



CASE REPORT

SARCOMA MẠCH MÁU CỦA VÚ

BS TRẦN THỊ HỒNG VÂN



BỆNH SỬ :

- 34 F, PARA : 2002
- 2020 : bệnh nhận đặt implant vú , 2022 thấy nổi nốt đỏ ở da núm vú trái.
- Vú trái căng tức 8 tháng nay, to dần, gần đây nốt đỏ lan rộng ra.
- Khám : sưng, đỏ $\frac{1}{2}$ vú trái, sờ chắc, ít di động.
- Bn đã SA ở bs tư Phan Thiết nghi vỡ túi ngực bên trái- vào TpHCM khám SA ở BV thẩm mỹ nơi đặt túi ngực và qua Bv UB làm FNA , core-biopsy.



PHONG KHAM SAN PHU KHOA- HIEM MUON TRAN BINH TRONG
141 Trần Bình Trọng Phường 2, Quận 5, Tp.HCM

PHIẾU KẾT QUẢ SIÊU ÂM

I. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Họ và tên : ██████████ IDBN : 23016417 Năm sinh : 1989
Địa chỉ : Phan Thiết
Loại siêu âm : Siêu âm ngực BS chỉ định : Ths BS. CAO HỮU THỊNH
Chẩn đoán :

II. MÔ TẢ KẾT QUẢ

1/ VÚ BÊN PHẢI : có túi ngực

- Mô sợi tuyến echo không đồng nhất
- Rải rác trong mô tuyến vú có nhiều nang echo kém, d# 7 mm, bờ đều, giới hạn rõ, trực ngang, không tăng sinh mạch máu
- Vị trí 10 cách núm vú 2cm có khối echo kém, kt# 13*5 mm, trực ngang, bờ đều, giới hạn rõ, tăng âm phía sau, không tăng sinh mạch máu
- Hạch vùng (-)

2/ VÚ BÊN TRÁI :

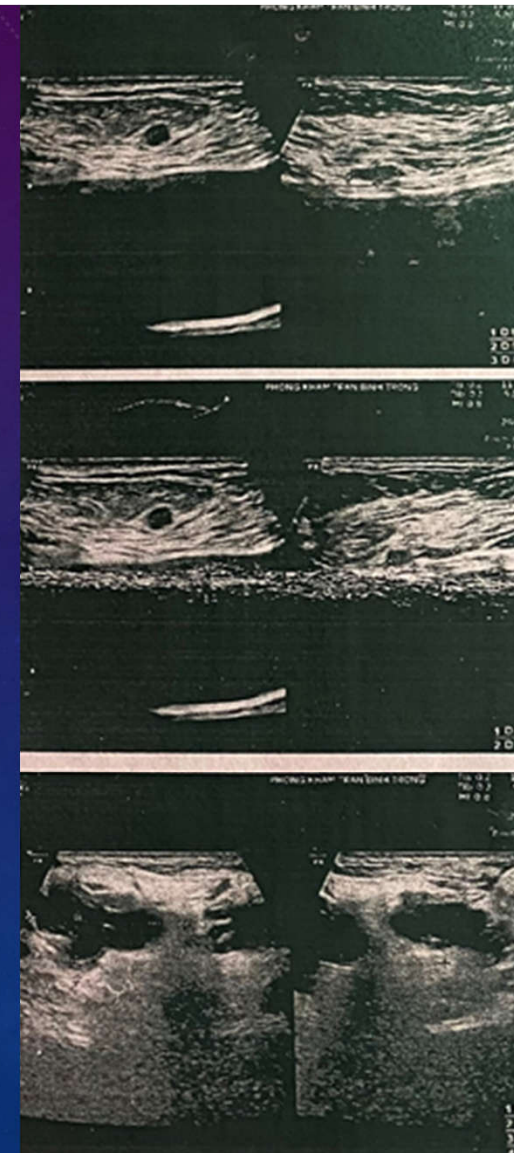
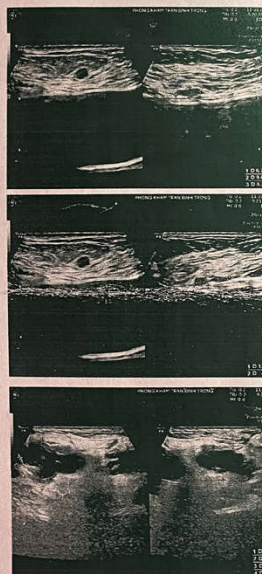
- Mô sợi tuyến echo không đồng nhất
- Vị trí 1/2h có khối echo kém kt# 31*23mm, trực ngang, bờ đa thùy, giới hạn rõ, tăng âm phía sau, không tăng sinh mạch máu, có mỡ xung quanh
- Hạch vùng (-)

3/ CÁC CƠ QUAN KHÁC: Chưa ghi nhận bất thường

III. KẾT LUẬN

SANG THƯƠNG VÚ PHẢI NHÓM 3 (THEO BIRADS) + NANG VÚ PHẢI
TỖN THƯƠNG VÚ TRÁI ĐA Ò BIRADS 4 (KHA NANG BUỒU ĐIỆP THE)
CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT: TỖN THƯƠNG VIÊM, U KHÁC CỦA VÚ.....

HÌNH ẢNH SIÊU ÂM



Ngày 11 tháng 03 năm 2023



SỞ Y TẾ TP.HCM
BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TP.HCM
Khoa Nội Soi-Siêu Âm

MS 36/BV-01
Số: TN.2303.0062033
Mã Y Tế: 701421.2303004824

PHIẾU XÉT NGHIỆM GIẢI PHẪU BỆNH SINH THIẾT



Thường: Cấp cứu:

CA23
1822

Họ tên người bệnh: _____ Năm sinh: 1989 Giới tính: Nữ
Địa chỉ: _____ Số hồ sơ: _____
Khoa: Phòng khám Ngoài giờ Buồng: _____ Giường: _____
Yêu cầu xét nghiệm: Xét nghiệm mô bệnh học thường quy cố định, chuyển, đúc, cắt, nhuộm... các bệnh phẩm sinh thiết [01 lọ BHYT thanh toán (khối bướu)]

Sinh thiết được lấy từ: BƯỚU VÚ TRÁI: 1/2 TRÊN, KT= 48MM.

Cố định bằng dung dịch: FORMOL 10%. Lúc: 27/3/2023 12:31:43PM

Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng chính và các xét nghiệm khác:
SA: ĐA TỌN THƯƠNG VÚ TRÁI (BIRADS- US 4A).

Quá trình điều trị: CHƯA.

Nhận xét đại thể khi lấy sinh thiết: THỰC HIỆN COREBIOPSY/ SIÊU ÂM BƯỚU VÚ TRÁI: 1/2 TRÊN, KT= 48MM, KIM 14G, LẤY 4 LỖI, DÀI 5-10MM. MÔ VUN --> NGHĨ HEMATOMA.

Kết quả sinh thiết lần trước (nếu có): CHƯA.

Chẩn đoán lâm sàng: SANG THƯƠNG VÚ TRÁI.

Gửi ngày 27 tháng 03 năm 2023
BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

KẾT QUẢ SINH THIẾT

Người pha bệnh phẩm: _____ Pha ngày: _____
Số mảnh: _____ Phương pháp nhuộm: Hematoxylin-Eosin
Tiêu bản lâm sàng ngày: _____ Người làm tiêu bản: _____

1. NHẬN XÉT ĐẠI THỂ
NSSA

2. NHẬN XÉT VI THỂ

3. CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH
MẪU SINH THIẾT NHỎ, PHÙ HỢP HEMATOMA
KHÔNG LOẠI TRỪ BƯỚU MẠCH MÁU.

4. SỰ PHÙ HỢP VỚI CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

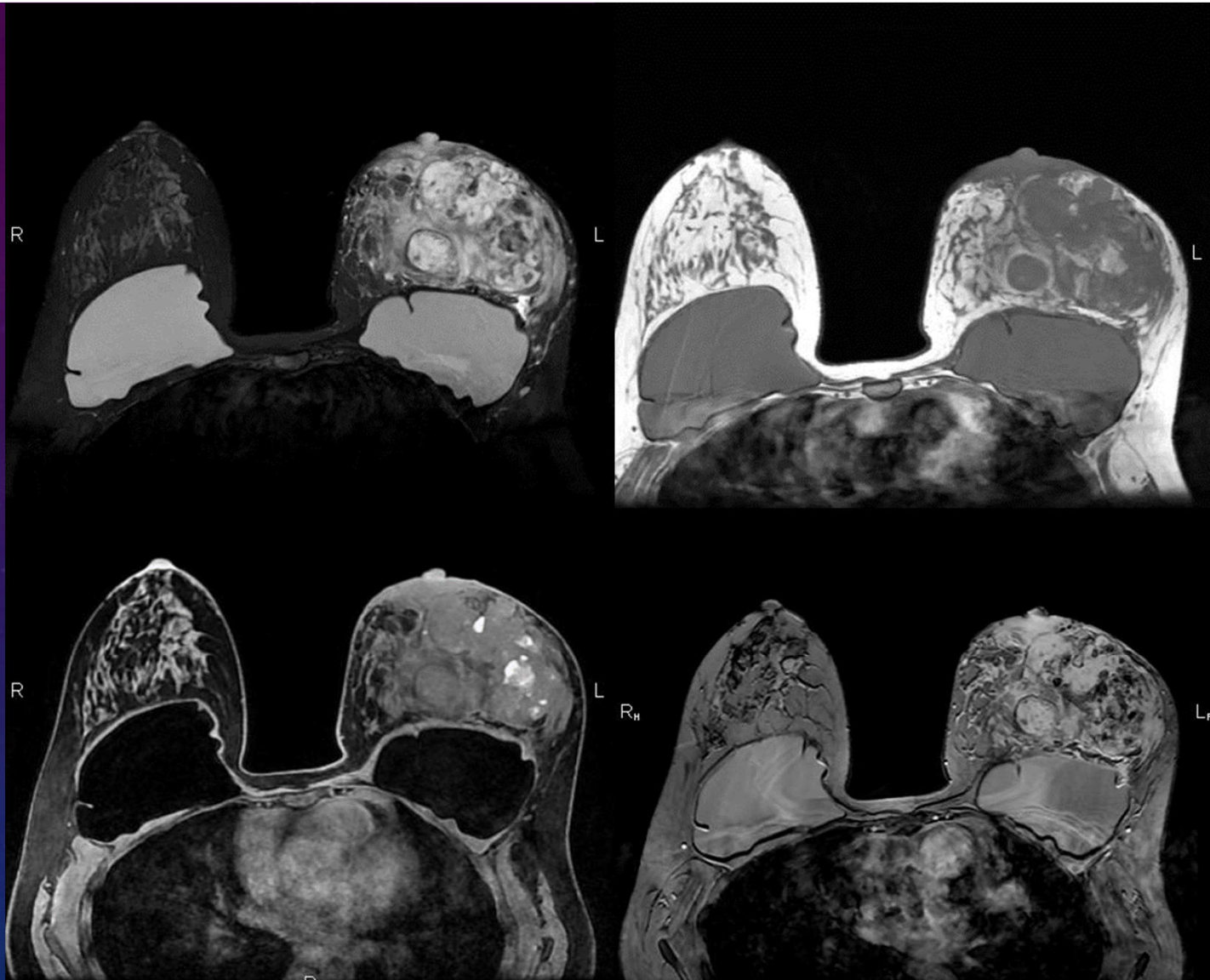
KẾT LUẬN

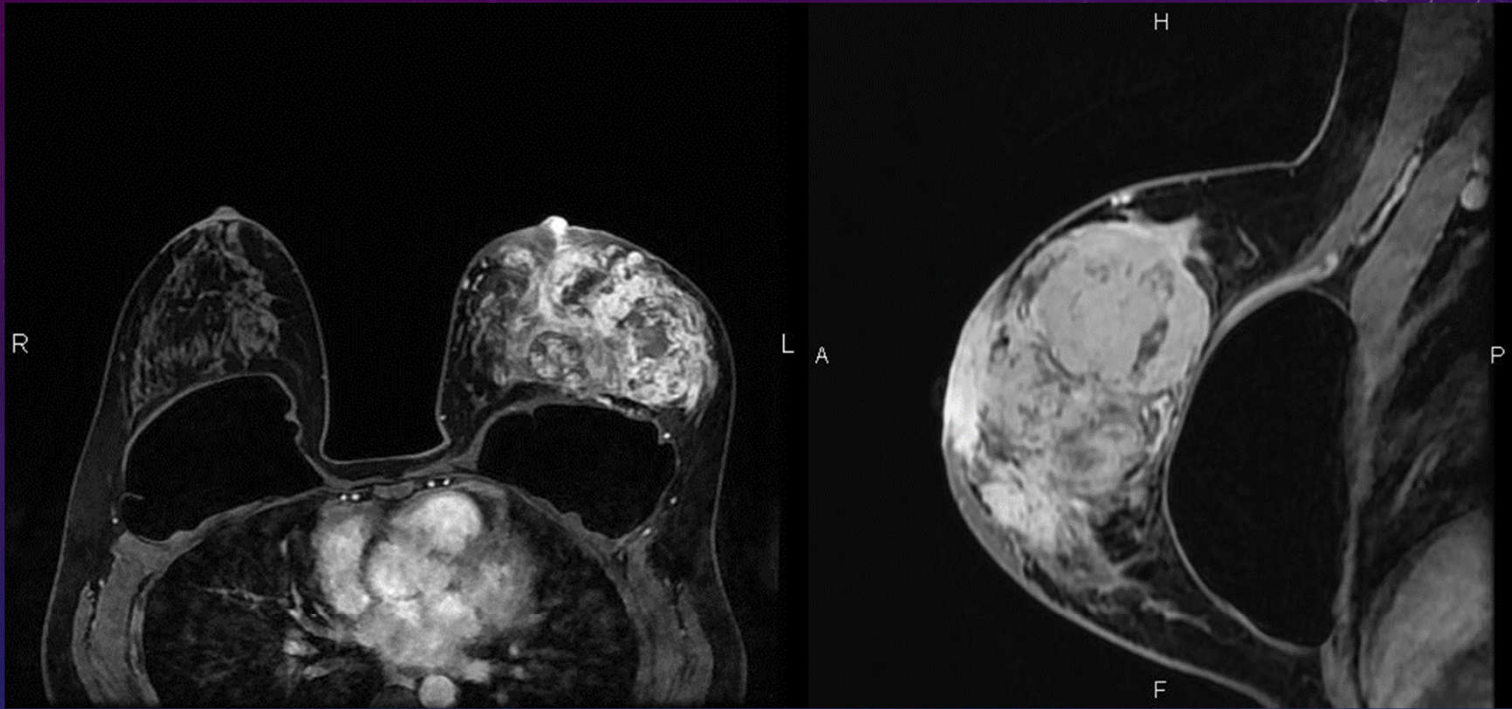
BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TP.HỒ CHÍ MINH
Tra ngày 30 tháng 03 năm 2023
BÁC SĨ ĐỌC KẾT QUẢ
KHOA GIẢI PHẪU BỆNH

Ngày 28 tháng 03 năm 2023
BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

254 Hòa Vang Q10 230608.123
Bà [redacted] 1989
ở Bà Rịa (P)
Bà MRI gần nhất của bà 2016
[Signature]
Bà lập sườn phải
(0905821998)



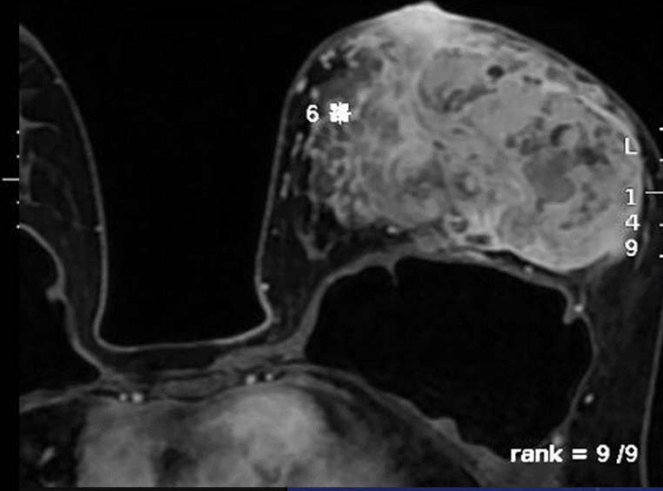
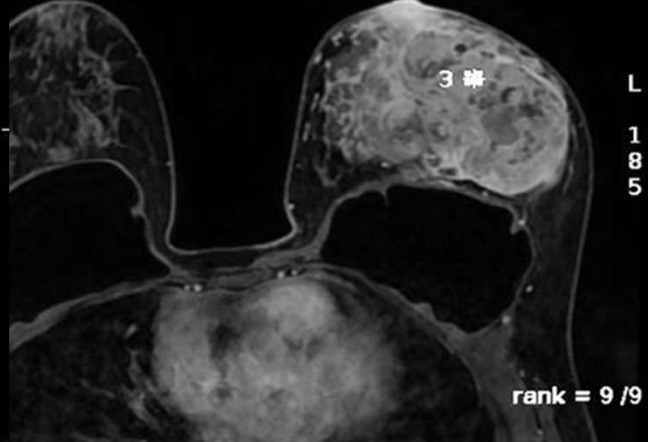
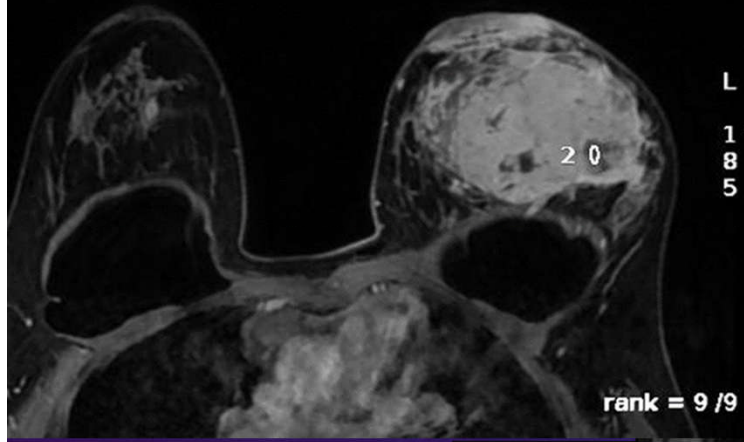




Ex: Jun 08 2023

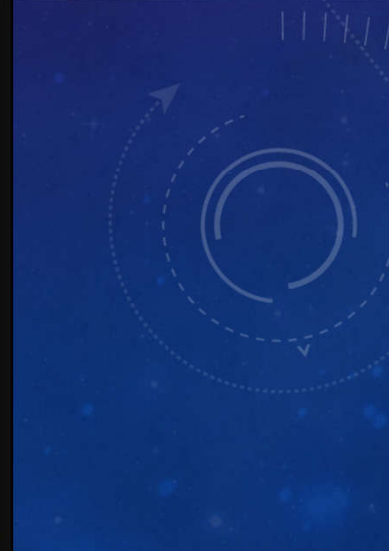
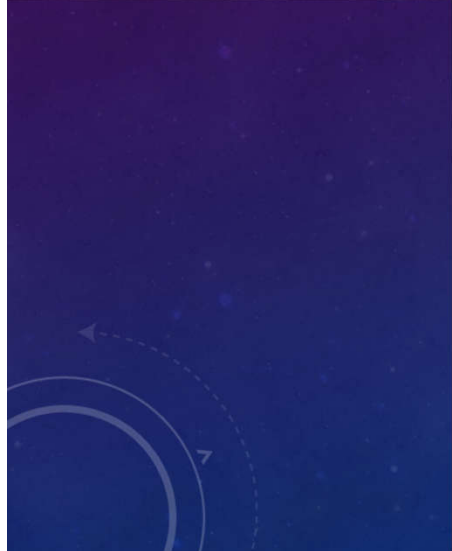
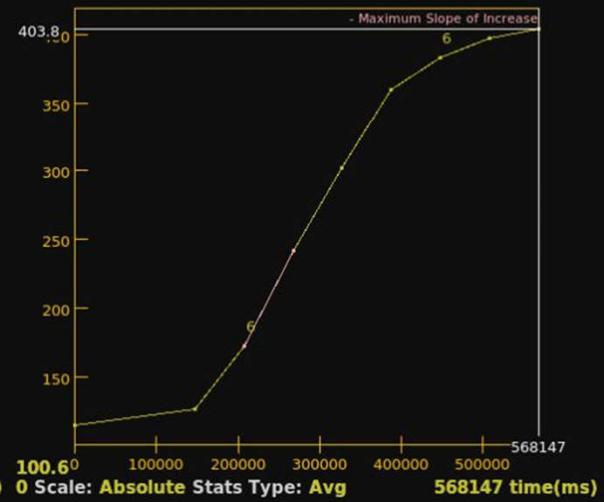
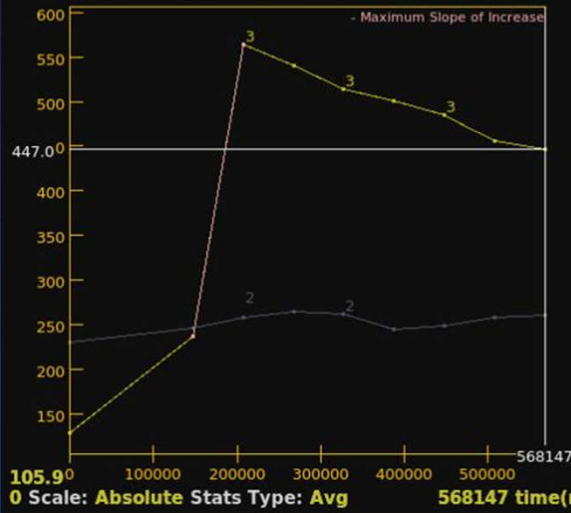
Ex: Jun 08 2023

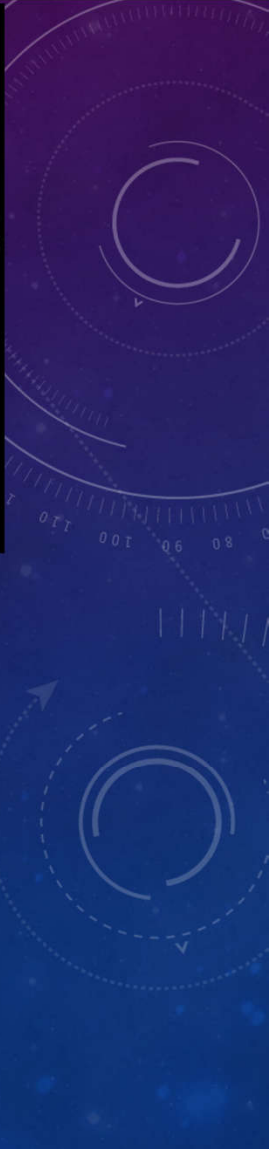
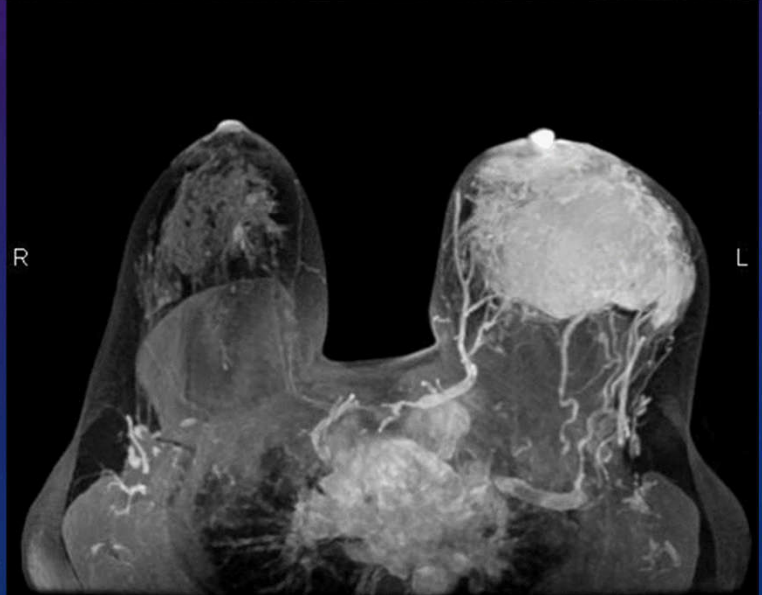
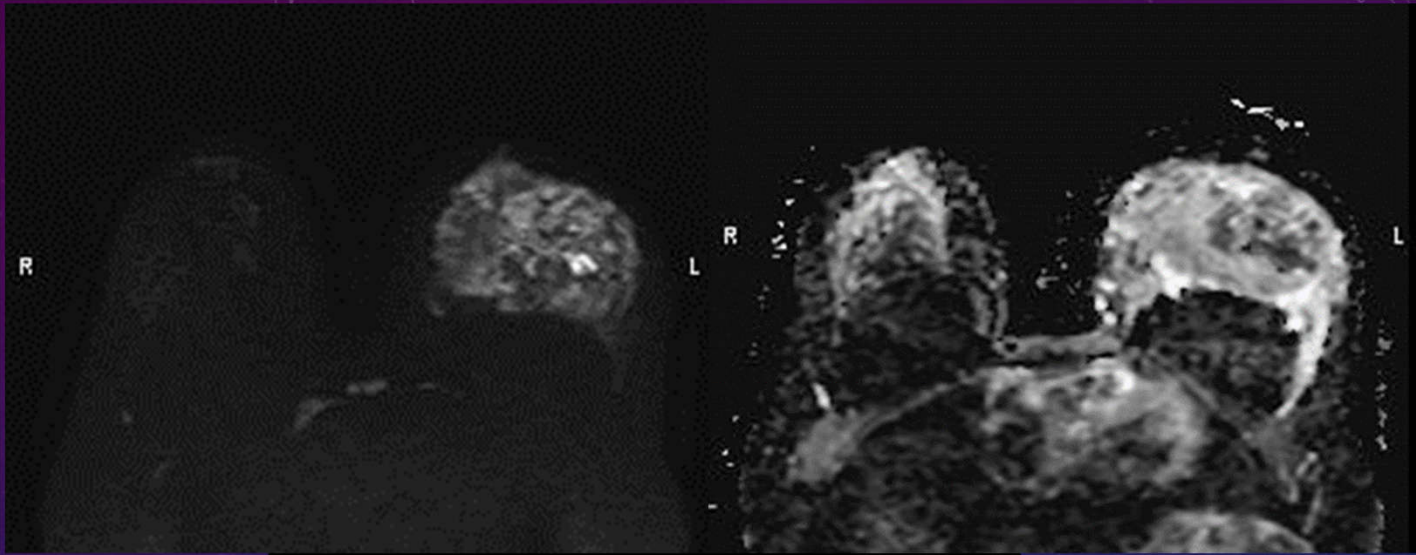
Ex: Jun 08 2023



Ex: Jun 08 2023

Ex: Jun 08 2023







Ủy ban Bưu Chính Viễn Thông
 Bệnh viện Đa khoa Bưu Điện
 Đơn vị điều trị theo yêu cầu
 Số: 424/GRV-BVĐKBD

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
 Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 01/BV-01
 Số lưu trữ: 5127/2023
 Mã y tế: BA23008008

GIẤY RA VIỆN

- Họ tên người bệnh: [Redacted]
 - Ngày/ tháng/ năm sinh: 05/ 06/ 1989 (Tuổi: 34 Tuổi)
 - Dân tộc: Kinh
 - Mã số BHXH/Thẻ BHYT số: [Redacted]
 - Địa chỉ: [Redacted]

Nam/nữ: Nữ
 Nghề nghiệp: Nội trợ

- Vào viện lúc: 10 giờ 27 phút ngày 13 tháng 06 năm 2023
 - Ra viện lúc: 13 giờ 00 phút ngày 14 tháng 06 năm 2023
 - Chẩn đoán: D48.6-U tân sinh không xác định, không chắc chắn hoặc không biết rõ tính chất của vú (Bướu vú trái)
 - Phương pháp điều trị: Đoạn nhũ trái
 - Ghi chú: Tái khám sau 07 ngày hoặc khi có dấu hiệu bất thường.
 Cho bệnh nhân nghỉ ốm 07 ngày (Từ ngày 15/06/2023 đến hết ngày 21/06/2023).

Ngày 14 Tháng 06 Năm 2023

Thủ trưởng đơn vị
 (Ký tên, đóng dấu)
TRƯỞNG KHOA
TRƯỞNG KHOA

Ngày 14 Tháng 06 Năm 2023
 (Ký tên, đóng dấu)

BSCK₂. TANG QUỐC CHÍ

BỆNH VIỆN ĐA KHOA BƯU ĐIỆN
 * **THS.BS CKII Hồ Minh Lê**



PHÒNG XÉT NGHIỆM Y KHOA
19A NGUYỄN HUY LƯỢNG

P.14, Q. BÌNH THẠNH, TP.HCM

☎ : (028) 35 10 90 57

Email: phongxetnghiem@gmail.com

MS :

Số tiêu bản : ... B22.4264

PHIẾU CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

Họ và tên : Tuổi : 1989 Nam Nữ

Địa chỉ : Số hồ sơ :

Khoa : Phòng : Giường :

Sinh khiết được lấy từ cơ quan :

Cố định bằng dung dịch : lúc : ... giờ ngày :

Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng chính và các xét nghiệm khác :

• Dấu hiệu lâm sàng chính :
D. Bướu vú (T)

• Chẩn đoán hình ảnh :
D. Bướu vú (T)

- XQ :

- Nhũ ảnh :

- Siêu âm :

• Dấu hiệu sinh học (AFP, βHCG, CEA, LDH ...):

- Quá trình điều trị :

• Đã điều trị : Hóa , Xạ , Phẫu *Quá trình bệnh*

• Hiện tại :

- Nhận xét đại thể khi lấy sinh khiết :

• Kích thước : Mặt cắt :

• Mật độ : Giới hạn :

- Kết quả và số tiêu bản lần trước (nếu có)

• Kết quả TBH : Số tiêu bản :

• Kết quả GPB : Số tiêu bản :

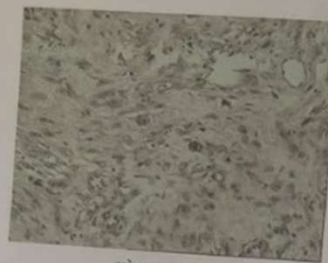
- Chẩn đoán lâm sàng :

Gửi ngày : 1 tháng 6 năm 2023
BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

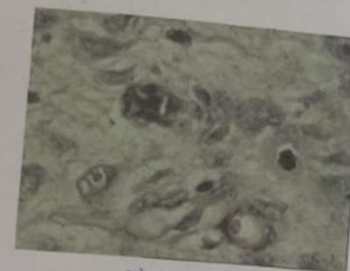
Họ tên : B.N. Lưu

1. Mô tả vi thể :

Bướu cấu tạo gồm nhiều xoang mạch máu có kích thước khác nhau, lót bởi tế bào nội mô dị dạng. Các mạch có chỗ có tế bào to, dị dạng và có nhiều ổ xuất huyết.



HÌNH 10X



HÌNH 40X

2. Chẩn đoán giải phẫu bệnh :

1 → 3. SARCÔM MẠCH MÁU CỦA VÚ

3. Đề nghị :

Ngày 18-06-2023

BS. Đọc kết quả

PHÒNG XÉT NGHIỆM
GIẢI PHẪU BỆNH

19A Nguyễn Huy Lượng, P.14, Q. Bình Thạnh

BS. NGUYỄN VĂN THÀNH



Angiosarcoma tuyến vú

Angiosarcoma là một loại u rất hiếm gặp xuất phát từ nội mô lót thành mạch máu hay mạch bạch huyết. Da là vùng bị ảnh hưởng nhiều nhất, nhất là vùng đầu cổ.

Angiosarcoma của vú chiếm tỷ lệ 0,04% của các loại u ác tính của vú . Chia làm hai loại: Primary breast Angiosarcoma (PBA) và Secondary breast angiosarcoma (SBA).

Primary breast Angiosarcoma (PBA) :

Nữ trẻ , trung bình 30- 40 tuổi.

Thường bắt nguồn từ nhu mô vú và có thể ảnh hưởng đến da. LS : khối sờ thấy được và phát triển nhanh chóng, KT trung bình = 5-7cm.

Sự đổi màu da hơi xanh xảy ra ở một số bệnh nhân và được cho là do bản chất mạch máu của khối u , có thể lan đến da gây loét.



Secondary breast angiosarcoma SBA

Trung bình khoảng 70 tuổi. Có hai loại sarcom mạch máu thứ phát :

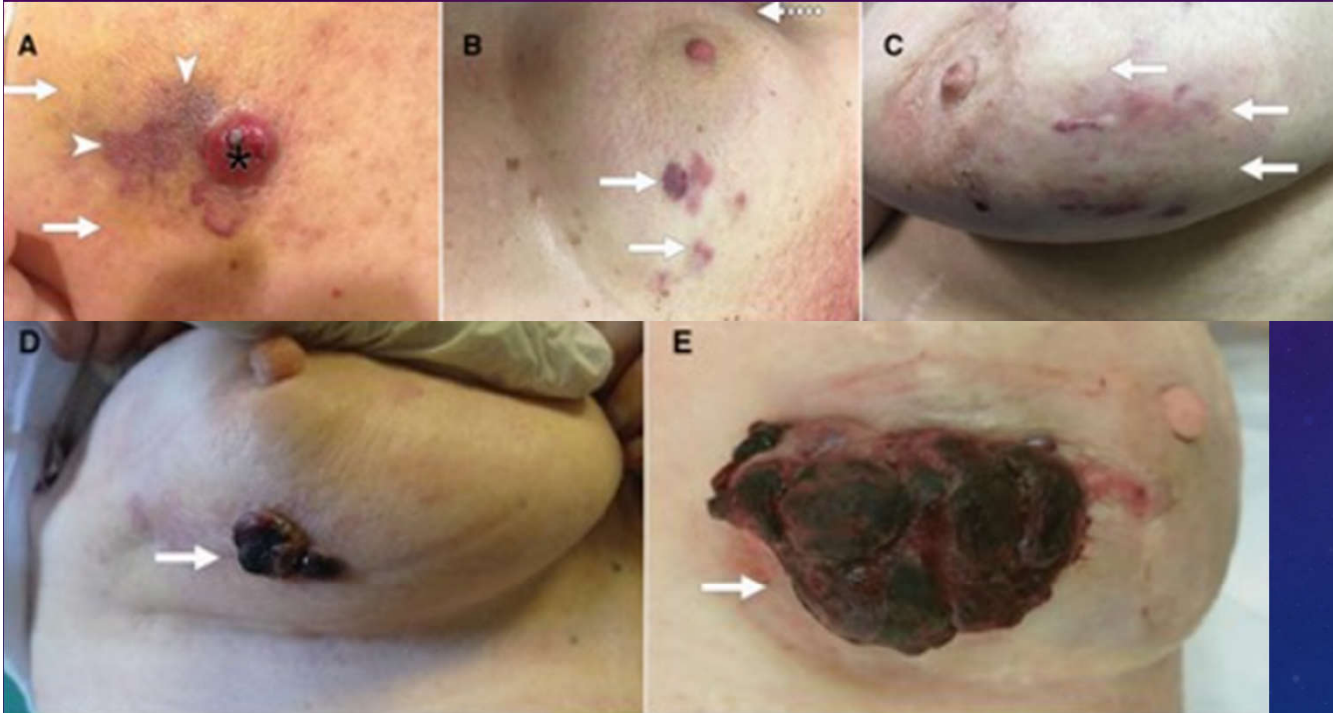
Ung thư mạch máu liên quan đến phù bạch huyết phát triển trên các chi bị phù bạch huyết và thành ngực sau phẫu thuật cắt bỏ vú và bóc tách hạch nách (hội chứng Stewart-Treves).

Ung thư mạch máu sau chiếu xạ thường xảy ra sau khi điều trị bảo tồn vú và xạ trị. Nó thường ảnh hưởng đến lớp hạ bì của vú trong trường bức xạ nhưng đôi khi có thể phát triển ở nhu mô vú.

Thời gian trung bình giữa xạ trị và sự phát triển của angiosarcoma là 6 năm, (sớm nhất là 1-2 năm hoặc muộn nhất là 41 năm sau khi điều trị).

Lâm sàng : mảng đỏ hoặc tím, ban đỏ , nốt sần màu hơi xanh đến đỏ hoặc đen và phù nề da, vết bầm máu , vết loét có thể có hoặc không .

ANGIOSARCOMA THỨ PHÁT

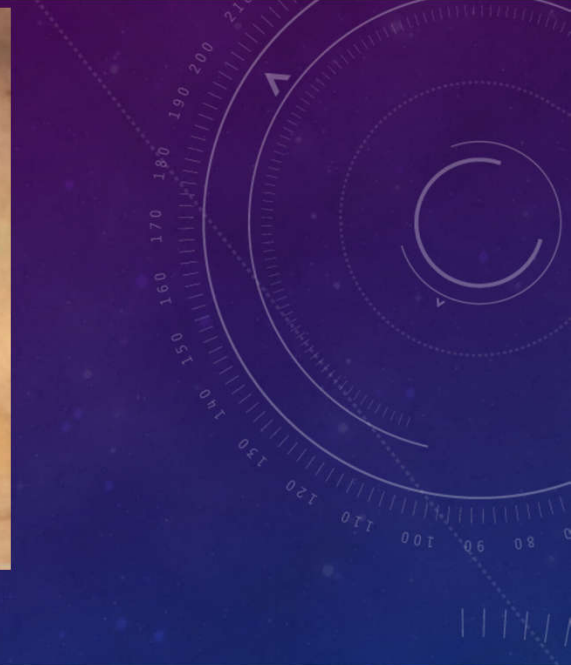


(RAS). Ung thư mạch máu liên quan đến bức xạ có thể giống vết bầm máu (A)

(B) dạng tổn thương da hình đĩa màu tím ; vết sẹo cắt bỏ khối u nằm ở một góc phần tư khác.

(C) RAS được thấy biểu hiện dưới dạng hỗn hợp các vùng ban đỏ và bầm máu ở một bên vú.

Khối ngoại bào màu đỏ sẫm (D E)



Hội chứng Stewart-Treves.

ANGIOSARCOMA THỨ PHÁT





CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Nhũ ảnh MM :

PBA có các đặc điểm không đặc hiệu :

- Khối nhu mô bờ đa cung hoặc hình bầu dục.
- Vùng bất đối xứng lan tỏa với mật độ không đều.
- Ổ đậm độ bất đối xứng khu trú .

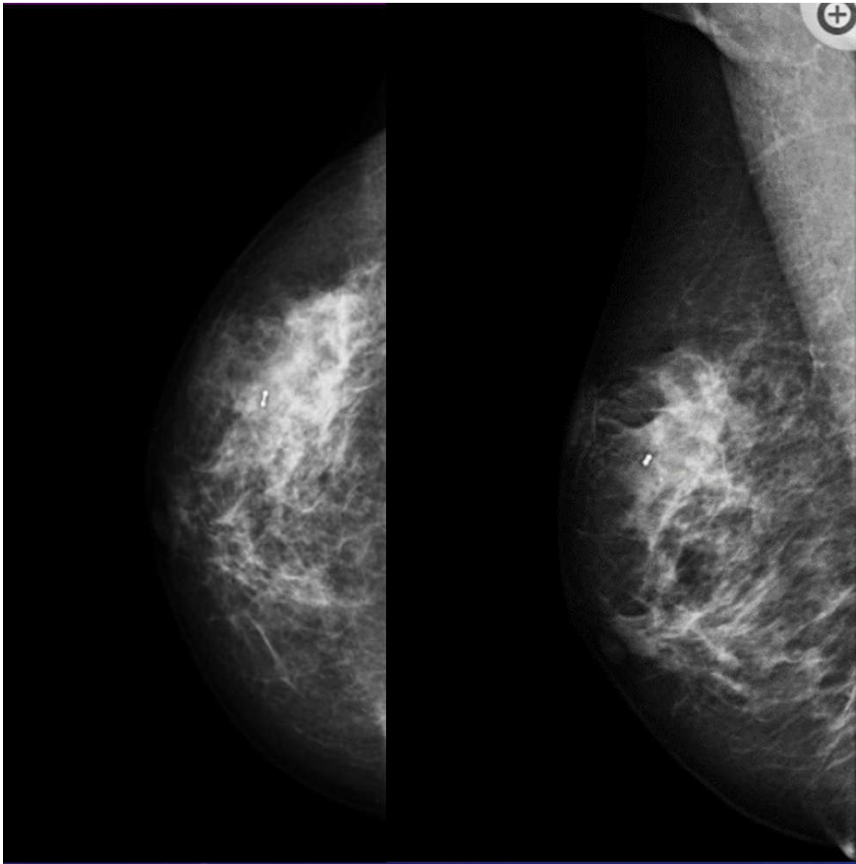
Tuy nhiên

- Không có hạch bạch huyết ở nách phì đại.
- Không tìm thấy các vi vôi hóa liên quan: điều này có thể được giải thích bởi nguồn gốc của PBA từ nhu mô chứ không phải từ các cấu trúc ống dẫn (nơi canxi được lắng đọng) và/hoặc do sự phát triển nhanh chóng của nó .

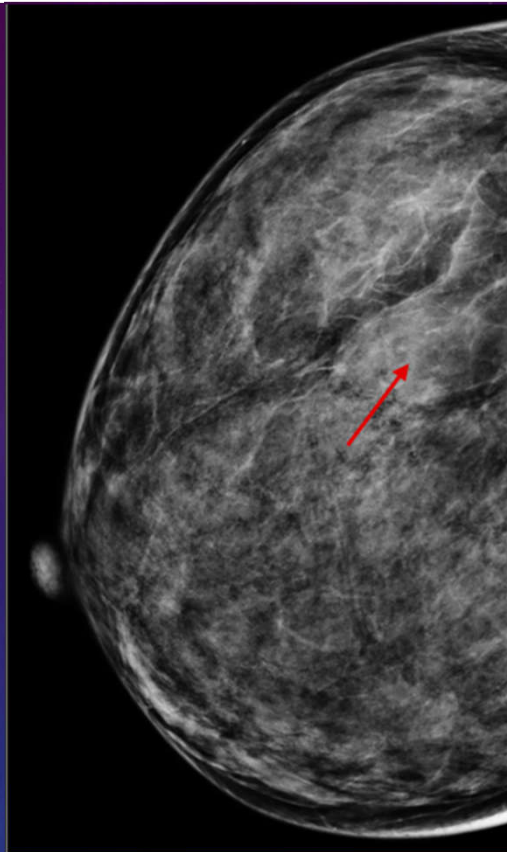
Nhiều phụ nữ mắc ung thư vú nguyên phát còn trẻ và nhu mô vú dày đặc có thể che khuất hình ảnh khối.

SBA liên quan đến bức xạ có thể trùng lặp với các biến đổi của vú sau chiếu xạ : dày da, co rút và biến dạng cấu trúc của nhu mô vú hoặc một khối không xác định. Do đó, điều quan trọng cần nhấn mạnh là trong quá trình theo dõi phụ nữ sau xạ trị độ dày của da dự kiến sẽ giảm sau hai năm xạ trị . Bất kỳ sự gia tăng nào về độ dày của da sau giai đoạn này sẽ làm tăng nghi ngờ về bệnh ác tính, ví dụ như viêm vú ung thư hoặc SBA.

Khi dấu hiệu này được phát hiện trên chụp X quang tuyến vú, các bác sĩ X quang nên xem xét lại tiền sử ung thư của bệnh nhân và tiến hành kiểm tra lâm sàng có thể phát hiện sự thay đổi màu da, phù nề, sần da, nốt sần và/hoặc mụn nước.

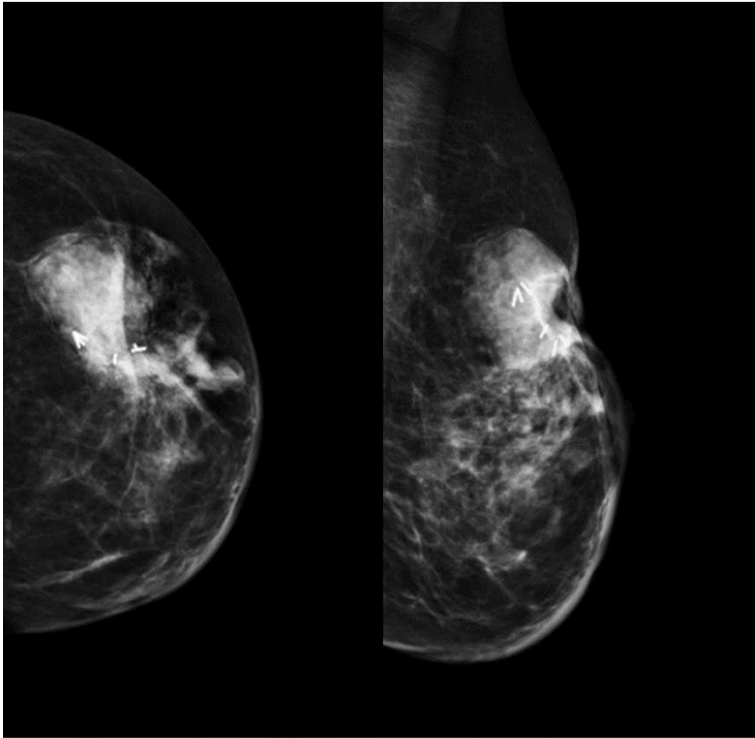


PBA

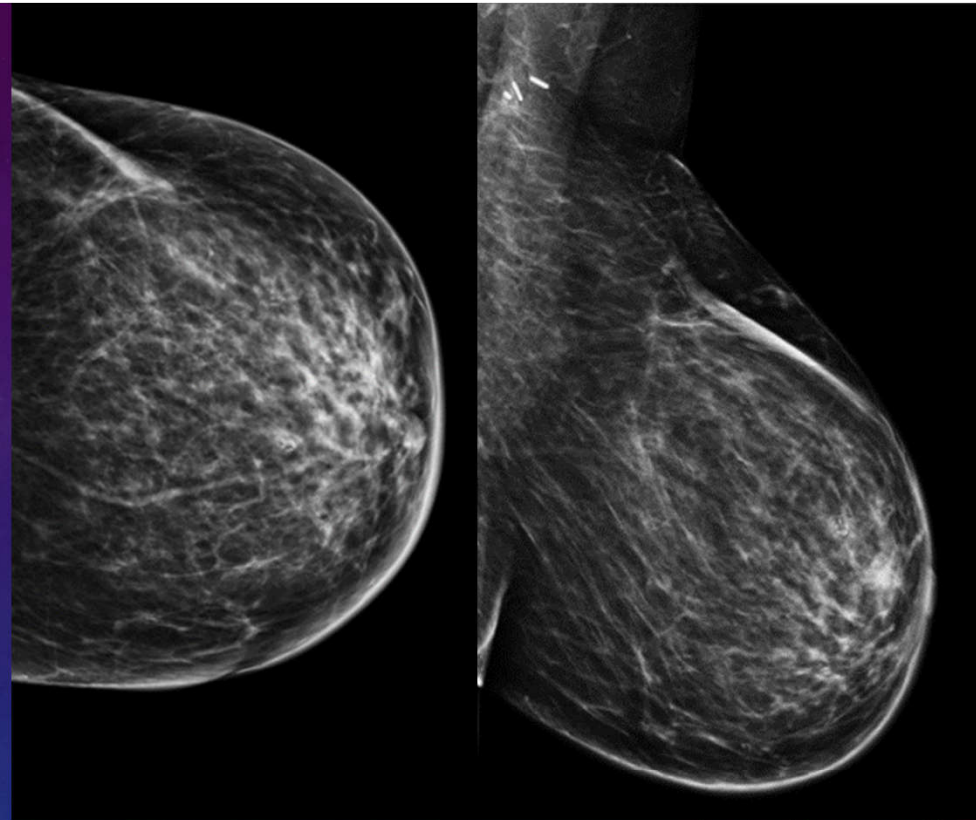


F có ngực phải bị sưng
suốt 2 tháng.
MM: Mass có bờ rõ

60 F. phát hiện một vùng ban
đỏ ở vú phải.
MM : mass bờ không đều



SAB



70 F, TC carcinoma vú trái điều trị cắt góc phần tư và xạ trị.

3y sau, vùng da đỏ và sờ thấy khối ở vị trí sẹo phẫu thuật.

MM: mass bờ không đều mật độ cao bên dưới vết sẹo ,dày da.

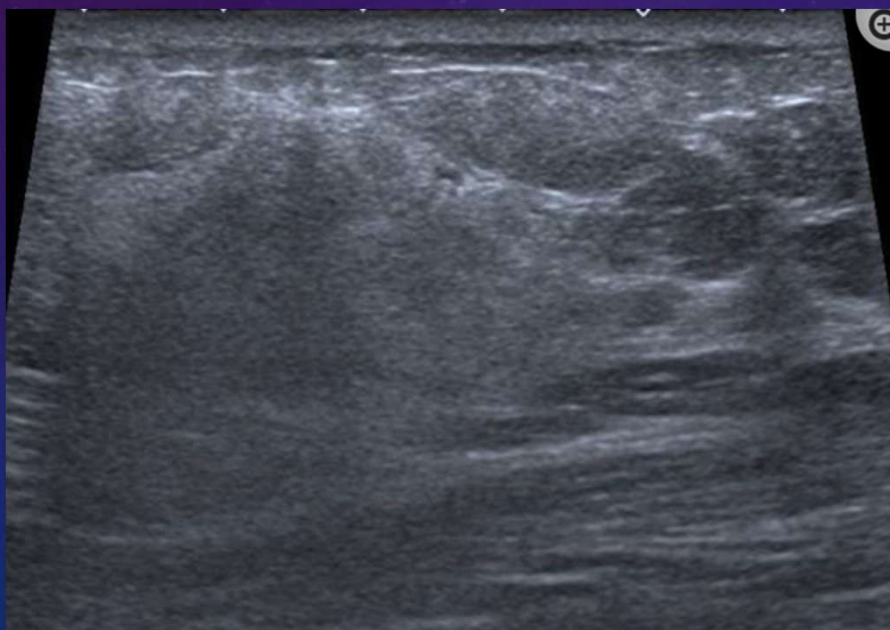
58F TC : IDC vú trái điều trị phẫu thuật cắt góc phần tư và xạ trị.

7 năm sau có ban đỏ trên vết sẹo.

MM : chỉ thấy dày da

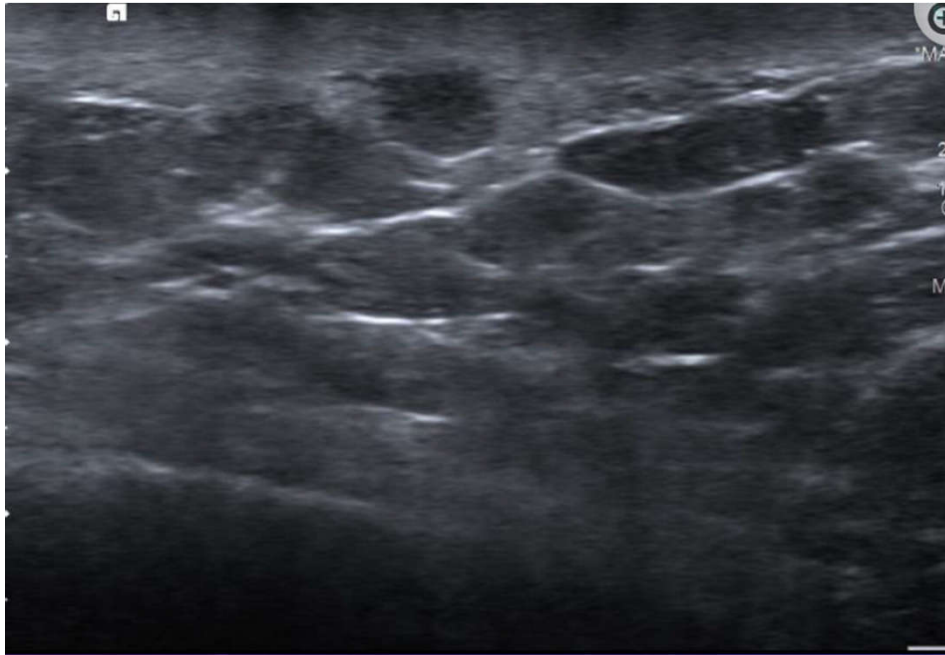
US:

- Vùng giảm âm , tăng âm , hỗn hợp, lan tỏa mà không tạo khối riêng biệt.
- Mass tăng âm bờ không rõ hay rõ.
- Mass giảm âm
- Tăng tưới máu nhìn thấy trên SA Doppler

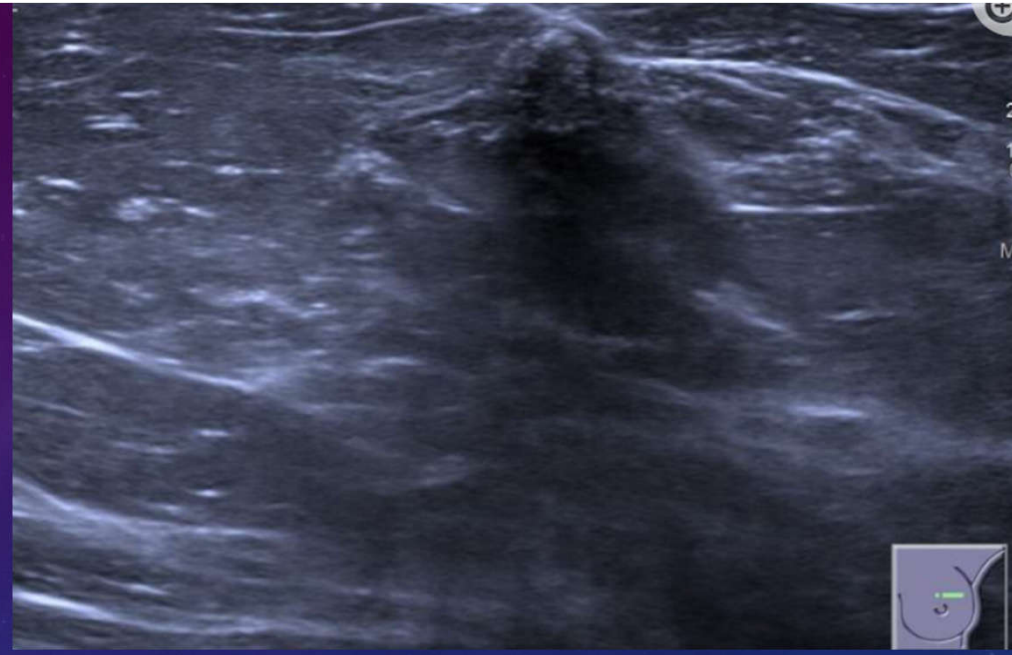


60 F. PBA

SA: khối tăng âm không đồng nhất, có bờ không rõ, dày da.



58 F, TC ung thư biểu mô vú trái được điều trị cắt góc phần tư và xạ trị.
SBA dày da lan tỏa và tổn thương giảm âm hình bầu dục với bờ rõ.

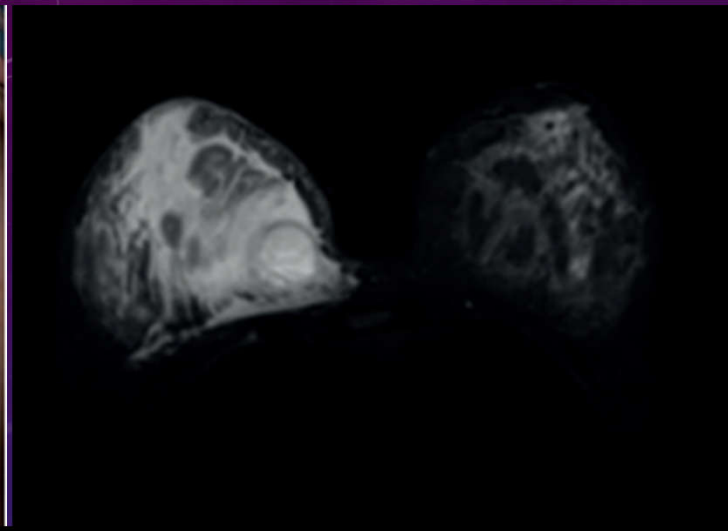


75 F, TC: ILC vú phải được điều trị phẫu thuật cắt góc phần tư và xạ trị.
SBA : da dày và một khối bất thường với bờ không rõ ở vùng sau quầng vú



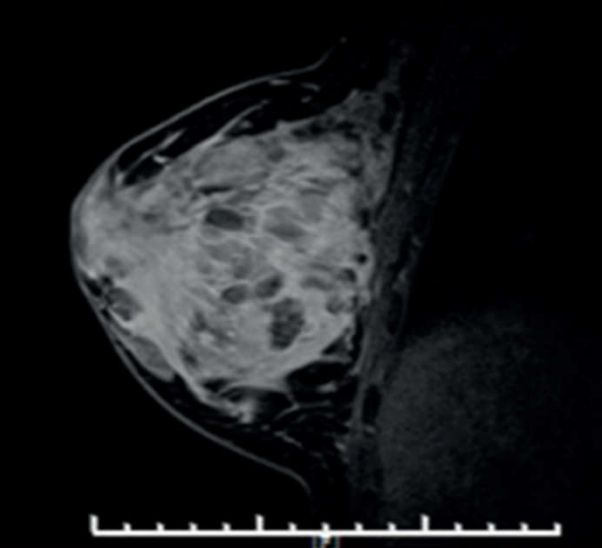
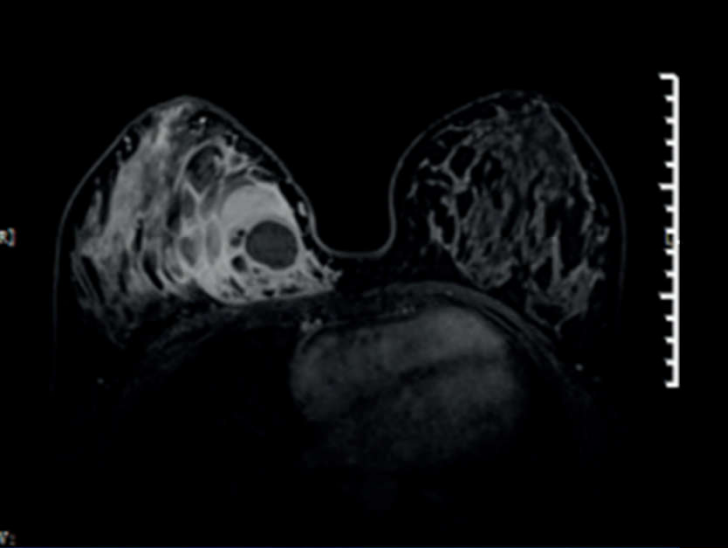
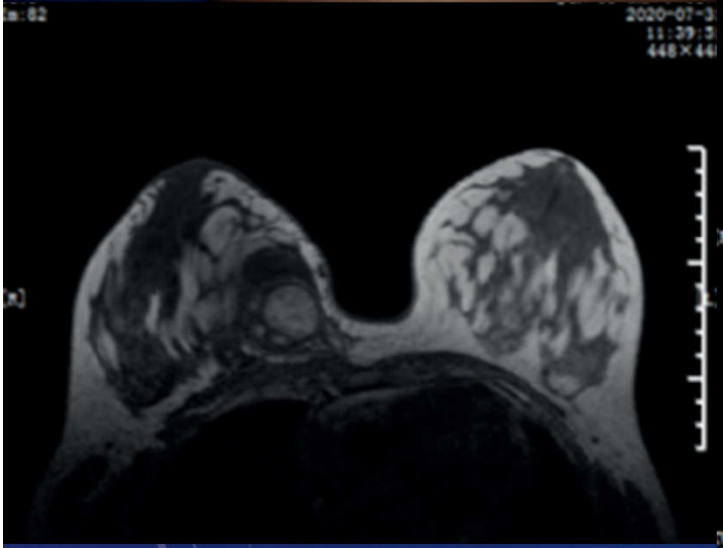
MRI: mass đồng nhất hay không đồng nhất tín hiệu thấp , cao nhẹ trên T1WI, tín hiệu cao trên T2WI, bắt thuốc tương phản tùy theo grade của u (grade thấp type 1, grade cao type 3 , grad trung bình type2), bắt thuốc tương phản hướng tâm, có thể thấy các mạch máu dẫn lưu, có hạn chế khuếch tán.

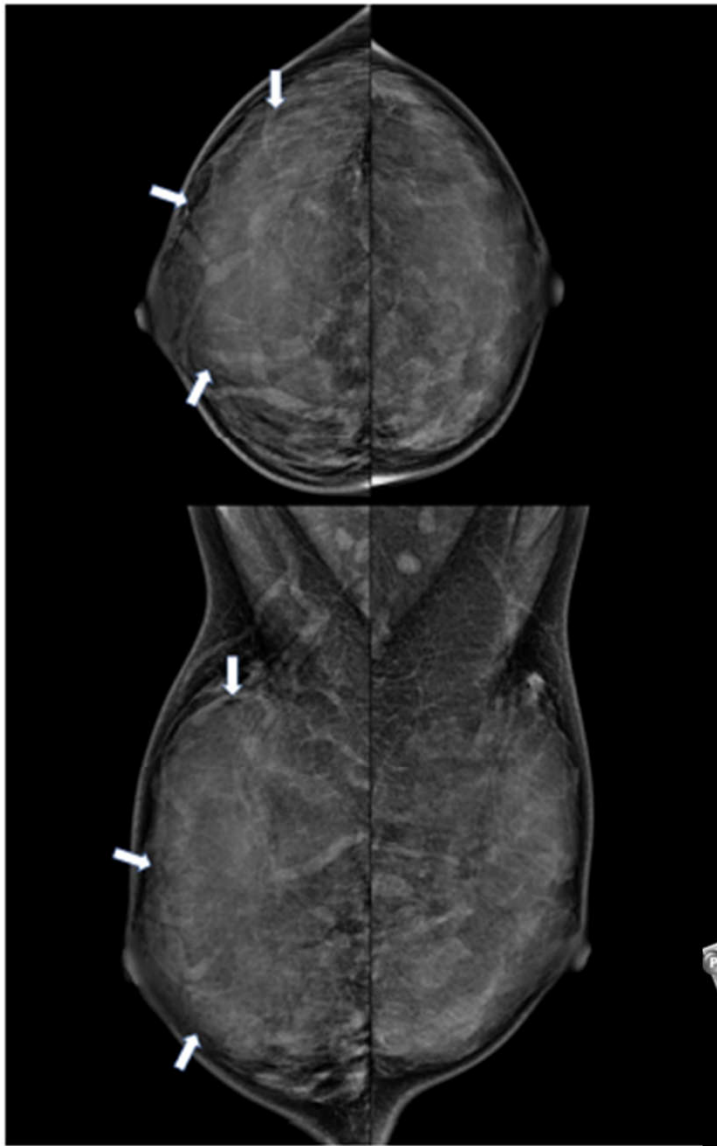
Khoảng một nửa trong số đó có biểu hiện tổn thương xuất huyết đặc trưng bởi tăng tín hiệu trên cả hai hình T1W và T2W hoặc có vòng hemosiderin ở rìa tổn thương do xuất huyết cũ.



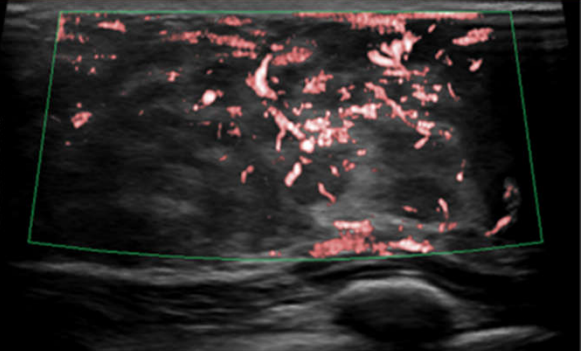
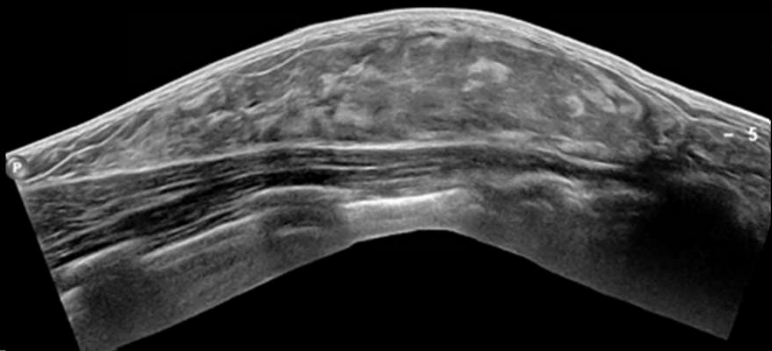
PBA

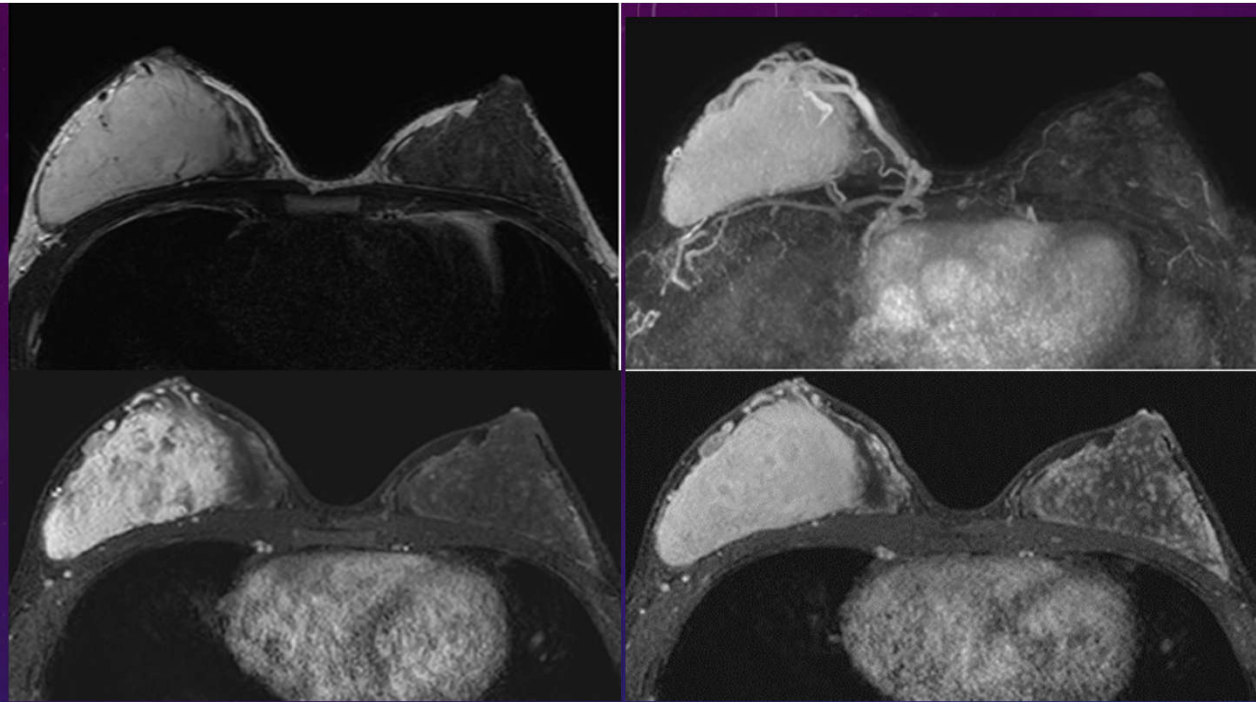
17F, 2 ổ đốm đỏ da bên trong và dưới núm vú phải.





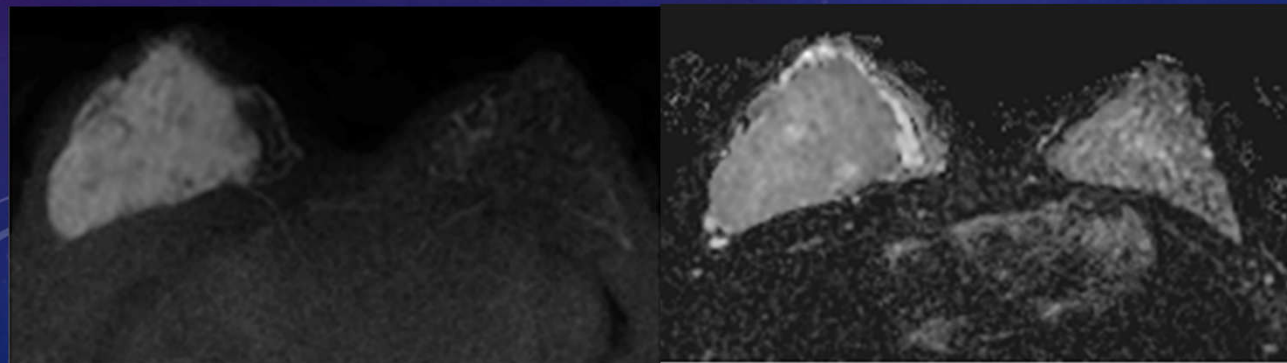
PBA
21 F , có mật độ nhu mô vú đậm đặc
MM : khối to, đồng đậm độ , hình bầu dục ở vú phải.
SA: khối bầu dục trục ngang 6,4cm , echo không đồng nhất, bờ không rõ.





MRI : khối tăng quang hướng tâm type 1,
MIP : mạch máu nổi bật quanh u.

DWI , b= 1000, hạn chế khuếch tán với
 $ADC= 1.5-1.7 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$

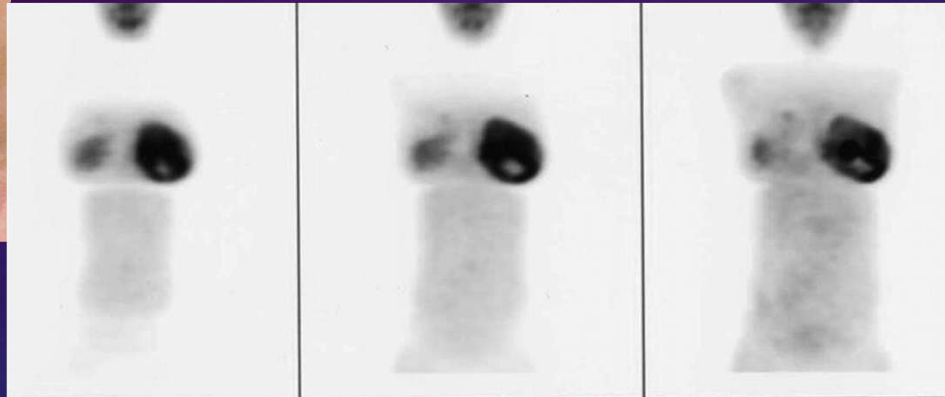




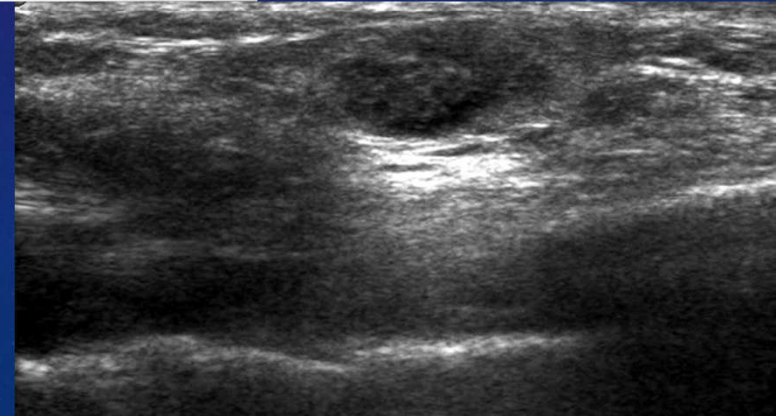
51F PBA grade cao

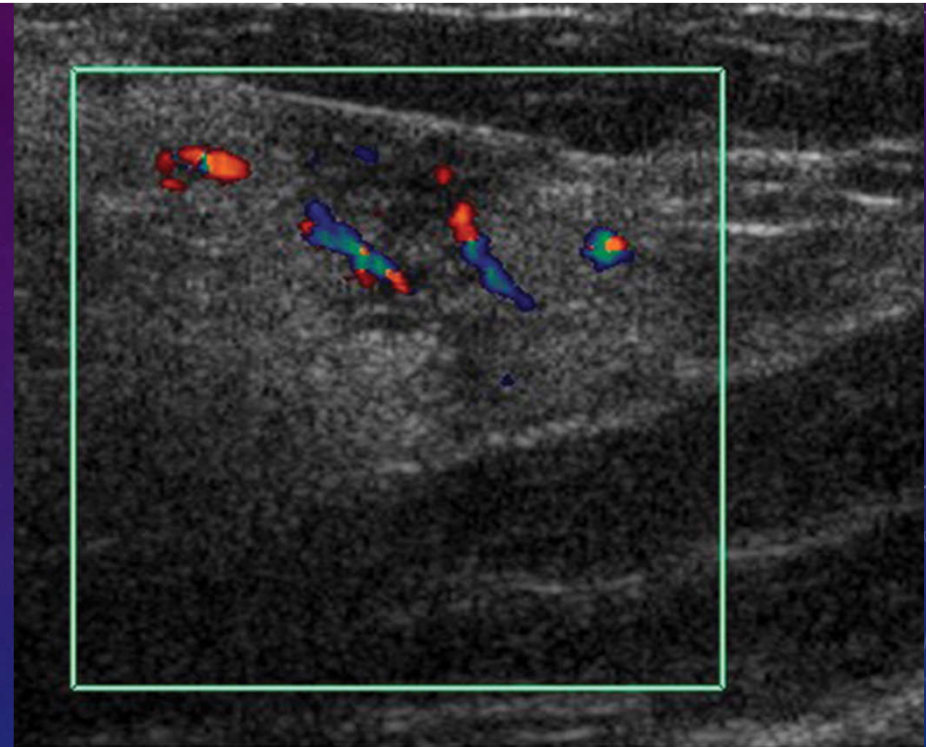
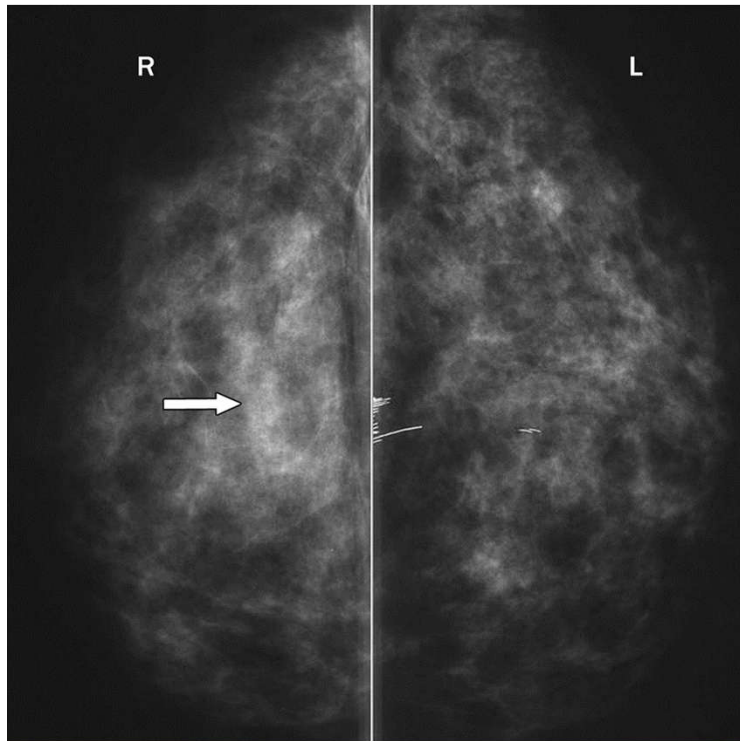
- Đổi màu da và vú trái ngày càng to trong 6 tháng.

PET cho thấy vùng tăng chuyển hóa lớn ở vú trái



Tổn thương sờ thấy được ở vú phải 1 năm sau phẫu thuật cắt bỏ vú trái
SA khối giảm âm bờ không rõ với tăng âm phía sau.



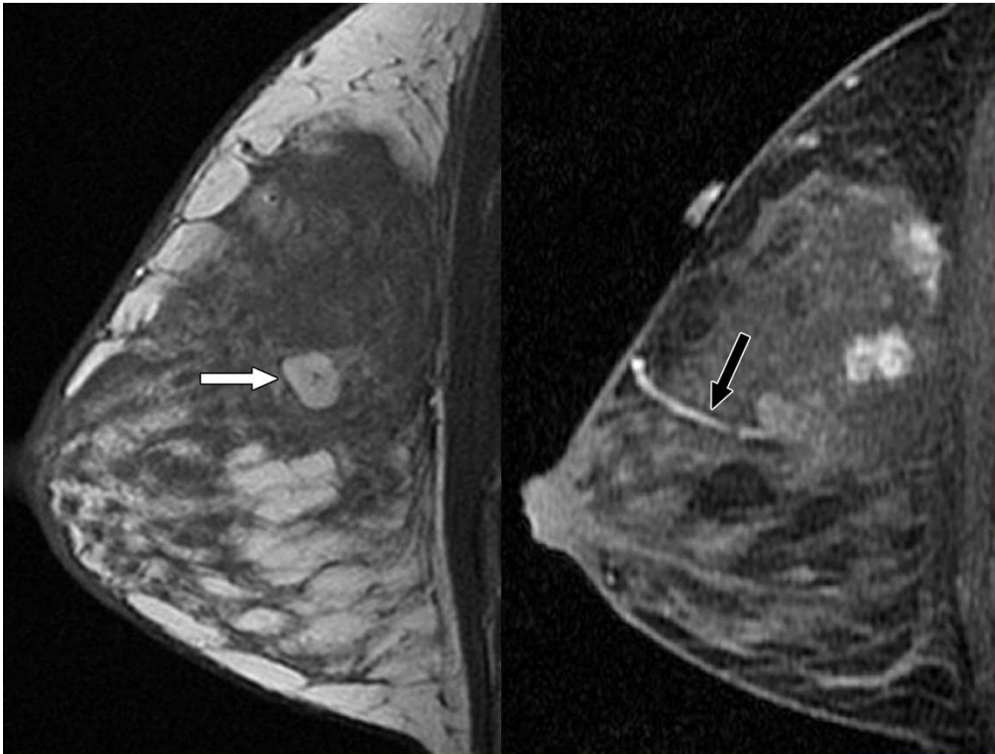


41 F PBA grade trung bình

Vú phải đầy đặn và căng cứng.

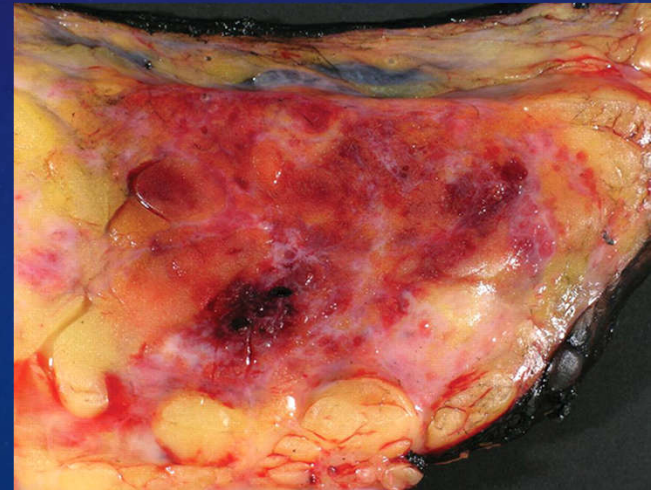
MM: vùng mô dày đặc không đối xứng, mờ không rõ ở trung tâm của vú phải

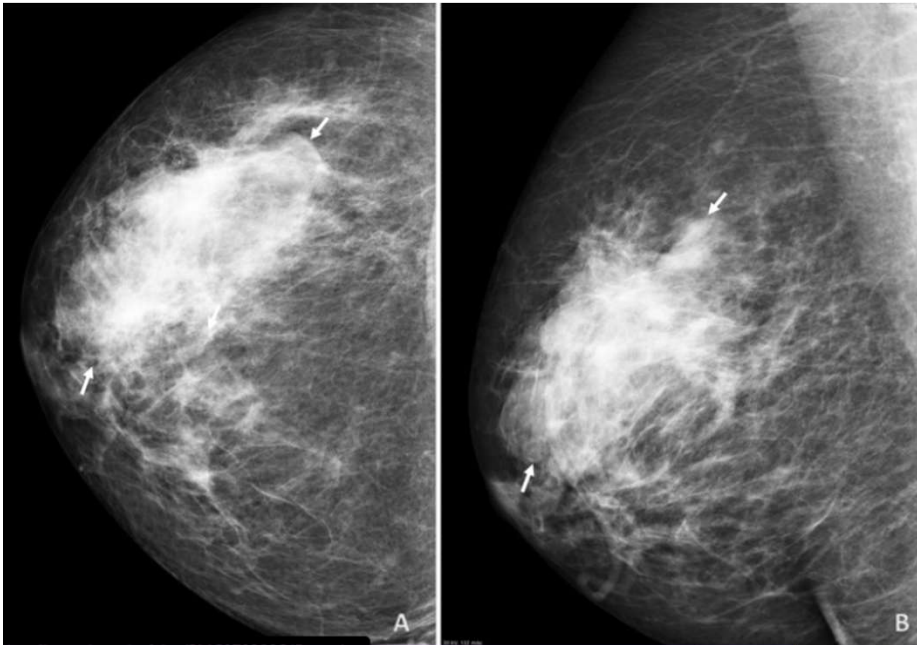
Color Doppler vú phải : vùng echo dày kín đáo và vài bóng lung phía sau với các mạch máu.



T1WI tổn thương bờ không rõ và
hồ máu.

CE : nhiều nốt tăng bất tương phản
và tĩnh mạch dẫn lưu





PBA

55F , FA đã cắt 15 năm trước.

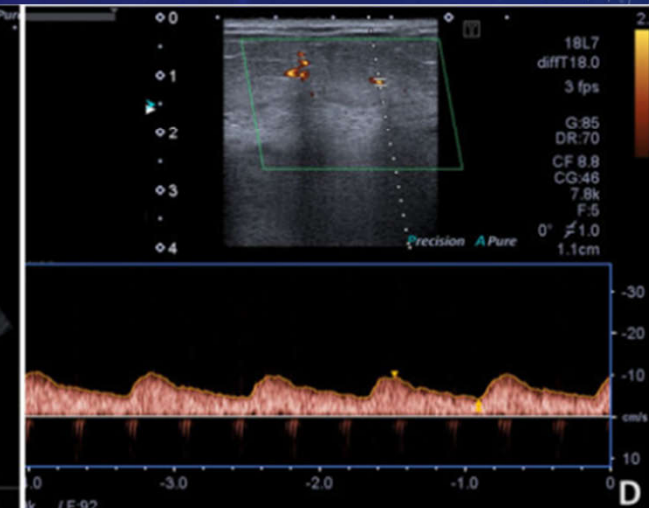
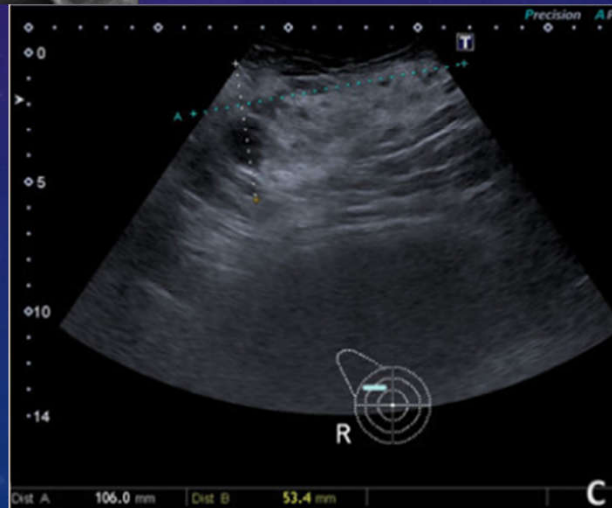
LS : một khối u không rõ ràng vú phải; SA , MM lúc đầu nghĩ là mô xơ hóa sau phẫu thuật.

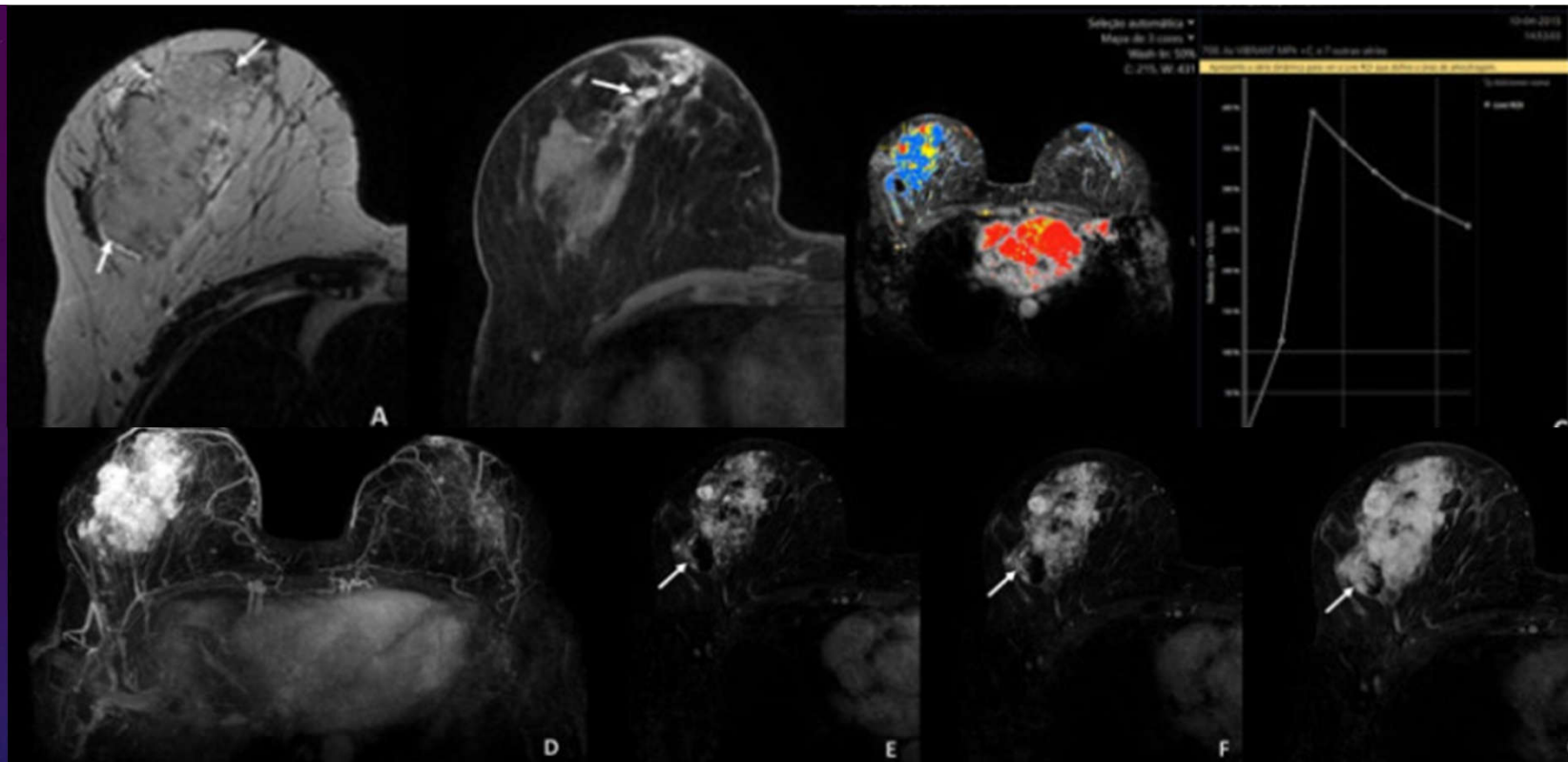
Sau 8 tháng , u phát triển nhanh chóng 10cm.

MM: khối tổn thương không đối xứng , không vôi hóa.

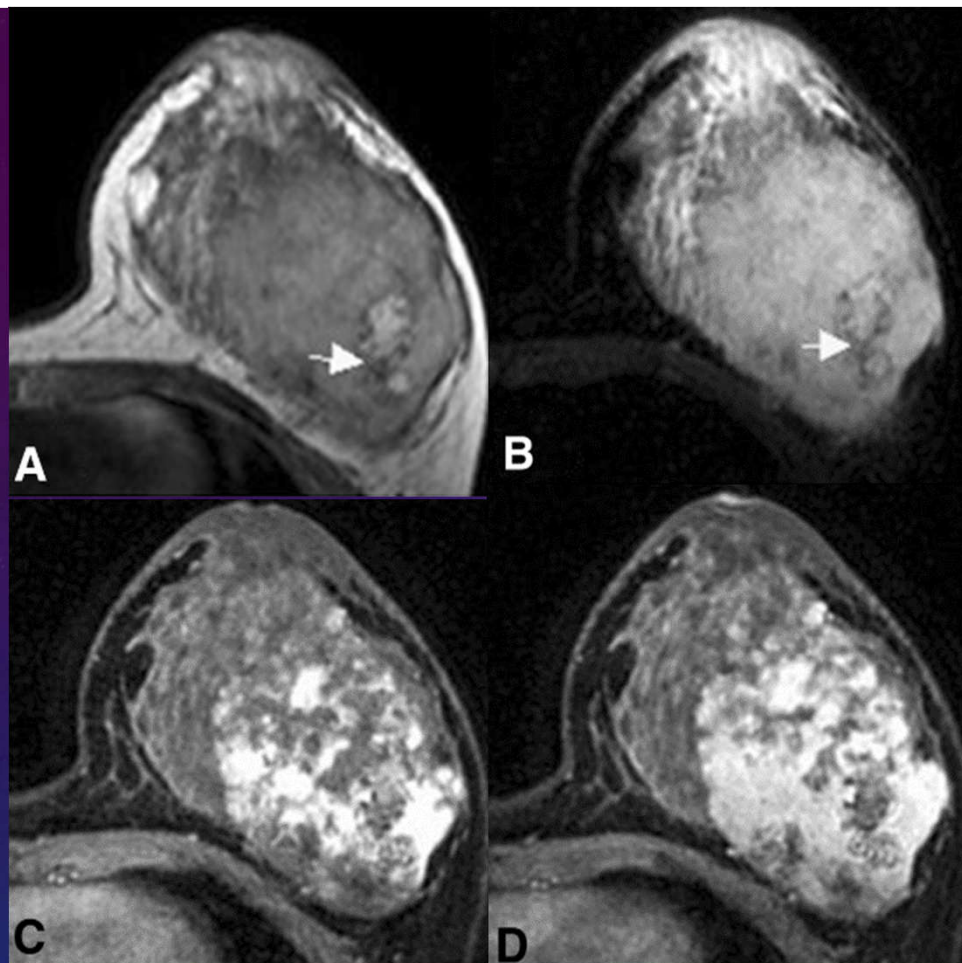
SA : khối tăng âm không đồng nhất, bờ không rõ .

Doppler phổ : dòng chảy tiểu động mạch có sức cản thấp





MRI: T2 WI : tổn thương T2WI dạng thùy, sản phẩm máu trong ống tuyến trên T1WI
CE: trộn lẫn type 3 và type1 . Không có hạch phì đại và thương tổn da.

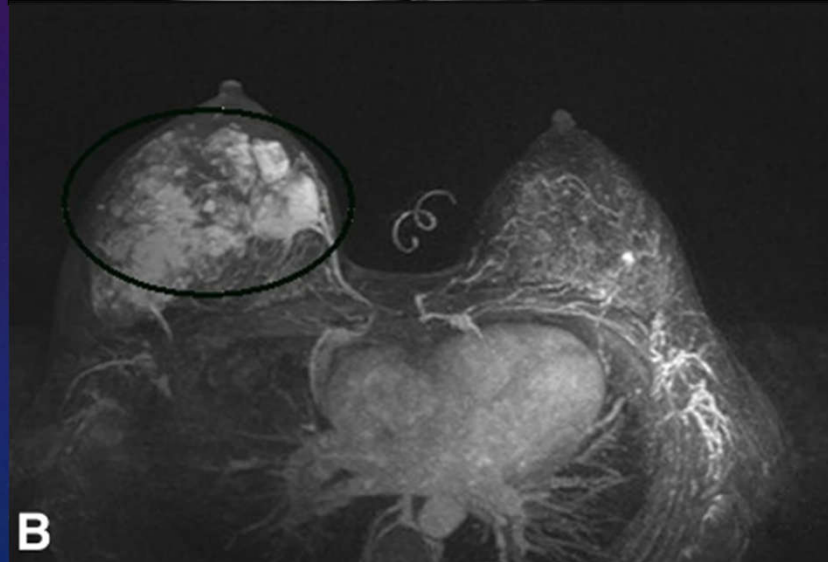
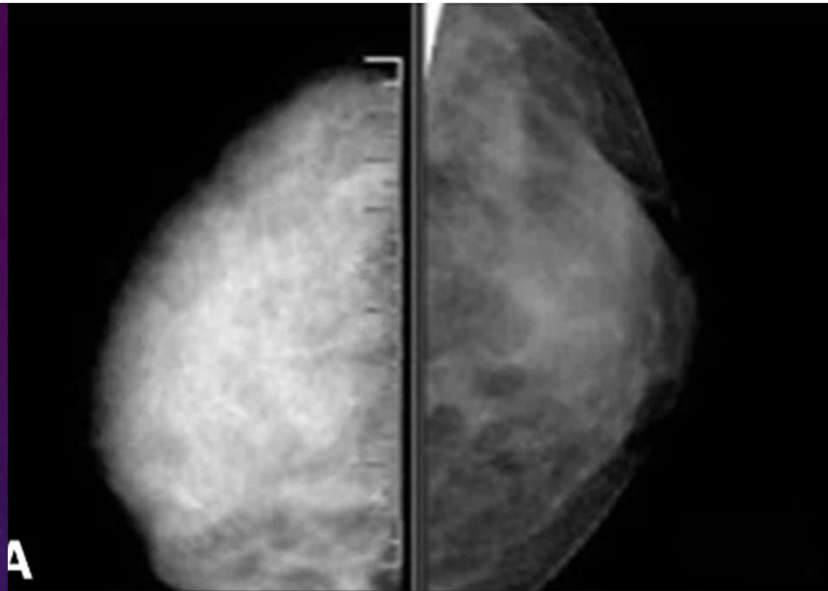


PBA

Một phụ nữ có khối u ở ngực trái đã 16 tháng.

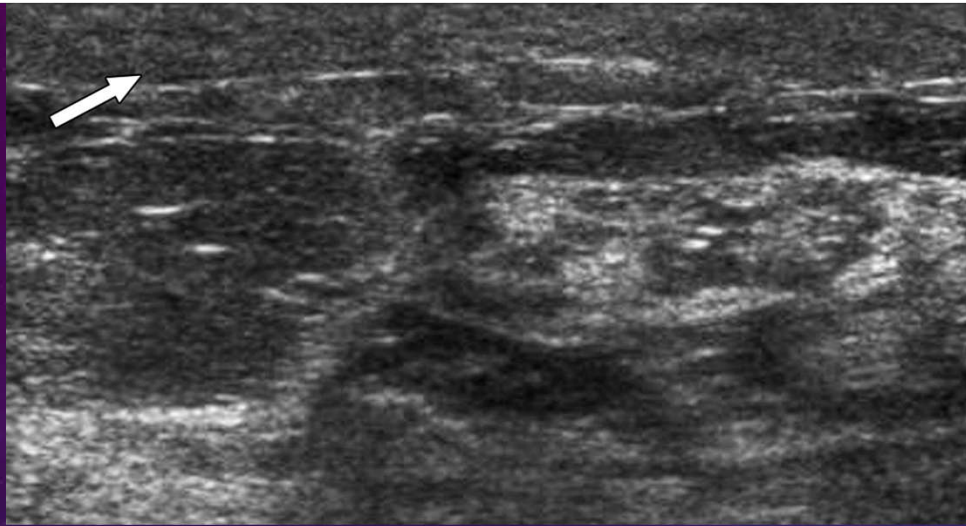
Vòng hemosiderin ở rìa tổn thương xuất huyết

CE. Tăng cường đồng tâm trong pha trễ



PBA

LS: F ngực phải bị sưng suốt 11 tháng.



79 F SBA grade cao.

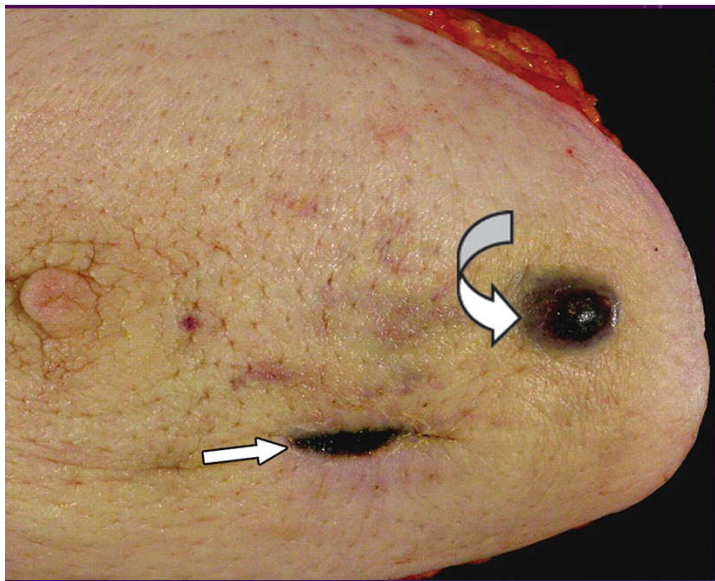
TC: xạ trị bảo tồn vú cho IDC 5 năm trước
Có biểu hiện đổi màu nhiều ở vú phải.

SA: da dày lan tỏa nhưng không có khối rõ.

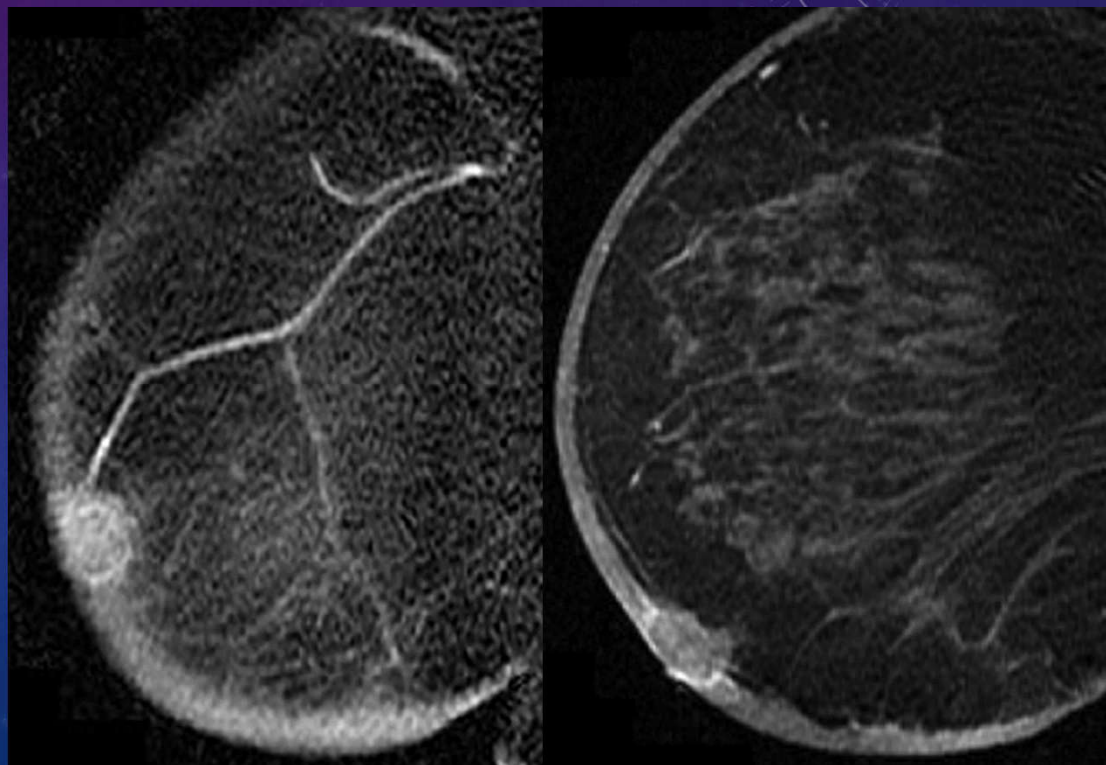


CT ngực CE da vú phải dày và các nốt dưới da .

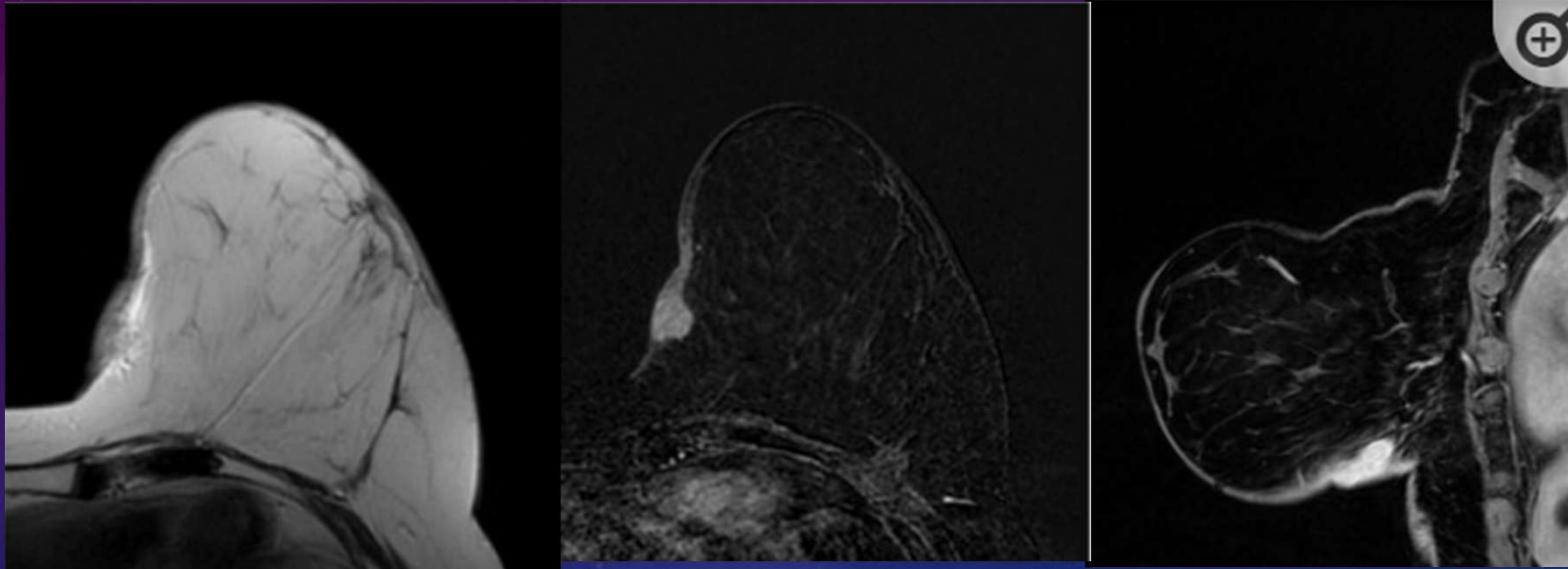
79 F SBA grade cao.



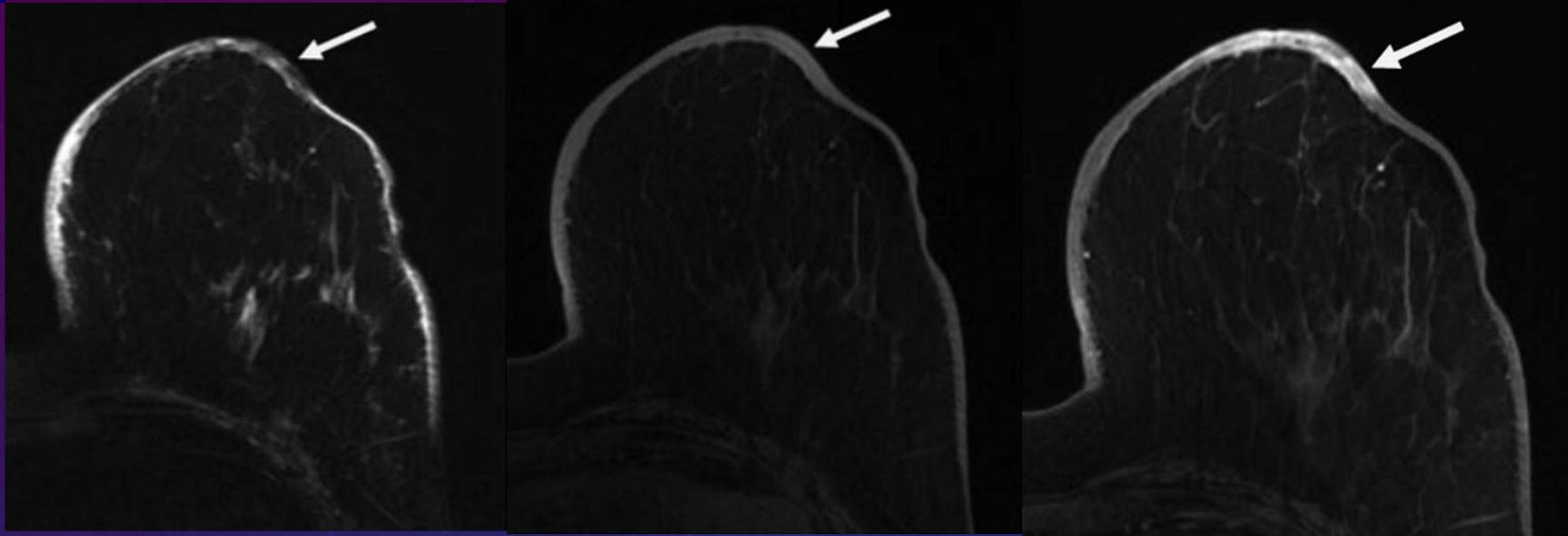
Mẫu phẫu thuật cắt bỏ vú cho thấy sự đổi màu da và nổi lên 2 khối u màu đỏ .



Sarcoma thứ phát



48F, K vú trái đã cắt ¼ và xạ ,
T2WI, T1 CE: dày da và khối trong mô dưới da.



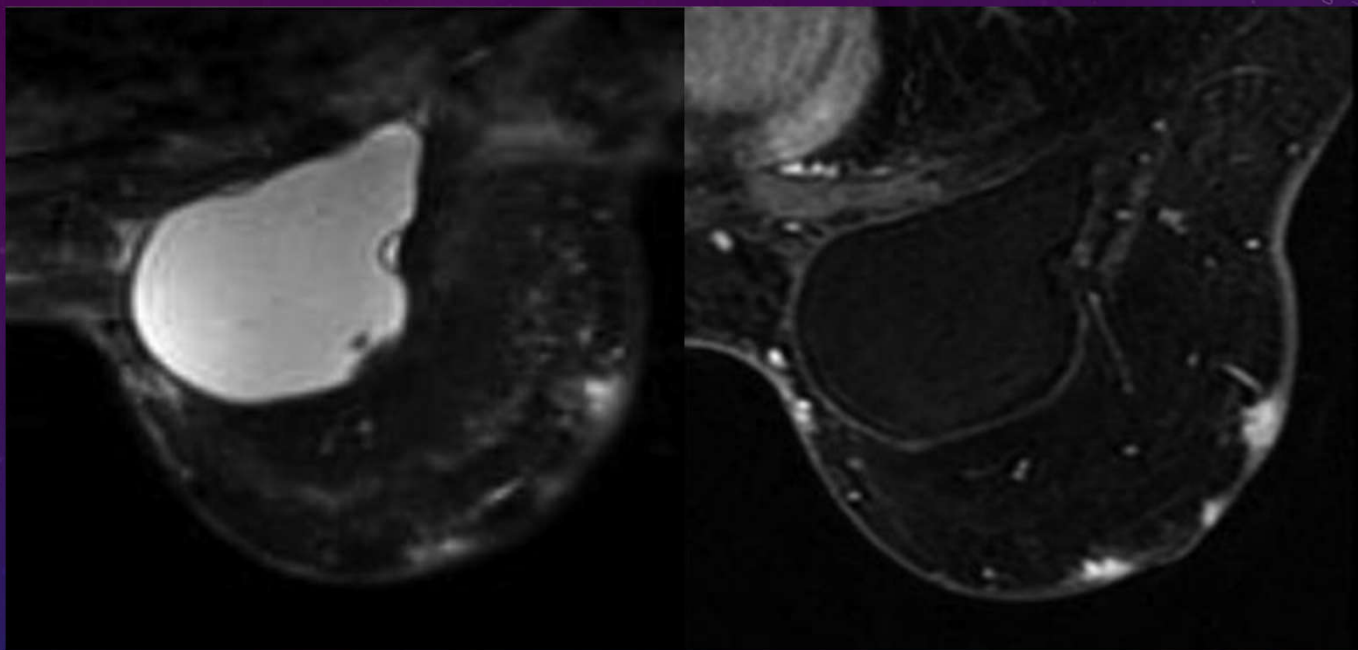
RAS (radiation Angiosarcoma).

82 F, có tiền sử IDC vú trái, phẫu thuật cắt bỏ khối u và xạ trị.

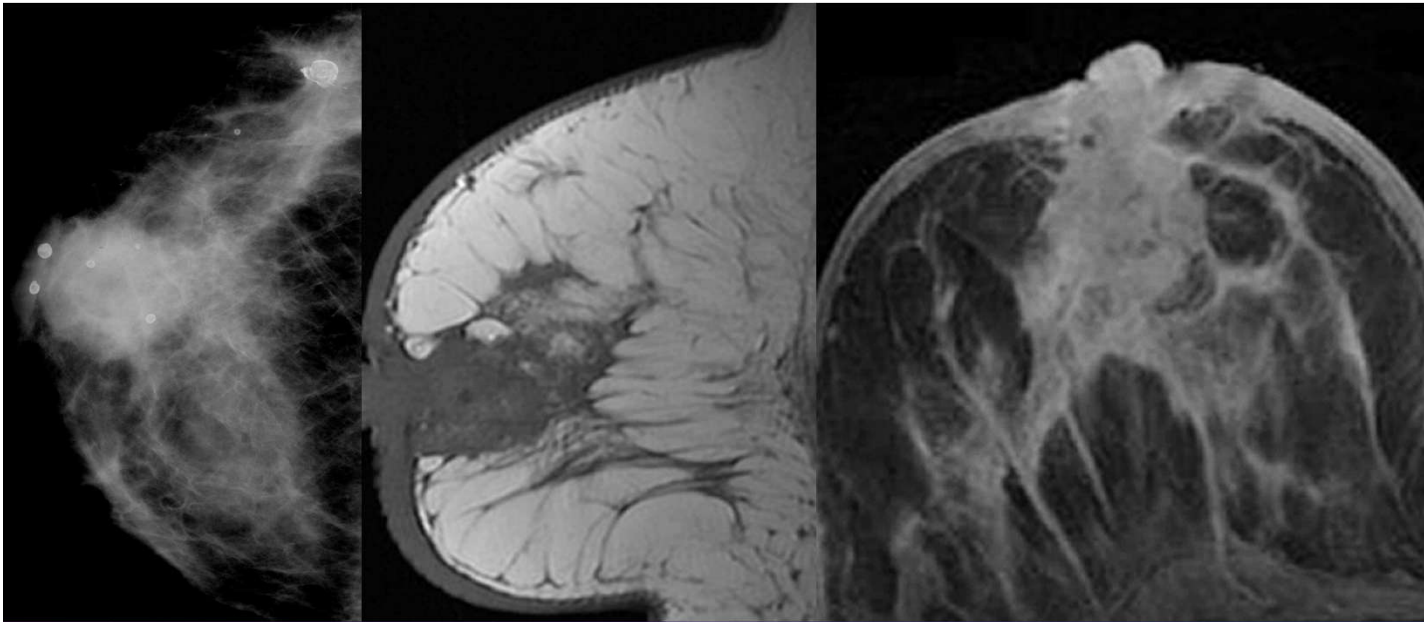
LS: 5 năm sau khi xạ trị có vết bầm tím quanh núm vú .

MM : bình thường.

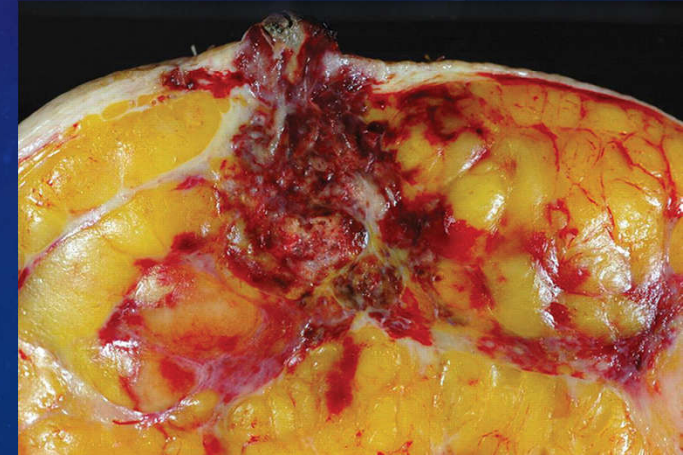
MRI tổn thương trong da, không tạo khối



54 F có tiền sử IDC, hóa trị tân hỗ trợ, cắt bỏ khối u và xạ trị 7 năm trước,
LS: có vết thâm tím ở vú .
MRI : các khối nhỏ trong da và mô dưới da.
Sinh thiết da cho thấy RAS liên quan đến lớp hạ bì và mô dưới da.



81 F SBA grade cao
TC IDC 6 năm trước, phẫu thuật bảo tồn ngực và xạ.
LS: đau và đổi màu da ở vú phải.
MM: khối bờ không rõ ngay bên dưới núm vú và dày da của phức hợp
núm vú-quầng vú
MRI da dày và khối không đồng nhất





Chẩn đoán phân biệt

Angiosarcoma vú biểu hiện dưới dạng khối hoặc tổn thương dày đặc không đối xứng nên được phân biệt trước tiên với **carcinoma vú**. Độ tuổi trung bình khởi phát bệnh ung thư vú (hơn 40 đến 50 tuổi) lớn hơn tuổi khởi phát angiosarcoma vú.

Viêm vú: hai loại bệnh này có một số điểm chung về triệu chứng lâm sàng, tuổi khởi phát và các biểu hiện hình ảnh, khiến cho việc phân biệt trở nên khó khăn. Tuy nhiên, angiosarcoma vú không thể thuyên giảm bằng cách điều trị chống viêm.

Lymphoma vú: các biểu hiện hình ảnh lymphoma vú là không đặc hiệu và độ tuổi khởi phát bệnh này tương tự như đối với bệnh angiosarcoma vú. Bệnh nhân mắc lymphoma vú có tỷ lệ xuất hiện sung hạch bạch huyết ở nách cao hơn, điều này có thể giúp phân biệt giữa hai bệnh về vú.

Ngoài ra, ung thư angiosarcoma ở vú biểu hiện dưới dạng khối đơn độc cũng cần được phân biệt với khối **u dạng diệp thể**.



Chẩn đoán lâm sàng, X quang và mô học của nó thường khó khăn. Có sáu điểm có thể hữu ích cho việc chẩn đoán khối u này.

①

Phụ nữ từ 20 đến 40 tuổi có nhiều khả năng mắc bệnh angiosarcoma ở vú nhất.

②

Ít vôi hóa được quan sát thấy trong các tổn thương.

③

Mặc dù thời gian phát triển khối u này rất ngắn nhưng thường có liên quan đến toàn bộ vú. Các hạch bạch huyết ở nách di căn ít khi được nhìn thấy.

④

Tỷ lệ phù da và đỏ da tương đối cao và hai triệu chứng này không thể dễ dàng thuyên giảm bằng cách điều trị chống viêm. Sự đổi màu xanh tím của da là một dấu hiệu có hiệu quả cao về nguồn gốc của các mạch máu.

⑤

Trên ảnh T1W, ngoại trừ phần hoại tử và nang, các phần khác u có cường độ tín hiệu bằng hoặc tương đối cao hơn mô vú, khác với cường độ tín hiệu thấp hơn một chút trên ảnh T1W của ung thư vú hoặc viêm. Tín hiệu của các phần đặc đôi khi cao hơn tín hiệu của vùng hoại tử hoặc nang trên hình ảnh T2W. Bệnh nhân mắc bệnh angiosarcoma có tỷ lệ chảy máu cao hơn so với những người có khối u ác tính khác.

⑥

Mặc dù dynamic của angiosarcoma vú tương tự như các khối u ác tính điển hình, nhưng phải mất một thời gian dài hơn để đường cong dynamic của khối u đạt đến giai đoạn washout. Ngoài ra, sự tăng cường bất tương phản có thể được quan sát thấy trong giai đoạn trễ.

KẾT LUẬN

- Angiosarcoma ở vú rất hiếm và chủ yếu là thứ phát sau xạ trị.
- Trong số tất cả các bệnh ung thư vú, angiosarcoma có tiên lượng xấu nhất. Sự tiến triển nhanh chóng và sống sót trung bình là 24 tháng.
- Chẩn đoán xác định : sinh thiết và mô học, cần sử dụng các kỹ thuật hóa mô miễn dịch để xác nhận bản chất nội mô của khối u (kháng nguyên liên quan đến yếu tố VIII, yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu - VEGF -, CD34 và CD31).
- Cắt bỏ vú là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn để điều trị khối u này, thường không cần bóc tách nách. Đối với các tổn thương nguyên phát nhỏ, liệu pháp bảo tồn vú có thể được chỉ định.



. Hóa trị có thể làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ. Docetaxel cho thấy triển vọng trong điều trị angiosarcoma thứ phát .

. Mặc dù dữ liệu còn hạn chế, liệu pháp xạ trị siêu phân đoạn của angiosarcoma grade cao thứ phát đã làm giảm sự tái tạo tế bào của các khối u đang phát triển nhanh chóng.

. Một liệu pháp mới có thể được đưa ra bằng các thử nghiệm phương pháp điều trị sinh học sử dụng kháng thể kháng yếu tố tăng trưởng, đặc biệt là yếu tố tăng trưởng nội mô chống mạch máu (VEGF) và yếu tố tăng trưởng chống nguyên bào sợi (FGF)



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Marco Conti et al. Angiosarcoma of the Breast: Overview of Current Data and Multimodal Imaging Findings. Journal of Imaging. 2023 May; 9: 94. Published online 2023 Apr 30.
- Katrina N. Glazebrook et al. Angiosarcoma of the Breast. <https://doi.org/10.2214/AJR.07.2909> Volume 190 . Issue 2 February 2008.
- Wen-Hai Wu et al .Mammography and MRI manifestations of breast Angiosarcoma. BMC Women's Health volume 19, Article number: 73 (2019)
- T. MENG et al . Primary highly differentiated breast angiosarcoma in an adolescent girl. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2022; 26: 1299-1303 Jaeyeon Park 1
- Jaeyeon Park et al . A Case Report of Breast Angiosarcoma in a Young Woman. Investig MRI. 2021 Jun;25(2):135-140. English. Published online Jun 30, 2021. <https://doi.org/10.13104/imri.2021.25.2.135>.
- Sona A. Chikarmane MD et al. MRI findings of radiation-associated angiosarcoma of the breast (RAS) First published: 15 December 2014 <https://doi.org/10.1002/jmri.24822> Imaging Tips to Recognize
- Patricia Costa et al . Imaging Tips to Recognize Primary Breast Angiosarcoma. <https://doi.org/10.1002/jmri.24822> Citations: 27