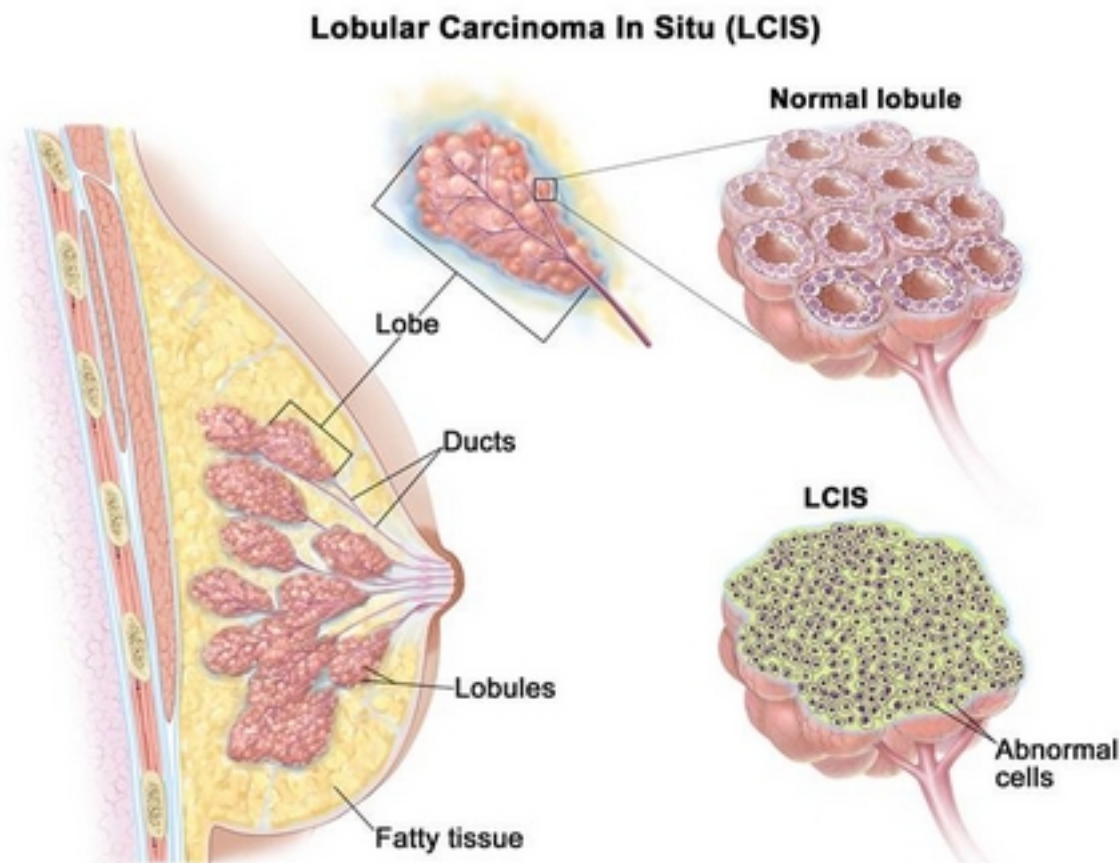


Bs CKI Nguyễn Xuân Hiền - Khoa GPB

I. Carcinôm tuyến vú tại chỗ và tăng sản không điển hình:



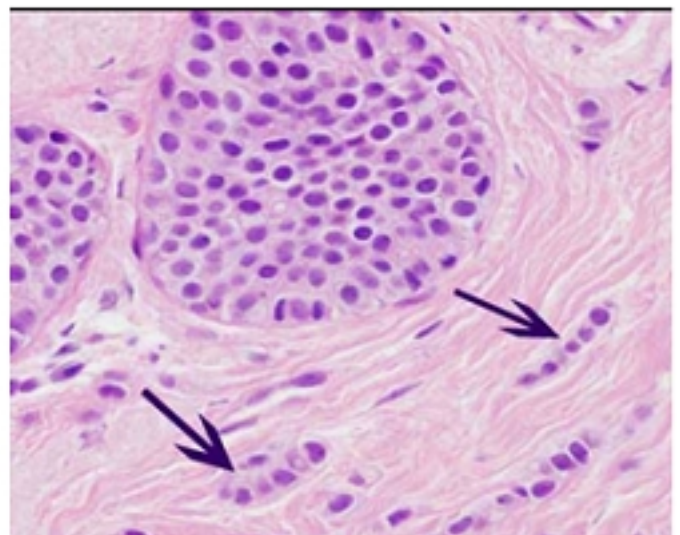
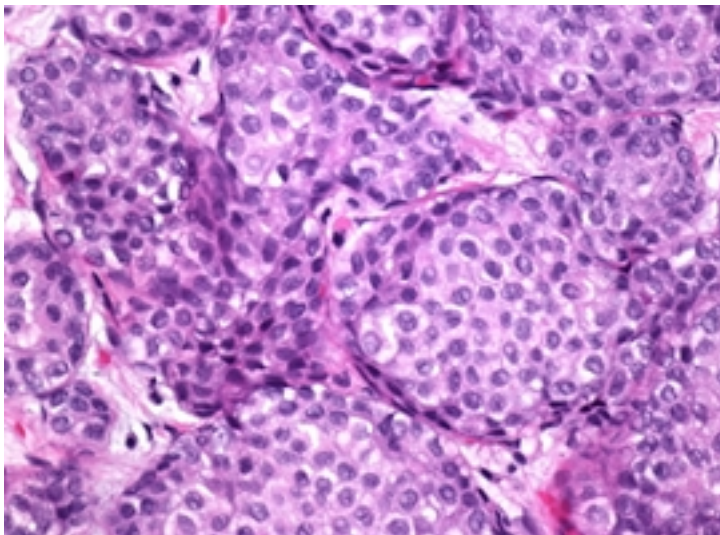
1. Đặc điểm lâm sàng:

Carcinôm tuyến vú tại chỗ (Lobular Carcinoma In Situ – LCIS) chiếm từ 1 – 6% các ung thư vú và chiếm 30 – 50% các ung thư tại chỗ. Nhóm tuổi trung bình khoảng 44- 54 tuổi.

Tỷ lệ tổn thương đa ổ chiếm 60 – 85% và có đến 30- 45% LCIS ở cả hai bên vú.

2. Vi thể :

- LCIS phát sinh từ các ống tuyến cùng tiểu thùy vú. Các tế bào u tăng sinh thay thế biểu mô túi tuyến và các ống trong tiểu thùy. Tế bào u có kích thước nhỏ tế bào đơn giản, nhân tròn, sẫm, bào tương hẹp, hạt nhân không rõ.



Hình ảnh vi thể của LCIS

- Các tác giả đưa ra kết quả: Có đến 50 – 75% tổn thương trong 1 thùy vú là đủ để xác định chẩn đoán LCIS mà không cần quan tâm đến số lượng 1 hay 2 thùy bị tổn thương. Nếu u tổn thương < 50% trong 1 thùy thì được coi là tăng sinh thùy không điển hình (Atypical Lobular Hyperplasia – ALH).

- Các tế bào LCIS thuộc cấp B có nhân đa dạng hơn, bào tương rộng và đôi khi có hạt nhân (loại này giống như tế bào của Carcinom ống tại chỗ) vì vậy chẩn đoán phân biệt với Carcinom ống tại chỗ có thể gặp khó khăn. Tuy nhiên ở LCIS tổn thương chỉ yếu u ở thùy vú. Các ống vú có thể liên quan nhưng không có dòng Comedo, dòng sần hay dòng nhú.

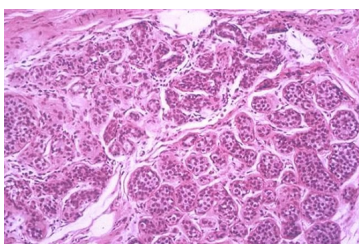
- Các hạt sáng trong bào tương (Intracytoplasmic Vacuoles) là do sự tích tụ nhũ y tế bào ra rớt thùy ng gập và đóng vai trò quan trọng trong LCIS, nhưng không nhất thiết là tiêu chuẩn để chẩn đoán. (Hình ảnh này hiếm gặp trong Carcinoma và không gặp trong tăng sản nang hoặc thùy). Nhưng trong ng gập rõ nét có thể tạo thành dạng tế bào nhũ.

- Hình nhân nhũ u mãn kinh, các thùy vú thùy đã bị teo dẹt, vì vậy LCIS đôi khi chỉ biểu hiện ở các nang vú có dạng răng cưa (Saw – Tooth) hay dẹt lá 4 cánh (Clover Leaf).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Phân biệt với tăng sản tế bào của biểu mô: Loại này vẫn còn tế bào biểu mô lòng nang của thùy vú. Tế bào của biểu mô tăng sinh bao quanh tròn nhũ, bào tương sáng, nhân tăng sắc.

- Phân biệt với tăng sản thùy không điển hình (Atypical lobular hyperplasia- ALH): Các tế bào tuyến tăng sản có những đặc điểm giống như tế bào LCIS nhưng hình ảnh tăng sinh thùy không rõ nét vẫn còn nhũ ra lòng nang của thùy vú và thùy ng chỉ ghi nhận ở 1 thùy vú.



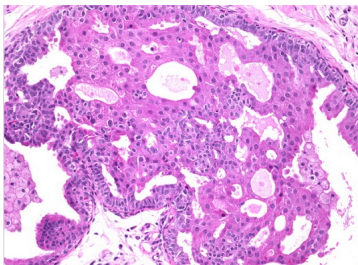
Hình ảnh vi thể của ALH

II. Carcinoma tại chỗ và tăng sản không điển hình:

1. Tăng sinh nội ống (Intraductal Hyperplasia)

- Tăng sinh nội ống là tổn thương hay gặp kèm theo trong thay đổi sơ bộ của tuyến vú.

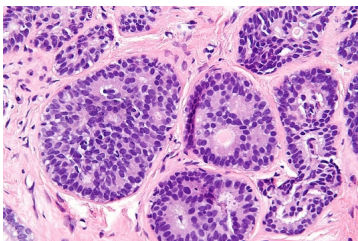
- Ví dụ: Hình ảnh tăng sinh tế bào biểu mô lấp kín lòng ống xen lẫn với tăng sinh tế bào có biểu mô hình thoi. Các tế bào biểu mô có hình tròn, đáng chú ý, có thể gặp những vùng biến đổi bọt biển (foamy Cells) hoặc đôi khi có hình tiệt. Nhân tế bào có thể tăng số hoặc gặp phân bào biến đổi và có nhiều hình dạng: Hình ôvan, hình khe hở, v.v...



Hình ảnh vi mô của tăng sinh nội ống

2. Tăng sinh ống không điển hình (Intraductal Hyperplasia With Atypia):

- Hình ảnh tăng biểu mô nên các lòng tuyến thứ phát (Secondary Lumens) có hình bất thường. Tế bào biểu mô tăng tiến, đôi khi có nhú nhô hoặc có thể xen lẫn với hoại tử. Nhân tế bào không điển hình và gặp 1 số phân bào.



Hình ảnh vi thể của tăng sản ống tuyến không điển hình.

3. Carcinom ống tại chỗ (Ductal Carcinoma In Situ):

3.1 Đặc điểm lâm sàng:

DCIS phát sinh từ hệ thống ống của tuyến vú, gồm các ống nang vú (Lobular Ducts).

DCIS là 1 tổn thương khó sờ thấy được, mà thường phát hiện qua chụp nhũ ảnh hoặc sinh thiết vú.

3.2 Đặc điểm :

Hầu hết hình ảnh đặc điểm không rõ, ngoài trừ dạng hoặc là Comedo có thể thấy một khi có một ổ chết hoại tử kèm xơ hóa quanh ống.



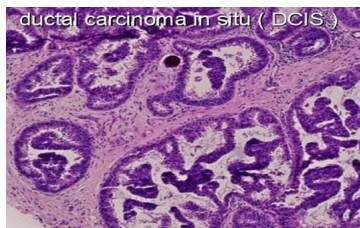
Hình ảnh đặc điểm của DCIS

3.3 Vi thể :

Có nhiều dạng cấu trúc: (có thể đơn thuần hoặc kết hợp). Dạng nhú – Dạng đờc – Dạng sàng – Dạng hoại tử Comedo. Nhân tế bào tăng số, tế bào Nhân/ Bào tủy tăng và gặp phân bào bất thường. Trong một số trường hợp có thể gặp tế bào bán hủy với các hạt sáng trong bào tủy.

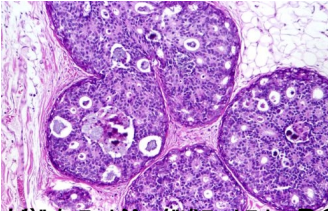
Không gặp hình tăng sinh tế bào biểu mô trong ống, tuy nhiên có thể gặp tế bào biểu mô ở vùng mép tận thớ ống.

Ở dạng vi nhú cần phân biệt với tăng số nhân nội ống dạng nhú không điển hình. Đối với DCIS vi nhú, các ống nhú lồng vào lòng ống. Các tế bào u nhú, khá đồng dạng, nhân số nhiều phân bào, xếp thành đám đờc ngay dưới nội mạc ống (không thấy rõ trục liên kết mô ch máu). Có thể gặp 1 số đám tế bào u nhú lồng trong lòng ống.

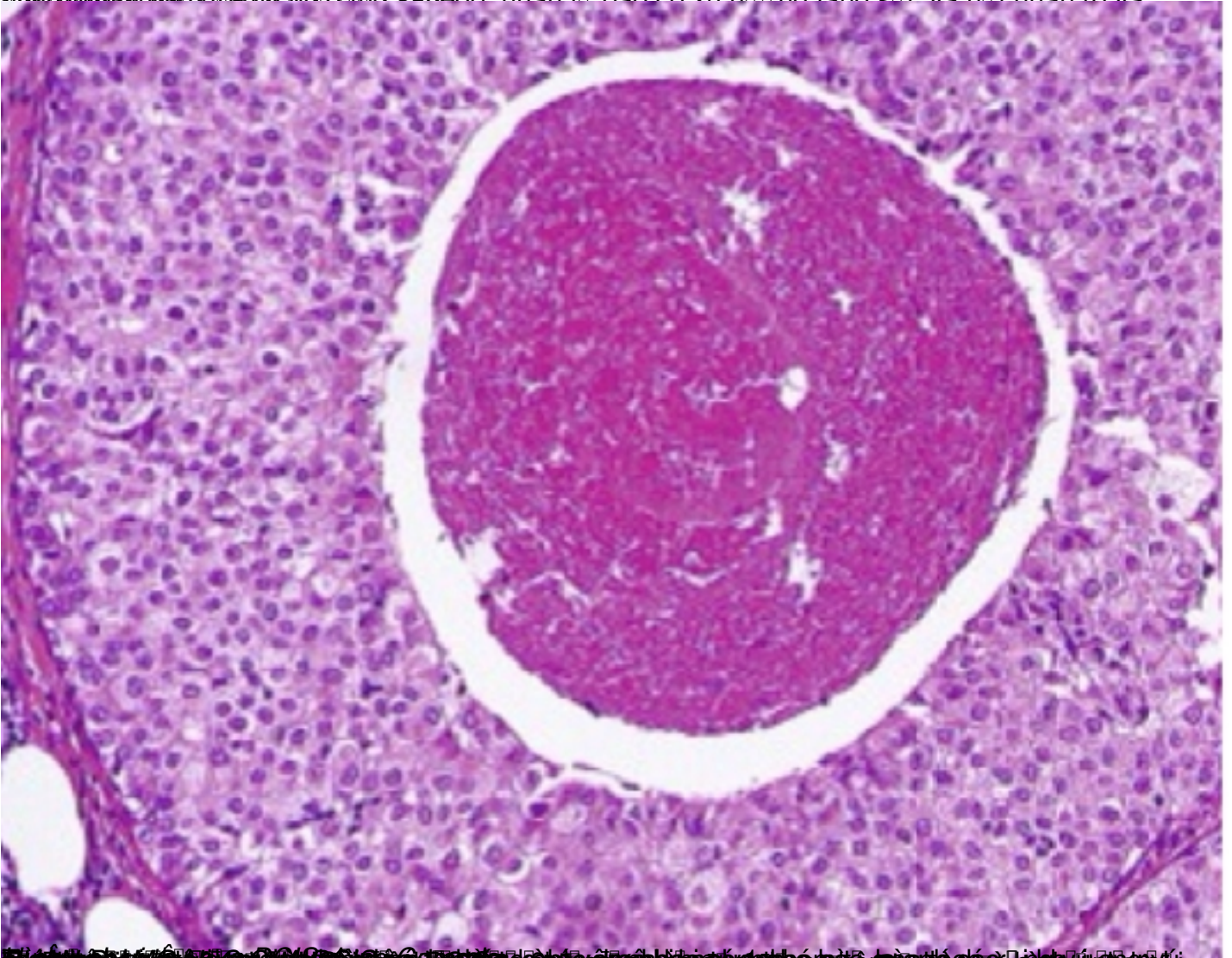


Hình ảnh vi thể DCIS dạng vi nhú

Đối với dạng sàng các tế bào u tạo thành các dải hoặc cụm nhỏ làm các khoang trống trong lòng ống có hình ô cửa sổ. Các khoang trống phân bố đều trong ống, thớ ống có dạng hình tròn và kích thước tế bào đồng đều đồng dạng.



Chính phủ của Canada đã đưa Canada nhân tố hàng có xu hướng tăng số và hớt nhàn rỗi và

[illegible]