân loại bệnh nhân theo BI-RADS.

KQ GPB BI-RADS	Lành tính		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
III	5	22,73	1	3,57	6	12,00	0,043
IVa	12	54,55	10	35,71	22	44,00	
IVb	4	18,18	9	32,14	13	26,00	
IVc	1	4,55	4	14,29	5	10,00	
V	0	0,00	4	14,29	4	8,00	
Tổng	22	44,00	28	56,00	50	100,00	

Phần lớn BN có phân loại BI-RADS trên phim XQ là ác tính và nghi ngờ ác tính (88%). Chỉ có 12% phân loại BI-RADS lành tính.

**BÀN LUẬN****1. Đặc điểm chung**

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 nhóm tuổi 40 - 50, sau đó chững lại và giảm dần ở những nhóm tuổi tiếp theo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 45 - 60 tuổi (46%), nhóm < 30 tuổi chỉ có 01 BN. Độ tuổi trung bình của BN là  $50,04 \pm 12,06$ . Theo Nguyễn Thị Mai Lan, tỷ suất mắc ung thư vú bắt đầu tăng nhanh từ tuổi 40. Dưới 40 tuổi, tỷ suất mắc chuẩn giai đoạn 2014 - 2016 là 4,0/100.000 nữ giới, nhưng đã tăng gần gấp 2 lần, khi ở tuổi 40 - 49 là 8,3/100.000 nữ giới. Tuổi mắc ung thư vú tập trung từ 40 - 69 tuổi, sau đó giảm dần đến tuổi 80, giảm tỷ suất mắc chuẩn là 0,3/100.000 nữ [2]. Theo báo cáo của tác giả Phạm Xuân Dũng (2017), tại thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận BN UTV < 40 tuổi tăng dần theo từng năm. Từ năm 1995 - 1999, ghi nhận 303 ca; từ năm 2010 - 2014 ghi nhận 760 ca chiếm 14,7% [3]. Tuổi trung bình mắc càng trẻ (độ tuổi lao động) cùng với tỷ lệ chẩn đoán sớm còn thấp càng làm tăng gánh nặng do UTV.

Lý do vào viện phổ biến nhất của BN là khám sức khỏe (34%) và tự sờ thấy khối u vùng tuyến vú (32%). Ngoài ra, do đau vú chiếm 26%, chảy dịch vú chiếm 8%. UTV giai đoạn sớm thường không có triệu chứng lâm sàng nổi bật ảnh hưởng đến sinh hoạt của BN. Do đó, hầu hết các BN chỉ phát hiện khi đi khám sức khỏe, hoặc trong các giai đoạn muộn khi u đã phát triển to, dễ dàng sờ thấy, hoặc có biểu hiện lâm sàng rõ ràng.

**2. Hình ảnh X-quang tuyến vú phổ hai mức năng lượng (CESM)**

*\* Về mật độ mô vú:*

Chụp XQ 2D tuyến vú thông thường dễ chẩn đoán đối với những BN tuyến vú mờ (type A, B), với những BN tuyến vú đặc (type C, D) nhu mô tuyến đậm đặc, che lấp các tổn thương khối tăng đậm độ, hạn chế đánh giá tính chất khối (bờ viền, co kéo...) dẫn đến bỏ sót và đánh giá thiếu tính chất tổn thương. Đây cũng là hạn chế rất hay gặp trong sàng lọc UTV ở những tộc người châu Á thường có tuyến vú đậm đặc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Mật độ mô vú ở nhóm lành tính và ác tính gặp chủ yếu ở type C với tỷ lệ lần lượt là 54,55% và 60,71%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mật độ mô vú giữa hai nhóm lành tính và ác tính với  $p > 0,05$ . Theo tác giả Dromain C. và CS, CESM có độ nhạy rất cao với ung thư xâm lấn (98%) và độ đặc hiệu của CESM thường cao hơn so với cộng hưởng từ vú [9].

*\* Về hình dạng khối tổn thương:*

Chủ yếu là hình bầu dục chiếm 36%, đa thùy chiếm 34%, không đều 20% và tròn 10%. Hình dạng đa thùy ở nhóm lành tính là 13,64% thấp hơn so với ở nhóm ác tính là 50%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Có thể thấy 100% các trường hợp trên XQ đều phát hiện hình dạng khối tổn thương. Đây là dấu hiệu hay gặp nhất trong các dấu hiệu tổn thương, điều này rất có ích trong việc khám phát hiện các bất thường tại tuyến vú, nhất là trong sàng lọc.

*\* Về đường bờ khối u:*

Hình ảnh đường bờ khối u không rõ nét chiếm 40%, xóa mờ một phần 34%, tua gai 16%, rõ nét 4% và đa cung 6%. Tỷ lệ đường bờ không rõ nét và có tua gai ở nhóm ác tính là 53,57% và 21,43% cao hơn so với nhóm lành tính với tỷ lệ lần lượt là 22,73% và 9,09%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Dấu hiệu tổn thương có đường bờ nham nhở, hình sao là dấu hiệu quan trọng khi đánh giá các tổn thương nghi ngờ UTV, dấu hiệu này được coi là kinh điển trên phim chụp XQ UTV. Ranh giới của tổn thương với mô tuyến vú lành xung quanh có liên quan chặt chẽ với dấu hiệu đường bờ của khối. Với các tổn thương lành tính và các khối u vú lành, đường bờ này thường liên tục, rõ nét. Ngược lại, trong các khối u ác tính, đường bờ này thường bị đứt đoạn, xóa nhòa, bản chất do các khối u ác tính luôn có xu hướng xâm lấn, bành trướng lan ra các cấu trúc mô học lân cận. Dấu hiệu UTV với tổn thương có đường bờ nham nhở cũng được tác giả Chen và CS nghiên cứu [6] và kết quả của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả này.

*\* Về đậm độ khối u:*

Tỷ lệ tăng đậm độ khối u so với nhu mô tuyến vú xung quanh là 72%, đồng đậm độ là 24%, giảm đậm độ là 4%. Tỷ lệ tăng đậm độ ở nhóm ác tính là 85,71% cao hơn nhóm lành tính (54,55%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trên phim XQ, dấu hiệu tổn thương UTV là hình tăng đậm độ, trên SA đó là hình giảm đậm âm. Dấu hiệu này hình thành do tại mô ung thư có mật độ tế bào u dày đặc, sắp xếp hỗn độn.

*\* Về kích thước khối u:*

Chiều dài, chiều rộng và chiều cao trung bình khối u ác tính lần lượt là 26,06; 20,59; 18,19 cao hơn so với khối u lành tính là: 18,16; 14,62; 13,43. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Theo Phạm Hồng Khoa (2017), 78,2% ung thư vú có kích thước  $< 2$  cm; 21,8% có kích thước từ 2 - 3 cm, kích thước u trung bình là  $1,7 \pm 0,7$  cm [4].

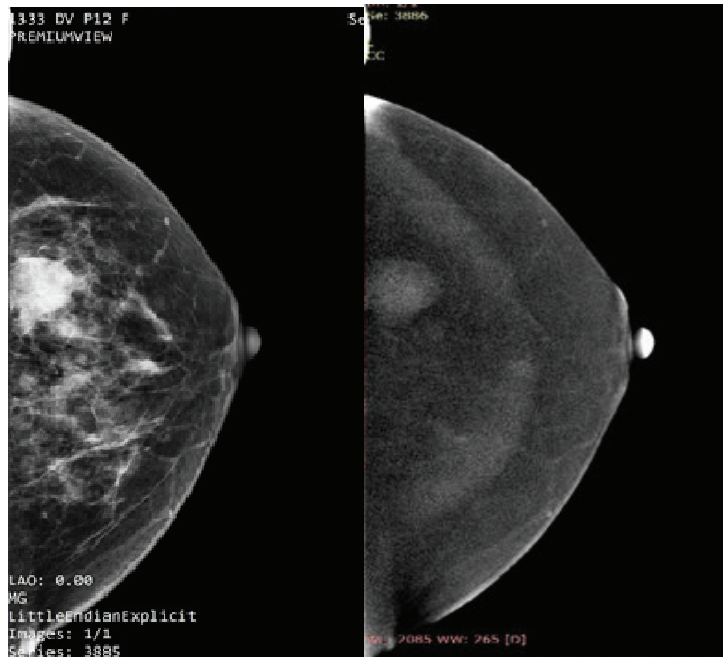
*\* Vô hình hóa:*

Hình thái vô hình hóa đa hình thái và vô định hình chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 33,33% và 29,17%. Trong nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, dấu hiệu tổn thương vô hình hóa trên hình ảnh XQ và SA trong chẩn đoán UTV là dấu hiệu rất quan trọng, đặc biệt trên phim XQ, dấu hiệu này giúp cho chẩn đoán sớm và chính xác UTV. Tuy nhiên, dấu hiệu vô hình hóa nghi ngờ ác tính trên phim XQ và tổn thương chứa vô hình hóa trên hình ảnh SA là những dấu hiệu không thấy thường xuyên. Theo tác giả Nguyễn Văn Thắng [1], tỷ lệ BN UTV có hình vô hình hóa trên phim XQ; trong đó, dạng vi vô hình hóa đa ổ, đa hình thái, đường bờ nham nhở góc cạnh chiếm tỷ lệ cao nhất (54,29%).

*\* Phân loại BIRADS trên hình ảnh chụp XQ:*

Phần lớn BN có phân loại BI-RADS trên hình ảnh XQ là ác tính và nghi ngờ ác tính, chiếm 88%. Chỉ có 12% phân loại BI-RADS lành tính. Theo Nguyễn Văn Thắng, phân loại là BI-RADS 4 trên hình ảnh chụp XQ phân nhóm 4a chiếm tỷ lệ cao nhất (50,98%), phân nhóm BI-RADS 4b có tỷ lệ 29,41%, BI-RADS 4c 19,61% [1].





*Hình ảnh:* BN nữ, 56 tuổi, trên hình ảnh XQ 2D (trái) khối tăng đậm độ bờ tua gai ~BIRADS 4b, sau chụp CESM (phải) ngấm thuốc mạnh khá đồng nhất, xuất hiện nốt ngấm thuốc nhỏ hơn phía trước ngay sau núm vú. Kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô ống xâm nhập.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 50 BN tổn thương tuyến vú có chỉ định chụp XQ CESM, một số kết quả hình ảnh thu được như sau: Mật độ mô vú ở nhóm lành tính và ác tính đều chủ yếu ở type C với tỷ lệ lần lượt là 54,55% và 60,71%; Hình dạng đa thùy ở nhóm lành tính là 13,64% thấp hơn so với ở nhóm ác tính là 50%; Tỷ lệ đường bờ không rõ nét và có tua gai ở nhóm ác tính là 53,57% và 21,43% cao hơn so với nhóm lành tính với tỷ lệ lần lượt là 22,73% và 9,09%; Tỷ lệ tăng đậm độ ở nhóm ác tính là 85,71% cao hơn nhóm lành tính (54,55%); Tỷ lệ hình ảnh xâm lấn xung quanh trên phim XQ CESM nhóm ác tính là 42,86% cao hơn nhóm lành tính là 4,55%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thắng. Nghiên cứu giá trị chẩn đoán ung thư vú của chụp X-quang kết hợp siêu âm tuyến vú. Đại học Y Hà Nội 2013.
2. Nguyễn Thị Mai Lan. Nghiên cứu tỷ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014 - 2016. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội 2020.
3. Phạm Xuân Dũng, Đặng Huy Quốc Thịnh, Bùi Đức Tùng và CS. Một số nhận định về tuổi và bệnh ung thư tại Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Ung thư học Việt Nam 1-2017; 25.
4. Phạm Hồng Khoa. Nghiên cứu ứng dụng phương pháp sinh thiết hạch cửa trong điều trị ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn sớm. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội 2017.

5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Cancer Journal for Clinicians* 2018; 68(6):394-424.

6. Chen, M. T., Sun, H. F., Zhao, et al. Comparison of patterns and prognosis among distant metastatic breast cancer patients by age groups: A SEER population-based analysis. *Scientific Reports* 2017; 7(1):9254. DOI.org/10.1038/s41598-017-10166-8.

7. Fatima. Cardoso, E. Senkus, A. Costa, et al. 4<sup>th</sup> ESO–ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer.

*Annals of Oncology* 2018; 29:1634-1657. DOI:10.1093/annonc/mdy192.

8. Ayman M.A.M. Nad, Rashad Hamdi, Ahmed Shokry. Dual energy contrast enhanced soft tissue digital mammography versus ultrasound elastography in the evaluation of breast masses. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine* 2017; 48:1179-1186.

9. Dromain C., Thibault F., Diekmann F. et al, Dual-energy contrast-enhanced digital mammography: Initial clinical results of a multireader, multicase study. *Breast Cancer Res* 2012; 14(3):R94.