

cắt gan lớn. Theo y văn, quan điểm về vấn đề này còn trái chiều. Một số tác giả đã chứng minh rõ ràng rằng phần gan bị cắt càng nhỏ thì càng ít biến chứng và tỉ lệ sống sót của bệnh nhân càng cao [8]. Trong khi đó, một số nghiên cứu khác không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng biến chứng sau mổ và tỉ lệ tử vong giữa các bệnh nhân cắt gan lớn và những người chỉ cắt gan nhỏ [5].

## V. KẾT LUẬN

Cắt gan lớn có liên quan đến suy gan sau phẫu thuật là một biến chứng có khả năng gây tử vong cao và hiện có rất ít lựa chọn điều trị hiệu quả. Việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp và chuẩn bị tiền phẫu chu đáo đóng vai trò then chốt trong phòng ngừa biến chứng này. Biến chứng sau phẫu thuật cắt gan vẫn còn cao, nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ, tiếp theo là rò mật. Tuy nhiên, các biến chứng này không đe dọa nghiêm trọng tính mạng nhưng lại kéo dài thời gian điều trị của bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Philippe Gertsch và các cộng sự.** (1997), "Changes in hepatic portal resistance and in liver morphology during regeneration: in vitro study in rats", *The European Journal of Surgery= Acta Chirurgica.* 163(4), tr. 297-304.
2. **Van Linh Ho và các cộng sự.** (2021), "Hepatectomy with Takasaki's Technique Using

- SonaStar Ultrasonic Aspiration System: An Experience from 58 Cases", *Clinical and Experimental Gastroenterology*, tr. 297-302.
3. **Nurbek Ilyassov** (2020), "Postoperative complications after liver resection in patients with focal lesions", *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan*(1 (55)), tr. 32-35.
4. **Shan Jin và các cộng sự.** (2013), "Management of post-hepatectomy complications", *World journal of gastroenterology: WJG.* 19(44), tr. 7983.
5. **YI Kim và các cộng sự.** (1993), "Prolonged normothermic ischaemia of human cirrhotic liver during hepatectomy: a preliminary report", *Journal of British Surgery.* 80(12), tr. 1566-1570.
6. **Qi Liu và các cộng sự.** (2024), "Liver regeneration after injury: Mechanisms, cellular interactions and therapeutic innovations", *Clinical and Translational Medicine.* 14(8), tr. e1812.
7. **Yves Panis, David M McMullan và Jean C Emond** (1997), "Progressive necrosis after hepatectomy and the pathophysiology of liver failure after massive resection", *Surgery.* 121(2), tr. 142-149.
8. **Panakhov DM Patyutko YuI** (1997), "Prognosis factors for primary malignant tumors of the liver [in Russian]", *Annaly khirurgicheskoi gepatologii.* 2, tr. 25-31.
9. **C. Quireze Junior và các cộng sự.** (2025), "Complications after Hepatectomy", *Arq Bras Cir Dig.* 37, tr. e1856.
10. **V Roger và các cộng sự.** (1996), "A good model of acute hepatic failure: 95% hepatectomy. Treatment by transplantation of hepatocytes", *Chirurgie; Memoires de L'academie de Chirurgie.* 121(6), tr. 470-473.

## RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TIỂU TIỆN MỨC ĐỘ NẶNG Ở TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

Nguyễn Duy Việt<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Mạnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân sơ sinh và trẻ nhỏ có rối loạn chức năng tiểu tiện mức độ nặng. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân chẩn đoán rối loạn chức năng tiểu tiện mức độ nặng từ năm 2017 – 4/2024 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tất cả bệnh nhân được hướng dẫn thông tiểu ngắt quãng sạch. **Kết quả:** Có 12 bệnh nhân trong đó 8 trường hợp (66,7%) là nữ, tuổi trung bình 7,5 tháng (2 ngày – 36 tháng); trong đó 10 bệnh nhân từ dưới 12 tháng tuổi bao gồm 4 trường hợp sơ sinh. Đa số biểu hiện nhiễm khuẩn đường tiết niệu có sốt 83,3% với số lần nhập viện trung bình là 2,6 lần (1-7 lần) và

tất cả tồn dư nước tiểu sau khi đi tiểu. Tất cả bệnh nhân có giãn bể thận - niệu quản 2 bên, xơ hóa bàng quang. Có 58,3% trào ngược bàng quang – niệu quản. Có 2 bệnh nhân tự đi tiểu không cần thông tiểu ngắt quãng sạch, 3 bệnh nhân còn mở thông bàng quang, trường hợp khác tiếp tục thông tiểu. 75,0% hết giãn bể thận - niệu quản và 42,9% hết trào ngược bàng quang niệu quản. Có 58,4% các trường hợp bảo tồn chức năng thận bình thường. **Kết luận:** Nhận biết rối loạn chức năng tiểu tiện mức độ nặng sớm ở sơ sinh và trẻ nhỏ, theo dõi sát và chỉ định điều trị phù hợp giúp bảo tồn hệ tiết niệu trên và chức năng thận.

**Từ khóa:** Rối loạn chức năng tiểu tiện

### SUMMARY

#### DYSFUNCTIONAL VOIDING IN INFANTS AND YOUNG CHILDREN

**Objective:** Describe clinical features and results of treatment in infants and children with severe dysfunctional voiding. **Patients and methods:** Retrospective review of medical records of patients diagnosed with severe dysfunctional voiding, from

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Việt

Email: bsnguyenduyviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

2017 to April 2024, at Vietnam National Children's Hospital. Patients are instructed in clean intermittent catheterization and surgical approach. **Results:** There were 12 patients, of whom 8 (66.7%) were female, with a mean age of 7.5 months (range: 2 days to 36 months). Of these, 10 patients were under 10 months old, including four newborns. Most patients had urinary tract infections, with a fever rate of 83.3%, and an average of 2.6 hospitalizations (ranging from 1 to 7 times). All patients had residual urine. All cases had bilateral dilatation of the ureter and renal pelvis and bladder trabeculation. 58.3% of patients have vesicoureteral reflux. 2 patients urinate spontaneously without clean intermittent catheterization, three patients require vesicostomy, and others still perform clean intermittent catheterization. Seventy-five percent of patients with bilateral dilatation of the ureter and renal pelvis had normal findings, and 42.9% of patients with vesicoureteral reflux showed improvement. 58.4% of patients preserved normal renal function. **Conclusions:** Early recognition of severe dysfunction in infants and young children, close monitoring, and appropriate treatment help preserve upper urinary tract and renal function.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Hinman – Allen đó là tình trạng rối loạn chức năng tiểu tiện mức độ nặng, với cơ chế bệnh sinh biểu hiện rối loạn bất đồng vận cơ bàng quang – cơ thắt niệu đạo. Biểu hiện lâm sàng của hội chứng này đó là xuất hiện tiểu không tự chủ ngày và/ hoặc đêm, tồn dư nước tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn, táo bón/viêm ruột. Hội chứng này xuất hiện ở những trường hợp không có tắc cơ học đường tiểu ra, không có tổn thương hay bệnh lý thần kinh [1],[2],[3].

Bệnh được đề cập lần đầu tiên vào năm 1973, và sau đó là năm 1977; nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh xuất hiện ở lứa tuổi đến trường và tuổi dậy thì [2],[3]. Rất ít nghiên cứu báo cáo hội chứng xuất hiện ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, và thường với số lượng ít trường hợp [4]. Để bổ sung Y văn những trường hợp rối loạn chức năng tiểu tiện ở lứa tuổi sơ sinh và trẻ nhỏ. Nghiên cứu tiến hành hồi cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn chức năng tiểu tiện mức độ nặng, từ năm 2017 – 4/2024, tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Các biến số nghiên cứu gồm tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu có sốt nhập viện điều trị theo kháng sinh đồ, dấu hiệu rối loạn chức năng tiểu tiện ngày và/ hoặc đêm; tiền sử táo bón. Siêu âm hệ tiết niệu ghi nhận tình trạng giãn bể thận – niệu quản và xơ hóa thành bàng quang; chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng

ghi nhận trào ngược bàng quang – niệu quản. Mức lọc cầu thận được tính theo công thức Schwartz [5], và được phân loại theo Kdigo 2012 [6]. Bệnh nhân được khám thực thể, khám tâm thần và vận động, chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng; soi niệu đạo bàng quang để loại trừ dị tật nút đốt sống bẩm sinh và tắc cơ học đường tiểu ra. Bệnh nhân được đánh giá tại thời điểm nghiên cứu và kết thúc nghiên cứu bao gồm triệu chứng lâm sàng, siêu âm hệ tiết niệu, chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng, chức năng thận đánh giá theo phân loại của Kdigo 2012. Trong quá trình nghiên cứu bệnh nhân được chỉ định thông tiểu ngắt quãng sạch, phẫu thuật điều trị trào ngược bàng quang – niệu quản, mở thông bàng quang ra da.

**Xử lý thống kê:** Phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm R-studio.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 12 trường hợp được chẩn đoán rối loạn chức năng tiểu tiện mức độ nặng, đa số là nữ với 8 trường hợp (66,7%), 4 (33,3%) bệnh nhân nam. Tuổi trung vị là 7,5 tháng (2 ngày – 36 tháng), trong đó có 10 bệnh nhân từ dưới 12 tháng tuổi bao gồm 4 bệnh nhân sơ sinh. Thời gian theo dõi trung bình là 34 tháng (3 – 60 tháng).

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tiểu rặn	12	100,0
Rỉ nước tiểu	12	100,0
Tiểu ngắt quãng	12	100,0
Bí tiểu, cầu bàng quang	2	16,7
Tồn dư nước tiểu	12	100,0
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có sốt	10	83,3
Táo bón	1	8,3

**Bảng 2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh hệ tiết niệu**

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giãn đài bể thận – niệu quản 2 bên	12	100,0
Thành bàng quang dày/hình ảnh túi thừa	12	100,0
Nhu mô thận tăng âm/hạn chế phân biệt tủy-vỏ	4	33,3
Trào ngược bàng quang – niệu quản	7	58,3

**Bảng 3. Mức lọc cầu thận theo phân loại của KDIGO 2012, bắt đầu nghiên cứu và kết thúc nghiên cứu**

GFR (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )	Mức độ	Tại thời điểm nghiên cứu		Tại thời điểm đánh giá	
		N <sub>0</sub>	%	N <sub>1</sub>	%
≥ 90	Bình thường/cao	4	33,3	7	58,4
60 – 89	Giảm nhẹ	3	25,0	3	25,0
45 – 59	Giảm nhẹ - trung bình	1	8,3	0	0,0
30 – 44	Giảm trung bình – nặng	2	16,7	1	8,3
15 – 29	Giảm nặng	1	8,3	1	8,3
< 15	Suy thận	1	8,3	0	0,0

N<sub>0</sub> là số bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, N<sub>1</sub> là số bệnh nhân tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

**Nhận xét:** Phần lớn các trường hợp có chức năng thận bình thường, khoảng 1/4 các trường hợp giảm chức năng thận mức độ nhẹ. 16% trường hợp giảm chức năng thận mức độ trung bình và mức độ nặng.

Tại thời điểm đánh giá có 2 bệnh nhân có khả năng đi tiểu và không còn tồn dư nước tiểu, bệnh nhân không cần chỉ định thông tiểu ngắt quãng sạch, 3 bệnh nhân mở thông bàng quang ra da. Các trường hợp khác tiếp tục thông tiểu ngắt quãng sạch chủ động từ người chăm sóc hoặc thông tiểu ngắt quãng sạch sau khi bệnh nhân đi tiểu, trong đó có 2 bệnh nhân còn xuất hiện rỉ nước tiểu mức độ ít so với trước, và bệnh nhân còn lại không còn xuất hiện rỉ nước tiểu giữa các lần thông tiểu ngắt quãng sạch. Không có bệnh nhân nào cần phải nhập viện điều trị do nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc có biến chứng nghiêm trọng liên quan đến thông tiểu ngắt quãng sạch. Có 9/12 (75,0%) bệnh nhân hết giãn bể thận – niệu quản, 4 bệnh nhân nhu mô thận tăng âm 2 bên và 3/7 (42,9%) bệnh nhân hết trào ngược bàng quang - niệu quản.



**Hình 1. Nguyễn Bao A, nữ, 25 ngày. Xơ hóa bàng quang, không có trào ngược bàng quang – niệu quản**



**Hình 2. Phạm Thu H, nữ, 2 tháng, trào ngược bàng quang – niệu quản 2 bên độ V, xơ hóa bàng quang.**



**Hình 3. Cao Anh Ng, nữ, 3 tháng: chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng: hình ảnh xơ hóa bàng quang, không có trào ngược bàng quang-niêu quản**



**Hình 4. Chụp cộng hưởng từ hệ tiết niệu hình ảnh giãn bể thận – niệu quản 2 bên, túi thừa nhỏ bàng quang.**

#### IV. BÀN LUẬN

Cơ chế bệnh sinh hội chứng Hinman – Allen đó là tình trạng rối loạn bất đồng vận cơ bàng quang - cơ thắt niệu đạo, đã được chỉ ra ở nhiều nghiên cứu khi tiến hành đo niệu động học cùng với điện cơ sàn chậu [2],[3],[7]. Nghiên cứu hiện tại cho thấy còn tồn tại khoảng 1/4 trường hợp giãn bể thận – niệu quản, và khoảng gần 1/2 trường hợp trào ngược bàng quang – niệu quản. Có khoảng gần 2/3 trường hợp có mức lọc cầu thận bình thường, và 16,6% trường hợp có mức lọc cầu thận giảm từ mức độ trung bình – đến mức độ nặng, đặc biệt chưa có trường hợp nào cần chỉ định điều trị thay thế chức năng thận tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Hội chứng Hinman – Allen thường được nhắc tới ở trẻ lứa tuổi đến trường [2],[3]; một số ít báo cáo với số lượng vài trường hợp xuất hiện ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ [7],[4]. Đối với trẻ lớn tuổi, yếu tố tâm lý như trầm tính, nhút nhát, rụt rè và sống thu mình, nói cách khác là những đứa trẻ này dễ bị tổn thương là nguyên nhân thuận lợi dẫn tới bệnh [2]. Ngược lại, một số ít nghiên cứu hội chứng rối loạn chức năng tiểu tiện ở sơ sinh và trẻ nhỏ, và với nhóm tuổi này thật khó lý giải ảnh hưởng của yếu tố tâm lý. Bên cạnh đó rối loạn bất đồng vận cơ bàng quang – cơ thắt niệu đạo rất hiếm xảy ra ở trẻ trước khi tập đi tiểu, nhất là trẻ dưới 1 tuổi, đặc biệt là trẻ sơ sinh [7].

Ngày nay, không có phác đồ điều trị chuẩn ở bệnh nhân có hội chứng Hinman – Allen. Điều trị có thể bao gồm thông tiểu ngắt quãng sạch, liệu pháp tâm lý, thuốc kháng giao cảm, điều trị trào ngược bàng quang – niệu quản, mở thông bàng quang ra da, tăng dung tích bàng quang [8],[9]. Tiến hành ngay lập tức thông tiểu ngắt quãng sạch an toàn và hiệu quả trong việc làm sạch bàng quang, kiểm soát nhiễm khuẩn ở trẻ sơ

sinh, trẻ nhỏ mà không làm tăng nguy cơ biến chứng [7],[10]. Bên cạnh đó, thuốc Oxybutynin giúp giảm co cơ bàng quang và giảm áp lực bàng quang khi mà trẻ nhỏ tăng tần suất tiểu tiện giữa các lần thông tiểu ngắt quãng sạch [10]. Nghiên cứu hiện tại có 4 trường hợp mở thông bàng quang, trong đó có 2 bệnh nhân sơ sinh là do bí tiểu, giảm chức năng thận và 2 bệnh nhân 8 tháng tuổi là do nhiễm khuẩn tiết niệu nặng và không thể tiến hành thông tiểu ngắt quãng sạch. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 2 bệnh nhân vẫn giảm mức lọc cầu thận trung bình và nặng. Một nghiên cứu khác của tác giả Mosawi 2006 và cs (2007) ở 7 bệnh nhân sơ sinh và trẻ nhỏ có rối loạn chức năng tiểu tiện và giãn bể thận – niệu quản, trào ngược bàng quang - niệu quản được hướng tiến hành thông tiểu ngắt quãng ngay sau khi chẩn đoán, tuy nhiên nếu thất bại nên chủ động mở thông bàng quang sớm giúp cải thiện tình trạng giãn bể thận – niệu quản và ổn định chức năng thận ở 3 bệnh nhân [4].

Chỉ định phẫu thuật trồng niệu quản đơn thuần không được khuyến cáo ở nhóm bệnh nhân có rối loạn chức năng tiểu tiện, vì trào ngược bàng quang – niệu quản là thứ phát do rối loạn bất đồng vận cơ bàng quang – cơ thắt niệu đạo, phẫu thuật trồng niệu quản đơn thuần sẽ thất bại [3]. Chính vì vậy, nghiên cứu hiện tại có 3 bệnh nhân được mở trồng niệu quản do trào ngược; mặc dù hết trào ngược nhưng 2/3 trường hợp còn tồn tại giãn bể thận – niệu quản và 2 bệnh nhân có mức lọc cầu thận giảm nhẹ, 1 bệnh nhân có mức lọc cầu thận giảm nặng. Điều trị chủ động bằng cách theo dõi sát và điều trị phù hợp đối với đặc điểm phát triển của bệnh sẽ giúp bảo tồn chức năng thận. Bởi vì không có yếu tố tiên lượng đối với tiến triển của bệnh, chính vì vậy đánh giá từng cá nhân và tiếp cận phù hợp sẽ giúp giảm các triệu chứng và ổn định quá trình tiến triển của bệnh [8]. Thực tế, kết quả nghiên cứu Silay và cs (2011) ở 22 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Hinman – Allen cho thấy không có bệnh nhân nào còn giãn bể thận – niệu quản, đồng thời duy trì ổn định chỉ số creatinin huyết thanh, có 3/22 (13,6%) bệnh nhân có tổn thương thận trên xạ hình thận, cả 3 trường hợp có trào ngược bàng quang – niệu quản 2 bên trong đó 2 bệnh nhân hết trào ngược do trồng niệu quản, 1 bệnh nhân tiếp tục thông tiểu ngắt quãng sạch, có 1 bệnh nhân suy thận cần được điều trị thay thế bằng lọc màng bụng [8].

Bệnh nhân với hội chứng Hinman – Allen được ghi nhận có liên quan đến tổn thương chức

năng thận, và một số yếu tố ảnh hưởng liên quan đến như nhiễm khuẩn đường tiết niệu, giãn đài bể thận – niệu quản, trào ngược bàng quang – niệu quản. Tỷ lệ tổn thương thận mạn tính gây suy thận ở bệnh nhân có hội chứng Hinman – Allen khoảng 18,5 – 23,8% [3],[9]. Nghiên cứu hiện tại cho thấy kết quả tổn thương hệ tiết niệu bao gồm giãn bể thận – niệu quản, trào ngược bàng quang - niệu quản tồn tại từ khoảng 1/3 đến 2/3 các trường hợp, kèm theo đó là giảm chức năng thận mạn tính mức độ trung bình đến nặng là dưới 1/4 trường hợp (khoảng 16,6%). Mặc dù trước đó một số bệnh nhân được điều trị ngoại khoa.

## V. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng tiểu tiện mức độ nặng hiếm gặp ở sơ sinh và trẻ nhỏ, phần lớn biểu hiện nhiễm khuẩn đường tiết niệu có sốt và tỷ lệ tổn thương hệ tiết niệu cao. Nhận biết sớm, theo dõi sát và chỉ định điều trị phù hợp giúp bảo tồn hệ tiết niệu trên và chức năng thận ở nhóm bệnh nhân này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Homsy Y.L** (1994). Dysfunctional voiding syndromes and vesicoureteral reflux. *Pediatr Nephrol* 8: 116-121.
2. **Hinman F and Baumann F.W** (1973). Vesical and ureteral damage from voiding dysfunction in boys without neurologic or obstructive disease. *J Urol*, 109(4): 727-732.
3. **Allen T.D** (1977). The non-neurogenic neurogenic bladder. *J Urol*, 117(2): 232-238.
4. **Al Mosawi A.J** (2007). Identification of nonneurogenic neurogenic bladder in infants. *Urology*, 70(2): 355-356; discussion 356-357.
5. **Schwartz G.J, Brion L.P and Spitzer A** (1987). The use of plasma creatinine concentration for estimating glomerular filtration rate in infants, children, and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 34(3): 571-590.
6. **Stevens P.E, Levin A** (2013). Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2012 Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 185: 825-830.
7. **Bauer S.B, Dyro F.M, Krarup C et al** (1989). The unrecognized neuropathic bladder of infancy. *J Urol*, 142(2 Pt 2): 589-591; discussion 603-605.
8. **Silay M.S, Tanriverdi O, Karatag T et al** (2011). Twelve-year experience with Hinman-Allen syndrome at a single center. *Urology*. 78(6): 1397-1401.
9. **Yang C.C, Mayo M.E** (1997). Morbidity of dysfunctional voiding syndrome. *Pediatric Urology*, 49(3): 445-448.
10. **Geraniotis E, Koff S.A, and Enrile B** (1988). The prophylactic use of clean intermittent catheterization in the treatment of infants and young children with myelomeningocele and neurogenic bladder dysfunction. *J Urol*, 139(1): 85-86.

# ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ HOÁ MÔ MIỄN DỊCH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ XÂM NHẬP BỘC LỘ HER2 THẤP

Đào Thanh Lan<sup>1,2</sup>, Bùi Thị Mỹ Hạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Sỹ Lánh<sup>1,3</sup>,  
Dương Hoàng Hảo<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hải<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Gần đây, sự ra đời của các liên hợp kháng thể - thuốc đã cho thấy hiệu quả trên nhóm ung thư biểu mô (UTBM) tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp mà trước đây không đáp ứng với trastuzumab đơn thuần. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh luận về việc đây có phải là một nhóm phân tử riêng biệt hay không. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm mô bệnh học và hoá mô miễn dịch (HMMD) của UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 314 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTBM tuyến vú xâm nhập trên bệnh phẩm phẫu thuật tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024. **Kết quả:** UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp có tip mô bệnh học thường gặp nhất là UTBM xâm nhập, tip không đặc biệt (93,7%). Độ mô học thường gặp nhất là độ II (75,8%). Tỷ lệ xâm nhập mạch và xâm nhập quanh thần kinh lần lượt là 14,0% và 5,1%. Tỷ lệ di căn hạch là 33,4%. U thường có chỉ số tiên lượng Nottingham (NPI) trung bình, chiếm tỷ lệ 52,9%. Tỷ lệ ER và PR dương tính lần lượt là 90,4% và 86,4%. Tỷ lệ bộc lộ Ki-67 thấp và cao lần lượt là 40,8% và 59,2%. Phân tip phân tử Lồng ống B/HER2 âm tính hay gặp nhất với tỷ lệ 56,1%. **Kết luận:** UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp chủ yếu thuộc tip không đặc biệt, có độ mô học II, có thụ thể nội tiết dương tính và chỉ số Ki-67 cao. Những đặc điểm này tương ứng với đặc điểm của phân nhóm phân tử Lồng ống B, một nhóm có nguy cơ tái phát cao hơn sau điều trị nội tiết. Việc xác định chính xác tình trạng HER2 thấp là cực kỳ quan trọng, giúp mở ra lựa chọn điều trị có hiệu quả cao cho rất nhiều BN.

**Từ khoá:** Ung thư vú, HER2 thấp, hoá mô miễn dịch, mô bệnh học

## SUMMARY

### HISTOPATHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF HER2-LOW INVASIVE BREAST CARCINOMA

**Introduction:** Recently, the advent of antibody-drug conjugates has shown efficacy in the HER2-low invasive breast carcinoma group, which previously did not respond to trastuzumab monotherapy. However, there is still much debate about whether this

constitutes a distinct molecular subgroup. **Objective:** To describe histopathological and immunohistochemical characteristics of HER2-low invasive breast carcinoma. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 314 patients diagnosed with invasive breast carcinoma from surgical specimens at K Hospital from August 2023 to August 2024. **Results:** The most common histopathological type of HER2-low invasive breast carcinoma was invasive carcinoma of no special type (93.7%). The most frequent histological grade was grade II (75.8%). The rates of lymphovascular invasion and perineural invasion were 14.0% and 5.1%, respectively. The rate of lymph node metastasis was 33.4%. Tumors commonly had an intermediate Nottingham Prognostic Index (NPI), accounting for 52.9%. The rates of ER and PR positivity were 90.4% and 86.4%, respectively. The rates of low and high Ki-67 expression were 40.8% and 59.2%, respectively. The Luminal B/HER2-negative molecular subtype was the most common, at a rate of 56.1%. **Conclusion:** HER2-low invasive breast carcinoma is predominantly of the no special type, with histological grade II, positive hormone receptors, and a high Ki-67 index. These characteristics correspond to the Luminal B molecular subtype, a group with a higher risk of recurrence after endocrine therapy. The accurate identification of HER2-low status is therefore critically important, as it opens up a highly effective treatment option with new-generation antibody-drug conjugates.

**Keywords:** Breast cancer, HER2-low, immunohistochemistry, histopathology.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ở nữ giới, chiếm 23,8% các trường hợp ung thư mới mắc và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở nữ giới trên toàn cầu [1]. Hiện nay, ung thư vú được chia thành các nhóm phân tử: Lồng ống A, Lồng ống B, HER2 dương tính và Bộ ba âm tính. Trong đó, việc phân loại HER2 dương tính hay âm tính theo hướng dẫn của Hội Ung thư lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO)/Hiệp hội bệnh học Hoa Kỳ (CAP) sẽ quyết định việc người bệnh có được điều trị bằng kháng thể đơn dòng kháng HER2 hay không.

Gần đây, nhóm ung thư vú bộc lộ HER2 thấp (được xác định là HER2 1+ trên HMMD hoặc HER2 2+ trên HMMD kèm kết quả lai tại chỗ (ISH) âm tính) đang được nghiên cứu nhiều hơn từ khi thử nghiệm lâm sàng pha III DESTINY-Breast04 chứng minh liên hợp kháng thể - thuốc trastuzumab-deruxtecan (T-DXd) đem lại hiệu quả

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thanh Lan

Email: dao.thanhlan1796@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025