

VAI TRÒ CỦA FDG PET/CT TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ TIÊN LƯỢNG U PHYLLODES TUYẾN VÚ DI CĂN VÀ HỒI CỨU Y VẤN

The role of FDG PET/CT in metastatic breast phyllodes tumor and literature review

Nguyễn Vương Anh*

SUMMARY

Metastasis of malignant phyllodes tumors is extremely rare that there are only few cases reported in literature. With the aim of providing data and diagnostic guidance, discussing treatments, we present the role of PET/CT, other radiologic modalities.

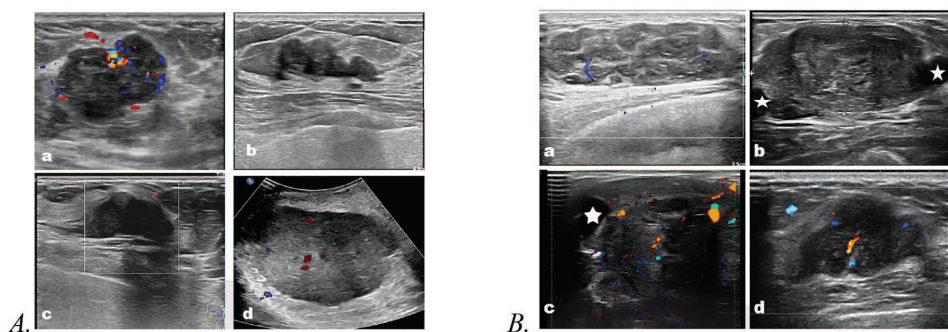
We report a clinical case a 43 years-old female patient who was diagnosed with grade II phyllodes tumor of the breast and treated by surgery and radiotherapy adjuvant (2017). Following up on radiology test after 6 years (02/2023), the patient has diagnosed with bilateral lungs metastasis and left upper lobectomy was done. PET/CT scan in Choray hospital after the surgery showed multiple hypermetabolic foci in lungs, thoracic wall, sternum, pancreas, stomach, bones which suggested distant metastases from the prior tumor. Treatments for distant recurrence phyllodes tumors have not been effective and patients often have poor prognosis. However, some new target therapies may help increase life expectancy, improve quality of life.

I. GIỚI THIỆU

Bướu diệp thể tuyến vú (U phyllodes) là một tổn thương do tăng sinh trung mô tuyến vú hiếm gặp, tỷ lệ chỉ 0,3-0,9% [6]. Tổ chức y tế thế giới WHO đã phân loại u phyllodes gồm: lành tính, giáp biên và ác tính [23]. Tỷ lệ tái phát với u phyllodes lành tính là 10-17%, giáp biên là 14-25%, ác tính là 23-30%. Thường trong 2 đến 3 năm [19].

II. Đặc điểm hình ảnh học của U phyllodes

1. Siêu âm



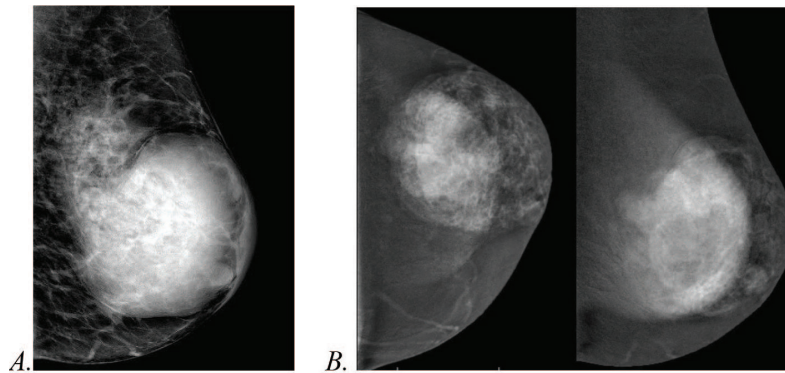
Hình 1. A. Bướu diệp thể lành tính: hồi âm đồng nhất, hóa nang trong khối u [10]. B. Bướu diệp thể ác tính: bờ không đều với sự hóa nang trong khối u [10].

* Khoa Ung Bướu - YHHN – BV Đa khoa Đồng Nai

2. Nhũ ảnh

Đánh giá u phyllodes trên nhũ ảnh thì yếu tố quan trọng là kích thước lớn. Với khối u nhỏ có hình ảnh viền nhẵn, giới hạn rõ, u lớn chia thành nhiều thùy không đều,

với đậm độ cao hơn mô tuyến vú bình thường [27]. Có thể gặp hình ảnh quầng sáng quanh viền khối u phyllodes. Vi vôi hóa thường hiếm gặp [1].

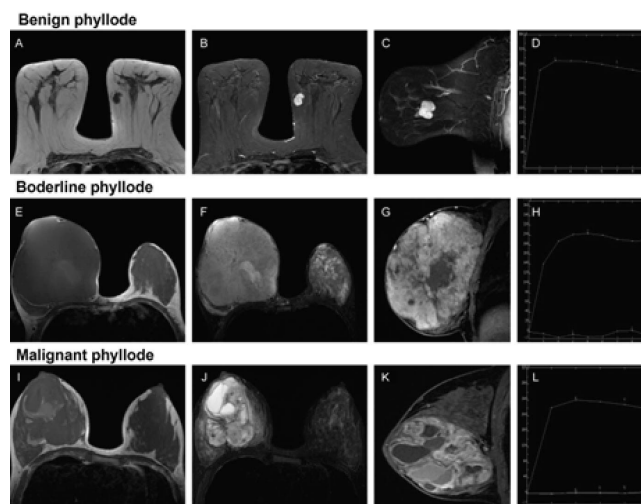


Hình 2. A. Chụp nhũ ảnh với mức năng lượng thấp ở tư thế chệch trong ngoài của vú (T) [16]. B. Chụp X Quang phổ hai mức năng lượng của vú (T) ở tư thế thẳng trên dưới và chệch trong ngoài cho thấy khối u vú khổng lồ, chia thùy. Các phần đặc tăng đậm độ bao quanh các nang tăng đậm độ vừa phải khi sử dụng chất cản quang [16].

3. Chụp cộng hưởng từ MRI

Cộng hưởng từ tuyến vú có thể hữu ích hơn trong việc đánh giá xâm lấn thành ngực. Các đặc điểm biểu hiện trên chụp cộng hưởng từ thường là tín hiệu thấp, không đồng nhất trên hình ảnh T1W, có thể có vùng xuất huyết tăng tín hiệu. Trên hình ảnh T2W, khối u thường có bờ đa cung với những khoảng tăng tín hiệu dạng đường mỏng [26]. Chụp cộng hưởng từ động học có thuốc với

đường cong bắt thuốc của u phyllodes lành tính gần như là dạng tăng dần và của khối u ác tính là loại phẳng hoặc bình nguyên [20]. Năm đặc điểm trên chụp cộng hưởng từ có ý nghĩa chẩn đoán u phyllodes ác tính: kích thước bướu, cường độ tín hiệu hình ảnh T1W, cường độ tín hiệu hình ảnh T2W xóa mỡ, cường độ tín hiệu sau tiêm thuốc và dạng đường cong động học bắt thuốc [12].



Hình 3. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ của khối u phyllodes lành tính, giáp biên và ác tính [12]

4. Chụp ghi hình cắt lớp Positron PET/CT với FDG

Khác với siêu âm, cộng hưởng từ MRI và nhũ ảnh thì chụp PET/CT không được sử dụng một cách đại trà để tầm soát và phát hiện các khối u phyllodes của tuyến vú. Nhưng cũng đã có nhiều báo cáo và nghiên cứu về tác dụng của chụp PET/CT với chẩn đoán và theo dõi điều trị khối u phyllodes mà đặc biệt với các trường hợp ác tính.

Khối u phyllodes ác tính di căn chủ yếu qua đường máu, vị trí thường cho di căn phổi, gan, xương và não. Tuy nhiên cũng có báo cáo một số trường hợp di căn tá tràng, tụy, tuyến mang tai, xương hàm, da, phần mềm cổ tay, ... nên tổn thương di căn của u phyllodes ác tính có thể tới rất nhiều vị trí. Điều này làm nổi bật lên ưu điểm theo dõi sau điều trị của chụp PET/CT với các khối u phyllodes ác tính.

III. ĐIỀU TRỊ

Tỷ lệ tái phát tại chỗ sau phẫu thuật bảo tồn tuyến vú cao hơn đoạn nhũ, nhưng các nghiên cứu đã chỉ ra rằng không có sự khác biệt giữa phẫu thuật bảo tồn tuyến vú và phẫu thuật cắt bỏ vú về MFS và OS. Xạ trị làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ. Hóa trị hỗ trợ không cho thấy lợi ích lâm sàng [15].

Hiệu quả của các phương pháp điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật chưa rõ, nhưng với những bệnh nhân có khối u lớn, có thể hưởng lợi từ các phương pháp này [24].

Có biểu hiện quá mức yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu VEGF trong u phyllodes ác tính, cho thấy điều trị Apatinib khả quan khi giảm đáng kể kích thước khối u và tăng OS [22].

IV. THÔNG TIN TRƯỜNG HỢP BỆNH

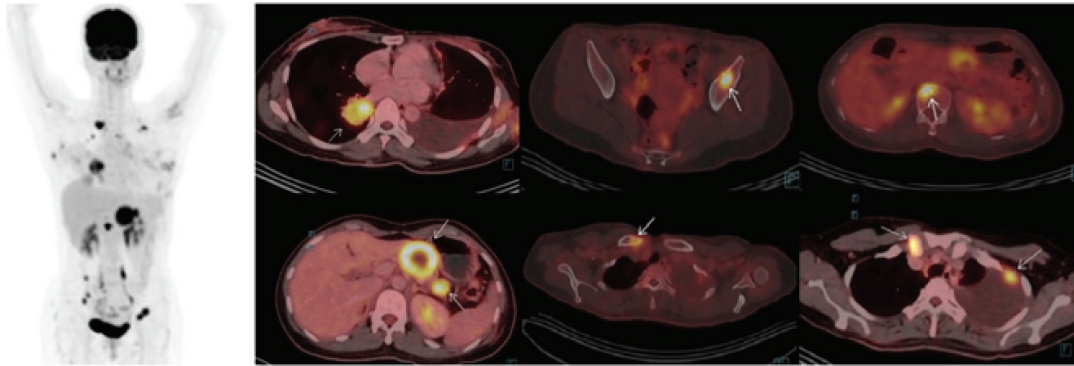
Bệnh nhân Đ. T. N sinh năm 1980, được chẩn đoán U phyllodes tháng 09/2017, sinh thiết kim lõi Sarcoma xơ bì. Đã được điều trị phẫu thuật cắt rộng tuyến vú (T) + xạ trị thành ngực 50Gy. GPB sau mổ: U Phyllodes độ II.

Đến 21/02/2021 phát hiện tổn thương rải rác phổi (P) 40x37mm, phổi (T) 49x58mm, nghi thứ phát, tổn thương xương thân sống L1, xương đòn (P), xương cánh tay (T), hạch hoại tử ngang đuôi tụy, được điều trị PT

cắt thùy trên phổi (T) ngày 06/03/2023. Giải phẫu bệnh + Hóa mô miễn dịch kết luận: U diệp thể ác tính di căn phế quản phổi.

Đến ngày 20/03/2023 bệnh nhân được chụp PET/CT kiểm tra, kết quả đánh giá:

- Vùng đầu cổ: Hạch thượng đòn (T) d# 8mm, không tăng hấp thu.
 - Vùng ngực:
 - + Đã cắt thùy trên phổi (T). Các tổn thương đậm độ mô mềm rải rác phổi (P) và phổi (T) còn lại d# 4mm - 40mm, tăng hấp thu FDG maxSUV= 10,17.
 - + Dày không đều rải rác màng phổi (T), tăng hấp thu FDG maxSUV= 9,25.
 - + Nốt thành ngực cạnh (T), d# 1cm, tăng hấp thu FDG maxSUV= 4,56.
 - Vùng bụng - chậu:
 - + Tổn thương thân tụy d#54mm, tăng hấp thu FDG maxSUV= 11,52.
 - + Vài hạch cạnh bờ cong nhỏ dạ dày và mạc treo ruột, tăng hấp thu FDG.
 - Xương: Các tổn thương hủy xương ở các xương cánh tay hai bên, xương vai (P), xương đòn (P), xương sườn 4 hai bên, đốt sống T2, T12, L1, xương cụt S1, xương chậu hai bên và xương đùi (P), tăng hấp thu FDG maxSUV= 16,06.
- Kết luận: Các tổn thương tăng hoạt động chuyển hóa, khả năng di căn :
- + Các tổn thương rải rác phổi (P) và phổi (T) còn lại.
 - + Màng phổi (T), tràn dịch màng phổi (T) lượng trung bình.
 - + Nốt mô mềm thành ngực cạnh (T) cán xương ức.
 - + Di căn xương đa ổ.
 - + Tổn thương ở thân tụy. Vài hạch bờ cong bé dạ dày và mạc treo ruột.



Hình 4. Một số hình ảnh tổn thương trên chụp PET/CT

V. BÀN LUẬN

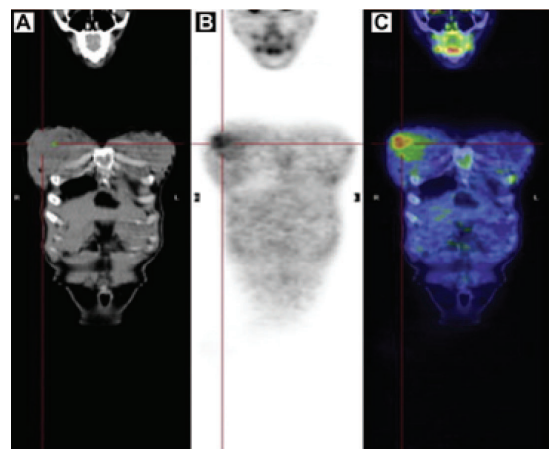
Trong thời điểm được chẩn đoán, giải phẫu bệnh sau sinh thiết kim lõi của bệnh nhân là Sarcôm xơ bì điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Zhou ZR rằng tỷ lệ chính xác của sinh thiết kim lõi trong ung thư tuyến giáp chỉ 50% và có thể nhầm lẫn với Sarcoma [23].

Với phương pháp điều trị của bệnh nhân là phẫu thuật cắt rộng mà không nạo hạch có cùng quan điểm với tác giả Y Wang khi cho rằng u phyllodes giáp biên ác không lồ được sinh thiết hạch lách góc + cắt lạnh không thấy di căn hạch phù hợp với lý thuyết u phyllodes chủ yếu di căn qua đường máu [24]. Điều trị bổ trợ xạ trị sau phẫu thuật đã được ủng hộ bằng nhiều nghiên cứu cho thấy giảm nguy cơ tái phát rõ rệt.

Tuy nhiên sau 6 tháng, bệnh phát hiện nhiều ổ di căn xa như một tổn thương ác tính. Điều này cũng hoàn toàn có thể xảy ra, theo Nguyễn Ngọc Tuấn Anh có đến 25% U phyllodes ác tính mà tính chất ác chỉ tập trung tại một số vùng trong bướu thành từng ổ và có thể bỏ sót [15], còn tác giả Y Wang cũng báo cáo trường hợp tương tự khi u phyllodes giáp biên ác chuyển dạng ác tính [24], thậm chí là chuyển dạng từ bướu sợi tuyến vú sang U phyllodes ác tính [3].

Hiện nay, việc sử dụng chụp PET/CT để có thể chẩn đoán u phyllodes ngay từ ban đầu hoặc theo dõi điều trị được sử dụng phổ biến tại các trung tâm Ung Bướu và Y học hạt nhân trên thế giới. Một báo cáo của Hui Wang (2020) về một trường hợp phát hiện u phyllodes vú ác tính thông qua chụp PET/CT với tổn thương vú (T) rất lớn 39x26x16cm, khối u vú (T) tăng hấp thu FDG, tràn

dịch phổi (P). Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật và xạ trị [21]. Hoặc tác giả Mariapaola báo cáo một trường hợp thú vị ở một bé gái tuổi vị thành niên đã điều trị Lymphoma Hodgkin được chỉ định chụp PET/CT kiểm tra đã phát hiện khối u phyllodes ở vú. Trong trường hợp này chụp PET/CT đã chứng tỏ là một công cụ tuyệt vời trong chẩn đoán và theo dõi điều trị, bởi vì nó đã giúp phân biệt khối u phyllodes nguyên phát và các tổn thương LH [13].



Hình 5. Hình ảnh khối u vú Phyllodes được phát hiện bằng chụp PET/CT trên một bệnh nhân Lymphoma khám định kỳ [13].

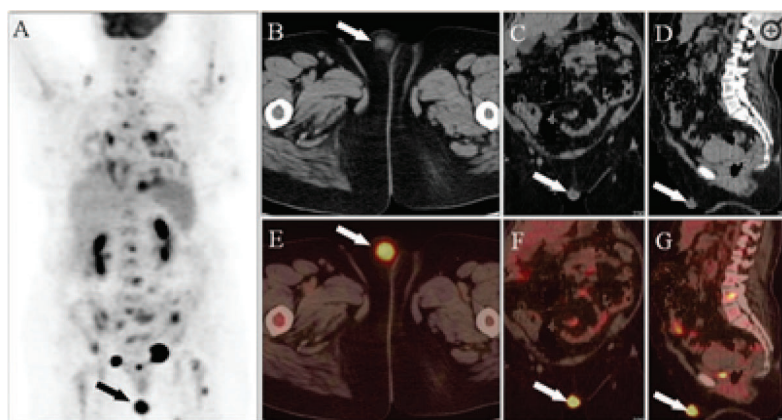
Trong case bệnh của chúng ta, chụp PET/CT với FDG, ghi nhận các hình ảnh cấu trúc và độ hấp thu phóng xạ không có điểm khác biệt so với di căn của các bệnh lý ác tính khác. Tuy nhiên có một điểm đặc biệt có thể lưu ý là các tổn thương di căn có kích thước rất lớn, có thể chúng mang theo đặc điểm tăng sinh của u phyllodes gốc. Trên bệnh nhân này không ghi nhận tái phát tại chỗ mà cho di căn xa tới phổi, tụy, hạch ổ bụng, xương đa ổ, điều

này cũng gặp trong các nghiên cứu của các tác giả khác.

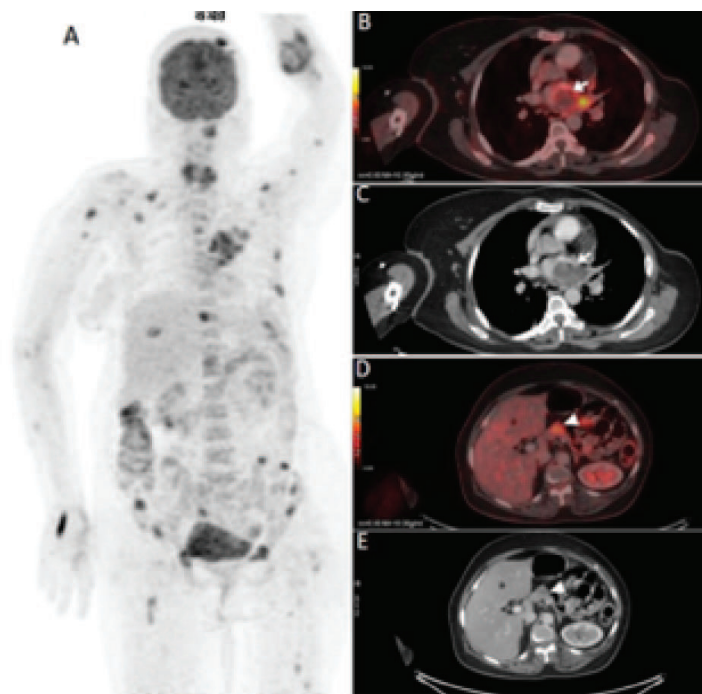
Khối u phylloides ác tính hiếm cho di căn theo đường bạch huyết thường vì bệnh di căn chủ yếu qua đường máu, vị trí thường cho di căn phổi, gan, xương và não. Tuy nhiên cũng có báo cáo một số trường hợp di căn tá tràng, tụy, tuyến mang tai, xương hàm, da, phần mềm cẳng tay, ... nên tổn thương di căn của u phylloides ác tính có thể tới rất nhiều vị trí và các tổn thương tái phát thường là các tổn thương di căn xa mà rất hiếm khi có tổn

thương tái phát tại chỗ [9]. Điều này làm nổi bật lên ưu điểm theo dõi sau điều trị của chụp PET/CT với các khối u phylloides ác tính. Như tác giả Khangembam đã trình bày một trường hợp phát hiện tổn thương di căn âm hộ sau điều trị u phylloides ác tính bằng chụp PET/CT [9].

Báo cáo phát hiện vị trí hiếm gặp của u phylloides ác tính trên chụp PET/CT tác giả Parneet Singh đã phát hiện tổn thương di căn tại tâm nhĩ trái và đầu tụy [17].



Hình 6. Hình ảnh chụp PET/CT phát hiện thú vị một tổn thương mô mềm dưới da tăng hấp thu FDG tại âm hộ được chứng minh là từ u phylloides di căn [9].



Hình 7. Hình ảnh tăng hấp thu FDG tại khối u ở tâm nhĩ trái và đầu tụy [17].

Điều trị cho những bệnh nhân u phyllodes ác tính chưa di căn xa chủ yếu là phẫu thuật + xạ trị hỗ trợ cho tất cả các bệnh nhân sau mổ. Bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ sau điều trị do khả năng tiến triển nhanh chóng không thể đoán trước. Hóa trị tạm bợ dựa trên doxorubicine với cisplatin, cyclophosphamide hoặc ifosfamide có hiệu quả cả thien triệu chứng nhưng kéo dài OS chưa có ý nghĩa thống kê [4].

Trong các trường hợp u phyllos ác tính có di căn hóa trị có vai trò hạn chế, chỉ dùng để điều trị giảm triệu chứng, thời gian sống còn OS thường dưới 1 năm [18]. Tuy nhiên cũng có số ít trường hợp cho thấy đáp ứng tốt như nghiên cứu của tác giả So Hyang báo cáo một trường hợp hiếm gặp u phyllodes ác tính phát hiện di căn phổi sau phẫu thuật và hóa trị hỗ trợ Doxorubicin + Ifosfamide thì các khối tổn thương tại phổi đã cho đáp ứng hoàn toàn và không ghi nhận tái phát sau điều trị 3 năm [14].

Một số nghiên cứu phát hiện có biểu hiện yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu VEGF của u phyllodes như tác giả Wang và Hu đã tìm thấy biểu hiện VEGF trong 64,7% các trường hợp u phyllodes ác tính, điều này mở ra con đường điều trị u phyllodes ác tính bằng các thuốc ức chế tyrosine kinase TKI nhắm đích tới VEGF, mà nổi bật nhất trong số đó là Apatinib. Kết quả điều trị với Apatinib trong nghiên cứu khả quan khi giảm đáng

kể kích thước khối u và tăng OS [22]. Nghiên cứu này cũng đã mở ra một hướng điều trị mới, nhằm mang lại hy vọng cho những bệnh nhân u phyllodes ác tính, cần thêm nhiều nghiên cứu chuyên sâu hơn về việc điều trị bằng các thuốc ức chế tyrosine kinase TKI trong thời gian sắp tới.

VI. KẾT LUẬN

Tổng kết lại ta có thể thấy U phyllodes ác tính là một bệnh lý hiếm gặp và hiếm được ghi nhận lại trong y văn. Có nhiều phương pháp hình ảnh học như siêu âm, nhũ ảnh, MRI tuyến vú, chụp PET/CT để chẩn đoán u phyllodes với ưu nhược điểm khác nhau, tuy nhiên vẫn chưa có nhiều ý nghĩa chẩn đoán xác định u phyllodes lành tính hoặc ác tính. Phương pháp điều trị ban đầu chủ yếu là phẫu thuật và xạ trị. U Phyllodes ác tính sau điều trị thường ít tái phát tại chỗ mà cho di căn xa theo đường mạch máu tới nhiều vị trí, không cụ thể, ít triệu chứng báo trước nên chụp PET/CT là một phương pháp tầm soát, chẩn đoán và theo dõi sau điều trị hiệu quả. Điều trị U phyllodes ác tính di căn xa chủ yếu mang tính chất giảm nhẹ triệu chứng, tuy nhiên với các nghiên cứu gần đây mở ra con đường điều trị bằng các thuốc ức chế tyrosine kinase TKI nhắm tới VEGF mang lại hy vọng mới cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdul Hamid, Shamsiah MBBS, et. al. Radiopathological characteristics and outcomes of phyllodes tumor of the breast in Malaysian women. *Medicine* 97(31):p e11412, August 2018.
2. Burga AM, Tavassoli FA. Periductal stromal tumor: a rare lesion with low-grade sarcomatous behavior. *Am J Surg Pathol.* 2003 Mar;27(3):343-8.
3. Faridi SH, Siddiqui B, Ahmad SS, Aslam M. Progression of Fibroadenoma to Malignant Phyllodes Tumour in a 14-Year Female. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2018 Jan;28(1):69-71.
4. Ganesh V, et al. Palliative treatment of metastatic phyllodes tumors: a case series. *AME Case Rep.* 2017 Dec 21;1:9. doi: 10.21037/acr.2017.12.01. PMID: 30263996; PMCID: PMC6155564.
5. Goto W, Kashiwagi S, Takada K, Asano Y, Morisaki T, Noda S, Takashima T, Onoda N, Hirakawa K, Ohira M. [a Case of a Malignant Phyllodes Tumor That Was Difficult to Distinguish from Stromal Sarcoma]. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2018 Dec;45(13):2429-2431.
6. Guerrero MA, Ballard BR, Grau AMJ So. Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. 2003;12(1):27-37

7. Inyoung Youn, et al, Phyllodes Tumors of the Breast: Ultrasonographic Findings and Diagnostic Performance of Ultrasound-Guided Core Needle Biopsy, *Ultrasound in Medicine & Biology*, Volume 39, Issue 6, 2013, Pages 987-992, ISSN 0301-5629.
8. Kalambo M, Adrada BE, Adeyefa MM, Krishnamurthy S, Hess K, Carkaci S, Whitman GJ. Phyllodes Tumor of the Breast: Ultrasound-Pathology Correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2018 Apr;210(4):W173-W179.
9. Khangembam BC, et al Malignant Phyllodes Tumor of the Breast Metastasizing to the Vulva: (18)F-FDG CHỤP PET/CT Demonstrating Rare Metastasis from a Rare Tumor. *Nucl Med Mol Imaging*. 2012 Sep;46(3):232-3. doi: 10.1007/s13139-012-0154-8. Epub 2012 Jul 19. PMID: 24900068; PMCID:PMC4043033.
10. Li T, Li Y, Yang Y, Li J, Hu Z, Wang L, Pu W, Wei T, Lu M. Logistic regression analysis of ultrasound findings in predicting the malignant and benign phyllodes tumor of breast. *PLoS One*. 2022 Mar 24;17(3):e0265952.
11. Liberman L, Bonaccio E, Hamele-Bena D, Abramson AF, Cohen MA, Dershaw DD. Benign and malignant phyllodes tumors: mammographic and sonographic findings. *Radiology*. 1996 Jan;198(1):121-4.
12. Ma W, Guo X, et. al. Magnetic resonance imaging semantic and quantitative features analyses: an additional diagnostic tool for breast phyllodes tumors. *Am J Transl Res*. 2020 May 15;12(5):2083-2092.
13. Mariapaola Cucinotta, et al “A Strange Case of Phyllodes Tumor Detected Using 18F-FDG PET/CT in an Adolescent Patient Affected by Hodgkin Lymphoma: A Possible Pitfall” *Clinical Lymphoma Myeloma and Leukemia*, Volume 14, Issue 6, 2014.
14. Moon, So Hyang MD;et al. Complete remission of giant malignant phyllodes tumor with lung metastasis: A case report. *Medicine* 98(22):p e15762, May 2019. | DOI: 10.1097/MD.00000000000015762
15. Nguyễn Ngọc Tuấn Anh – Bài giảng Phyllodes Tumor – Khoa CĐHA - Bệnh viện K Trung Ương.
16. Orguc, S., Mavili, S., Açar, Ç.R. et al. Contrast-enhanced spectral mammographic findings of phyllodes tumor of the breast. *Egypt J Radiol Nucl Med* 53, 110 (2022).
17. Parneet Singh, et al “Rare case of phyllodes tumour of breast with cardiac and pancreatic metastases findings on FDG CHỤP PET/CT”. *Journal of Nuclear Medicine Technology* February 2023, jnmt.122.265212
18. Ramakant P, et al. Metastatic Malignant Phyllodes Tumor of the Breast: An Aggressive Disease-Analysis of 7 Cases. *Indian J Surg Oncol*. 2015 Dec;6(4):363-9. doi: 10.1007/s13193-015-0397-9. Epub 2015 Mar 18. PMID: 27065662; PMCID: PMC4809841
19. Tan PH, Thike AA, Tan WJ, Thu MM, Busmanis I, Li H, Chay WY, Tan MH., Phyllodes Tumour Network Singapore. Predicting clinical behaviour of breast phyllodes tumours: a nomogram based on histological criteria and surgical margins. *J Clin Pathol*. 2012 Jan;65(1):69-76.
20. Tse GMK, Cheung HS, Pang LM, et al. Characterization of Lesions of the Breast with Proton MR Spectroscopy: Comparison of Carcinomas, Benign Lesions, and Phyllodes Tumors. *AJR Am J Roentgenol*. 2003;181(5):1267–1272.
21. Wang H, Xue Y, Xu H. 18 F-FDG PET/CT findings in a giant malignant phyllodes breast tumor. *Breast J*. 2021 Feb;27(2):183-184. doi: 10.1111/tbj.14148. Epub 2020 Dec 27. PMID: 33368827.
22. Wang, X., Xie, L., Hu, W. et al. Apatinib treatment is effective for metastatic malignant phyllodes tumors of the breast: a case report. *BMC Women’s Health* 21, 218 (2021)
23. World Health Organization. Histological typing of breast tumors. *Tumori* 1982;68:181–98.

24. Y. Wang, Y. Zhang, G. Chen, F. Liu, C. Liu, T. Xu, et al. Huge borderline phyllodes breast tumor with repeated recurrences and progression toward more malignant phenotype: a case report and literature review
25. Yasir S, Nassar A, Jimenez RE, Jenkins SM, Hartmann LC, Degnim AC, Frost M, Visscher DW. Cellular fibroepithelial lesions of the breast: A long term follow up study. *Ann Diagn Pathol*. 2018 Aug;35:85-91.
26. Yoo JL, Woo OH, Kim YK, Cho KR, Yong HS, Seo BK, Kim A, Kang EY. Can MR Imaging contribute in characterizing well-circumscribed breast carcinomas? *Radiographics*. 2010 Oct;30(6):1689-702.
27. Zhou ZR, Wang CC, Yang ZZ, Yu XL, Guo XM. Phyllodes tumors of the breast: diagnosis, treatment and prognostic factors related to recurrence. *J Thorac Dis*. 2016 Nov;8(11):3361-3368. doi: 10.21037/jtd.2016.11.03. PMID: 28066617; PMCID: PMC5179374.

TÓM TẮT

U phyllodes ác của tuyến vú tái phát di căn là một căn bệnh rất hiếm gặp với chỉ số ít trường hợp được báo cáo trong y văn. Nhằm cung cấp thêm dữ liệu và hướng dẫn chẩn đoán, cũng như bàn thêm về điều trị và tiên lượng, chúng tôi trình bày một số thông tin về sử dụng chụp PET/CT cũng như phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác.

Báo cáo nhân một case lâm sàng bệnh nhân nữ, 43 tuổi, được chẩn đoán U phyllodes độ II đã phẫu thuật và xạ trị hỗ trợ (2017). Theo dõi bằng hình ảnh học sau 6 năm (02/2023) bệnh nhân được chẩn đoán di căn phổi 2 bên và đã phẫu thuật cắt thùy trên phổi trái sau đó. Kết quả chụp PET/CT tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy các tổn thương tăng hoạt động chuyển hóa tại phổi, thành ngực, xương ức, tụy, dạ dày, xương đa ổ khả năng di căn từ u phyllodes trước đây. Các phương pháp điều trị U Phyllodes tái phát di căn hiện nay chưa cho thấy hiệu quả và tiên lượng xấu. Tuy nhiên một số hướng đi mới về các thuốc nhắm trúng đích cho thấy hy vọng kéo dài thời gian sống còn và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Người liên hệ: Nguyễn Vương Anh. Email: bs.nguyenvuonganh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/07/2023. Ngày nhận phản biện: 13/07/2023. Ngày chấp nhận đăng: 15/08/2023