

TỔN THƯƠNG DẠNG NHÚ CỦA TUYẾN VÚ

Bs Trần Thùy Trang

Khoa Siêu âm

Case 1

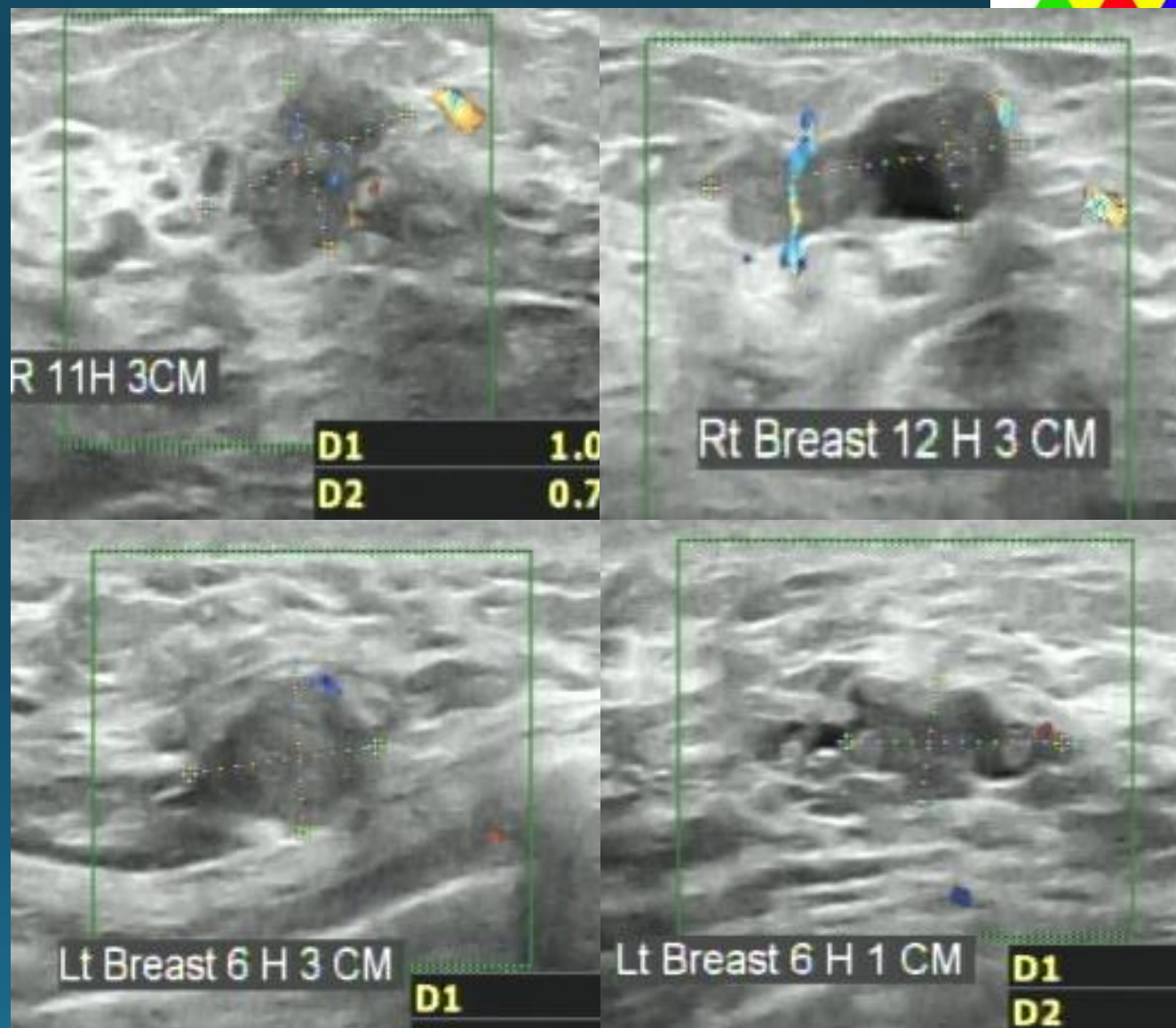
Bệnh nhân nữ 32 tuổi, KTSK

Tiền căn: chưa ghi nhận bất thường.

Siêu âm: hai vú ghi nhận nhiều cấu trúc echo kém, có liên quan đến ống dẫn, bờ đa cung, trục ngang, không vôi $d = 5 \times 4 \text{ mm}$ ->

$14 \times 6 \text{ mm}$, có tăng sinh mạch máu. U vú (P) vị trí 11h/3cm ghi nhận bờ đa cung nhỏ, trục vuông góc bề mặt da $d = 11 \times 7 \text{ mm}$

→ **KL:** Đa u nhú hai vú BIRADS 4A- 4B.



Case 1

- MRI vú:

Dẫn ống tuyến vú hai bên.

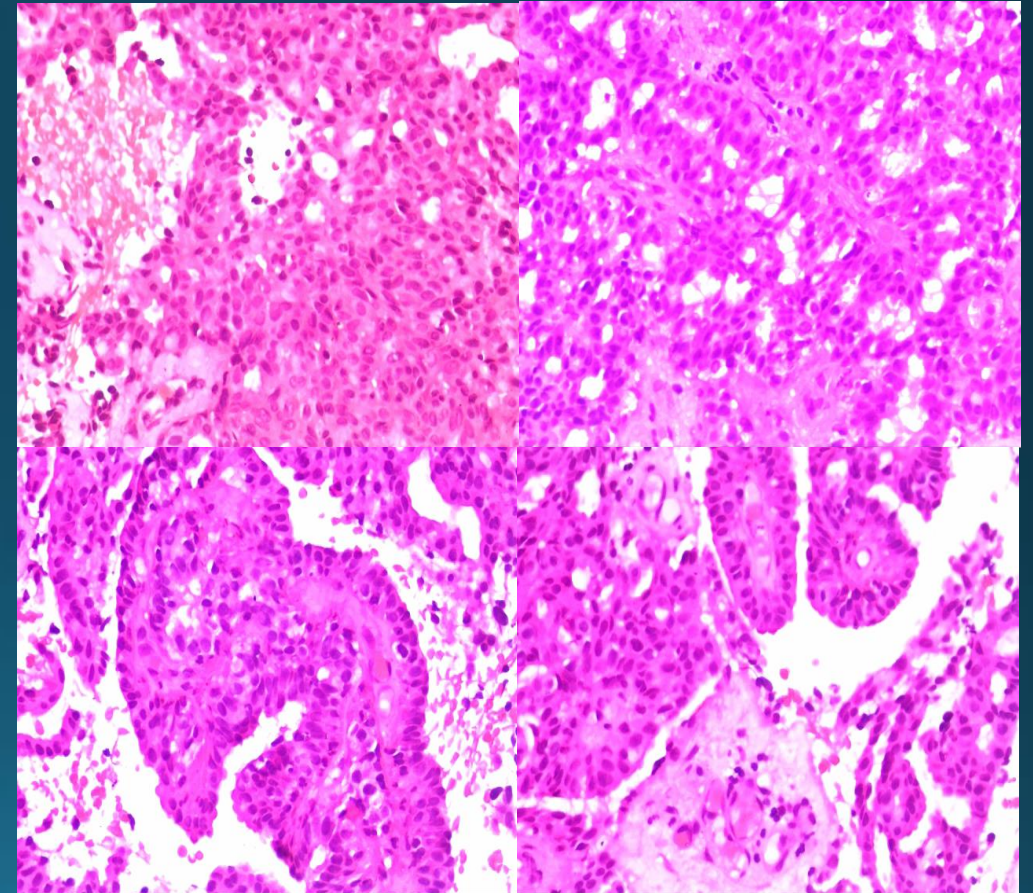
Thay đổi sợi bọc dạng đa nang hai vú Dmax = 9mm.

Vài hạch nách hai bên nghi hạch viêm Dmax = 23x13mm.



Case 1

- BN được chỉ định làm Core biopsy hai vị trí: vú (P) 11h/3cm và vú (T) 6h/3cm.
- **Kết quả GBP:** các ống tuyến vú tăng sản, có nơi ống tuyến dẫn rộng, thượng mô tuyến tăng sản dạng nhú, tăng sản mô liên kết → KL: Tổn thương dạng nhú trong ống tuyến vú. ĐN: nhuộm HMMD để xác chẩn: P63, CK5/6, ER (block 1,2)
- **Kết quả nhuộm HMMD:** P63 (+), CK5/6 (+), ER (+) 60% → U nhú trong lòng ống tuyến vú.



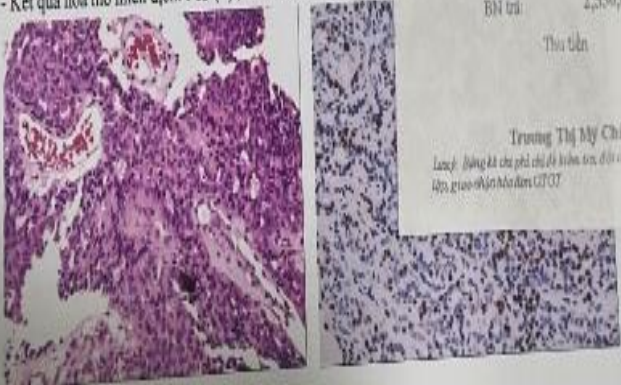
Case 1



CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

*** Đại thể (Gross Description):**
Nhuộm hóa mô miễn dịch block 2190/24.

*** Vi thể (Microscopic Description):**
- Mẫu thử có một phần là mô vú bình thường, tổn thương gồm biểu mô phủ tầng sản nhiều hàng tế bào, nhân đều, đơn dạng. Có máu nhỏ vào lòng ống.
- Kết quả hóa mô miễn dịch: P63 (+), CK5/6 (+), ER (+) rải rác.



STT Dịch vụ	HL	ĐG	T.Tiền	
1	Khám lâm sàng, tiền		0	
2	(Mẫu thử) Xét nghiệm và chẩn đoán khối mô miễn dịch của một đầu vú			
			2,550,000	
			TC	2,550,000
			BH trả	2,550,000

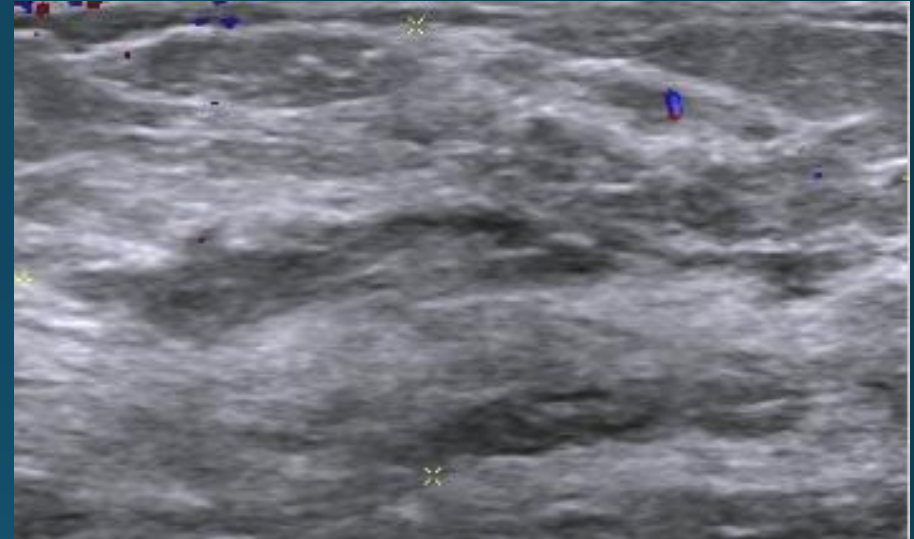
Thu tiền

Trương Thị Mỹ Châu
Lược: Bảng kê chi phí chủ đề khám xét, điều trị chẩn đoán, giải phẫu bệnh lý.

Kết luận (Final Pathologic Diagnosis):
KẾT LUẬN SAU NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH:
U NHÚ TRONG ỐNG VÚ TUYẾN VÚ THỂ THÔNG THƯỜNG.

Case 2

- Bệnh nhân nữ 47 tuổi, lý do khám bệnh: tức ngực, khó thở, lồi sau vai → KTTQ
- **Tiền căn:** 6 tháng trước siêu âm vú ghi nhận. Thay đổi sợi bọc giả u vị trí 5h -> 6h cách núm 3cm, không vỏ bao, không tăng sinh mạch máu.

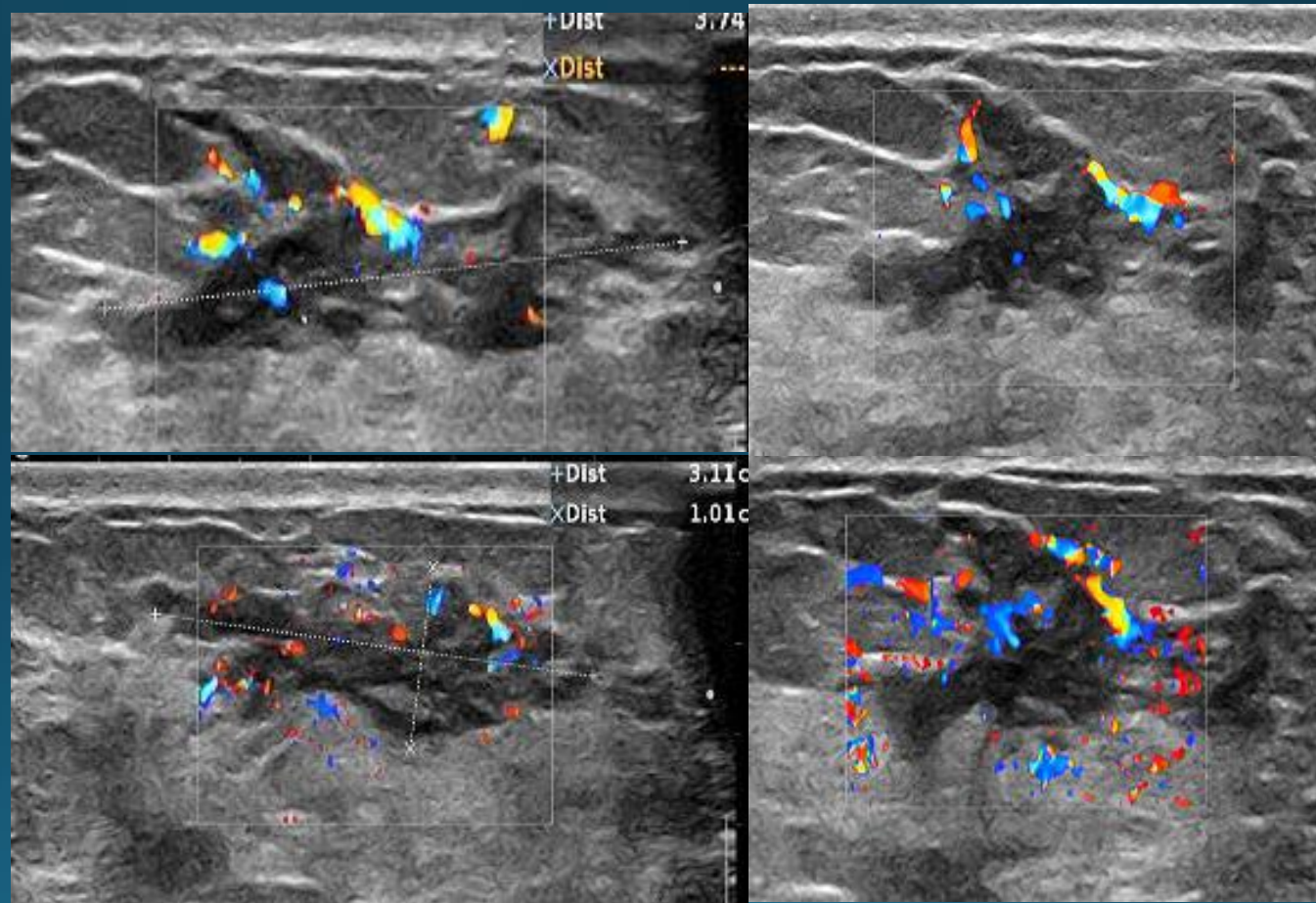


Case 2

Vú trái: vị trí (5h-> 6h) cách
núm 3cm có mảng echo kém,
không vỏ bọc, bờ gai và đa
cung nhỏ, d= 31x37x10 mm,
tăng sinh nhiều mạch máu

Kết luận: Sang thương tạo
mảng vú trái (birads 4B)

→ Core biopsy vú trái.



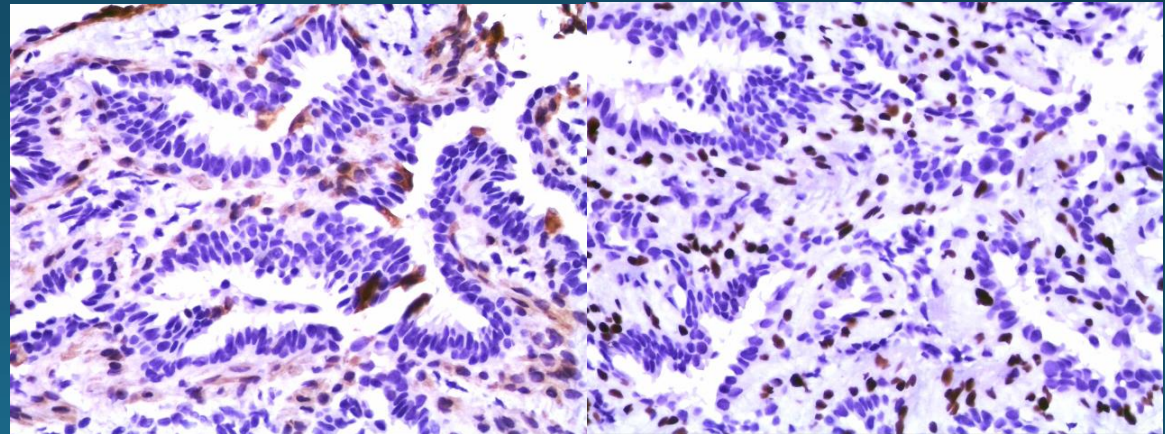
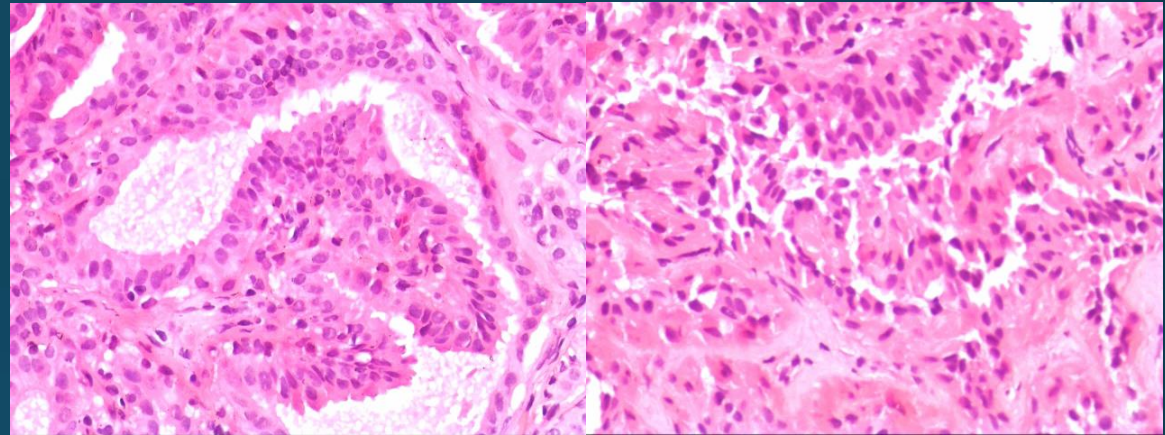
Case 2

KQ GPB: Các ống tuyến vú tăng sản, có nơi ống tuyến dẫn rộng, thượng mô tuyến tăng sản dạng nhú, tăng sản mô liên kết.

→ Nghi carcinôm. Đề nghị nhuộm hóa mô miễn dịch để hỗ trợ xác định chẩn đoán: P63, CK5/6, ER.

Kết quả nhuộm HMMD ngày 19/10/2024: P63(+) (Hình 1), CK5/6 (+) (Hình 2), ER (+) 50%

→ **Sau nhuộm HMMD:** U nhú trong lòng ống tuyến vú.



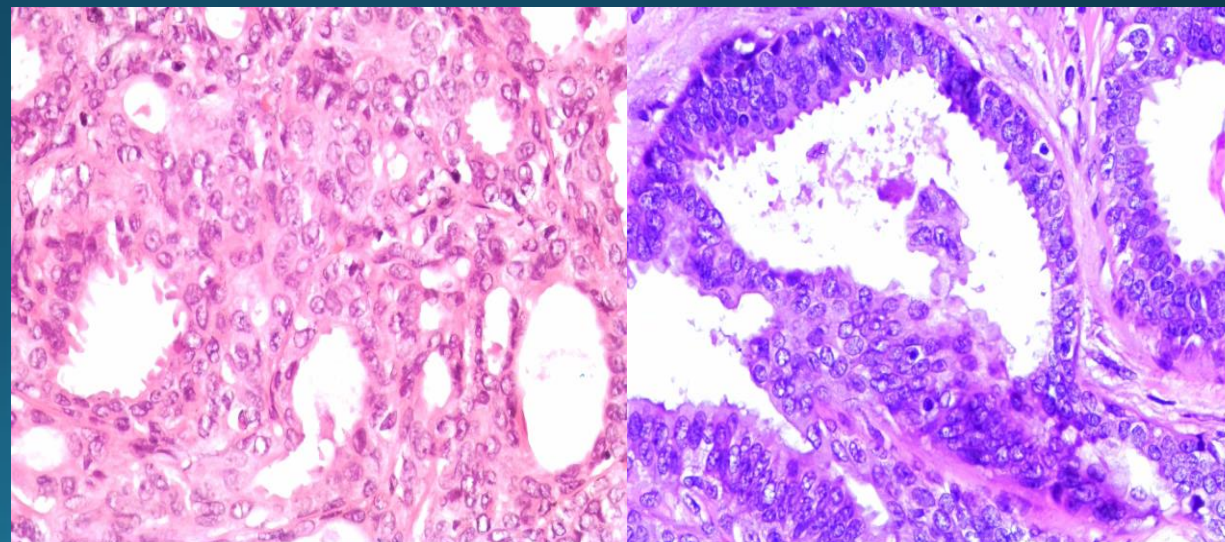
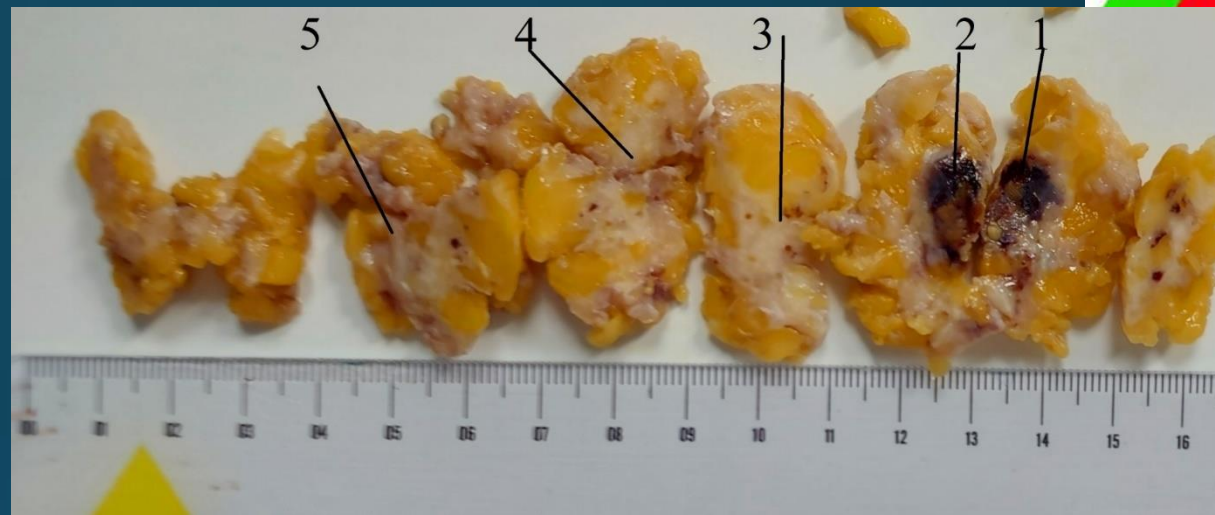
Case 2

Cắt rộng mô bướu d = 4 cm, màu nâu nhạt lầy nhầy, mô bướu khá đồng nhất.

Chẩn đoán sơ bộ nghĩ: 1/ Bướu nhú;
2/ Carcinom dạng nhầy.

➔ **KQ:** tổn thương dạng nhú của vú.

Để nghị nhuộm hóa mô miễn dịch để hỗ trợ xác định chẩn đoán: P63, CK5/6, ER (block 5)



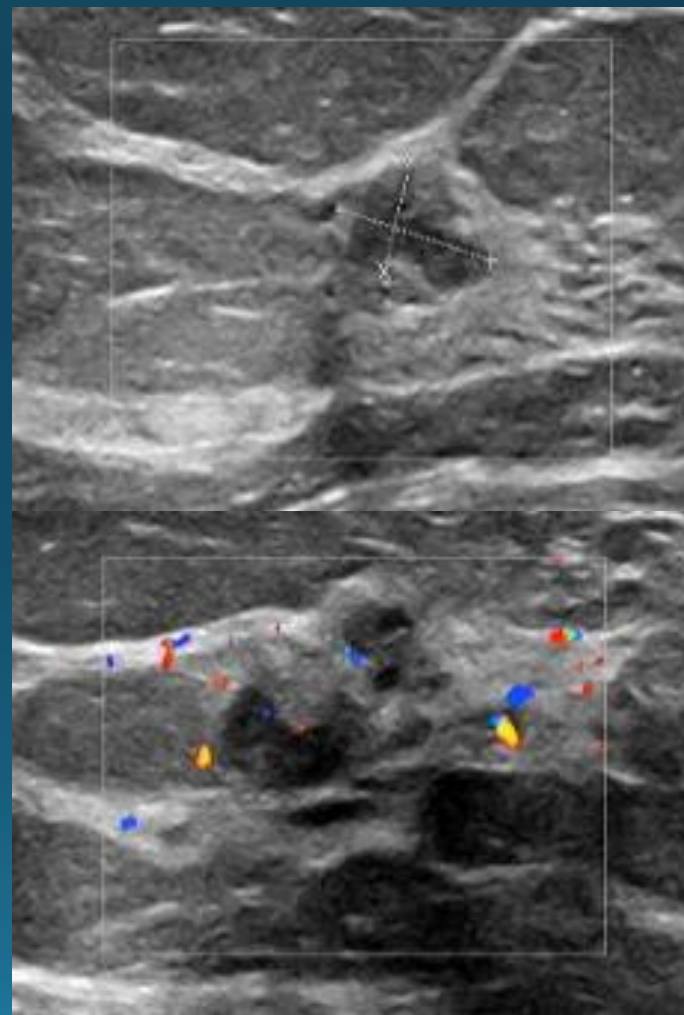
Case 3

BN nữ, 43 tuổi, KTTQ.

Kết quả siêu âm vú: Vú phải: vị trí 8h cách núm 1cm có nhân echo kém, bờ đa cung, trục ngang, d=4x5mm, 4x6mm, có liên quan ống dẫn, có tăng sinh mạch máu

→ TD u nhú vú phải BIRADS 4a.

→ ĐN: FNA u vú phải.

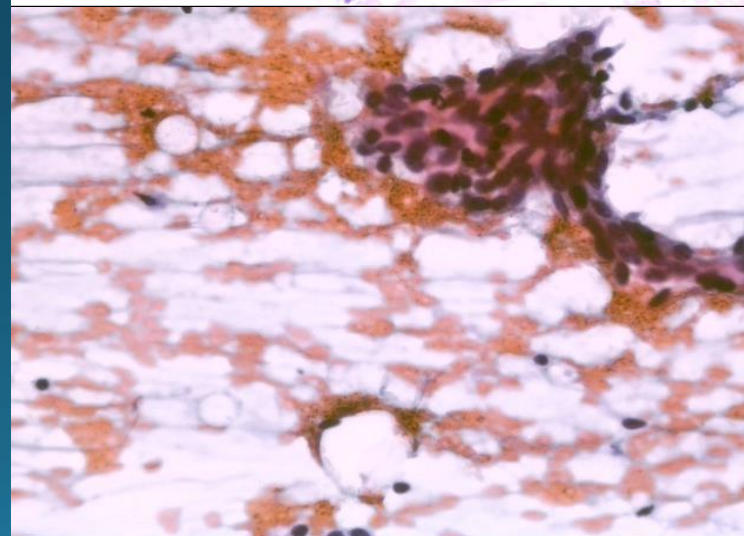
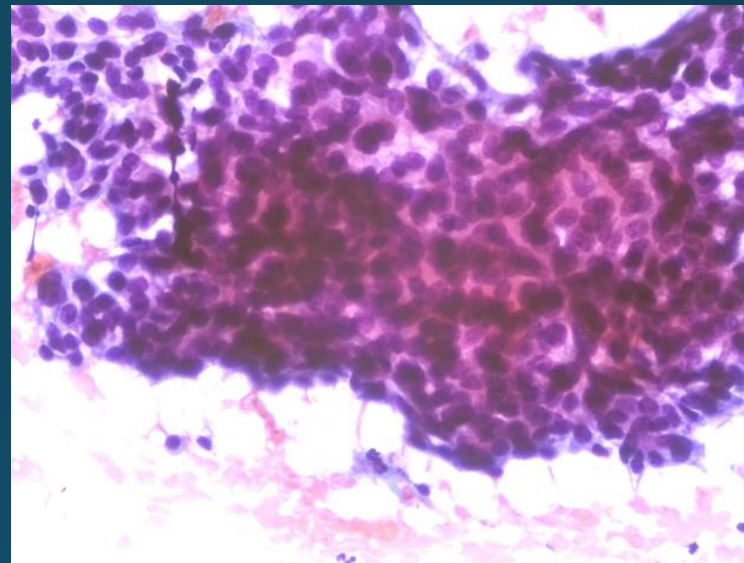


Case 3

Kết quả tế bào học:

Có tế bào biểu mô, cơ biểu mô tăng sản xếp thành đám có chỗ tạo nhú, trong đó có một vài tế bào có nhân không điển hình.

→ **KẾT LUẬN:** TỒN THƯƠNG DẠNG NHÚ (PAPILLARY LESION)

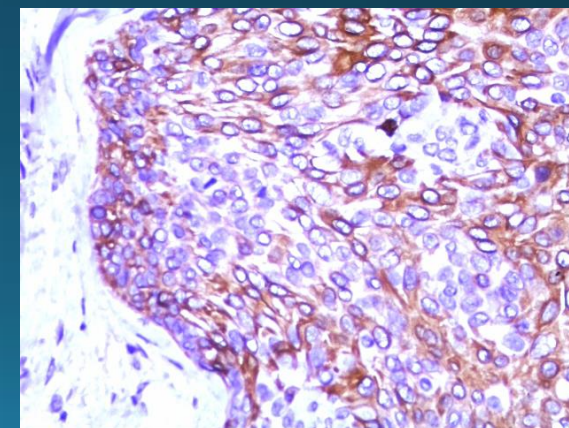
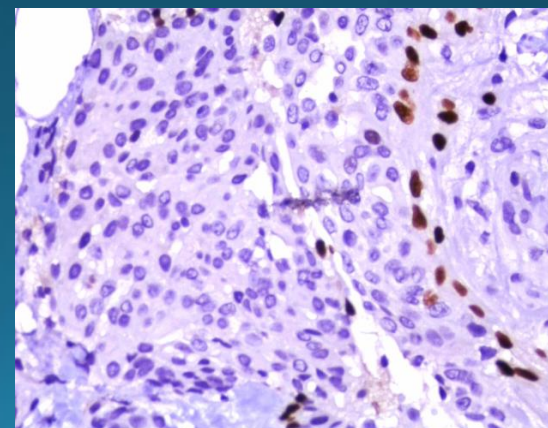
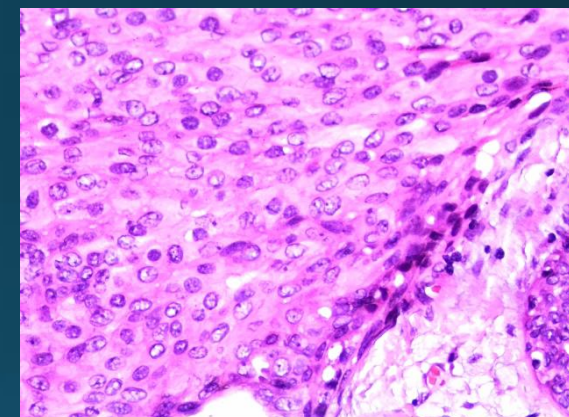
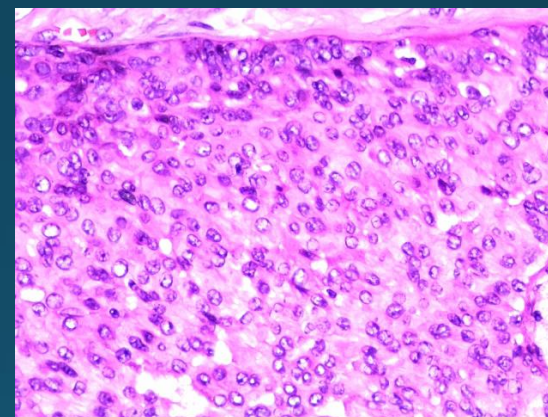


KQ GPB: Gồm các tế bào thượng mô ống tuyến vú tăng sản xếp thành đám với nhân dị dạng, tăng sắc, có nhân chia bất thường. Các tế bào này còn khu trú trong ống. Không có hình ảnh xâm nhập mô đệm.

➔ **NGHI TỒN THUƠNG TRONG ỐNG TUYẾN VÚ. ĐỀ NGHỊ NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH ĐỂ HỖ TRỢ XÁC ĐỊNH CHẨN ĐOÁN: P63, CK5/6, ER, KI67 (BLOCK 1)**

KQ hóa mô miễn dịch ngày 02/04/2025: P63 (-) và có chỗ P63(+) ở rìa đám tế bào biểu mô, CK5/6(+), ER (+) 30% tế bào u, Ki67 (+) 20%

➔ **SAU NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH: CARCINÔM TRONG ỐNG TUYẾN VÚ (INTRADUCTAL CARCINOMA OF BREAST).**



Case 4

BN nữ, 46t, kiểm tra tuyến vú.

Tiền căn: u nhú vú trái phát hiện năm 2021.

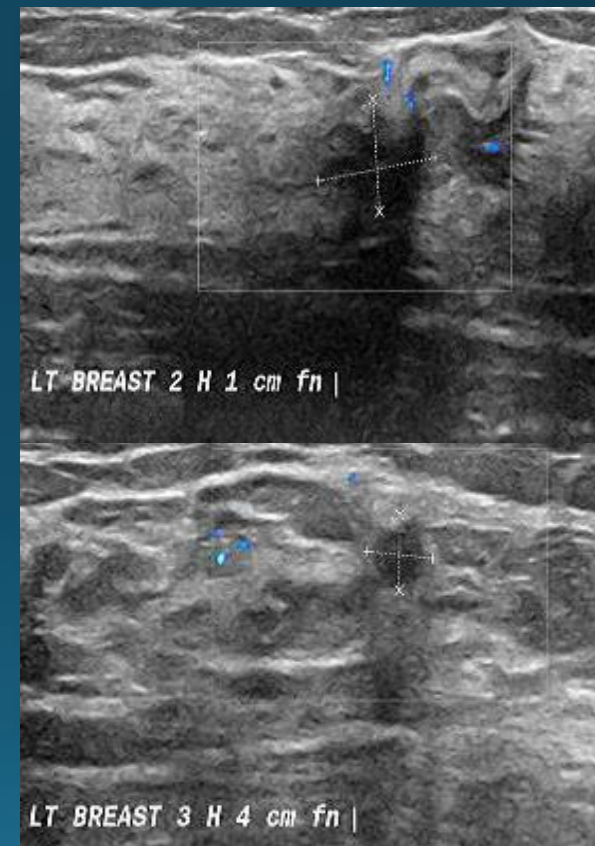
Hiện hai vú không đau, không cộm, không tiết dịch núm vú.

Kết quả siêu âm:

VÚ TRÁI: VỊ TRÍ 3H CÁCH NÚM 4cm CÓ NHÂN ECHO KÉM, BỜ ĐỀU, TRỤC NGANG, D= 5x5mm, có liên quan ống dẫn, KHÔNG TĂNG SINH MẠCH MÁU.+ VỊ TRÍ 2H CÁCH NÚM 1cm CÓ VÙNG ECHO KÉM, BỜ KHÔNG ĐỀU, D= 9x7mm, KHÔNG TĂNG SINH MẠCH.

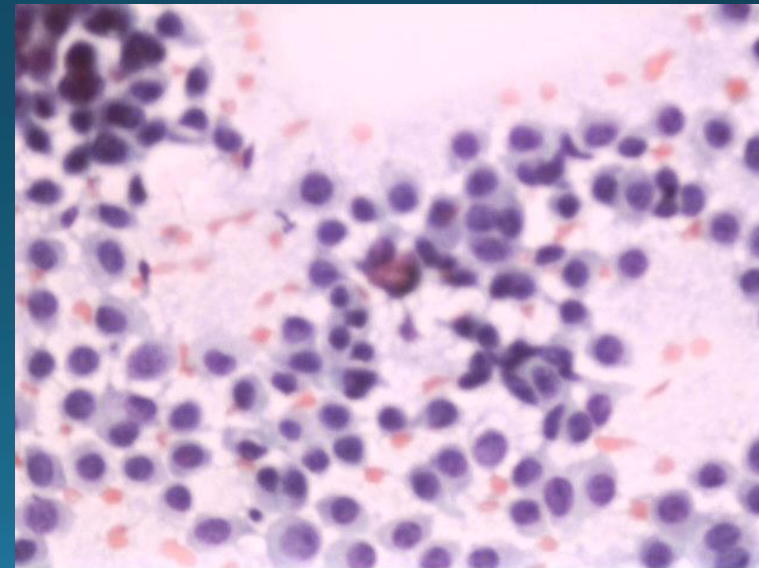
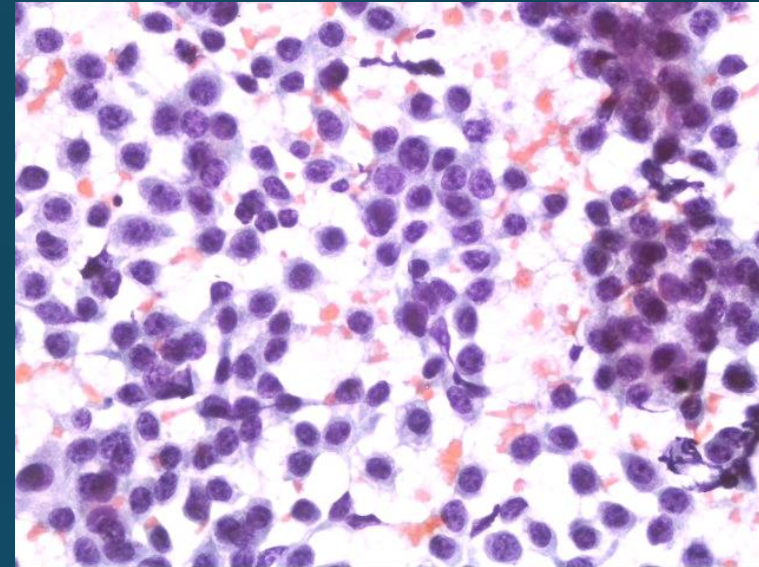
→ Sang thương vú trái 2h (BIRADS 4a), 3h (BIRADS 3)

ĐN: FNA.



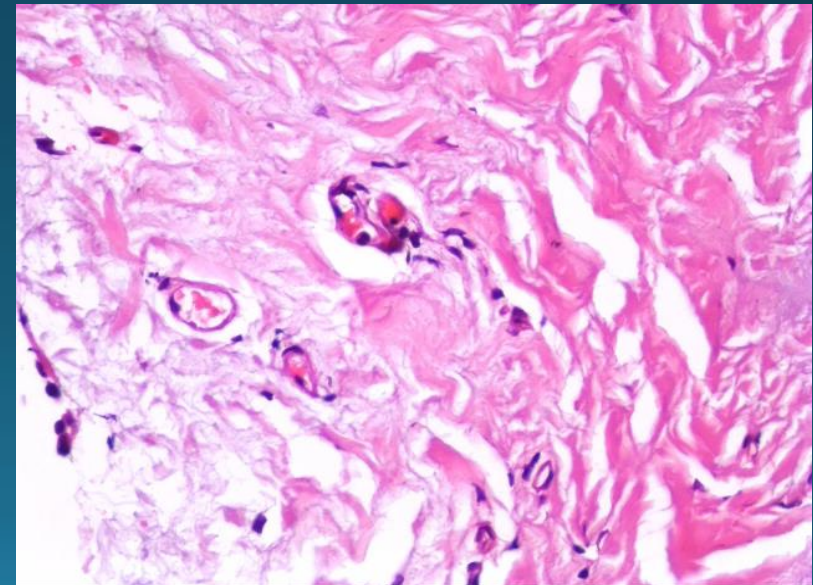
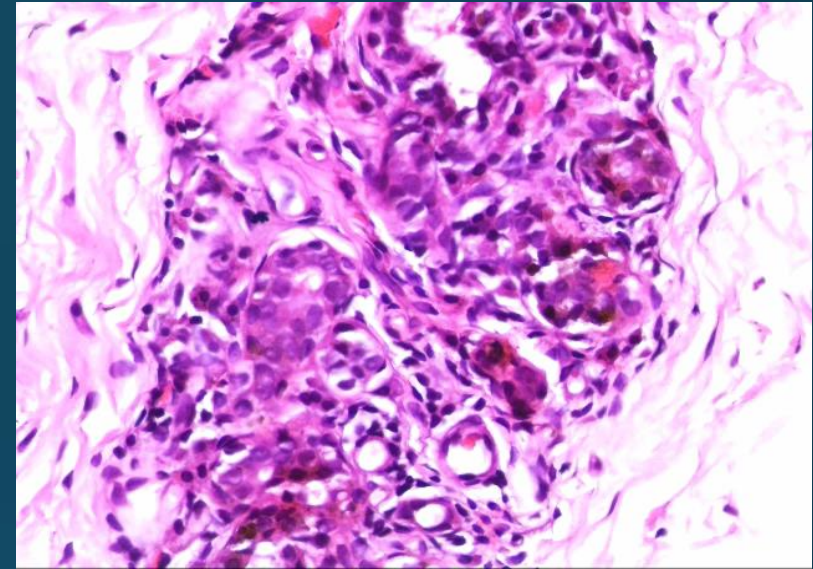
Case 4

- ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO: Vú trái 2h & 3h: Có tế bào to, nhân dị dạng, đa dạng, tăng sắc, xếp thành đám đặc hoặc dạng ống không hoàn toàn.
- KẾT LUẬN: CARCINÔM TUYẾN.



Case 4

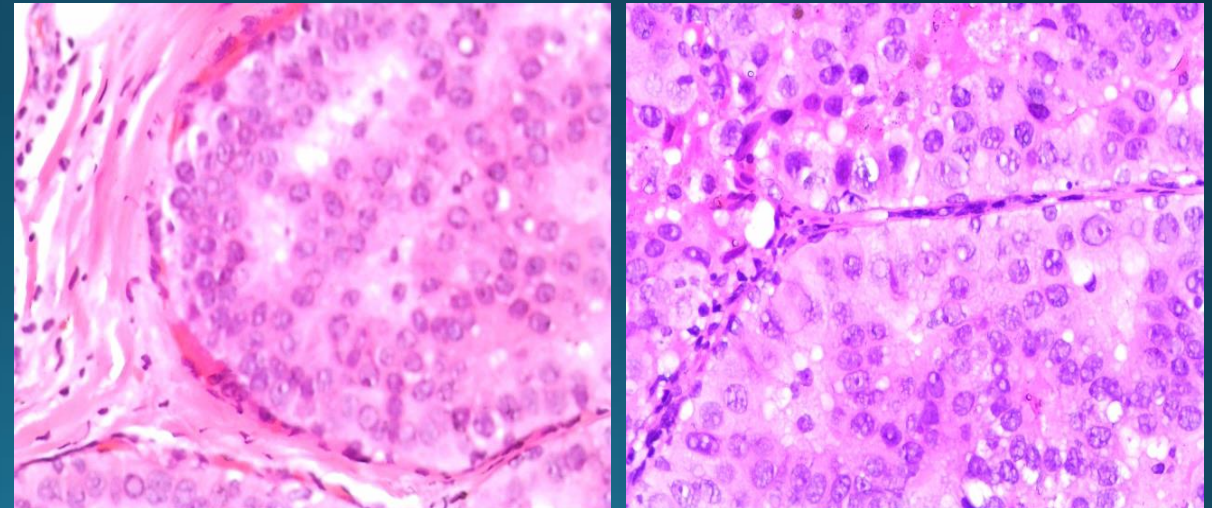
- **GPB:** Vi Thể: mẫu thử gồm 7 mảnh sinh thiết kim lõi: Gồm những bọc rải rác, to nhỏ không đều. Có bọc giãn rộng, lót bởi biểu mô tuyến tăng sản. Quanh các ống tuyến có tăng sản sợi, gồm nhiều tế bào sợi và nguyên bào sợi. Không có tế bào ác tính trên mẫu thử.
- **KẾT LUẬN : THAY ĐỔI SỢI- BỌC CỦA VÚ (FIBROCYSTIC CHANGE). (N60.1) ĐỀ NGHỊ SINH THIẾT THÊM HOẶC CẮT RỘNG**



Case 4

KQ GPB: Gồm các tế bào thượng mô ống tuyến vú tăng sản xếp thành đám với nhân dị dạng, tăng sắc, có nhân chia bất thường. Các tế bào này còn khu trú trong ống. Không có hình ảnh xâm nhập mô đệm.

→ KẾT LUẬN: CARCINÔM TRONG
ỐNG TUYẾN VÚ (INTRADUCTAL
CARCINOMA OF BREAST) (C50)



Bàn luận



- Các tổn thương dạng nhú ở vú là nhóm tổn thương không đồng nhất có thể gồm nhóm u lành (như u nhú, u nhú có tăng sản biểu mô không điển hình (ADH)) hoặc nhóm ung thư (DCIS, ung thư biểu mô nhú tại chỗ hoặc xâm lấn, ung thư biểu mô nhú có vỏ bọc không xâm lấn hoặc có xâm lấn, ung thư biểu mô nhú thể đặc).
- U nhú lành tính cũng có hình ảnh học đa dạng:
 - **Dạng khối:** khối u trong lòng ống dẫn hoặc nang, có thể kèm theo dẫn ống dẫn.
 - **Dạng mảng:** khối u phát triển dẹt, lan theo thành ống dẫn sữa, không tạo thành khối tròn rõ, có thể làm thành ống dày lên hoặc xuất hiện một vùng mô đặc bám vào thành ống, tạo thành mảng giới hạn không rõ, tăng sinh mạch máu.
 - **Dạng nhánh trong ống:** lan dọc theo lòng ống, phát triển thành nhiều nhú phân nhánh trong lòng ống dẫn, chiếm nhiều nhánh của hệ thống ống dẫn.

➔ Hình ảnh chồng lấp, không thể phân biệt với các loại ung thư trong lòng dẫn.

Giá trị các PP CĐHA trong tổn thương dạng nhú



> AJR Am J Roentgenol. 2006 May;186(5):1322-7. doi: 10.2214/AJR.04.1908.

Role of radiologic features in the management of papillary lesions of the breast

W W M Lam ¹, W C W Chu, A P Y Tang, G Tse, T K F Ma

FULL TEXT LINKS



ACTIONS

“ Cite

Spectrum of imaging findings of papillary breast disease

A radiopathological review in a tertiary center

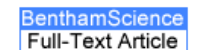
[Farhana Fadzli](#) ^a, [Kartini Rahmat](#) ^{a,*}, [Marlina Tanty Ramli](#) ^{a,b}, [Faizatul Izza Rozalli](#) ^a, [Teoh Kean Hooi](#) ^c, [Ahmad Nazran](#)

> Curr Med Imaging. 2022;18(9):962-969. doi: 10.2174/1573405618666220218101931.

Papillary Lesions of the Breast: Addition of DWI and TIRM Sequences to Routine Breast MRI Could Help in Differentiation Benign from Malignant

Mehmet Ali Gültekin ¹, Fatma Çelik Yabul ¹, Hafize Otçu Temur ¹, Lutfullah Sari ¹, Temel Fatih Yılmaz ¹, Hüseyin Toprak ¹, Seyma Yildiz ¹

FULL TEXT LINKS



ACTIONS

“ Cite

📖 Collections

Phương tiện	Ưu điểm	Khuyết điểm - bẫy chẩn đoán	Độ nhạy	Độ nhạy phân biệt lành - ác	Độ đặc hiệu phân biệt lành - ác
Siêu âm	• Phát hiện tốt khối trong ống, ống tuyến giãn và thành phần đặc–nang. • Quan sát được cuống mạch bằng Doppler. • Có thể đánh giá trực tiếp mối liên quan tổn thương–ống tuyến. • Thuận lợi cho core biopsy/VAB dưới hướng dẫn siêu âm.	• Hình thái u nhú lành và carcinoma dạng nhú hay DCIS chồng lấp đáng kể. • Papilloma lành có thể bờ không đều, tăng mạch → giả ác tính. • Tổn thương rất nhỏ hoặc nằm sâu trong ống có thể bị bỏ sót. • Phụ thuộc kinh nghiệm người làm.	97,7%	56%	90%
Nhũ ảnh	• Có giá trị trong phát hiện vi vôi hóa. • Đánh giá tốt bất đối xứng, biến dạng cấu trúc và khối. • Hữu ích bổ sung cho siêu âm.	• Tổn thương nhú nhỏ, không vôi hóa hoặc nằm sau núm có thể không biểu hiện rõ. • Hình thái lành và ác có thể giống nhau. • Độ đặc hiệu thấp trong một số nghiên cứu → nhiều dương tính giả.	37.5%	69%	25%
MRI vú	• Đánh giá tốt phạm vi, đa ổ/đa trung tâm và lan theo ống. • Hữu ích khi MMG/US không xác định được phạm vi tổn thương. • Các tổn thương nằm ở trung tâm, kích thước nhỏ hơn và có giá trị ADC cao hơn nên được coi là lành tính, trong khi các tổn thương nằm ở ngoại vi, kích thước lớn hơn và có giá trị ADC thấp hơn nên được coi là ác tính.	• Không đặc hiệu: papilloma lành cũng có thể bắt thuốc mạnh, wash-out và hạn chế khuếch tán. • Có thể bỏ sót tổn thương rất nhỏ hoặc tổn thương trong ống không tăng tín hiệu rõ. • Chi phí cao, cần tiêm gadolinium.	100%	***	***

Evaluating the usefulness of breast strain elastography for intraductal lesions

Yumi Kokubu¹, Keiko Yamada^{2 3}, Masahiko Tanabe⁴, Ayumi Izumori⁵, Chieko Kato², Rie Horii^{6 7}, Shinji Ohno⁸, Kiyoshi Matsueda^{2 3}

Shear Wave Elastography for Surgically Verified Breast Papillary Lesions: Is It Effective for Differentiation Between Benign and Malignant Lesions?

Hye Jeong Choi¹, Kyung Hee Ko¹, Hae Kyoung Jung¹

Original Contribution

What Help Could Ultrasound Elastography Give to the Diagnosis of Breast Papillary Lesions?

Lu-Jing Li, Ji-Yi Yao, Xin-Chuan Zhou, Xin-Bao Zhao, Wen-Jing Zhong, Bing Ou, Bao-Ming Luo, Shao-Yun Hao, Hui Zhi  

1. SE giúp tăng khả năng phân biệt papilloma và papillary carcinoma nhưng có sự chồng lấp rõ.
Papilloma lành tính có thể có độ cứng cao do xơ hóa và lõi sợi mạch
2. Tổn thương ác tính có độ cứng cao hơn papilloma lành, nhưng giá trị SWE không đủ để phân biệt hoàn toàn
3. SE có giá trị hỗ trợ nhưng khó phân biệt papilloma và DCIS do đặc điểm mô học gần nhau.

- U nhú là loại mô học phổ biến nhất gây dương tính giả trên siêu âm đàn hồi.
- Bấy chẩn đoán:
 - **Lõi sợi mạch (fibrovascular core):** Papilloma có trục mô liên kết và mạch máu → Tăng độ cứng trung tâm → dương tính giả
 - **Xơ hóa mô đệm (stromal fibrosis):** Tăng collagen quanh tổn thương → tăng độ cứng → dương tính giả
 - **Hyalin hóa:** Thường gặp ở papilloma lâu ngày → tăng độ cứng → dương tính giả
 - **Xuất huyết trong u** → giảm độ cứng → âm tính giả
 - **Tổn thương quá nhỏ:** ROI lấy cả mô xung quanh → Đánh giá không chính xác độ cứng của tổn thương.
 - **Encapsulated papillary carcinoma:** Ít phản ứng mô đệm, có thể không quá cứng → âm tính giả

Các PP chẩn đoán tế bào học – mô bệnh học



Phương pháp	Ưu điểm trong tổn thương dạng nhú	Khuyết điểm / bất chuẩn đoán
FNA	- Kim nhỏ, ít xâm lấn, ít đau, chi phí thấp. - Có thể thực hiện nhanh, hữu ích khi cần xác định có tế bào ác tính hay không. - Có thể hữu ích với tổn thương dạng nang hoặc lấy dịch/nội dung trong ống.	Hạn chế lớn nhất: chỉ đánh giá tế bào, không đánh giá được kiến trúc nhú. - Khó phân biệt papilloma – papillary carcinoma chỉ dựa trên tế bào học. - Không đánh giá đáng tin cậy màng đáy/xâm nhập. - Dễ gặp mẫu không đủ, mẫu máu hoặc tế bào rời → sai âm tính hoặc kết quả “nghi ngờ”. - Không thể đánh giá đầy đủ sự hiện diện và phân bố của myoepithelial cells → Vì vậy, FNA có độ chính xác thấp hơn trong nhóm tổn thương nhú.
CNB	- Lấy được mô và cấu trúc tốt hơn - Có thể đánh giá tế bào, mô đệm, cấu trúc nhú và hỗ trợ phân biệt papilloma/atypical papilloma/carcinoma. - Có mô để làm IHC, đặc biệt p63, CK5/6, ER... khi hình thái chưa rõ. - Ít xâm lấn, chi phí và mức độ phức tạp thấp hơn VAB. - Là phương pháp sinh thiết tiêu chuẩn cho phần lớn tổn thương vú cần chẩn đoán mô học.	Lấy mẫu nhỏ → dễ bỏ sót vùng atypia/DCIS hoặc carcinoma trong tổn thương không đồng nhất. - Khó nhất là phân biệt papilloma với papilloma có atypia/DCIS và đánh giá xâm nhập. → Kết quả phụ thuộc mạnh vào vị trí lấy mẫu và sự phù hợp hình ảnh–giải phẫu bệnh.
VAB/VAE	- Kim lớn hơn và hệ thống hút cho phép lấy nhiều mảnh mô hơn, giảm sai số lấy mẫu. - Có thể lấy nhiều phần khác nhau của tổn thương → thuận lợi khi tổn thương nhú không đồng nhất. - Có khả năng lấy gần như/toàn bộ tổn thương nhỏ, vừa chẩn đoán vừa điều trị papilloma chọn lọc. - So với CNB, bằng chứng tổng hợp mới cho thấy VABB giảm đáng kể underestimation ADH và DCIS, giảm sinh thiết lặp lại và tăng sự phù hợp giữa sinh thiết với mô bệnh học cuối cùng.	Xâm lấn và chi phí cao hơn CNB, cần thiết bị và kinh nghiệm. - Có thể gây chảy máu, tụ máu, đau và biến dạng nhẹ, đặc biệt khi lấy tổn thương lớn. - Không phải tổn thương nào cũng phù hợp để VAE: tổn thương lớn, sát da/thành ngực hoặc vị trí khó tiếp cận có thể hạn chế. - Nếu đã có bằng chứng carcinoma xâm nhập hoặc bất tương hợp giữa hình ảnh và GPB → chỉ định phẫu thuật khi cần.

Các marker hóa mô miễn dịch



Marker	Cơ chế/ý nghĩa sinh học	Papilloma lành tính	ADH / DCIS trong papilloma	Giá trị chẩn đoán
P63	Marker nhân của tế bào myoepithelial (tế bào cơ biểu mô)	Dương tính: còn lớp tế bào cơ biểu mô bao quanh nhú/ống tuyến	Mất hoặc giảm biểu hiện ở vùng carcinoma xâm nhập; có thể còn dương tính trong DCIS vì DCIS chưa phá vỡ màng đáy	Marker quan trọng để đánh giá xâm nhập hay không; giúp phân biệt papilloma với carcinoma xâm nhập
CK5/6	Cytokeratin lớp đáy; phản ánh tính đa dòng (polyclonal) hay đơn dòng (monoclonal) của tăng sinh biểu mô	Dương tính không đồng nhất (mosaic pattern)	Âm tính hoặc giảm mạnh trong ADH/DCIS	Giúp phân biệt usual ductal hyperplasia (UDH) với ADH/DCIS trong papilloma
ER	Thụ thể estrogen; biểu hiện kiểu tăng sinh đơn dòng	Dương tính rải rác, không đồng nhất	Dương tính mạnh, đồng nhất ở ADH/DCIS dạng low grade	Kết hợp CK5/6 để nhận diện tổn thương đơn dòng (neoplastic proliferation)
Ki-67	Chỉ số tăng sinh tế bào (% nhân dương tính)	Thường thấp	Tăng cao hơn trong DCIS/carcinoma	Đánh giá mức độ tăng sinh; không dùng đơn độc để chẩn đoán

Để tránh bỏ sót ung thư trong tổn thương dạng nhú

1. Yếu tố nguy cơ:

Tuổi: > 55 tuổi

Tổn thương kích thước lớn: > 1cm

Tổn thương dạng nhú ở ngoại vi (> 3cm) hoặc đa ổ.

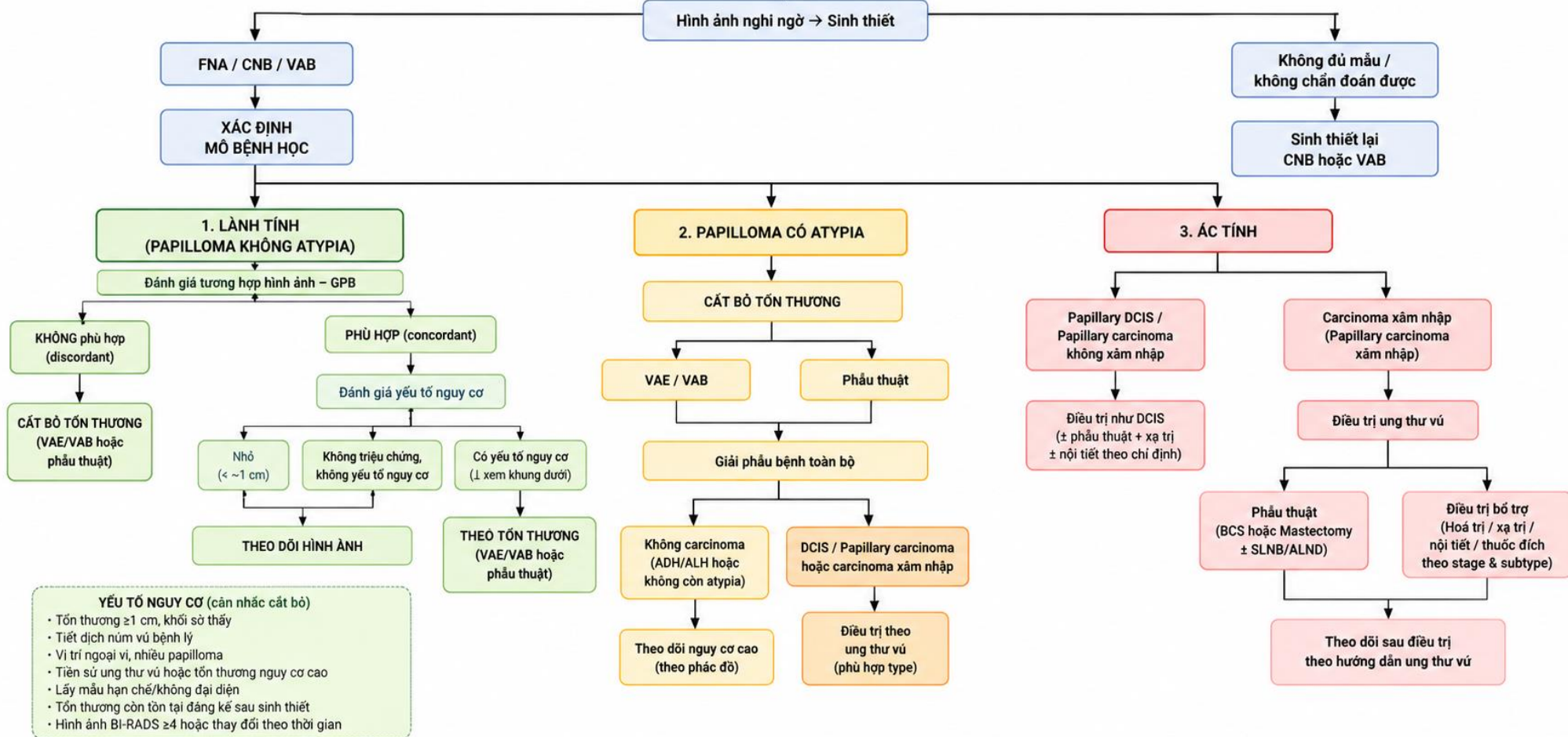
Tiền sử có ung thư vú hoặc tổn thương nguy cơ cao: ADH (Atypical ductal hyperplasia), LCIS, DCIS, tiền sử ung thư vú đối bên.

Tiền sử gia đình và đột biến gen.

2. Tổn thương xếp loại BIRADS cao.

3. Tổn thương có giải phẫu bệnh lý ADH.

TỔN THƯƠNG DẠNG NHÚ



Theo dõi hình ảnh: Siêu âm ± nhũ ảnh định kỳ (ví dụ: 6 tháng/lần trong 1–2 năm, sau đó hàng năm) hoặc theo protocol cơ sở. Đánh giá lại nếu tổn thương tăng kích thước, thay đổi hình thái hoặc có triệu chứng mới.

Tài liệu tham khảo



1. WHO Classification of Tumours Editorial Board. **Breast Tumours. 5th Edition.** International Agency for Research on Cancer (IARC), 2019.
<https://publications.iarc.fr/581>
2. Pareja F, et al. **Upgrade Rate of Intraductal Papilloma Diagnosed on Core Needle Biopsy and Clinicopathologic Predictors.** *Ann Surg Oncol.* 2022.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35863513/>
3. Wen X, et al. **Upgrade Rate of Intraductal Papilloma Diagnosed on Core Needle Biopsy in a Single Institution.** *Breast J.* 2021.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33159966/>
4. Zhang X, et al. **Upgrade Rate and Predictive Factors for Breast Benign Intraductal Papilloma Diagnosed at Biopsy: A Meta-Analysis.** 2021.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34331160/>
5. American College of Radiology (ACR). **ACR BI-RADS® Atlas: Breast Imaging Reporting and Data System.** 5th Edition.
<https://www.acr.org/Clinical-Resources/Reporting-and-Data-Systems/BI-RADS>
6. American Society of Breast Surgeons. **Consensus Guideline on Concordance Assessment of Image-Guided Breast Biopsy.**
<https://www.breastsurgeons.org/docs/statements/Consensus-Guideline-on-Concordance-Assessment-of-Image-Guided-Breast-Biopsy.pdf>
7. Rizzo M, et al. **Management of Intraductal Papilloma of the Breast: A Review of Current Evidence.** *Am Surg.* 2018.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763676/>
8. Han BK, et al. **Benign Papillary Lesions of the Breast: Imaging Findings and Diagnostic Challenges.** *Radiographics.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22159787/>
9. Leithner D, et al. **MRI Findings of Papillary Lesions of the Breast: Correlation with Histopathology.** *Eur Radiol.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28840485/>
10. Mooney KL, et al. **Benign Breast Papilloma: Is Surgical Excision Necessary?** *Breast J.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30010225/>

CẢM ƠN QUÝ THẦY CÔ VÀ ĐỒNG
NGHIỆP ĐÃ LẮNG NGHE