

Kết quả bước đầu và các yếu tố liên quan đến điều trị ung thư vú thể dị sản giai đoạn chưa di căn xa tại Bệnh viện K

Initial outcomes and factors related to the treatment of non-metastatic metaplastic breast cancer at K Hospital

Lê Thị Yến^{1,2},
và Lê Hồng Thái¹

¹Bệnh viện K
²Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu và các yếu tố liên quan đến điều trị bệnh nhân ung thư vú thể dị sản (MBC) giai đoạn chưa di căn xa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả (hồi cứu kết hợp tiến cứu) được thực hiện trên bệnh nhân MBC giai đoạn I - III tại bệnh viện K từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 02 năm 2024. **Kết quả:** 213 bệnh nhân MBC có tuổi trung bình là 52, trong đó nhóm bệnh nhân ≥ 40 tuổi chiếm đa số (85,2%). Ngoài ra, 133 bệnh nhân (62,5%) được chẩn đoán ở giai đoạn II, theo sau là 51 bệnh nhân (23,9%) ở giai đoạn I, và 29 bệnh nhân (13,6%) ở giai đoạn III. Về đặc điểm hoá mô miễn dịch (HMMD), đa số các bệnh nhân có đặc điểm của ung thư vú bộ ba âm tính chiếm 76,5%, hầu hết bệnh nhân có chỉ số Ki67 $\geq 20\%$ với 209 bệnh nhân chiếm 98,1%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trước với 164 bệnh nhân (76,9%), có 49 bệnh nhân được điều trị hóa chất hỗ trợ trước chiếm 23,1%. Trung vị DFS của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 48,7 tháng. Phân tích đơn biến chỉ ra kích thước khối u, giai đoạn tại thời điểm chẩn đoán và có điều trị hoá chất hỗ trợ trước hay không là ba yếu tố tiên lượng của MBC. Khi phân tích đa biến, việc điều trị hóa chất hỗ trợ trước hay phẫu thuật trước là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** MBC là thể bệnh tiến triển nhanh, thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, kích thước u thường phát triển lớn tại thời điểm chẩn đoán. Ung thư vú thể dị sản thường là thể bộ ba âm tính, dẫn tới tiên lượng xấu. Các phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho ung thư vú ít hiệu quả trên nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Ung thư vú, thể dị sản, giai đoạn chưa di căn xa, kết quả điều trị, yếu tố tiên lượng, thời gian sống thêm không bệnh (DFS).

Summary

Objective: To evaluate the initial outcomes and factors associated with the treatment of non-metastatic metaplastic breast cancer (MBC) patients. **Subject and method:** A descriptive study (combined retrospective and prospective) was conducted on patients with stage I - III MBC at K Hospital from January 2019 to February 2024. **Result:** A total of 213 MBC patients had a mean age of 52, with the group aged ≥ 40 accounting for the majority (85.2%). Additionally, 133 patients (62.5%) were diagnosed at stage II, followed by 51 patients (23.9%) at stage I, and 29 patients (13.6%) at stage III. Regarding immunohistochemical (IHC) characteristics, the majority of patients presented with triple-negative breast cancer features, accounting for 76.5%; most patients had a Ki67 index $\geq 20\%$, with 209 patients accounting for 98.1%. The majority of patients underwent upfront surgery (164 patients, 76.9%), while

Ngày nhận bài: 14/03/2025, ngày chấp nhận đăng: 28/11/2025

* Tác giả liên hệ: leyenbvk@gmail.com - Bệnh viện K

49 patients (23.1%) received neoadjuvant chemotherapy. The median disease-free survival (DFS) of the study group was 48.7 months. Univariate analysis indicated that tumor size, stage at diagnosis, and the administration of neoadjuvant chemotherapy were three prognostic factors for MBC. In multivariate analysis, the treatment strategy (neoadjuvant chemotherapy versus upfront surgery) was a statistically significant prognostic factor with $p < 0.001$. **Conclusion:** MBC is an aggressive subtype, often diagnosed at a late stage, with tumors usually presenting at a large size at the time of diagnosis. Metaplastic breast cancer is typically triple-negative, leading to a poor prognosis. Standard treatment methods for breast cancer show limited efficacy in this patient group.

Keywords: Breast cancer, metaplastic subtype, non-metastatic stage, treatment outcomes, prognostic factors, disease-free survival (DFS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN năm 2022, ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư đứng đầu về tỉ lệ mới mắc với gần 2,3 triệu ca (chiếm 11,5%) và thứ tư trong các nguyên nhân tử vong do ung thư với hơn 660 nghìn ca (chiếm 6,8%). Trong số đó, so với các thể mô bệnh học hay gặp, UTV thể dị sản chỉ chiếm dưới 1% bệnh nhân mắc UTV được chẩn đoán¹. UTV thể dị sản là một phân nhóm của ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập, đặc trưng bởi sự biệt hóa tế bào biểu mô ác tính theo hướng vảy và/hoặc dạng trung mô, bao gồm nhưng không giới hạn bởi các dạng tế bào hình thoi, tế bào xương hoặc tế bào sụn².

Đặc điểm lâm sàng hay gặp của UTV thể dị sản là bệnh nhân thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Mặc dù nghiên cứu chỉ ra bệnh nhân UTV thể dị sản có tỷ lệ di căn hạch thấp, nhưng UTV thể dị sản có kích thước khối u lớn tại thời điểm chẩn đoán^{1,3}. Đa phần bệnh nhân UTV thể dị sản có tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III, giai đoạn IV cao hơn các thể UTV thường gặp khác^{1,4,5}. Về đặc điểm hoá mô miễn dịch, đa số là UTV bộ ba âm tính - thể có tiên lượng sống thấp nhất so với các thể hoá mô miễn dịch khác⁶. Do đó, UTV thể dị sản thường có tiên lượng rất xấu. Bằng chứng là UTV thể dị sản có thời gian sống thêm không bệnh (DFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) thấp hơn cả UTV bộ ba âm tính ở những nghiên cứu gần đây³. Do vậy hiện nay UTV thể dị sản được xếp vào nhóm UTV tiến triển nhanh, có độ ác tính cao và tiên lượng rất xấu.

UTV thể dị sản có các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đặc biệt là tiên lượng khác biệt đáng kể so với các thể UTV khác. Hiện nay vẫn chưa có điều trị chuẩn, riêng biệt cho UTV thể dị sản ngoài các phác đồ điều trị thông thường. Với đặc điểm đáp

ứng với hoá chất kém, hiệu quả của các phương pháp điều trị khác như xạ trị, điều trị nội tiết, điều trị đích kháng HER2 chưa thực sự rõ ràng do số lượng bệnh nhân còn hạn chế. Việc tìm ra điều trị tối ưu cho bệnh nhân UTV thể dị sản là thực sự cần thiết. Tại Việt Nam, đã một số công trình nghiên cứu về UTV thể dị sản đã được thực hiện với cỡ mẫu nhỏ và chỉ ra một số điểm cơ bản về nhóm bệnh nhân này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với chủ đề tương tự với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị bước đầu và các yếu tố ảnh hưởng điều trị UTV thể dị sản tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán UTV thể dị sản thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 02/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân nữ từ 18 tuổi trở lên.

Được chẩn xác định UTV thể dị sản dựa vào đặc điểm mô bệnh học và/hoặc hoá mô miễn dịch theo định nghĩa của WHO năm 2019.

Bệnh nhân mắc UTV ở giai đoạn I, II, III tại thời điểm chẩn đoán theo phân loại AJCC 2018.

Bệnh nhân có đầy đủ thông tin chẩn đoán, điều trị, theo dõi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Mắc các bệnh lý ung thư khác đồng thời.

Bệnh nhân mắc các bệnh lý phối hợp đe dọa tính mạng, có nguy cơ tử vong gần.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán; điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Thời gian sống thêm không bệnh (DFS): Tính từ thời gian kết thúc điều trị triệt căn ban đầu đến thời điểm tái phát hoặc tử vong do bất kì nguyên nhân nào.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS v27. Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, hoặc bằng trung vị - tứ phân vị nếu phân phối không

chuẩn. Các biến nhị phân, danh mục, thứ hạng được báo cáo bằng giá trị tần suất hoặc tỷ lệ và được so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc kiểm định Fisher. Phân tích hồi quy Cox đơn biến và đa biến được sử dụng để đánh giá thời gian sống thêm và các yếu tố ảnh hưởng. Tất cả các so sánh được thực hiện bằng các phép kiểm định với ý nghĩa thống kê được lấy là giá trị $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu này nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Tất cả thông tin về bệnh nhân, tình trạng bệnh tật của người bệnh được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

Đặc điểm		N (%)
Tuổi	Tuổi trung bình	52 (32 - 67)
	< 40 tuổi	31 (14,6%)
	≥ 40 tuổi	182 (85,2%)
BMI	Trung vị (tứ phân vị)	21,5 (19,8 - 23,4)
	Dưới 23,0	147 (69,0%)
	$\geq 23,0$	66 (31,0%)
Tình trạng kinh nguyệt	Chưa mãn kinh	130 (61,0%)
	Đã mãn kinh	83 (39,0%)

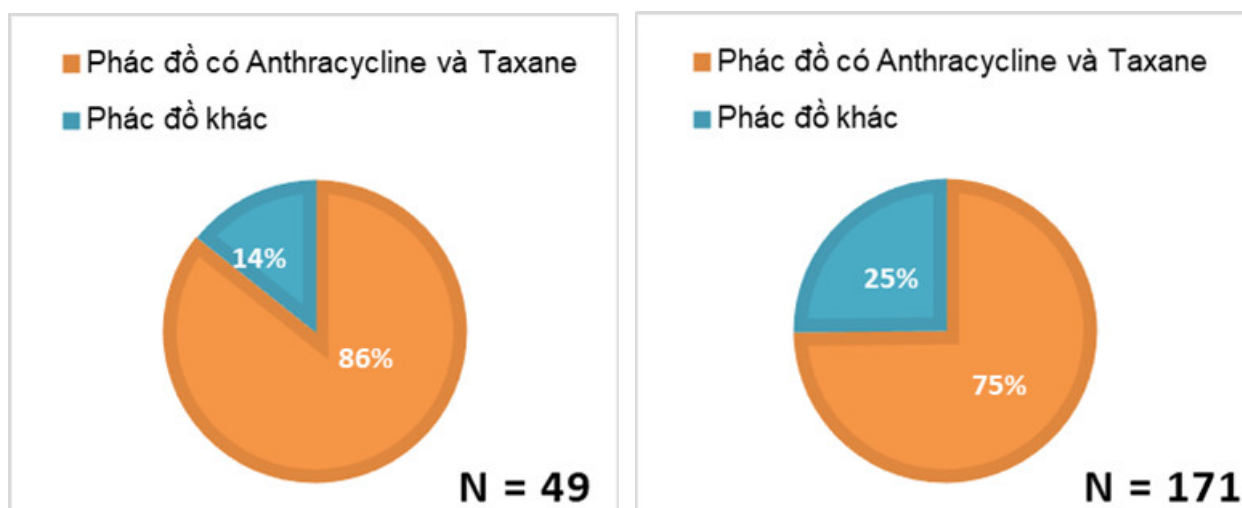
Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 52, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 32 tuổi, lớn tuổi nhất là 67 tuổi. Các bệnh nhân trên 40 tuổi chiếm phần lớn 85,3%. Số bệnh nhân mãn kinh và chưa mãn kinh chiếm số lượng lần lượt tương ứng 39% và 61%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và điều trị

Đặc điểm lâm sàng và điều trị		N (%)
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	51 (23,9%)
	Giai đoạn II	133 (62,5%)
	Giai đoạn III	29 (13,6%)
Kích thước u (cm)	Trung vị (tứ phân vị)	2,8 (2,0 - 4,0)
	< 2,8 cm	150 (70,4%)
	$\geq 2,8$ cm	63 (29,6%)

Đặc điểm lâm sàng và điều trị		N (%)
Tình trạng thụ thể nội tiết	TTNT (-)	178 (83,6%)
	TTNT (+)	35 (16,4%)
Tình trạng HER2/ neu	HER2/ neu dương tính	23 (10,8%)
	HER2/neu âm tính	190 (89,2%)
Thể bệnh	HR dương tính, HER2 âm tính	27 (12,7%)
	HR dương tính, HER2 dương tính	8 (3,8%)
	HR âm tính, HER2 dương tính	15 (7,0%)
	Bộ ba âm tính	163 (76,5%)
Ki67 (%)	Trung vị (tứ phân vị)	65 (40 - 80)
	< 20%	4 (1,9%)
	≥ 20%	209 (98,1%)
Điều trị hóa chất bổ trợ trước		49 (23,1%)
Phẫu thuật trước		164 (76,9%)
Xạ trị bổ trợ		110 (51,6%)
Hóa chất bổ trợ		171 (80,3%)
Điều trị đích		10 (4,7%)
Nội tiết bổ trợ		34 (16,0%)

Nhận xét: Trong tổng số 213 bệnh nhân, các bệnh nhân ở giai đoạn I, II, III tương ứng là 23,9%, 62,5% và 13,6%. Kích thước khối u trung vị là 2,8cm. Phần lớn bệnh nhân có TTNT âm tính với 83,6%. Tình trạng HER2 âm tính, HER2 dương tính tương ứng là 89,2% và 10,8%. UTV bộ ba âm tính chiếm tỉ lệ cao nhất với 163 bệnh nhân (76,5%). Chỉ số Ki67 trung vị là 65, Phần lớn các bệnh nhân được phẫu thuật trước với 164 bệnh nhân. Tỉ lệ bệnh nhân nhận điều trị bổ trợ các liệu pháp xạ trị bổ trợ, hoá chất bổ trợ và nội tiết tương ứng là 51,6%; 80,3% và 16,0%. Có 10 (4,7%) bệnh nhân nhận liệu pháp điều trị đích bằng thuốc kháng HER2,



Hình 1. Đặc điểm phác đồ hóa chất bổ trợ trước (trái) và bổ trợ (phải)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân điều trị hoá chất có sử dụng phác đồ có taxane và anthracycline tương ứng ở nhóm bệnh nhân điều trị bổ trợ trước và bổ trợ tương ứng là 85,7% và 74,9%.

Bảng 3. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) của các phân nhóm

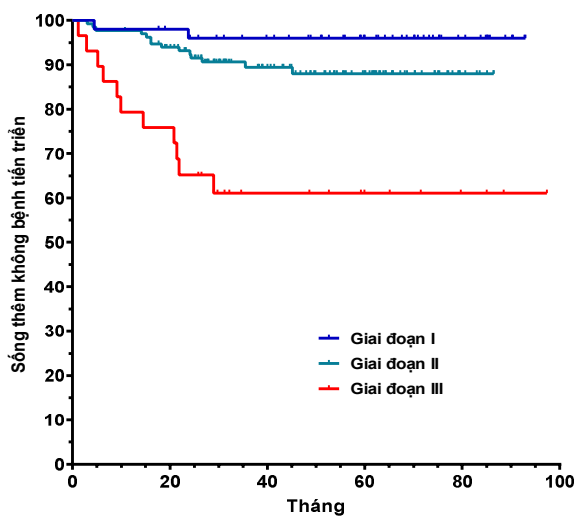
Đặc điểm	Thời gian DFS (tháng)	95% CI
Trung vị	48,7	27,5 - 65,7
Giai đoạn		
I	64,1	48,7 - 75,5
II	43,1	27,2 - 62,2
III	29,8	20,8 - 59,2
Kích thước u		
< 3,7 cm	52,3	29,0 - 68,1
≥ 3,7 cm	38,0	21,9 - 59,4
Điều trị		
Hóa chất bổ trợ trước	31,2	20,8 - 59,2
Phẫu thuật trước	51,1	29,5 - 67,4

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) trung vị là 48,7 tháng. BN giai đoạn I, kích thước u <3,7cm, phẫu thuật trước có thời gian DFS lần lượt 64,1; 52,3; 51,1 tháng.

Bảng 4. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến DFS

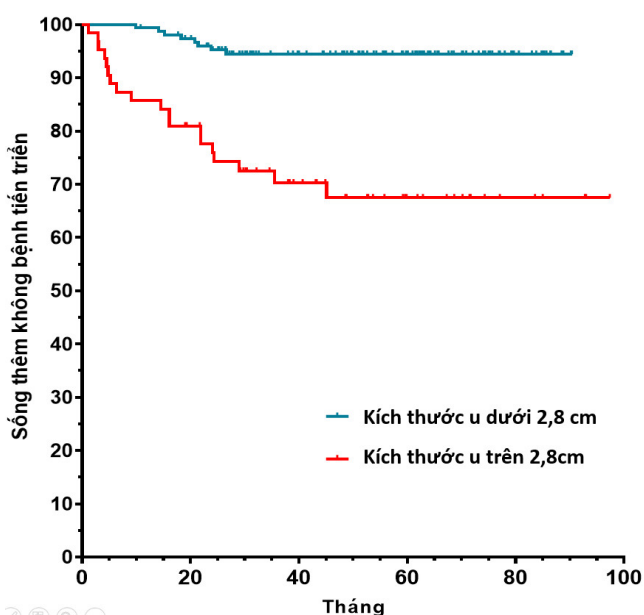
	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	HR (95% CI)	p-value	HR (95% CI)	p-value
Tuổi	1,01 (0,98 - 1,04)	0,374	-	
BMI	1,01 (0,88 - 1,16)	0,942	-	
Còn kinh nguyệt	0,59 (0,28 - 1,24)	0,164	-	
Tiền sử bệnh mạn tính	2,13 (0,56 - 4,35)	0,159	-	
Tiền sử ung thư gia đình	1,68 (0,44 - 3,97)	0,441	-	
Giai đoạn bệnh				
Giai đoạn I	1,00	-	1,00	-
Giai đoạn II	2,90 (0,66 - 12,8)	0,159	2,34 (0,52 - 10,62)	0,269
Giai đoạn III	12,62 (2,80 - 57,21)	< 0,001	3,33 (0,66 - 16,96)	0,147
Kích thước u	1,16 (1,06 - 1,26)	< 0,001	1,07 (0,93 - 1,22)	0,369
Thụ thể nội tiết dương tính	0,90 (0,31 - 2,60)	0,844	-	
HER2 dương tính	1,53 (0,53 - 4,42)	0,434	-	
Ki67	0,88 (0,75 - 1,04)	0,138	-	
Hóa chất bổ trợ trước	8,10 (3,64 - 18,03)	< 0,001	5,55 (2,16 - 14,31)	<0,001
Xạ trị bổ trợ	2,27 (1,00 - 5,19)	0,052	-	

Nhận xét: Phân tích đơn biến, đặc điểm về kích thước u và giai đoạn bệnh là các yếu tố có giá trị tiên lượng, tuy nhiên khi phân tích đa biến các yếu tố này không chứng minh được giá trị tiên lượng sống còn cho bệnh nhân, chỉ có chiến lược điều trị hoá chất trước hay bổ trợ sau phẫu thuật là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa với $p < 0,001$ ở phân tích đa biến.



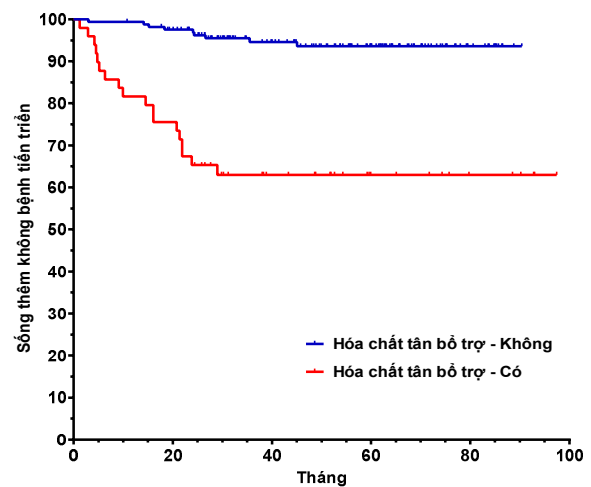
Hình 2. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) theo giai đoạn bệnh

Nhận xét: Với trung vị DFS tương ứng ở giai đoạn I, II và III lần lượt là 64,1 tháng; 43,1 tháng và 29,8 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) ở giai đoạn III thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân giai đoạn I, II.



Hình 3. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) theo kích thước u ban đầu

Nhận xét: Với điểm cut-off là 2,8mm, những bệnh nhân có $u < 2,8\text{mm}$ có trung vị DFS là 52,3 tháng, $u \geq 2,8\text{cm}$ có trung vị DFS 38 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Hình 4. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) theo điều trị hoá chất bổ trợ trước

Nhận xét: Trung vị DFS của các bệnh nhân điều trị bổ trợ trước và không điều trị bổ trợ trước tương ứng là 31,2 và 51,5 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong khi tỷ lệ UTV thể ống xâm nhập được chẩn đoán ở giai đoạn II là 45-50%, tỷ lệ này thấp hơn so với MBC trong nghiên cứu của chúng tôi với bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II là 62,5%. Kích thước khối u trung vị ở 213 bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 2,8cm, ở một nghiên cứu khác của Dima và cộng sự, kích thước khối u trung bình ở UTV bộ ba âm tính là 1,7 cm (0,2 -13cm), nhỏ hơn so với kích thước của MBC là 3,1cm (0,5-14cm) với $p = 0,0142$ cho thấy khối u nguyên phát của MBC có kích thước lớn tại thời điểm chẩn đoán³. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khối u $< 2,8\text{cm}$ có DFS kéo dài hơn có ý nghĩa, điều này tương đồng với nghiên cứu của Phan Khánh Toàn (2023) trên 92 bệnh nhân MBC, khi phân tích đơn biến, những bệnh nhân với kích thước khối u nhỏ hơn 3,7cm có tiên lượng tốt hơn với HR là 0,143 (0,048 - 0,427) ($p < 0,001$)⁷. Trong nghiên cứu chúng tôi, 13,6% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III, tỷ lệ này cao hơn so với UTV biểu mô ống xâm nhập với $p < 0,05$, Về đặc điểm HMMD, UTV bộ ba âm tính chiếm tỷ lệ cao nhất với 163 bệnh nhân (76,5%). Khi so sánh với UTV nói chung, tỷ lệ này chỉ 10 -20% bệnh nhân⁸. Điều này

cho thấy, mặc dù có thể gặp tất cả các thể HMMD, tỷ lệ UTV bộ ba âm tính cao là đặc điểm chính và quan trọng ở MBC.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với thời gian theo dõi 72 tháng, trung vị DFS của các bệnh nhân giai đoạn I, II và III tương ứng là 64,1 tháng, 43,1 tháng và 29,8 tháng. MBC có tiên lượng xấu hơn so với UTV nói chung bao gồm UTV bộ ba âm tính, ngoài phần lớn MBC là UTV bộ ba âm tính, thể bệnh có tiên lượng xấu, một lý do khác là phần lớn bệnh nhân MBC đã ở giai đoạn II, III tại thời điểm chẩn đoán. Mặc dù kích thước khối u, giai đoạn bệnh và điều trị hoá chất trước có ý nghĩa tiên lượng ở phân tích đơn biến, nhưng chỉ có kế hoạch điều trị hoá chất trước hay hoá chất bổ trợ ảnh hưởng đến DFS với $p < 0,001$ ở phân tích đa biến. Điều này khác biệt so với UTV nói chung, bởi kích thước khối u và việc điều trị hóa chất bổ trợ hay tân bổ trợ thường không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm ở nhóm Luminal A và Luminal B nhưng lại có sự khác về chiến lược điều trị ở nhóm UTV bộ ba âm tính và nhóm Her2/neu dương tính. Có thể giải thích vấn đề này bởi MBC có con đường lan tràn riêng biệt, đặc trưng bởi di căn theo đường máu hơn là đường bạch huyết. Ngoài ra, mức độ đáp ứng của MBC với hoá chất thường kém. Thêm vào đó, nghiên cứu của chúng tôi với số lượng bệnh nhân điều trị hoá chất trước có tỷ lệ thấp với 49 bệnh nhân (23,1%), đa số các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật trước. Như đã đề cập ở trên, MBC là thể bệnh tiến triển nhanh, tiên lượng kém nhưng đến hiện tại vẫn chưa có một hướng dẫn điều trị cụ thể và hiệu quả. Hơn nữa, tình trạng đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (pCR) chưa được thu thập trong nghiên cứu của chúng tôi nên cần một nghiên cứu riêng biệt để đánh giá chính xác tác động của liệu pháp tân bổ trợ trên nhóm bệnh nhân MBC. Ở nghiên cứu của chúng tôi, phác đồ hóa chất cơ bản trên nên taxane và althracycline trong điều trị bổ trợ và tân bổ trợ không liên quan đến hiệu quả cải thiện DFS với giá trị $p > 0,05$ ở phân tích đa biến. Với con đường lan tràn qua đường máu là chủ yếu, điều trị toàn thân đóng vai trò quan trọng trong việc giảm giai đoạn bệnh, hạn chế di căn xa và đánh giá sớm vai trò của

hoá chất. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra MBC đáp ứng kém với các phác đồ thường dùng trong điều trị cho UTV trong các hướng dẫn thực hành lâm sàng hiện hành^{9,10}. Từ đó, nhấn mạnh đến tầm quan trọng của việc đưa ra các kế hoạch và phương pháp điều trị mới cho MBC. Nghiên cứu của chúng tôi có một vài hạn chế. Đầu tiên, thiết kế của nghiên cứu là hồi cứu và không có sự đồng thuận trong việc lập kế hoạch điều trị, bên cạnh đó cỡ mẫu nhỏ có thể gây ra sai số lựa chọn và hạn chế trong việc phiên giải kết quả. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân dựa vào kết quả giải phẫu bệnh trong hồ sơ bệnh án, và chưa có sự kiểm định lại trên từng tiêu bản bệnh phẩm và chưa đủ thời gian theo dõi dài để đánh giá thời gian sống cong toàn bộ, một tiêu chuẩn quan trọng trong nghiên cứu lĩnh vực ung thư học. Tuy nhiên, vì đây là một thể bệnh hiếm gặp, nghiên cứu của chúng tôi với số lượng bệnh nhân đáng kể, đã đưa ra những phân tích, đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố tiên lượng và bước đầu đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân MBC, từ đó đưa ra được góc nhìn tổng quát và lên ý tưởng cho các nghiên cứu tiếp theo trên nhóm bệnh nhân này, tiến tới y học chính xác và cá thể hóa trong điều trị ung thư.

V. KẾT LUẬN

Ung thư vú thể dị sản là thể bệnh hiếm gặp nhưng có tiên lượng xấu. Kết quả nghiên cứu cho thấy trung vị thời gian sống thêm không bệnh (DFS) của nhóm bệnh nhân là 48,7 tháng. Các phác đồ điều trị tiêu chuẩn hiện hành cho thấy hiệu quả hạn chế trên nhóm bệnh nhân này, việc nghiên cứu và áp dụng các phương pháp điều trị cá thể hóa là yêu cầu cấp thiết để cải thiện hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pezzi CM, Patel-Parekh L, Cole K, Franko J, Klimberg VS, Bland K (2007) *Characteristics and treatment of metaplastic breast cancer: Analysis of 892 cases from the National Cancer Data Base*. Ann Surg Oncol 14(1): 166-173, doi:10.1245/s10434-006-9124-7
2. Yigit S, Pehlivan FS, Evcim G, Etit D (2012) *Clinicopathologic features of the mixed epithelial*

- and mesenchymal type metaplastic breast carcinoma with myoepithelial differentiation in a subset of six cases.* Pathol Res Pract 208(3): 147-150, doi:10.1016/j.prp.2011.12.014
3. El Zein D, Hughes M, Kumar S et al (2017) *Metaplastic Carcinoma of the Breast Is More Aggressive Than Triple-negative Breast Cancer: A Study From a Single Institution and Review of Literature.* Clin Breast Cancer 17(5): 382-391. doi:10.1016/j.clbc.2017.04.009
 4. Shi H, Yu L, Mai J, Zhang P, Fang K (2021) *Nomograms predicting overall survival and cancer-specific survival in metaplastic breast cancer patients.* J BUON Off J Balk Union Oncol 26(4):1386-1397.
 5. Mao J, Hu J, Zhang Y et al (2021) *Single Hormone Receptor-Positive Metaplastic Breast Cancer: Similar Outcome as Triple-Negative Subtype.* Front Endocrinol 12: 628939, doi:10.3389/fendo.2021.628939
 6. Ovcaricek T, Frkovic SG, Matos E, Mozina B, Borstnar S (2010) *Triple negative breast cancer – prognostic factors and survival.* Radiol Oncol 45(1): 46-52, doi:10.2478/v10019-010-0054-4
 7. Phan KT, Trịnh LH và Phùng TH (2023) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị UTV thể dị sản tại Bệnh viện K.* Tạp chí Y học Việt Nam. 532, 1 (tháng 11 2023). DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v532i1.7295>,
 8. Aysola K, Desai A, Welch C et al (2013) *Triple Negative Breast Cancer - An Overview.* Hered Genet Curr Res (2): 001, doi:10.4172/2161-1041.S2-001
 9. *Poor response to neoadjuvant chemotherapy in metaplastic breast carcinoma npj Breast Cancer.* Accessed July 28, 2024, <https://www.nature.com/articles/s41523-021-00302-z>
 10. Al-Hilli Z, Choong G, Keeney MG et al (2019) *Metaplastic breast cancer has a poor response to neoadjuvant systemic therapy.* Breast Cancer Res Treat 176(3): 709-716, doi:10.1007/s10549-019-05264-2