

CỘNG HƯỞNG TỪ TUYẾN VÚ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ THỂ ẨN CÓ DI CĂN HẠCH NÁCH

MR imaging of the breast in patients with occult primary breast cancer presenting as an axillary metastasis

*Nguyễn Thị Hương**, *Nguyễn Duy Huệ***, *Nguyễn Đức Hình****,
*Bùi Văn Lệnh***, *Lê Tuấn Linh***

SUMMARY

Purpose: To assess the value of MRI in the diagnosis of occult primary cancer with axillary metastasis.

Methods and Materials: 12 patients occult breast cancer with malignant axillary adenopathy and negative on mammographic, echography and physical examination findings, were underwent contrast material-enhanced MR imaging in Hanoi medical university hospital.

Results: The sensitivity of MRI in the diagnosis of occult primary cancer with axillary metastases was 83%. MR imaging depicted small cancers from 3 to 12mm diameter. Of the 12 patients, three patients were underwent mastectomy, five were underwent lobectomy, and four were underwent breast-conservation therapy.

Conclusion: MR imaging is very sensitive for the detection of occult breast cancer with malignant axillary adenopathy. MR imaging offers potential not only for cancer detection but also for staging the cancer within the breast, which may be useful for treatment planning.

Keywords: dynamic breast MRI, occult breast cancer.

* Khoa chẩn đoán hình ảnh
Bệnh viện Trường Đại học Y
Hà Nội.

** Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh
Trường Đại học Y Hà Nội.

*** Bộ môn Sản Trường Đại
học Y Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến vú (UTTV) không những là một bệnh ung thư hay gặp nhất mà còn là nguyên nhân chính gây tử vong đối với phụ nữ tại nhiều nước trên thế giới đặc biệt là các nước Tây Âu và Mỹ [1], [4]. Năm 2005, tỉ lệ tử vong do ung thư tuyến vú chiếm 7% số người tử vong do ung thư và 1% tổng số tử vong của thế giới [1]. Ở Mỹ (2000), tỉ lệ mắc UTTV chuẩn theo tuổi là 118/100.000 dân và tỉ lệ chết là 30/100.000 dân [1]. Ở Việt Nam, năm 2000 tỉ lệ mắc UTTV chuẩn theo tuổi là 17,4/100.000 dân [1]. Nguy cơ mắc ung thư tuyến vú theo suốt cuộc đời người phụ nữ, độ tuổi trung bình từ 45-49 tuổi, hiếm khi gặp ở lứa tuổi dưới 30 [1], [4].

Ngày nay, người ta nhận thấy điều đặc biệt quan trọng và rõ ràng là chẩn đoán, phát hiện sớm UTTV đã làm thay đổi rất nhiều bệnh sử tự nhiên, hiệu quả điều trị và làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong [1], [4]. Ngoài việc khám vú trên lâm sàng thì hai phương pháp Xquang vú và siêu âm tuyến vú có giá trị chẩn đoán cao, nhiều nước đã áp dụng thường quy và dùng để sàng lọc UTTV trong cộng đồng. Tuy nhiên có 0.3 – 0.8% UTTV biểu hiện đơn độc di căn hạch nách ác tính mà không có bằng chứng Xquang, siêu âm cũng như lâm sàng của một khối u nguyên phát ở vú gọi là ung thư vú thể ẩn [2], [6], [10]. Trước đây việc điều trị những BN này miễn cưỡng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú cùng bên và nạo vét hạch nhưng trong số đấy có 30% trường hợp không tìm thấy được khối u trong bệnh phẩm [5], [8]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy kết quả điều trị bảo tồn ở những BN này không có sự khác biệt với điều trị phẫu thuật kết hợp với điều trị hỗ trợ nên cộng hưởng từ tuyến vú có giá trị chẩn đoán để các nhà lâm sàng quyết định điều trị BN di căn hạch nách ác tính như một ung thư tuyến vú di căn [2].

Cộng hưởng từ động học có độ phân giải tổ chức cao, đồng thời đánh giá động học cấp máu vùng tổn thương vì vậy nó cho phép phát hiện các tổn thương nhỏ kín đáo. Ở Việt Nam việc áp dụng cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư tuyến vú còn chưa được áp dụng rộng rãi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Bước đầu nhận định giá trị của cộng hưởng từ tuyến vú đối với BN ung thư vú thể ẩn có di căn hạch nách.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu 12 BN ung thư tuyến vú thể ẩn di căn hạch nách ác tính có kết quả giải phẫu bệnh nhưng kết quả Xquang vú, siêu âm và lâm sàng âm tính, được chụp cộng hưởng từ động học tuyến vú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội từ tháng 04/2010 đến tháng 02/2012.

Kỹ thuật chụp cộng hưởng từ tuyến vú [4]:

Các chỉ số chụp: FOV = 380mm, ma trận 400x512, độ dày lát cắt 1-3mm.

Các hướng cắt: cắt ngang (axial), cắt đứng dọc (sagital).

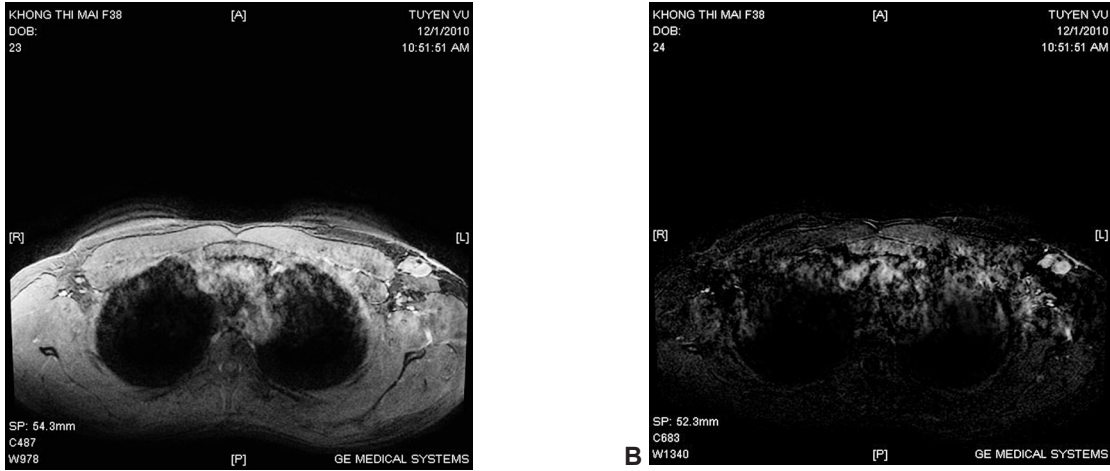
Các chuỗi xung: T1W, T2W SITR, 3D SPGR NO FS và 3D SPGR FS (three-dimensional spoiled gradient echo acquisition with fat suppression) trước, sau tiêm thuốc đối quang từ ở các phút 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Thuốc đối quang từ: Gadolinium 0,15 mmol/kg, tốc độ 2ml/s.

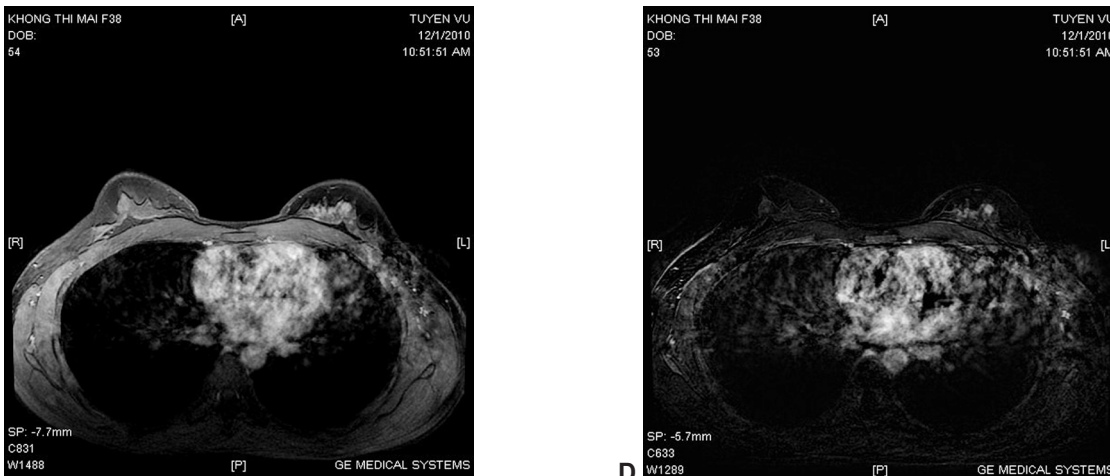
Sử dụng các chương trình tái tạo mỏng (MIP), xóa nền (subtration), dựng đồ thị ngấm thuốc, bản đồ rửa thuốc.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

10/12 BN có di căn hạch nách nhưng không phát hiện tổn thương tại vú bằng lâm sàng, siêu âm, chụp Xquang vú, được phát hiện trên cộng hưởng từ tuyến vú (chiếm 83%). Trong 12 BN của nghiên cứu này có 3 BN phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú, 5 BN phẫu thuật cắt bỏ thùy vú và 4 BN điều trị bảo tồn bằng hóa chất và xạ trị. Các trường hợp này không phát hiện u nguyên phát tại vú trên lâm sàng cũng như các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như Xquang và siêu âm tuyến vú. Có 2 trường hợp không tìm thấy được hình ảnh u trên phim chụp cộng hưởng từ tuyến vú, còn lại các u này nhỏ 3-12mm. Trên cộng hưởng từ các u này ngấm thuốc đối quang từ mạnh và nhanh với SI trung bình 120%, có 6 trường hợp ngấm hình nốt, 4 trường hợp ngấm hình dải và đường ống, 3 trường hợp (30%) có đồ thị hình rửa thuốc type III, 7 trường hợp đồ thị hình cao nguyên type II. Hình ảnh của hạch nách ác tính được tìm thấy dễ dàng trên cộng hưởng từ với các đặc điểm ngấm thuốc như u vú ác tính và tăng tín hiệu mạnh trên Diffusion (B=600), mất cấu trúc xoang hạch trên các chuỗi xung không xóa mờ. Có 2 trường hợp hạch nách cả hai bên.



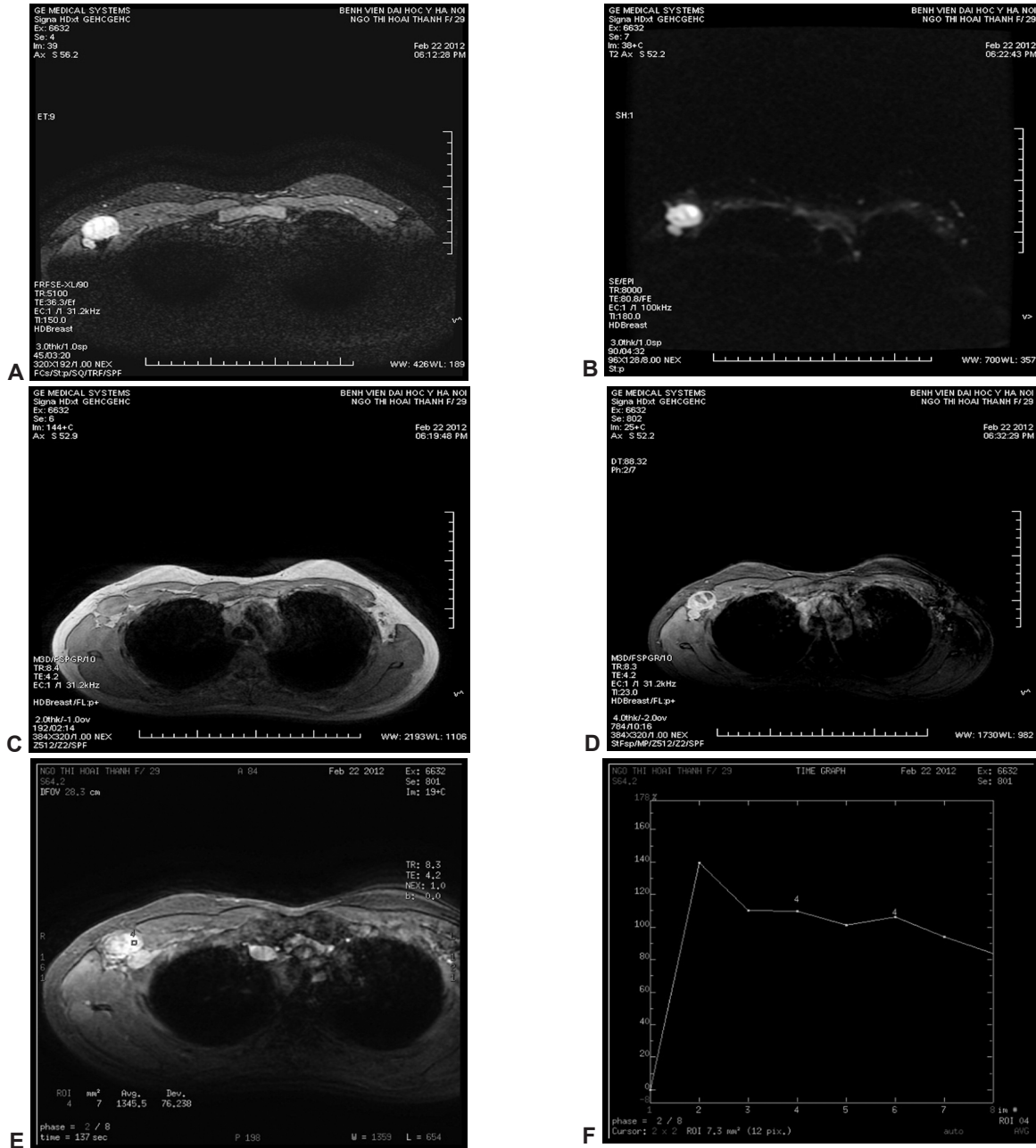
Hình 1. BN nữ 38 tuổi, di căn hạch nách trái với kết quả giải phẫu bệnh ung thư tuyến vú di căn. **1A:** chuỗi xung 3D SPGR NO FS có hình ảnh hạch nách trái mất cấu trúc xoang hạch. **1B:** chuỗi xung 3D SPGR FS cho thấy hạch này ngấm thuốc mạnh.



Hình 1C. Sau tiêm ở phút thứ 2 phát hiện nốt ngấm thuốc đối quang từ mạnh ở vú trái, đường kính 5mm. **1D:** hình ảnh nốt này được thấy rõ ràng sau khi xóa nền.

Cộng hưởng từ tuyến vú là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh với kĩ thuật mới nhưng là một công nghệ đắt tiền nên những thông tin giúp cho các nhà lâm sàng phải có giá trị hơn mà các phương pháp khác không thể có được. Các trường hợp ung thư vú thể ẩn đều rất khó khăn khi được phát hiện, cho dù di căn hạch nách rất to nhưng kích thước u có thể lại nhỏ bé 3mm hay chỉ là một dải ngấm thuốc bất thường hình đường ống của nhu mô tuyến vú. Các nhà lâm sàng đã sử dụng cộng hưởng từ tuyến vú như một minh chứng để có quyết định lựa chọn phương pháp điều trị ở những BN di căn hạch nách đã sinh thiết hạch. Ung thư vú thể ẩn không phải là hiếm gặp (0,3 - 0,8%), trong khi Xquang vú được sử dụng chính để phát hiện sàng lọc sớm ung thư vú nhưng với ung

thư vú thể ẩn thì Xquang cũng như siêu âm và lâm sàng coi như không có giá trị. Hiện nay, đã có nhiều báo cáo trên thế giới chứng minh tiềm năng của cộng hưởng từ tuyến vú trong chẩn đoán ung thư vú nói chung và nhất là việc phát hiện ung thư vú thể ẩn, trong nghiên cứu của Morris (1997) độ nhạy của cộng hưởng từ là 75% [9], của Susan G. Orel (1999) là 86% phát hiện được 19/22 BN ung thư vú thể ẩn [10], của chúng tôi là 83% (10/12 BN). Các kết quả nghiên cứu mặc dù với số lượng BN ít nhưng cũng cho thấy cộng hưởng từ được sử dụng như một phương pháp quan trọng để chẩn đoán ung thư vú thể ẩn. Tuy nhiên, việc phát hiện ung thư vú chính là giá trị lâm sàng, ở những BN này mức độ hay giai đoạn ung thư không được đánh giá cụ thể.



Hình 2. BN nữ 29 tuổi, hạch nách ác tính với giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến vú di căn. **Hình A, B.** Khối hạch nách phải tăng tín hiệu trên T2W STIR và Diffusion. **Hình C.** Khối hạch này đồng tín hiệu trên T1W. **Hình D, E, F.** Khối hạch này ngấm thuốc đối quang từ mạnh, nhanh (SI 140%) nhưng không đều, với đồ thị type III rửa thuốc có tính chất ác tính.

Ngày nay việc lựa chọn điều trị bảo tồn hay phẫu thuật được xem xét dựa trên hình ảnh cộng hưởng từ dẫn đến một sự thay đổi trong xử trí lâm sàng chứ không đơn thuần phẫu thuật tiết căn vú và nạo hạch nách cùng bên. Những BN ung thư vú thể ẩn có thể là ung thư vú cùng bên hạch nách chiếm 55-100% nhưng nguy cơ đối với

ung thư vú đối bên cũng rất cao. Trong nghiên cứu của Ellerbroek N (1990) tỉ lệ tái phát ở BN ung thư vú thể ẩn sau điều trị phẫu thuật tiết căn còn cao hơn ở BN điều trị bảo tồn, tương ứng là 23% và 17% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/12 (25%) phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú và nạo vét hạch cùng bên khi kích thước của u nhỏ,

nhiều ổ và các dải nhỏ không rõ nốt, khối. Có 5 trường hợp phẫu thuật thùy vú khi kích thước u là 10-12mm phối hợp với điều trị hóa chất và xạ trị, còn lại chỉ điều trị hóa chất đơn thuần 4 trường hợp trong đó có 2 trường hợp hạch nách hai bên và 2 trường hợp không tìm thấy được u trên phim. Rõ ràng khi các nhà lâm sàng đưa ra quyết định lựa chọn phương pháp điều trị ở BN ung thư vú thể ẩn phụ thuộc vào hình ảnh trên cộng hưởng từ để xem xét có thể phẫu thuật được hay điều trị bảo tồn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2004). *Bệnh ung thư vú, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*. 13-69, 229-255.
2. Baron PL, Moore MP, Kinne DW, Candela FC, Osborne MP, Petrek JA (1990). "Occult breast cancer presenting with axillary metastases". *Arch Surg*. 125:210-214.
3. Davis PL, Julian TB, Staiger M, et al (1994). "Magnetic resonance imaging detection and wire localization of an "occult" breast cancer". *Breast Cancer Res Treat*. 32: 327-330.
4. Elizabeth A. Morris, Laura Liberman (2004). *Breast MRI: diagnosis and intervention, Springer*. 7-14, 79-139, 173-183.
5. Ellerbroek N, Holmes F, Singletary E, Evans H, Oswald SM, McNeese M (1990). "Treatment of patients with isolated axillary nodal metastases from an occult primary carcinoma consistent with breast origin". *Cancer*. 66:1461-1467.

IV. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ tuyến vú có giá trị chẩn đoán cao đối với ung thư vú thể ẩn, với độ nhạy 83% trong khi các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác và lâm sàng im lặng. Ngoài ra cộng hưởng từ tuyến vú còn có thể được sử dụng như một tiêu chuẩn quan trọng để lựa chọn phương pháp điều trị và theo dõi kết quả điều trị cho những bệnh nhân này.

6. Fourquet A, De La Rochefordiere A, Campana F (1996). "Occult primary cancer with axillary metastases", *Diseases of the breast*. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven: 892-896.
7. Jackson B, Scott-Conner C, Moulder J (1995). "Axillary metastasis from occult breast carcinoma: diagnosis and management". *Am Surg*. 61:431-434.
8. Knapper WH (1991). "Management of occult breast cancer presenting as an axillary metastasis". *Semin Surg Oncol*. 7:311-313.
9. Morris EA, Schwartz LH, Dershaw DD, Van Zee KJ, Abramson AF, Liberman L (1997). "MR imaging of the breast in patients with occult primary breast carcinoma". *Radiology*. 205: 437-440.
10. Orel SG et al (1999). "Breast MR Imaging in Patients with Axillary Node Metastases and Unknown Primary Malignancy". *Radiology*. 212: 543-549.

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận định giá trị của cộng hưởng từ tuyến vú đối với bệnh nhân (BN) ung thư vú thể ẩn có di căn hạch nách.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu 12 BN ung thư tuyến vú thể ẩn di căn hạch nách ác tính nhưng kết quả Xquang vú, siêu âm và lâm sàng âm tính, được chụp cộng hưởng từ động học tuyến vú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội từ tháng 04/2010 đến tháng 05/2012.

Kết quả: cộng hưởng từ tuyến vú phát hiện được 10/12 BN ung thư vú thể ẩn (83%), kích thước u nhỏ 3-12mm. Trong số 12 BN của nghiên cứu này có 3 BN phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú, 5 BN phẫu thuật cắt bỏ thùy vú và 4 BN điều trị bảo tồn.

Kết luận: cộng hưởng từ tuyến vú có độ nhạy cao để phát hiện ung thư tuyến vú ở những BN di căn hạch nách ác tính và hữu ích cho chiến lược điều trị cũng như theo dõi kết quả điều trị.

Từ khóa: cộng hưởng từ tuyến vú, ung thư tuyến vú thể ẩn.

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **PGS. Vũ Long**