

5. **N. M. Pham K. Eggleston (2015)**, "Diabetes prevalence and risk factors among vietnamese adults: findings from community-based screening programs", *Diabetes Care*. 38(5), e77-78.
6. **Gary Fraser (2015)**, "Vegetarian diets and cardiovascular risk factors in black members of the Adventist Health Study-2", *Public health nutrition*. 18(3), pp.537-545.
7. **Roman Pawlak (2017)**, "Vegetarian Diets in the Prevention and Management of Diabetes and Its Complications", *Diabetes spectrum : a publication of the American Diabetes Association*. 30(2), pp.82-88.
8. **Tina H. T. Chiu (2018)**, "Vegetarian diet, change in dietary patterns, and diabetes risk: a prospective study", *Nutrition & diabetes*. 8(1), pp.12-22.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH UNG THƯ VÚ Ở NAM GIỚI

Nguyễn Công Huy¹, Lê Hồng Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú ở nam giới. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả loạt ca có theo dõi trên 54 bệnh nhân ung thư vú nam được điều trị tại Bệnh viện K từ năm 2014 đến năm 2020. **Kết quả:** tuổi trung bình 58; 77.8% là thể ồng xâm nhập; thụ thể nội tiết dương tính 94.4%, HER2 dương tính 14.8%; tỷ lệ các giai đoạn 0, I, II, III, IV là: 7.4%; 14.8%; 42.6%; 31.5% và 3.7; Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm 66,7%; sống thêm không bệnh 5 năm 70.4%; các vị trí tái phát hay gặp nhất là xương (42.8%), phổi (35.7%); các yếu tố tiên lượng bao gồm tuổi, giai đoạn bệnh và tình trạng di căn hạch nách.

Từ khóa: ung thư vú nam.

SUMMARY

CLINICOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF MALE PATIENT WITH BREAST CANCER

Objective: To evaluate clinical and paraclinical characteristics and treatment results of male patients with breast cancer. **Method:** A descriptive study was conducted with 54 male breast cancer patients who were diagnosed from 2014 to 2020 at Vietnam National Cancer hospital. **Results:** Mean age was 58; 77.8% were carcinoma NST; Endocrine receptor was positive in 94.4%, HER2 was positive in 14.8%; the percentages of stages 0, I, II, III, IV were 7.4%; 14.8%; 42.6%; 31.5% and 3.7; 5-year OS and DFS rate were 66.7% and 70.4%; the most common sites of recurrence were bone (42.8%), lung (35.7%); Prognostic factors include age, disease stage, and axillary lymph node metastasis.

Key words: breast cancer in men.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú nam là bệnh ít gặp, ở Việt Nam

hiện tại chưa có thống kê đầy đủ về tỉ lệ mắc mới hàng năm. Tại Mỹ, các thống kê cho thấy ung thư vú nam chiếm khoảng 1% các trường hợp ung thư mới phát hiện hàng năm và chiếm dưới 0,1% các trường hợp tử vong do bệnh ung thư ở nam giới.¹ Các yếu tố nguy cơ của ung thư vú nam đã được xác định bao gồm tiền sử gia đình có người mắc ung thư vú nữ hoặc ung thư vú nam, mang gen đột biến BRCA1/BRCA2, hội chứng Klinefelter, tiếp xúc với hóa chất, tia xạ.² Điều trị ung thư vú nam cần có sự phối hợp đa mô thức tương tự như điều trị ung thư vú nữ. Trong đó, phẫu thuật đóng vai trò trung tâm, xạ trị và điều trị toàn thân bổ trợ được chỉ định trong một số trường hợp. Tiên lượng sống thêm của bệnh nhân ung thư vú nam thấp hơn so với ung thư vú nữ theo một số nghiên cứu. Tỷ lệ sống 5 năm của nhóm ung thư vú nam thấp hơn (82.8% và 88.5%), tỷ lệ tử vong cao hơn 43% so với nhóm ung thư vú nữ.³ Ở Việt Nam hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu được công bố về bệnh ung thư vú nam, một phần nguyên nhân do ung thư vú nam là bệnh tương đối hiếm gặp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh có theo dõi dựa trên 54 bệnh nhân ung thư vú nam điều trị tại Bệnh viện K trong thời gian từ năm 2014 đến tháng năm 2020. Cỡ mẫu thuận tiện. Đối tượng tham gia là bệnh nhân nam giới có chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng xét nghiệm mô bệnh học. Tiêu chuẩn loại trừ là các bệnh nhân mắc hai bệnh ung thư, bệnh nhân mất thông tin theo dõi sau điều trị.

Các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị được hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án. Quá trình theo dõi, đánh giá tái phát, sống thêm được thực hiện qua các lần khám định kỳ hoặc khai thác thông tin qua điện thoại.

Các thông tin được ghi nhận theo mẫu bệnh án thống nhất, được mã hóa và xử lý bằng phần

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Huy

Email: dr.huynghuycong@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2021

Ngày duyệt bài: 6.01.2022

mềm SPSS 20.0

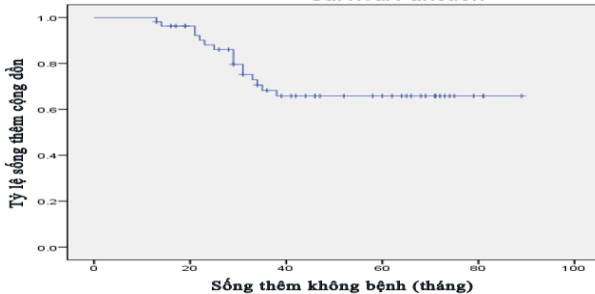
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58.7±11.1. Thấp nhất 36 tuổi, cao nhất 82 tuổi. Nhóm 61-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, với 35.2%. 13 bệnh nhân (24.1%) >70 tuổi. 1 Bệnh nhân có người nhà mắc ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng. Triệu chứng thường gặp nhất là sờ thấy u vú (79.6%). U vú trái gặp ở 53.7%. 4 bệnh nhân (7.4%) biểu hiện hạch nách bất thường, không phát hiện tổn thương vú. U vú vị trí trung tâm, dưới quầng-núm vú chiếm đa số với 74%. Paget núm vú gặp ở 4 bệnh nhân (8%). Hạch nách sờ thấy trên lâm sàng ở 57.4% bệnh nhân. Hạch thượng đòn gặp ở 1.9% bệnh nhân.

Bất thường trên X-quang vú gặp ở 44.4% bệnh nhân. Xét nghiệm tế bào học u/hạch nách và sinh thiết kim lớn giúp chẩn đoán ung thư vú ở 85.2% bệnh nhân. 14.8% bệnh nhân chẩn đoán bằng sinh thiết mở.

Bảng 1. Các loại mô bệnh học

Thể mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
UTBM thể nội ống	4	7.4
UTBM thể ống xâm nhập	42	77.8
UTBM thể tiểu thùy xâm nhập	1	1.9
UTBM thể nhú	3	5.5
UTBM thể nhầy	4	7.4

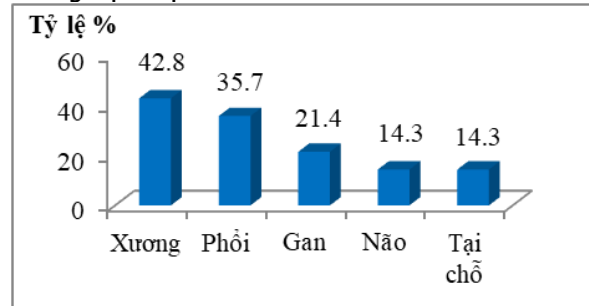


Độ mô học 1; 2; 3 lần lượt chiếm 18.8%; 60.4% và 20.8%. Thụ thể ER dương tính 92.6%; PR dương tính 77.8%; HER2 dương tính 14.8%.

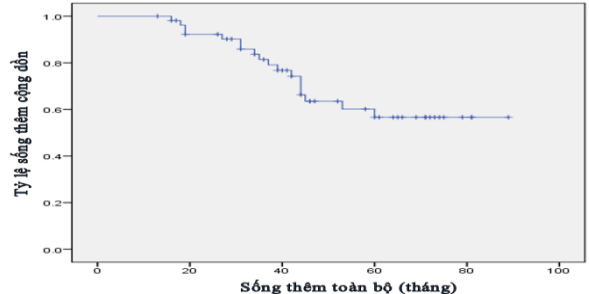
Giai đoạn sau mổ 0; I; II; III; IV lần lượt chiếm 7.4%; 14.8%; 42.6%; 31.5% và 3.7%.

Các phương pháp điều trị: 96.3% bệnh nhân được phẫu thuật; 63% bệnh nhân điều trị hóa chất; 25.9% bệnh nhân xạ trị và 75.9% bệnh nhân điều trị nội tiết.

Thời gian theo dõi trung bình 55.8 tháng (13 tháng – 91 tháng). 14 bệnh nhân tái phát (25.9%). Xương và phổi là 2 cơ quan tái phát, di căn hay gặp nhất (biểu đồ 1). Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 5 năm là 70.4%.



Biểu đồ 1. Các vị trí tái phát, di căn thường gặp
18 bệnh nhân tử vong (33.3%) trong đó 14 bệnh nhân (25.9%) tử vong liên quan tới bệnh và 4 bệnh nhân (7.4%) tử vong không liên quan tới bệnh ung thư vú.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sống thêm 5 năm không bệnh và sống thêm 5 năm toàn bộ

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ có liên quan tới giai đoạn bệnh (p<0.001), tuổi (p=0.014) và tình trạng di căn hạch nách (p=0.006).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư vú ở nam giới được xếp vào nhóm bệnh hiếm gặp với tỷ lệ nhỏ hơn 1% so với ung thư vú ở nữ giới. Tần suất mắc bệnh tại các khu vực trên thế giới có khác nhau. Tại Hoa Kỳ, ung thư vú nam chiếm dưới 0.5% ca ung thư mắc mới. Tại Tanzania và một số nước khu vực Trung Phi, ung thư vú nam chiếm tới 6% số ca ung thư vú mắc mới.¹

Các nghiên cứu hồi cứu dựa trên nền tảng dữ liệu Quốc gia tại Hoa Kỳ trong vòng 25 năm trở

lại đây thấy rằng tuổi trung bình mắc ung thư vú nam khoảng 67 tuổi, cao hơn ung thư vú ở nữ giới từ 5-10 tuổi.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân có con gái mắc bệnh ung thư vú (tỷ lệ 1.9%). Bệnh nhân này và con gái không được xét nghiệm tìm gen đột biến BRCA1/BRCA2. Trong số các yếu tố nguy cơ của bệnh ung thư vú ở nam giới, yếu tố tiền sử gia đình và di truyền được cho là có đóng góp lớn nhất vào sinh bệnh học ung thư vú ở nam giới. Trong nghiên cứu này, do cỡ mẫu bé, nghiên

cứu hồi cứu hồ sơ nên khả năng đánh giá tác động của yếu tố di truyền tới nguy cơ mắc bệnh còn gặp nhiều hạn chế. Tác giả Giordano SH và cộng sự hồi cứu Y văn trong giai đoạn từ 1942 tới 2000, các tác giả nhận thấy nguy cơ mắc bệnh ung thư vú ở nhóm nam giới có tiền sử gia đình mắc ung thư vú cao hơn 3.98 lần so với nhóm không có tiền sử gia đình.² Vị trí u hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là vị trí trung tâm, gần phức hợp quầng-núm vú (74%). Với đặc điểm thể tích tuyến vú nhỏ, các vị trí khác của vú tập trung ít mô tuyến và ít có khả năng gặp tổn thương hơn khu vực quầng-núm vú. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương đơn ổ, tổn thương đa ổ chỉ gặp ở 1 bệnh nhân (1.9%). Đặc điểm này có thể được giải thích dựa trên thể tích tuyến vú nhỏ và hệ thống ống tuyến kém phát triển ở nam giới.

Trong nghiên cứu này, 24 bệnh nhân (44.4%) có bất thường trên phim X-quang vú. Siêu âm vú giúp phân biệt tổn thương u vú và tuyến vú phì đại, viêm tuyến vú. Trong khi X-quang vú giúp phân biệt khối u lành tính và ác tính của tuyến vú. Tác giả Evans GF và cộng sự tiến hành nghiên cứu dựa trên 100 bệnh nhân nam giới được chụp phim X-quang tuyến vú trước khi sinh thiết. Các tác giả nhận thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của X-quang vú trong phát hiện tổn thương ác tính trên bệnh nhân nam giới lần lượt 92% và 90%.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 47 bệnh nhân có tổn thương u vú được xét nghiệm tế bào học u vú, 28 bệnh nhân (51.9%) cho kết quả ung thư biểu mô tuyến vú, 13 bệnh nhân (24.1%) kết quả chưa khẳng định được tổn thương ác tính. Với tổn thương khối u vú ở nam giới, độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm tế bào học tương đối cao nhờ tuyến vú nhỏ, dễ tiếp cận tổn thương khối u. Tác giả Westenend PJ và cộng sự nghiên cứu dựa trên 153 trường hợp nam giới có tổn thương vú được xét nghiệm tế bào học cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của phương pháp chẩn đoán lần lượt là 87% và 78%.⁶

Các nghiên cứu về ung thư vú ở nam giới khác trên thế giới cho thấy tỷ lệ thể mô bệnh học ống xâm lấn chiếm cao nhất, từ 85% đến 90%, cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm thụ thể ER và PR dương tính lần lượt là 92.6% và 77.8%. Các nghiên cứu về ung thư vú nữ trong nước và nước ngoài cho thấy tỷ lệ thụ thể nội tiết dương tính từ 50% tới 80% thay đổi theo nghiên cứu, trong đó phụ nữ Âu-Mỹ có tỷ lệ thụ thể nội tiết dương tính cao hơn so với phụ nữ Việt Nam. Nghiên cứu

EORTC 10085/TBCRC/BIG/NABCG được tiến hành tại 9 trung tâm khác nhau trên thế giới với 1500 bệnh nhân ung thư vú nam được ghi nhận, tỷ lệ ER, PR dương tính lần lượt là 99% và 81%.⁷ Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi và cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú nam dương tính với thụ thể nội tiết là rất lớn. Nghiên cứu này cũng cho thấy tỷ lệ thụ thể HER2 dương tính và nhóm bộ ba âm tính chỉ chiếm lần lượt 14.8% và 5.6% trong quần thể nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 96.3% bệnh nhân được điều trị ban đầu là phẫu thuật cắt tuyến vú, vét hạch nách. Kỹ thuật sử dụng hầu hết là cắt tuyến vú, vét hạch nách triệt căn biến đổi, cơ ngực lớn được cắt bỏ một phần khi có dấu hiệu u xâm lấn trên đại thể. Xạ trị bổ trợ được chỉ định cho 14 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Abrams MJ và cộng sự thống kê lại các nghiên cứu về xạ trị bổ trợ trong ung thư vú nam được công bố trên hệ thống dữ liệu SEER từ 1998 đến 2013 với tổng 1933 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy, xạ trị bổ trợ cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm bệnh nhân có di căn hạch nách.⁸ Chúng tôi nhận thấy chỉ 80,4% bệnh nhân điều trị nội tiết theo chỉ định. Các bệnh nhân ung thư vú nam có tuổi cao hơn so với bệnh nhân ung thư vú nữ, tỷ lệ tuân thủ điều trị cũng thấp hơn so với các bệnh nhân nữ.

Với thời gian theo dõi trung bình 55.8 tháng (13 tháng-91 tháng), chúng tôi ghi nhận 14 trường hợp tái phát (25.9%) và 18 bệnh nhân tử vong (33.3%). Trong đó, 4 bệnh nhân tử vong do các nguyên nhân khác không liên quan tới bệnh ung thư vú. Thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 5 năm lần lượt là 70.4% và 66.7%. So với ung thư vú ở phụ nữ, thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ của nam giới thấp hơn. Các nghiên cứu trong nước về ung thư vú phụ nữ ở các giai đoạn khác nhau cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm từ 80-84%. So sánh với bệnh ung thư vú biểu hiện ở nữ giới, bệnh ung thư vú nam có tiên lượng kém hơn với nguy cơ tử vong cao hơn tới 41%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận các yếu tố tiên lượng chính tới thời gian sống của bệnh nhân ung thư vú nam bao gồm tuổi ($p=0.014$), giai đoạn bệnh ($p<0.001$) và tình trạng di căn hạch nách ($p=0.006$). Tác giả Guinee V và cộng sự tiến hành nghiên cứu các yếu tố tiên lượng dựa trên 335 nam giới ung thư vú, kết quả tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm với giai đoạn I, II, III, IV lần lượt là 100%; 83%;

60% và 25%, thời gian sống thêm liên quan có ý nghĩa đến kích thước u, tình trạng hạch nách.³

V. KẾT LUẬN

Bệnh ung thư vú ở nam giới là bệnh hiếm gặp với đặc điểm bệnh học có sự khác biệt so với ung thư vú ở nữ giới. Các phương pháp điều trị về cơ bản vẫn dựa trên nền tảng điều trị ung thư vú ở nữ giới. Cần thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi kéo dài hơn nhằm đánh giá các phương pháp điều trị và tiên lượng của người bệnh ung thư vú nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu N, Johnson KJ, Ma CX. Male Breast Cancer: An Updated Surveillance, Epidemiology, and End Results Data Analysis. Clin Breast Cancer. Oct 2018;18(5):e997-e1002. doi:10.1016/j.clbc.2018.06.013
2. Giordano SH, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Breast cancer in men. Ann Intern Med. Oct 15 2002;137(8):678-87. doi:10.7326/0003-4819-137-8-200210150-00013
3. Guinee VF, Olsson H, Moller T, et al. The prognosis of breast cancer in males. A report of

- 335 cases. Cancer. Jan 1 1993;71(1):154-61. doi:10.1002/1097-0142(19930101)71:1<154::aid-cncr2820710125>3.0.co;2-#
4. Anderson WF, Althuis MD, Brinton LA, Devesa SS. Is male breast cancer similar or different than female breast cancer? Breast Cancer Res Treat. Jan 2004;83(1):77-86. doi:10.1023/B:BREA.0000010701.08825.2d
5. Evans GF, Anthony T, Turnage RH, et al. The diagnostic accuracy of mammography in the evaluation of male breast disease. Am J Surg. Feb 2001;181(2):96-100. doi:10.1016/s0002-9610(00)00571-7
6. Westenend PJ, Jobse C. Evaluation of fine-needle aspiration cytology of breast masses in males. Cancer. Apr 25 2002;96(2):101-4. doi:10.1002/cncr.10483
7. Cardoso F, Bartlett JMS, Slaets L, et al. Characterization of male breast cancer: results of the EORTC 10085/TBCRC/BIG/NABCG International Male Breast Cancer Program. Ann Oncol. Feb 1 2018;29(2):405-417. doi:10.1093/annonc/mdx651
8. Abrams MJ, Koffer PP, Wazer DE, Hepel JT. Postmastectomy Radiation Therapy Is Associated With Improved Survival in Node-Positive Male Breast Cancer: A Population Analysis. Int J Radiat Oncol Biol Phys. Jun 1 2017;98(2):384-391. doi:10.1016/j.ijrobp.2017.02.007

VỊ TRÍ XƯƠNG MÓNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI XƯƠNG LÂN CẬN TRÊN PHIM CEPHALOMETRICS CỦA NGƯỜI KHỚP CẨN VÀ XƯƠNG LOẠI I

Võ Thị Thuý Hồng¹, Tống Đức Phương², Nguyễn Thị Thu Phương³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: xác định vị trí xương móng và mối tương quan với các xương lân cận trên phim sọ nghiêng Cephalometrics ở người bình thường. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 90 phim cephalometrics của các sinh viên 18-25 tuổi có khớp cắn loại I và xương loại I. Kết quả nghiên cứu: khoảng cách C3-H: 33,59 ± 3,98 mm, khoảng cách H-RGN: 35,46 ± 4,51mm và khoảng cách C3-RGN: 66,70 ± 5,40mm. **Kết luận:** xương móng nằm ở vị trí ra trước hơn ở nam so với đốt sống cổ và khoảng cách của xương móng đến mặt phẳng Frankfort ở nam cũng lớn hơn ở nữ. Mối tương quan tuyến tính đồng biến giữa khoảng cách từ xương móng so với cột sống cổ và khoảng cách so với mặt phẳng Frankfort.

Từ khóa: Vị trí xương móng, khớp cắn loại I theo Angle, xương loại I, phim Cephalometrics.

SUMMARY

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt TWHN

²BV Huyện Chương Mỹ

³Viện ĐTRHM- Đại học y HN

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thuý Hồng

Email: vothuyhong71@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.01.2022

Ngày duyệt bài: 12.01.2022

LOCATION AND CORRELATION OF HYOID BONE WITH CLOSED STRUCTURES ON CEPHALOMETRIC FILMS OF DENTAL AND SKELETAL CLASS I

Objective: to determine the position of the hyoid bone and to find the correlation with cranial, mandible and cervical vertebrae bones on cephalometrics of class I, skeletal I adult. Cross-sectional descriptive studied on 90 cephalometrics films of 18-25 age-old students. **Research results:** distance C3-H: 33.59 ± 3.98 mm, distance H-RGN: 35.46 ± 4.51 mm and distance C3-RGN: 66.70 ± 5.40 mm. Conclusion: the hyoid bone is located more anteriorly in males than in the cervical vertebrae, and the distance of the hyoid bone to the Frankfort plane is also greater in males than in females. A positive correlation was between the distance from the hyoid bone to the cervical spine and the distance from the Frankfort plane.

Keywords: Hyoid bone position, class I Angle's classification, skeletal I, Cephalometrics film.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương móng là xương đặc biệt trong cơ thể do không khớp với bất kỳ xương nào. Xương được neo giữ bởi các cơ trên móng và dưới móng xương móng. Các cơ này nối xương móng với các cấu trúc khác như lưỡi, nền sọ, sụn giáp,