

Chiến lược tầm soát ung thư vú

Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên, Âu Nhật Luân, Võ Minh Tuấn.

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được chiến lược tầm soát ung thư vú nói chung
2. Trình bày được cách tự khám vú và các dấu hiệu báo động cho người phụ nữ
3. Trình bày được lịch trình tầm soát bằng các phương tiện khảo sát hình ảnh tuyến vú ở các đối tượng có nguy cơ khác nhau

Mục tiêu của tầm soát ung thư vú là tìm ra ung thư vú trước khi ung thư vú thể hiện ra ngoài bằng các triệu chứng như sờ thấy khối u.

Tầm soát thể hiện bằng các thăm dò nhằm vào tìm ra bệnh lý ung thư vú ở các phụ nữ hoàn toàn không có biểu hiện trên lâm sàng. Phát hiện sớm đồng nghĩa với tìm thấy và chẩn đoán ung thư vú sớm hơn là việc bạn chờ có các triệu chứng lâm sàng rồi mới đi tìm cách chẩn đoán.

Khả năng sống còn sau 5 năm của ung thư vú tùy thuộc vào giai đoạn ung thư lúc phẫu thuật. Vì thế, tầm soát ung thư vú đóng vai trò quan trọng trong phát hiện và điều trị sớm ung thư vú. Khả năng này là 98% nếu ung thư vú được phát hiện ở giai đoạn sớm, còn khu trú ở vú và điều trị bằng phẫu thuật kèm nạo hạch. 89% trường hợp u ≤ 1 cm điều trị bằng đoạn nhũ và nạo hạch không phát hiện di căn sau 18 năm.

Công cụ tầm soát ung thư vú gồm hai phương tiện:

1. Nhũ ảnh
2. Cộng hưởng từ vú

TỰ NHẬN THỨC VỀ VÚ

Tự khám vú được định nghĩa là việc tự khám bộ ngực của người phụ nữ một cách thường xuyên, lặp đi lặp lại với mục đích là *phát hiện* ung thư vú.

Như vậy, tự khám vú không được xem như là một biện pháp cho *tầm soát* ung thư vú.

Dù tự khám vú không được Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ xem như biện pháp tầm soát ung thư, nhưng hội vẫn khuyến cáo mọi phụ nữ ≥ 20 tuổi nên thực hiện tự khám vú. Khoảng $\frac{1}{2}$ số ung thư vú được phát hiện qua tự khám vú.

Phụ nữ có nguy cơ bình quân nên được tư vấn về việc tự nhận thức về vú (breast self-awareness) và khuyến khích đi khám ngay nếu họ cảm thấy vú có thay đổi.

ACOG nhấn mạnh rằng phụ nữ có nguy cơ bình quân nên được tư vấn về việc tự nhận thức về vú (breast self-awareness) và khuyến khích đi khám ngay nếu họ cảm thấy vú có thay đổi.

Tự nhận thức về vú (breast self-awareness) được định nghĩa là nhận thức của người phụ nữ về nhìn thấy và cảm giác thấy ngực của họ bình thường.

Phụ nữ nên được giáo dục về các dấu hiệu và triệu chứng của ung thư vú. Họ cần thông báo cho bác sĩ phụ khoa ngay khi họ nhận thấy một sự thay đổi như đau vú, khối ở vú, thay đổi màu sắc (đỏ), tiết dịch bất thường.

Theo ACOG, 2017, tự khám vú không được khuyến cáo ở phụ nữ có nguy cơ bình quân với mục đích là tầm soát ung thư vú. Điều này xuất phát từ nhận định đến từ kết quả dương tính giả khá cao và không đủ bằng chứng cho thấy có lợi ích, theo đúng nghĩa của thuật ngữ *tầm soát*.

Năm 2009, nhóm đặc trách về phòng dịch ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (U.S. Preventive Services Task Force) không khuyến cáo tự khám vú (với mục đích là tầm soát ung thư vú), do không đủ chứng cứ ủng hộ cho việc tự khám vú và bên cạnh đó có một số bất lợi do kết quả dương tính giả.

Cập nhật 2016 của hướng dẫn của Đơn vị phòng dịch ngừa dịch bệnh, Hoa Kỳ vẫn giữ nguyên lập luận này.

Năm 2016, Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ cũng không còn khuyến cáo tự khám vú (với mục đích là tầm soát ung thư vú) cho các đối tượng có nguy cơ bình quân.

Tự nhận thức về vú cần được duy trì như một thói quen.

Mặc dù tự khám vú không còn được khuyến cáo nữa, tuy nhiên một số bằng chứng cho thấy tần suất tự phát hiện ung thư vú là khá cao.

Nhận định này ủng hộ cho việc tự nhận thức về vú trong việc phát hiện ung thư vú.

Nếu như nhũ ảnh cho phép phát hiện được các khối u trước khi nó được cảm nhận, thì *tự nhận thức về vú* giúp người phụ nữ làm quen với tình trạng vú của mình và báo động cho nhân viên y tế khi người phụ nữ cảm nhận bất cứ điều gì đó không bình thường ở vú.

Theo ACOG, 2017, có khoảng 50% trường hợp ung thư vú ở phụ nữ từ 50 tuổi trở lên và 71% trường hợp ung thư vú ở phụ nữ dưới 50 tuổi được phát hiện bởi chính phụ nữ.

Theo cuộc điều tra sức khỏe quốc gia Mỹ năm 2003, 43% trong số 361 người sống sót sau ung thư vú là nhờ tự phát hiện ra ung thư vú. Bên cạnh đó, bằng chứng cho thấy tự khám vú có giá trị phát hiện ung thư vú ở những phụ nữ có thu nhập thấp ở tiểu bang California. Trong số 921 phụ nữ trong nhóm, 64% tự phát hiện ung thư vú của họ. Mặc dù không có nghiên cứu ở Hoa Kỳ để trực tiếp kiểm tra hiệu quả của việc tự nhận thức về vú, nhưng dựa trên tỷ lệ phát hiện bệnh ung thư vú nhờ tự phát hiện, có thể kết luận rằng bệnh nhân nên được hướng dẫn tự nhận thức về vú.

KHÁM VÚ

Tầm soát ung thư vú bằng khám lâm sàng có thể thực hiện cho các phụ nữ không có triệu chứng, có nguy cơ bình quân, sau khi đã tư vấn về việc khám vú có thể mang lại lợi ích không chắc chắn, cũng như tư vấn về khả năng mang lại một số ảnh hưởng không tốt.

Mạng lưới ung thư toàn quốc, Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ, Đơn vị phòng dịch ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ không đồng thuận trong tầm soát ung thư vú bằng khám vú ở các đối tượng có nguy cơ bình quân.

Tổng quan hệ thống của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ không tìm thấy một nghiên cứu nào đánh giá mối liên quan giữa tầm soát bằng khám vú làm giảm tỷ lệ tử vong.

Bên cạnh đó, tổng quan báo cáo tỷ lệ dương tính giả của khám vú là 55%. Theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ, không khuyến cáo khám vú để tầm soát ung thư vú.

Theo ACOG, nên thực hiện khám vú để sàng lọc ung thư vú cho phụ nữ thuộc nhóm có nguy cơ bình quân và không có triệu chứng, bắt đầu từ 25-39 tuổi, trong khoảng thời gian 1-3 năm. Nhịp độ được tăng lên thành khám hàng năm đối với phụ nữ từ sau 40 tuổi.

Đối với phụ nữ có nguy cơ cao hoặc phụ nữ có triệu chứng, dù rằng đã có các phương tiện khác là nhũ ảnh và cộng hưởng từ, nhưng khám vú vẫn được xem là một phần trong khuyến cáo của ACOG.

Đơn vị phòng dịch ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ vẫn khuyến cáo khám vú mỗi 1-3 năm cho các đối tượng nguy cơ bình quân từ 25-39 tuổi, và mỗi năm cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên.

Thời điểm thực hiện tự nhận thức về vú cũng như là khám vú tốt nhất là ngày thứ 8 của chu kỳ.

Lúc này, mô vú ít bị ảnh hưởng của estrogen, kích thước vú là nhỏ nhất, mật độ vú không dày nên dễ phân biệt.

Cả tự quan sát lẫn thăm khám bởi bác sĩ đều phải được quan sát qua các công đoạn tương tự nhau.

Quan sát ở nhiều tư thế nhằm bộc lộ các bất thường:

- Hai tay để sau gáy
- Hai tay chống trên hông
- Hai tay buông xuôi theo thân

Mục đích của quan sát là cảm nhận hình dạng, kích thước, sự cân đối của vú, cũng như các thay đổi trên da vú (ứng đỏ, co kéo, loét, thụt núm vú).

Nếu như tự quan sát, thì tốt nhất là đứng trước gương.

Tự sờ nắn: được thực hiện lúc tắm, khi nằm thư giãn.

Lần lượt khám mỗi $\frac{1}{4}$ vú, hạch tròn và hạch nách.

Các dấu hiệu bất thường có thể nhận thấy khi tự khám vú buộc người phụ nữ phải gặp bác sĩ gồm:

- Khối u
- Phì đại hạch nách hay hạch đòn
- Đau
- Tiết dịch núm vú

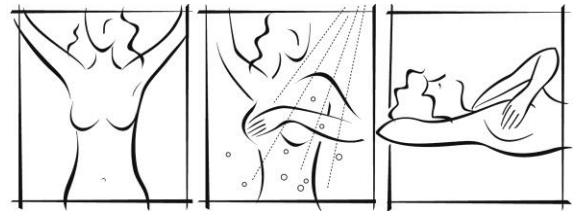
Khối u ở vú phát hiện được có thể là (1) khối u mới, đơn độc hoặc (2) khối u mới xuất hiện ở vùng mô lớn nhón trước đó. Đôi khi, không hẳn là cảm nhận khối u mà là cảm nhận một vùng mô lớn nhón, không đối xứng ở phụ nữ tiền mãn kinh hay đã mãn kinh. Một tình trạng viêm hay áp-xe vú không đáp ứng với điều trị cũng là một triệu chứng buộc người phụ nữ phải đi khám để không bỏ sót

một ác tính ẩn mình phía sau biểu hiện bên ngoài là áp-xe hay viêm.

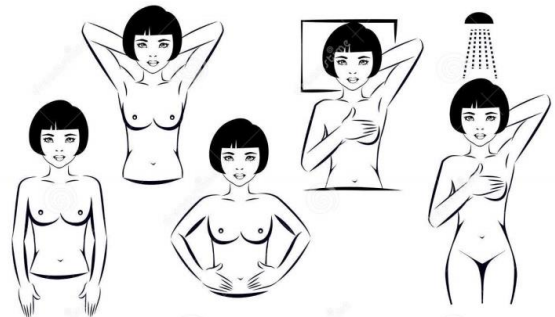
Mọi hạch nách phì đại mới phát hiện cần được đánh giá cẩn thận, vì có thể là hình ảnh của một di căn đến từ vú.

Khi có biểu hiện đau vú, cần mô tả tính chất đau, vị trí, mức độ đau, tính chu kỳ. Đau vú (1) có hay không kèm theo khối u, (2) các trường hợp đau vú nhiều, ảnh hưởng đến chức năng cuộc sống của người bệnh, (3) đau vú liên tục không có tính chu kỳ, (4) đau vú không đáp ứng với giảm đau hay các progesterone điều trị đau căng vú (mastodynia), (5) đau chỉ khu trú ở một bên vú, (6) đau vú ở phụ nữ đã mãn kinh đều là triệu chứng cần lưu ý.

Tiết dịch bất thường ở vú là một triệu chứng báo động. Nên ấn quầng vú và núm vú để tìm tiết dịch bất thường. Cần nhận định tiết dịch là 1 hay 2 bên, màu và độ quánh của dịch. Các tiết dịch có thể là nghiêm trọng gồm (1) tiết dịch ở phụ nữ ≥ 50 tuổi, (2) tiết dịch một bên ở phụ nữ < 50 tuổi, (3) tiết dịch lẫn máu, (4) tiết dịch kèm co rút hay biến dạng núm vú...



Hình 1a: Tự quan sát trước gương và tự sờ nắn khi tắm và khi nằm



Hình 1b: Các tư thế tự quan sát trước gương và các tư thế để tự sờ nắn. Khi tự sờ nắn, bàn tay để sau gáy sẽ giúp cảm nhận được tốt hơn



Hình 1c: Khám vú bằng cách dùng 3 ngón giữa của 2 bàn tay



Hình 1d: Lộ trình của các ngón tay khi tự khám vú
theheartysoul.com (1a), newhealthadvisor.com (1b), (1d), alexandrgudzmd.com (1c)

HÌNH ẢNH HỌC TẦM SOÁT UNG THƯ VÚ

Năm 2015, Hiệp hội ung thư Hoa kỳ khuyến cáo lịch tầm soát dựa trên cơ sở khảo sát hình ảnh phải được căn cứ trên hai yếu tố:

1. Tuổi của người phụ nữ
2. Đánh giá nguy cơ

Khảo sát hình ảnh cho tầm soát ung thư vú gồm:

1. Nhũ ảnh
2. Cộng hưởng từ

Siêu âm không được xem là biện pháp hình ảnh thích hợp cho tầm soát ung thư vú.

Nhũ ảnh là phương tiện tầm soát đầu tay cho mọi phụ nữ với nguy cơ bình quân (average risk)¹ của ung thư vú.

Khoảng 10-50% ung thư vú được phát hiện trên nhũ ảnh là các khối không sờ thấy được. Khi thực hiện chiến lược tầm soát thường qui bằng nhũ ảnh, có thể cứu được 1.8 trường hợp khỏi chết do ung thư vú cho mỗi 50,000 nhũ ảnh được thực hiện.

Nhũ ảnh là một phương tiện tầm soát có giá trị. Khi thực hiện tầm soát bằng nhũ ảnh cho đối tượng nguy cơ bình quân, nhũ ảnh thường qui sẽ:

- Làm giảm được 16-35% tử vong do ung thư vú ở phụ nữ ≥ 50 tuổi
- Làm giảm được 15-20% tử vong do ung thư vú ở phụ nữ $\geq 40-49$ tuổi

Lý do của hiện tượng nhũ ảnh có hiệu quả giảm tử suất do ung thư vú kém hơn ở tuổi trẻ so với tuổi lớn là do tần suất mắc thấp hơn của ung thư vú ở lứa tuổi này, do các khối u thường phát triển nhanh hơn và đậm độ mô vú dày làm giảm giá trị của nhũ ảnh.

Kết quả nhũ ảnh được thể hiện qua hệ thống BI-RADS. Việc xử lý kết quả tầm soát có thể dựa trên gợi ý của hệ thống BI-RADS.

1. BI-RADS 0 thể hiện rằng đã có một vài điểm bất thường được nhìn thấy trên nhũ ảnh, tuy nhiên không rõ ràng để cho kết luận. Cần phải thực hiện thêm các khảo sát chuyên biệt như ép điểm khi thực hiện nhũ ảnh (spot compression), phóng đại mạnh hơn, hay siêu âm... Cần phải xem lại các phim nhũ ảnh đã có trước đó và so sánh với hình ảnh hiện có, để phát hiện thay đổi của hình ảnh qua các phim.
2. BI-RADS 1 thể hiện rằng không có hình ảnh bất thường phải báo cáo. Vú cân đối, không khối u, không bất thường về cấu trúc, không có đóng vôi bất thường. Thuật ngữ “kết quả âm tính” có nghĩa là âm tính với ung thư.
3. BI-RADS 2 cũng là một báo cáo kết quả âm tính với ung thư trên nhũ ảnh. Tuy nhiên, ở đây có các tổn

thương lành tính như đóng vôi lành tính, hình ảnh các hạch không ung thư hay bướu sợi-tuyến tuyến vú.

4. BI-RADS 3 thể hiện rằng đặc điểm hình ảnh trên nhũ ảnh rất có khả năng (98%) có liên quan đến một tổn thương lành tính. Tuy nhiên, không có xác nhận lành tính. Các tổn thương BI-RADS 3 phải được xem xét theo thời gian. BI-RADS 3 phải được theo dõi mỗi 6 tháng, tập trung quan sát sự thay đổi của tổn thương. Việc theo dõi tổn thương BI-RADS 3 chỉ ngừng lại khi đã xác nhận rằng tổn thương là ổn định, không thay đổi sau khoảng thời gian theo dõi ít nhất là 2 năm. Ý nghĩa của việc theo dõi này là hạn chế các sinh thiết không thật sự cần thiết.
5. BI-RADS 4 có thể là tổn thương ung thư, cũng có thể là không phải ung thư, nhưng lại nhìn giống ung thư. Trong trường hợp này, các biện pháp quyết liệt hơn như là sinh thiết là cần thiết.
6. BI-RADS 5 là tổn thương có khả năng rất cao, lên đến trên 95% là ung thư. Bắt buộc phải sinh thiết.
7. BI-RADS 6 là loại chỉ được dùng cho các nhũ ảnh đã được xác định là ung thư qua sinh thiết trước đó. Trong trường hợp này, nhũ ảnh là biện pháp theo dõi điều trị.

BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) (2015) ²		
Loại		Kết quả
0	Không đầy đủ	Cần xem xét các nhũ ảnh đã có hay cần thêm các phương tiện hình ảnh khác
1	Âm tính	Nhũ ảnh tầm soát
2	Lành tính	Nhũ ảnh tầm soát
3	Có khả năng lành tính	Nhũ ảnh 6 tháng
A	Mức nghi ngờ ác tính thấp	
4	B Mức nghi ngờ ác tính trung bình C Gợi ý, nhưng không cổ điển của ác tính	Xem xét sinh thiết
5	Gợi ý mạnh ác tính	Cần sinh thiết
6	Đã có xác nhận ác tính từ sinh thiết	Cần sinh thiết

Nguồn: Hiệp hội Quang tuyến Hoa kỳ (American College of Radiology)

GIẢI PHẪU BỆNH LÀ BIỆN PHÁP KHUYẾN NGHỊ CHO CÁC LOẠI 4 VÀ 5 BI-RADS

Sinh thiết lõi dưới hướng dẫn của khảo sát hình ảnh là tiêu chuẩn chẩn đoán mô học.

Sinh thiết lõi dùng một kim rỗng hút mô từ tổn thương vú, thực hiện dưới hướng dẫn nhũ ảnh hoặc siêu âm khi u không sờ thấy, hoặc trực tiếp khi u sờ thấy.

¹ Nguy cơ bình quân được tính trên yếu tố tiền sử. Nguy cơ mắc trong suốt cuộc đời được tính theo mô hình Claus.

Mô hình này căn cứ trên số liệu quốc gia. Tại Mỹ, nguy cơ bình quân mắc ung thư trong suốt cuộc đời (average lifetime risk) là 12.8%.

Nguy cơ mắc trong cuộc đời trên 20% gọi là nguy cơ cao.

² BI-RADS được xây dựng bởi nhiều Hiệp hội khác nhau như ACS, ACOG và Hiệp hội Quang tuyến (Radiology) Hoa kỳ. Tuy nhiên, đứng tên bản quyền là của Hiệp hội Quang tuyến Hoa kỳ.

Các phiên bản trước đây của BI-RADS không chia loại 4 ra 3 mức A, B, C. Loại 6 cũng mới được đưa vào phiên bản BI-RADS 2015.

So với FNA, sinh thiết lõi lấy được nhiều mô hơn.

Sinh thiết lõi cho phép có được bằng chứng mô học và đồng thời đánh giá ER, PR, Her trước khi có quyết định điều trị.

Có thể dùng kim Titanium đánh dấu vị trí sinh thiết để hướng dẫn phẫu thuật sau sinh thiết.

Chọc hút kim nhỏ (FNA) dùng kim nhỏ 20G hoặc 22G lấy mẫu mô từ vùng vú bất thường.

FNA có độ chính xác cao, âm tính giả 10-15%, dương tính giả dưới 1%. FNA được dùng để xác định chẩn đoán khi khám vú hoặc hình ảnh học dương tính, tuy nhiên nếu FNA âm tính không loại trừ được u ác tính, cần sinh thiết lõi hoặc sinh thiết trọn khối u.

FNA còn gặp hạn chế trong việc chọc hút hạch lympho nghi ngờ ác tính hoặc nang có triệu chứng.

Sinh thiết trọn khối u, cắt bỏ toàn bộ sang thương vú được thực hiện khi chọc hút bằng kim nhỏ hay sinh thiết lõi không thực hiện được hoặc kết quả âm tính, không rõ ràng hoặc trái ngược với dấu hiệu lâm sàng.

Có thể tóm tắt giá trị của các phương pháp như sau:

Bảng 1: Giá trị của các phương tiện chẩn đoán

	Độ nhạy (%)	Độ chuyên (%)	PPV (%)
Lâm sàng	86	90	95
Nhũ ảnh	86	90	95
Siêu âm	90	92	95
MRI	98	75	80
FNA	95	95	99.8
Sinh thiết lõi	85-98	95	100

Nguồn: ACS

LỊCH TẦM SOÁT BẰNG CÁC PHƯƠNG TIỆN KHẢO SÁT HÌNH ẢNH TUYẾN VÚ Ở CÁC ĐỐI TƯỢNG CÓ NGUY CƠ KHÁC NHAU

Mục tiêu tầm soát ung thư là phát hiện bệnh ở giai đoạn tiền lâm sàng ở những người khỏe mạnh, không có triệu chứng để ngăn chặn các kết cục bất lợi, cải thiện sự sống còn và tránh nhu cầu điều trị chuyên sâu hơn.

Mọi test tầm soát có thể đem lại một số lợi ích như cải thiện kết quả chăm sóc sức khỏe, nhưng cũng có thể đưa đến một số hệ quả không mong muốn như bất tiện, tăng chi phí chăm sóc y tế cho cá nhân/cộng đồng, gây lo lắng khi có kết quả dương tính giả, hay kết quả dương giả đưa đến chẩn đoán và điều trị quá mức cần thiết.

Kết quả của tổng quan hệ thống³, cũng như của các nghiên cứu quan sát, ngẫu nhiên đều đồng thuận rằng tầm soát

³ Thực hiện bởi American Cancer Society (ACS) và bởi U.S. Preventive Services Task Force, nhằm khảo sát các bằng chứng về hiệu quả của chương trình tầm soát ung thư vú ở phụ nữ có nguy cơ bình quân.

Tổng quan hệ thống của ACS cho thấy chụp nhũ ảnh có liên quan đến giảm nguy cơ tử vong do ung thư vú. RR = 0.80-0.82 trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, và RR = 0.75; CI 95%, 0.69-0.81 trong khảo sát đoàn hệ.

ung thư vú bằng chụp nhũ ảnh làm giảm tỉ lệ tử vong do ung thư vú.

Mặc dù các tổng quan hệ thống này không đưa ra bằng chứng cho thấy việc chụp nhũ giúp ảnh hưởng đến sự cần thiết phải điều trị các ung thư tiến triển, nhưng tìm thấy được sự giảm nguy cơ phải chịu một điều trị ung thư tiến triển.

Các tổ chức/hiệp hội khác nhau đưa ra các quan điểm khác nhau về chiến lược tầm soát, như trình bày trong bảng 1.

Lịch khuyến cáo về nhũ ảnh cho tầm soát ung thư vú, dành cho phụ nữ có nguy cơ bình quân (theo các tổ chức/hiệp hội khác nhau ở Mỹ)				
ACOG, 2017	Nhóm chuyên trách phòng ngừa dịch bệnh, 2016	ACS, 2016	Mạng lưới ung thư toàn quốc, 2016	
Khám vú	1-3 năm ở phụ nữ 25-39 tuổi Mỗi năm ở phụ nữ ≥ 40 tuổi	Không có bằng chứng để nói có khuyến cáo hay không	Không khuyến cáo	1-3 năm ở phụ nữ 25-39 tuổi Mỗi năm ở phụ nữ ≥ 40 tuổi
Tuổi bắt đầu chụp nhũ ảnh	Từ tuổi 40 Phụ nữ 40-49 tuổi: nên tư vấn, và chỉ định chụp nếu người phụ nữ đồng ý Không muộn hơn 50 tuổi	Từ 50 tuổi Phụ nữ 40-49 tuổi: chỉ định chụp nhũ ảnh tùy theo từng cá thể	Trong khoảng 40-45 tuổi Nên bắt đầu lúc 45 tuổi	Từ 40 tuổi
Khoảng cách giữa các lần chụp nhũ ảnh	1 lần mỗi năm hoặc 1 lần mỗi 2 năm	1 lần mỗi 2 năm	1 lần mỗi năm, cho phụ nữ 40-54 tuổi 1 lần mỗi 2 năm, cho phụ nữ trên 55 tuổi, nếu người đó đã chụp 1 lần mỗi năm trước đó	1 lần mỗi năm
Tuổi ngưng tầm soát bằng nhũ ảnh	Tầm soát cho đến 75 tuổi	Không đủ dữ liệu để kết luận việc tầm soát từ sau 75 tuổi là lợi hay không có lợi	Khi thời gian kỳ vọng sống dưới 10 năm	Khi có bệnh lý trầm trọng làm giảm thời gian kỳ vọng sống còn dưới 10 năm

Bảng 1: Lịch tầm soát ung thư vú bằng nhũ ảnh cho phụ nữ với nguy cơ bình quân, theo các tổ chức/hiệp hội khác nhau tại Hoa Kỳ



Hình 2: Lịch tầm soát ung thư vú cho phụ nữ với nguy cơ trung bình, theo khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư Hoa kỳ (2015)

Tầm soát dựa trên nhũ ảnh. Ở tuổi 40, người phụ nữ với nguy cơ trung bình có thể bắt đầu chương trình tầm soát nếu như họ muốn. Tuổi 45 là lứa tuổi bắt buộc của tầm soát nhũ ảnh hàng năm, và kéo dài cho đến năm 55 tuổi. Sau 55 tuổi, việc tầm soát nhũ ảnh bắt buộc sẽ chuyển sang được thực hiện một lần cho mỗi 2 năm. Việc tầm soát được tiếp tục cho đến khi nào người phụ nữ còn cảm nhận rằng mình vẫn khỏe mạnh.

Nguồn: American Cancer Society

Ví dụ như cho đối tượng có nguy cơ bình quân, Hiệp hội Ung thư Hoa kỳ đề nghị lịch tầm soát bằng nhũ ảnh như sau:

- Không có chỉ định nhũ ảnh tầm soát cho người dưới 35 tuổi. Ở người trẻ, nhũ ảnh là nhũ ảnh chẩn đoán khi lâm sàng, mô học, sinh thiết lõi nghi ngờ ung thư.
- Với phụ nữ ≥ 40 tuổi và có nguy cơ bình quân, nhũ ảnh cơ hội có thể được chỉ định hàng năm.

U.S. Preventive Services Task Force cũng tìm thấy sự giảm nguy cơ ung thư vú tiến triển đi theo việc tầm soát ở phụ nữ từ 50 tuổi trở lên, với RR = 0.62; CI 95% 0.46-0.83.

- Với phụ nữ ≥ 45 tuổi và có nguy cơ bình quân, nữ ảnh thường qui được chỉ định hàng năm.
- Sau 55 tuổi, nữ ảnh có thể được tiếp tục với mật độ thưa hơn, mỗi 2 năm một lần.

Âm tính giả (FNR) của nữ ảnh với tầm soát ung thư vú là 25-30% ở phụ nữ 40-49 tuổi, và là 10% ở phụ nữ trên 49 tuổi.

Khi thực hiện nữ ảnh thường qui tầm soát ung thư vú ở mọi phụ nữ trong độ tuổi 40-49 tuổi, sẽ có ít nhất một lần dương tính giả.

Nữ ảnh thường qui đơn thuần không được chỉ định ở những đối tượng có nguy cơ cao theo mô hình Claus, và các đối tượng có nguy cơ cao đặc biệt khác.

Dù rằng MRI có độ nhạy rất cao, nhưng vẫn có khả năng bỏ sót tổn thương.

MRI phải được thực hiện kèm theo chứ không phải là thay cho nữ ảnh ở các đối tượng có nguy cơ cao ung thư vú.

Đối với các đối tượng nguy cao đặc biệt của ung thư vú, không thực hiện tầm soát bằng nữ ảnh đơn thuần.

Ở các đối tượng này, việc tầm soát phải được thực hiện bằng cộng hưởng từ (MRI) và nữ ảnh hàng năm.

Các tổ chức/hiệp hội khác nhau đưa ra các quan điểm khác nhau về chiến lược tầm soát, như trình bày trong bảng 2.

Lịch tầm soát ung thư vú cho phụ nữ có nguy cơ cao		
ACOG, 2011	Nhóm đặc trách về phòng tránh dịch bệnh Hoa Kỳ, 2016	ACS, 2015
Đối với những phụ nữ có đột biến <i>BRCA1</i> hoặc <i>BRCA2</i> , nên khám tầm soát bao gồm: Khám vú hai lần/một năm, Chụp nữ ảnh hàng năm MRI vú hàng năm Tự khám vú.	Phụ nữ (có cha mẹ, anh chị em, hoặc con bị ung thư vú) có nguy cơ mắc ung thư vú cao: Các đối tượng này tốt nhất nên bắt đầu tầm soát từ tuổi 40	Phụ nữ có nguy cơ cao bị ung thư vú dựa trên các yếu tố nhất định (chẳng hạn như có cha mẹ, anh chị em, hoặc con có xét nghiệm dương tính với đột biến gen <i>BRCA1</i> hoặc <i>BRCA2</i>): Chụp MRI hàng năm và chụp nữ ảnh hàng năm
Đối với những phụ nữ từng bị tiếp xúc với tia xạ vùng ngực trong độ tuổi từ 10 đến 30, nên khám tầm soát vú hàng năm: MRI hàng năm Khám vú mỗi 6 đến 12 tháng, bắt đầu từ 8 đến 10 năm sau khi bị xạ trị hoặc bắt đầu tầm soát ở tuổi 25		

Bảng 2: Lịch tầm soát ung thư vú bằng các phương tiện khác nhau cho phụ nữ với nguy cơ cao, theo các tổ chức/hiệp hội khác nhau tại Hoa Kỳ

Các phụ nữ sau được xếp vào nhóm có nguy cơ cao của ung thư vú và cần được thực hiện tầm soát hàng năm bằng MRI phối hợp với nữ ảnh:

- Có *lifetime risk* theo tiền sử bị ung thư vú 20-25% hoặc cao hơn
- Có đột biến gene *BRCA*
- Chưa được khảo sát đột biến *BRCA* nhưng có người thân trực hệ (cha mẹ, anh, chị, em hay con) có mang đột biến gene *BRCA1* hay *BRCA2*
- Từng bị chiếu xạ vùng ngực trong độ tuổi 10-30 tuổi
- Mắc hội chứng Li-Fraumeni ⁴, hội chứng Cowden ⁵, hay hội chứng Bannayan-Riley-Ruvalcaba ⁶, hay có người thân trực hệ có một trong các hội chứng này

Do chưa đủ bằng chứng cho dân số có nguy cơ cao ung thư vú, nên ACS đề nghị thực hiện tầm soát phối hợp trên kể từ năm 30 tuổi, với sự đồng thuận của bệnh nhân, cho hầu hết các trường hợp nguy cơ cao.

Phụ nữ có tiền căn chiếu xạ ngực lúc 10-30 tuổi cần được thực hiện tầm soát kép nữ ảnh-MRI hàng năm, bắt đầu từ 8-10 năm kể từ khi bị chiếu xạ hoặc bắt đầu lúc 25 tuổi

Không đủ bằng chứng về hiệu quả của việc thực hiện đơn thuần MRI hàng năm ở phụ nữ có tiền căn ung thư vú (cùng hay đối bên), sinh thiết vú với kết quả nguy cơ cao như tăng sinh ống không điển hình (atypical ductal hyperplasia) (ADH), carcinom tại chỗ tiểu thùy (lobular carcinoma in situ) (LCIS), carcinom ống tại chỗ (ductal carcinoma in situ) (DCIS).

Các bệnh nhân có nguy cơ đặc biệt cao này phải được theo dõi bằng phối hợp nữ ảnh-MRI, có hay không kèm theo các biện pháp hỗ trợ khác.

⁴ Hội chứng Li-Fraumeni là một ung thư hiếm, di truyền theo kiểu gen trội trên nhiễm sắc thể thường. Đặc trưng bởi sarcoma, vú, bệnh bạch cầu và tuyến thượng thận.

Bệnh liên quan đến đột biến của gene p53 ức chế khối u.

⁵ Hội chứng Cowden hay còn gọi là hội chứng đa hamartoma là một bệnh hiếm, đặc trưng bởi các tình trạng giống khối u không ung thư gọi là hamartoma.

Là một bệnh di truyền theo gene trội trên nhiễm sắc thể thường, liên quan đến gene PTEN, là một gene ức chế khối u.

⁶ Tương tự như hội chứng Cowden, hội chứng Bannayan-Riley-Ruvalcaba cũng là một bệnh di truyền gene trội trên nhiễm sắc thể thường và cũng có liên quan đến đột biến gene PTEN.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 7th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2014.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

- Siu AL. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force [published erratum appears in Ann Intern Med 2016;164:448]. Ann Intern Med 2016;164:279-96. (Level III)
- National Comprehensive Cancer Network. Breast cancer screening and diagnosis. Version 1.2016. (Level III)
- Diagnosis and management of benign breast disorders. Practice Bulletin No. 164. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016;127:e141-56. (Level III)
- Breast cancer risk assessment and screening in average risk women. Practice Bulletin No. 179. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2017;130(1):e1-e16.
- Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YC, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society [published erratum appears in JAMA 2016;315:1406]. JAMA 2015;314:1599-614. (Level III)
- Nelson HD, Cantor A, Humphrey L, Fu R, Pappas M, Daeges M, et al. Screening for breast cancer: a systematic review to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. Evidence Syntheses, No. 124. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. (Systematic Review)
- American College of Obstetricians-Gynecologists. Practice bulletin no. 122: Breast cancer screening. Obstetrics and Gynecology 2011;118(2 Pt 1):372-382.