

5. **Barkmeier WW, Erickson RL, Kimmes NS, et al.** Effect of Enamel Etching Time on Roughness and Bond Strength. *Oper Dent.* 2009;34(2):217-222. doi:10.2341/08-72
6. **Zafar MS, Ahmed N.** The effects of acid etching time on surface mechanical properties of dental hard tissues. *Dent Mater J.* 2015;34(3):315-320. doi:10.4012/dmj.2014-083
7. **Torres-Gallegos I, Zavala-Alonso V, Patiño-Marín N, et al.** Enamel roughness and depth profile after phosphoric acid etching of healthy and fluorotic enamel: Etching in healthy and fluorotic enamel. *Aust Dent J.* 2012;57(2):151-156. doi:10.1111/j.1834-7819.2012.01677.x
8. **Phạm Hương Quỳnh (2023).** Hiệu quả tái khoáng hóa trên bề mặt men răng vĩnh viễn của kem đánh răng chứa 5000 ppm fluor trên thực nghiệm. *Tạp chí y học cộng đồng.*
9. **Risnes S, Li C.** On the method of revealing enamel structure by acid etching. Aspects of optimization and interpretation. *Microsc Res Tech.* 2019;82(10):1668-1680. doi:10.1002/jemt.23333

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TP. CẦN THƠ

Trần Văn Nam¹, Võ Châu Quỳnh Anh¹, Nguyễn Hữu Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp ung thư buồng trứng được chẩn đoán sau khi có kết quả giải phẫu bệnh. **Phương pháp:** Báo cáo loạt ca hồi cứu trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán là u buồng trứng ác tính hoặc giáp biên ác sau phẫu thuật bằng giải phẫu bệnh tại bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ từ tháng 10/2017 – 10/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 44,4±15,5. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng (60%), khám lâm sàng đa số là sờ được u (93,3%). Trên siêu âm ghi nhận, tỷ lệ kích thước khối u ≤ 100 mm là 55,7%, trung vị là 96,5 mm, đa số là u nang đơn thùy (53,3%). Về chất chỉ báo khối u, tỷ lệ CA125 tăng là 36,7%, HE4 nguy cơ cao là 3,3%, ROMA test nguy cơ cao là 46,7%. Đặc điểm về giải phẫu bệnh của ung thư buồng trứng với u tế bào biểu mô chiếm ưu thế (86,7%). Ngoài ra, u buồng trứng giáp biên chiếm gần một nửa số trường hợp (46,7%) trong nghiên cứu. **Kết luận:** Các trường hợp ung thư buồng trứng được chẩn đoán bằng kết quả giải phẫu bệnh với độ tuổi trung bình tương đối trẻ, đa số tiền lượng trước mổ có nguy cơ ác tính thấp với các đặc điểm như: nang đơn thùy, kích thước ≤ 100mm, CA125 và HE4 nằm trong giới hạn bình thường; kết quả mô bệnh học với u buồng trứng giáp biên ác chiếm tỷ lệ cao. **Từ khóa:** ung thư buồng trứng, u buồng trứng giáp biên, CA125, HE4, ROMA, siêu âm.

SUMMARY

OVARIAN CANCER CASES AFTER HAVING HISTOPATHOLOGY RESULTS AT CAN THO HOSPITAL OF OBSTETRIC AND GYNAECOLOGY

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: nguyenuhuutrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024

Objectives: To evaluate clinical and paraclinical characteristics of ovarian cancer cases diagnosed after having histopathology results. **Methods:** A retrospective, case series of 30 patients diagnosed with ovarian cancer or borderline ovarian tumors after surgery at Can Tho Obstetrics and Gynecology hospital from October 2017 - October 2022. **Results:** The average age of patients is 44.4±15.5. The most common symptom is abdominal pain (60%), most clinical examinations are palpable tumors (93.3%). The rate of tumor size ≤ 100 mm is 55.7%, median is 96.5 mm, the majority are unilocular cysts (53.3%). Regarding tumor markers, the rate of increased CA125 was 36.7%, high-risk HE4 was 3.3%, and high-risk ROMA test was 46.7%. Pathological characteristics of ovarian cancer with epithelial cell tumors accounting for the highest proportion (86.7%). In addition, borderline ovarian tumors accounted for nearly half of the cases (46.7%) in the study. **Conclusion:** Ovarian cancers are diagnosed by histopathology results with a relatively young average age. The majority of preoperative prognosis has a low risk of malignancy with characteristics such as: unilocular cyst, size ≤ 100mm, CA125 and HE4 do not increase. Histopathological results showed a high rate of borderline ovarian tumors.

Keywords: ovarian cancer, borderline ovarian tumor, CA125, HE4, ROMA, ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những loại ung thư phụ khoa phổ biến. Trong số các loại mô học của ung thư buồng trứng thì ung thư tế bào biểu mô là phổ biến nhất, chiếm khoảng 90% các trường hợp. Dựa trên đặc điểm mô bệnh học và sinh học phân tử, ung thư biểu mô buồng trứng được chia làm 5 loại chính: ung thư biểu mô thanh dịch mức độ cao (70%), ung thư biểu mô dạng nội mạc (10%), ung thư tế bào sáng (10%), ung thư tế bào dịch nhầy (3%), and ung thư thanh dịch mức độ thấp (<5%). Theo American Cancer Society, tỷ lệ sống sau 5

năm của ung thư tế bào biểu mô giai đoạn sớm khi mà khối u chỉ khu trú ở buồng trứng là 93%, trung bình cho tất cả các giai đoạn là 50%[1]. Hiện nay, siêu âm vẫn là chẩn đoán hình ảnh đầu tay trong việc tầm soát và dự đoán nguy cơ ác tính của khối u buồng trứng, cùng với sự phát triển của các mô hình dự đoán như: IOTA simple rules, IOTA ADNEX, ORADS,... Ngoài ra, các chất chỉ điểm sinh học cũng giữ vai trò quan trọng trong tiên lượng và dự đoán nguy cơ tái phát của ung thư buồng trứng như: CA - 125, HE4, β - hCG,... hay thuật toán ROMA (sự kết hợp của CA - 125 và HE4 cùng với tình trạng mãn kinh). Mặc dù với độ nhạy khá cao trong việc phát hiện các trường hợp ung thư buồng trứng (ở ngưỡng cắt 10%, độ nhạy của mô hình IOTA ADNEX là 90%), nhưng trong quá trình thực hành lâm sàng vẫn còn nhiều trường hợp sau phẫu thuật có kết quả là u buồng trứng ác tính hoặc u giáp biên ác với tiên lượng trước phẫu thuật là lành tính hoặc nguy cơ thấp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp ung thư buồng trứng tại bệnh viện Phụ Sản TP Cần Thơ để tìm hiểu các đặc điểm của những trường hợp này, góp phần cải thiện thực hành lâm sàng tại địa phương.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp ung thư buồng trứng.
2. Khảo sát kết quả giải phẫu bệnh của các trường hợp ung thư buồng trứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: báo cáo loạt ca, hồi cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được nhập viện, phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh là u buồng trứng ác tính hoặc giáp biên ác tại Bệnh viện Phụ Sản TP Cần Thơ trong thời gian từ tháng 10/2017 đến tháng 10/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: - Bệnh nhân được phẫu thuật vì u buồng trứng và có kết quả giải phẫu bệnh là u ác tính hoặc giáp biên ác tại bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ.

- Có hồ sơ bệnh án lưu trữ tại bệnh viện

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án phục vụ cho nghiên cứu.
- U di căn từ cơ quan khác đến buồng trứng.

2.3. Cỡ mẫu: lấy mẫu toàn bộ

2.4. Nội dung nghiên cứu. Lấy toàn bộ danh sách bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u ác tính hoặc u giáp biên ác từ tháng 10/2017 đến tháng 10/2022. Sau đó, tiến hành

thu thập số liệu theo bảng thu thập số liệu thiết kế sẵn.

Thu thập và xử lý số liệu: Mô tả các biến định tính thông qua tần số và tỷ lệ; các biến định lượng thông qua trung bình và độ lệch chuẩn (hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị). Thống kê phân tích để phân tích các yếu tố liên quan bằng phép kiểm Chi bình phương (hoặc Fisher).

2.5. Vấn đề đạo đức: Nghiên cứu được thực hiện khi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học – Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh thông qua và chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu nhận được 30 trường hợp thỏa tiêu chuẩn để đưa vào trong nghiên cứu trong số 1283 trường hợp phẫu thuật vì khối u buồng trứng từ tháng 10/2017 đến 10/2022 tại Bệnh viện Phụ sản TP Cần Thơ. Dưới đây là kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ(%) /trung bình
Trung bình		44,4±15,5
< 20	1	3,33
20 – 40	11	36,67
41 – 49	2	6,67
>= 50	16	53,33

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm tuổi nghiên cứu là 44,4 ± 15,5. Tuổi nhỏ nhất 17, tuổi lớn nhất là 69. Có 1 trường hợp bệnh nhân dưới 20 tuổi: được chẩn đoán u thư buồng trứng lúc 17 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Đau bụng	18	60
Tự sờ được khối u	15	50
Triệu chứng tiết niệu	2	6.67
Triệu chứng tiêu hóa	0	0
Ra huyết âm đạo	2	6.67
Không triệu chứng	8	26.67
Thực thể		
Sờ chạm khối	28	93.33
Khối u di động kém	18	60

Nhận xét: Trong tổng số 30 trường hợp, có khoảng gần 1/3 trường hợp không có triệu chứng. Còn lại 22 trường hợp có triệu chứng thì, đau bụng chiếm 60%, thấy bụng to hoặc tự sờ thấy khối u chiếm 50%, triệu chứng tiết niệu và ra huyết âm đạo cùng chiếm tỷ lệ là 6,67%, không ghi nhận trường hợp nào có các triệu chứng về tiêu hóa.

Bảng 3. Đặc điểm trên siêu âm của đôi tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n=30)	Tỷ lệ (%) / Trung vị
Vị trí		
1 bên	22	73,33
2 bên	8	26,67
Đường kính lớn nhất (mm)		
Trung vị (25 th -75 th)		96,5 (71-128)
≤ 100	17	56,67
> 100	13	43,33
Loại u		
Nang đơn thùy	16	53,33
Nang đơn thùy đặc	2	6,67
Nang đa thùy	7	23,33
Nang đa thùy đặc	4	13,33
U đặc	1	3,33

Nhận xét: Trong số 30 trường hợp được siêu âm, có 22 trường hợp là u 1 bên chiếm 73,33%, còn lại 8 (26,67%) trường hợp là u ở 2 bên. Về phân loại khối u trên siêu âm, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nang đơn thùy buồng trứng chiếm hơn một nửa với 16 trường hợp (53,33%), 7 trường hợp là nang đa thùy buồng trứng với tỷ lệ 23,33%, còn lại 13,33% là nang đa thùy đặc, 6,67% là nang đơn thùy đặc. Chúng tôi chỉ ghi nhận 1 (3,33%) trường hợp duy nhất là nang đặc.

Bảng 4. Đặc điểm chất đánh dấu khối u

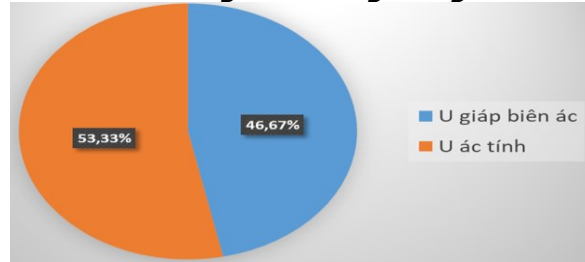
Đặc điểm	Tổng (n=30)	Tỷ lệ (%) / Trung vị
CA125		
Trung vị (25 th -75 th)		22,7 (13,7-57,7)
≤ 35 U/ml	19	63,33
> 35 U/ml	11	36,67
HE4		
Trung vị (25 th -75 th)		48,55 (35,2-57,92)
Nguy cơ thấp	29	96,67
Nguy cơ cao	1	3,33
ROMA test		
Trung vị (25 th -75 th)		57,92 (6,95-20,9)
Nguy cơ thấp	16	53,33
Nguy cơ cao	14	46,67

Nhận xét: Trong số 30 trường hợp nghiên cứu, có hơn 1/3 trường hợp tăng CA125 trước mổ với tỷ lệ 36,67%, trung vị là 22,7 U/ml. Chỉ có 1 trường hợp xét nghiệm HE4 với kết quả là nguy cơ cao chiếm 3,33%, trung vị là 48,55 pmol/ml. Trong khi đó, có tới gần 1 nửa số trường hợp có kết quả ROMA test ra nguy cơ cao với tỷ lệ 46,67%, trung vị là 57,92%.

3.2. Đặc điểm kết quả giải phẫu bệnh của đôi tượng nghiên cứu

Hình 1. Đặc điểm kết quả giải phẫu bệnh

của ung thư buồng trứng



Nhận xét: Trong nghiên cứu, ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh là u ác tính và u giáp biên ác với tỷ lệ khá tương đồng với nhau lần lượt chiếm 53,33% và 46,67%.

Bảng 5. Đặc điểm về mô học của khối u

Đặc điểm	Tần số (n=30)	Tỷ lệ (%)
UT tế bào biểu mô	26	86,67
UT tế bào mầm	2	6,67
UT dây giới bào - mô đệm	2	6,67

Nhận xét: Về mặt nguồn gốc mô học, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ung thư có nguồn gốc tế bào biểu mô chiếm phần lớn với 26 trường hợp (86,67%). Còn lại lần lượt là ung thư tế bào mầm và ung thư dây giới bào – mô đệm mỗi loại chiếm tỷ lệ 6,67%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình khi chẩn đoán ung thư buồng trứng là 44,4 ± 15,5 tuổi, tuổi nhỏ nhất 17, tuổi lớn nhất là 69. Kết quả độ tuổi này cũng phù hợp với u buồng trứng giáp biên, cũng như ung thư buồng trứng ở giai đoạn sớm.

So với các nghiên cứu khác, thì nghiên cứu này khá tương đồng với tác giả Đỗ Thị Minh Nguyệt[2] (2010) là 46,9 ± 11,4 tuổi, với tác giả Setyo[3] (2023) là 42,33 ± 13,7. Tuy nhiên, khi so sánh với một số nghiên cứu khác thì tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi trẻ hơn so với tác giả Vũ Đình Giáp[4] (2021) là 50,5 ± 11,8, sự khác biệt này có lẽ đến từ việc nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên các đối tượng bệnh nhân phát hiện ung thư sau phẫu thuật hoặc trong lúc phẫu thuật với hình ảnh đại thể nghi ngờ ung thư, tỷ lệ u giáp biên ác trong nghiên cứu cũng chiếm gần 1 nửa, nên có thể thấy độ tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi khá phù hợp. Ngoài ra, trong nghiên cứu này, nhóm tuổi trên 40 chiếm gần 2/3 số trường hợp (60%), trong đó nhóm trên 50 tuổi chiếm đến 53,33%, tiếp theo là nhóm tuổi từ 20 – 40 chiếm 36,67%, thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ 3,33%. Khi so sánh với các nghiên cứu khác thì nhận thấy tỷ lệ ung thư buồng trứng ở nhóm tuổi trên 40 trong nghiên cứu thấp

hơn so với của tác giả Đỗ Thị Minh Nguyệt[2] (2010) nhóm tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ 75%. Trong khi kết quả của chúng tôi lại tương đồng với tác giả Setyo[3] (2023) nhóm tuổi tập trung nhiều nhất là nhóm trên 40 tuổi với tỷ lệ 58,49%. Nhìn chung, nhóm tuổi > 40 vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả.

Kết quả nghiên cứu khá tương đồng với các tác giả Chan[5] (2022) khi ghi nhận tỷ lệ có triệu chứng ở thời điểm chẩn đoán là 72%, còn theo tác giả Setyo[3] (2023) thì số trường hợp ghi nhận triệu chứng ở thời điểm chẩn đoán có tỷ lệ 79,25%, tác giả Vũ Đình Giáp[4] (2021) ghi nhận tỷ lệ có triệu chứng cơ năng là 64,28%. Khi so sánh với các tác giả khác như Chan[5] (2022) ghi nhận triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất với 31%, triệu chứng bụng tăng kích thước là 27%, triệu chứng tiêu hóa chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6%, tác giả Vũ Đình Giáp[4] (2021) ghi nhận triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ 50%, triệu chứng tự sờ thấy u hoặc thấy bụng to ra là 14,28%, nhận thấy là các kết quả khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi đa số bệnh nhân có triệu chứng đau nặng vùng bụng dưới, tiếp đến triệu chứng thường gặp thứ 2 là bụng to ra hoặc bệnh nhân tự cảm nhận được khối u trên bụng. Các nghiên cứu ghi nhận đa số các triệu chứng của ung thư buồng trứng là đau bụng, tự sờ thấy khối u hoặc cảm nhận bụng to lên, có thể lý giải các triệu chứng này là do kích thước u to lên làm căng dây chằng rộng, chèn ép các cơ quan xung quanh, chèn ép các rễ thần kinh gây đau hoặc một số trường hợp là do xoắn khối u buồng trứng, đồng thời kích thước to dần cũng làm bệnh nhân có thể tự sờ được khối u trên thành bụng hoặc cảm nhận bụng ngày càng to ra. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Minh Nguyệt[2] (2010) với tỷ lệ khám sờ được khối u là 93% và các trường hợp không sờ được cũng vì u có kích thước nhỏ. Nhìn chung hầu hết các trường hợp đều khám được khối u trên lâm sàng vì tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng chiếm đa số và tỷ lệ u với kích thước lớn chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận phần lớn khối u ở 1 bên với tỷ lệ là 73,33%, kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Setyo[3] (2023) có tỷ lệ khối u ở 1 bên là 67,92%. Đa số kích thước khối u trong nghiên cứu của chúng tôi là ≤ 100 mm chiếm hơn một nửa với tỷ lệ 56,67%. Tỷ lệ này của chúng tôi khá tương đồng so với các tác giả Czekierdowski[6] (2023) có tỷ lệ u có kích thước

≤ 100 mm là 60,87%, trong khi tác giả Vũ Đình Giáp[4] (2021) ghi nhận kích thước ≤ 80 mm là 78,57% cao hơn so với kết quả của chúng tôi, nhưng nhìn chung thì các nghiên cứu đều cho thấy kích thước nhỏ hơn 100 mm ở thời điểm chẩn đoán chiếm ưu thế.

Khi so sánh với các nghiên cứu khác, tác giả Vũ Đình Giáp[4] (2021) có tỷ lệ u đặc là 21,43%, u nang là 28,57% và u nang – đặc là 50%. Nhìn chung thì khi so sánh với các nghiên cứu khác thì kết quả của chúng tôi phân bố chủ yếu ở phần u nang nhiều hơn chiếm đến 76,67%, trong khi các tác giả còn lại ghi nhận nhóm u đặc và u nang – đặc chiếm ưu thế như của tác giả Vũ Đình Giáp[4] (2021) là 71,43%. Có thể lý giải cho sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên nhóm dân số khá đặc biệt là những trường hợp được chẩn đoán ung thư buồng trứng sau khi có kết quả giải phẫu bệnh với những đặc điểm trên siêu âm trước đó ít gợi ý đến bệnh lý ác tính, đồng thời nghiên cứu của các tác giả khác lại được thực hiện ở các bệnh viện có khoa ung bướu phụ khoa nên sự khác biệt này hoàn toàn có thể giải thích được.

So với các tác giả Setyo[3] (2023) có tỷ lệ CA125 tăng là 54,72%, của tác giả Vũ Đình Giáp[4] (2021) có CA125 tăng là 71,43%, còn Phan Đức Long[7] (2022) với CA125 tăng là 78,79%, HE4 nguy cơ cao là 57,57%, ROMA test nguy cơ cao là 81,81%, kết quả của chúng tôi nhìn chung đều thấp hơn so với các tác giả khác khi so sánh cả sự tăng của cả 3 chỉ số này, riêng chỉ số ROMA test có vẻ tương đồng với một vài tác giả. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Đỗ Thị Minh Nguyệt[2] (2010) ở tỷ lệ u tế bào biểu mô ác tính là 75% và thấp hơn ở tỷ lệ u tế bào mầm là 9,6% và u mô đệm – dây giới bào là 15,4%, còn khi so sánh với kết quả của tác giả Lê Nguyễn Trọng Nhân[8] (2020) thì có sự tương đồng với tỷ lệ của 3 nhóm mô bệnh học u tế bào biểu mô, u tế bào mầm, u mô đệm – dây giới bào lần lượt là 81,1%, 11,6% và 7,4%. Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả khác đều ghi nhận u tế bào biểu mô vẫn là nhóm mô học chiếm đa số trong ung thư buồng trứng với tỷ lệ khoảng trên 80%. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ u buồng trứng giáp biên chiếm gần một nửa (46,67%) so với nhóm ung thư buồng trứng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Czekierdowski[6] (2023) là 56,52%.

V. KẾT LUẬN

Các trường hợp ung thư buồng trứng được chẩn đoán bằng kết quả giải phẫu bệnh với độ

tuổi trung bình tương đối trẻ, đa số tiên lượng trước mổ có nguy cơ ác tính thấp với các đặc điểm như: nang đơn thùy, kích thước < 100mm, CA125 và HE4 nằm trong giới hạn bình thường; kết quả mô bệnh học với u buồng trứng giáp biên ác chiếm tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Torre, L.A., et al., Ovarian cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin, 2018. 68(4): p. 284-296.
2. Đỗ Thị Minh Nguyệt, L.M.T., Hồng Quốc Thích, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giá trị của siêu âm và CA125 trong chẩn đoán bản chất khối u buồng trứng tại Cần Thơ, in Sản Phụ Khoa. 2010, Trường Đại học Y - Dược Huế.
3. Setyo Teguh, W. and B.A. Tjokropawiro, The clinicopathological characteristics of borderline ovarian tumors at Dr. Soetomo Hospital, Surabaya: a single center study. Bali Medical Journal, 2023. 12(1): p. 615-620.
4. Vũ Đình Giáp, T.B.K., Đoàn Thị Hồng Nhật. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư buồng trứng

- giai đoạn sớm tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 498(1).
5. Chan, J.K., et al., Symptoms of Women With High-Risk Early-Stage Ovarian Cancer. Obstet Gynecol, 2022. 139(2): p. 157-162.
 6. Czekierdowski, A., et al., Performance of IOTA Simple Rules Risks, ADNEX Model, Subjective Assessment Compared to CA125 and HE4 with ROMA Algorithm in Discriminating between Benign, Borderline and Stage I Malignant Adnexal Lesions. Diagnostics (Basel), 2023. 13(5).
 7. Đức Long, P., L. Thị Anh Đào, and T. Quang Vinh, Tìm hiểu vai trò của CA 125, HE4 và ROMA test trong dự đoán ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 510(1).
 8. Lê Nguyễn Trọng Nhân, N.T.T., Đặng Thùy Trang, Vương Vũ Việt Hà, Nguyễn Quý Linh, Trần Văn Khánh, Tạ Thành Văn, Nguyễn Việt Tiên, Trần Huy Thịnh, Mối liên quan giữa đa hình đơn rs861539 gen XRCC3 và nguy cơ mắc ung thư buồng trứng. Tạp chí Nghiên cứu y học (Đại học Y Hà Nội), 2020: p. 48-56.

TÁC ĐỘNG CỦA MỨC ĐỘ XƠ HOÁ GAN LÊN KẾT QUẢ PHẪU ĐẠI GAN SAU NÚT TĨNH MẠCH CỬA VÀ TĨNH MẠCH GAN

Thân Văn Sỹ^{1,2}, Lê Thanh Dũng^{1,2,3}, Phạm Minh Thông¹

TÓM TẮT

Nút tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan (liver venous deprivation - LVD) là một giải pháp được áp dụng gần đây để tăng thể tích gan trước cắt gan lớn trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Các bệnh nhân HCC thường có bệnh gan mạn tính, xơ gan, điều này có thể ảnh hưởng tới mức độ phì đại gan sau LVD. Báo cáo này nhằm đánh giá tác động của mức độ xơ hoá gan lên hiệu quả phì đại gan sau LVD ở các bệnh nhân HCC. Nghiên cứu hồi cứu trên 44 bệnh nhân HCC đã được phẫu thuật cắt gan thành công sau khi LVD. Những bệnh nhân này được chia thành nhóm không bị xơ hoá gan F1-2 và nhóm xơ hoá gan F3-4 dựa trên kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật. Có sự khác biệt đáng kể về thể tích FLR đối với tất cả bệnh nhân trước và 3 tuần sau LVD ($p < 0,001$). LVD mang lại tỷ lệ phì đại gan cao hơn đáng kể ở nhóm xơ hoá gan F1-2 so với nhóm F3-4 (61% so với 47%, $p = 0,016$). LVD trước cắt gan lớn giúp phì đại thể tích phần gan còn lại và tăng khả năng cắt bỏ cho các bệnh nhân HCC. Nhóm xơ hoá gan F1-2 đạt được tỷ lệ phì đại gan cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm xơ hoá gan F3-4. **Từ khóa:** Nút tĩnh mạch cửa và tĩnh

mạch gan, xơ gan, tăng thể tích gan, ung thư biểu mô tế bào gan.

SUMMARY

IMPACT OF LIVER FIBROSIS ON RESULTS OF LIVER HYPERTROPHY AFTER LIVER VENOUS DEPRIVATION

Liver venous deprivation (LVD) is recently used to increase future liver remnant volume before major hepatectomy in treating hepatocellular carcinoma (HCC). HCC patients often have underlying liver disease and cirrhosis, which may affect the degree of liver hypertrophy after LVD. This report aims to evaluate the impact of liver fibrosis on the effectiveness of liver hypertrophy after LVD in HCC patients. A retrospective study was conducted on 44 HCC patients who underwent successful hepatectomy after LVD. Based on postoperative histopathological results, these patients were divided into non-fibrosis group F1-2 and fibrosis group F3-4. There was a significant change in FLR volume for all patients before and 3 weeks after LVD ($p < 0.001$). LVD resulted in a significantly higher rate of liver hypertrophy in the F1-2 fibrosis group than in the F3-4 group (61% vs. 47%, $p = 0.016$). LVD before major hepatectomy may induce significant FLR hypertrophy and increase the resectability for HCC patients. The F1-2 fibrosis group achieved a statistically significantly higher rate of liver hypertrophy than the F3-4 fibrosis group.

Keywords: Portal and hepatic vein embolization, cirrhosis, liver hypertrophy, hepatocellular carcinoma.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Văn Sỹ

Email: sy.hmu0915@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024